

ISSN 2219-4061

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И РЕАНИМАТОЛОГИИ

2015 г



МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА
ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

ПРИЛОЖЕНИЕ

da Vinci® Хирургия

Хирургия за гранью возможностей
человеческой руки



Центры робот-ассистированной хирургии в России

- ▶ МГМСУ им А.И. Евдокимова МЗ РФ (на базе ГКБ №50), г. Москва
- ▶ НМХЦ им. Н.И. Пирогова, г. Москва
- ▶ СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова, г. Санкт-Петербург
- ▶ СПб НИИФ, г. Санкт-Петербург
- ▶ ГБ № 40 Курортного района, г. Сестрорецк
- ▶ КДЦ "Здоровье", г. Ростов-на-Дону
- ▶ ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва
- ▶ Институт Хирургии им. А.В. Вишневского, г. Москва
- ▶ ННИИПК им. академика Е.Н. Мешалкина, г. Новосибирск
- ▶ МЦ ЦБ России, г. Москва
- ▶ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва
- ▶ МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва
- ▶ НИИ - ККБ №1 им. профессора С.В. Очаповского, г. Краснодар
- ▶ ГКБ № 50, г. Москва
- ▶ МОНИИАГ, г. Москва
- ▶ ЦГКБ г. Реутов
- ▶ МКНЦ, г. Москва
- ▶ ГКБ №31, г. Москва
- ▶ ЕМС, г. Москва
- ▶ ЦКБ ГА, г. Москва
- ▶ МСЧ "Нефтяник", г. Тюмень
- ▶ СОКБ №1, г. Екатеринбург
- ▶ КОД №1, г. Краснодар
- ▶ ОКБ, г. Ханты-Мансийск
- ▶ МЦ ДФУ, г. Владивосток

Официальный дистрибьютор в России



WWW.ROBOT-DAVINCI.RU

+7 (495) 921-30-88

www.mpamed.ru
info@mpamed.ru

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И РЕАНИМАТОЛОГИИ

2015
ПРИЛОЖЕНИЕ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



Официальное издание

РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ

ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ РОССИИ

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования

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

ISSN 2219-4061

Учредители

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

Издатель:

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

Зав. редакцией М.В. Сырова
Литературная редакция Е.И. Макеева
Дизайн С.В. Морозов
Верстка И.А. Кобзев

Подписано в печать 04.10.2015.
Формат бумаги 70×100^{1/8}. Печать офсетная. Печ. листов 21,75.
Отпечатано: ООО «Морозовская типография»
123103, г. Москва, ул. Набережная Новикова-Прибоя, д. 14, к. 1

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

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ 2015

ПРИЛОЖЕНИЕ

МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

МОСКВА,
ГОСТИНИЧНЫЙ КОМПЛЕКС «ИЗМАЙЛОВО»,
ГОСТИНИЦА «BEST WESTERN VEGA HOTEL»
20–22 ОКТЯБРЯ 2015 ГОДА

Все материалы даны в соответствии с орфографией и пунктуацией авторов.

ПРОГРАММА СЪЕЗДА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

20 ОКТЯБРЯ 2015 ГОДА

11⁰⁰–13⁰⁰ ОТКРЫТИЕ СЪЕЗДА

11⁰⁰–11³⁰ ПРИВЕТСТВИЯ

11³⁰–13⁰⁰ ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

«Детская хирургия России»

Ваганов Н.Н., Горбачев О.С., Розинов В.М. – 20 мин

«Состояние и перспективы научных исследований в детской хирургии»

Морозов Д.А. – 20 мин

«Проблемы подготовки кадров по детской хирургии»

Поддубный И.В. – 20 мин

Вручение Премии имени С.Д. Терновского

13⁰⁰–14⁰⁰ ПЕРЕРЫВ

14⁰⁰–14⁴⁵ АКТОВАЯ РЕЧЬ ЛАУРЕАТА ПРЕМИИ ИМЕНИ С.Д. ТЕРНОВСКОГО

профессор Г.И. Чепурной

14⁴⁵–15⁰⁰ КОФЕ-БРЕЙК

**15⁰⁰–16³⁰ РАБОЧЕЕ СОВЕЩАНИЕ ГЛАВНЫХ ДЕТСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ РЕГИОНОВ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

17⁰⁰ ТОВАРИЩЕСКИЙ УЖИН

21.10.2015

Зал 1

9⁰⁰–10³⁰ СИМПОЗИУМ «ХИРУРГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

Председатели: Машков А.Е., Соколов Ю.Ю., Юрчук В.А.

Диагностика и лечение острого деструктивного панкреатита у детей

Барская М.А., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Кузьмин А.И., Осипов Н.Л., Хасянзянов А.К. (Самара) – 10 мин

Современные технологии в диагностике и лечении травмы поджелудочной железы
Карасева О.В., Горелик А.Л., Граников О.Д., Чернышева Т.А., Иванова Т.Ф. (Москва) – 10 мин

Тактика хирургического лечения посттравматического панкреатита у детей
Машков А.Е., Сигачев А.В., Щербина В.И., Наливкин А.Е., Пыхтеев Д.А., Филлюшкин Ю.Н. (Москва) – 10 мин

Лапароскопические вмешательства у детей с аномалиями и заболеваниями поджелудочной железы
Соколов Ю.Ю., Туманян Г.Т., Донской Д.В., Шувалов М.Э., Акоюн М.К., Вилесов А.В., Зыкин А.П. (Москва) – 10 мин

Современные подходы к диагностике и лечению опухолей поджелудочной железы у детей
Степанов А.Э., Аверьянова Ю.В., Ашманов К.Ю., Макаров С.П., Васильев К.Г., Исаева М.В., Мызин А.В., Рогожин Д.В. (Москва) – 10 мин

Хирургия поджелудочной железы у детей
Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Алхасов А.Б., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Халафов Р.В. (Москва) – 10 мин

Дискуссия

10⁴⁵-12¹⁵ ВИДЕОСЕССИЯ «КАК Я ЭТО ДЕЛАЮ»

Председатели: Козлов Ю.А., Миролюбов Л.М., Разумовский А.Ю.

Лапароскопическая дисторсия, резекция селезенки и спленопексия у 13-летней девочки с «блуждающей» селезенкой
Шувалов М.Э., Соколов Ю.Ю., Акоюн М.К., Вилесов А.В. (Москва)

Лапароскопическая резекция желудка у девочки 4-х лет с рубцовой стриктурой привратника
Соколов Ю.Ю., Машков А.Е., Пыхтеев Д.А., Гацуцын В.В., Зыкин А.П. (Москва)

Гелевая пластика анального канала у детей при лечении недержания кала
Колесникова Н., Комиссаров И.А. (Санкт-Петербург)

Лапароскопическая пилоротомия
Полуконова Е.В. (Кемерово)

Прямая пункционная гастростомия
Захаров И.В., Рачков В.Е. (Москва)

Эндохирургическое лечение ребенка с кистой поджелудочной железы
Врублевский С.Г., Трунов В.О., Щербакова О.В., Куренков И.В., Мордвин П.А. (Москва)

Экстравезикальная лапароскопическая реимплантация удвоенного мочеточника
Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Лазишвили М.Н., Врублевский А.С., Корочкин М.В. (Москва)

Скользкая пластика трахеи в условиях экстракорпоральной мембранной оксигенации
Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Афуков И.И. (Москва)

Эндоскопическая кистоцистерностомия
Мельников А.В. (Москва)

Операция Мармара при варикоцеле у детей
Саруханян О.О., Телешов А.В., Григорьева М.В., Чертык В.Б., Гасанова Э.Н. (Москва)

Лапароскопическое удаление солидной псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы
Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Афуков И.И., Нагорная Ю.В., Геодакян О.С. (Москва)

Торакопластика по Нассу
Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Задвернюк А.С., Степаненко Н.С., Геодакян О.С., Демахин А.А. (Москва)

Лапароскопическая фиксация гастростомических трубок у детей
Козлов Ю.А., Ковальков К.А. (Иркутск–Кемерово)

Дискуссия

12.30–14.00 СИМПОЗИУМ «ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ»

Председатели: Григович И.Н., Журило И.П., Карасева О.В.

Эндохирургия в стратегии диагностики и лечения дивертикула Меккеля

Цап Н.А., Огарков И.П., Огнев С.И. (Екатеринбург) – 8 мин

Хирургическое лечение осложненного дивертикула Меккеля у детей

Коровин С.А., Соколов Ю.Ю., Дзядчик А.В., Аллаhverдиев И.С., Зыкин А.П. (Москва) – 8 мин

Особенности клиники и диагностики патологии желточного протока у детей

Вечеркин В.А., Гурвич Л.С., Феллофьянова С.В. (Воронеж) – 8 мин

Осложненное течение дивертикула Меккеля у детей

Баиров В.Г., Баиров А.Г., Александров С.В., Сигунов В.С., Баранов А.А. (Санкт-Петербург) – 8 мин

Дивертикул Меккеля в клинике детской хирургии

Карасева О.В., Брянцев А.В., Капустин В.А., Мединский П.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е. (Москва) – 8 мин

Редкое осложнение энтерокистомы у ребенка

Журило И.П., Медведев А.И., Черногоров О.Л. (Орел) – 8 мин

Лапароскопия в диагностике и лечении осложненного дивертикула Меккеля у детей

Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Залихин Д.В., Аль-Машат Н.А., Маннанов А.Г., Халафов Р.В. (Москва) – 8 мин

Диагностика осложнений дивертикула Меккеля

Гумеров А.А., Алибаев А.К., Гумеров Р.А. (Уфа) – 8 мин

Осложненный дивертикул Меккеля у детей

Аверин В.И., Рустамов В.М. (Минск) – 8 мин

Дискуссия

14⁰⁰–14⁴⁵ ОБЕДЕННЫЙ ПЕРЕРЫВ

14⁴⁵–16¹⁵ СИМПОЗИУМ «ГАСТРОШИЗИС»

Председатели: Мокрушина О.Г., Новожилов В.А., Саввина В.А.

Лечение новорожденных с гастрошизисом

Саввина В.А., Варфоломеев А.А., Тарасов А.Ю., Николаев В.Н. (Якутск) – 10 мин

Опыт применения процедуры Бьянки для лечения новорожденных с гастрошизисом

Цап Н.А., Чудаков В.В., Новоселова О.А., Бебковская Е.Е. (Екатеринбург) – 10 мин

Наш опыт лечения детей с гастрошизисом

Притуло Л.Ф., Пейлыванов Ф.П., Григорьева В.А., Дубова Е.Н., Гонцов С.В. (Симферополь) – 10 мин

Применение ксеноперикарда в лечении новорожденных с гастрошизисом

Карцева Е.В., Кузнецова Е.В., Кирсанов Е.С., Дземешко Е.Ю. (Москва) – 10 мин

Диагностика и этапное лечение гастрошизиса у детей

Вечеркин А.А., Щербинин Р.А., Феллофьянова С.В., Птицин В.А., Хорошилов Д.О., Чекмарева Д.В., Фадеева Д.А., Бочарова Н.В., Коряшкин П.В. (Воронеж) – 10 мин

Хирургическая тактика лечения новорожденных с гастрошизисом в сочетании с кишечной атрезией

Немилова Т.К., Караваева С.А., Попова Е.Б., Гопащенко М.А. (Санкт-Петербург) – 10 мин

Повторные операции у новорожденных с гастрошизисом

Мокрушина О.Г., Шумихин В.С., Левитская М.В., Гурская А.С., Щапов Н.Ф. (Москва) – 10 мин

Дискуссия

16.30–18.00 СИМПОЗИУМ «ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА»

Председатели: Разумовский А.Ю., Тараканов В.А., Чепурной Г.И.

Восстановление проходимости разобщенного пищевода при атрезии путем загрудинной колоэзофагопластики

Цап Н.А., Кузеванова А.А., Чудаков В.Б., Некрасова Е.Г. (Екатеринбург) – 10 мин

Пластика пищевода у детей

Иванов А.П., Купатадзе Д.Д., Набоков В.В., Копяков А.Л., Якунин С.И. (Санкт-Петербург) – 10 мин

Замещение пищевода путем транспозиции желудка в заднее средостение

Тараканов В.А., Терещенко О.А., Клименко А.Н., Полеев А.В. (Краснодар) – 10 мин

Искусственный пищевод у детей

Гуз В.И., Веровский В.А., Полюдов С.А., Трамова Ж.Д., Мызин А.В., Нецветаева Т.А., Михопулос А.М. (Москва) – 10 мин

Анализ результатов колоэзофагопластики при атрезии пищевода у детей

Ростовцев Н.М., Абушкин И.А., Котляров А.Н., Бобошко П.Г., Неизвестных Е.А. (Челябинск) – 10 мин

Опыт заднемедиастинальной транспозиции желудка у детей с пороками и заболеваниями пищевода

Соколов Ю.Ю., Машков А.Е., Хаспеков Д.В., Топилин О.Г., Пыхтеев Д.А. (Москва) – 10 мин

Инновационные технологии пластики пищевода

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Куликова Н.В., Чумакова Г.Ю. (Москва) – 10 мин

Дискуссия

Зал 2

9⁰⁰–10³⁰ СИМПОЗИУМ «РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОБШИРНЫХ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ»

Председатели: Голяна С.И., Митиш В.А., Рыбченко В.В.

Микрохирургическая аутотрансплантация комплексов тканей при лечении обширных дефектов тканей у детей

Рыбченко В.В., Александров А.В., Смолянкин А.А., Лагутина А.А., Александрова Н.Е. (Москва) – 12 мин

Микрохирургическая реконструкция обширных дефектов тканей лоскутами с осевым типом кровоснабжения у детей

Голяна С.И., Говоров А.В., Заварухин В.И., Сафонов А.В. (Санкт-Петербург) – 12 мин

Кожная пластика у детей с инфицированными и вялогранулирующими дефектами кожи и мягких тканей

Баранов Р.А., Петров М.А., Шляпникова Н.С., Гуревич А.Б. (Москва) – 10 мин

Возможности восстановления покровных тканей у детей

Быстров А.В., Гассан Т.А., Исаев И.В. (Москва) – 10 мин

Лечение детей с посттравматическими обширными дефектами кожи

Перловская В.В., Стальмахович В.Н., Дюков А.А. (Иркутск) – 10 мин

Пластические и реконструктивные операции в лечении раневых дефектов у детей

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

Дискуссия

10⁴⁵–12¹⁵ СИМПОЗИУМ «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМБУСТИОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»

Председатели: Баиндурашвили А.Г., Будкевич Л.И., Карякин Н.Н.

Влияние вакуумной терапии на течение раневого процесса

Будкевич Л.И., Зайцева Т.В. (Москва) – 10 мин

Пластика полнослойным аутодермотрансплантатом при глубоких ожогах у детей

Богданов С.Б. (Краснодар) – 10 мин

Лечение ожоговых ран у детей с применением аутологичного клеточного материала

Алейник Д.Я., Докукина Л.Н., Квицинская Н.А., Чарыкова И.Н. (Нижний Новгород) – 10 мин

Лечение детей с послеожоговыми рубцовыми деформациями голени

Филиппова О.В. (Санкт-Петербург) – 10 мин

Сравнительная эффективность различных раневых покрытий у детей с термической травмой

Астамирова Т.С., Сошкина В.В. (Москва) – 7 мин

Применение биосовместимых материалов для восстановления кожных покровов у детей

Докукина Л.Н., Погодин И.Е., Кулакова К.В., Сидорова Т.И. (Нижний Новгород) – 7 мин

Симультанные операции у детей с рубцовыми деформациями

Веселов А.Э., Проходцов Ю.Н., Ловягин С.Н. (Люберцы, Московская область) – 7 мин

Инновационная технология электродного фармафореза ферменколом у детей с послеожоговыми рубцами кожи

Будкевич Л.И., Корсунский А.А., Щурова Л.В. (Москва) – 7 мин

Дискуссия

12³⁰–14⁰⁰ СИМПОЗИУМ «ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН»

Председатели: Абушкин И.А., Купатадзе Д.Д., Поляев Ю.А.

Лазерная термотерапия в лечении венозных и артериовенозных мальформаций

Абушкин И.А., Лапин В.О., Романова О.А., Денис А.Г., Васильев И.С. (Челябинск) – 10 мин

Отдаленные результаты хирургического лечения илеофemorального тромбоза у детей

Волков А.А., Купатадзе Д.Д., Азаров М.В., Дюг И.В., Махин Ю.Ю., Набоков В.В. (Санкт-Петербург) – 10 мин

Хирургическое лечение венозных дисплазий таза у детей

Гарбузов Р.В., Поляев Ю.А., Сухов М.Н. (Москва) – 10 мин

Синдром Клиппеля–Треноне: современное состояние проблемы

Голенищев А.И., Гарбузов Р.В., Мильников А.А. (Москва) – 10 мин

Хирургическое лечение врожденных флeбoэктазий нижних конечностей у детей

Рыбченoк В.В., Галибин И.Е., Смолянкин А.А. (Москва) – 10 мин

Использование сирoлимуса для лечения сосудистых аномалий у детей

Антошин М.М., Донюш Е.К., Ларина Л.Е., Малкова О.В., Свирин П.В. (Москва) – 10 мин

Дискуссия

14⁰⁰–14⁴⁵ ОБЕДЕННЫЙ ПЕРЕРЫВ

14⁴⁵–16¹⁵ СИМПОЗИУМ «ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ У ДЕТЕЙ»

Председатели: Войновский Е.А., Джелиев И.Ш., Петлах В.И.

Огнестрельные ранения: клинические особенности и осложнения

Войновский Е.А. (Москва) – 15 мин

Хирургическая тактика и профилактика послеоперационных осложнений при огнестрельных ранениях живота

Оранский А.В., Радыгина М.В., Ярцев П.А., Джаграев К.Р., Петров И.И. (Москва) – 10 мин

Огнестрельные ранения груди у детей

Джелиев И.Ш., Попович В.С., Цебоев А.В. (Владикавказ) – 8 мин

Медицинская помощь при массовом поступлении раненых в полевом педиатрическом госпитале

Петлах В.И., Розинов В.М., Шабанов В.Э. (Москва) – 8 мин

Минно-взрывная травма у детей

Висуров Л.М., Ферзаули А.Н., Дадаев Ф.Д., Батаев С.-Х.М. (Грозный) – 8 мин

Оружейные черепно-лицевые ранения у детей

Попов В.Е., Лившиц М.И., Карпов А.Б., Умеренков В.Н., Чигибаев М.Ж., Герасимов Э.Т., Миронов И.Б., Меркулов О.А., Андреева Е.В., Баранюк И.С., Маи Р.Б. (Москва) – 8 мин

Особенности лечения огнестрельных ранений органов брюшной полости у детей и подростков

Дынник А.Г., Бабич И.И., Шилов Г.Л. (Ростов-на-Дону) – 8 мин

Дискуссия

16³⁰–18⁰⁰ СИМПОЗИУМ «ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА»

Председатели: Барская М.А., Поддубный И.В., Халиф И.Л.

Воспалительные заболевания кишечника у детей: современные алгоритмы диагностики и лечения

Алиева Э.И. (Москва) – 10 мин

Лапароскопическая резекция кишечника у детей с болезнью Крона

Поддубный И.В., Трунов В.О., Козлов М.Ю., Щербакова О.В., Подусков Е.В., Глазунова А.А., Мордовин П.А., Куренков И.В. (Москва) – 10 мин

Воспалительные заболевания кишечника у детей

Ормантаев А.К., Момынкулов А.О., Мурадов Н.М., Турускин В.Г., Исаков В.Ю. (Алматы) – 10 мин

Хирургическое лечение детей с язвенным колитом: современные тенденции, преимущества и недостатки

Поддубный И.В., Козлов М.Ю., Трунов В.О., Щербакова О.В., Исмаилов М.У., Махаду А.Р. (Москва) – 10 мин

Возможности минимально-инвазивной хирургии при лечении детей с болезнью Крона

Поддубный И.В., Козлов М.Ю., Трунов В.О., Щербакова О.В., Исмаилов М.У., Махаду А.Р. (Москва) – 10 мин

Перианальные поражения при болезни Крона: современные подходы к диагностике и лечению

Щербакова О.В., Трунов В.О. (Москва) – 10 мин

Лечение детей с язвенным колитом и болезнью Крона: совместный взгляд гастроэнтеролога и хирурга

Алиева Э.И., Поддубный И.В., Сарычева А.А., Глазунова Л.В., Горячева О.А., Шорина Н.С. (Москва) – 10 мин

Дискуссия

22.10.2015

Зал 1

9⁰⁰–10³⁰ КРУГЛЫЙ СТОЛ «ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕТСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ»

Председатели: Комиссаров И.А., Морозов Д.А., Паршиков В.В.

Высокотехнологичные методы функциональной диагностики и консервативной реабилитации патологии мышц тазового дна

Шельгин Ю.А., Фоменко О.Ю., Титов А.Ю., Алешин Д.В. (Москва) – 15 мин

Колодинамическое исследование в комплексе диагностики запоров у детей

Комиссаров И.А., Колесникова Н.Г. (Санкт-Петербург) – 8 мин

Диагностическая ценность трансперинеальной эхографии при хронических запорах у детей

Джаватханова Р.И., Пыков М.И., Гуревич А.И., Соттаева З.З. (Москва) – 8 мин

Функциональные показатели ректоанальной зоны после коррекции пороков ее развития

Писклаков А.В. (Омск) – 8 мин

Аноректальная манометрия в практике детского хирурга

Пименова Е.С., Морозов Д.А. (Москва) – 8 мин

Тактическое значение функциональных методов исследования запирающего аппарата прямой кишки в лечении детей с хроническими запорами

Гусева Н.Б., Рыжов Е.А., Фоменко О.Ю., Федоров А.К., Цапкин А.Е., Батаев С.М. (Москва) – 8 мин

Вопросы для дискуссии

- Тактическая значимость функциональной диагностики при хирургической патологии толстой кишки.
- Проблема определения нормы при трактовке показателей функциональных исследований в детской колопроктологии.
- Значение функциональных методов диагностики в оценке результатов хирургической коррекции аноректальных мальформаций и болезни Гиршпрунга.
- Функциональная реабилитация детей после перенесенных хирургических вмешательств на промежности и толстой кишке.
- Унификация программы реабилитации детей после хирургической коррекции аноректальных мальформаций и болезни Гиршпрунга.

10⁴⁵–12¹⁵ СИМПОЗИУМ «МАЛЬРОТАЦИЯ КИШЕЧНИКА»

Председатели: Морозов Д.А., Немилова Т.К., Цап Н.А.

Трудности и проблемы в диагностике и лечении мальротации

Немилова Т.К., Караваева С.А., Котин А.Н., Симонова Т.В. (Санкт-Петербург) – 10 мин

Эндоскопическая коррекция мальротации у новорожденных

Мокрушина О.Г., Шумихин В.С., Левитская М.В., Щапов Н.Ф., Гурская А.С., Кошко О.В., Эмирбекова С.К. (Москва) – 10 мин

Лапароскопическое лечение синдрома Ледда у новорожденных и детей грудного возраста

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

Клинико-анатомические особенности мальротации кишечника у детей

Саттаров Ж.Б., Эргашев Н.Ш. (Ташкент) – 7 мин

Лечебно-тактические решения при вариантах мальротации кишечника у детей

Наумова О.А., Цап Н.А., Чудаков В.Б., Новоселова О.В. (Екатеринбург) – 7 мин

Ошибки диагностики и осложнения синдрома мальротации у детей

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

Выбор хирургической тактики при вариантах мальротации

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

Лапароскопическая операция Ледда у детей с мальротацией кишечника

Соколов Ю.Ю., Кирсанов А.С., Вилесов А.В., Карпачев С.А. (Москва) – 7 мин

Дискуссия

12¹⁵–13⁰⁰ ОБЕДЕННЫЙ ПЕРЕРЫВ

13⁰⁰–14³⁰ СИМПОЗИУМ «СИНДРОМ КОРОТКОЙ КИШКИ»

Председатели: Готье С.В., Ерпулева Ю.В., Николаев В.В.

Современные технологии хирургического лечения детей с синдромом короткой кишки
Вессель Л.М., Гумеров А.А., Хасанов Р.Р. (Мангейм–Уфа) – 15 мин

Энтеропластика у детей с синдромом короткой кишки
Аверьянова Ю.В., Степанов А.Э., Макаров С.П. (Москва) – 15 мин

Потенциал трансплантации в лечении детей с синдромом короткой кишки
Готье С.В. (Москва) – 15 мин

Реабилитационный потенциал детей, находящихся на длительном домашнем парентеральном питании
Чубарова А.И. (Москва) – 15 мин

Проблемные вопросы консервативного лечения детей с синдромом короткой кишки вне стационара
Ерпулева Ю.В. (Москва) – 15 мин

Дискуссия

14⁴⁵–16¹⁵ КРУГЛЫЙ СТОЛ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕГИСТР ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ»

Председатели: Дронов А.Ф., Кобринский Б.А., Чубарова А.И.

Идеология и технологические аспекты создания федеральных регистров в педиатрии
Кобринский Б.А. (Москва) – 15 мин

Проект Федерального регистра детей с синдромом короткой кишки
Аверьянова Ю.В. (Москва) – 20 мин

Вопросы для дискуссии

- Локализация портала: на сервере профессиональной ассоциации либо государственной структуры.
- Право и уровень доступа к данным портала.
- Каналы информации профессионального сообщества о готовности портала к сотрудничеству.
- Необходимые организационные мероприятия, или директивные указания по повышению эффективности работы портала.
- Сотрудничество с пациентскими организациями.
- Юридические аспекты портала: особенности информированного согласия о внесении данных пациентов.
- Идентификация пациентов.

Зал 2

9⁰⁰–10³⁰ СИМПОЗИУМ «ЭНДОУРОЛОГИЯ»

Председатели: Коварский С.Л., Писклаков А.В., Стальмахович В.Н.

Нехирургический метод лечения детей раннего возраста с нерефлюксирующим мегауретером
Меновицкова Л.Б., Захаров А.И., Склярова Т.А., Левитская М.В., Шумихин В.С., Гуревич А.И., (Москва) – 10 мин

Тактика лечения обструктивных уропатий у детей периода новорожденности
Аксельров М.А., Григорук Э.Х., Белькович С.В., Карлова М.Н., Столяр А.В., Горохов П.А., Сергиенко Т.В., Дадашева С.М., Кострыгин С.В. (Тюмень) – 10 мин

Клинико-морфологическое обоснование консервативного лечения обструктивных заболеваний мочеточника у детей
Адаменко О.Б., Бондарев О.И., Гельд Ю.Г., Сизонов В.В. (Новокузнецк, Ростов-на-Дону) – 7 мин

Видеоретроперитонеоскопические операции у детей
Гумеров А.А., Алянгин В.Г., Сатаев В.У., Мамлеев И.А., Цырьяк А.Г. (Уфа) – 7 мин

Баллонирование уретровезикального сегмента при обструктивном мегауретере у детей
Осипов И.Б., Лебедев Д.А., Комиссаров М.И., Сарычев С.А., Осипов А.И. (Санкт-Петербург) – 7 мин

Результаты эндохирургических ретроперитонеальных операций при заболеваниях верхних мочевых путей у детей

Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Лисенок А.А., Манжос П.И., Иманалиева А.А. (Москва) – 7 мин

Сравнительный анализ пункционно-склерозирующего и эндоскопического методов лечения кист почек у детей

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

Эндоскопическая инцизия интравезикального уретероцеле у детей

Рахматуллаев А.А., Алиев М.М., Теребаев Б.А., Султанов А.К. (Ташкент) – 7 мин

Ретроперитонеоскопический доступ при простом врожденном гидронефрозе у детей

Захаров А.И., Коварский С.Л., Струянский К.А., Склярова Т.А., Текотов А.Н., Соттаева З.З., Петрухина Ю.В. (Москва) – 7 мин

Профилометрия уретровезикального соустья при эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей

Писклаков А.В., Бабанин И.Л., Шевляков А.С. (Омск–Москва) – 7 мин

Дискуссия

10⁴⁵–12¹⁵ КРУГЛЫЙ СТОЛ «ЭНДОХИРУРГИЧЕСКАЯ УРОАНДРОЛОГИЯ»

Председатели: Акрамов Н.Р., Меновщикова Л.Б., Окулов А.Б.

Основные варианты нарушения формирования пола. Клиника, диагностика, этапы лечения

Калинченко Н.Ю. (Москва) – 15 мин

Лапароскопия в диагностике и лечении нарушений формирования пола

Володько Е.А., Окулов А.Б. (Москва) – 15 мин

Вопросы для дискуссии

- Лапароскопические признаки нарушения формирования пола при непальпируемых яичках у фенотипического мальчика.
- Методы лабораторной и инструментальной диагностики в установлении половой принадлежности.
- Признаки нарушения формирования пола при лапароскопии по поводу паховой грыжи у фенотипической девочки.
- Синдром тестикулярной феминизации.
- Этапность и объем исследований в установлении половой принадлежности.

12¹⁵–13⁰⁰ ОБЕДЕННЫЙ ПЕРЕРЫВ

13⁰⁰–14³⁰ СИМПОЗИУМ «ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ»

Председатели: Гельдт В.Г., Николаев С.Н., Осипов И.Б.

Возможности оперативных технологий медико-социальной реабилитации пациентов с пороками развития нижних мочевых путей

Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р., Бачиев С.В., Симонян Г.В. (Москва) – 7 мин

Реконструктивная реабилитация детей и подростков с инконтиненцией при пороках развития нижних мочевых путей

Демидов А.А. (Москва) – 7 мин

Особенности микционного цикла после реконструктивно-пластических операций при экстрофии мочевого пузыря

Осипов И.Б., Соснин Е.В., Осипов А.И., Бурханов В.В. (Санкт-Петербург) – 7 мин

Изменения лечебной тактики при экстрофии мочевого пузыря за последние 15 лет

Николаев В.В. (Москва) – 7 мин

Хирургическое восстановление управляемого акта мочеиспускания у детей с экстропией мочевого пузыря: отказ от стандартов

Шуваев А.В., Гельдт В.Г., Староверов О.В. (Москва) – 7 мин

Опыт лечения комплекса «экстропия–эписпадия» у детей

Рудин Ю.Э., Марухненко Д.В., Алиев Д.К., Чежериди Ю.Э. (Москва) – 7 мин

Хирургическая реабилитация детей с недержанием мочи

Аверин В.И. (Минск) – 7 мин

Детские проблемы расстройства мочеиспускания у взрослых

Кривобородов Г.Г., Казанская И.В. (Москва) – 7 мин

Слинговые операции при недержании мочи у детей с миелодисплазией

Шмыров О.С., Николаев С.Н. (Москва) – 7 мин

14⁴⁵–16¹⁵ СИМПОЗИУМ «ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ АНОМАЛИЯМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ»

Председатели: Комелягин Д.Ю., Поляев Ю.А., Шафранов В.В.

Комбинированное лечение детей с обширными и глубокими ангиомами сложной анатомической локализации

Шафранов В.В., Иванов А.В., Галибин И.Е., Смолянкин А.А., Пачес О.А. (Москва) – 7 мин

Современные технологии лечения детей с младенческими гемангиомами в области головы и шеи

Комелягин Д.Ю., Котлукова Н.П., Зайцева О.В., Стрига Е.В. (Москва) – 7 мин

Пятилетний опыт лечения пропранололом сосудистых гиперплазий (инфантильных гемангиом)

Котлукова Н.П., Рогинский В.В., Тимофеева М.Ю., Репина Э.А., Рыбалко Н.А. (Москва) – 7 мин

Лечение детей с гемангиомами: современное состояние проблемы

Поляев Ю.А., Мыльников А.А., Гарбузов Р.В., Нарбутов А.Г. (Москва) – 7 мин

Лечение детей с лимфатическими мальформациями в области головы и шеи

Комелягин Д.Ю., Петухов А.В., Хаспеков Д.В., Иванов А.В. (Москва) – 7 мин

Артериовенозные коммуникации в челюстно-лицевой области у детей

Иванов А.В., Галибин И.Е., Шафранов В.В., Петухов А.В., Смолянкин А.А. (Москва) – 7 мин

Интервенционная хирургия и видеоассистированные операции у детей при сосудистых новообразованиях головы и шеи

Грачев Н.С., Ворожцов И.Н., Калинина М.П., Наседкин А.Н. (Москва) – 7 мин

Малоинвазивные методы лечения детей с венозными мальформациями головы и шеи

Иванов А.В., Колесников К.Л., Корпильев М.Л., Петухов А.В., Политова О.А. (Москва) – 7 мин

Применение лазерных технологий в лечении детей с сосудистыми аномалиями

Минаев В.П. (Фрязево, Московская область) – 7 мин

Диагностика и лечение младенческих гемангиом головы и шеи

Денис А.Г., Абушкин И.А., Васильев И.С., Судейкина О.А., Романова О.А., Латин В.О. (Тверь–Челябинск–Липецк) – 7 мин

Опыт лечения сосудистых мальформаций в челюстно-лицевой области

Купатадзе Д.Д., Якунин С.И., Дьячкова И.Н., Набоков В.В. (Санкт-Петербург) – 7 мин

16³⁰–17⁰⁰ ИТОГИ КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ИМЕНИ В.М. ДЕРЖАВИНА

17⁰⁰–17³⁰ ЗАКРЫТИЕ СЪЕЗДА

17³⁰–18⁰⁰ ФУРШЕТ

ПОСТЕПЕННОЕ СБЛИЖЕНИЕ КРАЕВ ГНОЙНОЙ РАНЫ ПОД КОНТРОЛЕМ НАПРЯЖЕНИЯ КИСЛОРОДА В РАСТЯГИВАЕМЫХ ТКАНЯХ КАК СПОСОБ ЗАКРЫТИЯ ОБШИРНЫХ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ

Абушкин И. А., Абушкина В. Г.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Цель. Улучшение результатов лечения обширных гнойных ран.

Материалы и методы. Обширными считали раневые дефекты у детей с диастазом краев 40 и более мм, а также меньших размеров, локализирующихся в анатомических областях с ограниченным запасом кожи (голова, голень, область суставов). Постепенное сближение краев ран (ПСКР) осуществляли с помощью модифицированных нами пластинчатых швов (ПШ), наложенных на 68 ран: первично-отсроченных – 2, ранних вторичных – 37 и поздних вторичных – 29. Контроль темпа сближения краев раневого дефекта осуществляли клинически по болевым ощущениям больного, внешнему виду растягиваемой кожи и напряжению кислорода в растягиваемых тканях, определенному методом динамического транскутанного измерения напряжения кислорода ($TcPO_2$), используя систему TCM-2 датской фирмы «Radiometer». Оптимальным считали такой темп ПСКР, который не приводил к стойкому снижению $TcPO_2$, 24 раны закрыты методом ПСКР под контролем $TcPO_2$ (основная группа), а 44 – с клиническим контролем темпа растяжения (группа сравнения). Сближение краев раны проводили ежедневно или через день.

Результаты. Исходно до наложения ПШ наблюдалось снижение $TcPO_2$ в краях раны до $40,0 \pm 1,3$ мм рт.ст. (контроль – $70,7 \pm 5,4$ мм рт.ст.). Сближение краев раны сопровождалось подъемом $TcPO_2$ в среднем на $5,0 \pm 1,4$ мм рт.ст. ($10,0 \pm 3,5\%$) в сутки. Скорость уменьшения ширины раны при этом составила в среднем $3,3 \pm 0,7$ мм ($22,3 \pm 10,3\%$) в сутки. На 2-х ранах группы сравнения наблюдалось прорезывание ПШ с прерыванием ПСКР. $TcPO_2$ -контроль позволил избежать такого осложнения. В основной группе дополнительная кожная пластика использована при закрытии 2-х ран, а в группе сравнения – 6 ($\chi^2 > 3,84$). Отдаленные результаты в сроки от 1 до 14 лет прослежены у 24 пациентов, имевших обширные раны, закрытые методом ПСКР. У всех больных нарушений функций, связанных с рубцовыми деформациями тканей не выявлено. Косметический результат расценен как хороший у 20 детей, удовлетворительный – у 4.

Выводы. Постепенное сближение краев раневого дефекта с помощью пластинчатых швов под контролем напряжения кислорода в растягиваемых тканях позволяет закрыть обширную рану у детей полноценными местными тканями, обеспечить хорошие анатомические и функциональные исходы и может быть рекомендовано к широкому клиническому применению.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ АНОМАЛИЙ

Абушкин И. А., Васильев И. С., Денис А. Г., Романова О. А., Судейкина О. А., Лапин В. О.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Цель – Анализ частоты и причин ошибок диагностики и лечения сосудистых аномалий (СА).

Материалы и методы. С августа 2001 г. лечили более 10 000 детей и 12 взрослых (от 18 до 66 лет) с врожденными СА. В работе применяли классификацию сосудистых аномалий ISSVA от 1996 и 2014 гг. и классификацию гемангиом С.Д. Терновского (1959). С 2007 г. всем больным с СА на этапе диагностики и лечения проводили ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием (УЗИ). Методами лечения были наблюдение, энтеральный прием пропранолола, криотерапия, лазерная бесконтактная и внутритканевая термотерапия, иссечение и их сочетания.

Результаты. Анализируя результаты УЗИ, было выявлено, что младенческие гемангиомы (МГ) с поражением только кожи, простые гемангиомы по С.Д. Терновскому (1959), крайне редки (менее 10%). В большинстве случаев, наряду с изменениями в коже имеются проявления МГ и в подкожно-жировой клетчатке. Большинство МГ, кото-

рые при клинической диагностики можно было бы назвать простыми, по данным УЗИ являлись комбинированными, имеющими кожную и подкожную части. МГ, локализующиеся только в подкожно-жировой клетчатке, – кавернозные по классификации С.Д. Терновского (1959), были также редки, как и простые формы. Воздействие только на внешнюю часть МГ (крио-, лазеротерапия) без учета данных УЗИ приводило к осветлению ее поверхностной части и бурному росту подкожного объема. Важным было определение стадии развития МГ. Часто лечение МГ в стадию инволюции было излишним и, наоборот, при наличии выраженной пролиферации – запоздалым. Наиболее частыми (более 80%) были ошибки в диагностике сосудистых мальформаций (венозных, артерио-венозных и т.д.). Лечение сосудистых мальформаций под видом МГ было неэффективным. В целом дифференцированный подход к лечению СА с учетом их классификации по ISSVA, данных УЗИ позволил получить хорошие, прежде всего в косметическом аспекте, результаты более чем у 97% пациентов.

Выводы. 1. Одной из причин ошибок в диагностике и лечении сосудистых аномалий является не знание врачами современных классификаций данной патологии (классификация ISSVA, ее модификация В.В. Рогинского и т.д.).

2. Дифференцированный подход к лечению с учетом стадии младенческой гемангиомы, четкого определения варианта сосудистой мальформации позволяет существенно улучшить результаты лечения данной категории больных.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ И АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Абушкин И.А., Лапин В.О., Романова О.А., Денис А.Г., Васильев И.С.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Цель. Улучшение результатов лечения венозных (ВМ) и артериовенозных (АВМ) мальформации путем использования лазерной термотерапии.

Материалы и методы. В работе использовали классификацию сосудистых аномалий ISSVA 1996–2014 гг. Всего с 2004 г. пролечено 69 пациентов в возрасте от 4 мес до 66 лет, из них ВМ – 54, АВМ – 15 больных. Преимущественной (более 60%) локализацией были голова и шея. Детей в возрасте до 18 лет было 74%. ВМ и АВМ проявлялись косметическим дефектом и локальными болями. Были использованы 3 технологии: бесконтактная, внутритканевая и внутрисосудистая 0,97 и 1,56 мкм-лазерная термотерапия. Участки мальформации, выходящие на кожу или слизистую, подвергались бесконтактной лазерной термотерапии в непрерывном или импульсном режиме. Внутритканевая и внутрисосудистая термотерапия под контролем ультразвукового исследования использована для более глубоких частей мальформации. Эффективность лечения оценивали по удовлетворенности пациента или родителей ребенка остаточным косметическим дефектом, уменьшению или исчезновению болевого синдрома, данным ультразвукового исследования с определением

размеров, распространенности и ангиоархитектоники мальформации. У 22 больных (1-я группа) термотерапию мальформации проводили с использованием диодного 0,97 мкм-лазера. У 47 пациентов (2-я группа) применяли оптоволоконный 1,56 мкм-лазер. Группы пациентов были сопоставимыми между собой и отличались только методами лечения. У всех больных лазерную термотерапию проводили под общим обезболиванием. Отдаленные результаты прослежены в срок до 10 лет.

Результаты. Очень часто (более 80%) наблюдались ошибки в диагностике ВМ и АВМ. Больные годами лечились или наблюдались с другими диагнозами. Одной из пациенток правильный диагноз ВМ был поставлен только в 66-летнем возрасте. Хороший клинический результат (незначительный косметический дефект, отсутствие болей) получен у всех пациентов 2-й группы и у 85% больных 1-й группы. При этом количество проведенных сеансов лечения в 1-й группе пациентов было в 2 раза больше, чем во 2-й.

Выводы. 1,56 мкм-лазерная термотерапия высокоэффективна в лечении венозных и артериовенозных мальформаций и может быть рекомендована к широкому клиническому применению у больных с данной патологией.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ АНОМАЛИЙ

Абушкин И.А., Васильев И.С., Денис А.Г., Романова О.А., Судейкина О.А., Лапин В.О.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Цель. Анализ частоты и причин ошибок диагностики и лечения сосудистых аномалий (СА).

Материалы и методы. С августа 2001 г. лечили более 10 000 детей и 12 взрослых (от 18 до 66 лет) с врожденными СА. В работе применяли классификацию сосудистых аномалий ISSVA 1996–2014 гг. и классификацию гемангиом С.Д. Терновского (1959). С 2007 г. всем больным с СА на этапе диагностики и лечения проводили ультразвуковое исследование с цветным доплеровским картированием (УЗИ). Методами лечения были наблюдение, энтеральный прием пропранолола, криотерапия, лазерная бесконтактная и внутритканевая термотерапия, иссечение и их сочетания.

Результаты. При анализе результатов УЗИ было выявлено, что младенческие гемангиомы (МГ) с поражением только кожи, простые гемангиомы по С.Д. Терновскому (1959), крайне редки (менее 10%). В большинстве случаев наряду с изменениями в коже имеются прояв-

ления МГ и в подкожно-жировой клетчатке. Большинство МГ, которые при клинической диагностики можно было бы назвать простыми, по данным УЗИ являлись комбинированными, имеющими кожную и подкожную части. МГ, локализующиеся только в подкожно-жировой клетчатке, кавернозные по классификации С.Д. Терновского (1959), были также редки, как и простые формы. Воздействие только на внешнюю часть МГ (крио-, лазеротерапия) без учета данных УЗИ приводило к осветлению ее поверхностной части и бурному росту подкожного объема. Важным было определить стадию развития МГ. Часто лечение МГ в стадию инволюции было излишним или, наоборот, при наличии выраженной пролиферации, запоздалым. Наиболее частыми (более 80%) были ошибки в диагностике сосудистых мальформаций (венозных, артериовенозных и т.д.). Лечение сосудистых мальформаций под видом МГ было неэффективным. В целом дифференцированный подход к лечению

СА с учетом их классификации по ISSVA, данных УЗИ позволил получить хорошие, прежде всего в косметическом аспекте, результаты более чем у 97% пациентов.

Выводы. 1. Одной из причин ошибок в диагностике и лечении сосудистых аномалий является незнание врачами современных классификаций данной патологии

(классификация ISSVA, ее модификация В.В. Рогинского и т. д.).

2. Дифференцированный подход к лечению с учетом стадии младенческой гемангиомы, четкого определения варианта сосудистой мальформации позволяет существенно улучшить результаты лечения данной категории больных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Аверин В. И.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Цель исследования. Изучить возможности операции Митрофанова с илеоцистоаугментацией и двойной надвертлужной остеотомией таза при лечении недержания мочи у детей.

Материалы и методы. В Детском хирургическом центре по методике Митрофанова оперировано 19 детей от 4 до 17 лет. С экстротией клоаки (ЭК) – 1 девочка и 2 мальчика, экстротией мочевого пузыря (ЭМП) – 6 девочек и 2 мальчика, 1 пациент с тотальной эписпадией, 2 мальчика и 5 девочек с нейрогенным мочевым пузырем (НМП). Двустороннюю надвертлужную остеотомию таза выполнили у 31 пациенту с расхождением лобковых костей $66,36 \pm 4,41$ мм.

Результаты и обсуждение. Дети с НМП и тотальной эписпадией до этого были неоднократно оперированы по поводу недержания мочи.

Послеоперационный период протекал без осложнений у 15 больных. У 1 ребенка при попытке зондирования МП через аппендикостому металлическим катетером (в другом лечебном учреждении) произошла перфорация ЧО на уровне вхождения его в МП. Он был оперирован повторно (ушито перфоративное отверстие) с благоприятным результатом. У 3 пациентов наступила реканализация ушитой уретры с подтеканием мочи при наполнении МП. Они были оперированы повторно с хорошим результатом.

При коррекции ЭМП большую роль играет восстановление анатомических соотношений тазового кольца и мышц тазового дна. Ввиду отсутствия лонного сочленения и диастаза лобковых костей происходит ве-

рообразное расхождение мышц тазового дна, при этом анальное отверстие смещено кпереди и имеет форму овала, ориентированного в поперечном направлении. Отчасти это является одной из причин недостаточности анального сфинктера проявляющейся недержанием мочи и жидкого кала при пересадке мочеточников в кишку, что имело место у 10 пациентов. После двусторонней надвертлужной остеотомии таза все оперированные хорошо удерживали мочу и жидкий кал в течение 3–4 ч. Осложнений, связанных с остеотомией, у них не было.

Отдаленные результаты изучены у всех детей в сроки до 16 лет. После операции эти дети легко обучены катетеризации МП и выполняют ее сами (в среднем через 4 ч). Для очищающей катетеризации МП использовали катетеры Nelaton №10 (с возрастом №12). Если дети ощущали позыв к мочеиспусканию до фиксированного времени, катетеризацию выполняли по необходимости.

Двусторонняя надвертлужная остеотомия приводит к стабилизации переднее полукольцо таза, облегчает реконструкцию мочевого пузыря, уретры и наружных половых органов, позволяет закрыть дефект передней брюшной стенки без натяжения мягких тканей. Пациенты также очень довольны операцией, походка у них заметно улучшается или нормализуется, а главное, они получают возможность быть и свободно чувствовать себя в детском коллективе.

Заключение. Только комплексный подход в лечении такой сложной патологии как ЭК, ЭМП и НМП, может привести к улучшению качества жизни и социальной реабилитации таких пациентов.

ОСЛОЖНЕННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Аверин В. И., Рустамов В. М.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск; Детский хирургический центр, г. Минск

Цель работы. Анализ клинической картины и лечения детей с осложнениями дивертикула Меккеля (ДМ).

Материал и методы. В Детском хирургическом центре с 1970 по 2014 г. прооперированы 469 пациентов, у которых интраоперационно диагностирован ДМ. Это составило 0,7% по отношению к экстренно проведенным операциям на органах брюшной полости. Из них новорожденных – 25, детей до 1 года – 40, 1–3 года – 46, 4–6 лет –

111, 7–10 лет – 137 и старше 10 лет – 108. У мальчиков ДМ встречался чаще (358–76,7%), чем у девочек (109–23,3%).

Результаты и обсуждение. Патология ДМ была выявлена у 214 (45,6%) пациентов, у 139 (29,6%) он был удален попутно при аппендэктомии и у 116 (24,8%) не удалялся. В 23 случаях (16,5%) попутной дивертикулэктомии макроскопически неизмененный ДМ гистологический имел признаки флегмонозного воспаления. В 63 (17,8%) наблю-

дениях из 353 удаленных дивертикулов при гистологическом исследовании в стенке его были выявлены участки слизистой желудка, тонкой, толстой кишки ткани поджелудочной железы и в 1 случае фрагменты гельминта.

Во время операции была выявлена следующая патология: дивертикулит у 94 (43,9%), непроходимость кишечника у 76 (35,5%), кровотечение в просвет кишки у 28 (13,1%), перфорация дивертикула у 10 (4,7%), перфорация рыбной костью у 1 (0,5%), грыжа Литтре у 5 (2,3%). У 8 пациентов было сочетание дивертикулита с кишечной непроходимостью, у 2 – дивертикулита с внутрибрюшным кровотечением. У 12 детей наблюдалось сочетание деструктивного аппендицита и флегмонозного дивертикулита.

При наличии узкого, до 1 см, основания проводилось дивертикулэктомия кистетным способом (35 пациентов – 9,9%). Клиновидная резекция ДМ выполнена у 43 (12,2%) пациентов. При широком основании дивертикула и деструктивных изменениях, распространившихся на стенку кишки, у 50 (14,2%) детей была выполнена резекция кишки с формированием анастомоза «конец в конец». Резекция ДМ в косопоперечном на-

правлении выполнена у 169 (47,9%), лапароскопическая аппаратная резекция ДМ – у 52 (14,7%) больных. В условиях перитонита 4 (1,1%) детям произведена резекция участка кишки с ДМ и выведением энтеростомы.

Осложнения, потребовавшие релапаротомии, возникли у 32 (9,1%) пациентов. Следует особо отметить, что у 18 (56,3%) из них повторное вмешательство проводилось после удаления неизмененного ДМ.

После операции умерли 8 (2,3%) детей, из них 4 – от кишечной непроходимости, 2 – от рецидива кровотечения, 1 – от перитонита на почве прободного дивертикулита и 1 – от нехирургической причины. 2 из них были новорожденными.

Выводы. 1. Лапароскопия является методом выбора для диагностики осложненного ДМ.

2. У детей, у которых ДМ был не воспален и не удален при случайной его находке, осложнений в дальнейшем не наблюдали. Осложнения после попутной дивертикулэктомии неизмененного ДМ обнаружено в 56,3% случаев, поэтому мы рекомендуем воздерживаться от удаления неосложненных форм ДМ.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Адаменко О.Б., Бондарев О.И., Гельд Ю.Г., Сизонов В.В.,

ГОУ ДПО «Новокузнецкий Государственный институт усовершенствования врачей» МЗ России;
Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Цель. Доминирующую роль в пассаже мочи играет гладкомышечный слой стенки мочеоточника, его структурные изменения являются определяющими при формировании обструктивных нарушений уродинамики. Нарушение дифференцировки мезенхимы мочеоточника в мышечную ткань является одной из главных причин врожденной обструкции мочеоточника. Для уточнения постнатального течения указанного процесса мы изучили возрастную динамику изменения концентрации мышечных белков в клетках фибропластического ряда зоны стеноза мочеоточника.

Методика исследования. В исследование включены результаты морфологического и иммуногистохимического методов исследования у 108 пациентов в возрасте от 0 до 192 мес. Всем детям с целью уточнения уровня и характера обструкции проводилось обследование с использованием методов лучевой диагностики. 1-я группа – 44 (41%) пациента с обструкцией пиелоретерального сегмента. 2-я группа – 64 (59%) ребенка с обструкцией уретерovesикального сегмента. Больным 1-й группы выполнена расчленяющая пиелопластика. Пациентам 2-й группы – неоуретероцистоанастоз. Рецидивированные участки мочеоточников вначале подвергли морфологическому исследованию для четкой локализации зоны стеноза. Окраску препаратов осуществляли по Ван-Гизону. А затем иммуногистохимическому исследованию, выполненного на основе мультимерной безбиотиновой системы детекции – REVEAL Biotin-Free

Polyvalent DAB (Spring Bioscience, США) с целью выявления антител к виментину, актину и десмину в зоне врожденной стриктуры, т.е. в зоне фиброзной ткани, для которой не характерна экспрессия мышечных белков в клетках фибропластического ряда.

Результаты. У новорожденных и детей грудного возраста мускулатура мочеоточников выражена слабо и отличается выраженной незрелостью. Однако экспрессия мышечных белков в зоне стриктуры в этом возрасте максимально высокая, что свидетельствует о возможности в постнатальном периоде дифференцировки мезодермальной ткани в мышечные элементы с последующим формированием полноценной мышечной оболочки. К концу первого года жизни ребенка количество антител резко уменьшается, что может определять снижение вероятности дальнейшей клеточной трансформации миофибробластов в миоциты. По мере взросления детей отмечается прогрессивное уменьшение клеток мышечного типа среди обширных зон фиброзной трансформации ткани мочеоточника и антител к мышечному антигену. При сравнении морфологического материала 1-й и 2-й групп пациентов выявлено, что у пациентов 2-й группы отмечалось существенно большее накопление мышечных белков в зоне стеноза дистального отдела мочеоточника.

Выводы. Результаты исследования подтвердили продолжение в постнатальном периоде процесса созревания ткани, феномен трансформации прогениторных

мезенхимальных клеток в миобласты, а затем в зрелую мышечную ткань, что позволяет обосновать с морфологической точки зрения целесообразность использования

активной выжидательной тактики ведения больных раннего возраста с обструкцией везикоуретерального и пиелоуретерального сегментов.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

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

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Атрезия желчевыводящих протоков (ЖВП) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний гепатобилиарной зоны у детей раннего возраста. Степень выраженности морфологических изменений печени при атрезии ЖВП определяет прогноз заболевания и выживаемость детей.

Цель исследования – изучение возможности непрямой эластометрии печени как альтернативы биопсии печени

Материал и методы. Проведено обследование 27 детей с атрезией ЖВП в возрасте от 35 до 120 дней жизни. Все дети в зависимости от возраста были разделены на группы: 1-я группа – 5 детей в возрасте до 30 дней; 2-я группа – 12 пациентов в возрасте старше 60 дней, кроме того, 10 детей – с 1-м типом атрезии ЖВП, 17 пациентов – со 2-м типом. Всем больным, кроме клиничко-лабораторного обследования, были проведены эластометрия печени на аппарате FibroScan (Франция) и морфологическое исследование печеночной паренхимы. Для изучения корреляционной взаимосвязи проведен сопоставительный анализ данных клиничко-лабораторного морфологического обследования и данных эластометрии (результат выражается в килопаскалях (кПа) и позволяет оценить стадию заболевания от F0 до F4 по системе METAVIR.

Результаты исследования. У обследованных детей основной жалобой к обращению послужила желтуха – 100%, увеличение размеров печени – 100%, гипербилирубинемия – 100%, ахоличный стул – 100%, увеличение размеров селезенки – у 37% больных. Объективно – повышение уровня билирубина в сыворотке крови за счет прямой фракции у 100%, умеренное повышение активности трансаминаз с превалированием в большинстве случаев АсАТ над АлАТ, в 21% наблюдений отмечалось снижение показателей уровня сывороточного альбумина, фибриногена, протромбинового индекса.

Изучение морфологических изменений выявило различную выраженность внутриклеточного холестаза. У пациентов 1-й группы выявлено скопление желчи

в третьей зоне ацинусов, тогда как у пациентов 2-й группы – преимущественно в первой зоне, кроме того, у этой группы возрастает количество имbibированных желчью гепатоцитов. Выраженность холестаза была прямо пропорциональна возрасту больного. У всех больных найдены клеточные инфильтраты в портальных трактах, перипортальное воспаление, внутридольковая дегенерация, очаговый некроз гепатоцитов. Причем все это наиболее выражено у пациентов 2-й группы, и инфильтрат был представлен лимфоцитами. У всех детей обнаружены начальные признаки формирования перипортального фиброза, степень его выраженности зависела от возраста ребенка и типа атрезии. У детей с внутривнутрипеченочной атрезией фиброзирование печени было более выражено нарушением балочного строения и формирования ложных долек возрасте 45–65 дней. Так у 2-х детей 1-й группы обнаружено формирование фиброзных септ, а у 1 – признаки цирроза. Тогда как у 4-х детей 2-й группы отмечалась минимальная степень фиброза.

Данные эластометрии: у 7 больных – F1, что соответствует минимальным изменениям печени, у 5 детей – умеренные изменения печени, F2, у 5 пациентов – выраженные изменения печени, F3, а у остальных был выявлен цирроз печени – F4. Корреляционный анализ выявил достоверную связь между выраженностью морфологического фиброза и данными эластометрии.

Заключение. Данные эластометрии могут дать достоверную картину состояния паренхимы печени у пациентов с атрезией ЖВП, достоверными можно считать результаты в диапазоне ≤ 6 кПа, что может говорить об отсутствии значительного фиброза, и ≥ 12 кПа, что может соответствовать выраженному фиброзу или циррозу печени. На основании всего вышесказанного можно рекомендовать проведение эластометрии всем больным с холестазом для исключения выраженного фиброза печени, а также для мониторинга динамики прогрессирования заболевания.

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДИКИ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМ НЕПАЛЬПИРУЕМЫХ ЯИЧЕК

Акрамов Н.Р., Галлямова А.И.

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» МЗ Республики Татарстан, г. Казань;
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Казань

Несмотря на то что использование лапароскопических методик в хирургической практике с каждым годом

растет, их широкое применение в детской урологии-андрологии по-прежнему ограничено.

Цель исследования – оценить возможности и безопасность использования однотроакарной методики в диагностике и лечении мальчиков с синдромом непальпируемых яичек.

Материалы и методы. В условиях урологического отделения ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» с 2014 по 2015 г. было пролечено 10 мальчиков с синдромом непальпируемых яичек с использованием методики единого лапароскопического доступа: в 6 случаях была диагностирована двусторонняя патология, в 4 случаях – односторонняя. Возраст пациентов составлял 1–4 года (средний возраст – 2 года). Хирургическая техника была одинакова во всех случаях и включала установку троакара в околопупочную область, ревизию брюшной полости и внутренних паховых колец с обеих сторон. Определение дальнейшей тактики зависело от следующих факторов: если семявыносящий проток и яичковые сосуды заканчивались слепо, процедуру завершали; если длина семенного канатика была достаточной, проводилась одномоментная лапароскопическая орхопексия; при коротком семенном канатике проводилась вазотомия по методике Fowler-Stephens в 2 этапа. В послеоперационном периоде для оценки положения и размеров яичек всем

пациентам проводился контрольный осмотр через 2 нед, 3 и 6 мес после операции.

Результаты. У 6 пациентов была выполнена вазотомия по методике Fowler-Stephens в 2 этапа, в 3 случаях – одномоментная лапароскопическая орхопексия и в 1 случае процедура носила диагностический характер. Продолжительность операций составила 8–15 мин при односторонней патологии, 15–40 мин при двусторонней. Средняя продолжительность – 20 мин. Кровопотеря во всех случаях была менее 1 мл. Случаев необходимости установки дополнительного порта или конверсии в открытое оперативное вмешательство не выявлено. Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено, пациенты были выписаны домой на 1–2-е сутки после операции. При контрольном осмотре яички располагались в мошонке.

Выводы. Лапароскопия является стандартом медицинской помощи для диагностики и лечения пациентов с синдромом непальпируемых яичек. Использование методики единого лапароскопического доступа в диагностике и лечении мальчиков с синдромом непальпируемых яичек предпочтительнее благодаря своей точности и безопасности

РОЛЬ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА

Аксельров М. А., Аксельров А. М., Супрунец С. Н., Емельянова В. А., Сергиенко Т. В., Анохина И. Г., Киселева Н. В., Столяр А. В., Дадашева С. М., Свазян В. В., Вешкурцева И. М.

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России; ГБУЗ ТО ОКБ №2, г. Тюмень

Основными факторами, запускающими процесс развития некротизирующего энтероколита у новорожденных, являются ишемия и тканевая гипоксия, которые приводят к тканевому некрозу, изъязвлению слизистой и перфорации.

Цель. Улучшить результаты лечения новорожденных с осложненной формой некротизирующего энтероколита.

Результаты. Предположив, что обогащение кислородом из просвета кишки может способствовать восстановлению энтероцитов, параллельно с питанием у 20 новорожденных оперированных с прогрессирующим некротизирующим энтероколитом, в энтеростому мы вводили кислородный коктейль. Влияние кислорода оценивали, сравнивая клинические и лабораторные показатели с контрольной группой из 20 детей, которые кислородный коктейль не получали. Обогащение кис-

лородом энтероцитов, в основной группе по сравнению с контрольной, к 7 послеоперационным суткам способствовало более быстрому снижению ЛИИ в 1,5 раза, температуры тела в 1,7 раз, ЧСС в 1,2 раза. Кроме того, у всех пациентов основной группы улучшались показатели насыщения гемоглобина кислородом.

Заключение. Небольшое количество наблюдений не позволяет сделать достоверные выводы о положительном влиянии энтерального введения кислорода на течение послеоперационного периода у детей, перенесших резекцию кишки по поводу прогрессирующего некротизирующего энтероколита, однако предварительные результаты свидетельствуют, что кислородотерапия может положительно повлиять на результаты лечения данной группы детей.

СИНДРОМ ЛЕДДА У НОВОРОЖДЕННЫХ: МЫ ВЫБИРАЕМ ЛАПАРОСКОПИЮ

Аксельров М. А., Аксельров А. М., Супрунец С. Н., Сергиенко Т. В., Емельянова В. А., Кострыгин С. В., Столяр А. В., Горохов П. А., Вешкурцева И. М., Бодрова Т. В., Сосланд М. И.

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России; ГБУЗ ТО ОКБ №2, г. Тюмень

Частой причиной высокой частичной кишечной непроходимости у новорожденных является незавершен-

ный поворот кишечника. Наиболее грозный вариант мальротации – синдром Ледда, при котором внутри-

тробно формируется заворот тонкой и правой половины толстой кишки вокруг общей брыжейки.

В клинике детской хирургии Тюменского ГМУ с 2014 по июнь 2015 г. наблюдалось 6 новорожденных с синдромом Ледда. Диагноз ставили на основании клинической картины, обзорной рентгенографии брюшной полости, ирригографии, УЗИ. У 5 из них операция выполнена лапароскопически. После установки диагноза предоперационная подготовка была минимальной.

Для выполнения эндоскопической операции использовали стойку, оптику и инструменты (3 мм) фирмы «Karl Storz». Первым этапом ликвидировали заворот и оценивали жизнеспособность кишки. После, используя монополярную коагуляцию, разделяли эмбриональ-

ные сращения, сдавливающие ДПК и деформирующие толстую кишку.

Средняя длительность операции составила 1 ч. Конверсий не было. У 2-х детей во время разделения сращений между тонкой и толстой кишкой была повреждена брыжейка толстой кишки без повреждения сосудов. Дефект в брыжейке был ушит.

Длительность послеоперационного наблюдения незначительная, однако на настоящее время рецидива заворота не наблюдается.

Малая травматизация и отличный косметический результат позволяют рекомендовать лапароскопическую операцию детям с синдромом Ледда.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

Аксельров М. А., Григорук Э. Х., Белькович С. В., Карлова М. Н., Столяр А. В., Горохов П. А., Сергиенко Т. В., Дадашева С. М., Кострыгин С. В.

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России; ГБУЗ ТО ОКБ №2, г. Тюмень

Актуальность. Пороки развития органов мочевой системы у детей по количеству и разнообразию занимают первое место среди всех органов и систем – их удельный вес превышает 40%. В перечне пороков развития мочевой системы лидируют аномалии обструктивного характера. Несмотря на улучшение диагностики и совершенствование хирургической техники результаты лечения данной группы больных не всегда удовлетворяют врачей и пациентов. В связи с этим актуальна выработка оптимальной тактики ведения детей, у которых внутриутробно или в периоде новорожденности заподозрена обструктивная уропатия.

Цель. Улучшить результаты лечения детей с врожденными обструктивными уропатиями.

Материалы и методы. В детском хирургическом отделении №1 ГБУЗ ТО ОКБ №2 г. Тюмени с 2003 по 2013 г. включительно на обследовании и лечении находились 312 новорожденных детей с обструктивными уропатиями. Детей с внутриутробно установленным диагнозом переводили в отделение патологии новорожденных, где им проводили комплексное обследование: лабораторные методы обследования, УЗИ, до-

плерография почечных сосудов, цистоуретрография, экскреторная урография.

Результаты. По результатам обследований дети были разделены на 3 группы. 1-я группа – урологически здоровые дети (11,2%). 2-я группа – пациенты, не требовавшие экстренного оперативного лечения (63,5%), которым при выписке назначали консервативную терапию с дальнейшим наблюдением у уролога. 3-я группа – больные, у которых были абсолютные показания для оперативного лечения в первые месяцы жизни (25,3%). Выполняли нефрэктомии в связи с отсутствием функции почки у 16 (20,3%) (в последние 3 года для удаления почки применяли ретроперитонеоскопию или лапароскопию), реконструктивно-пластические операции у 63 (79,7%) детей.

В послеоперационном периоде через 3, 6 и 12 мес проводили УЗИ, УЗДГ, экскреторную урографию.

Выводы. Наши исследования, проведенные в сравнении с детьми, пролеченными в более старшем возрасте, позволяют заключить, что оперативное лечение врожденных уропатий на первом месяце жизни улучшает эвакуаторную функцию, создавая благоприятные условия для роста и развития почки.

ВЫБОР МЕТОДЫ ОРГАНОУНОСЯЩИХ ОПЕРАЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Аксельров М. А., Григорук Э. Х., Карлова М. Н., Столяр А. В., Горохов П. А.

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России; ГБУЗ ТО ОКБ №2, г. Тюмень

Актуальность. Пороки развития мочеполовой системы составляют значительную долю заболеваний детского возраста. В последние годы прослеживается тенденция к увеличению частоты их встречаемости. В ряде случаев отмечается отсутствие или резкое снижение функции одной из почек, связанное с гипоплазией или с глубокой дисплазией почки, которые со временем приводят к развитию

персистирующего воспалительного процесса, вазоренальной гипертензии или злокачественных мальформаций. Это требует решения вопроса о выполнении органосохраняющей операции уже в раннем детском возрасте.

Цель исследования. Анализ результатов лечения новорожденных при лапароскопической нефр- или нефроуретерэктомии в сравнении с результатами открытых операций.

Описание исследования. Представлен опыт выполнения 15 нефрэктомий и нефроуретерэктомий у новорожденных детей в 2013–2015 гг. Показаниями к эндоскопической операции являлись врожденные и приобретенные патологические изменения почек, сопровождающиеся полной потерей функции органа. В предоперационном периоде, кроме общеклинических и биохимических анализов, у этих детей выполнен комплекс исследований, включающий УЗИ почек, цистографию, в/в урографию. Основными этапами лапароскопической нефрэктомии являлись широкое вскрытие забрюшинного пространства, выделение нижнего и верхнего полюсов почки, выделение латеральной поверхности почки, пересечение сосудистой ножки и мочеточника (полное его иссечение при пузырно-мочеточниковом рефлюксе). Длительность

операции составила 60 мин. Суммарная интраоперационная кровопотеря минимальная и не требовала гемотрансфузии. Интраоперационных осложнений не отмечалось. Послеоперационный период протекал значительно легче, чем после традиционных операций: отмечалось быстрое восстановление физической активности больных, сократились сроки пребывания пациента в стационаре. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

Выводы. 1. Показанием к выполнению лапароскопической нефрэктомии у детей является урологическая патология, сопровождающаяся утратой функции почки. 2. Лапароскопическая нефрэктомия и нефроуретерэктомия являются малотравматичными, безопасными и эффективными вмешательствами у новорожденных детей при кистозной дисплазии почки.

МЕТОД ФОКЕРА ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА С НЕПРЕОДОЛИМЫМ ДИАСТАЗОМ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Аксельров М. А., Сергиенко Т. В., Кострыгин С. В., Столяр А. В., Карлова М. Н., Горохов П. А., Дадашева С. М., Григорук Э. Х., Супрунец С. Н., Емельянова В. А.

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

С 1941 г., с момента успешного выполнения первого анастомоза при лечении атрезии пищевода, изменились шовный материал, техника операций, антибактериальные препараты и анестезиолого-реанимационное обеспечение. В совокупности все это приводит к высокой выживаемости детей с этой патологией. Основное же количество осложнений и неудовлетворительных результатов отмечается при большом диастазе между сегментами. Четкого понятия, что такое большой диастаз нет.

В клинике детской хирургии Тюменского ГМУ 5 детям для удлинения сегментов пищевода при непреодолимом диастазе на первой операции применен метод предложенный Джоном Эдвардом Фокером. 1 пациенту операция по удлинению пищевода выполнена торакоскопически.

Ребенок от 4-й беременности, 2-х срочных самостоятельных родов. Вес при рождении – 3280 г. После обследования выставлен диагноз: VACTER-ассоциация: атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем. ВПС: функционирующий открытый ОАП. ООО. Атрезия ануса и прямой кишки, безсвищевая форма. Гидронефроз 1-й степени.

Первым этапом выполнена лапароскопия, выведение двойной раздельной колостомы. После чего ребенок уложен на живот с приподнятым на 30° правым боком. Выполнена торакоскопия. После ликвидации трахеопищеводного свища обнаружено, что диастаз между сегментами пищевода превышает 4 см, свести сегменты пищевода для формирования первичного анастомоза не удалось. Проведена процедура Фокера.

На 7-е послеоперационные сутки у ребенка зафиксирован пневмоторакс справа. Данное осложнение связали с прорезыванием тракционных нитей. Это потребовало экстренной повторной операции, которую решили провести через торакотомию. На операции выявлено, что сегменты пищевода «выросли», они свободно соединились, сформирован прямой анастомоз «конец в конец». Послеоперационный период без особенностей. Медикаментозный сон в течение 6 дней. Энтеральная нагрузка с 7-го дня. При контрольном бужировании сужений в зоне анастомоза нет.

Данный пример показывает, что применив метод Фокера можно не только сохранить пищевод без повреждения его ткани, но и провести операцию торакоскопически.

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Аксельров М. А., Сергиенко Т. В., Кострыгин С. В., Столяр А. В., Карлова М. Н., Горохов П. А., Дадашева С. М., Григорук Э. Х., Супрунец С. Н., Емельянова В. А.

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

Закономерным продолжением в эволюции способов лечения атрезии пищевода является торакоскопия. Она позволяет не только исключить неблагоприятные последствия торакотомии для каркаса грудной клетки, но и значительно уменьшить интраоперационную травму.

В детском хирургическом отделении №1 ГБУЗ ТО ОКБ №2 г. Тюмени с января 2014 г. по июнь 2015 г. на лечении находились 9 пациентов, у которых при хирургической коррекции атрезии пищевода была использована торакоскопия. У всех больных был

3b тип порока (наличие нижнего трахеопищеводного свища).

Предоперационная подготовка не отличалась от такой при открытой операции. Использовалась стандартная интубация. Положение ребенка на операционном столе на животе с приподнятым на 30° правым боком. Использовали 3 троакара (3 мм). После инсуффирования в правую плевральную полость углекислого газа (4–5 мм рт.ст. с потоком 1 л/мин) и определением с анатомией порока, первым этапом используя монополярную коагуляцию выделяли нижний трахеопищеводный свищ. Свищ прошивался непосредственно у трахеи, перевязывался (формирование узла проводили интракорпорально) и отсекался. Оральный сегмент пищевода находили

при помощи назогастрального зонда. Верхний сегмент пищевода отделялся от трахеи и максимально выделялся из окружающих тканей. Непарную вену не пересекали. Анастомоз формировали справа от непарной вены, отдельными узловыми швами, узлы формировали экстра и интракорпорально. Длительность операции составила 2 ч±20 мин. В послеоперационном периоде (5–7 дней) пациенты находились в состоянии медикаментозного сна. После пробуждения начинали энтеральное кормление и убирали страховочный дренаж из заднего средостения. На 21-е сутки проводили контрольное бужирование пищевода. Во всех анализируемых случаях данных за стеноз в области анастомоза не отмечено. Все дети выписаны с выздоровлением.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ КИСТИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ МИКРОХИРУРГИИ

Александров А.В., Рыбченко В.В., Волков В.В., Львов Н.В.

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

В контексте современного хирургического лечения детей с врожденными пороками развития кисти многие специалисты разных стран согласны со следующим утверждением: для того чтобы у ребенка успешно формировались захваты кисти, необходима коррекция порока в раннем возрасте, до того, как ребенок осознает, что у него имеется дефект кисти. Причем прослеживается тенденция к сдвигу сроков операции в более ранний возраст. При этом предъявляются повышенные требования к технике операции – она должна выполняться под оптическим увеличением и быть прецизионной.

В отделении микрохирургии ДКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова с 2008 по 2014 г. пролечено 169 детей со следующими пороками развития кисти: гипо- и аплазия 1 пальца – 9, трехфаланговый 1 палец – 7 детей, полидактилия – 50, удвоение 1 пальца – 35 детей, синдактилия – 55 детей в возрасте от 8 мес до 4-х лет. Были выполнены следующие операции: поллицизация – 12, устранение полидактилии – 47, устранение полидактилии с коррекцией клинодактилии – 48, разделение синдактилии – 60. Мы предпочитаем делать поллицизацию в возрасте 12–24 мес, при удвоении 1 пальца удаление добавочных пальцев без вмешательства на основном пальце начинаем с 3-х мес, если требуется корригирующая остеотомия для устранения клинодактилии основного пальца, выполняем ее с 18-месячного возраста, а синдактилию на-

чинаем оперировать с 6 мес. При выполнении операций всегда используем оптическое увеличение, деликатные инструменты и микрохирургические принципы обращения с тканями.

Результаты оценивались следующим образом: немедленные, с точки зрения полноты выживания лоскутов кожи. Отдаленные – с точки зрения косметики, т.е. нормального анатомического соотношения частей кисти и с точки зрения функции кисти как в ранние сроки после операции, так и становления захватов кисти по мере роста и развития ребенка после операции. В отношении результатов лечения наших больных следует сказать, что мы не потеряли ни одного поллицизированного пальца, все лоскуты при синдактилии выжили, было 3 случая ограниченного краевого некроза. У больных с удвоением 1-го пальца во всех случаях удалось нормализовать внешний вид кисти и создать условия для ее нормального функционирования. Во всех случаях мы наблюдали очевидное нормальное формирование функций кисти по мере роста и развития оперированных детей.

Таким образом, максимально полная хирургическая коррекция в сочетании с микрохирургической техникой позволяет не только восстановить анатомию и нормальные взаимоотношения частей кисти у детей с врожденными пороками ее развития в раннем возрасте, но и создать все условия для беспрепятственного развития захватов кисти.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ В КРИТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ У ДЕТЕЙ.

Александров А.В., Рыбченко В.В., Львов Н.В., Смолянкин А.А.

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

Из общего числа повреждений кисти в детском возрасте травма сухожилий составляет до 48%. Проблема

восстановления сгибания пальцев кисти при повреждении сухожилий сгибателей обусловлена сложностью

первичной диагностики, малым размером сухожильно-связочного аппарата, не позволяющим использовать многонитевые швы и обеспечить оптимальное соотношение скольжения и прочности в месте шва. Отсутствие мотивации у детей младшего возраста затрудняет проведение послеоперационной реабилитации.

Цель и задачи работы. Улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения детей с повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти.

Материалы и методы. В отделении микрохирургии ДГКБ № 13 ежегодно лечатся 25–40 детей с данной патологией. Более 60% детей имеют повреждения сухожилий 1–2 анатомической зоны кисти (IFSSH `80). За последние годы протокол хирургического лечения и реабилитации детей с повреждениями сухожилий сгибателей кисти в критических зонах претерпел значительные изменения.

Разработаны следующие принципы:

1. При повреждении сухожилий сгибателей в критической зоне у детей младше 7 лет выполняем 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, восстанавливаем 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 выполняется одноэтапная тендопластика.

3. При длительных сроках и рубцовом перерождении связочного аппарата выполняется двухэтапная тендопластика с использованием силиконового стента.

4. В отношении оперативного доступа применяем дифференцированный подход: при первичном шве сухожилия используем рациональные разрезы для расширения раны, при выполнении сухожильной пластики используем Z-образный разрез по Bruner.

5. При пластике сухожилий восстанавливаем связки-блоки с обязательной полной реконструкцией блоков А2 и А4.

Нами было проанализировано 135 случаев за 2005–2014 гг. Возраст детей – 2–17 лет.

Результаты лечения оценивали по шкале Total Active Motion (TAM). Хороший результат получен в 45,3%, удовлетворительный в 31,9% и неудовлетворительный результат в 22,8% случаев.

Выводы

1. Доступ по Bruner позволяет избежать образования грубых рубцовых деформаций, дает возможность более ранней активной разработки.

2. Дифференцированный подход к технике сухожильного шва и выбору шовного материала в зависимости от возраста позволяет достичь оптимальной прочности и скольжения восстановленного сухожилия. Методом выбора следует считать петлевой шов по Tsuge.

3. Восстановление связок блоков 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.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВЫСОКИХ СТЕПЕНЯХ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Алиев М. М., Рахматуллаев А. А., Теребаев Б. А., Султанов А. К., Рузиев М. Ю.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра факультетской хирургии детского возраста, Узбекистан;
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, отдел детской хирургии, Ташкент, Узбекистан

Анализ результатов эндоскопического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у детей показал, что большая доля неудовлетворительных результатов встречается при высоких степенях ПМР, колеблется от 7 до 60%.

Цель. Совершенствовать эндоскопическое лечение при высоких степенях ПМР у детей.

Материал и методы. В отделении хирургии клиники ТашПМИ и отдел хирургии РСНПМЦ Педиатрии 136 больным (191 мочеточника) в возрасте от 1 до 14 лет выполнена трансуретральная коррекция ПМР IV–V степени. Для эндоскопического лечения использовали препарат «DAM+» по методике НИТ1 и НИТ2. При НИТ1 уровень болюса образован в просвете мочеточника, при НИТ2 уровень болюса образован в просвете и подслизистом отделе мочеточника.

Результаты. Согласно международной классификации ПМР (IRSC, 1986 г.) рефлюкс IV степени был опре-

делен в 119, V степени – в 72 мочеточниках. Во всех наблюдениях выявлены латерализация и короткий подслизистый отдел (5±3 мм) мочеточников. Эффективность вмешательства в ранние сроки после операции оценивали по регрессии мочевого синдрома, доплерометрии мочеточникового выброса мочи и обратно-го пузырно-мочеточникового заброса мочи. Задержка мочеточникового выброса мочи отмечена у 5 больных с IV степенью, выполнены по методике НИТ2, которые купировались к моменту выписки. В отдаленные сроки у 123 детей (91 детей с IV степенью, 32 детей V степенью) отмечена стабильная ликвидация мочевого синдрома и отсутствие ПМР. В 13 наблюдений сохранялся ПМР, из них у 4 детей с IV степенью сохранялся с мочевым синдромом и у 9 больных с V степенью, степень ПМР снизилась до III степени. Повторные инъекции по методике НИТ2, проведенные 13 детям (с IV степенью у 4,

с III степенью у 9 детей), в итоге ПМР и мочевого синдрома ликвидирован в 84,5% наблюдений.

Заключение. Трансуретральная коррекция при высоких степенях ПМР у детей с использованием методик

НIT1 и НIT2, дают наиболее положительные результаты. Показаниям к повторной трансуретральной коррекции является сохранение или снижение степени рефлюкса с мочевым синдромом.

КИСТА ХОЛЕДОХА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Алиев М.М., Адылова Г.С., Юлдашев Р.З., Бабаев А.О., Узбеков Р.К., Мусаев Э.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Введение. Частота встречаемости кист холедоха составляет 1:10 000–1:150 000 живорожденных. Заболевание характеризуется эктазией наружных и внутриспеченочных желчных протоков. Несвоевременность хирургической коррекции порока приводит к формированию конкрементов с холангитами, малигнизации и хроническому поражению печени с развитием фиброза и цирроза печени.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения и результаты хирургического лечения новорожденных и детей раннего возраста с кистой холедоха.

Материал и методы исследования. За 2014–2015 гг. обследованы и оперированы 28 детей с диагнозом киста холедоха. Выполнены рутинные клинико-биохимические исследования: билирубин и его фракции, гамма-глутамилтрансфераза, щелочная фосфатаза, амилаза крови. Проанализированы результаты УЗИ, МСКТ и МРТ-холангиографии и биопсии печени до и после хирургического лечения в различные сроки наблюдения. Тип кист был классифицирован по Todani (1977). Больные разделены на 2 группы: в 1-й группе были новорожденные и дети в возрасте до года ($n=7$), во 2-ю группу вошли дети старше года – до 18 лет ($n=21$).

Результаты. Большинство пациентов обеих групп были девочки (71,4%). В 1-й группе определялись только 2 варианта кист холедоха с преобладанием мешкообразного расширения – Ia тип у 5 (71,4%) больных, IVa тип – у 2 (28,6%) детей. Во 2-й группе тип кист был более разнообразным. Чаще встречался IVa тип 10 (47,6%) больных, Ia – у 6 (28,6%) больных, Ib тип – у 4 (19%) и V тип – у одного пациента (4,8%). Отмечено, что наличие конкрементов в желчном пузыре и в расширенном холедохе выявлены у 5 больных 2-й группы с Ia ($n=2$), Ib ($n=2$) и IVa ($n=1$) типами. Клиническими проявлениями у детей 1-й группы были иктеричность кожи и склер,

периодически ахоличный стул, наличие объемного образования в брюшной полости. Во 2-й группе классическая триада – боль в животе, желтушность и объемное образование, была выявлена у 36% больных.

По данным клинико-биохимического исследования, во второй группе отмечены более высокие показатели АЛТ $102,6 \pm 29$ U/l, АСТ $80,2 \pm 20,34$ U/l, ЩФ $652,84 \pm 134,6$ U/l, ГГТ $220,8 \pm 82,1$ U/l. В 1-й группе показатели билирубина были незначительно выше ($84,7 \pm 27,4$ мкмоль/л), чем во 2-й ($78,39 \pm 26,6$ мкмоль/л).

Больным 1-й группы выполнены 2 операции гепатикодуоденостомии по Karrer – Raffensperger, в 5 случаях – гепатикоеюностомии на отключенной петле по Ру. Во 2-й группе в 4-х случаях выполнены операции Karrer – Raffensperger, остальным 17 – операция гепатикоеюностомии на отключенной петле по Ру. Все операции осуществлялись полным иссечением кисты холедоха. Летальный исход отмечен у 2 пациентов 1-й группы в возрасте 2,5 и 4 лет, у которых по данным морфологического исследования был выявлен цирроз печени. У 5 больных выявлен фиброз печени. У всех больных 2-й группы был выявлен фиброз печени различной степени выраженности. В отдаленные сроки наблюдения у 1 пациента 1-й группы отмечены признаки рецидивирующего холангита (после операции гепатикодуоденостомии). Во 2-й группе осложнений не отмечалось.

Заключение. У новорожденных и детей до одного года клинические проявления и течение при кисте холедоха имеют сходство с корригируемой дистальной атрезией желчевыводящих путей. Выполнение хирургической коррекции с иссечением кистозно-измененного холедоха целесообразно осуществлять у новорожденных и детей раннего возраста. Предпочтительным считаем гепатико-дуоденоанастомоз по Karrer – Raffensperger.

СТЕНТИРОВАНИЕ ПОСТОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Алиев М.М., Арифджанов Н.С., Тилавов У.Х., Саитазизов Х.Б., Каримов Б.А., Шохайдаров Ш.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Традиционные методы лечения рубцовых сужений пищевода – бужирование, баллонная дилатация, пластика пищевода – в детском возрасте сопровождаются высокой частотой осложнений и снижением качества жизни, что определяет необходимость поиска новых подходов в лечении этих пациентов.

Цель исследования. Изучить возможности и эффективность стентирования пищевода у детей биодеградирующимися стентами.

Материал и методы. С 2011 г. по декабрь 2014 г. в РСНПМЦП 7 больным с рубцовыми послеожоговыми стриктурами пищевода произведены имплантации био-

деградирующих стентов производства ELLA-CS, Ltd (Чешская Республика).

Процедура имплантации стента выполнялась в пределах здоровых тканей под рентгенологическим и эндоскопическим контролем при непродолжительной общей анестезии. В течение 5–8 первых дней после имплантации осуществляли эндоскопический контроль положения стента, назначали короткий курс антибиотиков широкого спектра действия, анальгетики и противорвотные препараты, а также ингибиторы протонной помпы.

Результаты. У всех пациентов рубцовые сужения сформировались после тяжелых щелочных ожогов давностью более 6 мес. При рентгенологическом обследовании у них выявлялась протяженная (более 4 см) стриктура в средней и нижней трети пищевода, с диаметром просвета менее 4 мм. Традиционно используемые методы лечения: длительные бужирования пищевода за нить и баллонные дилатации устраняли дисфагию не более чем на 3–4 нед. Эти пациенты являлись кандидатами на колозофагопластику.

За 2011–2014 гг. методом стентирования было пролечено 7 пациентов. Эффективность этого метода лечения в большой степени зависела от правильно подобранных характеристик стента: его длины, ради-

альной силы и диаметра. В результате стентирования удалось удерживать физиологическим просвет пищевода на уровне стриктуры более 3 мес, избавив детей от необходимости повторных бужирований каждые 2 нед. У всех пациентов в сроки биодеградации стента (3–5 мес.) был получен хороший дилатирующий результат: отсутствовала дисфагия, при рентгенологическом контроле сужение пищевода не определялось. Одному пациенту через 10 мес выполнено повторное бужирование по проводнику зоны рестенозирования с повторным установлением стента, что привело к стойкому положительному эффекту. Остальные 6 пациентов после однократной имплантации стента в сроки 9–18 мес не имеют дисфагии.

Заключение. Таким образом, применение биодеградирующихся стентов SX-ELLA из полидиоксана при лечении послеожоговых стенозов пищевода у детей может заменить систематические бужирование и баллонные дилатации, сократить сроки лечения. Биодеградирующие стенты из полидиоксана оказывают терапевтическое действие в течение всего периода распада и ремоделируют сужение. Благодаря биологическому распаду материала, из которого он изготовлен, не требуется удаление конструкции.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДА УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Алиев М. М., Дехконбоев А. А., Адылова Г. С.

Республиканский научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В практике детских хирургов некротический энтероколит (НЭК) чаще выявляется на стадии развития осложнений, перитонита, когда прогноз для жизни пациентов ухудшается и летальность достигает 70%, а при тотальных некрозах кишечника составляют 100%. Существующая дилемма в выборе тактики лечения – хирургическое или консервативное диктуется отсутствием четких показаний, критериев, которые в свою очередь связаны с несовершенством диагностики предикторов ранних осложнений НЭК. В этом плане возможности современной ультразвуковой диагностики становятся все более актуальными.

Цель исследования. Уточнение показаний к выбору метода лечения путем совершенствования способов визуализации при НЭК.

Материал и методы исследования. В отделении детской хирургии РСНПМЦ педиатрии с 2014 по 2015 г. наблюдались 20 больных с НЭК Ib и IIIa стадиями по классификации Walsh – Kliegman (1986). Возраст варьировал от 6 до 27 дней. Большинство детей (13) родились недоношенными (31–37 нед гестации) с массой тела менее 2000 г. Дети с пневмоперитонеумом ($n=3$) при поступлении были исключены из группы, так как имели прямые показания к оперативному лечению независимо от показателей ультразвукового исследования (УЗИ). Всем паци-

ентам выполнены УЗИ с доплерографией на аппарате Mindray M5 с использованием конвексного и линейного датчиков (5–10 МГц). Также всем больным выполнена обзорная рентгенография брюшной полости. Оперативные вмешательства выполнены у 5 (29%) больных.

Результаты. По данным УЗИ у 5 (29%) больных определялись признаки некроза кишечника: утоньшение стенки кишки менее 1 мм, у 5 (29%) больных, наличие свободной жидкости, у 2 (12%) больных, наличие интрамурального газа в стенке кишки. У 2 (12%) пациентов прослежено отсутствие или ослабление перфузии стенки измененной части кишки по данным цветового картирования, утолщение стенки кишки более 2,7 мм с увеличением перфузии отмечено у 3 (18%) детей, при этом отсутствие перистальтики в измененной кишке выявлено у всех 5 (29%) пациентов. Учитывая выявленные вышеуказанные признаки некроза кишки больным выполнены рентгенологические исследования, на которых выявлены признаки пневматоза кишки, у 3 (18%) симптом статичной петли кишки, ассиметричное расположение петель кишечных петель у 5 (29%) больных.

Всем 5 больным проведена лапаротомия: некроз кишки требующий резекции выявлен у 5 больных. 3 пациентам выполнена резекция некротизированной части подвздошной кишки и наложена двойная раздельная

илеостомы, у 1 (6%) ребенка выполнена резекция некротизированного участка с наложением терминальной илеостомы, у 1 выявлен субтотальный некроз проксимального отдела подвздошной кишки, которому проведена операция наложение илеостомы по К. Maydl. Закрытие стом осуществляли в сроки 1–1,5 мес при положительной динамике процесса. У 12 (71%) пациентов признаков не-

кроза кишки не обнаружено, у них положительная динамика достигнута консервативной терапией.

Заключение. Результаты наших исследований свидетельствуют, что УЗИ брюшной полости с цветовым картированием позволяет выявить НЭК в стадии предперфорации, когда хирургическое вмешательство позволяет достичь лучших результатов.

ПОРТАЛЬНАЯ БИЛИОПАТИЯ ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Алиев М. М., Юлдашев Р. З., Адылова Г. С., Дехконбоев А. А., Шохайдаров И. Ш., Едгоров Ж. И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка является наиболее опасным осложнением внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ) обусловленной кавернозной трансформацией воротной вены. Риск развития геморрагии особенно велик при наличии эрозивного процесса в слизистой пищевода и желудка. Последняя являясь частым осложнением кавернозной трансформаций воротной вены и дуоденогастрального рефлюкса приводит к развитию воспалительных изменений в слизистых желудка и кардиоэзофагеального перехода.

Цель исследования – определить роль портальной билиопатии в развитии геморрагии из флэбэктазий пищевода и желудка.

Материал и методы. Обследованы 95 детей с внепеченочной портальной гипертензией в возрасте от 1 года до 18 лет. Всем пациентам проведены рутинные клинико-биохимические исследования, фиброзофагогастро-дуоденоскопия (ФЭГДС), ультразвуковое исследование с доплерографией (УЗИ ДГ) гепатолиенальной зоны, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) с ангиографией висцеральных сосудов. При оценке степени ВРВ и риска развития кровотечения мы пользовались классификацией предложенной Шавровым А. А. (1999 г.)

Результаты. По данным ФЭГДС у 14 (15%) детей кроме варикозного расширения вен пищевода выявлена мутная желчь в просвете желудка, так называемый дуоденогастральный рефлюкс желчи (ДГРЖ), при этом у всех 14 больных отмечались признаки эрозивного эзофагита и гастрита различной степени выраженности. У данной категории больных имели место более частые эпизоды кровотечения из флэбэктазий пищевода и желудка. В этой

группе больных по данным клинико-биохимических исследований отмечено умеренное повышение уровня щелочной фосфатазы – 262,33 ед/л ($p \leq 0,01$), тогда как показатели гамма-глутамилтрансферазы находились в пределах возрастной нормы. При УЗИ ДГ гепатолиенальной зоны, кроме признаков кавернозной трансформации воротной вены, выявлены перипортальный фиброз с распространением фибротического процесса на стенку желчного пузыря, увеличением толщины стенки желчного пузыря с наличием варикозно расширенных вен. Также отмечена умеренная эктазия вне- и внутривенных желчных ходов, диаметр общего желчного протока был $d=5 \pm 3$ мм. На МСКТ и МРТ кроме патогномичных признаков внепеченочной портальной гипертензии во всех фазах исследования определялись эктазия вне- и внутривенных желчных протоков, а в портальной фазе контрастирования – варикозно расширенные вены желчного пузыря. Признаки портальной билиопатии чаще выявлялись у детей более старшей возрастной группы (7–18 лет).

Заключение. Результаты исследований позволяют заключить, что наличие кавернозной трансформации воротной вены предполагает развитие портальной билиопатии. Развитие портальной билиопатии у детей с ВПГ отмечается с прогрессированием основного заболевания. Диагностическими методами являются УЗИ с ДГ, МСКТ/МРТ ангиография, а также ФЭГДС. Так, наличие мутной желчи в просвете желудка а иногда и пищевода является одним из признаков портальной билиопатии у ребенка с ВПГ. В свою очередь желчный рефлюкс-гастрит и эзофагит усугубляет патологический процесс в слизистой, что приводит к развитию эрозий, тем самым увеличивает риск геморрагии из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

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

Оренбургский государственный медицинский университет; Городская клиническая больница № 5 г. Оренбурга, Центр детской хирургии

Широкое внедрение в повседневную практику пренатального УЗИ позволяет своевременно выявить врожденную патологию, провести адекватное лечение, что положительным образом сказывается на результатах.

С 2010 по 2014 г. в Центре детской хирургии г. Оренбурга проводилось обследование и лечение 35 новорожденных с кистозными образованиями брюшной полости. Выявлены следующие нозологические формы: кистоз-

ное образование яичника – 24 ребенка (в том числе тератомы яичника – 4 пациента), кистозное удвоение разных отделов желудочно-кишечного тракта – 6 пациентов, лимфангиома брыжейки тонкой кишки – у 5 детей.

Пренатально (на 22–24-й и 30–32-й неделях гестации) кистозные образования брюшной полости выявлены у 24 пациентов, что составило 68,6% от общего числа случаев. Всем пациентам в первые сутки после рождения проведено УЗИ, подтверждено наличие кистозного образования. После исследования дети консультировались детским хирургом, определялись сроки хирургического лечения. 7 пациентам, у которых пренатально заболевание не было обнаружено, диагноз установлен в конце первого месяца жизни, при проведении УЗИ брюшной полости. У 2-х детей в периоде новорожденности имели место выраженные клинические признаки заболевания: у 1 ребенка с кистозным удвоением терминального отдела подвздошной кишки развилась низкая кишечная непроходимость на 5-е сутки жизни, что потребовало экстренного оперативного вмешательства, у другого с гигантской лимфангиомой брыжейки тонкой кишки после рождения быстро нарастали явления дыхательной недостаточности в связи с увеличением объема брюшной полости и высоким стоянием диафрагмы. Этот пациент оперирован на 4-е сутки жизни.

У 33 детей кистозные образования брюшной полости не влияли на функцию дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, не имели выраженных клинических проявлений и не требовали проведения экстренных хирургических вмешательств в периоде новорожденности. Все пациенты оперированы на 2-м или на 3-м месяце жизни. Выполнены следующие вмешательства: удаление кисты яичника – 20 операций, в том числе 4 лапароскопически, удаление тератомы яичника – 4 операции, выделение и удаление кистозного удвоения различных отделов кишечника – 4, резекция петли кишки с удвоенным участком с наложением межкишечного анастомоза – 2, иссечение лимфангиомы брыжейки – у 3 детей, резекция петли кишки с прилежащей брыжейкой и лимфангиомой с наложением межкишечного анастомоза – 2 вмешательства.

Летальных исходов не было. Все дети выписаны из стационара с хорошими и удовлетворительными результатами проведенного лечения.

Вывод. Своевременная диагностика наличия врожденного кистозного образования брюшной полости позволяет выбрать оптимальную тактику лечения и добиться положительных результатов терапии.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОЖГОВЫМИ РАНАМИ ВО ВЛАЖНОЙ СРЕДЕ

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

Детская городская клиническая больница №9 им. Г. Н. Сперанского Департамента здравоохранения г. Москвы

В настоящее время в комбустиологии применяется большое количество раневых покрытий и перевязочных средств, способствующих быстрому заживлению ожоговых ран. В клинической практике хорошо зарекомендовали себя так называемые атравматичные повязки, отсутствие прилипания которых к ране позволяет легко и безболезненно снять их с раневой поверхности без повреждения грануляций и новообразованного эпителия. Препараты, содержащие серебро, надежно защищают раны от вторичного инфицирования. Лечебным эффектом обладают ионы серебра. Бактерицидное свойство серебра проявляется уже при минимальных концентрациях ионов металла в воде (0,1–0,01 мг/л). Гидратированные ионы серебра беспрепятственно проникают в патогенные микробы, вирусы и грибы через их внешнюю оболочку, а затем соединяются с дыхательным ферментом, блокируя дыхательную функцию, что приводит к их гибели. Серебросодержащие раневые покрытия обладают не только бактерицидным действием, но и создают влажную среду, благоприятную для заживления раны.

В ожоговом центре нашей клиники были проведены исследования эффективности применения перевязочных средств: «Ag⁺ Film Silkofix», «Fibrocold Ag», «Fibrotul Ag», «Fibrogel Ag».

В основу клинической части работы положены результаты лечения 80 больных в возрасте от 8 мес до 3 лет

с ожогами горячей жидкостью и пламенем II–III степени на площади от 2 до 50% поверхности тела (п.т.). Аппликация перевязочных средств производилась на ожоговые раны на площади от 1 до 25% п.т. одномоментно.

При поступлении детям выполнялась первичная хирургическая обработка ран, включающая вскрытие эпидермальных пузырей и удаление отслоившегося при термической травме эпидермиса. После этого выполнялась перевязка с одним из вышеперечисленных раневых покрытий. Манипуляции повторялись через 48–72 ч. При этапных сменах повязок синтетические покрытия легко отделялись от раневой поверхности. При этом процедура не вызывала никаких отрицательных эмоций у большинства пациентов и не требовала дополнительного введения анальгетиков после перевязок. Ни в одном случае не отмечено кровоточивости с поврежденной поверхности при удалении повязки. Краевая эпителизация, как правило, диагностирована уже на второй перевязке. Сроки заживления ран при поверхностных ожогах в среднем составили 8–10 дней. После аппликации покрытия на ожоговые раны II–III степени отмечено быстрое очищение последних от мозаичных фибриновых наложений. После обработки раневой поверхности антисептиком вновь проводилась трансплантация серебросодержащих средств на раны, до полной их эпителизации. У больных с ожогами II–III степени заживление последних отмечено

на 12–13-е сутки после травмы. У пациентов с глубокими обширными ожогами серебросодержащее пленочное покрытие «Ag⁺ Film Silkofix» использовали после выполнения аутодермопластики расщепленными трансплантатами с коэффициентом перфорации 1:4. Первая перевязка осуществлялась на 4-е сутки. Следует отметить хорошее состояние трансплантатов и в связи с наличием влажной среды отсутствие вторичного некроза в ячейках пересаженных аутодермотрансплантатов с большим коэффициентом перфорации.

Эффективность применения данных раневых покрытий была подтверждена не только клиническими, но и ла-

бораторными данными. Проводилось изучение микробиологического пейзажа ожоговых ран в динамике (в день поступления, а затем на 3–4-е сутки использования пленочного покрытия). На фоне лечения отмечено снижение частоты высеваемости патогенной микрофлоры.

Анализ полученных результатов свидетельствует о высокой эффективности применяемых синтетических серебросодержащих покрытий, улучшающих процесс регенерации ожоговых ран и ускоряющих восстановление утраченного кожного покрова, минимизируя риски местных инфекционных осложнений. Это позволяет рекомендовать их к применению в практике детской хирургии.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ

Асылбеков У.Е., Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Кульманов Х.Б.

ГККП «Городская детская больница №2», г. Астана, Казахстан; АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

Актуальность. Переломы позвоночника в детском возрасте – одна из актуальных проблем детской травматологии. По данным В.Л. Андрианова с соавт. (1985), компрессионные переломы составляют от 1,5 до 3% всех травм костно-суставной системы. Диагностика таких повреждений связана со значительными трудностями ввиду анатомических особенностей позвонков у детей различного возраста.

Цель исследования – определение информативности компьютерной томографии в диагностике острых неосложненных компрессионных переломов у детей с острой травмой грудного и поясничного отделов позвоночника.

Материал и методы. Проанализированы история болезни 84 пациентов, находившихся на стационарном лечении с 2009 по 2014 г. в городской детской больнице №2 г. Астаны, что составило 2,4% и от всех нейроtraumatологических больных. Среди больных преобладали мальчики 56 (66,6%) детей. По возрасту дети от 0 до 7 лет составили 21 пациент (25%), от 7 до 14 лет 62 ребенка (73,8%). По виду травматизма преобладал уличный: 55 детей (65,4%), бытовой 7 (8,3%), школьный 15 (17,8%), спортивный 5 (5,9%), прочие 2 (2,4%). Большая часть травм получена при падении на спину с высоты собственного роста в 63,2%, падение с горок и качелей – 21,4%, паде-

ние на ягодичцы – 15,4%. Для уточнения диагноза, кроме рентгенографии, применены более современные методы диагностики, такие как компьютерная томография (КТ). Метод основан на томоденситометрических исследованиях изменений плотности костной структуры тел позвонков. КТ производилась у всех детей с целью уточнения диагноза и детализации повреждения.

Результаты. Во всех случаях при первичной диагностике выявлено увеличение плотности преимущественно в передних отделах тел позвонков, в сравнении с неповрежденными близлежащими позвонками. В динамике через месяц проводили контрольные КТ исследования, по данным которых плотность позвонков стала равномерной (наступила консолидация) у 73 процентов (62 пациента), через 2 месяца, из оставшихся 22 больных, консолидация по данным КТ наступила у 21 больного и в 1 случае консолидация наступила к 3 мес.

Заключение. При КТ позвоночника у больных с компрессионным переломом тела позвонка, выявляются такие изменения, которые не визуализируются при рентгенологическом исследовании, что помогает в выборе правильной тактики лечения и контроле его эффективностью. Компьютерная томография, проводимая в динамике, является основным методом для определения срока консолидации компримированного позвонка.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

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

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ

До настоящего времени отсутствует единое мнение по вопросам основ спайкообразования в брюшной полости, надежных методов профилактики и лечения неотложных ситуаций, связанных со спаечным процессом.

Цель – провести анализ результатов лечения спаечной кишечной непроходимости (СНК) у детей и выработать программу своевременной диагностики и лечения.

Материалы и методы. С 2005 по 2014 г. в хирургических отделениях ЦДХ г. Оренбурга находились на ле-

чении 397 детей с кишечной непроходимостью различного генеза, у 123 (31%) из них диагностирована СНК. Возраст пациентов – от 3 мес до 14 лет (из исследования исключены новорожденные дети). Сроки от начала заболевания до обращения в стационар: до 6 ч – 23 (18%) ребенка, от 6 до 12 ч – 34 (27%) больных, более 12 ч – 66 детей (55%). Кроме общеклинического обследования больным в динамике выполнялись рентгенологические и ультразвуковые исследования.

Результаты. Тактика ведения больных определялась сроками от начала заболевания, выраженностью клинических и параклинических симптомов кишечной непроходимости. При анализе результатов выделили 3 группы детей.

1-я группа (51 ребенок) – отмечены признаки кишечной непроходимости без симптомов странгуляции и перитонита. Рентгенологически: немногочисленные уровни жидкости или неравномерность аэрации кишечника без чаш Клойбера. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) – чередующиеся участки расширенных и спазмированных петель кишечника, неравномерная перистальтика, отсутствие нарушений кровотока в стенках кишки и свободной жидкости в брюшной полости. В этой груп-

пе оперативного вмешательства не проводили, выполняя лишь обычные консервативные мероприятия.

2-я группа – 47 больных с выраженными симптомами кишечной непроходимости. На рентгенограмме брюшной полости – четкие множественные уровни жидкости. УЗИ показало неравномерное вздутие кишечных петель, неравномерную перистальтику, сохраненный кровоток в стенках кишки и умеренное количество свободной жидкости, в основном, в малом тазу. Проводилась консервативная терапия с оценкой эффективности в течение 6 часов. Оперировано 27 (47%) детей из этой группы.

У 3-й группы пациентов (25 человек) при поступлении отмечались не только признаки СНК, но и явные странгуляционные нарушения в стенке кишечника, признаки перитонита, интоксикации и обезвоживания. Медикаментозная терапия была лишь компонентом предоперационной подготовки. Из 123 детей оперировано 52 человека, 4 из них – лапароскопически. Все дети выписаны с хорошими и удовлетворительными результатами.

Выводы. Соблюдение выработанного алгоритма диагностики и лечения СНК у детей позволяет добиваться положительных результатов.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Бабич И. И., Дынник А. Г., Шилов Г. Л.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

В последние годы отмечается умеренный рост огнестрельных проникающих ранений у детей, что связано с вооруженными конфликтами и ростом детской преступности.

Под нашим наблюдением с 2000 по 2015 г. находились 42 ребенка с проникающими комбинированными ранениями органов брюшной полости. В 3 (7%) наблюдениях имело место ранение дробью из охотничьего ружья, 11 (26%) – пулевых, 28 (67%) – резано-колотых повреждений. По характеру повреждений органов брюшной полости больные распределились следующим образом: повреждение печени, селезенки и полых органов – 8 (19%) случаев, повреждение легких и тонкого кишечника – 2 (5%) случая, повреждение поперечно-ободочной кишки и селезенки, корня брыжейки и поджелудочной железы наблюдалось у 32 (77%) пациентов. В 17 (44%) наблюдений определялись явные признаки геморрагического шока.

На госпитальном этапе всем больным выполнялись минимальный комплекс общеклинических обследований, противошоковые мероприятия и интенсивная терапия. По экстренным показаниям проводили ревизию раневых каналов с последующей лапаротомией и ревизией органов брюшной полости. При этом хирургическое пособие заключалось в ушивании повреждений полых органов, остановки кровотечений из паренхи-

матозных органов, инородные тела удалялись. Брюшная полость санировалась, дренировалась силиконовой трубкой в правом и левом боковых каналах. В 1 наблюдении эпицентром скопления инородных тел (дробь) была печень. В верхненаружной части правой доли печени определялось разможенная рана звездчатой формы 5,0×8,0×9,0 см с включением фрагментов одежды. После удаления инородных тел в ране печени выполняли остановку кровотечения с помощью Тахокомба, сближение краев раны П-образными швами, дренирование подпеченочного пространства. При огнестрельных пулевых ранениях и колото-резаных проникающих ранениях селезенки и поджелудочной железы хирургическое пособие заключалось в остановке кровотечения, спленэктомии с последующей аутотрансплантацией селезеночной ткани по одной из разработанных методик (Патент РФ № 2305 502). При комбинированных повреждениях селезенки и поперечно-ободочной кишки в 2-х наблюдениях выполнялась двухэтапная аутотрансплантация селезеночной ткани (Патент РФ № 1 729 492, Патент РФ № 1 633 621). Обработка раны поджелудочной железы с полным отрывом хвоста в 2-х наблюдениях подразумевала удаление свободно лежащих фрагментов с обработкой культи и полной ее герметизацией по разработанному способу (Патент РФ № 2 523 147). При этом полость малого сальника дренировалась до 7–12 суток.

При анализе результатов лечения определялось явное снижение количества послеоперационных осложнений и радикально купировались явления послеоперационного гипоспленизма у больных, перенесших аутоотрансплантацию селезеночной ткани в сравнении с группой спленэктомированных пациентов.

Применение разработанных способов аутоотрансплантации селезеночной ткани позволяет радикально про-

филактировать развитие синдрома послеоперационного гипоспленизма у детей, о чем свидетельствует снижение послеоперационных осложнений в сравнении с группой детей, перенесших спленектомию: сокращение послеоперационных койко-дней на 8%, пиемических осложнений на 12,5%, сепсиса на 7,2%, что позволяет рекомендовать данные способы для применения в практическом здравоохранении.

ОСОБЕННОСТИ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ

Бабанов Д. В., Сафронов Б. Г., Игнатъев Е. А., Царьков М. В., Можаяев А. В.

Ивановская государственная медицинская академия

Заболевания желудочно-кишечного тракта сопровождаются нарушением моторно-эвакуаторной функции.

Цель работы – изучение особенностей моторики кишечника при остром аппендиците у детей и поиск диагностических критериев, основанных на показателях акустической активности брюшной полости, регистрируемой с передней брюшной стенки с помощью компьютерной фоноэнтерографии. Вычислялись показатели: эффективная амплитуда, отражающая силу сокращений кишечной стенки; эффективная частота звуковых сигналов, характеризующая количество перистальтирующих сегментов желудка и кишечника за 1 мин; средняя длительность звуковых сигналов, свидетельствующая о продолжительности перистальтических волн желудочно-кишечного тракта. Кроме того, использовался спектральный анализ звуков на основе математического преобразования Фурье. Для анализа использовался показатель, соответствовавший частоте звука с максимальной спектральной мощностью. В проведенном нами ранее биологическом эксперименте на собаках доказано, что спектральная мощность звуков различна и зависит от конкретного отдела желудочно-кишечного тракта. Так, звуки толстой кишки имеют в спектре преобладание низких частот, а звуки тонкой кишки – более высоких частот. Нами проведено фоноэнтерографическое обследова-

ние среди 100 здоровых детей и 60 детей с острым неосложненным аппендицитом. Все дети разделены на группы младшего (7–9 лет), среднего (10–12 лет) и старшего (13–15 лет) школьного возраста. В результате проведенного анализа выявлено, что во всех возрастных группах у здоровых детей амплитуда, частота и длительность звуковых сигналов были достоверно выше ($p < 0,05$) в 2–4 раза, по сравнению с аналогичными показателями у детей с острым аппендицитом. Спектральная мощность звуков у детей с аппендицитом преобладала в диапазоне более низких частот, чем у здоровых детей. Таким образом, при остром аппендиците происходит торможение перистальтики кишечника, преимущественно тонкого отдела, что имеет биологический смысл, так как уменьшается поступление кишечного содержимого к очагу воспаления в илеоцекальной области и создаются условия для формирования отграничения от брюшной полости воспаленного червеобразного отростка. Данное обстоятельство можно использовать в диагностических целях. Так, при обследовании ребенка с подозрением на острый аппендицит проводят компьютерную фоноэнтерографию, диагностически значимым считают уменьшение амплитуды, частоты и длительности перистальтических звуков, увеличение спектральной мощности акустических сигналов в диапазоне низких частот.

ПРОБЛЕМЫ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Бабич И. И., Пискунова С. Г., Короткова О. В.

Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону

Цель – определить основные направления улучшения качества постдипломного образования детских хирургов.

Повышение качества хирургической помощи детям находится в прямой зависимости от эффективности систематической последипломной подготовки по актуальным проблемам детской хирургии. Анализ результатов лечения детей с ургентной хирургической патологией в районах Ростовской области показал, что большинство

диагностических ошибок и несвоевременно принятых тактических решений совершают ургентные хирурги общего профиля. При этом поздняя диагностика острой кишечной непроходимости (инвагинация, спаечная непроходимость, заворот кишечника) составляет около 12%, поздняя диагностика острого аппендицита у детей до 3-х лет – 18,5%, несвоевременное выполнение пункции и дренирования плевральной полости при ОГДП – 7,5% и т. д.

Существенной проблемой в данном плане является недостаточная осведомленность urgentных общих хирургов в диагностике и лечении неотложных хирургических заболеваний у детей. Вместе с тем, согласно приказу МЗиСР РФ от 17.11.2010 № 1007н, urgentные хирурги общего профиля могут оказывать неотложную помощь детям при наличии усовершенствования по детской хирургии 1 раз в 5 лет. В то же время в городах и районах Ростовской области только 15% хирургов общего профиля имеют усовершенствование по детской хирургии. Это связано прежде всего с тем, что главные врачи не отпускают «взрослых» хирургов на повышение квалификации по детской хирургии.

В этой связи на кафедре хирургических болезней ФПК и ППС РостГМУ, учитывая практическую значимость данного вопроса, увеличено количество часов на изучение детской хирургии на циклах общей хирургии (до 36 ч). При этом курсанты приходят на обучение в ГУЗ ОДБ г. Ростова-на-Дону, где имеются профильные отделения: детская хирургия, урология, нейрохирургия, травматология и ортопедия. Создан цикл по неотложной хирургии детского возраста для urgentных хирургов общего профиля. Проводятся выездные модульные циклы для изучения актуальных вопросов неотложной хирургии детского возраста в городах и районах Ростов-

ской области, что уже в 2015 г. дало соответствующий положительный эффект. Определяется явная тенденция к улучшению основных показателей.

Следующей проблемой является оказание ортопедо-травматологической помощи детям, которую оказывают травматологи, проходящие постдипломную подготовку на кафедрах «взрослой» травматологии и ортопедии. При анализе результатов лечения детей с повреждениями опорно-двигательного аппарата в Ростовской области выявлены следующие недостатки: необоснованное применение металлоостеосинтеза – 14%; неадекватный остеосинтез – 12%; безуспешность закрытой репозиции – 21%; поздняя диагностика врожденного вывиха бедра – 4%; поздняя диагностика врожденной мышечной кривошеи – 2%; поздняя диагностика врожденной косолапости – 0,5%.

Таким образом, необходимо выделение специальности «детская травматология-ортопедия», в рамках основной специальности – «детская хирургия», с постдипломной подготовкой на кафедрах и курсах детской хирургии ФПК. Увеличение количества модульных циклов, совместно с общими хирургами по неотложной хирургии детского возраста, переход на краткосрочные очные циклы с дистанционными формами обучения, что в значительной степени улучшит качество лечения детей с urgentной патологией.

ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Баиров В. Г., Баиров А. Г., Александров С. В., Сигунов В. С., Баранов А. А.

Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр;
СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 святой Марии Магдалины»

Актуальность. Дивертикул Меккеля (далее – ДМ) – порок развития, который встречается в популяции с частотой 1:1250 и не всегда проявляется клинической симптоматикой. Осложнения ДМ протекают тяжело и требуют неотложной хирургической помощи и интенсивной терапии.

Цель исследования – провести анализ течения осложненного ДМ у детей.

Материал и методы. В ДГБ №2 святой Марии Магдалины г. Санкт-Петербурга с 2006 по 2014 г. пролечено 10 больных с ДМ, из них 8 (80%) с осложненным течением заболевания. Все дети по возрасту – дошкольники (от 1 года до 7 лет, средний возраст – 3,3 года), 4 мальчика и 4 девочки. Сроки заболевания к моменту поступления – от 4 до 34 ч (в среднем – 14,5 ч, отмечено 2 случая поздней госпитализации – после 1 суток заболевания). Время пребывания в стационаре до операции (подготовка к операции, наблюдение с подозрением на острый аппендицит) – в среднем 3 ч у 6 детей, у 2 – сутки и более. У пациентов отмечалось относительно быстрое нарастание интоксикации, клиническая симптоматика была более выраженной, чем при аппендиците. Диагноз до операции: острый аппендицит – 4 пациента, инвагинация – 2, аппендикулярный перитонит – 1, кровотечение из ДМ – 1. Предоперационная подготовка, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений, прово-

дилась в ОАРИТ. Выполнены операции: резекция кишки, анастомоз – 6, клиновидная резекция – 1, резекция, формирование энтеростомы – 1. Послеоперационный диагноз: дивертикулит с язвой и без язвы – 5, инвагинация – 1, заворот кишки – 1, кровотечение – 1. Лечение в послеоперационном периоде проводилось на ОАРИТ. Пациенты получали антибактериальную, инфузионную терапию, продленную перидуральную блокаду, постепенное расширение диеты, физиотерапевтическое лечение. После ликвидации пареза кишечника дальнейшее лечение проводилось на хирургическом отделении.

Результаты исследования. Продолжительность лечения на ОАРИТ составила в среднем 6 суток. Сроки госпитализации составили 17,5 сут. Осложнения возникли в 25% случаев (ранняя спаечная кишечная непроходимость, вызванная инфильтратом – 1, подкожная эвентрация сальника – 1, кровотечение из выведенной энтеростомы – 1), во всех случаях потребовалось повторное вмешательство (выполнено 3 операции у 2 больных). Формирования абсцессов и свищей не отмечено.

Заключение. Осложненное течение ДМ характерно для пациентов дошкольного возраста. В течение заболевания отмечается быстрое развитие клинической картины. ДМ может являться причиной перитонита, инвагинации, кровотечения.

КОЖНАЯ ПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ И ВЯЛОГРАНУЛИРУЮЩИМИ ДЕФЕКТАМИ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Баранов Р.А., Петров М.А., Шляпникова Н.С., Гуревич А.Б., Панкратов И.В., Снигирев И.Г.

Морозовская ДГКБ, кафедра детской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, г. Москва

За 2013–2014 гг. на базе отделения травматологии и ортопедии выполнено 40 кожных пластик при дефектах кожи и мягких тканей у детей. Этиология дефектов: посттравматические дефекты – 33, менингококкцемия – 3, постинъекционные некрозы у детей с лейкозами на фоне введения цитостатиков – 2, обширные некрозы на фоне фульминантной пурпуры – 2. В группе посттравматических дефектов у 21 пациента кожная пластика выполнялась на этапе вялогранулирующих и длительно незаживающих ран, у 12 пациентов после купирования острого гнойного воспаления. Минимальный дефект, который закрывался с использованием кожной пластики составил 2×2 см, максимальный – 30×20 см. У части пациентов выполнялась ранняя некрэктомия, с одномоментной кожной пластикой при отсутствии гнойных очагов (5) или не позже чем через 5–7 дней, после купирования воспаления (7 пациентов). У пациентов с фульминантной пурпурой кожные дефекты составили области обоих бедер циркулярно с поражением 2/3 обеих ягодичных областей

В лечении пациентов предпочтение отдавалось пластике местными тканями 6 (ротированный лоскут – 14, скользящие лоскуты 10). При невозможности пластики полнослойным лоскутом (6) и в случае наличия выражен-

ной грануляционной ткани – прибегали к пластике расщепленным кожным лоскутом (7). Пластика лоскутом на сосудистой ножке выполнена у 2 пациентов. У 8 пациентов кожная пластика выполнялась симультантно с другими операциями (наложение аппарата Илизарова 2, хирургическое вмешательство на глазном яблоке – 1, реостеосинтез – 1). Повторные пластики выполнены у 4 пациентов. Из них 2 детей с постинъекционными некрозами, 2 детей с вялогранулирующими разможженными ранами стопы.

Выводы. Использование кожно-мышечно-фасциальных лоскутов показано в случае длительно незаживающих ран, в том числе при наличии хронического воспаления, нарушений процессов репарации, выраженных трофических нарушениях обусловленных как травмой, так и общим состоянием ребенка, поскольку, даже при частичном некрозе таких лоскутов удается купировать воспалительный процесс и улучшить трофику тканей, что позволит использовать в дальнейшем кожные лоскуты для закрытия оставшегося дефекта.

Использование свободных трансплантатов (полнослойного или расщепленного) показано только в случае очищения ран, поскольку такие трансплантаты не обладают антибактериальными свойствами.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Баранюк И.С., Попов В.Е.

Морозовская ДГКБ, кафедра детской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, г. Москва

При оперативном лечении переломов костей скулоглазничного комплекса и переломов верхней челюсти, наилучшие результаты достигаются при фиксации костных отломков титановыми пластинами в области скулоальвеолярных гребней, нижнеглазничных краев, скулолобных швов и скуловых дуг. Однако использование мини-пластин у детей требует повторного оперативного вмешательства для их удаления с целью предотвращения возникновения вторичных деформаций. По этой причине для лечения детей с подобной патологией лучше использовать минимально инвазивные методики.

При оперативном лечении переломов костей скулоглазничного комплекса в ряде случаев достижение восстановления анатомической целостности костных структур возможно путем проведения так называемого полуоткрытого метода репозиции. Наиболее хорошие результаты удается достичь при смещении скуловой кости единым блоком, без многооскольчатого компонента.

В случае разрушения скулоальвеолярного гребня репозиции скуловой кости, без дополнительной ее фиксации, становится недостаточно. В таких случаях мы применяем спицы Киршнера, проходящие через тело скуловой кости и закрепляющиеся в альвеолярном отростке верхней челюсти, либо в стенках грушевидного отверстия. Такой же метод крепления спиц Киршнера используется при лечении переломов верхней челюсти при недостаточной стабильности после проведения двучелюстного шинирования. Для фиксации многооскольчатых переломов костей скулоглазничного комплекса также возможно применение спиц Киршнера. Кроме крючка Лимберга для репозиции отломков нижнеглазничного края используется трахеальный крючок, позволяющий через микропрокол провести репозицию мелких осколков.

С апреля 2014 г. по март 2015 г. в Морозовской ДГКБ г. Москвы репозиция скуловой кости однозубым крючком без дополнительной фиксации проведена 7 детям,

репозиция с фиксацией спицами Киршнера – 6 детям, репозиция многооскольчатого перелома с фиксацией спицами Киршнера – 2 детям, репозиция верхней челюсти с фиксацией спицами Киршнера – 2 детям. Через 3- – 4 нед с момента операции спицы Киршнера удалялись. Срок послеоперационного наблюдения составил до 10 мес.

Во всех случаях получен хороший косметический и функциональный результат. Полностью устранены деформации лица, эн- и гипопфтальм, восстановлено бинокулярное зрение, возможность свободного открыва-

ния рта. В случаях переломов верхней челюсти устранена ее подвижность, восстановлен прикус.

В лечении детей с травмами средней зоны лицевого скелета малоинвазивная хирургия занимает особое место. Методика репозиции скуловой кости однозубым крючком позволяет избежать наличия инородных тел в организме ребенка и проведения повторных вмешательств по их удалению. Использование спиц Киршнера, в том числе при оскольчатых переломах, позволяет провести фиксацию отломков без их обнажения, а следовательно, без риска потери костного вещества.

КЕФАЛОГЕМАТОМА – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ

Бардеева К. А., Писклаков А. В.

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет»

Кефалогематома занимает особое положение среди родовых травм головы у новорожденных. При проведении серии МСКТ исследований детям с кефалогематомой выявлены деструктивные изменения – узурация, истончение, лизис кости под субпериостальным кровоизлиянием. Несмотря на большую распространенность кефалогематом, отсутствуют единое представление, единая схема в определении показаний и четких сроков для проведения хирургического лечения.

Цель – улучшение результатов лечения детей с кефалогематомами, путем разработки алгоритма диагностики и хирургической тактики лечения.

Материалы и методы. В ходе работы исследовались венозная кровь и пунктат кефалогематом (лизированная кровь, полученная при проведении хирургического лечения детей с поднадкостничным кровоизлиянием) методом иммуноферментного анализа с количественным определением активной изоформы 5b тартрат-резистентной кислоты фосфатазы (TRAP5b) у новорожденных детей, находившихся на стационарном лечении в отделении нейрохирургии ГДКБ №3 г. Омска. TRAP5b – фермент, секретируемый остеокластами и попадающий в повышенном количестве в кровоток при увеличении количества и возрастании активности остеокластов, т. е. при резорбции костной ткани. В практике

используется как маркер костной резорбции у пациентов с первичными местно-распространенными и диссеминированными опухолями костей. Данное исследование проведено 62 пациентам. Все дети разделены на 2 группы. В 1-ю группу (48 пациентов) вошли дети с кефалогематомами, которым исследовался пунктат, получены значения TRAP, превышающие референтные значения. Наряду с пунктом 10 пациентам из этой группы исследовали венозную кровь. Значения TRAP у них также превышали референтные значения, отмечена корреляция между показателями пунктата и венозной крови. Во 2-ю группу (14 человек) вошли новорожденные дети без кефалогематом, показатели TRAP венозной крови которых не превышали референтный интервал. Данная работа в настоящее время продолжается, проводится более детальная обработка полученных данных.

Выводы. Доказана резорбция костной ткани, происходящая под кефалогематомой и приводящую к дефектам в костях черепа. Современные методы диагностики доказывают оправданность активной хирургической тактики в отношении детей с кефалогематомами. Пункционная аспирация содержимого кефалогематомы имеет лечебную и в большей степени профилактическую направленность, так как предсказать естественную эволюцию кефалогематомы у каждого больного довольно трудно.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Барская М. А., Быков Д. В., Варламов А. В., Леонтьев А. В.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России; ГБУЗ СОКБ им. В. Д. Середавина, г. Самара

Цель – изучение результатов лечения детей с болезнью Гиршпрунга.

Материалы и методы. В нашем отделении прооперировано 11 детей с болезнью Гиршпрунга в возрасте от 1 мес до 12 лет. Диагностика: ирригография, гистологическое исследование полнослойного биоптата прямой кишки, поэтажная биопсия толстой кишки по показаниям, интраоперационная биопсия толстой кишки для уточнения уровня резекции.

Операции выполнены по методике Джорджесона с лапароскопической мобилизацией толстой кишки различной протяженности и эндоректальным низведением резецируемой кишки – в 9 наблюдениях. Одному ребенку произведена лапаротомия, колэктомия с илеостомией и последующим колоанальным анастомозом.

Результаты. Ранний послеоперационный период осложнился у 2 больных старшего возраста несостоятельностью колоанального анастомоза, в 1 наблюдении – не-

крозом низведенной кишки. Колостомия произведена у 1 больного, 2 пациентам выполнена лапароскопическая резекция толстой кишки в объеме субтотальной с поворотом слепой и восходящей кишки на *a. ileocolica*, повторный колоанальный анастомоз. У больных сформировался рубцовый стеноз прямой кишки, потребовавший бужирования в течение года. В последующем у детей сохранялось недержание газов и жидкого кала.

В группе детей, оперированных до 1 года (8 пациентов), рубцовых стенозов прямой кишки и недостаточности анального сфинктера не наблюдалось.

При анализе послеоперационных осложнений отмечены особенности течения заболевания в 3 наблюдениях: у 2 детей ранее выявлены перенесенные тяжелые энтероколиты с ассоциированной анаэробной флорой, у 1 больного – длительный декомпенсированный запор

(ребенок 12 лет). Гистологическая картина резецированных участков толстой кишки представляла распространенные грубые рубцово-склеротические изменения стенки толстой кишки при минимальной макроскопической выраженности, что обусловило сниженную жизнеспособность перемещаемых участков кишечника.

Выводы. 1. Раннее оперативное лечение детей с болезнью Гиршпрунга (в возрасте до 1 года) приводит к более благоприятным результатам.

2. Предпочтительно одноэтапное вмешательство, стомирование показано только при тотальном поражении толстой кишки.

3. Интраоперационная биопсия при болезни Гиршпрунга абсолютно показана при длительном сроке заболевания и наличии в анамнезе перенесенных энтероколитов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ

Барская М.А., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Кузьмин А.И., Осипов Н.Л., Хасянзянов А.К.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России; СОКБ им. В.Д. Середавина, г. Самара; ДГКБ №1 им. Н.Н. Ивановой, г. Самара

Острый деструктивный панкреатит в детском возрасте – довольно редкая патология.

Цель – изучение результатов лечения деструктивного панкреатита у детей.

Материалы и методы. С 1992 по 2014 г. нами прооперировано 59 детей с панкреонекрозом. В 45 наблюдениях причиной патологии являлась травма поджелудочной железы, у 14 детей – алиментарный фактор.

Хирургическая тактика при панкреонекрозе заключалась в срединной лапаротомии (53 пациента), абдоминализации поджелудочной железы со сквозным дренированием сальниковой сумки, дренировании брюшной полости, холецистостомии (47). У 2-х детей с панкреонекрозом во время лапаротомии обнаружена параколическая флегмона. Этим детям произведена колоэктомия с выведением концевой илеостомы. В 6 наблюдениях

санация и дренирование сальниковой сумки производились из лапароскопического доступа.

У детей с закрытой травмой живота с внутрибрюшным кровотечением, разрывом селезенки и травмой поджелудочной железы в 3 наблюдениях выполнена спленэктомия, в 6 наблюдениях при повреждении селезенки произведены органосохраняющие операции (ушивание области повреждения с наложением «Тахокомба»).

Среднее пребывание оперированных больных на койке – 40,2 дня.

Умерли 3 ребенка (2 – геморрагический панкреонекроз, ферментативный перитонит, параколическая флегмона; 1 – смешанный панкреонекроз, забрюшинная флегмона, сепсис). В 2-х наблюдениях сформировались посттравматические кисты поджелудочной железы, которые дренированы под контролем УЗИ.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ ПИЩЕВОДА

Батаев С-Х. М., Разумовский А. Ю., Алхасов А. Б., Митупов З. Б., Нурик В. И., Игнатъев Р. О., Гусева Н. Б., Чумакова Г. Ю., Зурбаев Н. Т., Федоров А. К., Молотов Р. С.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», г. Москва; ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова, г. Москва; НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», г. Москва

Введение. Качественным показателем любого хирургического лечения является оценка отдаленных результатов и качества жизни пациентов после перенесенных операций. В отечественной и зарубежной литературе количество публикаций, посвященных этим аспектам, невелико, что и предопределило актуальность проведения работы.

Материал и методы. За 10 лет в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы было выполнено 82 операции пластики глотки и пищевода. Все операции были выпол-

нены одной и той же бригадой хирургов. Отдаленные результаты операций были подвергнуты анализу путем анкетирования. К сожалению, из 82 оперированных детей точные адреса нам удалось установить лишь 64 из них.

Вопросы в анкетах были составлены специально для указанной группы пациентов. Анкета состояла из 2 групп вопросов. Первая группа включала 34 вопроса, посвященных оценке результатов операции. Вторая группа вопросов была составлена для оценки качества

жизни респондентов (оценки психологического статуса респондентов, характера их взаимоотношений со сверстниками и вопросов по самооценке).

Результаты. Из 64 разосланных анкет мы получили ответы лишь от 32 пациентов. Из них полностью здоровыми себя считают четверо респондентов (12,5%), 22 (68,8%) оценивают свое состояние как удовлетворительное и 5 детей (15,6%) как неудовлетворительное. 1 (3,1%) ребенок умер в возрасте 15 лет, через 8 лет после пластики пище-

вода. Причина смерти – гнойный медиастинит и перикардит, возникший на фоне эрозивно-язвенного эзофагита.

Выводы. 1. Подавляющее большинство респондентов (81,3% случаев) в отдаленные сроки после колоэзофагопластики оценивают свое состояние как хорошее или удовлетворительное. 2. Свое качество жизни считают удовлетворительным 89,5% респондентов, что позволяет им по праву считать себя полноценными членами общества.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ НАВИГАЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ СЕЛЕЗЕНКИ

Беляева О.А., Беляева А.В., Кондрашин С.А., Поляев Ю.А., Ширяев А.А.

НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО «РНМУ им Н.И. Пирогова», г. Москва; ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского», ДЗМ, г. Москва; ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Клиника факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко, г. Москва

Введение. Непаразитарные кистозные образования селезенки (НКОС) – редкая патология в детском возрасте. В качестве критериев обоснования лечебной тактики рассматриваются тип, размер, локализация кисты, ее взаимоотношения со смежными органами, наличие осложнений и тяжесть состояния больного.

Суждения об оптимальной хирургической тактике до настоящего времени остаются дискуссионными.

Цель – улучшение результатов хирургического лечения детей с НКОС на основе совершенствования эхографических критериев дифференциальной диагностики и выбора технологии миниинвазивного оперативного вмешательства под контролем ультразвуковой навигации.

Материалы и методы. Представлены результаты навигационных миниинвазивных вмешательств у 30 детей в возрасте от 6 до 17 лет. По локализации НКОС были идентифицированы в области верхнего сегмента и в проекции ворот селезенки в 30% наблюдений; в области среднего и нижнего сегментов в 20% соответственно. Диаметр патологических образований варьировал от 4,5 до 12 см, средний объем кисты составил 44,2 мл. Для улучшения диагностики, оптимизации оперативного доступа, вида и объема оперативного вмешательства детям были проведены КТ, МСКТ исследования, в 43,3% наблюдений использовались результаты виртуальной трехмерной эхографии.

У 20 (66,6%) пациентов была выполнена одномоментная чрескожная пункция – дренирование патологического образования с последующей дезэпителизацией

95° этиловым спиртом, в 10 (33,3%) наблюдениях были проведены комбинированные миниинвазивные оперативные вмешательства – чрескожная пункция – дренирование с суперселективной артериальной эмболизацией сосудов, питающих стенку НКОС. Следует отметить, что комбинированные миниинвазивные оперативные вмешательства были выполнены последовательно в процессе одного анестезиологического пособия.

Результаты. После проведения одномоментной чрескожной пункции – дренирования патологического образования с последующей дезэпителизацией в 2 (0,07%) наблюдениях было отмечено нагноение остаточной полости кисты, что повлекло за собой повторные хирургические вмешательства. При наблюдении в катамнезе в сроки от 1 мес до 8 лет рецидивы НКОС выявлены у 3 детей (0,1%). Осложнений при проведении комбинированных миниинвазивных оперативных вмешательств не было отмечено. В сроки от 1 мес до 6 лет рецидивов в этой группе пациентов не выявлено.

Выводы. Использование чрескожной пункции – дренирования НКОС с последующей дезэпителизацией не всегда позволяет обеспечить стойкое излечение больных. При наличии многокамерных НКОС, кист объемом более 100 мл необходимо применение комбинированного подхода, включающего чрескожное наружное дренирование с дезэпителизацией остаточной полости и суперселективную артериальную эмболизацию сосудов питающих стенку кисты.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПЛАСТИКИ ПОЛНОСЛОЙНЫМ КОЖНЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ ЛИЦА У ДЕТЕЙ

Богданов С.Б.

ГБУЗ «НИИ ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского», ожоговое отделение, Краснодар

Как правило, при выполнении оперативного лечения комбустиолог задает себе два вопроса: пластический он

хирург, или хирург который закрывает рану и спасает пациента. На наш взгляд данные вопросы наиболее ак-

туальны при лечении больных с ожогами лица и их последствий.

Цель нашего исследования – улучшить результаты лечения больных с глубокими ожогами лица, так как в литературе редко встречаются работы, отражающие технику и особенности оперативного лечения ожогов на лице, особенно исследования, в которых представлено сравнение отдаленных результатов лечения в зависимости от вида операции в острый период травмы.

При изучении отдаленных результатов лечения и образование рубцов на лице, мы выявили ряд особенностей в данной локализации: 1 – зоны с более активным движением и работой мимической мускулатуры более склонны к рубцеванию (верхние и нижние веки, носогубный треугольник, скуловые дуги, подбородочная область); 2 – зоны менее склонные к рубцеванию (лоб, щеки); 3 – при эпителизации ожогов на лице в сроки более 15 дней возрастает склонность к рубцеванию (на других поверхностях тела – более 18–20 дней).

В последние года в Краснодарском ожоговом центре лечится до 1500 больных с острой термической травмой, с тенденцией к увеличению, более 55% составляют дети. Ежегодно аутопластика на лице выполняется у 10–20 больных, от 0,1% до 3%. К счастью, количество больных с тотальными ожогами на лице не превышает 1–2 в год.

В Краснодарском ожоговом центре в 2014 г. более 87% больных с острой травмой прооперировано в ранние сроки после травмы. Ранняя некрэктомия с первичной пластикой является ранней реабилитацией обожженных, так как в последствии образуется меньше рубцовых деформаций в отличие от пластики на гранулирующую рану. Однако классическую раннюю некрэктомия с первичной пластикой (на 2–5-й день после травмы) на лице мы проводили только у 5 пациентов с площадью глубокого ожога не более 1%. Данная операция проводилась на лбу, щеках и в подбородочной области. Причинами, ограничивающими выполнение ранней некрэктомии с первичной пластикой на лице, являются: 1 – более выраженное кровотечение в данной локализации и, как следствие, угроза образования гематом под трансплантатами в послеоперационном периоде; 2 – выраженный отек мягких тканей в первые дни после ожога, а после операции его уменьшение являются причиной ретракции транспланта-

тов в раннем послеоперационном периоде; 3 – неравномерный кожный рельеф и неудобства наложения давящих повязок; 4 – как правило, более тяжелое состояние (отравление продуктами горения и др.); 5 – при электротравмах и ожогах пламенем IV степени – щадящие некрэктомии глубоких анатомических структур.

Для достижения максимального косметического и функционального результата при выполнении аутопластики при глубоком ожоге на лице мы считаем необходимо выполнить 4 условия: 1 – для предотвращения краевого рубцевания иссечь края раны перед аутопластикой; 2 – для предотвращения рубцевания изнутри – иссечь верхний слой грануляций; 3 – для устранения пигментации трансплантата – использовать полнослойный ауто-трансплантат; 4 – для предотвращения рубцевания на стыках трансплантатов – необходим один ауто-трансплантат.

За последние 5 лет выполнено 23 аутопластик полнослойным свободным ауто-трансплантатом при глубоких ожогах лица. Операцию проводили на 15–25-й день после травмы при формировании грануляционной ткани. При размере раны до 10 см в ширины забор донорского участка кожи производили дерматомом толщиной 0,7–0,9 мм (19 наблюдений). На донорскую рану производили пластику с перфорацией толщиной 0,2 мм.

У 4 пациентов (из них 2 детей) с глубокими ожогами всех участков лица производили аутопластику одним полнослойным свободным ауто-трансплантатом толщиной до 1 мм. Забор производили скальпелем. Размер трансплантата варьировал от 17×22 до 18×28 см. С учетом площади кожных покровов на лице операции у детей имеют больший процент, чем у взрослых, а следовательно, носят более травмирующий характер.

В отдаленном периоде пластика одним полнослойным свободным ауто-трансплантатом максимально приближена к здоровой коже. Рубцы не формируются. В течении 5 лет наблюдений нет показаний для реконструктивных операций.

Наши наблюдения показали, что комбустиолог при лечении ожогов на лице чувствует себя не только гнойным и пластическим хирургом, но и реабилитологом, и психологом. Пластика одним полнослойным ауто-трансплантатом улучшила косметические и функциональные результаты лечения.

РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ В ДЕТСКОЙ КОМБУСТИОЛОГИИ

Богданов С. Б., Афаунова О. Н., Бабичев Р. Г.

ГБУЗ «НИИ ККБ № 1 им. проф. С. В. Очаповского», ожоговое отделение, г. Краснодар

Актуальностью нашего исследования является отсутствие стандартных рекомендаций по использованию раневых покрытий при лечении больных с ожоговой травмой. В России широко представлена продукция более 15 компаний производящих современный раневой материал, из которых ряд фирм приводит схемы исполь-

зования раневых покрытий в зависимости от фазы раневого процесса. Данные схемы представлены для ран различного генеза, кроме ожоговых.

За последние десятилетия в России отмечается ряд тенденций изменения ожогового травматизма и уровней оказания медицинской помощи, что требует проведение

анализа и эффективности оказания помощи пострадавшим от ожогов. У взрослых наблюдается общее снижение количества ожогов, но при утяжелении ожоговой травмы. В детской комбустиологии отмечается процентное увеличение ожогов у детей в младшей возрастной группе.

В Краснодарском крае к концу 2014 г. развернуто 45 специализированных ожоговых коек при норме 206 коек.

В нашем ожоговом отделении и затем в центре раннее хирургическое лечение внедрено в практику работы с 1995 г. В 2014 г. 87% пострадавших от ожогов пролечено данным методом. Исключение составили больные с поздним переводом в стационар (более 2 нед с момента травмы) и пострадавшие с тяжелой, «возрастной» сопутствующей патологией.

Для раннего лечения всех пострадавших Краснодарского края, раннего перевода на специализированные койки, улучшения функциональных и косметических результатов лечения в крае 14.08.2009 издан приказ Департамента Краснодарского края №2039 «О совершенствовании помощи детскому и взрослому населению Краснодарского края с ожоговой травмой». Основными направлениями работы в крае считаем: ранний учет; ранний перевод; раннее лечение; раннюю реабилитацию.

Основные положения приказа: создание в ожоговом центре консультационного отделения; госпитализация в травматологических и хирургических отделениях края в первые трое суток после травмы на чистые хирургические койки; постановка в первые трое суток с момента поступления на учет в ожоговый центр ожоговых больных края с наличием ожогов требующих раннего хирургического лечения; выполнение раннего хирургического лечения только в ожоговом центре.

В комбустиологии клиническая картина раневого процесса разнообразна, и зависит как от стадии раневого процесса, так и от глубины ожога, степени его инфицирования. При традиционном, этапном хирургическом лечении глубокие дермальные ожоги, как правило, углубляются с форми-

рованием грануляционной ткани и необходимостью последующей аутопластики. Более предпочтительным способом лечения глубоких ожогов является способ раннего хирургического лечения, при котором струп удаляется в ранние сроки после ожога. При раннем хирургическом лечении дермальных ожогов, после некрэктомии в ране остаются эпителиальные клетки, и при закрытии таких ран современными раневыми покрытиями в ране создаются благоприятные условия для самостоятельной эпителизации.

Современное раневое покрытие в комбустиологии должно отвечать ряду требованиям: создавать в ране влажную среду, не прилипать к ране, обладать обезболивающими, антибактериальными и стимулирующими эпителизацию свойствами.

В последнее десятилетие широкое распространение в местном лечении ожоговых ран занимают синтетические покрытия, способствующие ускорению эпителизации и улучшению результатов лечения. Особенности раневого процесса в комбустиологии заключаются в мазаичности глубины поражения, больших площадях, различных способах хирургического лечения.

При дермальных ожогах на конечностях, мы в функциональных зонах (тылы кистей и стоп, проекции суставов) мы производили первичную аутопластику после раннего лечения; на остальных локализациях конечностей предпочтение отдавали раневым покрытиям.

Ранняя некрэктомия с первичной аутопластикой или использованием инновационных раневых покрытий проводим при дермальных – пограничных ожогах (II–III степень глубины поражения по МКБ-10 или IIIA – IIIB степень по Вишневскому).

Таким образом, создание в крае системы активного раннего учета и последующего специализированного и высокотехнологичного лечения с использованием инновационных раневых покрытий – является ранней реабилитацией пострадавших и улучшает качество жизни больных с ожоговой травмой.

МОДИФИКАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УРЕТЕРОПИЕЛОАНАСТОМОЗА ПРИ ОБСТРУКЦИИ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА

Бондаренко С. Г., Кузовлева Г. И.

ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи №7», г. Москва;
Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения г. Москвы

Введение. Лапароскопическая расчленяющая пиелопластика по Андерсону – Хайнсу получает все большее распространение при обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) у детей. Вместе с тем лапароскопическая техника создания уретеропиелoанастомоза по Андерсону – Хайнсу имеет определенные сложности в эргономике и необходимости интракорпорального завязывания большого количества узлов. В данной работе мы представляем модификацию лапароскопического уретеропиелoанастомоза, которая значительно упрощает технику операции.

Материалы и методы. Лапароскопическая пиелопластика модифицированным методом выполнен у 70 пациентов в возрасте от 1 мес до 14 лет (средний возраст – 3,5±4,3 года). У 40 пациентов имелось высокое вхождение мочеточника, у 24 стеноз ЛМС и в 6 случаях пересекающий сосуд.

Техника операции. В случаях высокого вхождения мочеточника после мобилизации лоханки и проксимального отдела мочеточника двумя параллельными разрезами в продольном направлении пересекались лоханка и мочеточник. Далее операция имела 2 варианта разви-

тия. Вариант первый – двухузловая техника, при этом варианте формирование анастомоза начинали с наложения первого шва на верхнюю часть разрезов лоханки и мочеточника. После завязывания узла сшивание задней губы анастомоза проводили сверху вниз со стороны просвета мочеточника и лоханки, в отличие от стандартной техники, когда сшивание выполняется с внешней стороны. После проведения в мочеточник внешнего пиелоуретерального стента, той же иглой сшивалась передняя губа анастомоза и, после закрытия просвета лоханки завязывался второй узел. Второй вариант – одноузловая техника, при этом варианте атравматическая игла проводилась через переднюю брюшную стенку, а конец нити оставался вне брюшной полости. Анастомоз формировали по направлению сверху вниз без образования первого узла, а фиксация нити на передней брюшной стенке пре-

пятствовала распусканию швов. После завершения анастомоза концы нити связывались между собой.

При стенозе ЛМС и пересекающем сосуде после расчленения ЛМС анастомоз формировался тем же методом.

Результаты. Минимальное и максимальное время операции составило 60–80 мин. Интраоперационных осложнений не отмечено. Послеоперационный период у всех детей протекал без осложнений.

Спустя год после операции при контрольном обследовании у всех детей отмечено значительное уменьшение степени пиелокаликоектазии.

Заключение. Предложенный метод может быть с успехом использован как альтернатива операции Андерсона – Хайнса. Описанная техника более эргономична, эффективна и не требует значительных временных затрат.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Бочарников Е. С., Пономарев В. И., Кугаевских В. Н., Федоров Д. А., Ситко Л. А., Шевчук В. И.

Омский государственный медицинский университет

Для оценки эффективности усовершенствованной нами системы этапного оказания медицинской помощи детям с инородными телами дыхательных путей все дети были разделены на 2 клинические группы. Группа клинического сравнения состояла из 179 детей, которым помощь оказывалась без четкого взаимодействия между всеми звеньями медицинской службы. Основная группа включала 259 пациентов с инородными телами. Помощь данной группе детей осуществлялась в четком соответствии с нашими рекомендациями. Сравнение групп проводилось по следующим критериям: наличие или отсутствие диагностических и лечебно-тактических ошибок, способы и сроки доставки пациента в специализированную клинику, тяжесть состояния в момент поступления, наличие или отсутствие осложнений, применение опе-

ративного лечения, повторная госпитализация в специализированную клинику.

Проведенный анализ сроков диагностики и результатов лечения детей с инородными телами дыхательных путей в Омске и Омской области с 1998 по 2005 г. позволил выявить в 25,1% диагностические и в 24,5% лечебно-тактические ошибки у пациентов с инородными телами дыхательных путей. Усовершенствованная система этапного оказания медицинской помощи детям с инородными телами дыхательных путей, проводимая в рамках Омска и Омской области с 2006 по 2013 г., оказалась более эффективной и позволила снизить число поздних поступлений детей с инородными телами дыхательных путей с 54,2 до 47,5%, уменьшить число поступивших в тяжелом и среднетяжелом состоянии с 32 до 22%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЛИЯНИЯ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

Будкевич Л. И., Зайцева Т. В., Астамирова Т. С., Сошкина В. В.

Научно-исследовательский институт хирургии детского возраста ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва; ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №9 им. Г. Н. Сперанского», г. Москва

Введение. Принцип хирургического лечения детей с раневыми дефектами мягких тканей заключается в выполнении первичной хирургической обработки с одновременной или отсроченной кожной пластикой. С целью подготовки раневого ложа к восприятию кожного трансплантата применяются современные повязки. В последние годы в педиатрической практике с этой целью используют терапию ран отрицательным давлением. Систематизированных исследований, позволяющих утверждать достоверность

влияния вакуумной терапии на раневой процесс не проводилось.

Цель – установить потенциал вакуумной терапии в стимуляции раневых и репаративных процессов.

Материалы и методы. Обследовано 40 детей с ранами различной этиологии. В половине клинических наблюдений использовалась вакуумная терапия (основная группа), в остальных случаях – современные перевязочные материалы (группа сравнения). Анализ эффективности лечения осуществлялся с помощью иммуногисто-

химического, микробиологического методов и метода компьютерной фотометрии.

Иммуногистохимические исследования включали изучение маркеров, характеризующих активность ангиогенеза в грануляционной ткани.

Микробиологические исследования с количественной оценкой микробного пейзажа проводили в динамике – до обработки, при смене вакуумных, либо иных повязок, непосредственно перед аутодермопластикой.

Метод компьютерной фотометрии использовался для расчета сокращения площади раны в процессе лечения с помощью ряда последовательных снимков, выполненных камерой Canon 1100 D.

Результаты. При статистической обработке предварительных результатов установлено, что средние значе-

ния иммуногистохимических маркеров в основной группе на 20–40% превышали соответствующие показатели в группе сравнения. Результаты количественных микробиологических исследований свидетельствовали о преобладании деконтаминирующего эффекта в основной группе на 25–30%. Интенсивность ретракции площади ран на 15–20% была выше в основной группе, что подтверждается сравнительной оценкой как первых, так и серии результатов фотофиксации раневого процесса.

Выводы. Включение вакуумной терапии в комплексное лечение детей с раневыми дефектами мягких тканей формирует условия стимулирующие течение репаративных раневых процессов и сокращающие длительность подготовки к реконструктивно-восстановительным вмешательствам.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Вечеркин В. А., Коряшкин П. В., Королев П. В., Минаков О. А., Птицын В. А., Вечеркин Д. В.

ГБОУ ВПО «ВГМУ им. Н. Н. Бурденко», г. Воронеж

Цель – оценить параметры центральной гемодинамики (ЦГ) у детей с неотложной хирургической патологией.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н. Н. Бурденко за последние 5 лет находилось на лечении 213 детей с термической (99), электрической (37), механической травмой (41) и перитонитом (36), которым в комплексе мер по диагностике шока и нарушений центральной гемодинамики был использован аппарат «Кардиокод», определяющий насосную функцию сердца по методу Поединцева – Вороновой. Аппарат позволяет рассчитывать: ударный объем (УО), минутный объем кровообращения (МОК), объем ранней диастолы (Vp.д.); систолы предсердий (Vc.п.), объем быстрого (Vб.и.) и медленного изгнания (Vm.и.), а также тонус восходящей аорты (Vт.а.). При использовании данного алгоритма диагностики выявлены значительные нарушения со стороны ЦГ, которые позволили диагностировать у 82 детей травматический шок, а у 2 пациентов с перитонитом – инфекционно-токсический шок. Все пациенты с шоком были госпитализированы в отделение реанимации, ПИТ гнойно-септического и ожогового отделений. Интенсивная терапия осуществлялась под контролем параметров ЦГ, после выведения пациентов из шока в комплексном лечении ожоговой и электротравмы использовалась ранняя некрэктомия, фасциотомии, 12 пациентам перед операцией

осуществляли перевязки с выращенными аллофибробластами. Детям с перитонитом аппендэктомии выполняли лапароскопически с санацией и дренированием брюшной полости в 34 случаях и в 2 открытым доступом. В последующем всем 84 детям терапия была дополнена гипербарической оксигенацией (ГБО).

Результаты. Течение шоковой термической травмы у детей сопровождается гемодинамическими нарушениями: снижены систолические и диастолические показатели в первые 5–7 дней с момента травмы, а с электрической, еще и сократительной способности миокарда. У больных с дефицитом ОЦК отмечалось значительное уменьшение параметров Vp.д. до 56% от нормы в течении первых 5 дней лечения. У детей с механической шоковой травмой снижались показатели УО, МОК, Vт.а., с перитонитом регистрировалось снижение параметров Vp.д., Vc.п., Vт.а., которые восстанавливались к 11–13-му дню пребывания в стационаре.

Выводы. 1. У детей с различной неотложной хирургической патологией, особенно при развитии шока регистрируются значительные нарушения параметров ЦГ. 2. Оценка параметров центральной гемодинамики при помощи аппарата «КАРДИОКОД» наиболее информативна и позволяет в ранние сроки диагностировать шок различного генеза.

ДИАГНОСТИКА И ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОМФАЛОЦЕЛЕ И ГАСТРОШИЗИСА У ДЕТЕЙ

Вечеркин В. А., Щербинин Р. Л., Фелюфьянова С. В., Птицын В. А., Хорошилов Д. О., Чекмарева Д. В., Фадеева Д. А., Бочарова Н. В., Коряшкин П. В.

ГБОУ ВПО «ВГМУ им. Н. Н. Бурденко», г. Воронеж

Цель – повысить эффективность лечения новорожденных детей с гастрошизисом (ГШ) и грыжей пупочного канатика (ГПК).

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н. Н. Бурденко за последние 5 лет находилось на лечении 32 новорожденных, из них

17 (53,1%) с ГШ и 15 (46,9%) с ГПК. Среди детей с ГШ мальчиков было 5, девочек 12, с ГПК 8 мальчиков и 7 девочек. У 14 (43,75%) данная патология сопровождалась множественными сочетанными пороками развития желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, других органов и систем. Диагноз ГПК и ГШ у всех новорожденных был поставлен интранатально. Способ родоразрешения с ГПК и ГШ выбирался индивидуально.

Результаты. Среди 8 новорожденных ГПК малых размеров, в состав грыжевого мешка (ГМ) входило 1–2 петли тонкого кишечника, у 2 отмечалось незарращение желточного протока. С грыжами средних размеров 2 пациента, ГМ включал петли тонкого и толстого кишечника. У 2 диагностирована грыжа больших размеров, в состав ГМ входили петли кишечника и печень. Все грыжи были неосложненные. У 13 пациентов с ГШ диагностирована простая форма, у 4 новорожденных встречались: атрезия тонкой и толстой кишки, мальротация кишечника, стеблевидная брыжейка. В 5 случаях у больных отмечалась висцероабдоминальная диспропорция. Хирургическое лечение ГПК проводилось во всех 15 случаях: первичная радикальная пластика была выполнена у 6 детей, у 3-х операция дополнена резекцией дивертикула

Меккеля и полного пупочного свища, у 2-х – ушиванием урахуса и аппендэктомией. Больным с висцероабдоминальной диспропорцией на 1 этапе произвели силопластику, на 2 (через 8–12 дней) радикальную пластику передней брюшной стенки. При ГШ с целью уменьшения объема эвентрированных органов проводили высокое промывание толстой кишки, затем первичную радикальную пластику передней брюшной стенки у 8 детей. Безнаркозное вправление эвентрированных органов в брюшную полость у 2 детей. Силопластика произведена у 6 детей с последующей отсроченной радикальной пластикой передней брюшной стенки. Как 1 этап хирургического лечения энтеростомии выполнены у 3 детей с пластикой передней брюшной стенки. Кишечные свищи были закрыты через 6–8 нед. Умерли 7 детей с тяжелыми сочетанными пороками развития (из них с омфалоцеле 3, с гастрошизисом 4 ребенка).

Выводы. 1. Приоритетным направлением в хирургическом лечении ГПК и ГШ является радикальная пластика передней брюшной стенки. 2. При изолированной форме гастрошизиса без висцероабдоминальной диспропорции с отсутствием нарушения кровообращения кишечника показано его безнаркозное вправление.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЛЕОФЕМОРАЛЬНОГО ТРОМБОЗА У ДЕТЕЙ

Волков А. А., Азаров М. В., Кочарян С. М., Дюг И. В., Махин Ю. Ю., Купатадзе Д. Д., Набоков В. В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Хроническая венозная недостаточность, образующаяся в результате посткатетеризационного илеофemorального блока, в большинстве случаев требует хирургической коррекции. Нами изучены варианты хирургической анатомии блоков и методы операций на основе 147 случаев илеофemorального тромбоза наблюдавшихся в клинике микрохирургии СПбГПМУ с 1999 по 2014 г.

Методы, применявшиеся для обследования таких больных: клинический метод, УЗИ-доплерография глубоких и поверхностных вен нижних конечностей и таза,

восходящая флебография глубоких и поверхностных вен конечностей и таза. Выделены следующие варианты хирургической анатомии вен: короткий блок с оттоком по запирающей вене, протяженный блок с коллатералью на брюшной стенке и полости малого таза, большой участок тромбоза глубоких вен и их сочетания. Применялись следующие операции: флеболит, перевязка коллатералей, реконструктивно-восстановительные операции типа Пальма, реконструктивно-восстановительные операции в ортотопической проекции, создание оттока с помощью коллатералей.

ЛИКВОРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ГИДРОЦЕФАЛИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Волкодав О. В., Зинченко С. А., Гонцов С. В., Григорьева В. А., Дубова Е. И., Пеливанов Ф. П., Олейник А. В.

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского», г. Симферополь

Цель – коррекция окклюзионной краниocereбральной дисфункции у недоношенных новорожденных (НН)

при постгеморрагической гидроцефалии, осложненной некротическим энтероколитом (НЭК).

Предложен метод субгалеального вентрикулосубарахноидального стентирования (ВСС) у НН, включающий: субгалеальное вентрикулосубарахноидальное дренирование (ВСАД) и вентрикулосубарахноидальное шунтирование (ВСАШ) с воссозданием физиологических путей ликворооттока, исключая необходимость вентрикулоперитонеального шунтирования. Разработана ликворо-шунтирующая система ЛШС – ВСАШ (Авторское право № 45 865, 02.10.2012). Она использовалась у НН с массой тела свыше 1180 г и гестационным возрастом больше 28 нед.

У НН с экстремально низкой массой тела при постгеморрагической гидроцефалии выполнялось субгалеальное ВСС с использованием перфорированных силиконовых дренажных трубок от системы ЛШС – ВСАШ.

Выполнена операция субгалеального ВСС у НН (масса тела – 720 г, постконцептуальный гестационный возраст – 26 нед) с окклюзионной гидроцефалией (после внутрижелудочкового кровоизлияния IV степени), осложненной НЭК. Нейрохирургический этап оперативного лечения (субгалеальное ВСС) обеспечил физиологическое выведение ликвора из желудочков мозга в субарахноидальное пространство и субгалеальный

карман с ауторегуляцией ликворного давления. Были исключены повторные вентрикулярные пункции, дренирование по Арентду и необходимость отведения ликвора в брюшную полость.

Абдоминальный этап хирургического лечения проводился на 7-е сутки после субгалеального ВСС и состоял в резекции 40 см некротизированного участка тонкой кишки с выведением колостомы. В последующем выполнена реконструктивная операция с энтеро-энтероанастомозом.

Субгалеальное ВСАД (Авторское право № 34 523, 11.08.2010) позволило санировать ликвор от крови и сгладить перепады внутричерепного давления в раннем послеоперационном периоде. После выключения субгалеального кармана, ВСАШ (Авторское право № 38 061, 20.04.2011) обеспечило отток санированного ликвора из боковых желудочков в субарахноидальное пространство для его физиологической резорбции.

Заключение. Субгалеальное ВСС дает возможность исключить необходимость проведения вентрикулоперитонеального шунтирования при НЭК, а также сократить сроки восстановительного лечения НН с постгеморрагической гидроцефалией.

ЭНДОСКОПИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ С ГИПОСПАДИЕЙ И ВАРИАНТАМИ НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА

Володько Е. А., Бровин Д. Н., Мираков К. К., Коломина И. Г., Окулов А. Б.

Отдел детской хирургии НИЦ ГБОУ ДПО РМАПО МЗ, г. Москва; ГБУЗ «ДГКБ им. З. А. Башляевой» ДЗМ, г. Москва

Развитие медицинских технологий позволяет внедрить в клиническую практику метод эндоскопии мочеполовых протоков, разработанный в отделе детской хирургии, которая выполнена 62 пациентам в возрасте от 1 мес до 18 лет. Из них у 14 установлено нарушение формирования пола (НФП) 46ХУ/45ХО (смешанная дисгенезия яичек), у 6–46ХУ – синдром тестикулярной феминизации неполная форма (СТФНФ), у 20–46ХУ – 5- α -редуктазная недостаточность, у 22–46ХУ – дисгенезия гонад. Выполняя уретросинусовагиноскопию по разработанному способу оптическую систему устанавливают под углом осмотра 30°. Это позволяет достоверно выявить анатомо-топографические особенности мочеполовых протоков: обнаружить семенной бугорок, вход во влагалищный отросток уrogenитального синуса (ВОУГС), оценить его размеры, соотношение с семенным бугорком. У детей со смешанной дисгенезией яичек (СДЯ) уретра сформирована по мужскому типу. Имеет место семенной бугорок хорошей степени выраженности. Для СДЯ характерно наличие влагалищного отростка уrogenитального синуса. Слизистая оболочка ВОУГС гладкая, бледная. У больных с НФП 46ХУ (5- α -редуктазной недостаточностью) уретра сформирована по мужскому типу. Семенной бугорок у этой группы пациентов выражен, но может быть и деформирован. Вход в уrogenитальный синус, расположенный на вер-

хушке семенного бугорка, обнаружен у 10% обследуемых. Выявляемый ВОУГС имеет гладкую бледную слизистую. Кроме этого, у 15% этих пациентов имеет место быть простатическая маточка. У пациентов с СТФНФ семенной бугорок отсутствует, уретра короткая, сформирована по феминному типу. ВОУГС, как правило, больших размеров с циркулярной складчатой слизистой бледно-розового цвета, вход его расположен вблизи шейки мочевого пузыря. Эндоскопическая характеристика мочеполовых протоков у пациентов с дисгенезией гонад была обусловлена функциональными возможностями тестикулярной ткани. У этих больных присутствовал слабо выраженный семенной бугорок и широкий вход во влагалищный отросток уrogenитального синуса переменных размеров. Метод эндоскопии мочеполовых протоков позволяет оценить их анатомию, тип уретры (маскулинный, феминный), визуализировать ВОУГС, характеризовать состояние его слизистой, а также установить уровень слияния мочевых и половых протоков, степень развития семенного бугорка. Кроме этого, метод позволяет выявить наличие инфекционно-воспалительного процесса в мочеполовых протоках. Он также эффективен для контроля результатов санации половых протоков перед созданием неоуретры и позволяет сформулировать адекватную схему медицинской реабилитации, направленную на улучшение качества дальнейшей жизни пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Врублевский С. Г., Шмыров О. С., Лисенок А. А., Манжос П. И., Иманалиева А. А.

Российский университет дружбы народов, г. Москва; Морозовская детская городская клиническая больница, г. Москва

Актуальность. В России эндохирurgicalические операции при заболеваниях верхних мочевых путей преимущественно выполняются лапароскопическим доступом. Существуют единичные публикации об использовании ретроперитонеоскопического доступа у детей, но тем не менее есть группа пациентов, у которых забрюшинный доступ остается актуальным, а порой единственно возможным.

Цель – оценить результаты хирургического лечения детей с заболеваниями верхних мочевых путей ретроперитонеоскопическим доступом.

Пациенты и методы исследования. С 2011 по 2015 г. на базе МДГКБ эндохирurgicalические операции забрюшинным доступом проведены 23 пациентам с заболеваниями верхних мочевых в возрасте от 11 мес до 17 лет. Выполнено: 8 резекций кист почек, 5 нефрэктомий, 2 геминефрэктомии, 1 уретеролитотомия, 1 чрескожная нефролитотомия, 6 пиелопластик. Показаниями к операциям ретроперитонеальным доступом являлись наличие в анамнезе множественных операций на органах брюшной полости, носительство венстрикуло-перитонеального шунта, кисты почек в дорсолатеральных отделах, локализация конкремента большого размера в средней трети мочеточника, множественные конкременты чашечек и лоханки почки, обусловленные обструкцией пиелоретерального сегмента.

Результаты. Интра- и послеоперационные осложнения не отмечены. Конверсий не было. Обезболивающая терапия потребовалась в первые 2–3 суток после операции. В послеоперационном периоде отмечалась ранняя активизация больных в среднем на 3-и сутки. Длительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре в среднем составила менее недели.

Выводы. Наш опыт применения ретроперитонеоскопических операций свидетельствует об эффективности их использования при заболеваниях верхних мочевых путей у детей. Вмешательства из ретроперитонеального доступа при лечении кист почек, располагающихся в дорсолатеральных отделах, позволяют визуализировать всю полость кисты и выполнить адекватную резекцию ее стенки и тотальную электрокоагуляцию кистозной выстилки. При множественных конкрементах чашечек и лоханки почки чрескожная нефроскопия дает возможность производить хорошую визуализацию полостной системы почки с дальнейшей экстракцией камней почки. Преимуществами метода являются малая инвазивность, прямой и более быстрый доступ к верхним мочевым путям, отсутствие вскрытия брюшной полости и, как следствие, снижение риска возможных абдоминальных осложнений.

ПОВТОРНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ПИЕЛОПЛАСТИКИ ПРИ РЕЦИДИВЕ ГИДРОНЕФРОЗА

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

ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница» ДЗМ, отделение плановой хирургии и урологии-андрологии, г. Москва; ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», кафедра детской хирургии, г. Москва; ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова», кафедра детской хирургии, г. Москва

Введение. Методика лапароскопической пиелопластики при врожденном гидронефрозе у детей является на сегодняшний день приоритетным направлением в детской хирургии. Однако в случае развития рецидива гидронефроза вопросы выбора доступа к пиелоретеральному сегменту при повторной реконструктивной операции остаются дискуссионными.

Цель исследования – изучить возможность, технические аспекты и результаты лапароскопического лечения при рецидиве гидронефроза у детей.

Материалы и методы. В ДГКБ с 2011 по 2015 г. выполнено 8 повторных лапароскопических пиелопластик: 6 из них после открытых операций, 2 – после лапароскопических. Показаниями к операции служило прогрессирующее расширение чашечно-лоханочной системы почки с истончением паренхимы и ухудшением показателей внутриорганный кровотока, задержка эвакуации контрастного вещества из расширенной коллекторной

системы по данным экскреторной урографии. Рецидивирующее течение инфекции мочевыводящих путей отмечено у 5 пациентов. Сроки повторной пиелопластики по отношению к первичной операции составили от 6 мес до 2,5 лет.

Результаты. Техническим отличием от первичной пиелопластики являлось обязательная мобилизация толстой кишки. Выраженность рубцового процесса после открытых операций значительно превышала постлапароскопические локальные репаративные изменения. Причиной рецидива гидронефроза в 6 случаях был рубцовый стеноз анастомоза, а в 2-х случаях – aberrантные сосуды к нижнему полюсу почки которые, по-видимому, остались не диагностированными во время первичной операции. Всем детям выполнена повторная резекционная пиелопластика на стентах внутреннего дренирования.

Сроки катамнестического наблюдения – от 1,5 до 3 лет. У всех детей отмечено уменьшение раз-

меров чашечно-лоханочной системы почки в динамике по данным ультразвукового исследования. У 5 детей через 1 год после операции отмечено улучшение функции почки по данным статической нефросцинтиграфии.

Заключение. В случае рецидива гидронефроза после ранее выполненной операции, лапароскопическая пиелопластика является методом выбора при решении вопроса о хирургическом вмешательстве.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

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

ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница» ДЗМ, отделение плановой хирургии и урологии-андрологии, г. Москва; ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», кафедра детской хирургии, г. Москва; ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», кафедра детской хирургии, г. Москва

Введение. В настоящее время лапароскопическая пиелопластика при гидронефрозе имеет прекрасные результаты и широко применяется в детской урологии, вне зависимости от возраста пациентов.

Цель – изучить результаты и осложнения лапароскопического лечения гидронефроза у детей

Материалы и методы. С 2011 по 2015 г. в Морозовской ДГКБ МЗ РФ лапароскопическая пиелопластика была выполнена 148 детям с гидронефрозом в возрасте от 1 мес до 17 лет. Одному пациенту с двухсторонним гидронефрозом порок корригирован последовательно с обеих сторон. Надо отметить, что 3 пациентам пиелопластика была выполнена после неэффективного открытого оперативного вмешательства. Во всех случаях пластика пиелoureтерального сегмента осуществлялась по методике Anderson – Hynes. В большинстве случаев для дренирования коллекторной системы почки интраоперационно выполнялась антеградная установка Double-J-стента, при невозможности установки стента, отведение мочи из коллекторной системы осуществлялось с помощью пиелостомы. Средняя продолжительность госпитализации составляла 7 дней. Оценка результатов

лечения основывалась на размерах коллекторной системы и функциональном состоянии паренхимы почки по данным УЗИ почек с доплерографией и радиоизотопной реносцинтиграфии.

Результаты. Рецидив гидронефроза отмечен у двух пациентов. Оба пациента перенесли тяжелый бактериально-грибковый пиелонефрит в послеоперационном периоде и в последующем им была успешно выполнена повторная лапароскопическая пиелопластика. У одного ребенка на 4-е послеоперационные сутки отмечена несостоятельность анастомоза, потребовавшая ревизии области пиелoureтерального сегмента.

Выводы. Лапароскопическая методика имеет хороший клинический результат, при условии соблюдения всех этапов резекционной пиелопластики по методу Anderson – Hynes. В настоящее время технические приемы и накопленный опыт дают возможность выполнять эндохирургическую пиелопластику без возрастных ограничений. По нашему мнению, дренирование коллекторной системы с использованием Double-J-стента, позволяет значительно ускорить реабилитацию ребенка и сократить пребывание в стационаре и улучшить результаты лечения

ИНТРА- И ЭКСТРАПУЗЫРНАЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ

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

ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница» ДЗМ, отделение плановой хирургии и урологии-андрологии, г. Москва; ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова», кафедра детской хирургии, г. Москва; ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», кафедра детской хирургии, г. Москва

Введение. Уретеронеоцистоимплантация при пороках развития уретерovesикального соустья у детей по-прежнему остается актуальной. С развитием эндохирургических малоинвазивных технологий возрастает интерес хирургов-урологов к использованию их при лечении обструктивного мегауретера, дистальной эктопии мочеточника, безуспешности инъекционной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса и в иных ситуациях.

Цель исследования – изучить результаты и осложнения эндохирургического лечения пороков развития пузырно-мочеточникового сегмента у детей.

Материалы и методы. В отделении плановой хирургии и урологии-андрологии Морозовской ДГКБ

с 2011 по 2015 г. выполнена эндохирургическая оперативная коррекция патологии уретерovesикального соустья у 33 детей, на 40 мочеточниках.

При выборе эндовезикального или лапароскопического доступа учитывали необходимость резекции дистального отдела мочеточника, наличие парауретеральных дивертикулов, анатомию и локализацию устьев, удвоения мочевыводящих путей, а также наличие в анамнезе многократных неэффективных инъекционных коррекций пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Пневмовезикоскопическая операция Politano – Leadbetter выполнена 2 детям, Cohen – 19, по методике Чумакова – 2. Лапароскопическая операция

Lich-Gregoir – 5, экстравезикальная поперечная уретеро-неоцистоимплантация – 5. Длительность оперативных вмешательств варьировала от 60 до 240 мин. Продолжительность послеоперационного стационарного лечения составила от 5 до 14 дней. Для оценки результатов лечения выполнялось УЗИ с доплерографией и контрольная цистография через 6 мес.

Результаты. В 1 случае при пневмовезикоскопической операции выполнена конверсия в связи с выраженной утечкой газа в паравезикальное пространство и зна-

чительным уменьшением рабочего объема мочевого пузыря. Рецидив ПМР выявлен у 2 детей.

Заключение. Эндовидеохирургические операции при патологии уретерovesикального соустья у детей являются малоинвазивными и по эффективности сравнимы с традиционными открытыми методиками. Показания к лапароскопическому или пневмовезикоскопическому доступу должны устанавливаться после комплексной оценки результатов обследования с учетом эндоскопической анатомии устья пораженного мочеточника.

ПОКАЗАТЕЛИ ВРОЖДЕННОГО ИММУННОГО СТАТУСА НА СИСТЕМНОМ УРОВНЕ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Гаврилюк В. П., Костин С. В., Арапов А. А., Жиронкин Р. В.

Курский государственный медицинский университет; Курская областная детская больница № 2

Цель – определение активности нейтрофилов периферической крови и системы комплемента у детей при остром гематогенном остеомиелите (ОГО).

Под постоянным наблюдением находилось 18 детей с острым гематогенным остеомиелитом, местной формой, остеомиелитической флегмоной. Диагноз выставлялся на основании характерной клинической картины, лабораторно-инструментальных и интраоперационных данных. Больным в первые сутки производилось оперативное вмешательство – вскрытие флегмоны, наложение остеоперфоративных отверстий, дренирование раны. В послеоперационном периоде производилось обезболивание, инфузионная и антибактериальная терапия, которая корректировалась согласно чувствительности к антибактериальным препаратам.

У детей с ОГО выявлено снижение активности и интенсивности фагоцитоза нейтрофилов периферической крови (снижение фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа) при повышении их кислородзависимой активности, кроме этого в плазме крови возрастает концентрация C_3 , C_4 , C_{5a} и регуляторов – фактора Н и C_1 -инг. К моменту выписки из стационара после стандартного комплексного лечения нормализуется фагоцитарный ин-

декс, фагоцитарное число, частично кислородзависимая активность нейтрофилов периферической крови, концентрация C_3 и C_{5a} -компонента комплемента и фактора Н. Полученные результаты свидетельствуют о выраженных нарушениях врожденного иммунитета, имеющих место у детей с ОГО, только частично купируемые проводимым комплексом консервативных и хирургических мероприятий.

Заключение. Полученные данные позволяют сделать заключение, что инфекция, имеющая место при остром гематогенном остеомиелите, у детей тесно связана с дестабилизацией иммунной системы, характеризующейся активацией системы комплемента и метаболической активности нейтрофилов и дефицитом их фагоцитарной активности. При остром гематогенном остеомиелите происходит миграция нейтрофилов в очаг воспаления. Этот период характерен для всех больных с острым гематогенным остеомиелитом вне зависимости от дальнейшего течения заболевания. На фоне оперативного и консервативного лечения течение острого гематогенного остеомиелита может быть либо гладким, либо осложненным (хронизация: формирование свищей, очагов деструкции).

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Гандуров С. Г., Мешков А. В.

Детская краевая клиническая больница им. А. К. Пиотровича, г. Хабаровск

Хирургическое торакальное отделение Детской краевой клинической больницы располагает опытом пластических операций пищевода у 24 детей с врожденными и приобретенными заболеваниями пищевода.

Возраст детей варьировал от 8 мес до 13 лет.

Перед оперативным вмешательством всем детям проведены общеклинические, рентгенологические и эндоскопические исследования, суточная рН-метрия пищевода.

Оперативное лечение выполнено при следующих заболеваниях: рубцовый стеноз пищевода (13), атрезия пищевода (3), пептический стеноз пищевода (4), врожденный стеноз (1), врожденный стеноз пищевода с удвоением пищевода (1), пищевод Баррета с гастроэзофагеальным рефлюксом (1), кардиостеноз 4 степени (1).

Основной причиной выполнения пластики пищевода в 13 (54%) случаях является рубцовый стеноз в соче-

тании или без пептического стеноза пищевода. На втором месте находится пептический стеноз пищевода 4 (16%) случая.

До проведения эзофагопластики различные операции были выполнены у 15 (71%) больных. Наиболее часто до этапа эзофагопластики проводили гастростомию и эзофагостомию.

По нашим данным, чаще всего стеноз локализовался в средней и нижней третях пищевода – в 21 (88%) случаях. В связи с характером химического яда, в основном протяженность стеноза была более 1,5 см – 18 (76%) случаев. Диаметр стриктуры чаще до 4 мм – в 19 (82%) случаях.

Стандартная подготовка к операции включала санацию очагов хронической инфекции, максимально возможную ликвидацию дефицита массы тела, проводили селективную деконтаминацию кишечника.

В 8 (33%) случаях была выполнена экстирпация пищевода с проведением трансплантата в заднем средостении, 2 (8%) случая – без экстирпации. В 8 (33%) случаях проведена пластика пищевода без экстирпации последнего, с проведением толстой кишки за грудиной. Пластика изоперистальтической желудочной трубкой произ-

ведена у 3 (12,5%) детей. В 2 (8%) случаях выполнена резекция дистального отдела пищевода и кардиального отдела желудка с частичным перемещением последнего в плевральную полость. 1 (4%) ребенку проведена субтотальная резекция желудка с резекцией дистального отдела пищевода.

В раннем послеоперационном периоде из 24 оперированных детей, которым выполнена пластика пищевода, умерли 2 детей (летальность 8%).

Послеоперационные осложнения отмечены у 7 больных. У 2 детей отмечались стрессовая язва двенадцатиперстной кишки (1), тонкокишечная инвагинация (1). Стеноз анастомоза в 3 случаях; спаечная непроходимость и язва трансплантата по одному случаю. Все 7 детей после купирования послеоперационных осложнений выздоровели, летальных исходов не отмечено. Повторных реконструктивных операций в данной группе больных не выполнялось.

При анализе отдаленных результатов отсутствие жалоб, неприятных субъективных ощущений в грудной клетке, рефлюкс-трансплантат отмечены в группе больных, которым была проведена за грудиной колоэзофагопластика без экстирпации пищевода.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ МЕГАУРЕТЕРОМ

Гасанов Д. А., Барская М. А., Терехин С. С.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

Актуальность. По данным урологического отделения педиатрического корпуса (ПК) СОКБ им. В. Д. Середавина, с 2008 г. постоянно увеличивается количество детей с врожденным обструктивным мегауретером. Это связано с возрастающей врожденной патологией органов мочевыделительной системы у детей, а также с хорошей пренатальной и постнатальной диагностикой.

Цель исследования – оценить результаты оперативного лечения детей с врожденным обструктивным мегауретером в отделении урологии педиатрического корпуса СОКБ им. В. Д. Середавина.

Материалы и методы. В 2008–2013 гг. в отделении урологии ПК прооперировано 95 детей с диагнозом врожденный мегауретер. Основную часть составляют мальчики – 70 (74%), девочек – 25 (26%). Дооперационное отведение мочи через пиелостому, уретеростому, или дистальный пузырно-мочеточниковый стент проводилось у 25 детей (26%). В зависимости от вида операции все дети разделены на 2 группы. 1-ю группу составили пациенты, у которых выполнена внутривезикулярная пересадка ($n=46$). Во 2-ю группу вошли дети, прооперированные по внепузырной методике ($n=49$).

Результаты. В 1-й группе полное выздоровление (хорошее опорожнение мочеточника и ЧЛС с восстановлением функции почки по данным экскреторной урографии и радиоизотопного исследования, отсутствие

пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), по данным микционной цистографии) отмечалось у 38 (82%) детей. Рецидив мегауретера наблюдался у 1 (2%) ребенка. ПМР отмечен у 7 (16%) детей. Во 2-й группе полное выздоровление отмечалось у 30 (62%) детей. Рецидив мегауретера у 5 (8%) детей. ПМР у 15 (30%) детей.

Выводы. Получены хорошие результаты оперативного лечения врожденного мегауретера у детей, количество рецидивов не превышало 8%. Более полное восстановление анатомии и функции мочевых путей было достигнуто у детей, которым было выполнено дооперационное дренирование мочевых путей на пораженной стороне и проведена коррекция дисфункции мочевого пузыря. По нашим результатам внутривезикулярная пересадка мочеточника дает лучшие результаты, по сравнению с внепузырной пересадкой, что обусловлено в первую очередь технической возможностью соблюдения необходимого соотношения диаметра мочеточника к длине подслизистого тоннеля во время пересадки. Техническая сложность при формировании подслизистого тоннеля, с соблюдением соотношения диаметра мочеточника к длине тоннеля (1:4–6), обуславливает наличие ПМР после проведенной операции. Регресс ПМР у половины детей на фоне консервативной терапии связан с сократимостью мочеточника после операции и уменьшением его диаметра в подслизистом тоннеле.

АРГНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ У ДЕТЕЙ

Герасименко И. Н., Минаев С. В., Быков Н. И., Тимофеев С. В., Доронин Ф. В., Анисимов И. Н., Филиппова Н. В.

Ставропольский государственный медицинский университет; Краевая детская клиническая больница, г. Ставрополь

Цель исследования – изучение использования аргон-плазменной коагуляции в обработке остаточной полости при эхинококкозе печени больших размеров.

Материал и методы. На кафедры детской хирургии с курсом ДПО ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России проходили лечение 15 пациентов в возрасте 5–16 лет с эхинококковыми кистами больших размеров в печени.

Клиническое и общеклиническое обследование проводили с учетом эпидемиологического анамнеза. Объем визуализированных кист при УЗИ и рентгеновской компьютерной томографии варьировал от 200 до 500 см³.

Всем пациентам была выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия печени.

Ход оперативного вмешательства состоял в следующем.

Постановка первого троакара 5 мм производилась области пупка для видеокамеры. Второй 5 мм троакар – над областью кисты. Третий троакар 12 мм (XL Jonson&Jonson) – по левому флангу живота.

Вскрытие фиброзной оболочки со стенкой печени осуществляли с помощью ультразвукового скальпеля «Гармоник» и биполярной коагуляции Enseal.

После извлечения хитиновой оболочки стенки кисты обрабатывали аргон-плазменной коагуляцией, что позволяет максимально провести полную ликвидацию сколексов эхинококка.

Ликвидацию остаточной полости осуществляли методом оментопластики.

Результаты и обсуждение. Интра- и послеоперационных осложнений в наших наблюдениях не отмечалось. Ранний послеоперационный период протекал значительно легче по сравнению с традиционной операцией.

Выводы. Таким образом, лапароскопическая эхинококкэктомия с обработкой остаточной полости аргон-плазменной коагуляцией является безопасным и эффективным методом хирургического лечения больших эхинококковых кист печени у детей, что снижает риск

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ АНАЭРОБНЫЙ ПЕРФОРАТИВНЫЙ ПЕРИТОНИТ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Гисак С. Н., Складорова Е. А., Птицын В. А., Большеева Г. С., Баранов Д. А., Шестаков А. А.

ГОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет»

Цель исследования – изучить особенности и частоту острого гнойного перфоративного перитонита аппендикулярного происхождения, вызванного анаэробной инфекцией у детей.

Материал и методы исследований. Исследованы данные анамнеза и результатов бакпосевов гноя брюшной полости 12 детей больных гнойным перфоративным перитонитом аппендикулярного происхождения анаэробной этиологии, подтвержденной путем идентификации культур роста применением компьютерных программ «Микроб-автомат» и «Микроб-2», с учетом особенностей этиопатогенеза заболевания и эффективности этиопатогенетического лечения. В числе 12 больных 7 мальчиков и 5 девочек, возраста 1–4 года – 4 детей, 4 года – 10 лет – 5 детей и возраста 10–14 лет – 3 ребенка с гнойным перфоративным перитонитом, с установленной интраоперационно-местной формой перфоративного перитонита – 6 детей и с разлитым гнойным перфоративным перитонитом – у остальных 6 детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Анаэробы, согласно результатам бакпосевов выпота брюшной полости при гнойном перфоративном пери-

тоните, являлись возбудителями и гнойного деструктивного процесса в червеобразном отростке у 12 детей, включали *Peptostreptococcus* spp. – у 5 больных, *Bacteroides thetaiotaomicron* – у 3 детей, *Micrococcus lylae* и *Micrococcus luteus* – у 4 больных. Неотложная операция больным, производившаяся по поводу диагностированного перитонита еще в конце первых суток болезни, интраоперационно подтвердила его причину – гангренозно-перфоративный аппендицит, разлитой гнойный перфоративный перитонит. Медлительность с неотложной консультацией врача-хирурга больного ребенка с абдоминальным синдромом отмечена в анамнезе 6 детей. Эти дети – жители села поздно обратились к врачу, спустя 3 суток болезни, в связи с наличием лихорадки, отсутствием стула, при многократной рвоте, что по-видимому было расценено взрослыми как респираторная инфекция. Наш послеоперационный диагноз этим больным детям формулировался на основании интраоперационной картины и патоморфологических исследований препарата, включая острый гангренозно-перфоративный аппендицит, гнойный оментит, ограниченный или разлитой гнойно-каловый перфоративный перитонит. Во всех

случаях по вскрытии брюшной полости срединным разрезом обнаруживается гнойный выпот в умеренном или большом количестве (от 150 до 700 мл), петли кишечника покрыты гнойно-фибринозным налетом, червеобразный отросток с перфорацией располагающейся в различных его участках. Всем 12 больным детям выполнялась оптимальная хирургическая помощь: лапаротомия, аппендэктомия, резекция измененного участка сальника, санация и дренирование брюшной полости, активная противовоспалительная интенсивная терапия.

Вывод. Эффективность в интенсивной терапии послеоперационного периода обеспечивают цефалоспорины, с обязательным применением противоязренных препаратов – метрагила и метранидозола. Всем 12 тяжелобольным детям в силу опасности присоединения грибковой инфекции (рода *Candida*) в течении болезни применялась их профилактика препаратом дифлюканом или флуконазолом уже на первой неделе лечения, что в последующем обеспечивало отсутствие роста грибов *Candida* в бакпосевах материалов данного больного.

СОВРЕМЕННЫЙ ПАТОМОРФОЗ ЭНТЕРОПАТОГЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОЛИМОРФИЗМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИХ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА, ГНОЙНОГО ПЕРФОРАТИВНОГО ПЕРИТОНИТА

Гисак С.Н., Склярова Е.А., Черных А.В., Баранов Д.А., Гаврилова М.В., Коряшкин П.В.

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет».

В последние годы, согласно нашим ежегодным итоговым врачебным отчетам гнойно-септического отделения, острый аппендицит характеризуется нарастающим количеством гнойных перфоративных перитонитов аппендикулярного происхождения у детей различного возраста. Это происходит при отсутствии видимых причин и опасных погрешностей в организации и оказании неотложной хирургической помощи детям города и области.

Цели – исследовать и дифференцировать изменяющуюся этиологию и этиопатогенез острого аппендицита и его гнойных осложнений, вызванных различной энтеропатогенной гноеродной флорой.

Материал и методы. Бактериологически обследованы 82 ребенка возраста от лет до 15 лет, больных последнего пятилетия с разлитым гнойным перфоративным перитонитом аппендикулярного происхождения, в их числе 50 мальчиков и 32 девочки. Бактериологические исследования выполнены с использованием компьютерных программ «Микроб-автомат» и «Микроб-2» для идентификации гноеродной флоры.

Результаты и их обсуждение. В бакпосевах выпота из брюшной полости 82 больных детей возбудителями перитонита при остром аппендиците обнаруживались: синегнойная палочка – у 31 ребенка, кишечная палочка – у других 30 детей, анаэробная инфекция – у 12 больных детей, клебсиеллезная инфекция – у 7 больных детей

и стафилококковая инфекция у остальных 2 больных. Синегнойные перфоративные аппендикулярные перитониты у детей характеризовались массивным нарастающим токсикозом, развитием перфорации отростка к концу первых суток болезни. В послеоперационном периоде у них наиболее частыми обнаруживались инфильтраты передней брюшной стенки, опасности развития сепсиса, требовалось применение противосинегнойной антибактериальной терапии. Абсцедирующую форму острого деструктивного аппендицита вызывала лишь эшерихиозная гнойная инфекция, образуя периаппендикулярные и межпетельные абсцессы, которые обнаруживались уже через 48–72 ч от начала болезни. Трудности диагностики клебсиеллезного перитонита у 7 детей во многом были связаны с атипичным течением аппендицита, медленным исходом клебсиеллезной инфекции в острый деструктивный процесс червеобразного отростка. Перфоративный перитонит аппендикулярного происхождения анаэробной этиологии отличался бурным токсикозом, частым развитием абдоминального сепсиса.

Вывод. Обнаруженное различие этиопатогенеза разлитых гнойных перфоративных перитонитов вызванных полиморфной энтеропатогенной гноеродной флорой, объясняет причины низкой эффективности традиционного лечения и требует дифференцированных лечебных мероприятий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ ПИЛОРОСТЕНОЗОМ

Горемыкин И.В., Кузьмина Т.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Проведен ретроспективный анализ лечения детей с врожденным гипертрофическим пилоростенозом (ВГП) с 2005 по 2014 г. всего – 78 человек. С 2012 г.

при ВГП выполняли пилоромиотомию лапароскопическим доступом ($n=27$) – группа I. До 2012 г. при ВГП в качестве доступа использовали циркумбиликальную

лапаротомию по А. Bianichi ($n=29$) – группа II, или верхнюю поперечную лапаротомию ($n=22$) – группа III. Группы детей были сопоставимы. Медиана возраста – 30 сут (min – 16; max – 150). Девочек было 14, мальчиков 64 (соотношение – 1:5). Заболевание манифестировало в среднем на 28-е сутки жизни.

Средняя продолжительность операции: в I группе – 40 мин ($\sigma=8$), во II группе – 58 мин ($\sigma=18$), в III группе – 56 мин ($\sigma=10$), среднее время начала энтерального питания после операции: I гр. – 4 ч ($\sigma=0,7$), II гр. – 7 ч ($\sigma=1,5$), III гр. – 8 ч ($\sigma=1$). Переход на вскармливание в свободном режиме в I гр. – 2 сут ($\sigma=0,4$), II гр. – 4 сут ($\sigma=0,8$), III гр. – 4 сут ($\sigma=0,9$).

Отмечены следующие интра- и послеоперационные осложнения: в группе I – перфорация слизистой киш-

ки в *recessus duodeni*, что потребовало конверсии ($n=2$); в группе II – ранняя спаечная непроходимость кишечника ($n=1$), перфорация слизистой кишки в *recessus duodeni* (1), в группе III – несостоятельность швов послеоперационной раны ($n=1$). Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре: в группе I – 7 сут ($\sigma=2$), в группе II – 11 сут ($\sigma=2$), в группе III гр. – 12 сут ($\sigma=1$). Оценили среднюю прибавку в массе тела за первую неделю после операции. Она составила в группе I – 220 г ($\sigma=58$), в группе II – 140 г ($\sigma=15$), в группе III – 200 г ($\sigma=83$).

Считаем, что использование лапароскопической пилоромииотомии при ВГП сокращает время операции, в 2 раза ускоряет переход на вскармливание в свободном режиме.

ТРАНСНАЗАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КТ-НАВИГАЦИОННЫХ СИСТЕМ: 3-Х ЛЕТНИЙ ОПЫТ НАШЕГО ЦЕНТРА

Грачев Н.С., Ворожцов И.Н., Петрушин А.В., Наседкин А.Н., Калинина М.П., Озеров С.С.

ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, г. Москва

Цель исследования – повышение эффективности эндоназального эндоскопического хирургического лечения детей с применением КТ-навигационных систем.

Пациенты и методы. В нашем центре было проведено обследование и лечение 42 пациентов в возрасте от 22 дней до 18 лет (24 мальчика и 18 девочек) с различными патологиями полости носа, околоносовых пазух и основания черепа за 2012–2015 гг. Лечение проводилось в отделении онкологии и хирургии детей и подростков (отдел патологии головы – шеи с реконструктивно-пластической хирургией) Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева.

По характеру заболевания, потребовавшего проведения эндоскопической хирургии под контролем навигации, больные распределились следующим образом: хронический поллипозный риносинусит ($n=2$); хронический гайморит/этмоидит ($n=5$); киста клиновидной пазухи ($n=2$); киста гайморовой пазухи ($n=1$); мукоцеле клиновидной пазухи ($n=2$); пиоцеле клеток решетчатого лабиринта ($n=2$); хронический односторонний гемисинусит с реактивным отеком век ($n=1$); стеноз слезных путей ($n=1$); атрезия хоан ($n=2$); мукозомикоз околоносовых пазух и основания черепа ($n=2$); назальная глиома ($n=1$); оссифицирующая фиброма полости носа и ОНП справа ($n=1$); хирургическое взятие биопсии при опухолевых заболеваниях полости носа и основания черепа ($n=8$, при этом у 2-х из них ранее по месту жительства уже проводилась биопсия, оказавшаяся неинформативной); посттравматическая назальная ликворея ($n=1$); ангиофиброма носоглотки ($n=7$); аденома гипофиза ($n=4$).

Результаты исследования. Пациентам описываемой группы были выполнены следующие оперативные

вмешательства: полисинусотомия – 9, сфенотомия – 4, гайморотомия с удалением кисты – 1, вскрытие пиоцеле решетчатого лабиринта – 2, устранение стеноза слезных путей – 1, устранение атрезии хоаны – 2, взятие биопсии при опухолевых заболеваниях полости носа и носоглотки у 3 детей, закрытие ликворного дефекта – 1; удаление ангиофибromы носоглотки – 7; удаление назальной глиомы носоглотки – 1, удаление аденомы гипофиза – 4, удаление оссифицирующей фибromы клеток решетчатого лабиринта, с пластикой орбиты титановой сеткой – 1.

Основная особенность подобных операций у детей заключается в небольших размерах полости носа и неразвитых околоносовых пазух, а также в близости расположения к ним жизненно важных анатомических структур. При этом во время проведения таких операций нами были выявлены индивидуальные анатомические особенности: близкое расположение внутренней сонной артерии (2 случая), разрушение медиальной стенки орбиты (1 случай), разрушение костей основания черепа (3 случая), отсутствие анатомических ориентиров, как результат предшествующих операций и лучевой терапии (2 случая).

Выводы. Современные интраоперационные КТ-навигационные системы позволяют планировать ход операции, обеспечить малоинвазивный доступ, осуществлять точную биопсию в заинтересованной зоне, минимальную кровопотерю, снижая количество возможных хирургических осложнений. Несмотря на длительность предоперационной подготовки, эта манипуляция приводит к сокращению времени операции и анестезии, более ранней реабилитации пациентов, высоким хирургическим результатам, что имеет особенно важно в педиатрии.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ВОЗВРАТНЫХ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ

Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Харькина А. В., Шубин Д. В.

ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, г. Москва

Актуальность темы. Одной из основных причин нарушения иннервации гортани является травма возвратного гортанного нерва при экстрафасциальных операциях на щитовидной железе. Парезы и параличи гортани после первичных операций на щитовидной железе достигают 15%. Отсутствие единого подхода к профилактике травм гортанных нервов при операциях на щитовидной железе свидетельствует о недостаточной эффективности существующих методов и обуславливает необходимость дальнейшего изучения этого вопроса.

Цель исследования – повышение эффективности предотвращения травм возвратных гортанных нервов при операциях на щитовидной железе с применением метода электрофизиологического нейромониторинга и увеличительной оптики у детей.

Материалы и методы исследования. В основу работы были положены результаты обследования и лечения группы больных (30 человек) в возрасте от 5 до 17 лет за 2013–2015 гг. В эту группу вошли 10 пациентов с доброкачественными узловыми новообразованиями щитовидной железы и 20 с дифференцированным раком щитовидной железы (T1–3N1a – bM0). Злокачественные опухоли были представлены папиллярным раком у 18 (90%) больных и фолликулярным – у 2 (10%). Операции на щитовидной железе выполняли в объеме от гемитиреоидэктомии (14 пациентов) до тиреоидэктомии

(16 пациентов). При операциях по поводу рака щитовидной железы проводили центральную лимфодиссекцию шеи, по показаниям – боковую лимфодиссекцию шеи с одной (4 случая) или двух сторон (4 случая). При распространенности процесса T1N0M0 проводили гемитиреоидэктомию. Мы использовали электрофизиологический нейромонитор гортанных нервов при выполнении 7 гемитиреоидэктомий и 8 тиреоидэктомий. Во всех случаях использовали налобную оптику, что позволяло точно идентифицировать структуры небольшого размера, такие как мелкие сосуды и нервы.

Результаты и обсуждение. На 3-и сутки после операции у 1 пациента, которому не проводили интраоперационный нейромониторинг, был выявлен односторонний парез гортани, что мы связываем с травмой возвратного гортанного нерва. У пациентов, которым был проведен интраоперационный нейромониторинг, парезов возвратного нерва не зарегистрировано. Оптическое увеличение позволяло обнаружить паращитовидные железы и питательные их сосуды, что снижало риск развития послеоперационного гипопаратиреоза.

Выводы. Методы микроскопического и электрофизиологического нейромониторинга позволяют снизить частоту травм гортанных нервов, предотвратить развитие параличей гортани у детей, подвергшихся операции на щитовидной железе.

ПОДГОТОВКА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ В РФ НУЖДАЕТСЯ В РЕФОРМАЦИИ

Григович И. Н., Пяттоев Ю. Г., Хусу Э. П.

Петрозаводский государственный университет

По количеству детских хирургов на миллион детского населения РФ превосходит более 30 стран, чьи данные опубликованы. С конца 1990-х гг. подготовка детских хирургов осуществляется в интернатуре (1 год – 2600 уч. час) или клинической ординатуре (2 года – 5000 уч. час). В то же время детская хирургия остается самой поливалентной из всех хирургических специальностей. Она включает более 10 субспециальностей: абдоминальную и торакальную хирургию, урологию, хирургическую инфекцию, травматологию и ортопедию, онкологию, а также неонатальную хирургию, включающую все вышеперечисленные разделы у детей первого месяца жизни. По данным РАДХ, в РФ зарегистрировано 4 тыс. детских хирургов на 30 млн. детского населения. В абсолютных цифрах это в 2 раза больше, чем в КНР (1850 на 244 млн), в 4 раза, чем в США (1150 на 63 млн), в 5 раз, чем в Индии, и в 16 раз, чем в Германии (250 на 11 млн). Известно,

что в РФ и некоторых странах Европы (Англия) около 50% детей с неотложными хирургическими заболеваниями, травмами, другими заболеваниями, оперируются общими хирургами с большим количеством осложнений и неблагоприятных исходов. Такую же картину мы имеем и в нашем регионе. В 1970-е гг. мы подготовили и направили в 11 (из 18) ЦРБ детских хирургов. К настоящему времени они остались лишь в 3-х. Часть работают общими хирургами, остальные переехали в регионы с большим количеством детского населения, чтобы сохранить специальность. Наш собственный опыт и опыт соседних северных регионов убеждает, что специалист с сертификатом «детский хирург» может полноценно работать только в республиканских, областных и крупных городских детских стационарах, в составе которых есть отделения хирургического профиля, анестезии, реанимации и интенсивной терапии и все диагностические служ-

бы, знающие специфику детского возраста. Что касается ЦРБ, в зависимости от их мощности, один из общих хирургов должен быть подготовлен по неотложной детской хирургии, а один из травматологов по детской травме. Для этого необходимо разработать специальные программы, а подготовленные врачи ЦРБ должны поддерживать связь с региональными детскими хирургическими центрами, особенно при поступлении детей в тяжелом состоянии. Проблемы с оказанием хирургической помощи детям существуют и в развитых странах, несмотря на то, что длительность обучения в резидентуре в этих странах составляет от 5 до 9 лет. Примерно половина

этого срока отводится на все разделы детской хирургии. В программах есть список оперативных вмешательств, которые должен выполнить резидент за время учебы: от 700 до 900 операций разной степени сложности. Такое длительное обучение специальности требует значительной финансовой поддержки, но конечный результат оправдывает затраты. Учитывая все вышеизложенное, мы считаем, что в РФ система подготовки детских хирургов должна подвергнуться реформации. Необходимо создать рабочую группу при РАДХ для разработки современной системы подготовки детских хирургов, подобной той, которая используется в большинстве стран.

ИСКУССТВЕННЫЙ ПИЩЕВОД У ДЕТЕЙ

Гуз В. И., Веровский В. А., Полюдов С. А., Трамова Ж. Д., Мызин А. В., Нецветаева Т. А., Михопулос А. М.

ФГБУ РДКБ Минздрава России, г. Москва; Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», г. Москва

Первая колоэзофагопластика ребенку была выполнена Э. А. Степановым в 1960 г., а к 1986 г. сформировались основные принципы этой операции у детей.

Цели – представить результаты по созданию искусственного пищевода у детей и дать сравнительную оценку выбору оптимального пластического материала для восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. В торакальном отделении РДКБ с 1995 г. выполнено 214 колоэзофагопластик, 2-этапная колоэзофагопластика – у 8 больных, эзофагопластика тонкой кишкой – 2, фарингоколоэзофагопластики – 3, фарингопластика по Хитрову – 10, пластика кишечным лоскутом на сосудистых анастомозах – 3 пациентам, пластика пищевода желудком – 4.

Результаты. Осложнения (число больных): нарушение кровообращения и некроз трансплантата – 5 (2,33%); пневмоторакс, медиастенит – 6 (2,8%); недостаточность анастомоза на шее – 30 (14,1%); стеноз шейного анастомоза – 20 (9,34%); рефлюкс в трансплантат – 3 (1,4%); кишечная непроходимость – 6 (2,8%); кровотечение стрессовая язва желудка – 2, не диагностированная гематофилия А – 1 (1,4%); эвентрация – 3 (1,4); стеноз анастомоза трансплантата с желудком – 5 (2,33%); некроз кожных лоскутов и рецидив стеноза глотки – 4 (1,7%); летальность – 2 (0,93%).

Обсуждение. Применяя в течение нескольких десятилетий различные отделы пищеварительного тракта, считаем оптимальной колоэзофагопластику по формированию искусственного пищевода у детей с атрезией пищевода и послеожоговыми рубцовыми стенозами пищевода. Обязательным является антирефлюксный анастомоз трансплантата с желудком по Степанову – Разумовскому, позволяющему предупредить рефлюкс. Во всех случаях трансплантат проведен за грудиной. Этот метод относительно прост в техническом исполнении и отличается благоприятным течением в послеоперационном периоде. У больных с протяженными рубцовыми стенозами глотки и пищевода показана фарингоколоэзофагопластика глотки и пищевода. При изолированных стенозах глотки мы отказались от пластики кожными лоскутами по Хитрову и применяли пластику свободным кишечным лоскутом. У 4 пациентов в качестве пластического материала использовали желудок, причем у 2 он проведен в заднем средостении.

Таким образом, пластическое восстановление пищевода остается актуальной проблемой реконструктивно-восстановительной хирургии желудочно-кишечного тракта у детей, которая позволяет решить социальную адаптацию каждого пациента и улучшить качество жизни.

ВИДЕОРЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ

Гумеров А. А., Алянгин В. Г., Сатаев В. У., Мамлеев И. А., Цырьяк А. Г.

Кафедра детской хирургии с курсом ИДПО БГМУ, г. Уфа

При операциях на почке в детской урологической практике, внедряются доступы с использованием эндовидеохирургической техники. Одним из таких доступов является видеоретроперитонеоскопический (ВРПС).

В клиниках детской хирургии БГМУ на базах ГДКБ № 17 и РДКБ с 2005 г. методом ВРПС оперированы

98 детей с патологией мочевыводящих путей. Возраст пациентов составил от 4 до 14 лет. Из данного доступа проведены следующие виды вмешательств: нефрэктомия – 5, иссечение кист почек – 52, уретеролиз – 3, эхинококкэктомия – 1, клипирование левой яичковой вены при рецидиве варикоцеле – 12, пиелолитотомия – 1,

пластика лоханочно-мочеточникового сегмента при гидро-нефрозе – 12, гемостаз паренхимы почки при травматическом повреждении – 10, геминефрэктомия – 2.

Всем детям оперативные вмешательства выполнялись под интубационным наркозом. Положение ребенка было на здоровом боку. Создание искусственного рабочего пространства вокруг почки создавали по разработанной нами оригинальной методике с помощью устройства для расслоения забрюшинной клетчатки, остальной используемый эндоскопический инструментарий был стандартным. В зависимости от патологии использовали от 3 до 5 портов от 3- до 10 мм в диаметре. В сравнении с традиционным доступом по Федорову для выполнения ВРПС доступа приходилось на 34,5% времени меньше. Общая продолжительность операций была сопоставима по времени с ис-

пользованием традиционного люмботомического доступа. Отмечалась меньшая суммарная кровопотеря при ВРПС, более ранняя активизация больных в послеоперационном периоде и значительно меньший болевой синдром. Сроки лечения в реанимационном отделении у пациентов с ВРПС доступом были меньше более чем на 45%. Конверсия выполнена в 6 случаях, чаще всего это происходило при травматических поражениях и гидронефрозе.

Таким образом, ВРПС доступ у детей, может быть рекомендован к использованию урологами, имеющими эндоскопические мануальные навыки. Применение эндоскопического внебрюшинного доступа считаем наиболее физиологичным, позволяющим в большинстве случаев выявить и малотравматично устранить патологию органов мочевыводящей системы.

ТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА С ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Гумеров А.А., Неудачин А.Е., Латыпова Г.Г., Мингулов Ф.Ф., Мансурова Э.Ф., Бадертдинов Р.Ф.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа; ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница Республики Башкортостан», г. Уфа

Больная С. от 1 беременности 39 нед, роды путем Кесарева сечения в связи с острой гипоксией плода. Состояние при рождении тяжелое, на ИВЛ. Вес 3380 г, оценка по шкале Апгар 4/5 баллов. На 2-е сутки жизни желудочное кровотечение и вздутие живота. На рентгенограмме органов брюшной полости расширенный желудок и свободный воздух под куполом диафрагмы. На операции при ревизии брюшной полости выявлено: тотальный некроз желудка, без нарушения кровоснабжения только антральный отдел желудка, продолжающееся кровотечение из сосудов желудка по большой кривизне. Проведена тотальная резекция желудка, ушит абдоминальный отдел пищевода, ушит антральный отдел желудка, наложена подвесная еюностомы.

Диагноз: Внутриутробная инфекция. Острая гипоксия в перинатальном периоде. Язвенно-некротический гастрит. Желудочное кровотечение. Тотальный некроз и перфорация желудка. Перитонит.

Гистологическое заключение: полнослойный некроз стенки желудка.

Через 10 суток проведено реконструктивное хирургическое вмешательство: релапаротомия, формиро-

вание кишечной петли из тощей кишки, для создания эзофагоеюноанастомоза. Абдоминальный отдел пищевода сократился, что потребовало провести торакотомию справа, мобилизовать пищевод и низвести его в брюшную полость. Через 7 дней дренаж из брюшной полости удален и начато кормление в еюностому, через рот на 12 сутки после операции. Полное энтеральное питание начато на 21 сутки после реконструктивной операции.

Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 39 день после поступления с массой тела 3980 г. на искусственном вскармливании смесью Альфаре по физиологическим потребностям, с рекомендациями проведения регулярного лечения синдрома избыточного бактериального роста. Стул на момент выписки 2–3 раза в сутки, кашицеобразный.

При контрольном обследовании через 2 года 4 мес. состояние девочки удовлетворительное. Жалоб нет, ест и пьет любую пищу. Масса тела 11 кг. Выполнена рентгенография с контрастным веществом и эндоскопия: патологии не выявлено. Клинически ребенок здоров.

ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЫ МЕККЕЛЯ

Гумеров А.А., Алибаев А.К., Гумеров Р.А., Зайнуллин Р.Р.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа; ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница Республики Башкортостан», г. Уфа

По данным литературы дивертикула Меккеля встречается в 2–3%. 11–25% дивертикулоносителей возникают различные осложнения (Исаков Ю.В. и соавт. 1988, Байров Г.А. 1997).

Цель нашего исследования улучшить результаты диагностики и лечения осложнений дивертикул Меккеля.

Материалы и методы. За последние 10 лет в клиникских базах кафедры детской хирургии с курсом ИДПО

Башкирского государственного медицинского университета находилось 50 детей, оперированных по поводу осложнений дивертикула: воспаления (у 20), кишечной непроходимости (11), инвагинация кишечника (3), кровотечения (16). Возраст детей колебался от 3 мес. до 14 лет. Осложнения преимущественно наблюдались у мальчиков в возрасте от 7 до 12 лет – 36 (72,0%). Для обследования проводились рентгенография, ультразвуковое исследование брюшной полости. Клиническая картина зависела от характера осложнений дивертикула Меккеля. Воспаление дивертикула проявлялось неспецифическим симптомом, характер боли в каждом случае был таким же, как при остром аппендиците. У 12 больных имело место картина непроходимости кишечника, вызванная дивертикулом Меккеля. Обзорная рентгенография подтверждала диагноз у 5 из 8 больных, которым было проведено это исследование. Кровотечение при дивертикуле Меккеля наступало внезапно, среди полного здоровья, без болевого синдрома. Кровотечение темного цвета из прямой кишки, без сгустков сопровождалось прогрессирующим ухудшением состояния. В анализах крови наблюдалось резкое снижение гемоглобина (до 30 г/л).

Результаты. В подавляющем большинстве (37) больные оперированы с предварительным диагнозом острый аппендицит, перитонит. 23 ребенка оперированы, 27 – традиционным эндоскопическим доступом. Были выполнены следующие операции: клиновидная резекция основания дивертикула с ушиванием кишки в поперечном направлении (27), простая дивертикулэктомия по типу аппендэктомии с погружением культи в кисетный шов (при узком диаметре дивертикула – 5), резекция кишки при широком основании дивертикула Меккеля – 10, при некрозе подвздошной кишки – 8. В 3 наблюдениях кишечная непроходимость была распознана только при релапаротомии: на первой операции вторично измененный аппендикс был принят за причину заболевания и поиски дивертикула не предпринимались. У 5 больных воспалительные изменения в дивертикуле Меккеля сочетались с гангренозно – перфоративным аппендицитом. Дивертикул Меккеля может быть причиной возникновения острых хирургических заболеваний, требует экстренного оперативного лечения. Диагностика представляет определенные сложности. Ответственным моментом диагностики дивертикула Меккеля является поиски его во время экстренной операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Давлятов С. Б., Асадов С. К., Сулаймонов С. Ч.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе, Таджикистан

Проанализированы различные способы лечения ахалазии пищевода у 35 детей, лечившихся в клинике детской хирургии с 1990 года по настоящее время. В возрасте до 1-года – 4 ребенка, 1–3 года – 5, 4–7 лет – 10 детей, 8–12 лет – 10 пациентов и старше 12 лет – 6 детей. Установлено наследственный фактор. Из числа поступивших в 5 случаях двое детей и в одном случае три ребенка были из одной семьи.

Все больные поступили с жалобами на рвоту, признаками гипотрофии и анемии, осложнениями со стороны легких, которые обусловлены длительной регургитацией. 4 больных поступили с явлениями непроходимости пищевода и истощением. Этим больным для подготовки к операции была наложена гастростома. Остальным пациентам с целью предоперационной подготовки проведены эндоскопическое (20) и слепое (12) бужирование пищевода, а также ежедневное промывание пищевода на фоне спазмолитиков и препаратов, улучшающих трофику пищевода, бронхолитиков и аэрозолотерапии.

Для исследования использовали фиброэзофагоскопию, эзофагографию, КТ-органов грудной полости,

ФВД, спирографию. Катаральный (11), эрозивный (6) и эрозивно – фибринозный (9) эзофагит установлен у 26 больных. У 4 детей, которым не удалось провести эндоскопическое бужирование, выявлена непроходимость кардиального отдела.

При КТ легких у 4 детей установлена ателектатическая бронхоэктазия нижней доли левого легкого, деформирующий бронхит у – 13 больных.

В лечении ахалазии применяли бужирование с баллонной дилатацией у 5 пациентов, интраоперационное бужирование и расширение пищеводного отверстия диафрагмы у 3 детей, проведена пластика с рассечением ножки диафрагмы по А. Т. Пулатову 4 больным. Начиная с 1994 г. всем детям (23) произвели кардиомиотомию по Геллеру. В 4 случаях одномоментно произведена резекция измененного участка легкого.

При изучении непосредственных и отдаленных результатов установлено, что методом выбора у детей с ахалазией пищевода является оперативное лечение с кардиомиотомией по Геллеру.

ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Давыдов Б. Н., Румянцева Г. Н., Бревдо Ю. Ф., Петруничев В. В., Денис А. Г.

ГБУ ВПО «Тверская ГМУ» Минздрава России; Детская областная клиническая больница, г. Тверь

Актуальность. Среди сосудистых аномалий у детей наиболее часто встречается младенческая, по классифи-

кации ISSVA, гемангиома (МГ). МГ появляется вскоре после рождения у 10% младенцев и 30% у недоношен-

ных детей. МГ проходят характерные стадии течения: стадия пролиферации, персистенции и инволюции.

МГ головы и шеи составляют 60% всех гемангиом у детей первого года жизни. Гемангиомы такой локализации характеризуются быстрым ростом, могут осложняться изъязвлением и приводить к уродству. На протяжении долгих лет в качестве антиангиопролиферативных препаратов в лечении МГ использовались кортикостероиды, цитостатики, интерфероны которые имеют много побочных действий. На сегодняшний день препаратом первой линии в лечении МГ, с минимальными побочными воздействиями, является неселективный β -блокатор Пропраналол.

Цель и задачи – провести сравнительную оценку результатов лечения МГ головы и шеи с использованием пропраналола и склерозирующей терапии или аргоновой деструкции.

Материалы и методы. В исследование включено 34 ребенка с МГ которые проходили лечение в ДОКБ г. Тверь за период февраль 2014 – май 2015 года. МГ локализовались: в обл. верхней и нижней губ – 5 (14,7%); орбитальной обл. – 4 (11,8%); околоушно-жевательной обл. – 4 (11,8%); область лба – 5 (14,7%); волосистой части головы – 9 (26,5%); ушной раковины – 1 (2,9%); несколько анатомических областей – 6 (17,6%). 1-й груп-

пе – 20 детей (58,8%) – проводилось склерозирование спиртом и/или аргоновая деструкция МГ. Системная монотерапия Пропранололом выполнено 14 детям (41,2% – 2-я группа). Возраст на момент начала лечения составил 3,8 мес. Перед началом лечения осуществлялось комплексное обследование, включая фотодокументацию, УЗИ с доплерографией, ЭКГ и осмотр кардиолога, клинический анализ крови, определение глюкозы и электролитов крови. Оценка результатов лечения: отличный и хороший результат – кожа, не требующая пластических и косметических вмешательств; удовлетворительный – остался косметический дефект; неудовлетворительный результат – рубцовые изменения.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения в первой группе отличных результатов не было, хорошие результаты получены у 2 детей (10%), удовлетворительные – 11 (55%) детей и неудовлетворительные у 7 (35%) пациентов. Во второй группе в 98% получен отличный результат и в 2% хороший, что связано с поздним обращением и изъязвлением МГ. Осложнений в виде гипогликемии, бронхоспазма или непереносимость препарата не было.

Выводы. Пропраналол является препаратом первой линии терапии МГ, он позволяет достигать отличных косметических и функциональных результатов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Данилов А. А., Моця М. А., Нех А. А., Машуренко В. И., Пилипчук О. Р.

Кафедра детской хирургии НМАПО имени П. Л. Шупика, Украина

Введение. Одной из причин двигательной недостаточности у детей с ДЦП являются контрактуры нижних конечностей. В настоящее время основными методами хирургического лечения данных деформаций являются миотомии, тенотомии, пересадка мышц, корригирующие остеотомии. Однако, данные методы не позволяют восстановить реципрокную иннервацию и тем самым улучшить локомоцию ходьбы и предупредить развитие рецидивов деформаций. Перспективными методами являются селективные ризотомии, невротомии, селективная невротомия с гетеротопической мионевротизацией, однако сообщения об их эффективности противоречивы.

Цель работы – определение оптимальных методов хирургического лечения деформаций нижних конечностей у детей с церебральным параличом.

Материал и методы исследования. Проанализированы данные, полученные при лечении 126 детей с церебральным параличом в возрасте от 1,5 до 17 лет. Преобладали (80% случаев) больные со спастической диплегией, двойной гемиплегией, гемипарезами. Использовали клинические, рентгенологические, ультразвуковые, ЭМГ-методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Сгибательно-приводящие контрактуры тазобедренных суставов III–IV степени

преимущественно устранялись в возрасте после 4–5 лет. В более раннем возрасте хирургическое лечение производилось при наличии дисплазии тазобедренных суставов, децентрации головок бедренных костей. Коррекция контрактур тазобедренных суставов производилось посредством миотомии приводящих мышц бедра (тонкой мышцы, гребенчатой мышцы, большой длинной и короткой приводящих мышц) тенотомии сухожильной части подвздошно-поясничной мышцы. Для улучшения реципрокной иннервации дополнительно выполнялась селективная невротомия с гетеротопической мионевротизацией. Методика включала невротизацию медиальной широкой мышцы бедра передней ветвью запирающего нерва при контрактурах коленных суставов и средней ягодичной мышцы при контрактурах только тазобедренных суставов.

При децентрации головок бедренных костей вначале устранялись контрактуры по описанной выше методике, а затем через 4–6 мес производились деторсионные, варизирующие остеотомии бедра в сочетании с остеотомией таза.

Сгибательные контрактуры коленных суставов наблюдались у 62% больных старше 3 лет. Они являлись следствием преобладания силы действия мышц группы Hamstring а также – компенсации в ответ на сгибательно – приводящие контрактуры бедер. Лечение контрактур

I–II степени производилось консервативно. При контрактурах III–IV степени выполняли пересадку двухглавой мышцы бедра на собственную связку надколенника.

Наружная торсия костей голени у больных с контрактурами III–IV степени и длительностью их течения более 5 лет достигала $20,5 \pm 1,2^\circ$. Поэтому при торсии костей голени более 10° производилась деторсионная остеотомия большеберцовой кости, а в случаях большего угла – остеотомия обеих костей голени.

Основными видами деформаций стоп у детей были эквиноварусная и плосковальгусная. При эквиноварусной деформации стопы ахиллопластика дополнялась пересадкой сухожилия большеберцовой мышцы на основание II–III плюсневых костей.

Плосквальгусную деформацию устраняли посредством пересадки сухожилия короткой малоберцовой мышцы на основание III–IV плюсневых костей в сочетании с подтаранным экстраартикулярным артродезом. При торсии костей голени дополнительно производилась их деторсионная остеотомия.

Анализ результатов показал улучшение статики и локомоции ходьбы у 95,6% больных.

Выводы

1. Сочетание мио-, тенотомий приводящих мышц бедра с селективной невротомией и гетеротопической мионевротизацией позволяет улучшить реципрокную иннервацию и, следовательно, статику и локомоцию ходьбы.
2. Коррекция контрактур коленных суставов посредством пересадки двухглавой мышцы бедра в сочетании с устранением патологической наружной торсии костей голени позволяет предупредить рецидив деформации.
3. Сочетание удлинения ахиллового сухожилия с пересадкой сухожилия большеберцовой мышцы на основание II–III плюсневых костей при хирургическом лечении эквиноварусной деформации стопы и сочетании подтаранного артродеза с пересадкой сухожилия короткой малоберцовой мышцы на основание III–IV плюсневых костей при плосковальгусной деформации стопы, позволяет устранить деформацию и предупредить развитие рецидивов.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКИМИ ФОРМАМИ АТРЕЗИИ АНУСА

Джаватханова Р.И., Гуревич А.И., Мокрушина О.Г., Щапов Н.Ф.

ГБУЗ «ДГКБ № 13 имени Н.Ф. Филатова», г. Москва; Кафедра лучевой диагностики детского возраста ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва; Кафедра детской хирургии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования – разработка методики и сроков проведения трансперинеального ультразвукового исследования у детей с низкими формами атрезии ануса до и после коррекции.

Материалы и методы. В исследование включены 216 ультразвуковых исследований, проведенных 70 детям в возрасте 0–6 мес с низкими формами атрезии ануса.

Результаты. До оперативного вмешательства у детей с атрезией ануса без фистулы во время исследования выявлялась расширенная прямая кишка заполненная химусом. Расстояние от кожи до атрезированного конца кишки составляло 35–85 мм. У детей с ректоперинеальной фистулой измеряли диаметр канала, расстояние от слепого конца кишки до кожи промежности, и связь соустья с уrogenитальным трактом. У всех детей с данным пороком развития кровоток стенки кишки был обеднен. В первые 6 мес после оперативного вмешательства в 86% случаев определялись гипозоногенные валикообразные структуры у стенки кишки, напоминающие

внутренний сфинктер здоровых детей. У 14% детей при динамическом исследовании был выявлен фиброзный процесс в стенке низведенной кишки. По нашим данным ультразвуковыми признаками фиброзного процесса являются: удлинение анального канала, что способствует формированию запоров, укорочение канала, что приводит к недержанию кала, увеличение толщины, повышение эхогенности и изменение структуры стенки кишки, а также отклонение хода канала от прямолинейного. При оценке кровотока определялось повышение систолической скорости в артериях кишечной стенки.

Выводы. В протокол ультразвукового исследования необходимо внести длину и ход канала, аноректальный угол, характеристику наружного и внутреннего сфинктеров, структуру стенки кишки и пуборектальной петли, оценку пристеночного кровотока. Основными эхографическими признаками фиброзных изменений являются удлинение канала, повышение эхогенности стенки, увеличение ширины и зияние канала.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ

Джаватханова Р.И., Пыков М.И., Гуревич А.И., Соттаева З.З.

ГБУЗ «ДГКБ № 13 имени Н.Ф. Филатова», г. Москва; Кафедра лучевой диагностики детского возраста ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г. Москва; Кафедра детской хирургии педиатрического факультета ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Хронический запор – стойкое или периодическое (более 3 мес) урежение дефекации. Редкие акты дефекации

сопровождается изменениями формы и характера каловых масс, чувством неполного опорожнения кишечника, вы-

нужденным натуживанием как следствие функциональных нарушений прямой кишки и анального канала. С появлением ультразвуковой техники экспертного класса оказалось возможна визуализация нижних отделов прямой кишки, анального канала, изменение направления их движений при натуживании или попытке удержания каловых масс.

Цель исследования – оценка информативности метода трансперинеальной сонографии в изучении анатомических и функциональных особенностей нижних отделов прямой кишки и мышц тазового дна у детей с хроническими запорами.

Материалы и методы. В исследование включены 217 ультразвуковых исследований, проведенным 150 детям с хроническими запорами в возрасте от 5 до 15 лет. У 81% детей отсутствие стула от 2 до 4 дней отмечалось с раннего возраста на фоне значительных нарушений в режиме питания и качестве рациона. В 19% случаев отмечались изменения в неврологическом статусе. Пациенты были обследованы до и после комплексной терапии, включающей в себя и БОС-терапию.

Результаты исследования. Сканирование осуществлялось линейным датчиком с максимальной частотой до 16 МГц. В процессе исследования измеряли длину анального канала, его ширину толщину наружного и внутреннего анального сфинктера, пуборектальной петли, измеряли аноректальный угол, оценивали состояние пристеночного кровотока. Сравнивая полученные результаты с нормативными показателями, мы выявили

ультразвуковые признаки хронических запоров у детей: удлинение анального канала, увеличение его ширины, увеличение толщины наружного и внутреннего сфинктера, зияние анального канала, изменение аноректального угла больше 98° или уменьшение меньше 88° . При оценке кровотока отмечалось повышение систолической скорости кровотока в артериях стенки канала. При оценке состояния пуборектальной петли у детей определялось увеличение толщины, повышение эхогенности и изменение ее структуры. После курса комплексной терапии в 73% случаях через год отмечено клиническое улучшение, что подтверждалось и результатами трансперинеального ультразвукового исследования.

Заключение. Трансперинеальная эхография является объективным методом оценки состояния тазового дна и прямой кишки. Увеличение длины и ширины анального канала, увеличение толщины сфинктеров, изменение аноректального угла, увеличение толщины, а также изменение структуры и эхогенности пуборектальной петли являются у детей характерными признаками хронических запоров функционального генеза. У пациентов с недержанием кала определяется зияние анального канала и увеличение скоростей пристеночного кровотока. Указанные изменения служат также критериями отбора больных на БОС-терапию. Учитывая простоту, непродолжительность и неинвазивность, трансперинеальное ультразвуковое исследование можно рекомендовать в качестве метода выбора при обследовании детей с хроническими запорами.

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ГРУДИ У ДЕТЕЙ

Джелиев И. Ш., Попович В. С., Цебоев А. В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ

Предпринятое исследование является попыткой найти решение сложной и достаточно новой для детской хирургии проблемы огнестрельных ранений груди.

Мы наблюдали 158 детей с огнестрельными ранениями груди (проникающими и непроникающими). Возраст пострадавших варьировал от 7 мес до 17 лет. Ранения были получены в мирное время и во время ЧС мирного времени в Северной Осетии, Южной Осетии и Чеченской Республике с 1991 по 2008 г.

В соответствии с результатами проведенного исследования, установлено, что огнестрельные ранения груди у детей характеризуются значительной частотой, тяжестью клинических проявлений, высоким числом осложнений и леталь-

ных исходов. Основные принципы организации и оказания медицинской помощи детям с огнестрельными ранениями груди и живота складываются из организационных и лечебно-диагностических мероприятий. К первым относятся мероприятия, ориентированные на сокращение времени доставки в ЛПУ, большой охват специализированной медицинской помощью, увеличение объема медицинской помощи на догоспитальном этапе; ко вторым – сокращение времени диагностики, выбор адекватной хирургической тактики. Использование разработанных лечебно-диагностических алгоритмов характеризуется высокой клинической эффективностью: уменьшению числа торакотомий, снижению частоты осложнений и летальных исходов.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д. Б., Мустафинов Д. А., Дженалаев Б. К., Мамлин О. А., Ольховик Ю. М., Нартбаев Е. К., Билал Р. А.

Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана, Казахстан

Одним из наиболее сложных и актуальных вопросов хирургии детского возраста является лечение врожденных и приобретенных заболеваний легких.

Основным радикальным методом лечения детей с хирургическими заболеваниями легких является хирургическое вмешательство. Широко применяющийся

при этом торакотомный доступ в последнее время перестал быть единственно возможным и уже не удовлетворяет современным требованиям с позиций травматичности и функционального результата.

С развитием торакоскопии стало возможным выполнять многие хирургические операции на легких, избегая широкого торакомого доступа. Разработка инструментов малого диаметра и более совершенной оптики дало возможность детским хирургам производить анатомические резекции легких без торакотомии.

В отделениях детской и малоинвазивной хирургии АО «ННЦМД» с 2013 г. находилось на лечении 7 пациентов, которым была выполнена торакоскопическая резекция легких. Возраст пациентов варьировал от 20 дней до 7 лет. У 5 пациентов были врожденные кисты легкого, у 2 – кистаденоматоз легких.

Предоперационная подготовка не отличалась от таковой при открытой операции. Операции проводили под общей анестезией. В 5 (70%) случаях проводилась односторонняя вентиляция с интубацией левого или правого главного бронха. В 2 случаях (у новорожденных и детей раннего возраста) использовали стандартную ИВЛ с повышением давления в плевральной полости с целью коллабирования легкого во время операции.

При торакоскопической резекции доли мы использовали принципы классической хирургии, т.е. раздельно обрабатывали элементы корня легкого. После ревизии и оценки со-

стояния легкого и плевральной полости в междолевой щели выделяли артериальные сосуды. Паренхиму легкого рассекали по линии междолевой щели при помощи коагулятора. Центральный отдел сосудов клипировали и сосуды пересекали, после предварительной обработки (аппарат Ligasure) «уходящих» концов сосудов. После пересечения артериальных сосудов удаляемую долю отводили кзади и пересекали кардиальную связку. Затем выделяли легочную вену, которую дважды перевязывали лигатурами и пересекали. Далее скелетировали бронх нижней доли и пересекали коагулятором. Культю бронха ушивали отдельными узловыми швами. После ушивания просвета культи бронха интубационная трубка поднимали в трахею и увеличивали объем дыхания. Тем самым осуществлялся контроль герметичности шва бронха и раздувание оставшихся сегментов легкого с целью оценки их вентиляции. Резецированную долю по частям удаляли через отверстие нижнего троакара, расширенное до 1,5–2 см. В плевральной полости под контролем эндовидеокамеры устанавливали силиконовую дренажную трубку.

Анализируя наш незначительный опыт проведения торакоскопической резекции легкого, можно отметить, что: 1) использование торакоскопии позволило нам снизить травматичность оперативного вмешательства; 2) настоящее время торакоскопическая резекция легкого может считаться операцией выбора, так как обладает всеми преимуществами мини-инвазивных вмешательств и дает такие же результаты, как торакотомии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д. Б., Мустафинов Д. А., Мамлин О. А., Нартбаев Е. К., Турлибекова С. С., Сапаров А. И., Мустафинова Г. Т., Аникин В. В.

Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана, Казахстан

В настоящее время одной из наиболее актуальных проблем современной гепатологии является лечение врожденных и диффузных заболеваний печени у детей, сопровождающихся печеночной недостаточностью. Сегодня трансплантация печени является единственным радикальным способом лечения этих болезней.

В Государственной программе развития здравоохранения одним из приоритетных направлений является развитие высокоспециализированной медицинской помощи, в том числе трансплантации органов. За последнее время в республике предпринимаются серьезные меры по развитию отечественной трансплантологии, которые позволяют из года в год увеличить количество проводимых трансплантаций органов и тканей.

В декабре 2014 г. и мае 2015 г. в АО «Национальный научный центр материнства и детства» были выполнены первые операции по пересадке печени детям с диагнозом «врожденная атрезия желчевыводящих путей; цирроз печени». Донорами явились дядя и мама ребенка соответственно. Возраст детей на момент операции составлял 1 год и 7 мес. У девочки 7 мес в анамнезе – операция по Кассиаи.

Для определения возможности выполнения трансплантации печени донору и реципиенту проводили лабораторные исследования крови (биохимический и общий анализ),

определение группы крови донора и реципиента, тесты на индивидуальную совместимость – HLA-типирование, cross-match тест, инструментальные исследования (УЗИ брюшной полости, доплер-УЗИ сосудов портальной системы, ЭхоКГ, ЭКГ, фиброгастродуоденоскопия, компьютерная томография брюшной полости и грудной клетки с контрастированием), бактериологические посевы (секрет носоглотки, моча, кал, кровь), вирусологические исследования (маркеры вирусных гепатитов В, С и серологические маркеры инфекций), консультации смежных специалистов.

Оперативное вмешательство донору и реципиенту проводили одновременно, двумя хирургическими бригадами. На донорском этапе разделяли паренхиму левой доли печени донора, выделяли левые печеночную вену, печеночную артерию, долевой желчный проток, воротную вену. С целью максимального сокращения периода холодовой ишемии сохраняли кровотоки в трансплантате до завершения гепатэктомии у реципиента. Операцию у реципиента начинали с гепатэктомии. Определенную сложность представляло выделение портальных структур у пациента, перенесшего операцию Кассиаи. Далее пересекали левые портальные и кавальные структуры донора, а трансплантат передавали на этап отмывки. На этом донорский этап трансплантации печени заканчивали. На следующем этапе производили от-

мывку и консервацию трансплантата раствором «Кустадил-ол», выполняли сосудистые реконструкции.

После этого отмытый от донорской крови трансплантат помещали в брюшную полость реципиента и последовательно выполняли сосудистую реконструкцию печеночного, портального и артериального кровотока. Завершали операцию пластикой желчных протоков гепатикоэюностомией на отключенной по Ру петле тонкого кишечника.

Продолжительность операции на этапе реципиента в первом случае составила 7 ч 25 мин, во втором – 8 часов 20 мин. Кровопотеря составила в первом случае 180 мл, во втором – 250 мл.

В послеоперационном периоде положительная динамика лабораторных показателей отмечалась с первых суток, ежедневно проводились лабораторные исследования с целью коррекции иммуносупрессивной терапии, назначения препаратов, препятствующих тромбообразованию и улучшающих кровоснабжение.

Длительность нахождения реципиента в стационаре в послеоперационном периоде составила в первом случае 29 сут, во втором 23 дня.

Выводы. 1. Трансплантация печени – это единственный радикальный метод лечения педиатрических пациентов, страдающих терминальной стадией хронических заболеваний печени.

2. Трансплантация части печени от живого родственного донора является операцией выбора для педиатрических реципиентов.

3. Тщательное предоперационное обследование и изучение анатомии сосудов печени донора и реципиента позволяет избрать оптимальный способ сосудистой пластики и минимизировать риск развития сосудистых осложнений.

4. Рациональная предоперационная подготовка позволяет снизить риск развития специфических и неспецифических послеоперационных осложнений.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСТ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д. Б., Мустафинов Д. А., Дженалаев Б. К., Мамлин О. А., Оспанов М. М., Нартбаев Е. К.

Национальный научный центр материнства и детства, г. Астана, Казахстан

Одной из наиболее актуальных и сложных вопросов детской хирургии является хирургическая коррекция пороков развития желчевыводящих путей, в том числе и при кистах общего желчного протока.

С развитием эндовидеохирургии стало возможным выполнение сложных реконструктивных вмешательств на желчевыводящих путях с использованием методов эндовидеохирургии.

В хирургическом отделении АО ННЦМД с января 2010 г. по декабрь 2012 г. находилось на лечении 9 пациентов (5 мальчиков и 4 девочки) в возрасте от 6 мес до 10 лет с кистозными образованиями общего желчного протока, в лечении которых использованы методы эндовидеохирургии.

У 6 детей отмечались жалобы на боли в области правого подреберья, у 2 – явления транзиторной желтухи. У одного пациента клинические симптомы отсутствовали. Для уточнения диагноза всем детям проводили ультразвуковое исследование и компьютерную томографию.

Всем пациентам производили лапароскопическое иссечение кистозно-измененных желчных ходов с формированием гепатикоэнтероанастомоза по Ру. В первых 2-х

случаях выполняли лапароскопически ассистированную операцию, при которой один из этапов (формирование межкишечного анастомоза по Ру) выполняли экстракорпорально, через дугообразно расширенный разрез в пупке. В остальных 7 случаях все этапы операции были выполнены полностью лапароскопическим способом. Кистозно-измененный общий печеночный проток пересекали максимально близко (0,5 см) к месту слияния правого и левого печеночного протоков.

При создании гепатикоэюноанастомоза мы использовали экстракорпоральный метод завязывания узлов.

В послеоперационном периоде всем детям проводилась стандартная антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия. В течение 3-х суток всем детям проводилось парентеральное питание. Интра- и послеоперационных осложнений в наших наблюдениях не отмечалось.

Анализируя наш опыт использования лапароскопии в хирургической коррекции кист общего желчного протока, можно отметить, что лапароскопический доступ может стать методом выбора при хирургической коррекции патологии наружных желчевыводящих путей у детей.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Домарев А. О., Крестьяшин В. М., Крестьяшин И. В., Гришин А. А.

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им. НФ. Филатова», г. Москва;

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Боль в нижних конечностях нетравматического генеза является полиэтиологичным симптомом у детей в воз-

расте 3–14 лет и встречается до 40–50% среди жалоб в различных периодах детства.

Цель – выявить дифференциально-диагностические критерии болевого синдрома с локализацией в голени и стопе у детей, оптимизировать диагностические и лечебные процедуры.

Проанализировано 162 клинических случая у детей в возрасте от 2-х до 15 лет, обратившихся к ортопеду по поводу болей в стопе и голени. Направляющими диагнозами являлись: плоскостопие, боли роста, артралгии, миалгии, остеохондропатии, транзиторный синовит, бурситы, артриты, ангиопатии, маршевые переломы, новообразования.

Методы исследования: клинические тесты, антропометрические исследования, биохимический статус, рентгенография, сонография с доплеровским сканиро-

ванием (оптимизирована методика), КТ, МРТ. Для консультаций и интерпретации исследований привлекались педиатры, неврологи, генетики.

В случаях отсутствия деструктивных и пролиферативных изменений, выявлена определенная закономерность, а также зависимость характера и топики болей от преморбидного фона: анатомическая предрасположенность (различные варианты статической дисфункции), изменение сосудистой перфузии, гипермобильность суставов, повышенная физическая нагрузка. Не выявлена прямая зависимость болей с ростом конечности, в связи с чем представляется возможным рекомендовать заменить термин «боли роста» на иной, более соответствующий этиологии.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Дронов А. Ф., Смирнов А. Н., Чундокова М. А., Тихомирова Л. Ю., Залихин Д. В., Маннанов А. Г., Аль-Машат Н. А., Холостова В. В., Голованев М. А., Ермоленко Е. Ю., Халафов Р. В.

Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Цель – доказать на клиническом опыте эффективность применения лапароскопических операций при осложненном дивертикуле Меккеля.

Метод основан на современных возможностях эндоскопического оборудования и применении различных способов удаления дивертикула Меккеля. С 1995 г. выполнено 131 оперативное вмешательство по поводу осложненного дивертикула Меккеля: кровотечение – 75, дивертикулит – 44, кишечная непроходимость – 8, полный кишечный свищ – 4. В 90,6% дети оперированы по экстренным показаниям. Установлена диагностическая ценность УЗИ – 7,3%, РИИ – 43,8%, лапароскопия – 100%. Выполнено 2 открытых оперативных вмешатель-

ства и 129 лапароскопических и видеоассистированных операций, из них с использованием швивающего аппарата 44, наложение петли Редера 81, наложение интракорпорального кишечного шва 4. Получены следующие результаты: переход на открытую операцию – 2, средняя длительность операции – 45 мин, осложнения – 1 (спаячная непроходимость, разрешенная лапароскопическим способом), рецидив кровотечения – 0, срок госпитализации – 5,1 сут. Исходя из имеющегося опыта, установлены ранние активизация больных и возможность энтеральной нагрузки, выраженный косметический эффект, сокращение сроков пребывания в стационаре и времени полного восстановления.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Евдокименко Н. А., Конарева Т. Н., Румянцева Г. Н., Рассказов Л. В., Мурга В. В., Иванов Ю. Н., Марсанов Н. С., Колцева А. В.

ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ; ГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Тверь

Проблема ДСТ вызывает большой интерес врачей, в связи с увеличением выявляемости пациентов с данной патологией, многообразием клиники. У большинства детей с ДСТ отмечаются признаки поражения костно-мышечной системы, требующей наблюдения и лечения ортопеда. Важной составляющей частью восстановительного лечения является физиотерапия.

Целью исследования явилось определение наиболее эффективных методов физиотерапевтического лечения патологии костно-мышечной системы у детей с ДСТ.

Проведен анализ использования различных физиотерапевтических методик для лечения диспластических изменений костной системы с 2010 г.

Результаты. При дисплазии шейного отдела позвоночника применяли переменное магнитное поле аппара-

та «Полюс-1», индуктотермию в возрастных дозировках, электрофорез полиминеральных салфеток на основе природной йодобромной воды по предложенной производителем методикам.

При диспластических процессах в грудном, пояснично-крестцовых отделах позвоночника использовали магнитотерапию от аппаратов «Полюс 1», «Алмаг» при продольном и паравертебральном положении индукторов.

При патологии коленных суставов применяли магнитотерапию, эп УВЧ, дециметровые волны, лазеротерапию по полям с трех сторон, электрофорез «полиминеральных салфеток» по поперечной методике.

У всех больных с целью укрепления мышечного корсета применяли СМТ, по стимулирующей методике,

проводили стимуляцию мышц красными светодиодами от аппаратов «Спектр», «Радуга».

Использование указанных схем лечения позволило получить положительные результаты у большинства пациентов с патологией костно-мышечной

системы при дисплазии соединительной ткани. Правильное и последовательное применение методов физиотерапии в комплексе с предписанным ортопедом лечением способствует благоприятному течению заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ ИНТЕРНОВ И ОРДИНАТОРОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Жила Н.Г., Комиссаров И.А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Цель – повысить эффективность профессиональной подготовки детских хирургов в клинической интернатуре и ординатуре.

На наш взгляд, повышенный интерес к профессии детского хирурга формируется у обучающихся в клинической интернатуре и ординатуре в процессе подготовки дипломной работы с элементами научного исследования. При постановке цели и задач на выполнение дипломной работы интерны целенаправленно ориентируются на работу с научной литературой с последующим отражением приоритета клинического использования тех или иных отечественных или зарубежных научно-практических разработок в современной детской хирургии. Для ординаторов дополнительно делается акцент и на анализ клинического материала базового лечебного учреждения с использованием медицинской статистики. Углубленная работа с научной литературой позволяет обучающимся сопоставить уровни отечественной и зарубежной медицины и понять, что отечественная медицина по многим позициям имеет определенные приоритеты и требует уважительного отношения к себе. Работа с клиническим материалом и выполнение научно-практической работы с использованием медицинской статистики значительно расширяет профессиональный кругозор, позволяет глубже познать организацию специализированной хирургической помощи пациентам детского возраста. Обобщенные показатели (по 5-балльной системе) итоговой аттестации интернов и ординаторов ($n=56$), выполнивших дипломные работы с элементами научного анализа ($4,4 \pm 0,32$ балла), в сравнении с таковыми интернов

и ординаторов ($n=45$), проходивших последипломную подготовку по традиционной схеме ($3,22 \pm 0,38$ балла) показали более высокий, значимый ($p < 0,02$) уровень профессиональной подготовки обучающихся первой группы. При этом обучающиеся первой группы проявили себя в большей степени с позиций творческой личности, обладающей профессиональным логическим мышлением. Постановка вопроса с ориентацией на опыт других клиник, опыт кафедры, данные научной литературы в подавляющем большинстве случаев приводила обучающихся второй группы в замешательство. Обучающиеся первой группы не только уверенно отвечали на вопросы, но и развивали идею, логически рассуждая о приоритетах той иной клиники, или же кафедры, на которой они проходили последипломную подготовку по детской хирургии. Таким образом, выполнение дипломной работы с элементами научного анализа выпускниками медицинского университета на этапе последипломной подготовки в клинической интернатуре и ординатуре по детской хирургии – это формирование творческой личности детского хирурга, подготовленного для самостоятельной работы в практическом здравоохранении. При этом научно-исследовательская работа способствует приобретению навыков не только исследовательской деятельности, но и более широкого общения с окружающим миром, включая общение с пациентами и их родственниками, коллегами, учеными. Все это, в конечном итоге, значительно повышает профессиональный уровень детского хирурга и изменяет отношение к нему самого окружающего мира.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ПРОЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Журило И.П., Медведев А.И., Круглый В.И., Черногоров О.Л.

Детская областная клиническая больница им. З.И. Круглой, кафедра хирургических дисциплин детского возраста и инновационных методов в педиатрии Орловского медицинского института, г. Орел

В настоящее время эндовидеохирургические методы получили широкое распространение в диагностике и лечении острых процессов органов брюшной полости (ОПОБП). **Целью исследования** явилось обобщение соб-

ственного опыта использования мини-инвазивных технологий при данной патологии и оценка результатов лечения.

Пациенты и методы. С 2011 по 2014 г. в нашей клинике находилось на лечении 910 детей в возраст-

те от 1 года до 17 лет с ОПОБП. Лиц мужского пола было 547 (60,1%), женского – 363 (39,9%). В сроки до 6 ч от начала заболевания обратилось за помощью 112 больных (12,3%), 7–24 ч – 526 (57,8%), более 1 суток – 272 (29,9%). В возрасте до 3-х лет госпитализировано 32 пациента (3,5%), от 4 до 7 лет – 173 (19,0%), от 8 до 14 лет – 477 (52,4%), старше 15 лет – 228 (25,1%). В динамике отмечается увеличение количества больных с ОПОБП (2011 г. – 198 детей, 2012 г. – 202, 2013 г. – 237, 2014 г. – 273). В указанный период нами осуществлялось активное внедрение лапароскопических технологий в клиническую практику. Если в 2011 г. удельный вес миниинвазивных операций составил около 2,0% (4 больных), то в 2014 г. этот показатель достиг 98,5% (269 детей). Отметим, что в анализируемый период произведено 617 лапароскопических вмешательств, а их удельный вес в общем массиве больных с ОПОБП составил 67,8%.

Результаты. Среди больных с ОПОБП пациентов с острым аппендицитом было 814 (89,5%). Катараль-

ная форма отмечена у 58 детей (7,1%), флегмонозная – у 587 (72,1%), гангренозная и перфоративная – у 169 больных (20,8%). По поводу других заболеваний (первичный перитонит, мезаденит, дивертикулит, киста яичника, острая кишечная непроходимость и др.) оперировано 96 больных (10,5%). В период активного внедрения лапароскопических технологий отмечена тенденция к уменьшению осложненных форм острого аппендицита. Так, в 2011 г. пациентов с гангренозным и перфоративным аппендицитом было 37 (18,7%), а в 2014–42 (15,4%). Кроме того, нами был минимизирован показатель конверсионной активности (0,3–0,6%). Среди больных оперированных лапароскопическим методом случаев развития спаечного процесса в брюшной полости не отмечалось.

Заключение. Внедрение эндовидеохирургических технологий при ОПОБП у детей значительно улучшило качество диагностики, способствовало уменьшению количества осложнений и сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

ПРОКАЛЬЦИТОНИН КАК РАННИЙ МАРКЕР ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СИНДРОМА СИСТЕМОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Завьялов А. Е., Болотских Т. Е., Тен Ю. В., Козлов А. А.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул

Цель – оценить целесообразность определения уровня прокальцитонина (ПКТ), как надежного показателя ССВО у недоношенных новорожденных с ВПР ЖКТ в предоперационном периоде.

Обследовано 42 недоношенных новорожденных с ВПР ЖКТ с октября 2011 по апрель 2015 г. Всем больным проведено стандартное клиничко-лабораторное обследование, а также исследование уровня ПКТ при помощи полуколичественного экспресс-теста компании BRAHMS при поступлении и на 2-е и 5-е сутки послеоперационного периода. Препаратами выбора антибактериальной терапии были цефалоспорины 3-го поколения в комбинации с аминогликозидами. При тяжелом течении септического процесса в раннем предоперационном периоде основываясь на показателях ПКТ наиболее эффективно назначение карбопенемов. Уровень ПКТ в предоперационном периоде стабильно определялся

в диапазоне от < 0,5 до 2 нг/мл. На 2-е сутки послеоперационного периода (в период разгара адаптационного и послеоперационного стресса) и при начале развития септического процесса показатели ПКТ повышаются от 2 до 10 нг/мл. После проведения антибактериальной и иммунокорректирующей терапии на 5-е сутки послеоперационного периода показатели ПКТ снижались до 0,5–2 нг/мл, что свидетельствует об уменьшении выраженности системного воспалительного ответа (СВО).

Таким образом, мониторинг уровня ПКТ является целесообразным и полезным для определения ССВО у недоношенных новорожденных, находящихся в ОРИТ хирургического профиля. Определение ПКТ может способствовать оптимизации антибиотикотерапии, уменьшить рост и распространение антибиотикорезистентности патогенов и снизить расходы на лечение пациентов в ОРИТ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПЕТЕЛЬ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Закурка М. В., Бабич И. И.

ГБОУ ВПО «РостГМУ» МЗ РФ

Актуальность. По нашим данным, до сих пор около 60% острой кишечной непроходимости у детей в районах Ростовской области, по прежнему, лечится опера-

тивно, в связи с поздним обращением и дефектами диагностики. При этом показанием к операции являются перитониальные симптомы.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов оперативного лечения больных с острой непроходимостью кишечника, путем интраоперационной диагностики зон некроза кишечника.

Материалы и методы. С 2003 г. на лечение находилось 140 пациентов, после оперативного лечения различных вариантов острой непроходимости кишечника (инвагинации, заворота и т.д.) в районах Ростовской области, по поводу возникших осложнений. При этом в 41 наблюдение (29,3%) потребовалось выполнение релапаротомий, при которых, во всех наблюдениях определялись участки перфорации кишечника диаметром до 1,0 см в зонах первичных резекций. Это свидетельствовало о неадекватной оценке жизнеспособности кишечника, и соответственно неправильной тактике лечения. В эксперименте на 18 лабораторных животных (кроликах, самцах) нами разработана методика интраоперационного определения жизнеспособности кишки аппаратом Стимулекс HNS 12, разрешенным к применению в медицине и педиатрии. После моделирования различных видов непроходимости (заявка на изобретение №2015121438), оценивали перистальтические и маятникообразные динамики кишечника в зоне предполагаемого некроза. При этом четко визуализируются зоны некроза в виде воронкообразных углублений, изменения цвета. Это являлось убедительным пока-

занием к резекции соответствующего участка кишки. Все резецированные участки, были подвергнуты гистологическому исследованию. Гистологически было подтверждено, что во всех случаях определялся некроз.

Результаты исследования. Данная методика применена нами на 20 пациентах, из них в 8 (40%) случаях при инвагинации кишечника, с показаниями к резекции инвагината, при электростимуляции определялись четкие признаки появления перистальтики мышечных волокон зоны поражения, что свидетельствовало о жизнеспособности всех мышечных элементов. Резекция кишечника не производилась, перфорации, перитонита в послеоперационном периоде не выявлено. В 6 (30%) случаях при устранение заворота кишечника визуально определялись резкие признаки значительной расстройств кровообращения, при этом, разработанный метод позволил считать пораженный участок жизнеспособным, что так же явилось противопоказанием к резекции.

Заключение. Таким образом, внедрение разработанной методики в практику позволило значительно улучшить результаты оперативного лечения больных с поздно диагностированными случаями острой непроходимости кишечника: сократить количество релапаротомий на 12%, количество послеоперационных койко-дней на $(1,8 \pm 0,2)$ и дней пребывания в реанимации на $(1,8 \pm 0,8)$.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ

Захаров А.И., Коварский С.Л., Струянский К.А., Склярова Т.А., Текотов А.Н., Соттаева З.З., Петрухина Ю.В.

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

Актуальность. При обструкции пиелоуретрального сегмента реальной альтернативой открытым операциям является лапароскопическая разобщающая пиелопластика, при этом основные принципы хирургической коррекции – резекция части мочеточника в пределах здорового участка с наложением уретеропиелоанастомоза – остаются неизменными.

Материалы и методы. С 2008 по 2015 г. включительно в отделении урологии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова было выполнено 281 операция по поводу простого гидронефроза у 275 детей (76 девочек, 197 мальчиков) в возрасте от 2 мес до 18 лет (средний возраст – 32 ± 10 нед) с использованием эндоскопических технологий. Показания к органосохраняющей операции базировались на результатах УЗИ с доплерографией почечных сосудов, данных рентгенологических методов и статической ренографии. При значительных размерах лоханки (более 30 мм) предварительно (на 3–6 мес) выполнялось ее дренирование с помощью пункционной пиелостомии под контролем УЗИ (в нашей работе – 18 пациентам) с отсроченной лапароскопической пиелопластикой. Остальным детям выполнена первичная лапароскопическая пиелопластика. После установки 3 троакаров – 5 мм: оптика и два манипулятора 3 мм, мобилизовывался пиелоуретральный сегмент и выполнялась частичная резекция лохан-

ки с продольным рассечением мочеточника (принцип Anderson – Hynes). Анастомоз накладывался с помощью непрерывного шва нитью PDS 6–0. Дренирование осуществлялось путем установки (антеградно или ретроградно) внутреннего JJ-стента. Продолжительность операции составила 100 ± 40 мин.

Результаты. Все операции были полностью лапароскопическими, конверсий не было. Больные выписаны на 3–7-е послеоперационные сутки. JJ-стент удалялся через 4–6 нед после операции. В 266 (97%) случаях отмечено сокращение размеров ЧЛС, отсутствие инфекции мочевых путей, улучшение внутривисцерального кровотока по данным доплерографии (через 1, 6, 12 и 24 мес после операции). У 6 пациентов (4 – после предварительного дренирования лоханки) сохранялась пиелэктазия на фоне ХБП, по поводу чего им проводилась консервативная терапия. У 4 детей диагностирован рецидив заболевания, что послужило показанием к повторной лапароскопической пиелопластике.

Заключение. Результаты лечения врожденном гидронефроза у детей с использованием лапароскопической пиелопластики сопоставимы с результатами открытых операций, но меньшая ее инвазивность, низкая вероятность инфекционных осложнений и возможность ранней активизации пациентов делают этот метод лечения наиболее оптимальным.

РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ПРИ ПРОСТОМ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

Захаров А. И., Коварский С. Л., Струянский К. А., Склярова Т. А., Текотов А. Н., Соттаева З. З., Петрухина Ю. В.

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

Современные эндохирургические методы лечения первичного гидронефроза у детей приобретают все большее распространение. Наибольшее распространение, в настоящее время, получил трансперитонеальный доступ к почке, однако нет существенных объективных критериев при выборе оптимального доступа. При ретроперитонеоскопическом доступе может предложить ряд преимуществ, отсутствие необходимости мобилизации кишечника или вскрытия брыжейки кишки, прямой доступ к задней поверхности почки или оптимальную визуализацию пиелоретерального сегмента при ротации почки. Предыдущие операции на органах брюшной полости или наличие перитонеального шунта, подвигают к выбору трансперитонеального доступа.

Методы. С 2008 по 2015 г. в отделение урологии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова по поводу простого врожденного гидронефроза выполнено 281 операций у 275 детей (76 девочек, 197 мальчик) в возрасте от 3 мес до 18 лет, ретроперитонеальный доступ использовался у 13 детей (возраст 25±11 нед). Ретроперитонеальный доступ начинался с формирования паранефрального рабочего пространства. После установки 3 троакаров 10 мм оптика и два 3 мм манипулятора, мобилизовывался пиелоретеральный сегмент и выполнялась частичная резекция лоханки с продольным

рассечением мочеточника (принцип Anderson–Hynes). Анастомоз накладывался с помощью PDS 6–0. Дренирование осуществлялось путем антеградной установки JJ-стента. Продолжительность операции составила 120±40 мин. Контрольное УЗИ проводилось на 2-е и 5-е сутки после операции. JJ-стент удалялся через 6–8 нед после операции.

Результаты. Кратность обследования составила 1, 3, 6 и 12 мес. При УЗИ у всех детей отмечено сокращение размеров ЧЛС, улучшение внутривисцерального кровотока по данным доплерографии, сохранность почечной функции подтверждена данными радиоизотопной ренографии. Результаты обследования демонстрируют адекватный пассаж мочи через пиелоретеральный сегмент и могут быть расценены как хорошие.

Заключение. Несмотря на недостаточное количество наблюдений и невозможность пока сравнительной оценки эффективности доступов при простом врожденном гидронефрозе, можно сделать вывод о сопоставимости результатов лечения. Отсутствие травматизации органов брюшной полости и угрозы мочевого затека в брюшную полость делают ретроперитонеальный доступ при лапароскопическом лечении наиболее оптимальным, особенно у детей младшего возраста.

ПРЯМАЯ ПУНКЦИОННАЯ ГАСТРОСТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Захаров И. В., Титов А. В., Рачков В. Е.

ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, г. Москва; Европейский медицинский центр, г. Москва

Цель – внедрение малоинвазивного метода гастростомии для парентерального питания у пациентов детского возраста.

Метод основан на использовании наборов для постановки «Прямой пункционной гастростомии», низкопрофильной гастростомической трубкой MISC KEY и видеоэндоскопической ассистенцией. Под ЭТН выполняется эзофагогастростомия. По передней стенке отмечаются места для трехточечной гастропексии и питательной трубки в центре. Выполняется гастропексия фиксаторами Saf-t-Pexy с последующим созданием тракта стомы, с помощью телескопических дилататоров. Производится измерение длины стомы и ставится низкопрофильная питательная трубка.

Результаты. С 2013 г. выполнено 30 оперативных вмешательств пациентам в возрасте от 6 мес до 18 лет. Из них 80% больные с злокачественными новообразованиями и 20% с заболеваниями гематологического и иммунологического профиля. Кормление начинали в 1 сутки у 95% пациентов. У 1 ребенка в ходе операции отмечалось повреждение задней стенки желудка. В послеоперационном периоде отмечено 1 осложнение – перитонит за счет нарушения герметичности гастростомы.

Выводы. Метод прямой пункционной гастростомии является эффективным и малоинвазивным способом поддержания нутритивного статуса, имеет малое количество осложнений и является методом выбора в нашей клинике.

КОМПЬЮТЕРНОЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Злобин С. Б.

БУЗ Омской области «Городская детская клиническая больница № 3», г. Омск

Несмотря на существующую систему раннего выявления сколиотических деформаций позвоночника,

закрывающуюся в систематических профилактических осмотрах детского населения участковыми педиатрами,

амбулаторными ортопедами, консультативными осмотрами вертебологов детских поликлиник, основной контингент оперированных больных составляют дети с III–IV степенью сколиоза, зачастую с запущенными формами деформаций.

Это объясняется большой частотой быстро прогрессирующих форм этого заболевания, а также большой сложностью прогнозирования возможной динамики сколиоза у детей, которая до настоящего времени основана, в основном, на клиническом опыте врача и длительном динамическом наблюдении нарастания деформации.

Цель исследования – внедрить компьютерную программу, которая позволит врачам на ранних стадиях сколиоза прогнозировать характер возможной прогрессии деформации позвоночника у детей и на основании этого выбрать адекватную тактику лечения.

Содержание исследования. Нами совместно с математиками и программистами ОмГТУ создана компьютерная программа, за основу которой взято геометрическое математическое моделирование многопараметрических процессов сколиотической деформации позвоночника у детей и подростков. Данная программа основана на массиве паспортных и анкетных данных. Анкетная часть состоит из 65 вопросов, в которые входят данные клинико-генетического и физикального исследований, анамнеза, результатов р-логических, МРТ и МСКТ, оцениваемых по 10-балльной прогностической значимости для оценки прогрессирования сколиоза.

Программа позволяет:

- 1) проводить детальное тестирование больного с возможностью удаления и изменения анкетных данных;
- 2) вести автоматизированный банк данных пациентов;

- 3) вести статистическую отчетность внесенных данных.

Также программа создает автоматизированный банк данных детей, имеющих сколиотическую деформацию позвоночника, позволяет выявлять ранние стадии сколиотических деформаций позвоночника у детей, позволяющая, в результате первичного ортопедического обследования пациента, установить степень тяжести развития локализации деформации позвоночника и, соответственно, правильно определять прогноз и процесс развития сколиотического заболевания и характер лечебных пособий.

Разработанная программа компьютерно-математического моделирования позвоночника с целью прогнозирования течения сколиоза апробирована в течение 4-х лет в работе Омского городского детского вертебологического центра БУЗОО ГДКБ №3 клиники кафедры детской хирургии ОмГМА. В основу математического и компьютерного анализа положены результаты обследования и динамического наблюдения 700 детей с нарушениями осанки и сколиозом различных степеней. Прогностическая значимость разработанной программы выявления возможной прогрессии деформации позвоночника составила: при I–II степенях сколиоза – 92,5%, при III степени – 96,2%, при IV степени – 98,9%.

Заключение. Таким образом, использование компьютерно-математического прогнозирования позволяет уже при первичном осмотре ребенка с нарушениями осанки или сколиозом выявить возможный характер динамики сколиоза, рекомендовать адекватную лечебную тактику и своевременно определить показания к хирургической коррекции.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СОНОГРАФИИ

Зюзько А. В., Зюзько С. С., Никонов В. М., Ситко Л. А., Злобин Б. Б., Степанов М. А., Лукаш А. А., Ерахтин А. В.

Омский государственный медицинский университет

Цель – изучить УЗ семиотику переломов длинных трубчатых костей предплечья у детей и возможности сонографии при мониторинге репозиции отломков и заживлении переломов в травматологии.

Материалы и методы. Исследуемая группа составила 26 детей с переломами диафизов костей предплечья.

Результаты. Изучена УЗ-семиотика переломов длинных трубчатых костей с определением локализации поврежденного сегмента, характера перелома и вида смещения отломков.

Разработан способ УЗ-мониторинга положения отломков во время репозиции в режиме реального времени, позволяющий определить эффективность проводимой репозиции без воздействия ионизирующего излучения на ребенка.

Использование разработанного способа позволяет выявить наличие повторных смещений и устранение последних в режиме on line.

УЗ-метод исследования позволяет осуществлять контроль процессов репарации костной ткани от момента повреждения кости до полной консолидации. УЗ-метод мониторинга использовался нами у детей, пролеченных различными видами иммобилизации: лечение гипсовой лангетой (с использованием специально созданного «акустического окна»), использования накостного и интрамедуллярного остеосинтеза.

Вывод. Использование сонографии при переломах костей предплечья у детей позволяет своевременно выявить повторные смещения отломков в процессе лечения и избежать поздние репозиции и снизить лучевую нагрузку.

НОВЫЙ СПОСОБ РЕПОЗИЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ И ШЕЙКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

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

Оренбургский государственный медицинский университет

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

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

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

с опорой на внутренний надмыщелок. В дальнейшем предплечье, лежащее с опорой на надмыщелке, переводилось в положение максимальной пронации, что способствовало расслаблению мышц супинаторов и отклонению диафиза лучевой кости кнаружи относительно головки. Затем, не меняя положения пронации, осуществлялась компрессия на выступающую часть 1/3 диафиза лучевой кости, в результате чего устранялось смещение головки и шейки лучевой кости по ширине и под углом.

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

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

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРСШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Ибодов Х., Убайдуллоев В. Р., Баротов А. А., Рофиев Р. Р., Икромов Т. Ш.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, г. Душанбе, Таджикистан

Цель – оптимизировать результаты диагностики и лечения болезни Гиршпрунга у детей

Материалы и методы. Нами изучены результаты лечения 85 детей с болезнью Гиршпрунга с 1998 по 2014 г. Возраст детей от 3 до 15 лет. Дети с болезнью Гиршпрунга в зависимости от степени распространенности зоны аганглиоза были распределены на 6 групп: ультракороткая – 7, ректальная – 43, ректосигмоидальная – 25, сегментарная – 7, субтотальная – 2, тотальная форма – 1. По динамичности симптоматики больные были разделены на 3 группы: стадией компенсации (13), субкомпенсации (60) декомпенсации (12). Кроме клинических и биохимических лабораторных методов исследования, проведено рентгенологическое, эндоскопическое и ультразвуковое исследования.

Результаты. Характерными клиническими признаками болезни Гиршпрунга являются метеоризм и отсутствие самостоятельного акта дефекации. Основным методом постановки диагноза является рентгеноконтрастное исследование толстой кишки. На которых вы-

явленные конусовидный переход от дистального узкого отдела кишки в проксимальной расширенной части (супрастеническое расширение) в одной или нескольких участках толстой кишки. При тотальном аганглиозе отмечен малый диаметр толстой кишки. При первичном рентгенологическом обследовании типичная картина болезни Гиршпрунга выявлена у 64 пациентов. В 4 случаях с ректальной формой на рентгенограммах расширение прямой кишки в ее дистальном отделе. Проведение контрастного исследования в 1-ю неделю жизни позволило поставить правильный диагноз лишь у 50% пациентов. При повторной или отсроченной ирригографии, как правило, во второй половине периода новорожденности, диагноз болезни Гиршпрунга был установлен практически во всех наблюдениях. У 10 детей в качестве дополнительного метода использовано УЗИ толстой кишки. При этом выявлено расширение прямой и сигмовидной кишки, утолщение стенки супрастеническим расширенным участком, снижение высоты гаустры.

Тяжесть состояния больных зависела от формы болезни, от проводимого ухода, полученного лечения до поступления в клинику. При компенсированной стадии (6) наблюдается задержка стула, сопровождающаяся небольшим вздутием живота. Но общая картина не вызывает тревоги. Хороший уход и консервативная терапия способствует довольно продолжительному времени регулярного опорожнения кишечника.

Субкомпенсированная стадия болезни (31) обычно в начальном периоде протекает по типу компенсированной стадии, но со временем симптомы становятся все более отчетливыми. Острая стадия декомпенсации наблюдалась сразу после рождения (5) в виде острой врожденной кишечной непроходимости. При хронической стадии декомпенсации консервативные мероприятия, главным образом очистительные или сифонные клизмы, купируют явления острой декомпенсации. Оперативное лечение в основном было проведено по Соаве

по модификации клиники, которое заключается в клиновидном иссечении передней стенки серозно-мышечного футляра до внутреннего сфинктера. Одноэтапная операция была выполнена у 71 больных, у 4 пациентов с хронической декомпенсированной стадии, произведена трехэтапная операция (колостомия, радикальная операция, закрытие колостомы). У 5 новорожденных с острой формой болезни первично наложен сигмостомы, а после 6 месячного возраста произведена радикальная операция. Операция Дель-Море-Мондрагон произведена у 15 детей. Результаты данной операции хорошие, осложнений не было. В отдаленном периоде только у 2 пациентов были симптомы энкопреза после операции Соаве.

Таким образом, использование рентгено – контрастных и ультразвуковых методов исследования позволяет оценить состояние толстой кишки и определить объем оперативного вмешательства.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х.И., Рофиев Р., Азизов Б.Дж., Икромов Т.Ш.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, г. Душанбе, Таджикистан

Цель работы – улучшение результатов эхинококкэктомии при осложненных эхинококковых кистах легких у детей.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения 29 детей с осложненными эхинококковыми кистами легких у детей в возрасте от 3 до 15 лет. Эхинококковые кисты (ЭК) были центрально расположенными средними (7), большими (14) и гигантскими (8). ЭК локализовались в верхней (10), средней (4) и нижней (15) долей легкого. Сочетанные поражения легких и печени наблюдались у 3 детей. У 12 из 29 больных наблюдались осложненные (прорыв в бронх – 8 и нагноение – 3) ЭК. У 6 инфильтрация фиброзной капсулы, перикистозная пневмония 5, нагноение кисты 3, ателектаз легочной ткани вокруг фиброзной капсулы 3.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами разработан способ ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы (ЛОПФК) при больших и гигантских ЭК осложненных инфильтрацией, толстой и ригидной ФК, пери кистозной пневмонией или абсцессом и ателектазом легочной ткани вокруг ФК, которые осуществляются следующим образом: ЛОПФК осуществляется с созданием междолевой или межсегментарной щели с модификацией, т.е. искусственные щели создаются путем образования трех или четырех лоскутов с полной ликвидацией образующей вогнутые поверхности при создании искусственной междолевой или сегментарной щели по А.Т. Пулатову. С целью более свободного расправления легкого тканей оставшихся на лоскутах с толстой и инфильтрированной фиброзной капсулой (ФК) кисты, осуществляется удаление ФК

из паренхимы легкого с применением прецизионной техники. ФК выделяется по периферии легочной ткани в сторону корня легкого длиной от 3 до 5 см с поэтапным аэро- и гемостазом с 7/0 или 6/0 шовным материалом из пролена. После частичного удаления толстой и инфильтрированной ФК образовавшийся дефект на паренхиме легкого ликвидируется с ушиванием выщербленной плевры с тонким слоем легочной ткани. В результате частичного удаления ФК оставшейся паренхимы легких на лоскутах свободно расправляются при вентиляции, тем самым предотвращается образование остаточной полости, ателектаза или инфильтрации легочной ткани за счет нарушения вентиляции и дренажной функции бронхов. В ближайшем послеоперационном периоде у 2 (6,9%) из 29 больных наблюдались осложнения в виде пневмонии оперированного легкого, которые в результате проведенных консервативных мероприятий на 8–10-е сутки полностью разрешились. Отдаленные результаты изучены у 25 из 29 больных. У всех больных состояние удовлетворительное, жалобы не предъявляли. Функции внешнего дыхания компенсированные. На обзорной рентгенограмме грудной клетки легкие расправлены, видимых патологических изменений не выявлено. У всех больных результаты лечения оценены хорошими.

Таким образом, ЛОПФК с созданием междолевой или межсегментарной щели с модификацией и частичное иссечение ФК с применением прецизионной техники с наложением микрохирургических швов являются достаточно эффективными при эхинококкэктомии легких у детей

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С НЕФРОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Икромов Т.Ш., Ибодов Х., Мирзоев Д.С.

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе, Таджикистан; Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии

Цель исследования. Изучение респираторных функций легких и ее коррекции у детей с нефролитиазом, осложнившейся хронической почечной недостаточностью.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты обследования и лечения 187 детей с нефролитиазом в возрасте от 5 до 18 лет. Из этого количества больных у 79 изучены респираторные функции легких. Мальчиков было 128 (68,5%), девочек 59 (31,5%). Одностороннее поражение почки было у 116 (62,2%), двухстороннее – у 47 (24,8%), множественные камни у 24 (13%) детей. Одиночные камни были у 126 (67,4%) и множественные – у 51 (32,6%) детей. Все больные страдали хроническим калькулезным пиелонефритом (КП), из них у 35 (18,8%) в стадии обострения. КП I ст. был у 44 (23,5%), II ст. – у 80 (42,8%) и III ст. – у 63 (33,7%). У 64 (34,2%) детей наблюдалась гидронефротическая трансформация и у 78 (41,7%) из 187 больных отмечали хроническую почечную недостаточность (ХПН). При этом I ст. была у 26 (33,3%), II ст. – у 35 (44,91%), III ст. – у 17 (21,79%) детей.

Оценка результатов исследований проводилась в соответствии с современными принципами доказательной медицины. Полученные обработаны методом вариационной статистики с определением средней величины (M), ошибки ($\pm m$) и оценкой критерия достоверности ($P \geq$). Накопление и обработку данных проводили с использованием программы MS Excel (Ver.5.0)

Результаты исследования и их обсуждение. Определение показателей кислотно-основного баланса СВК показало, что у больных с ХПН наблюдался откомпенсированный рН ($7,40 \pm 0,01$) в 1-й группе до декомпенсированного метаболического ацидоза со значительным смещением активной реакции крови в кислую сторону ($7,29 \pm 0,02$) во 2-й группе. При этом наблюдался сдвиг дефицита оснований (BE) от $-3,79 \pm 0,5$ ммоль/л в 1-й группе до $-14,48 \pm 2,1$ ммоль/л во 2-й группе.

Метаболический ацидоз, выявленный на основании BE подтверждается и наличием сдвигов стандартного бикарбоната (SB), истинного бикарбоната крови АВ с большим дефицитом суммы оснований обеих буферных систем крови ВВ ($33,5 \pm 2,1$ ммоль/л) 2-й группы по сравнению с контрольной ($46,9 \pm 0,61$ ммоль/л). Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что степень ацидоза не соответствует тяжести ХПН. Наблюдаются колебания от умеренного до резко выраженного ацидоза. Большое значение имеет включение внепочечных механизмов.

Таким образом, коррекция ацидоза строго под контролем исследования КОС в СВК и ОАК. Компенсированные и субкомпенсированные формы ацидоза не должны корригироваться при помощи соды, так как имеется опасность усугубления клеточной гипернатриемии, при этом утяжеления состояния больных в виде нарастания интестинального отека легких и мозга.

МЕТОДЫ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТЯЖЕЛЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЦП

Индерейкин М.В., Томский А.А., Полонская Н.М., Филижанко Т.В.

НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы ДЗ г. Москвы

Актуальность и цель – повысить эффективность помощи детям, страдающим ДЦП с тяжелыми моторными нарушениями (GMFCS 4–5 уровень) с помощью современных нейрохирургических методов.

Материалы и методы. Селективная дорзальная ризотомия (СДРТ) на поясничном уровне с интраоперационным миографическим контролем была проведена 25 пациентам (средний возраст 7,5 лет), GMFCS 5 уровень, 80% из них использовали ранее ботулинотерапию, которая имела недостаточный или кратковременный эффект. Определялись цели антиспастического лечения – увеличение объема активных и пассивных движений в крупных

суставах верхних и нижних конечностей (100% случаев), облегчение ухода (100%), снижение болевого синдрома (35%), улучшение переносимости методов физической реабилитации (60%), приобретение новых двигательных навыков (35%). Проводилась оценка мышечного тонуса до и после лечения. Имплантация помпы для хронического интратекального введения Лиорезала (ЛТВ) проведена двум пациентам с тяжелыми спастическими формами ДЦП (средний возраст 10,5 лет), GMFCS 5 уровень. Подбор пациентов для интратекальной терапии проводился после получения результатов Лиорезалового скрининг-теста. ЛТВ у данных пациентов привела к стойкому снижению

уровня спастичности верхних и нижних конечностей, а также снижению тонуса мышц туловища. Выбор метода лечения определялся коллегиально неврологом, нейрохирургом, ортопедом и врачом-ЛФК.

Результаты. СДРТ чаще применялась у пациентов с большей тяжестью двигательных нарушений. Как результат операции, снижение мышечного тонуса у таких больных преимущественно отмечалось в проксимальных мышечных группах нижних конечностей (до 2–3 баллов по шкале Ashworth), а также в мышцах верхних конечностей (до 3–4 баллов по шкале Ashworth). ИТВ в 100%

в течение нескольких месяцев привела к стойкому снижению уровня спастичности в верхних и нижних конечностях (2–3 балла по шкале Ashworth), а также существенно снизила тонус мышц туловища и улучшила локомоторный статус. Таким образом, антиспастический эффект, снижение болевого синдрома, улучшение переносимости физических методов реабилитации отмечались во всех группах. Данные нейрохирургические методы являются основными и высокоэффективными в лечении тяжелых двигательных нарушений у детей со спастическими формами ДЦП и значительно повысить их качество жизни.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Исмагилов Р.Х., Яфясов Р.Я.

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань

Цель – анализ клинической картины и лечения детей с патологией дивертикула Меккеля (ДМ).

В хирургическом отделении ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ г. Казани с 2010 по 2015 г. оперировано 52 пациента, у которых интраоперационно диагностирован ДМ. У 15 пациентов было выявлено сочетание дивертикулита с кишечной непроходимостью, у 17 – дивертикулита с кишечным кровотечением. У 20 детей наблюдалось сочетание деструктивного аппендицита и флегмонозного дивертикулита.

К лечению больных с патологией дивертикула Меккеля подходили индивидуально. При широком основании дивертикула и деструктивных изменениях, распространявшихся на стенку кишки была выполнена резекция кишки с формированием анастомоза «конец в конец». Лапароскопическая диагностика и аппаратная резекция ДМ выполнена у большинства больных. В условиях перитонита детям произведена резекция участка кишки с ДМ и выведением энтеростомы с по-

следующим плановым закрытием энтеростомы через 3 мес.

Частота ДМ и его осложнений весьма вариабельна, поскольку иногда определяется на основании результатов больших серий вскрытий, а также находок во время лапаротомий, причем ДМ может быть обнаружен и случайно. Вопрос в том, перевешивают ли возможные осложнения резекции случайно найденного ДМ 4–5%-ный риск возникновения осложнений. Удалять ли случайно обнаруженный дивертикул или нет – по-прежнему зависит от личного мнения хирурга.

Тем не менее лапароскопический метод зарекомендовал себя как самый надежный в диагностике дивертикула Меккеля, относительно безопасный, а также эффективный в плане лечения данной патологии, что позволяет многим специалистам считать его методом выбора в хирургии детского возраста. Улучшение показателей лечения детей с ДМ зависит от своевременной госпитализации и современных методов диагностики.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

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

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

Цель работы – ретроспективный и проспективный анализ особенностей клинических симптомов, методов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей.

Материалы и методы. В ДГБ №1 г. Санкт-Петербурга с 2000 по 2015 г. находилось на лечении 216 детей с инвагинацией кишечника в возрасте от 2 мес до 15 лет, мальчиков – 146 (67%), девочек – 70 (33%). До 1 года было 134 (62%) пациента, в возрасте от 1 года до 2 лет – 60 пациентов (28%), старше 2 лет – 22 (10%). Наиболее часто инвагинация встречалась в возрасте от 5 до 11 мес – 123 ребенка (57%). В сроки до 12 ч от начала заболевания поступили 108 детей (50%), от 12 до 24 ч – 55 (25,5%), от 25 до 48 ч – 45 (20,5%), в сроки более 48 ч – 8 человек (4,0%).

Результаты. Основными симптомами инвагинации являлись: приступообразное беспокойство у 197 пациентов (91%), рвота у 164 (75%), примесь крови в стуле у 53 (24%), наличие при пальпации объемного образования в брюшной полости у 103 (47%). Только у 8 детей старшего возраста во время операции были выявлены анатомические причины: дивертикул Меккеля у 2, удвоение тонкой кишки у 1, опухоли тонкой кишки у 5 детей. У остальных детей отчетливой причины инвагинации не выявлено, что позволяет расценивать ее как идиопатическую, которая по всей видимости связана с дискоординацией перистальтики кишечника. Причиной дискоординации кишечника у 52 пациентов (24%) вероятно была реакция на введение прикорма. Кроме того, у 46 детей (21%) по данным УЗИ выявлен мезаденит.

Однако с уверенностью говорить, что мезаденит является причиной инвагинации не представляется возможным. Консервативное лечение (пневмодезинвагинация) проведено у 168 (77%) детей. Среди них 104 (62%) пациента в возрасте до 1 года.

Выводы. В большинстве случаев инвагинация кишечника у детей является идиопатической и возникает в возрасте до 1 года. Анатомические причины инваги-

нации встречаются крайне редко и в основном у детей старшего возраста. Длительность заболевания должна учитываться, но не может являться основным критерием для выбора тактики лечения. Оперативное лечение проводится по строгим показаниям, которыми являются наличие клинической картины осложнений инвагинации (перитонит), неэффективность попытки консервативной дезинвагинации, тяжелое состояние ребенка.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Карасева О. В., Горелик А. Л., Граников О. Д., Чернышева Т. А., Иванова Т. Ф.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, г. Москва

Актуальность. Учитывая малочисленность наблюдений, до сих пор в детской хирургии нет единства в подходах к хирургической тактике и медикаментозной терапии при повреждениях поджелудочной железы.

Цель исследования – оптимизировать протокол диагностики и лечения травмы поджелудочной железы у детей в условиях специализированного детского травматологического стационара.

Пациенты и методы. Проанализированы результаты лечения 43 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на лечении в НИИ НДХиТ за 2008–2015 гг. Из них 66,7% составили мальчики, девочки – 33,3%. Для оценки тяжести травмы поджелудочной железы использовали классификацию Moore (1995).

Результаты. Основными причинами, приводящими к травме поджелудочной железы являются ДТП (36,4%), кататравма (33,3%) и тупой удар в живот (18,2%). Наиболее часто (75,6%), повреждения поджелудочной железы диагностировали в структуре тяжелой сочетанной травмы (ISS=29±8 б.). По тяжести превалировала легкая травма органа – 54,5%, травма 2 степени составила 33,3%, травма III степени – 12,1%.

Наибольшей диагностической ценностью для визуализации повреждения Вирсунгова протока обладают СКТ с в/в контрастированием и МРТ. Для контроля течения посттравматического процесса показан УЗ – мониторинг брюшной полости. При повреждениях поджелудочной железы I степени показано проведение антисекреторной терапии и перевод на кормление специализированными смесями до стойкой нормализации показателей фермента-

тивной активности железы. При отсутствии ферментативного перитонита и жидкостных скоплений в сальниковой сумке при повреждениях 2–3-й степени показана консервативная терапия: антисекреторная терапия должна сочетаться с установкой назоюнального зонда для кормления ребенка элементными смесями в кишку с полным исключением кормления через рот и желудок. При повреждениях 2–3-й степени с развитием ферментативного перитонита показана лапароскопия с целью санации брюшной полости и ревизии сальниковой сумки с возможным ее дренированием. При формировании в раннем посттравматическом периоде изолированного оментобурсита с клинически значимым жидкостным объемом (более 50мл), увеличивающимся в динамике показана пункция и дренирование под контролем УЗИ. Реконструктивные оперативные вмешательства на поджелудочной железе обоснованы при повреждениях 4–5-й степени (в наших наблюдениях отсутствовали).

Все дети выздоровели без формирования ложных кист. Лапароскопия с дренирование брюшной полости выполнена в 45,5% при травме 2-й степени и в 75% – при травме 3-й степени. Чрезкожная пункция, дренирование оментобурсита под контролем УЗИ потребовалась всем детям с травмой 3 степени.

Заключение. Предложенный алгоритм диагностики и лечения на основе современных технологий визуализации (УЗИ, СКТ, МРТ) и малоинвазивных методов хирургического лечения в большинстве случаев позволяет эффективно и своевременно выявлять и лечить повреждения поджелудочной железы у детей.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОЗОМ

Карпачев С. А., Соколов Ю. Ю., Руненко В. И., Дружинин В. Р.

Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва; ДГКБ святого Владимира, г. Москва; ДГКБ им З. А. Башляевой ДЗМ, г. Москва

Цель – оценить эффективность применения лапароскопического доступа при коррекции гидронефроза у детей.

Материалы и методы. Лапароскопические вмешательства были выполнены 61 ребенку с гидронефрозом. По воз-

расту пациенты распределялись следующим образом: от 4 мес. до 1 года – 15 детей, от 1 года до 3 лет – 15 больных, от 7 до 14 лет – 31 человек. Правостороннее поражение имело у 21, левостороннее – у 40 детей. Удвоение почки с гидронефрозом нижнего сегмента диагностировано

в 1 случае. Гидронефроз II степени был выявлен у 5, III степени – у 46, IV степени – у 10 больных. Причиной гидронефроза явились врожденный фиброз пиелoureтерального сегмента (ПУС) у 47 больных или компрессия ПУС aberrантными нижнеполосными сосудами – у 14 детей. Лапароскопическая трансперитонеальная пиелопластика по Хайнс – Андерсену выполнена 53 (86,9%) больным. Лапароскопическую транспозицию aberrантных нижнеполосных сосудов выполнили в 8 (13,1%) случаях. При левостороннем гидронефрозе чаще применяли трансмезентральный доступ. Частично иссекали расширенную лоханку и стенозированный сегмент мочеточника. После продольного рассечения мочеточника накладывали заднюю губу пиелoureтерального анастомоза. Применяли узловое швы или непрерывный интракорпоральный шов нитями викрил 5–0. Через дополнительно введенный 3-мм троакар в антеградном направлении в мочевой пузырь по струне вводили мочеточниковый стент типа «pig tail». Завершали формирование передней губы анастомоза и ушивали дефект лоханки. При транспозиции после мобилизации ПУС aberrантные сосуды смешали сверху и отдельными узловыми

экстракорпоральными швами фиксировали их к стенке лоханки вне зоны компрессии.

Результаты. Интраоперационных осложнений и конверсий не было. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 2 (3,3%) больных. Из них в 1 случае был выявлен мочевой затек, что было обусловлено самопроизвольной миграцией стента. На 5 сутки больному была выполнена релапароскопия и наложена пиелостомы. В другом наблюдении при несостоятельности пиелoureтерального анастомоза потребовалось выполнение повторной открытой пиелопластики. Осложнения отдаленного периода отмечены также у 2 (3,3%) больных, у которых через 1 год после первичной операции была диагностирована непроходимость наложенных пиелoureтеральных анастомозов. В 1 случае была выполнена лапароскопическая нефрэктомия, в другом – повторная открытая пиелопластика.

Выводы. Наш опыт свидетельствует об достаточно высокой эффективности применения лапароскопических реконструктивных вмешательств у детей с врожденным гидронефрозом.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Батанов Г.Б., Николайчук В.А.

Нижегородская государственная медицинская академия; детская городская клиническая больница №1, г. Нижний Новгород

Цель – представить частоту встречаемости атрезии пищевода (АП) у детей по данным городского стационара.

В детской городской больнице №1 с 2012 по 2014 г. пролечено 9 новорожденных с АП. Мальчиков было 5, девочек – 4. Все дети поступили из родильных домов города в первые сутки жизни. Вес при рождении варьировал от 1500 до 3000 г, из них недоношенных было 3. Гестационный возраст ниже 37 н.б. отметили у 3 пациентов, у 6 – соответствовал 38–40 н.б. В протоколах ультразвуковых антенатальных исследований выявили многоводие в 6 случаях.

Клинические симптомы АП проявлялись после рождения ребенка в виде непрекращающихся выделений обильной пенистой слюны изо рта и носа (ложная гиперсаливация).

Диагностику порока проводили в первые 12–24 ч после рождения, которая заключалась в интраназальном зондировании пищевода с помощью назогастрального катетера и пробе Элефанта с введением в пищевод через катетер порции воздуха, который при наличии атрезии с шумом выходил из носоглотки.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и брюшной полости в 100% случаев определяли слепой проксимальный отрезок пищевода и наличие воздуха в желудке и кишечнике при дистальном трахеопищеводном свище.

Комплексная предоперационная подготовка, заключалась в полном парентеральном питании; частой аспирации слюны, слизи из полости рта, носоглотки и дыхательных путей; непрерывной ингаляции увлажненного кислорода; проведении инфузионной, антибактериальной и симптоматической терапии.

Заднебоковую торакотомию на стороне грудной клетки, противоположной расположению дуги аорты, выполняли не позднее 36 ч после рождения. Диагност между сегментами пищевода был допустимым (не превышал 2 см), что позволило сопоставить концы и наложить однорядный анастомоз отдельными швами через все слои.

В ближайшем послеоперационном периоде у одного пациента возникла несостоятельность анастомоза с развитием медиастенита, что потребовало наложения эзофага и гастростомы. В 7 случаях коррекция порока привела к выздоровлению, 1 ребенок умер.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Карташев В.Н., Аврасин А.Л., Румянцева Г.Н., Медведев А.А., Янорова А.И.

Тверской государственный медицинский университет; ГБУЗ ДОКБ, г. Тверь

Цель – анализ результатов лечения детей с ЗПП. В исследование вошли 30 пациентов с ЗПП в возрасте

от 3 до 17 лет, проходивших лечение в урологическом отделении ДОКБ г. Твери за последние 5 лет. По тяже-

сти травмы выделены 4 группы больных: ушибы почек – 13 (43,3%); разрыв почечной паренхимы без повреждения ЧЛС – 8 (26,7%); разрыв почечной паренхимы с повреждением ЧЛС – 6 (20,0%); размождение почки, повреждение почечной ножки – 3 (10,0%); изолированная травма почки установлена у 20 (66,7%) детей, у 10 (33,3%) сочетанная: с ЗЧМТ (6), повреждением органов брюшной полости (4) и переломом костей скелета. Сроки поступления больных в клинику составили от 1 часа до 15 суток от получения травмы. Консервативное лечение проведено 25 (83,3%) пациентам, оперативному вмешательству подверглось 5 (16,7%) больных. Диагноз больным с ЗПП был установлен на основании: характера травмы; клинического осмотра; лабораторных исследований; УЗИ с оценкой интрааренального кровотока; экскреторной урографии. На наш взгляд, УЗИ почек и экскреторная урография позволяют объективно оценить характер повреждения почек, совместная чувствительность данных методов при ЗПП составляет 88,5–99%. При ушибе почки гемостатическая терапия проводилась до прекращения гематурии (от 1 до 5 сут), антибактериальная 7 дней. УЗИ за период госпитализации (в среднем 10 дней) выполнялось 2–3 раза. У 5 пациентов с разрывом паренхимы почки без повреждения ЧЛС диагностирована подкапсульная гематома, у 3 гематома в паранефрии. Гемостатическая терапия прово-

дилась до периода уменьшения гематомы и прекращения гематурии (9 дней), антибактериальная – 14 дней. Стационарное лечение продолжалось в среднем 19 дней, контрольное УЗИ почек выполняли 4–6 раз. Осложнений в виде разрыва капсулы почки гематомой, нагноение паранефральной гематомы не отмечено. Пациентам с разрывом паренхимы с повреждением ЧЛС назначалось консервативное лечение с ежедневным контролем лабораторных показателей и УЗИ до стабилизации размеров урогематомы и купирования макрогематурии. Гемостатическая терапия, включала в том числе, трансфузии компонентов крови, ее длительность составила в среднем, 11 дней, антибактериальной – от 14 до 21 дня. Консервативная терапия оказалась неэффективной у двух больных, которым выполнено ушивание разрывов паренхимы и наложение пиелостомы. Кровотечение, угрожающее жизни ребенка, явилось показанием к нефрэктомии у 3 детей с размождением почки. После выписки все дети с ЗПП наблюдались детского урологом, признаков нефросклероза и артериальной гипертензии у них не выявлено. Таким образом: сочетание УЗИ с доплерографией и экскреторная урография позволяют в большинстве случаев установить характер ЗПП и выбрать оптимальную лечебную тактику; консервативное лечение больных с разрывом почечной паренхимы эффективно в 85,7% случаев.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Каширин С. Д., Силюцкий А. И., Израелян Р. Э.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, г. Барнаул

Цель – Улучшить результаты лечения детей с портальной гипертензией.

Материалы и методы. С 2009 по 2014 г. на базе Алтайской Краевой Клинической Детской больницы в отделении хирургии для детей проходили лечение 48 детей с диагнозом: портальная гипертензия, внепеченочная форма, варикозное расширение вен пищевода от 1 до 4 степени, с гастро-эзофагальным кровотечением – 26 детей. Рецидивы кровотечений отмечены у 12 детей. В 22 случаях проведено оперативное вмешательство – гастротомия, прошивание варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Склерозирование вен пищевода проведено 34 пациентам. Использовался 1% раствор этоксисклерола эндо- и паравазально в дозе 2 мг/кг, 1 раз в неделю, 2–3 раза – в зависимости от степени варикозного расширения вен. Положительная динамика наблюдалась у 42 детей: уменьшение степени варикозного расширения вен пищевода, отсутствие рецидивов гастро-эзофагальных кровотечений, уменьшение степени воспалительных проявлений слизистой желудка и пи-

щевода, причем у 8 пациентов после курса склеротерапии наступила полная облитерация ВРВП.

Результаты. При всех формах СПГ эндоскопическое склерозирование в качестве самостоятельного метода лечения приводит к снижению ВРВП, вплоть до их полного рубцевания. Внедрение в клиническую практику предложенной схемы и тактики эндосклерозирования у детей позволило у 42 (88%) больных снизить степень ВРВП до 1–2 степени, а у некоторых до их полной облитерации. Программа лечения детей с синдромом ПГ на основе эндоскопического склерозирования ВРВП привела к снижению риска возникновения и частоты пищеводных кровотечений. Разработанная программа на основе склеротерапии вен пищевода позволила избежать летальных исходов, увеличить продолжительность и качество жизни у данной категории больных.

Выводы. Степень варикозного расширения вен пищевода отражает тяжесть синдрома ПГ и позволяет прогнозировать риск развития пищеводных кровотечений. Наличие варикозного расширения вен пищевода II сте-

пени и выше – показание к проведению эндоскопического склерозирования вен пищевода. Применение эндосклерозирования в качестве самостоятельного метода,

а также в сочетании с оперативным лечением позволяло у большинства больных уменьшить степень ВРВП, вплоть до их полного рубцевания.

ВАРИАНТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Киргизов И. В., Шишкин И. А., Апросимов М. Н., Апросимова С. И., Королева О. В.

Центральная Клиническая больница Управления делами Президента РФ, г. Москва

Актуальность. Функциональные результаты оперативной коррекции врожденных аноректальных пороков до настоящего времени нельзя назвать удовлетворительными. По мнению ряда авторов вполне достаточно проведение различных схем консервативного лечения включающих курсы физиотерапии, ЛФК, индивидуальных схем очищения кишечника при помощи клизм и медикаментозной терапии для медико-социальной реабилитации пациентов. Однако некоторые признают необходимость проведения повторных этапных оперативных вмешательств даже при отсутствии грубых анатомических дефектов, с целью улучшения функциональных результатов. Целесообразность и необходимость их проведения остается спорной до настоящего времени.

Целью исследования являлось оценить и сравнить результаты этапной оперативной коррекции недержания кала в сравнении с сугубо консервативными реабилитационными мероприятиями.

Материалы и методы. Перед основным этапом оперативного лечения дети с однотипными аноректальными пороками распределялись на 2 группы, методом простой очередности в зависимости от путей дальнейшей реабилитации. В 1-й группе ($n=26$) детей после основного этапа оперативной коррекции проводились исключительно консервативные реабилитационные мероприятия. Во 2-й группе ($n=27$) допускалась возможность этапной оперативной коррекции при неудовлетворительных функцио-

нальных результатах+консервативные мероприятия. Результаты лечения оценивали в возрасте 12 лет.

Функциональное состояние неопулы и заднего прохода после перенесенного радикального хирургического вмешательства определяли по схеме опроса больного или анкете для родителей по А. М. Holschneider (1983).

Полученные результаты. В 1-й группе проведен весь комплекс возможных консервативных реабилитационных мероприятий. Во 2-й группе оперативная коррекция проведена лишь у 19 детей (70%) детей. У 10 детей с высокими формами и недержанием кала проведена передняя сфинктеропластика в возрасте 5–7 лет. У 5 детей сфинктеропластика задним сагиттальным доступом в подтягиванием прямокишечно-копчиковой мышцы. У 4-х детей проведена как задняя, так и передняя сфинктеропластикопластика.

Оценивая результаты в 1-й группе детей в возрасте 12 лет по схеме опроса А. М. Holschneider (1983). Средний бал в этой группе составил $5,1 \pm 0,4$. Оценивая результаты второй группы в возрасте 12 лет по схеме опроснику А. М. Holschneider (1983) нормальные результаты у 3, хорошие у 8 детей, удовлетворительные у 15 детей неудовлетворительные у 1. Средний статистический бал был $9,5 \pm 0,3$.

Выводы. Функциональные результаты достоверно лучше у 2-й группы детей у которых комплексе реабилитационных мероприятий проводилась этапные оперативные коррекции с консервативной терапией.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Киргизов И. В., Линник А. В., Шишкин И. А., Шахтарин А. В.

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации», г. Москва
ГБУЗ ПК «Детская городская поликлиника № 10», г. Пермь

Цель – оценка эффективности отдаленных результатов лапароскопического способа хирургической операции болезни Гиршпрунга (БГ) у детей.

Материалы и методы. С 2010 по 2014 г. мы наблюдали 40 детей в возрасте от 3 до 15 лет с аганглиозом толстой кишки, которым была выполнена трансанальная лапароскопически ассистированная резекция толстой кишки. Пациентов с ректальной формой БГ было 20%, с ректосигмоидной – 80%. Плановое хирургическое вмешательство проводилось после тщательной подготовки кишечника, которая включала ежедневные сифонные клизмы, бесшлаковую диету с использованием про-

дуктов энтеральной поддержки. Всем детям выполнена лапароскопически ассистированная одномоментная трансанальная резекция с наложением кишечного анастомоза. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Для объективизации функциональных результатов хирургического лечения всем пациентам через 12 мес после операции проводилось определение ректальной чувствительности до появления императивного позыва на дефекацию по усовершенствованной нами методике.

Результаты. Функциональные результаты перенесенной операции оценивались через 12 мес после выписки из стационара. Данный промежуток времени был

необходим для полного формирования кишечного анастомоза и постепенного приобретения больным функции удержания, с формированием позыва на дефекацию, который контролировался с помощью ректонометрии. Хорошие результаты лечения были диагностированы у 65% ($n=26$) детей. Такие пациенты могли контролировать акт дефекации, который происходил не более 1–2 раза в день, чувство позыва было сохранено, непроизвольное выделение каловых масс не отмечалось. Средний объем жидкости необходимый для возникновения рефлекса опорожнения, составил $131,42 \pm 5,4$ мл. Это свидетельствовало о формировании лучшей резервуарной функции неоректума. Удовлетворительные результаты отмечались у 20% пациентов. У них при нарушении диеты отмечались задержки стула не более 1–2 дней, дефекация происходила как самостоятельно, так и после проведения очистительной клизмы, при этом чувство по-

зыва на дефекацию было снижено. Это подтвердили данные ректальной чувствительности, которые составили $152,36 \pm 3,8$ мл. Неудовлетворительные результаты лечения наблюдались у 15%. У таких пациентов сохранялись задержки стула до 3–4 дней, накопление и длительный застой фекальных масс приводил к непроизвольному каломазанию, позыв на дефекацию был резко снижен. Результаты ректонометрии составили $168,87 \pm 2,9$ мл.

Выводы. Выполнение лапароскопически ассистированной операции при БГ у детей позволяет провести радикальное хирургическое вмешательство в один этап с минимальной травмой толстой кишки. Разработанный и внедренный метод ректонометрии позволяет выявлять императивный позыв на дефекацию, что помогает объективизировать функциональные результаты после перенесенной радикальной операции и дает представление о формирующейся резервуарной функции неоректума.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АНОРЕКТОПЛАСТИКА ПРИ ВЫСОКИХ АТРЕЗИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Киргизов И. В., Минаев С. И., Шишкин И. А., Апросимова С. И., Королева О. В.

Центральная клиническая больница Управления делами Президента РФ, г. Москва; Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Лечение аноректальных пороков развития является сложной и до конца не решенной проблемой детской хирургии, количество неудовлетворительных результатов лечения остается высоким до 60%. С 1999 г. описана лапароскопическая аноректопластика, которая активно стала внедряться во всем мире. Нами данная методика выполняется с 2008 г.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ результатов лечения данным методом.

Материалы и методы. С 2008 по 2014 г. лапароскопическая аноректопластика проведена у 115 детей. Возраст от 6 мес до 3-х лет (средний возраст $11,6 \pm 0,6$ мес). Мальчиков 92, девочек 23. В возрасте 4–5 лет проведена оценка функциональных результатов после первичных радикальных операций при помощи интегрированной схемы опроса пациентов и родителей по А. М. Holschneider (1983). В зависимости от количества набранных баллов функциональные результаты расценены как хорошие, нормальные, удовлетворительные, неудовлетворительные.

Результаты исследования. У 1 ребенка на этапах становления методики отмечался абсцесс малого таза, потребовавший лапаротомии и дренирования малого таза, у 3 детей низвести дистальные отделы толстой кишки не удалось из-за слишком короткого отводящего (от стомы) отдела толстой кишки, что потребовало резекции дистальных отделов устранения колостомы и мобилизации приводящих от стомы отделов толстой кишки.

У 17% детей в течение 1 года после операции отмечался пролапс слизистой толстой кишки. Хорошие и нормальные функциональные результаты получены в 43,3%, удовлетворительные у 30%, плохие у 26,7%.

Выводы. Лапароскопическая проктопластика у детей с высокой атрезией является менее травматичной и наиболее оправданной методикой. Для исключения неудовлетворительных результатов на этапе выведения стомы рекомендуем накладывать ее не слишком низко на сигмовидную кишку.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКИ У ДЕТЕЙ

Киргизов И. В., Шишкин И. А., Апросимов М. Н., Апросимова С. И., Королева О. В.

Центральная клиническая больница Управления делами Президента РФ, г. Москва; Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Персистирующая клоака – тяжелый аноректальный порок, с частотой встречаемости 1:250 000 новорожденных. До настоящего времени методы оперативной коррекции его до конца не раскрыты. Лечение данной патологии нами проводится с 2007 г.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ результатов лечения данным методом.

Материалы и методы. С 2007 по 2014 г. мы располагаем опытом лечения 24 пациентов с персистирующей клоакой. Перед оперативным лечением проведено генетическое исследование кариотипа, предоперационное

обследование в полном объеме. Ключевым являлась колоскопия, которая позволила всех детей с этой патологией распределить на 2 группы с коротким колокальным каналом менее 3 см и длинным колокальным каналом более 3 см. В возрасте 3–7 лет проведено катамнестическое исследование с оценкой удержания кала и мочи.

Результаты исследования. На основном этапе оперативного лечения средний возраст составил $1,3 \pm 0,1$ год. У всех детей был нормальный кариотип 46XX. Изолированный порок развития наблюдался у 4-х детей, патология мочевыделительной системы (исключая колокальное впадение уретры) выявлена у 17 детей; патология сердечно-сосудистой системы у 9 детей; опорно-двигательного аппарата у 7 детей. Короткий колокальный канал имел место у 9 пациентов, длинный колокальный канал у 15 детей.

В зависимости от варианта порока проведены следующие методы оперативной коррекции: заднесагитальная проктовагиноуретропластика у 5 детей; лапароскопическая

аноректопроктопластика + промежностная проктопластика и частичная урогенитальная мобилизация у 4 (у всех с коротким колокальным каналом); заднесагитальная проктопластика + тотальная урогенитальная мобилизация у 3х детей; брюшно-промежностная + заднесагитальная проктопластика с замещением части влагиалища сегментом толстой или тонкой кишки у 12 детей.

В возрасте 3–7 лет проведено катамнестическое исследование. В группе детей с коротким колокальным каналом удержание кала отмечено у 67%; удержание мочи у 78%. В группе детей с длинным колокальным каналом удержание кала у 39%; удержанием мочи у 77%

Выводы. Объем и вид оперативного лечения индивидуализирован и зависит от длины колокального канала и топографических особенностей органов малого таза. Результаты лечения также зависят от варианта порока и вида и техники оперативного пособия, но в этом вопросе еще есть к чему стремиться!

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКЦИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ

Киреева Н.Б., Хафизова Л.А., Заугаров М.Ю., Арефьев А.Б.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России; ГБУЗ НО «НОДКБ», г. Нижний Новгород

Цель исследования – анализ роли эндоскопических методов в лечении обструктивного мегауретерогидронефроза (ОМУГН) в клинике НижГМА.

Материал и методы. За 2013–2015 гг. в клинике детской хирургии НижГМА на базе ГБУЗ НО «НОДКБ» оперирован 41 больной в возрасте от 3 мес до 16 лет с ОМУГН. Из них мальчиков было 31 (75%), девочек – 10 (25%). До года оперировано 12 детей (29%), в возрасте 1–3 лет – 17 (44%), 3–13 лет – 15 (27%).

Эндоскопическое бужирование и стентирование мочеточников стентами фирм «МИТ» и «Rush» выполнено 13 детям (32%) в грудном и раннем возрасте. При этом во время стентирования уточнялись причины обструкции: уретероцеле, дивертикул, ее протяженность и выраженность. Эндоскопическое рассечение уретероцеле проведено 5 больным (6 мочеточников, 15%).

Уретероцистостомия по Козну с резекцией стенозированного участка выполнена у 11 больных (12 мочеточников); пиелостомия – в 5 случаях; нефроуретерэктомия – у 2 пациентов; ликвидация инфравезикальной обструкции – 3 детям.

7 (17%) пациентам выполнена эндоскопическая коррекция ДАМ+ послеоперационного пузырно-мочеточни-

кового рефлюкса (ППМР). Следует отметить, что только у одного ребенка с ППМР отмечены периодические обострения пиелонефрита. У остальных детей не было клиники пиелонефрита. По данным УЗИ сохранялись рост и развитие почки, на внутривенных урограммах отмечалось улучшение или восстановление уродинамики. Единственным поводом к эндоскопическому лечению являлось обнаружение ППМР на цистограммах. Это находит объяснение в гидродинамической модели уродинамики: повышение давления в мочеточнике вследствие обструкции вызывает целый ряд вторичных изменений – значительное расширение, вынужденное возникновение растяжений, «карманов» (дивертикулов), «колен», перегибов, «естественное» появление местных разрывов, разрастание в длину, истончение стенок, компенсаторное формирование дополнительных каналов оттока (ПМР) еще в антенатальном периоде. После ликвидации обструкции происходит «гашение» рефлюкса в изгибах мочеточника, в результате чего нет высокого давления внутри почки и агрессии пиелонефрита.

Заключение. В 70% случаев в лечении ОМУГН применяются эндоскопические методы: бужирование, стентирование мочеточника, рассечение уретероцеле и коррекция ППМР.

ПОСТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У ДЕТЕЙ

Кобилев Э.Э., Раупов Ф.С., Ахмедов А.Т., Халимова Д.Ж., Степаньян Е.С., Саидова С.Г., Саидова Н.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель – улучшение результатов лечения посттравматических панкреатитов у детей.

Метод основан на динамические ультразвуковое исследование (УЗИ) *pancreasa* и определение диастазы в крови.

В последние 10 лет на базе кафедры детской хирургии Бухарского государственного медицинского института с диагнозом: «Закрытая травма органов брюшной полости» находились 268 детей в возрасте от 1-го года до 14 лет, из них мальчиков – 156 (58,2%), девочек было – 112 (41,8%). Всем больным поступившим с повреждениями органов брюшной полости в момент поступления в стационар и в динамике производилось ультразвуковое исследование органов, комплекс необходимых клинико-лабораторных исследований. При анализе выше указанных данных выявлено, что травматическое повреждение поджелудочной железы обнаружено у 4 (1,5%) больных. У этих больных лабораторно обнаружено повышение уровня диастазы в крови. При УЗИ отмечались отек, инфильтрация и нарушения анатомической целостности поджелудочной железы в том или ином уровне. Из них у 3-х (75%) больных посттравматический панкреатит удалось вылечить консервативным путем, а у 1-го (25%) из них в поврежденном *pancrease* обнаружено развитие посттравматической псевдокисты. При изучение данных этого больного выяснилось, что примерно за 1 ч он упал неудачно с арбы и в очень тяжелом состоянии больной доставлен в стационар. Произведено комплекс лечебно-диагностических

мероприятий, при УЗИ в проекции ворот селезенки, забрюшинно, обнаружено жидкостное, округлое образование размерами 20×15 мм. Лабораторные показатели крови и мочи без особенностей, диастаза крови – 64 ед. на 5-е сутки, в динамике наблюдения общее состояние больного оставался стабильно-тяжелой, диастаза в крови увеличилось до 128 ед., УЗИ размеры жидкостного образования составило 50×47 мм, к 8-м суткам размеры жидкостного образования увеличилась до 129×98 мм, в брюшной полости диагностировано свободная жидкость до 60 мл, в хвостатой части *pancreas* отмечался дефект капсулы и паренхимы. Больной взят на операцию, обнаружено повреждения *pancreas* размерами 3×12 мм, в области корня поперечно-ободочной кишки выявлено жидкостное образования, содержащее около 200 мл мутной жидкости (диастаза которого составляло 65536 ед.), которое дренировано. В послеоперационном периоде состояние больного улучшилось, и ребенок в относительно удовлетворительном состоянии выписан домой.

Таким образом, панкреатит у детей встречается крайне редко, но при этом протекает очень бурно, что требует настороженного внимания к больным, поступающим с травмой брюшной полости.

ОСЛОЖНЕННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ У ДЕТЕЙ

Кобилев Э.Э., Раупов Ф.С., Шаропова М.С., Ахмедов А.Т., Халимова Д.Ж., Степаньян Е.С., Саидова С.Г., Саидова Н.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель – изучение частоты встречаемости дивертикула Меккеля и ее осложнений у детей.

Метод основан на ретроспективном изучении истории болезни прооперированных больных детей с «острым животом».

В последние 5 лет на базе кафедры детской хирургии Бухарского государственного медицинского института из поступивших больных с «острым животом» прооперировано 1246 детей в возрасте от 1-го года до 14 лет, из них мальчиков – 723 (58%), девочек было – 523 (42%). Всем поступившим больным с «острым животом» в момент поступления в стационар и в динамике производилось клинико-лабораторные и инструментальные обследование органов брюшной полости.

Данные обследование выявили, что с различными формами острого аппендицита прооперировано 1130 (90,7%) больных, с первичным перитонитом 53 (4,4%), спаечной кишечной непроходимостью 19 (1,5%), странгуляционная кишечная непроходимость обнаружено у 20 (1,5%), больных, с инвагинацией кишечника оперированы 14 (1,1%) больных и с опухолью брюшной полости прооперированы 10 (0,8%) больных. При анализе выше указанных данных выявлено, что у этих прооперированных больных, интраопера-

ционно, выявлено наличие дивертикула Меккеля у 27 (2,2%) больных.

Из этих 27 больных, в 6 (20,2%) случаях обнаружено осложнения со стороны дивертикула Меккеля. При этом изменения дивертикула Меккеля воспалительного характера выявлено у 5 (83,3%) больных, которым интраоперационно производилось дивертикулэктомия. А у 1-го больного (17,7%) выявили перфорацию дивертикула Меккеля инородным телом, в частности булавкой.

Интраоперационно, при обнаружении неосложненного дивертикула Меккеля и отсутствие воспалительных явлений со стороны брюшины, произведено дивертикулэктомия с погружением в «кисет» или клиновидное иссечение в зависимости от формы дивертикула. У больных с осложнениями дивертикула Меккеля приходилось клиновидно иссекать или резецировать часть тонкой кишки с последующим наложением анастомоза «конец в конец».

Таким образом, дивертикул Меккеля у детей встречается крайне редко, но все еще остается серьезной проблемой детской хирургии, требующей к себе серьезного внимания, особенно при осмотре больных с абдоминальной болью, и кровотечение из желудочно-кишечного тракта неясной этиологии.

СИНДРОМ КЛИППЕЛЬ – ТРЕНОНЕ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Кобяцкий А. В., Дроздов А. В., Сухов М. Н., Лывина И. П., Исаева М. В., Гарбузов Р. В., Мустафа А. Х., Дониш Е. К., Кузетченко И. Н., Лайшева О. А.

ФГБУ РДКБ Минздрава России, г. Москва

Введение. Синдром Клиппель – Треноне является тяжелой врожденной сочетанной патологией венозной системы конечностей у детей, приводящей к инвалидизации. Прогрессирующая венозная застой сопровождается эндоваскулярными воспалительными явлениями и как следствие, приводит к ухудшению трофики тканей с образованием язв и интоксикационному синдрому. Наличие дермальных повреждений (гиперкератоз, васкулярные папилломатозные разрастания) и кровоточивость из них, способствуют развитию хронической анемии.

Попытки хирургической коррекции данного порока (удаление эмбриональной вены, рассечение эмбриональных спаек) не приносят желаемого эффекта, а в ряде случаев усугубляют патологию.

Методы. С 1995 г. по настоящее время в отделении микрохирургии №2 проходили этапное лечение 332 пациента с синдромом Клиппель – Треноне. Для топической диагностики использованы ультразвуковое ангиосканирование, ангиография с 3D-реконструкцией сосудистого русла, КТ-ангиография. У всех детей выявлено наличие эмбриональной вены, но с различным топическим расположением. У 34 (10,2%) пациентов определена тотальная гипоплазия глубоких вен конечности, у 132 (39,7%) больных – гипоплазия глубоких вен голени, у 99 (29,8%) пациентов – гипоплазия бедренной и подколенной вены, у 67 (20,1%) детей – сегментарная гипоплазия бедренной вены.

В последние 6 лет пациенты дополнительно обследуются для выявления патологии свертывающей системы

крови (тромбофилии). При обследовании на патологию гемостаза в 44% случаев выявлена предрасположенность к тромбофилии.

С целью улучшения кровотока по глубоким венам конечности нами использован комбинированный метод лечения включающий: магнитотерапию, лазеротерапию, гидротерапию, ЛФК. Всем детям стационарно и амбулаторно назначались курсы венотоников, непрямых дезагрегантов, а так же постоянное ношение компрессионного трикотажа. Пациентам с дермальными осложнениями проведены различные варианты малоинвазивного оперативного лечения: радиоволновой деструкции, плазмодеструкции, фотодеструкции.

Результаты. При сочетании курсов комбинированного консервативного и малоинвазивного оперативного лечения достигнуто значительное улучшение качества жизни у 280 (84,3%) пациентов: снятие симптомов венозной недостаточности и купирование источников кровотечения.

Выводы. Исследование системы гемостаза помогает своевременно выявлять и корректировать патологические состояния, связанные с тромботическими осложнениями венозного русла.

Первостепенным в лечении синдрома Клиппель-Треноне у детей, является проведение курсов комбинированного консервативного и малоинвазивного оперативного лечения, направленных на снятие симптомов венозной недостаточности и купирование источников кровотечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Ковалева О. А., Рудакова Э. А., Юрков С. В.

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России

Цель настоящей работы – анализ абдоминальных осложнений после вентрикулоперитонеального шунтирования у детей с окклюзионной гидроцефалией.

Материал и методы. Изучено 144 историй болезни 117 детей в возрасте от 1 мес до 5 лет, которым было выполнена шунтирующая операция и хирургические вмешательства по поводу возникших осложнений. Всем детям проведен комплекс диагностических процедур, включавший в себя методы общеклинического, инструментального обследования и методы лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ). Ревизию абдоминального конца шунта выполняли открытым способом или при помощи лапароскопии.

Результаты и обсуждение. 117 детям выполнены шунтирующие операции. В первые 3 мес жизни оперирован 51 ребенок (43,5%). Поводом для повторных операций явились: нарушение проходимости абдоминального конца шунта (36 детей – 30%), ликворные псевдокисты (5 детей – 4,2%), частичная кишечная непроходимость (3 детей – 2,56%), перфорация кишки (2 детей – 1,7%), ограниченный перитонит (1 ребенок – 0,85%), обтурация центрального клапана (2 детей – 1,7%), некроз мягких тканей над клапаном (1 ребенок – 0,85%). Из 117 детей повторные операции выполнены 59 пациентам (50,4%). Ревизия абдоми-

нального конца шунта проведена в 48 случаях (41%), из них открытым способом у 19 (32,75%) пациентов, лапароскопическим – у 29 (50,0%). Неоднократные вмешательства (17 операций) выполнены семи больным, что составило, в среднем, 2,43 раза. Необходимость выполнения нескольких вмешательств была обусловлена выраженным спаечным процессом в брюшной полости. Это же обстоятельство способствовало формированию ликворных псевдокист, приводящих к нарушению пассажа спинномозговой жидкости и развитию ликвородинамических кризов

с резкой декомпенсацией. Установлено, что ликворные псевдокисты формировались у детей, шунтирующая система которым установлена в условиях продолжающегося венитрикулита, причем у двух пациентов абдоминальный конец шунта находился вне полости псевдокисты. Летальных исходов не было.

Таким образом, абдоминальные осложнения после хирургического лечения окклюзионной гидроцефалии у детей наиболее часто обусловлены вторичным инфицированием брюшной полости, реакцией брюшины на инородное тело в виде спайкообразования.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕКАЛОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ КОНСКОГО ХВОСТА У ДЕТЕЙ

Коваль Р.П., Мишкин В.В., Ларькин И.И., Ларькин В.И.

БУЗОО «Городская детская клиническая больница №3», отделение нейрохирургии, г. Омск; ОмГМА, кафедра неврологии и нейрохирургии

Нейроэндоскопические операции в детской нейрохирургии, ввиду анатомо-физиологических особенностей детского организма, имеют огромную значимость. Минимально-инвазивные технологии завоевали огромную популярность своей ценной возможностью обзора и манипуляций под оптическим увеличением за пределами прямой видимости операционной раны. Тем самым, при минимальной травматичности, обеспечивается максимальная доступность к патологическому очагу и высокая эффективность результата, что сказывается на дальнейшем росте и развитии ребенка.

Цель – применить гибкий эндоскоп в качестве текалоскопической ассистенции во время костнопластической ламинэктомии доступом «Open-Door», для визуализации опухоли конского хвоста.

Материалы и методы. Проведен анализ протоколов операций трех детей с миксопапиллярной эпендимой конского хвоста, при устранении которой, для визуального контроля объема удаленной опухоли использовался гибкий эндоскоп фирмы Karl Storz, диаметром 2,8 мм. Под видеоконтролем проводилась ревизия субдурально-го пространства в краниальном и каудальном направле-

ниях до L2 – S2. Изменяя угол обзора, за счет гибкой рабочей части эндоскопа, не травмируя окружающие ткани, детально исследована дорсальная поверхность спинного мозга, контроль гемостаза, остатков опухолевой ткани.

Результаты. Использование гибкого эндоскопа позволило без лишней травматизации и дополнительных тракций провести эксплорацию субарахноидального пространства каудальнее и краниальнее оперативного доступа. Тем самым, обеспечив высокую достоверность визуального контроля вне зоны операционного поля и уверенность в полноте объема выполненной операции.

Выводы. Анализ проведенной работы, позволяет однозначно трактовать, что эндоскопическую ассистенцию с применением гибкого эндоскопа можно успешно использовать в детской практике при удалении экстрамедуллярных новообразований спинного мозга. Использование текалоскопии и эпидуроскопии в детской нейрохирургии открывает множество перспектив для дальнейшего совершенствования методик и изыскания новых показаний к ее применению.

СРАВНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ ГАСТРОСТОМИЧЕСКИХ ТРУБОК У ДЕТЕЙ

Ковальков К.А., Козлов Ю.А.

МБУЗ «Детская городская клиническая больница», г. Кемерово; Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, г. Иркутск; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования

Цель. Лапароскопическая гастростомия является распространенной хирургической процедурой в детской хирургии. Мы сообщаем данные сравнения двух эндоскопических методов фиксации гастростомических трубок с использованием U-образных швов и анкерных устройств Saf-T-Pexu.

Материал и методы. В период между январем 2012 г. и июнем 2014 г. было выполнено 24 операции лапароскопической установки гастростомической трубки с применением U-образных швов (Группа I) и 24 операции с использованием якорных приспособлений Saf-T-Pexu (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 23,75 мин. В противоположность этому – время операции в группе II было 22,71 мин. Время начала кормления и перехода на полное энтеральное питание было сопоставимо у пациентов обеих групп (9,96 против 10,63 ч; 23,13 против 24,5 ч, $p > 0,05$). Также регистрировалось одинаковое время пребывания в госпитале у пациентов сравниваемых групп (7,25 дня против 7,21 дней; $p > 0,05$). В раннем периоде наблюдений после операций регистрировались малые осложнения, которые, однако, не потребовали повторных реконструктивных хирургических вмешательств. Проблемы, возникшие после операции, регистрировались у различной части пациентов с ощутимым статистически значимым превосходством в группе II (41,67% против 8,33%; $p = 0,036$). Основные послеоперационные осложнения заключались в появлении симптомов контактного дерматита, избыточного роста грануляций

или подтекания желудочного содержимого. Местное использование антибактериальных мазей и коагулирующих агентов позволило остановить и обратить вспять развитие малых перистомальных проблем. *Отдаленное наблюдение* за пациентами на протяжении от 3 до 24 месяцев не выявило различий в исходах заболеваний. Летальность в отдаленные сроки после хирургического вмешательства составила 10 и 11%. Однако, ни один из смертельных случаев не был связан с процедурой установки желудочной трубки, а был обусловлен тяжелым поражением нервной системы. У 5 детей группы I и 7 детей группы II потребность в гастростоме с течением времени отпала. Гастроэзофагеальный рефлюкс возник у одинакового количества детей обеих групп (2 пациента – 8,3%) в среднем через 3 мес спустя гастростомии. Косметический результат лапароскопической гастростомии не отличался в группах сравнения. Следы лапароскопического разреза становились невидимы при обычном осмотре, скрываясь в складке пупочного кольца.

Заключение. Анкерные устройства Saf-T-Pexu являются простым и эффективным методом гастропексии при установке гастростомических трубок, который позволяет сократить число послеоперационных осложнений.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Коварский С. Л., Меновщикова Л. Б., Складорова Т. А., Захаров А. И., Текотов А. Н.

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

Цель – проанализировать разнообразие инородных тел мочевого пузыря у детей, а также варианты их диагностики и удаления.

Материалы и методы. С 2008 по 2013 г. в отделении урологии и плановой хирургии ДГКБ № 13 г. Москвы находились на лечении 4 детей с редко встречающимися инородными телами мочевого пузыря. Больной С., 12 л. поступил в клинику с жалобами на болезненные мочеиспускания. Накануне поступления подросток самостоятельно ввел в уретру волосок щетины венника, из полимерного материала. В последующем у ребенка отмечалась гематурия. В отделении при УЗИ выявлено инородное тело в мочевом пузыре. Выполнена цистоскопия, визуализировано инородное тело в просвете мочевого пузыря, удалено эндоскопическими щипцами. Пациент К., 7 л., находился на обследовании и лечении в 2009 г. В возрасте 3 суток жизни ребенок оперирован по м/ж по поводу эмбриональной грыжи, свища урахуса – выполнена пластика передней брюшной стенки, ушивание свища урахуса. Неоднократно обследовался и получал консервативное лечение в различных лечебных учреждениях г. Москвы по поводу рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей. На цистографии мочевого пузыря больших размеров, неправильной формы, с наличием

ем дивертикулородного выпячивания на верхушке. По данным ФИМП – мочевого пузыря гипотоничный с максимальным объемом до 700 мл. Выполнена лапароскопическая дивертикулэктомия. в просвете макропрепарата, выявлено инородное тело – кусок перчаточной резины размерами 1,5×1,5 см. Больной С., 14 л., находился на лечении в феврале 2013 г. с диагнозом: Множественные инородные тела мочевого пузыря (36 магнитных шариков). Гематурия. За сутки до поступления пациент занимаясь мастурбацией, ввел себе в уретру последовательно 36 магнитных шариков для достижения оргазма. Поступил к нам в связи с развитием уретроррагии и болезненного мочеиспускания. На цистоуретрографии – передняя и задняя уретры проходимы, затеки контрастного вещества не определяются. В полости мочевого пузыря определяется конгломерат инородных тел – шариков. По данным УЗИ диагноз подтвержден. Выполнена цистотомия, удаление инородных тел мочевого пузыря. Аналогичная ситуация у мальчика 12 лет – 19 шариков, удалены путем цистотомии.

Заключение. Приведенные наблюдения демонстрируют случаи редко встречающихся инородных тел мочевого пузыря у детей и различные варианты их диагностики и удаления.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Комелягин Д. Ю., Дубин С. А., Петухов А. В., Слипенко В. Г., Дземешко Е. Ю., Строгонов И. А., Венгерская Г. В., Стрига Е. В., Владимиров Ф. И., Дергаченко А. В., Дергаченко Ан. В., Вафина Х. Я., Полуэктов М. Г.

Детская городская клиническая больница святого Владимира, г. Москва; Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова НИИ хирургии детского возраста, г. Москва

Цель – повышение эффективности лечения детей с синдромом обструктивного апноэ во сне (СОАС) обусловленным недоразвитием костей лицевого скелета.

Материалы и методы. С 1998 г. в ДГКБ св. Владимира прооперировано 98 детей в возрасте от 4 дней до 16 лет с СОАС, обусловленным недоразвитием костей лицевого скелета. Из них 50 новорожденных с синдромом Пьера Робена; 25 – с анкилозом или артрозом височно-нижнечелюстного сустава и недоразвитием нижней челюсти, 8 – с дефектом и недоразвитием нижней челюсти, с синдромом Крузона – 3, с синдромом I–II жаберных дуг – 6, по одному с синдромом Нагера, Франческетти, Халлерманна-Штрайфа, Ханхарта, Аперта.

С тяжелой степенью синдрома дыхательной обструкции было 46 детей (46,9%), со средней – 30 пациентов (30,6%), с легкой – 22 ребенка (22,4%).

У новорожденных с синдромом Пьера Робена обструктивные нарушения дыхания отмечались и в состоянии бодрствования. У части из них самостоятельное дыхание через естественные дыхательные пути было невозможно, в связи с чем, такие дети поступали в отделение реанимации, интубированные назотрахеальной трубкой.

В качестве стандартного метода обследования выполнялась компьютерная томография лицевого скелета. При необходимости для планирования операции изготовлялась твердотельная модель черепа. Из специальных методов обследования применялась компьютерная спирография и ночная полисомнография.

У всех детей применен метод компрессионно-дистракционного остеосинтеза. Операция выполнялась с целью устранения недоразвития костей лицевого ске-

лета, обуславливающей СОАС. Оперативное вмешательство заключалось в остеотомии нижней или средней зоны лица, фиксации на костных фрагментах компрессионно-дистракционных аппаратов и последующей дистракцией этих фрагментов.

Применялись стержневые и, в подавляющем большинстве, на костные аппараты фирм: КОНМЕТ, Martin, Synthes.

Дистракция начиналась на 5–10-й день после операции по 1 мм в сутки за 4 приема по 0,25 мм и 0,5 мм в сутки (2×0,25 мм) для средней зоны лица до достижения правильного анатомического положения челюстей. На 5–10 сутки дистракции явления обструкции верхних дыхательных путей полностью купировались. Дети с синдромом Пьера – Робена на самостоятельное питание переводились на 10–15-е сутки дистракции. Длительность периода дистракции составила от 14 до 30 дней. Ретенционный период составил 3–5 мес (в среднем – 3,5 мес).

Результаты. Хороший результат по показателям дыхания получен у 87 детей, удовлетворительный – у 7, отрицательный – у 4 (у 1 ребенка отрицательный результат связан с анатомическими особенностями строения дна полости рта; 3 детей умерли от сопутствующей сердечно-легочной патологии).

Выводы. Компрессионно-дистракционный остеосинтез зарекомендовал себя эффективным, надежным методом лечения детей с синдромом обструктивного апноэ во сне, обусловленным недоразвитием костей лицевого скелета. Метод позволяет добиться стойких и длительных хороших результатов лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОПРАНОЛОЛА У ДЕТЕЙ С МЛАДЕНЧЕСКИМИ ГЕАНГИОМАМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

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

Детская городская клиническая больница святого Владимира, г. Москва; Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова НИИ хирургии детского возраста, г. Москва; Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, г. Москва

Цель – определить эффективность пропранолола в лечении детей с младенческими гемангиомами.

Материалы и методы. С 2011 г. по май 2015 г. в ДГКБ святого Владимира проводилось лечение детей с младенческими гемангиомами препаратом пропранолол в дози-

ровке 2 мг/кг в сутки, длительностью до 8 месяцев. Пролечен 181 пациент в возрасте от 1 недели до 4 лет. Из них мальчиков – 73 (40,3%), девочек – 108 (59,7%). Младенческие гемангиомы локализовались: в околоушно-жевательной области у 49 (27%) детей; в области носа – 21 (11,6%)

пациента; в орбитальной области – 28 (15,5%) больных; в области верхней и нижней губ – 24 (13,3%) пациентов; в шейной области 14 (7,7%) больных; у 18 (9,9%) – в области волосистой части головы, и у 27 (15%) детей младенческая гемангиома поражала несколько анатомических областей. Всем пациентам перед началом лечения проводилось комплексное обследование: фотодокументация с использованием метрической шкалы с последующей еженедельной оценкой изменений размеров гемангиомы, кардиологическое (ЭКГ, эхокардиография, холтеровское мониторирование, измерение АД), фиброларингоскопия, определение уровня глюкозы в крови, ультразвуковое исследование с доплерографией. Компьютерную томографию с контрастированием, с последующей 3D реконструкцией, выполняли в том случае, если по данным УЗИ невозможно было определить размеры гемангиомы и объем пораженных тканей новообразованием.

Пациенты были распределены на 2 группы. Первая группа составила 122 (67,4%) больных, получавших различные виды лечения в других клиниках: гормонотерапию, склерозирование спиртом, склерозирование фибровейном, применение CO₂ лазера, криодеструкцию, рентгенотерапию, фотохромотерапию в ходе которых не было достигнуто положительного результата лечения, а в некоторых случаях был отмечен бурный рост гемангиомы. Вторая группа – 59 (32,6%) пациентов, которые изначально лечения не получали.

Результаты. В результате проведенного лечения в 1 группе получены хорошие результаты у 93 пациентов

(76,2%), удовлетворительные у 23 детей (18,8%) и отрицательный – 6 больных (5%). Во 2 группе хороший результат получен у 54 (91,5%) пациентов, а отсутствие эффекта от терапии пропранололом отмечено у 5 (8,5%) больных. Положительный эффект от пропранолола, при лечении младенческих гемангиом, определялся уже после 5–7 дней от начала приема препарата. В дальнейшем всем пациентам с отрицательным результатом была выполнена операция по удалению сосудистой опухоли, в первой группе результатом морфологического исследования было – гемангиоэндотелиома у 4 детей, а у 2 – младенческая гемангиома; во второй группе во всех случаях была выявлена гемангиоэндотелиома. Осложнения в виде проходящей брадикардии были у 5 (2,8%) пациентов с конечным хорошим результатом лечения. Снижение глюкозы крови у пациентов не отмечено. У 10 (5,5%) пациентов при фиброларингоскопии выявлена ларингомаляция, в 4 (2,2%) случаях выявлена гемангиома в области гортаноглотки. У 6 (3,3%) детей при УЗИ исследовании брюшной полости выявлены гемангиомы печени, с последующим излечением.

Выводы. Назначение пропранолола как препарата первой линии терапии позволяет достигать хороших косметических и функциональных результатов. Использование других видов лечения гемангиом снижает эффективность терапии пропранололом. Применение пропранолола можно считать методом дифференциальной диагностики между младенческой гемангиомой и другими сосудистыми опухолями.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НАРКОЗА У ДЕТЕЙ С КАПИЛЛЯРНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИХ ЛАЗЕРОМ

Комелягин Д. Ю., Слипенко В. Г., Воробьев В. В., Дергаченко А. В., Петухов А. В., Дубин С. А., Владимиров Ф. И., Пачес О. А., Стрига Е. В., Шафранов В. В., Иванов А. В., Дергаченко А. В.

Детская городская клиническая больница святого Владимира, г. Москва; Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова НИИ хирургии детского возраста, г. Москва

Цель – анализ эффективности проведения наркоза детям с капиллярными мальформациями в области головы и шеи при использовании чрескожной коагуляции сосудов кожи лазером.

Материалы и методы. С 2013 по май 2015 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии ДГКБ св. Владимира проводилось лечение 25 пациентов с капиллярными мальформациями в области головы и шеи в возрасте от 3 мес до 12 лет. У 19 детей порок развития сосудов кожи был выявлен в нескольких областях: лобной, орбитальной, щечной, а также в области губ и шеи. У 4 пациентов – в области носа и верхней губы, 1 ребенок был с поражением всей левой половины лица, шеи и грудной клетки. И 1 больной был с капиллярной мальформацией в области преддверия носа.

Для чрескожной коагуляции патологических сосудов кожи применялся импульсный лазер с накачкой лампой-вспышкой на пигментах Vbeam Perfecta фирмы Candela,

длина волны 595 нм. Использовались датчики с диаметром пятна 5, 7 и 10 мм. Манипуляции проводились в режиме Port Wine Stains (Facial, Neck and Head) с индивидуальным подбором энергии, частоты следования импульсов и длительности импульсов лазерного излучения. У 3 пациентов для обезболивания применялась аппликационная анестезия, использовался крем ЭМЛА (EMLA). Двое детей были дошкольного возраста и одна пациентка была 12 лет. Длительность манипуляции под местной анестезией была не более 5 минут из-за выраженного беспокойства детей. У остальных 22 пациентов применялся ингаляционный аппаратно-масочный наркоз, в качестве анестетика использовался севоран. Наркозный аппарат – Dräger Fabius. Предварительно перед наркозом проводилась премедикация: атропина сульфат 0,1% из расчета 0,05 мг/кг; промедол 1% из расчета 0,1 мг/кг; димедрол 1% из расчета 0,3 мг/кг, препараты вводились внутримышечно за 30 минут до манипуляции. Длитель-

ность манипуляции была от 10 до 25 минут, в зависимости от площади пораженных тканей лица и шеи.

У 17 детей проведение лазерной терапии потребовалось 3 раза, у 4 пациентов 2 раза и по 1 разу у 4 больных. Интервал между процедурами составил 8–12 нед.

Результаты. У 24 пациентов получен положительный результат с хорошим косметическим эффектом. У 1 ребенка выявлено осложнение в виде ожога IIIa степени площадью 1 см², с последующим формированием гипертрофического рубца. Осложнений во время наркоза и после него не было.

Анализ применения местной и общей анестезии при использовании чрескожной коагуляции патологических сосудов кожи выявил ряд существенных недостатков аппликационной анестезии: выраженный стресс у детей, особенно до трех лет; невозможность эффективно обработать ла-

ром веки, крылья, кончик и преддверие носа, губы, ушные раковины; частое перекрытие лечебных областей во время беспокойства пациента приводит к серповидным ожогам; расширение патологических сосудов во время крика ребенка требует большей энергии лазерного излучения для коагуляции, что приводит к ожогам; обработать веки лазером невозможно, так как необходимо защитить глаза специальными пластинками, которые уложить на глаза не представляется возможным из-за беспокойства детей.

Выводы. Общая анестезия является оптимальным методом обезболивания при лечении детей с капиллярными мальформациями в области лица и шеи при использовании лазера. Полная неподвижность пациента во время чрескожной коагуляции сосудов исключает случайное вредное воздействие лазерного излучения на ребенка и окружающий медицинский персонал.

РОЛЬ КОЛОДИНАМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ

Комиссаров И. А., Колесникова Н. Г.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

В настоящее исследование включено 3514 детей с запорами, которым было выполнено комплексное обследование, включающее ирригографию, колодинамическое исследование, эндоректальную сонографию, исследование уровня ацетилхолинэстеразы слизистой прямой кишки. Исключены больные с видимой на рентгенограммах зоной аганглиоза.

В 1-ю группу включено 3330 пациентов (94, 39%) с запорами с менее тяжелым течением. При ирригографии у детей этой группы было выявлено нарушение опорожнения из толстой кишки. Колодинамическое исследование, эндоректальная сонография не выявили специфических особенностей, а значение ацетилхолинэстеразы слизистой прямой кишки во всех случаях было нормальным. Причиной запоров у детей этой группы было ослабление моторики толстой кишки. Эти пациенты составили группу с функциональными запорами.

Во 2-ю группу включено 136 больных (3,89%) с более тяжелыми запорами, которые появились в более раннем возрасте. Показатели ирригографии указывали на более выраженное снижение моторной функции толстой кишки и нарушение опорожнения из нее. Но только у пациентов этой группы при колодинамическом исследовании

был выявлен патологический ректоанальный рефлекс, а при исследовании ацетилхолинэстеразы слизистой было отмечено повышение ее уровня. Эндоректальная сонография патологии не выявила. Причиной запоров у больных этой группы было нарушение релаксации внутреннего сфинктера заднего прохода (анальная ахалазия).

3-ю группу больных составили 60 детей (1,72%) с тяжелыми запорами, как и у пациентов 2 группы. При ирригографии у этих больных получены похожие данные, как пациентов 2 группы. Но при колодинамическом исследовании патологии ректоанального рефлекса не было, и уровень ацетилхолинэстеразы слизистой был не повышен. Однако при эндосонографии внутреннего сфинктера заднего прохода было выявлено утолщение его волокон в 1,5–2 раза (более 1,5 мм). Причина запоров у больных этой группы было нарушение релаксации внутреннего сфинктера заднего прохода из-за его гипертрофии.

Таким образом, колодинамическое исследование является важным методом исследования, позволяющим уточнить причину запоров и особенности аноректальной дисфункции у детей с запорами разных видов. Необходимо отметить, что диагностика анальной ахалазии возможна только при использовании колодинамического исследования.

СОВРЕМЕННЫЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ

Комиссаров И. А., Колесникова Н. Г., Денисов А. А., Филиппов Д. В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Анальное недержание у детей остается до сих пор актуальной проблемой и является не только медицин-

ской, но и социальной, существенно ухудшающей качество жизни.

Самую тяжелую группу пациентов составляют дети после коррекции аноректальных пороков, болезни Гиршпрунга и с нейрогенной дисфункцией тазового дна после лечения спинномозговой грыжи. В последние годы для хирургической коррекции органического анального недержания, как правило, мы проводим операции с применением современных технологий и материалов.

При анальном недержании по типу переполнения при мегаректум мы выполняем одномоментную резекцию мегаректум и трансанальное низведение толстой кишки без абдоминального доступа или с лапароскопической асистенцией. При тяжелом повреждении сфинктерного ком-

плекса с отсутствием функции пуборектальной мышцы и невозможностью реконструкции наружного сфинктера и леваторов, мы делаем протезирование пуборектальной мышцы с применением трансплантатов из полипропилена и свиного коллагена. В ряде случаев анальная инконтиненция обусловлена снижением базального давления в анальном канале. В этих случаях мы используем введение полиакриламидного геля «ДАМ+» в подслизистый слой анального канала для повышения давления в нем. Для адекватной коррекции анального недержания у детей необходимо правильно ставить показания к хирургическому вмешательству и осуществлять выбор адекватной операции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ДИВЕРТИКУЛЕ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Коровин С. А., Соколов Ю. Ю., Дзядчик А. В., Аллахвердиев И. С., Зыкин А. П.

Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва; ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ, г. Москва; ДГКБ св. Владимира ДЗМ, г. Москва

Цель – определить частоту встречаемости и уточнить хирургическую тактику осложненного дивертикула Меккеля (ДМ) у детей.

Материалы и методы. С 2007 по 2015 г. были оперированы 73 ребенка с ДМ в возрасте от 3 мес до 12 лет по поводу кишечного кровотечения (23), дивертикулита (22), инвагинации (18), странгуляционной кишечной непроходимости (7), перекрута ДМ (3). Всем больным в экстренном порядке была выполнена лапароскопия.

Результаты. Среди экстренно оперированных по поводу «острого живота» больных осложненное течение ДМ отмечено у 1.3% пациентов. Кишечное кровотечение нами отмечено в 32%, воспаление ДМ в 30%, кишечная непроходимость в 34%, перекрут ДМ в 4% наблюдений. Во всех наблюдениях диагноз и объем оперативного вмешательства были уточнены во время диагностической лапароскопии. Миниинвазивные вмешательства были успешно выполнены у 64 (88%) больных: лапароскопическая резекция ДМ аппаратом ENDO GIA 30 (42), лапароскопически-ассистированная резекция ДМ и/или сегмента подвздошной кишки (22). Конверсия и дивертикулэктомия была выполнена у 9 (12%) больных. В подгруппе больных с кишечным кровотечением (23) и дивертикулитом (22) лапароскопические методики были эффективны в 41 наблюдении. Переход

на открытый вариант оперативного лечения был определен оснащенностью операционной и уровнем подготовки специалистов (4). В подгруппе больных с кишечной инвагинацией (18) и странгуляционной кишечной непроходимостью (7) оперативные вмешательства были выполнены в лапароскопическом варианте у 21 больного. Показаниями к конверсии являлись невозможность лапароскопической дезинвагинации, очевидные признаки некроза (3), а также невозможность лапароскопического устранения заворота тонкой кишки (1). В подгруппе больных с перекрутом и некрозом ДМ (3) лапароскопия была эффективна в 2 наблюдениях. Переход на срединную лапаротомию был обусловлен запущенной формой кишечной непроходимости (1).

Выводы. При осложненном течении ДМ у детей любого возраста диагностическая лапароскопия является методом установления диагноза и определения объема оперативного вмешательства. Эффективность лапароскопических методик при оперативном лечении детей с осложненным ДМ достигает 88%. Ограничения миниинвазивных технологий отмечены при механической непроходимости, невозможности лапароскопической дезинвагинации при явных признаках некроза кишечной стенки, а также при недостаточной подготовленности специалистов в области лапароскопических технологий.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДИАФРАГМАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Котин А. Н., Щебенков М. В., Караваева С. А., Гопащенко М. А., Леваднев Ю. В., Горелик Ю. В.

Кафедра детской хирургии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург; кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург; ДГБ № 1, г. Санкт-Петербург

Цель – определить возможности и оптимальные показания к применению малоинвазивных эндовидеохирургических технологий при грыжах диафрагмы у детей.

Эндовидеохирургия при различных диафрагмальных грыжах используется с 2009 г. За этот период в клинике

находилось на лечении 82 пациента с дефектами диафрагмы в возрасте от 1-х суток до 6 лет. 32 детям (40%) выполнена торакоскопическая пластика диафрагмы и 1 мальчику (6 мес.) ретростернальная грыжа ушита лапароскопически. Большинство вмешательств (26) вы-

полнено у новорожденных. Торакоскопические вмешательства у новорожденных выполняли только в случае стабильного состояния ребенка и возможности транспортировки в операционную.

Преобладали левосторонние «ложные» грыжи (18), у 6 детей грыжа была истинной. Пластика правого купола диафрагмы выполнена при 4 истинных и 1 «ложной» грыже. Двум пациентам выполнена пластика левого купола диафрагмы по поводу релаксации, возникшей после кардиохирургического вмешательства. В 1 случае ушит посттравматический дефект левого купола диафрагмы.

Техника торакоскопического вмешательства при ложных и посттравматических грыжах включала шов грыжевого дефекта «П» образными или узловыми швами (этибонд). При истинных грыжах и релаксации диафрагмы накладывались гофрирующие швы (этибонд). Ретростернальная грыжа была ушита лапароскопически с иссечением грыжевого мешка и фиксацией диафрагмы к апоневрозу передней брюшной стенки.

Из 26 торакоскопических пластик у новорожденных в 4 случаях пришлось перейти на открытый доступ: при правосторонней ложной грыже для перемещения в брюшную полость печени (1), при повреждении стенки кишки (1) и при нестабильном состоянии ребенка (2). Рецидивы возникли у 3 новорожденных с истинными грыжами, что потребовало повторных вмешательств. Летальных исходов не было. У всех пациентов старшей возрастной группы послеоперационный период протекал гладко. Контрольный осмотр через месяц и через год патологии не выявил.

Эндовидеохирургическая технология имеет несомненное преимущество в лечении патологии диафрагмы у детей всех возрастных групп, позволяя выполнить оперативное вмешательство радикально и при этом значительно снизить операционную травму, избежать осложнений со стороны операционной раны. Целесообразность применения торакоскопии для пластики больших дефектов диафрагмы с использованием синтетических материалов сомнительна.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ АМБУЛАТОРНО

Котловский А. М., Овчинников В. Г., Лепеев А. Ф., Сидоров Д. В.

Научно-практический центр (НПЦ) медицинской помощи детям, г. Москва

Цель – презентация опыта внедрения современных технологий лапароскопической хирургии в практику стационара одного дня, позволяющих повысить эффективность лечения пациентов с патологией пахово-мошоночной области.

Начиная с декабря 2013 по февраль 2015 г. в НПЦ медицинской помощи детям у 82 пациентов в возрасте от 9 мес до 15 лет с паховой/пахово-мошоночной грыжей, гидроцеле и варикоцеле были выполнены 109 лапароскопических операций с использованием трансперитонеальной полностью интракорпоральной эндохирургической техники.

Первые 20 пациентов, были оперированы в условиях основного стационара и выписаны домой на следующий день после операции. В дальнейшем, 62 пациента, были оперированы в стационаре однодневного пребывания.

Для обеспечения безопасного и эффективного проведения лапароскопических операций использовались профессиональные рекомендации International Pediatric Endosurgery Group (IPEG) и общепринятые международные стандарты педиатрической практики.

Интраоперационные данные и параметры послеоперационного/постнаркозного восстановления этих пациентов проспективно анализировались. На основе этого анализа

вырабатывались программные положения выполнения таких операций амбулаторно, включая оптимальное анестезиологическое обеспечение, рациональную эндо-хирургическую технику, надлежащий послеоперационный мониторинг и адекватное послеоперационное обезболивание.

Все операции были выполнены успешно без осложнений и без конверсий. Интраоперационное время составляло от 20 до 55 мин.

Послеоперационное/постнаркозное восстановление сердечно-легочной функции, функции желудочно-кишечного тракта, двигательной активности и общего удовлетворительного состояния у большинства пациентов происходило в течение 3–6 часов после операции.

Все 62 пациента, оперированных на амбулаторной основе, в стационаре одного дня, были выписаны/ушли домой через 4–6 часов после операции.

Результаты лечения оценивались в сроки 1-го, 3-х, 6-ти месяцев и 1-го года и затем ретроспективно были анализированы. У двух детей был обнаружен рецидив паховой грыжи. Оба эти пациента вновь были оперированы лапароскопически с достижением полного выздоровления.

Родители всех пациентов и сами пациенты старшего возраста выразили полное удовлетворение с проведенными операциями.

КАЗУИСТИЧЕСКИЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

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

ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ

В настоящем сообщении приводятся казуистические причины, приведшие к экстренной хирургической

ситуации и потребовавшие оперативных вмешательств у детей.

2 детей второго полугодия жизни в результате бесконтрольности со стороны родителей проглотили соски, сняв их с бутылочек с молоком. Явления обтурационной непроходимости кишечника появились на вторые сутки, когда родители детей и обратились за медицинской помощью. При обследовании диагноз механической кишечной непроходимости был подтвержден, а на операции обнаружено, что в обоих случаях резиновая соска была плотно заполнена кишечным содержимым изнутри и обтурировала просвет тонкой кишки в области баугиниевой заслонки. Путем энтеротомии инородные тела были удалены. Послеоперационное течение гладкое, оба ребенка выздоровели.

2 других случая осложнений, связанных с пребыванием инородных тел в пищеварительном тракте объясняются низким качеством наружной оболочки электрических батареек, которые дети нечаянно проглотили. Следует отметить, что дети поступили в стационар спустя двое суток после попадания батареек в желудок. Низкое качество оболочки батарейки привело к диффузии содержимого (щелочного) к поверхности слизистой желудка и внедрению ее в подслизистый слой. Попытка эндоскопического удаления инородного тела привела к повреждению желудка, что потребовало лапаротомии и удаления элемента открытым способом. Оба случая закончились выздоровлением детей.

Длительное пребывание в пищеварительном тракте ребенка двух магнитов овальной формы размером

2,5×1,0×1,0 см, поступившего в хирургическое отделение через неделю после проглатывания, послужило поводом для оперативного вмешательства. Наблюдение и ожидание самостоятельного отхождения инородных тел в течение двух суток не дали положительного результата. Инородные тела были фиксированы в одной анатомической области и располагались близко друг от друга. Предположили, что в брюшной полости инородные тела «примагнитились» и могли сформировать межкишечное соустье, что и подтвердилось на операции. Магниты вызвали пролежни на соприкасающихся стенках петель кишок, которые спаялись между собой и не привели к перитониту. Послеоперационное течение гладкое, ребенок выздоровел.

И, наконец, 4 ребенка лечились в клинике по поводу трихобезоаров желудка. У всех наблюдалась характерная клиническая картина: отсутствие аппетита, чувство быстрого насыщения, похудание. Объективно пальпировалось опухолевидное образование в эпигастрии. У двух детей были предприняты неудачные попытки эндоскопического удаления «псевдоопухоли», в конце концов все дети были оперированы, трихобезоары удалены, пациенты выздоровели. В анамнезе осмотрены в периоды от 3 до 30 лет – все здоровы.

Подводя итог, можно утверждать, что инородные тела пищеварительного тракта у детей сопровождаются весьма разнообразной клинической картиной и требуют индивидуальной хирургической тактики.

ДИСПЛАЗИЯ МЕЖМЫШЕЧНЫХ ВЕН У ДЕТЕЙ

Кочарян С. М., Волков А. В., Азаров М. В., Махин Ю. Ю., Набоков В. В., Купатадзе Д. Д.,

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Дисплазии подкожных вен (ДПВ) и межмышечных вен (ДММВ) – синдром Бокенхеймера (СБ) у детей характеризуются наличием врожденных венозных узлов и конгломератов в подкожной клетчатке, скелетных мышцах и внутренних органах. Тромбозы и нарушения реологических свойств крови, содержащейся в патологических венозных полостях – вариксах приводят к появлению у пациента болевого синдрома, ограничению двигательной активности пораженной области, фибротизации окружающих тканей и поражению скелета. Больным с ДММВ зачастую устанавливают диагноз: кавернозная гемангиома, артериовенозная мальформация.

В ангиомиокрохирургическом отделении СПбГПМУ наблюдалось 654 пациента с СБ. Исходя из различий в локализации патологии, и клинической картины, больные с СБ были разделены на 2 группы: с дисплазией подкожных вен (576 пациентов); и с дисплазией межмышечных вен (88 пациентов). В процессе лечения больных с ДММВ выявлены различные области поражения

скелетных мышц. Наиболее часто они располагались в области конечностей: мышцы голени – 21,5% (19), бедра – 18,2% (16), предплечья – 11,3% (10), стопы – 10,2% (9), надплечья – 10,2% (9), коленного сустава – 6,9% (6), плеча – 5,7% (5). Реже в области: спины – 4,5% (4), головы – 3,5% (3), кисти – 3,4% (3), грудной клетки – 2,3% (2), шеи – 2,3% (2).

На предоперационном этапе уточняли локализацию и распространенность ДММВ, проводили дифференциальную диагностику, определяли размеры образования, его структуру. Уточняли взаимосвязь с анатомически важными органами, соседствующими, либо вовлеченными в патологический процесс. Для более тщательного определения размеров образования выполняли УЗИ, до- и интраоперационную варикографию, МРТ, которые позволяли максимально точно выявить распространенность патологических вариксов в зоне поражения. Результаты, полученные во время обследования, позволяли определить наиболее эффективные методы лечения для каждого конкретного больного.

5-ЛЕТНИЙ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ БЕЙКЕРА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Крестьяшин И. В., Крестьяшин В. М., Домарев А. О.

Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва; ДГКБ № 13 им. Н. И. Филатова, г. Москва

В современной хирургической практике подход и тактика лечения кист Бейкера до сих пор не определены и не имеют однозначного протокола.

Существуют различные методики консервативного и оперативного лечения данной патологии, начиная от компрессов с лекарственными травами, заканчивая полным одномоментным иссечением полости кисты.

За последние 5 лет в нашем ортопедическом центре находилось под наблюдением 360 пациентов с данной патологией от 3 до 12 лет. Всем пациентам первоначально назначалось УЗИ с целью определения объема образования, а так же в качестве дифференциальной диагностики с флебэкстазами подколенной области. Если киста напряжена при пальпации, ее объем превышает 10 см³ или отмечается явный косметический дефект пациентам предлагалось пункционное лечение, состоящее в эвакуации содержимого кисты через катетер Брауна с последующем промыванием полости 2% раствором новокаина и наложением задней гипсовой лонгеты с ребром жесткости сроком на 14 дней с ограничительным домашним режимом и последующем ношением коленного ортеза сроком на 1 месяц.

Если после УЗИ объем кисты не превышает 10 см³, пациентам назначался повторный осмотр через 3 месяца с контрольным УЗИ образования. В случае уменьшения объема кисты пациент оставался под динамическим наблюдением каждые 3 месяца, если же объем нарастал, нами выполнялось пункционное лечение по вышеописанному методу.

Из 360 наблюдаемых пациентов в ближайшие сроки пункция была выполнена 76 детям соотношение по половому признаку: 67% мальчики, 33% девочки. Через 3 мес вследствие нарастания полости кисты 17 детей. Рецидив в ближайшие сроки – 5–7 нед после пункции 3 человека (в связи с несоблюдением ограничительного режима в ближайшие сроки); рецидив в отдаленные сроки – 2–3 мес после пункции (возобновление активной спортивной деятельности гимнастика, футбол, большой теннис) 5 детей. Соответственно к пункционному лечению по данному алгоритму действий пришлось прибегнуть лишь в 25,83% случаев, что на наш взгляд определяет данную методику как приоритетную, позволяющую избежать оперативной агрессии и введения цитостатиков в паратрикулярную область.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РАН У ДЕТЕЙ

Кузьмин А. И., Барская М. А., Завьялкин В. А., Терехина М. И., Мунин А. Г., Голосов А. Б.

Самарский государственный медицинский университет; ГБУЗ СОКБ им. В. Д. Середавина, г. Самара

Актуальность. При хронизации раны в детском возрасте образуются грубые косметические дефекты, что может приводить в последующем к социальной дезадаптации.

Цель – определить эффективность применения препарата Коллост в комплексной терапии у детей с хроническими ранами.

Материалы и методы. Проводился анализ результатов лечения 26 детей с хроническими ранами. У 11 детей для направленной тканевой регенерации использовался препарат Коллост.

Происхождение ран: травмы, обширные гнойно-некротические процессы, на фоне неврологической патологии. В лечении использовали местную и системную антибактериальную и противовоспалительную терапию, местно – некрэктомию, ультразвуковую кавитацию, антисептики с последующем промыванием ран по принципу «пульсирующей струи» с вакуумом-аспирацией, современные интерактивные перевязочные средства. Клиническая оценка характера течения раневого процесса осуществлялась на основе визуального наблюде-

ния за течением раневого процесса, с учетом анамнеза, причины, локализации, характера и распространенности раневого процесса, объема экссудата и характера выраженности фаз раневого процесса. Лабораторная оценка проводилась на основании данных, полученных в ходе микробиологического и цитологического исследований ран в динамике.

Результаты. Из хронических ран золотистый стафилококк был выявлен у 7 больных, что составило 27,0%. Грамотрицательная флора высевалась у 14 больных (54,3%), из них у 6 больных в ассоциациях. У 5 больных (18,7%) посевы были отрицательными. Степень обсемененности тканей была более высокой, чем у больных с острыми ранами.

У 15 детей применялась хирургическая обработка раны в комплексе с УФО, обычные местные антисептики, ранозаживляющие мази. У 11 больных использовали Коллост, ультразвуковую кавитацию, промывание ран по принципу «пульсирующей струи» с вакуумом-аспирацией, интерактивные повязки, что позволило сократить сроки заживления ран по сравнению с контрольной

группой на 10–15 дней. Заживление ран после закрытия раневого дефекта наблюдалось у 8 больных, у 3 больных отмечалось расхождение краев раны, у одного больного

после закрытия дефекта Коллостом наблюдалось отторжение биоматериала с сохранением раневого дефекта, что потребовало повторных вмешательств.

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПОЗДНЕЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кузьмин В.Д., Лозовой В.М., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан; ГККП на ПХВ «Городская детская больница №2», г. Астана, Казахстан

Введение. По распространенности, заболеваемости, ранней смертности, крайне высокой степени инвалидизации, моральному и материальному ущербу, причиняемому обществу, инсульты – одна из главных медико-социальных проблем. С учетом роста случаев геморрагического инсульта на фоне поздней геморрагической болезни у новорожденных до 217 случаев на 100 тыс. новорожденных эта проблема становится особенно актуальной.

Цель исследования – освещение тактики диагностики и хирургического лечения интракраниальных осложнений поздней геморрагической болезни новорожденных.

Материал и методы. Проведен разбор 158 случаев лечения пациентов с внутримозговыми кровоизлияниями на фоне витамин К-зависимого геморрагического синдрома, находившихся на лечении в городской детской больницы №2 г. Астана с 2006 по 2014 г. В возрасте 40 ± 2 дней заболевание началось у 129 (86,6%) пациентов. Основными клиническими симптомами явились – кровоточивость из мест инъекций – у 76%, нарушение уровня сознания у 84%, судороги в 47% случаев, желтушность кожных покровов (у 76%). Лабораторные критерии – в 85% снижение гемоглобина ниже 70 г/л, в биохимическом анализе крови печеночные пробы повышены в 90% случаев, повышение билирубина в 75,5 случаев,

в коагулограмме – в 100% случаев характерно снижение протромбинового индекса до 50% и ниже, снижение уровня фибриногена. Оперировано 116 (73,4%) больных – 64 (41,1%) внутримозговая гематома, 31 (20,2%) субдуральное кровоизлияние, смешанное субдурально-внутричерепное кровоизлияние – у 15 (9,5%) пациентов, внутрижелудочковое – в 6 (3,8%) случаях. Не оперировано 43 (26,6%) пациента: с субарахноидальными кровоизлияниями – 34 (21,4%) и 9 больных (5,7%) – с небольшими по объему внутримозговыми и субдуральными кровоизлияниями.

Результаты. Летальный исход наступил у 29 детей (18,4%), летальность после операции в 8 (5,1%) случаях. В 43% наблюдений при катанестическом исследовании неврологического дефицита не обнаружено, в 32% случаев развились минимальные неврологические расстройства и в 25% случаев развились грубые неврологические нарушения.

Заключение. Внутримозговые кровоизлияния являются тяжелым осложнением витамин К-зависимого геморрагического синдрома у детей раннего возраста, требующим экстренной реанимационной и нейрохирургической помощи. При появлении симптоматики острой внутримозговой гипертензии у пациентов в возрасте от 1 до 2-х мес. необходимо исключить внутримозговое кровоизлияние.

НЕЙРОНАВИГАЦИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Кузьмин В.Д., Лозовой В.М., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан; ГККП на ПХВ «Городская детская больница №2», г. Астана, Казахстан

Актуальность. В последние годы в лечении различных заболеваний головного мозга у детей внедряется малоинвазивная нейрохирургия с применением нейронавигационных систем (Иова А.С. и соавт.).

Цель исследования – изучить результативность операций на головном мозге у детей с применением нейронавигационной системы Medtronic Navigation StealthStation® AXIEM™.

Материал и методы. На клинической базе кафедры детской хирургии «Медицинского университета Астана» городской детской больницы №2 с 2012 года при операциях на головном мозге активно применяются компьютерная нейронавигационная система Medtronic Navigation

StealthStation® AXIEM™ седьмого поколения. В основе метода – уникальная технология электромагнитной навигации, разработанная компанией Medtronic Navigation и на сегодняшний день не имеющая аналогов в мире. Одним из преимуществ данной технологии является осуществление навигации в тех случаях, когда жесткая фиксация головы пациента невозможна, что особенно важно в детской нейрохирургии. С применением данной системы оперировано 32 ребенка, в возрасте до года – 16 пациентов, от года до 3-х лет и старше 3-х лет 10 и 6 детей соответственно. Преимущественно компьютерная нейронавигация применялась при установке вентрикулярного катетера – в 26 (81,2%) случаях. Из них пер-

вично вентрикулярный катетер установлен в 16 случаях и в 10 повторно, ввиду дисфункции первично установленного. У 5 (15,6%) пациентов с применением нейронавигации удалены внутримозговые гематомы, в одном случае произведено удаление внутримозговой опухоли. Основными задачами нейронавигации на этапе предоперационного планирования у пациентов этой группы являются определение области и размеров костно-пластической трепанации черепа и уточнение особенностей и объема внутричерепных манипуляций.

Результаты. Применение компьютерной навигации позволило устанавливать вентрикулярный катетер в таком положении, при котором будет обеспечено адекват-

ное дренирование желудочков мозга с минимальным риском осложнений (например, таких как нарушение дренажной функции вследствие расположения катетера в зоне сосудистых сплетений). Кроме того это позволило исключить риск внутрижелудочковых кровоизлияний интраоперационно при установке вентрикулярного катетера. В случае удаления внутричерепных образований значительно снижены травматичность операции и кровопотеря.

Заключение. Нейронавигация позволяет уменьшить травматичность операций на головном мозге и снизить риск ряда осложнений до минимума, что особенно важно при лечении новорожденных и детей раннего возраста.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан; ГККП на ПХВ «Городская детская больница №2», г. Астана, Казахстан

Актуальность. В структуре смертности детей ведущее место занимают несчастные случаи, среди которых черепно-мозговые повреждения составляют 35–56,9% и у 10% детей являются основной причиной смерти.

Цель исследования – оценить распространенность, структуру и наиболее значимые диагностические критерии черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у детей.

Материал и методы. В среднем ежегодно госпитализируется около 700 детей с ЧМТ различной степени тяжести, которые составляют 66,2% всех поступивших на лечение в отделение нейрохирургии. Среди всех травм ЧМТ составляет 42,1 процента. Тяжелая ЧМТ составляет 16,3 процента. Следует отметить, что ежегодно имеется тенденция к росту пациентов с ЧМТ в среднем на 5,4 процента, в основном, за счет тяжелой ЧМТ. За 2011–2014 гг., на лечении в городской детской больнице №2 г. Астана с тяжелой ЧМТ находилось 354 ребенка в возрасте от 0 до 15 лет. У 292 детей была закрытая, у 32 – открытая непроникающая и у 30 – открытая проникающая ЧМТ. У 132 пациентов (37,3%) диагностирован ушиб головного мозга средней степени тяжести; у 103 (29,3%) – ушиб тяжелой степени, у 104 (29,4%) – ушиб со сдавлением и у 15 (4,2%) – диффузное аксональное повреждение головного мозга. У 214 детей различных возрастных групп диагностированы переломы

свода или основания черепа (60,4%), у 256 (72,3%) – субарахноидальное кровоизлияние.

В зависимости от возраста пострадавшего, тяжести и характера повреждения головного мозга выборочно использованы различные методы диагностики – КТ, МРТ, НСГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ. Следует особо отметить, что нами широко применяется ультрасонография – у детей до года черезродничковая, а у детей старшей возрастной группы транскраниальная. Применение данного метода особенно актуально у детей с тяжелой ЧМТ, так как позволяет провести исследование у постели больного в тяжелом состоянии на аппаратном дыхании в реальном времени и многократно.

Результаты. Проведение скринингового обследования с применением нейросонографии (черезродничковой и транскраниальной) позволяет первично диагностировать внутричерепные гематомы в 94,4 процентов случаев (102 пациента из 108). В 6 случаях ошибка диагностики связана с небольшими размерами субдуральных гематом (шириной менее 1 см.).

Заключение. Таким образом, наиболее информативным и доступным методом скрининга внутричерепных кровоизлияний является нейросонография – у детей до года черезродничковая, а старше года – транскраниальная.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кузьмин В.Д., Лозовой В.М., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан; ГККП на ПХВ «Городская детская больница №2», г. Астана, Казахстан

Введение. Большую роль в развитии гидроцефалии играют внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК),

частота которых достигает 70% среди недоношенных детей. В тактике лечения гидроцефалии на фоне изме-

ненного ликвора нет единого мнения, вследствие чего актуальным остается поиск новых методов и подходов к тактике и методике хирургического лечения осложненных форм гидроцефалии.

Цель исследования – ознакомить с результатами лечения гидроцефалии резвившейся на фоне ВЖК у новорожденных с помощью вентрикулосубгалеального дренирования.

Материал и методы. За 2009–2014 гг. в городской детской больнице №2 г. Астана на лечении находились 36 новорожденных с прогрессирующей гидроцефалией, которым ввиду изменений в ликворе (наличие эритроцитов, повышенного белка) шунтирующая операция была противопоказана. По возрасту – дети до месяца составили 66,6% (24 ребенка), от 1 до 2-х мес. – 33,3% (12 пациентов). Этим детям применена методика вентрикулосубгалеального дренирования.

Использование метода создает возможность для длительного дренирования, простоты ухода за дренажной системой и пациентом, физиологичности дренирования, уменьшения неконтролируемых потерь электролитов и белков, обуславливает низкий риск инфицирования, снижает частоту дополнительных повреждений мозга

при опорожнении внутричерепной полости. Кроме того, обеспечивается простота пункции субгалеального кармана и перевод на наружный дренаж при необходимости. Указанная методика дает возможность постоянно сохранять нормальные размеры желудочков мозга на протяжении всего периода лизиса внутрижелудочковых свертков крови, возможность прямого доступа к дренируемой полости (для получения ликвора или введения препаратов). Преимуществом является также низкая стоимость дренажной системы и отсутствие необходимости смены ее элементов.

Результаты. Использование описанной технологии позволило снизить летальность с 54 до 16,6% (6 пациентов), в группе выживших детей получить удовлетворительные клинические результаты в раннем периоде у 25%, а частоту шунтирующих операций в этой наиболее тяжелой группе пациентов удалось снизить с 100 до 89,5%.

Заключение. Полученные результаты лечения детей в резидуальный период внутрижелудочковых кровоизлияний перинатального периода указывают на перспективность используемого паллиативного метода хирургического лечения гидроцефалии.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ШУНТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВНУТРЕННЕЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ

Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан; ГККП на ПХВ «Городская детская больница №2», г. Астана, Казахстан

Введение. Одним из актуальных вопросов остается разрешение дисфункции шунта, так как эта ситуация требует индивидуальных и, нередко, не стандартных подходов в тактике хирургического вмешательства.

Цель исследования – ознакомить с результатами диагностики и лечения дисфункции вентрикулоперитонеальной шунтирующей системы при внутренней гидроцефалии.

Материал и методы. С 2009 по 2014 г. в городской детской больнице №2 г. Астана на лечении с дисфункцией шунтирующей системы находилось 32 ребенка. Мальчиков было 18 (56,3%), девочек – 14 (43,7%). Сроки возникновения дисфункции после шунтирующей операции – до 3-х мес. – 12 (37,5%), от 3-х до 6-ти мес. 8 (25%), от 1 до 2-х лет – 7 (21,8%), более 2-х лет – 5 (15,6%). Применяли диагностический алгоритм, в который входили – нейросонография (черезродничковая и транскраниальная), обзорные рентгенограммы органов брюшной полости и грудной клетки, пальпаторная оценка работы помпы при ее прокачивании, компьютерная томография головного мозга с 3 D реконструкцией.

Результаты. Выявлены следующие варианты нарушения работы шунта – дисфункция перитонеального конца катетера (образование псевдокисты брюшной полости и отграничение катетера фиброзными тканями) – 14 (43,7%) больных, шунт-инфекция – 3 (9,4%),

дисфункция вентрикулярного катетера – 7 (21,8%) больных, отрыв вентрикулярного катетера 4 (12,5%), отсоединение перетонеальной части катетера от помпы 4 (12,5%).

В лечении применены различные виды оперативного разрешения дисфункции – при отграничении катетера в брюшной полости спаечным процессом выполнена лапароскопическая ревизия перитонеального конца катетера и выделение его из спаек в 14 случаях. При возникновении шунт-инфекции (3 случая) проводилось наружное дренирование до санации ликвора. В 2 случаях после санации ликвора шунтирующая система установлена повторно, в 1 случае наружный вентрикулярный дренаж переведен в субгалеальный и затем проведена шунтирующая операция. В 7 случаях произведена замена вентрикулярного катетера вследствие его дисфункции, в 8 случаях восстановлена целостность шунта в месте его разрыва (в 4 случаях отрыв перитонеального конца от помпы и в 4 случаях отрыв вентрикулярного катетера).

Заключение. Применение описанного алгоритма обследования и тактики лечения, применяемой в экстренном порядке, позволило восстановить работу шунта в максимально короткие сроки и предупредить осложнения, связанных с быстро прогрессирующей гипертензией.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кульманов Х.Б., Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Асылбеков У.Е.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан; ГККП на ПХВ «Городская детская больница № 2», г. Астана, Казахстан

Введение. Судорожный синдром у детей раннего возраста возникает в 70–75% случаев и является наиболее распространенным заболеванием в возрастной группе до 3-х лет. Ввиду незрелости головного мозга в этот возрастной период судороги являются проявлением большого количества заболеваний, ввиду чего является актуальной выработка оптимальных алгоритмов обследования.

Цель исследования – определить место и роль различных диагностических тестов у детей, страдающих судорожным синдромом, резвившимся в первые 3 года жизни.

Материал и методы. Настоящая работа основана на анализе историй болезни 534 детей первых трех лет жизни с судорожным синдромом различной этиологии, находившихся на лечении в Городской детской больнице № 2 с 2009 до 2014 г. Проведен анализ примененных методов исследования с целью анализа их значимости и оптимизации алгоритма диагностики.

Результаты. На основе проведенного анализа разработан алгоритм диагностического обследования детей раннего возраста, страдающих судорожными припадками с учетом сопутствующих нарушений и фона реализации приступа.

1. *Основной диагностический блок* состоит из 6 компонентов: детального описания приступов

(«семиотика припадков»), неврологического обследования, лабораторных данных (общий анализ крови, определение содержания глюкозы, электролитов), офтальмологического обследования глазного дна, электроэнцефалографии и нейровизуализации (нейросонография – черепнодничковая и транскраниальная, компьютерная и магниторезонансная томография головного мозга).

2. *Дополнительный диагностический блок* состоит из обследований, не являющихся обязательными, и назначение которых определяется сопутствующими припадкам нарушения неврологического и соматического статуса. Сюда относятся – биохимический анализ крови (щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин, СРБ), иммуноферментный анализ крови на внутриутробные инфекции, люмбальная пункция, медико-генетическое консультирование, консультация эндокринолога и педиатра.

Заключение. Использование представленного алгоритма обследования с дифференцированным объемом диагностических мероприятий позволяет сократить время пребывания ребенка в стационаре, уменьшить число ненужных обследований и снизить экономические затраты на реабилитацию детей первых лет жизни с судорожным синдромом.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОДВЫВИХЕ В АТЛАНТО-АКСИАЛЬНОМ СОЧЛЕНЕНИИ У ДЕТЕЙ

Кульманов Х.Б., Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Асылбеков У.Е.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан; ГККП на ПХВ «Городская детская больница № 2», г. Астана, Казахстан

Введение. По мнению многих исследователей, и нашему, в том числе, нестабильность шейного отдела позвоночника, будучи актуальной проблемой, нуждается в дальнейшем изучении с целью разработки диагностических и лечебных рекомендаций для практического здравоохранения.

Цель исследования – провести анализ диагностики и лечения при травме шейного отдела позвоночника у детей.

Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении городской детской больницы № 2 г. Астаны с 2012 по 2014 г. находилось на стационарном лечении 132 ребенка с травмой шейного отдела позвоночника. По полу среди пациентов отмечено незначительное преобладание мальчиков 78 (59,1%). В нашей клинике разработан алгоритм обследования детей с патологией шейного отдела позвоночника: анамнез, стандартная спондилограмма шейного отдела позвоночника в двух

проекциях (прямая через открытый рот), по показаниям реоэнцефалография (РЭГ) и электроэнцефалография (ЭЭГ), при наличии неврологической симптоматики – компьютерная и магниторезонансная томография (КТ и МРТ).

Результаты. Спондилограмма шейного отдела позвоночника у больных с травмой шейного отдела позвоночника показала у 98 (74,2%) детей ротационные атланто-аксиальные дислокации и в 34 случаях (25,7%) нестабильность шейных позвонков. По данным РЭГ у 32 детей (24,2%) выявлены нарушения венозного оттока в сосудах головного мозга. На ЭЭГ в 17 случаях имелись нарушения в стволовых структурах головного мозга. Дополнительно выполнены КТ и МРТ исследования 7 детям для выявления уровня поражения позвоночника. Неврологические обследования позволили нам выявить нарушения со стороны вертебробазилярной системы головного мозга. Лечебные меро-

приятия включают обезболивание, удержание головы на петле Глиссона с тягой груза, противовоспалительная терапия, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, магнитотерапия, электрофорез на воротниковую зону с эуфиллином, никотиновой кислотой). При полном восстановлении объема движений в шейном отделе и купирования болевого синдрома, шейный отдел им-

мобилизуется в воротнике Шанса, после чего ребенок направляется на амбулаторное лечение.

Заключение. Разработанный алгоритм клинкорентгено-лучевой диагностики при данной патологии позволяют улучшить дифференцированный подход к лечению больных с травмой шейного отдела позвоночника.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Купатадзе Д.Д., Якунин С.И., Дьячкова И.Н., Набоков В.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

В клинике ангиомикрохирургии с 1999 по 2015 г. пролечено 172 больных с сосудистыми мальформациями в челюстно-лицевой области: с дисплазией вен (синдром Бокенхеймера) – 112, с артериовенозной мальформацией – 18, с ангиодисплазией сосудов кожи – 35, с сосудистыми опухолями – 4.

Методы обследования: клинический осмотр, УЗИ с доплерографией сосудов, варикография, МСКТ с контрастным усилением, ЯМР, селективная ангиография.

Методы лечения. Операции резекционного типа, с пластическим устранением дефектов тканей (99), склерозирование (149), селективная ангиография с эмболизацией патологических сосудов (22).

Использование ангиографических методов лечения позволило улучшить результаты лечения ангиодисплазий, особенно в случаях артерио-венозных мальформаций.

Дифференцированный подход к выбору методов диагностики и лечения позволяет получить, в большинстве случаев, хороший функциональный и косметический результат.

МОТИВАЦИЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Лабузов Д.С., Тарасов А.А., Васильев Н.С.

Смоленский государственный медицинский университет

Еще до поступления в вуз часть абитуриентов приняли решение посвятить себя хирургии. Но, осознанное решение стать детским хирургом приходит после приобретения багажа базовых теоретических знаний и практических навыков. На современном этапе, с учетом ФГОС отбор будущих детских хирургов мы начинаем с 1 курса. По результатам обучения на занятиях – «Первая доврачебная помощь детям с острой хирургической патологией и травматическими повреждениями опорно-двигательного аппарата на догоспитальном этапе», предлагаем наиболее активным студентам начать свой путь в детскую хирургию с участия в кафедральном студенческом научном кружке. Комплекс мотивирующих мер помогает это решение сделать не простым выбором да или нет, а поставить цель к постоянному развитию и совершенствованию в выбранной специальности. Для этого, на старших курсах (4–6) организация и проведение практических занятий и лекций строиться с максимальным упором на реальный клинический материал (демонстрация больных, методов исследования, лечения). Использование компьютерных учебников, базы данных позволяют использовать графическую и видеoinформацию в обучении и являются важным дополнением к традиционным формам обучения. Компьютерные технологии вызывают у студентов больший интерес к предмету, так как расширяют возможности по-

знания нового материала и его понимания. Повышению мотивации так же способствует привлечение студентов к участию в перевязках, выполнении неотложных манипуляций на дежурствах в клинике. Именно здесь заинтересованные обучающиеся получают свой первый бесценный клинический опыт.

Симуляционное обучение так же одно из мощных мотивирующих моментов. Это один из эффективных способов получить базовые практические навыки, как в открытой, так и в эндоскопической хирургии. Возможность под руководством преподавателя самостоятельно сконструировать тренажеры-симуляторы и выполнить операцию, значительно повышает интерес к обучению.

Организация научно-исследовательской работы студентов, анализ ее, публикация материалов своих научных исследований и выступления на различных студенческих форумах (конференции, олимпиады) повышают уровень знаний, увеличивают стремление к дальнейшему самосовершенствованию.

Имея высокую мотивацию и полученный опыт, будущий детский хирург на этапе последиplomной подготовки (интернатура, клиническая ординатура) совершенствует и расширяет свою теоретическую и практическую подготовку, формирует клиническое мышление под непрерывным контролем со стороны принимающей кафедры.

ОПЫТ ПУНКЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Лисицына Н. А., Леухин М. В., Пяттоев Ю. Г.

ГБУЗ ДРБ, г. Петрозаводск; Петрозаводский государственный университет

Цель. В работе рассмотрены вопросы диагностики и результаты малоинвазивного метода лечения простых кист почек в детском возрасте.

Материалы и методы. В ходе исследования ретроспективно проанализированы истории болезни 16 пациентов (8 м. и 8 д., в возрасте от 5 до 17 лет), находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГБУЗ ДРБ за последние пять лет по поводу солитарной кисты почки. УЗ исследования выполнялись на аппарате Samsung Medison Acuvix V10 с использованием конвексного датчика 2–5 МГц и линейного датчика 5–10 МГц. Для катетеризации кисты применяли стандартный одноходовой катетер типа «pig tail» размерами 6–8 Fr фирмы Angiotech (Дания). Склерозирование полости кисты осуществляли 96% этиловым спиртом по стандартной методике.

Результаты. Клинические проявления простых кист почек неспецифичны: рецидивирующие боли в животе, поясничной области в сочетании с субфебрилитетом отмечены у 10 пациентов, что и послужило поводом для углубленного обследования.

В 6 наблюдениях киста явилась случайной находкой. УЗИ живота позволило обнаружить патологию у всех детей. Типичная локализация кисты – верхний полюс или средний отдел левой почки (12 пациентов). Размеры кист варьировали от 3 до 5 см. У двух детей диагностировано нагноение кисты. Дальнейшее углубленное урологическое обследование выявило у 50% пациентов другие аномалии мочевыделительной системы: нефроптоз у 3, подковообразная почка у 2, незавершенный поворот почки у 2 и др. Лечение кисты методом пункционного дренирования под УЗ наведением, с последующим этапным склерозированием 96% этиловым спиртом, привело к полному исчезновению кисты у 2 пациентов, уменьшению ее размеров от 30 до 50% и исчезновению клиники у всех остальных. Осложнений манипуляции не отмечено.

Выводы. Метод пункционного дренирования с последующим склерозированием является высокоэффективными и должен быть приоритетными в лечении солитарных кист почек у детей.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К УДАЛЕНИЮ ПИЕЛОСТОМИЧЕСКОГО ДРЕНАЖА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ

Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Есенов К. Т., Эльчепарова М. Г., Царахов В. М., Дзуцева М. Р., Кесаева М. М., Гуева Л. Х.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Владикавказ; ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», г. Владикавказ

Цель исследования – определить сроки удаления пиелостомического дренажа после реконструктивно-пластических операций при врожденном гидронефрозе у детей.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов обследования 22 детей, оперированных по поводу врожденного гидронефроза в урологическом отделении Республиканской детской клинической больницы с 2009 по 2014 г. Возраст детей от 3 мес до 5 лет, из которых мальчиков 14 (63,6%), девочек 8 (36,4%)

На 6–7 день послеоперационного периода нами пережималась пиелостомическая трубка. Если появлялись болевые ощущения, что вызывало у детей двигательное беспокойство, плач, отказ от еды, повышение температуры тела, в этих случаях пиелостомический дренаж открывали и при этом отмечалось струйное выделение мочи под давлением, нередко мутной и в значительном количестве. Количество остаточной мочи зависило от времени, на которое пережимался дренаж (от 2-х часов до 4 часов) и колебалось от 20 мл до 60 мл и более (в зависимости от возраста ребенка).

Результаты. Нами отмечено, что пережатие пиелостомического дренажа на 7–8 сутки послеоперационно-

го периода на 24 часа 18 (82%) детей перенесли безболезненно, при этом после открытия пиелостомической трубки отмечалось капельное выделение мочи.

У этой группы детей в течении 3-х дней перекрывался дренаж, затем проводилось УЗИ почек и отмечено значительное уменьшение размеров чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) в сравнении с дооперационными. Это являлось показанием для удаления пиелостомического дренажа.

У 4-х детей периодическое пережатие пиелостомического дренажа с 6-х суток послеоперационного периода в течение 3–5 дней вызывало беспокойство ребенка, повышение температуры тела, а при открывании дренажа отмечалось струйное выделение мутной мочи.

У этих детей продолжилось противовоспалительное лечение при открытой пиелостомической трубке до 10–14 дней послеоперационного периода. При повторном продолжительном пережатии дренажа более суток у них беспокойство не отмечалось больше, а при открытии дренажа остаточной мочи было в два раза меньше и выделялась каплями.

Контрольное УЗИ показало также значительное уменьшение степени дилатации ЧЛС. Это послужило

показанием к удалению пиелостомического дренажа на 11–15 сутки послеоперационного периода.

Вывод. Значительное уменьшение остаточной мочи, выделение ее каплями после продолжительного пережатия

дренажа (1–3 дня), уменьшение степени дилатации ЧЛС при УЗИ свидетельствуют о состоятельности пиелоуретерального анастомоза и могут быть использованы для определения показаний к удалению пиелостомического дренажа.

ДИНАМИЧЕСКОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВЫЯВЛЕННОЙ ПИЕЛОЭКТАЗИЕЙ

Лолаева Б. М., Джелиев И. Ш., Есенов К. Т., Эльчепарова М. Г., Царахов В. М., Дзуцева М. Р., Кесаева М. М., Гueva Л. Х.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Владикавказ; ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», г. Владикавказ

Цель исследования – определить диагностическую и лечебную тактику у детей с выявленной пиелэктазией в антенатальном и раннем постнатальном периодах при УЗИ.

Материалы и методы. С 2012 по 2014 г. под нашим наблюдением находились 38 детей в возрасте от 18 дней до одного года. Все дети были разделены на две группы. Первая группа (n=29) с антенатально выявленной пиелэктазией. Вторая группа (n=9), у которых антенатально патология не выявлена, а при проведении планового ультразвукового исследования в возрасте 1 месяца у них выявлена пиелэктазия разной степени выраженности.

У 20 детей первой группы размеры лоханок не превышали 5–10 мм и уменьшились до 3–7 мм после микции. У 9 детей отмечалась пиелэктазия до 10–18 мм и размеры лоханок не уменьшились после микции. Из второй группы с постнатально выявленной пиелэктазией у 2-х детей размеры лоханки достигали 28–30 мм, а у 7 детей – до 10–15 мм. Все дети находились под наблюдением врача- детского уролога амбулаторно, 2 раза в месяц контролировались анализы мочи.

Результаты. При проведении контрольного УЗИ мочевого системы через 3 мес у 24 (63%) детей отмечалась положительная динамика, уменьшение размера лоханки; у 3 (8%) – сохранение пиелэктазии на прежнем уровне; у 11 детей (29%) отмечалась отрицательная динамика: пиелэктазия нарастала до 30–42 мм, но без деструкции паренхимы почки и сохранением интратанального кровотока. В возрасте одного года у 24 (63%) детей наблюдалось исчезновение пиелэктазии, у 3-х детей незначи-

тельное уменьшение размеров лоханки, а у 8-нарастала пиелэктазия с каликоэктазией, с нарушением кортикомедулярной дифференцировки, уменьшением толщины паренхимы и обеднением внутривисочечного кровотока, у 3-х детей отмечалась пиелэктазия на прежнем уровне, но без деструкции почечной паренхимы. У 11 (29%) детей с нарастанием и сохранением пузырнезависимой пиелэктазией проведено полное рентгенурологическое обследование в условиях детского урологического стационара. У 6 детей диагностирован гидронефроз II–III ст; у 3-х детей – обструктивный уретерогидронефроз; у 2-х детей – пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР). Хирургическое лечение проведено у 6 детей с гидронефрозом и у 3-х детей с обструктивным уретерогидронефрозом, у одного из них – двусторонним уретерогидронефрозом. Двум детям с ПМР проводилось консервативное лечение с периодической катетеризацией мочевого пузыря. У них отмечалась положительная динамика; в течение 6 мес – 1 года не отмечалось атак пиелонефрита, а в возрасте 2-х лет при контрольной микционной цистографии ПМР не определялся. Таким образом у 27 (71%) детей при динамическом УЗ- контроле наблюдалось спонтанное исчезновение пиелэктазии, а 11 (29%) – проведено полное рентгенурологическое обследование, на основании которого определена лечебная тактика.

Вывод. Динамическое ультразвуковое исследование мочевого системы у детей с антенатально и постнатально выявленной пиелэктазией определяет диагностическую и лечебную тактику при обструктивных уродопатиях.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЛОРОМИОТОМИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПИЛОРОСТЕНОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

Маркосян С. А., Кемаев А. Б., Костерин А. В., Лысяков Н. М.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», г. Саранск; ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница», г. Саранск

Цель работы заключалась в оценке результатов лапароскопического лечения детей с врожденным пилоростенозом.

В основу работы положен анализ медицинских карт 7 пациентов с врожденным пилоростенозом, находившихся на стационарном лечении в отделениях ГБУЗ РМ «Детской республиканской клинической больницы» г.

Саранска, которым производилось лапароскопическое вмешательство.

Средний возраст больных составил $36,0 \pm 5,07$ сут. Среди оперированных детей было 6 мальчиков и 1 девочка.

Характерными клиническими симптомами являлись беспокойство ребенка, частые срыгивания и прогрес-

сирующая рвота, иногда с прожилками темной крови. У большинства поступивших на стационарное лечение детей отмечался дефицит массы тела.

Из инструментальных методов для диагностики врожденного пилоростеноза использовалось только ультразвуковое исследование. При проведении данного метода обследования толщина мышечного слоя пилорического отдела желудка превышала 4 мм, а его длина была более 14 мм.

С 2015 г. операции у детей с врожденным пилоростенозом стали выполняться лапароскопически. После обработки операционного поля раствором антисептика через пупок в брюшную полость открытым способом устанавливался 5 мм троакары с тупоконечным стилетом. Затем в брюшную полость вводился углекислый газ под давлением 7–8 мм рт. ст. со скоростью газоподдачи 2–3 л/мин. При видеоревизии обнаруживался овоидной формы привратник с плотной утолщенной стенкой желтовато-белесоватого цвета. Под контролем зрения

в верхних отделах живота в правой точке Мак-Бурнея и по среднеключичной линии слева на 2 см ниже реберной дуги помещались два 5 мм рабочих троакара. Монокаутором выполнялся продольный разрез серозно-мышечной оболочки пилорического отдела желудка в бессосудистой зоне с переходом на антральный его отдел. Затем тупо диссектором разводили мышечную оболочку до пролабирования подслизисто-слизистого слоя по всей длине разреза. После десуффляции лапаротомные раны ушивали. Средняя продолжительность лапароскопического вмешательства составила $42,43 \pm 4,56$ мин.

В раннем послеоперационном периоде у 1 больного вновь возникли клинические симптомы врожденного пилоростеноза, что потребовало выполнения повторной операции по Фреде – Веберу – Рамштедту с использованием лапаротомного доступа.

Таким образом, первый опыт использования лапароскопической пилоромиотомии показал весьма неплохие результаты.

УРОСЕПСИС ПРИ УРОЛИТИАЗЕ У ДЕТЕЙ

Махмаджонов Д. М., Султонов Ш. Р., Сатторов А. М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Цель – улучшение результатов диагностики и лечения детей с уросепсисом на фоне уролитиаза.

Метод основан на обследовании и лечении детей с уросепсисом. Больных в возрасте от 1 до 3-х лет было 26 (50,9%), от 4 до 7 лет 16 (31,4%) и старше 7 лет до 9 (17,7%). Причиной развития уросепсиса у 44 больных был осложненный нефролитиаз, у 3 осложнение камни уретры и мочевого пузыря с мочевыми затеками, в 3 случаях уросепсис развился после эндоскопических манипуляций. Острая форма болезни было у 8 детей, подострая у 12 детей и хроническая форма уросепсиса диагностирована у 31 ребенка на фоне хронической почечной недостаточности калькулезной этиологии. У всех больных выявлены явление уростаза, острые обструктивные процессы выявились в 47% случаев. Обструктивные процессы протекали тяжело и быстро проводили к острым гнойным процессам с развитием уросепсиса.

Основными принципами хирургического лечения детей с уросепсисом заключались в санации и декомпрессии гнойного очага, восстановление оттока мочи. При обструктивно – гнойном процессе лечебная тактика была направлена на срочные декомпрессионные

мероприятия. На первом этапе осуществлялись консервативные меры, которые включали продленную перидуральную аналгезию, катетеризацию почки на стороне обструкции и при необходимости одновременно обеих почек. При неэффективности консервативных мер в первые 6–8 ч больной одновременно готовился к первичной нефролитотомии с нефростомией, уретеролитотомии, а при гибели почки к первичной нефруретерэктомии.

При резком нарушении уродинамики в нижних мочевых путях (осложненные камни уретры и мочевого пузыря с мочевыми затеками), мочу выводили через сквозной дренаж мочевого пузыря и уретры и отдельными разрезами вскрывали мочевые затеки флегмоны.

Таким образом, течение уросепсиса у детей особенно раннего возраста, сопровождается синдромом полиорганной недостаточности различной степени выраженности, поэтому выбор методов обследования, предоперационной подготовки, выбора хирургического метода, анестезиологического пособия и ведение послеоперационного периода требует особого, индивидуального и профессионального подхода как со стороны детского уролога, так и со стороны детского анестезиолога.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ И ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК

Медведев А. И., Журило И. П., Круглый В. И., Черноголов О. Л., Сергиенко М. В.

Детская областная клиническая больница им. З. И. Круглой, г. Орел; Кафедра хирургических дисциплин детского возраста и инновационных методов в педиатрии Орловского медицинского института

В настоящее время эндовидеохирургические методы получили широкое распространение в диагностике

и лечении кист и опухолей яичников у девочек. Целью исследования явилось обобщение собственного опыта

лечения больных с данной патологией и сравнительная оценка результатов в зависимости от выбранного метода оперативного вмешательства.

Пациенты и методы. С 2012 по 2014 г. в нашей клинике находилось на лечении 29 больных в возрасте от 1 мес до 17 лет с кистами и доброкачественными опухолями яичников, из них до 1 года – 3 пациентки, остальные в возрасте 9–17 лет. В экстренном порядке госпитализировано 20 больных, в плановом – 9. Правосторонняя локализация отмечена у 15 детей, левосторонняя – у 12, двухсторонние поражения у 2 пациенток. В экстренном порядке госпитализировано 20 детей, среди них в сроки до 6 ч от начала заболевания – 4 ребенка, от 7 до 24 ч – 4, более 1 суток – 12. Для оперативного лечения в плановом порядке поступило 9 больных.

В указанный период нами осуществлялось активное внедрение лапароскопических технологий в клиническую практику. Если в 2012 году удельный вес миниинва-

зивных операций составил 81,8% (лишь 2 из 11 больных выполнено удаление образований во время лапаротомии), то в 2013–14 гг. все 18 пациенток оперированы лапароскопически. Таким образом, в общем массиве больных этот показатель составил 93,1%.

Результаты. Среди больных с данной патологией кисты яичников выявлены у 16 больных, параовариальные кисты – у 9, опухоли – у 4 (3 – зрелых тератомы и 1 дермоидная киста). Оперативные вмешательства заключались в удалении кист и опухолей. В 6 случаях выполнена деторсия яичников в связи с наличием перекрута. Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко. Осложнений не наблюдалось.

Заключение. Внедрение лапароскопических технологий при кистах и опухолях яичников у детей значительно улучшило качество диагностики, способствовало уменьшению количества осложнений и сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ У ДЕТЕЙ

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

Оренбургский государственный медицинский университет

Цель исследования – оптимизация лечебной тактики при переломах костей, образующих локтевой сустав у детей на различных этапах регионального уровня.

Материалы и методы. Ретроспективный и проспективный анализ 420 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в отделениях травматологии и ортопедии областного детского хирургического центра и областной детской клинической больницы города Оренбурга за период с 2009 по 2014 г.

Результаты. При анализе клинического материала, в 380 случаях выявлены различные ошибки и осложнения, что составило 90, 47% случаев от общего количества больных. Были выделены следующие группы ошибок в лечении переломов длинных костей конечностей у детей: ошибки в диагностике, ошибки в лечении. При анализе ошибок были выявлены следующие закономерности: первичная помощь детям с повреждениями опорно-двигательного аппарата оказывалась врачами-хирургами общего профиля, реже травматологами; при репозиции костных отломков нарушалась сама тех-

нология методики и эффективность не контролировалась рентгеноскопией. В результате проведенного исследования были выявлены следующие проблемы в лечении переломов костей, образующих локтевой сустав у детей: низкая кадровая обеспеченность детскими хирургами центральных районных больниц, оказание медицинской помощи детям с повреждениями взрослыми хирургами, незнание особенностей опорно-двигательного аппарата, рентгеноанатомии костной системы и диагностике повреждений.

Выводы. Проведенное исследование выявило проблемы в лечении переломов костей, образующих локтевой сустав у детей, а также пути решения этих проблем: эффективная кадровая политика в области обеспеченности детскими хирургами районных больниц; организация специализированных тематических циклов усовершенствования по травматологии детского возраста для хирургов общего профиля, работающих в районах; создание практики дистанционного он-лайн консультирования детей с повреждениями.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПМР У ДЕТЕЙ

Меновщикова Л. Б., Коварский С. Л., Склярова Т. А., Захаров А. И., Текотов А. Н., Николаев С. Н., Соттаева З. З.

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

Цель – изучить результаты эндоскопической коррекции ПМР у детей с использованием различных объемобразующих веществ (имплантов).

Материалы и методы. С 2009 г по 2014 г. в отделении урологии и плановой хирургии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова эндоскопическая коррекция выполнена

769 детям на 1198 мочеточниках. Оценивали 3 вида имплантов: 7% раствор дермального бычьего коллагена, Urodex® и Vantris®. Группы исследования соответствовали видам вводимых имплантов.

Результаты. С помощью коллагена пролечено наибольшее количество детей – 535 больных. В процессе лечения коллагеном отрицательный результат преобладал над положительным. Результаты лечения зависели непосредственно от возраста пациента и степени ПМР. Лучшие результаты лечения в указанной группе были получены при малых степенях рефлюкса у детей до 1 года. При высоких степенях и у детей старшего возраста в большинстве случаев был получен неудовлетворительный результат. Объем вводимого коллагена зависел от степени рефлюкса и возраста пациента, составлял от 1,0 до 3,0 мл. Значимых осложнений в этой группе получено не было, однако, число рецидивов заболевания наибольшее среди 3 применяемых уроимплантов. Во 2 группу вошло 172 пациента, которым эндоскопическую коррекцию ПМР проводили с помощью Вантриса. При использовании Вантриса положительный результат был в 89,5% случаев, отрицательный – в 10,5%. Объем вводимого вещества

не превышал 0,8–1,0 мл. Из осложнений Вантриса отмечались: кратковременный субфебрилитет – 2,4%, макрогематурия, которая требовала дренирования мочевого пузыря уретральным катетером и увеличения водной нагрузки – 1,8%, бессимптомная лейкоцитурия – 4%, у 4 детей – блок почки после введения Вантриса – у двух детей установлен мочеточниковый стент до 3 месяцев, двое – прооперированы. У детей 3 группы применялся Уродекс (Urodex®). Положительный результат получен в 75,4%, отрицательный – 24,6%. Неудовлетворительные результаты после однократного применения были получены преимущественно при высоких степенях рефлюкса. В большинстве случаев при низких степенях достигнуты положительные результаты. Объем вводимого вещества составлял до 1,5 мл под каждое устье. Из осложнений мы встретили в 3% – афебрильную инфекцию мочевых путей, 0,6% – фебрильная инфекция МВП. Выводы: нестабильный уроимплант Коллаген для целесообразно использовать у грудных детей со степенями рефлюкса до III включительно. Наилучшие результаты были получены при использовании уроимплантов: Уродекса и Вантриса.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КРИПТОРХИЗМОМ

Меновщикова Л. Б., Захаров А. И., Коварский С. Л., Петрухина Ю. В., Соттаева З. З., Текотов А. Н., Ерохина Н. О.

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

Цель – оценить результаты лечения детей с крипторхизмом при применении гормональной терапии.

Задачи – оценить результаты применения гормональной терапии у детей в предоперационном периоде, сравнить состояние гонад у детей при хирургическом и комбинированном лечении, оценить результаты лечения детей с крипторхизмом в катамнезе.

Материалы и методы. 102 ребенка, находившихся на лечении в ДГКБ № 13 имени Н. Ф. Филатова с 2005 по 2009 г. разделены на 2 группы: 1 (46 детей) проводился курс хорионическим гонадотропином с последующим оперативным лечением в течение 1 мес, 2 (56 человек) только оперативное лечение. Оценка состояния гонад сразу после операции, через 3 мес и через год.

Результаты. В 1 группе после курса гормональной терапии наблюдалось изменение положения яичка в 25% случаев. У 5% детей с паховой формой яичко опустилось в мошонку, что исключило оперативное вмешательство. У 20% детей после курса гормональной терапии оно опускалось ниже, что позволило избежать натяжения тестикулярных сосудов интраоперационно, и послеоперационной ишемии ткани гонад. При абдоминальной форме в 13% случаев яичко опустилось в паховый канал, им проведена операция

без вмешательства на тестикулярных сосудах. После гормонотерапии увеличился процент детей с нормальным индексом резистентности, снизилась доля с высоким, что указывает на положительную динамику кровотока в гонаде. У детей с изначально низким индексом резистентности, даже после курса гонадотропина его показатель не менялся, несмотря на положительную стимуляционную пробу. Через 3 мес отмечалась положительная тенденция состояния гонад у детей 1 группы. Через 1 год – статистически достоверный рост гонад у детей 1 группы. У детей 1 группы положительная динамика показателей кровотока. Доля детей с нормальным индексом увеличилась более чем в 2 раза, при снижении доли детей с повышенным индексом, у мальчиков 2 группы улучшения показателей кровотока не произошло. Количество детей с изначально сниженным индексом резистентности не уменьшилось, что указывает на более глубокие морфофункциональные изменения в гонадах.

Выводы. Применение гормональной терапии позволяет у части пациентов добиться перемещения яичка в более низкое положение, улучшить состояние его кровотока, провести оперативное вмешательство в более благоприятных условиях с точки зрения внутриоргано-го кровотока.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ХОРИОНИЧЕСКОГО ГОНАДОТРОПИНА НА ГОНАДЫ НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Меновщикова Л. Б., Захаров А. И., Петрухина Ю. В., Ерохина Н. О., Лазишвили М. Н., Севергина Э. С.

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

Цель – изучить влияние, оказываемое хорионическим гонадотропином на здоровье гонады неполовозрелой крысы непосредственно после курса и в отдаленные сроки.

Материалы и методы. 50 самцов крыс линии Wistar, в возрасте 4 нед, весом 80–100 г были разделены на 5 групп по 10 особей в каждой. Для морфологического исследования здоровых гонад неполовозрелых самцов проведена односторонняя фуникулорхэктомия крысам первой группы (группа сравнения) с фиксацией материала в 10% растворе формалина. Крысам 2, 3, 4 группы (опытные группы) проводились подкожные инъекции хорионического гонадотропина по 5 ЕД в сутки в течение 10 дней и еще 4 дня по 7 ЕД в сутки, крысам 5 группы (контрольной) в течение того же периода проводились ежедневные подкожные инъекции физиологического раствора в дозе 0,2 мл. На следующий день после окончания инъекций произведена односторонняя фуникулорхэктомия крысам второй опытной группы и трем крысам из контрольной группы, еще через 14 дней та же операция проведена крысам 3 опытной группы и трем крысам из контрольной группы. Все материалы фикси-

ровались в 10% растворе формалина. Крысам 4 группы фуникулорхэктомия не проводилась.

Результаты. Морфологическая картина гонад, удаленных непосредственно после окончания гормональной терапии характеризуется протеканием процессов деструктуризации канальцевого эпителия, проявляющихся в беспорядочном расположении спермтоцитов 2 порядка и сперматид, деструктурированных отростках клеток Сертоли, беспорядочной упаковкой семенных нитей. Однако, в гонадах, удаленных через 14 дней отмечаются процессы регенерации. В гонадах крыс, получавших физиологический раствор, так же отмечены процессы локальной деструктуризации, с последующей репарацией.

Выводы. Введение хорионического гонадотропина оказывает стимулирующее влияние на все стадии сперматогенеза, однако процесс сперматогенеза остается незавершенным. Следует отметить, что влияние на сперматогенез и деструктуризация семенных канальцев носит обратимый характер. Выявление аналогичных процессов в гонадах крыс контрольной группы позволяет сделать вывод о стрессовом характере изменений, а не о непосредственном отрицательном влиянии хорионического гонадотропина.

НЕХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕРЕФЛЮКСИРУЮЩИМ МЕГАУРЕТЕРОМ

Меновщикова Л. Б., Захаров А. И., Складорова Т. А., Левитская М. В., Шумихин В. С., Гуревич А. И., Бетанов З. В.

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

Актуальность. В последние годы малоинвазивные методы лечения мегауретера рассматриваются как альтернатива длительной антибиотикотерапии и оперативным вмешательствам.

Цель – улучшение результатов лечения детей раннего возраста с нерефлюксирующим мегауретером путем эндоскопического стентирования мочеточников.

Материалы и методы. С февраля 2009 г. по декабрь 2013 г. на базе отделения урологии и плановой хирургии и отделения хирургии новорожденных и недоношенных детей ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова пролечено 170 детей с нерефлюксирующим мегауретером (98 мальчика и 70 девочек) в возрасте до 1 г.

Двусторонний мегауретер выявлен у 25 детей (14,7%), односторонний – у 145 (85,3%). Дети поступали планово после антенатальной диагностики и с сохраняющимся расширением мочеточника в постнатальном периоде. У 50 па-

циентов (29,4%) причиной обследования являлись инфекционные осложнения. Эндоскопическое лечение у всех детей проводилось после достижения клинко-лабораторной ремиссии инфекционных осложнений. Показанием к внутреннему стентированию являлось выраженное расширение мочеточника на всем протяжении и дилатация чашечек, сопровождающиеся нарушением функции почки. Длительность стояния стента в среднем составляла 8 нед. Критериями эффективности считались: купирование инфекционных осложнений, отсутствие нарушения уродинамики со стороны верхних мочевых путей, нормальные темпы роста почки и отсутствие ухудшения функции по данным РИИ.

Результаты. Стентирование выполнено 132 детям (78%). 38 (22%) детям с незначительным расширением мочеточника в дистальном отделе без расширения ЧЛС, нормальной функцией почки по данным РИИ методов исследования назначен курс консервативной терапии.

У 127 детей (96%) внутреннее стентирование имело положительный эффект. Оперативное лечение потребовалось 5 детям (4%). На наш взгляд,

Вывод. Использование малоинвазивных методов лечения позволяет добиться стойкого положительного

результата лечения нерефлюксирующего мегауретера у детей в 96% случаев. Отсутствие осложнений и случаев рецидива дают возможность рассматривать вышеприведенную методику как эффективную и сопоставимую по результатам с открытыми операциями.

ВАРИКОЦЕЛЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ВСЕГДА ЛИ НЕОБХОДИМА ОПЕРАЦИЯ?

Меновщикова Л. Б., Коварский С. Л., Севергина Э. С., Дерунова Т. И., Гуревич А. И., Захаров А. И., Галибин И. В.

РНМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва; ММА им. И. М. Сеченов, г. Москва; ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, г. Москва

Варикоцеле встречается в мужской популяции в 15–20% и является одной из важнейших тем среди ключевых программ ВОЗ. Впервые этот диагноз обычно устанавливается в подростковом возрасте и решение вопроса о тактике ведения должен решать детский уролог-андролог.

Цель – разработка диагностического протокола на основании оценки внутрияичкового кровотока в гонадах у пациентов с варикоцеле.

Методы. Обследовано 127 подростков с варикоцеле. Функциональное состояние тестикул оценивали по результатам ультразвукового исследования с доплерографией внутрияичкового кровотока. Сопоставление эхографической картины проводилось с контрлатеральным яичком и яичком здорового ребенка ($n=100$). Результаты УЗИ органов мошонки сопоставлялись с результатами морфологического и иммуногистохимического исследования яичковых сосудов. По степени морфологических и гистохимических изменений были выделены три типа строения яичковых вен. Выявленные особенности строения вен позволяют сделать вывод о том, что варикоцеле можно рассматривать как один из вариантов соединительнотканной дисплазии, поэтому наличие лишь расширения вен семенного канатика еще не является показанием к оперативному вмешательству.

Результаты. Показанием к коррекции варикоцеле во всех случаях явилось наличие реверсивного кровотока, падение до 0,6 и ниже индекса резистентности при оценке внутрияичкового кровотока, уменьшение размеров яичка на 8% и более. Для коррекции ретроградного кровотока мы используем как малоинвазивные технологии: эндоваскулярную окклюзию и высокую перевязку яичковых вен лапароскопическим доступом, так и открытые оперативные вмешательства. В послеоперационном периоде назначают мембраностабилизаторы. Контрольное УЗИ мошонки с оценкой интратестикулярного кровотока проводилось через 1, 6, 12 мес, далее – ежегодно. Положительный результат – устранение реверсивного кровотока – достигнут в 96% случаев, однако анализ результатов лечения с позиции сохранности функции яичка еще продолжается.

Заключение. Таким образом, в алгоритм дооперационного обследования пациентов с варикоцеле должно входить УЗИ яичек с доплерографией, данные которого коррелируют с результатами морфо-иммуногистохимического строения яичковых сосудов левого яичка, а показанием к операции должно являться угнетение внутрияичкового кровотока.

БОС-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЭВАКУАТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Меновщикова Л. Б., Соттаева З. З., Абрамова А. А.

Кафедра детской хирургии РНМУ имени Н. И. Пирогова, г. Москва; Детская городская клиническая больница № 13 имени Н. Ф. Филатова, г. Москва

Актуальность. Эвакуаторные нарушения органов малого таза, проявляющиеся микционной дисфункцией, хроническими запорами имеют в своей основе парадоксальные движения мышц тазового дна (ПДМТД). Вероятность развития сочетанных инфекционных осложнений, пузырьно-зависимых вариантов обструктивных уропатий, а также социальная дезадаптация детей и ухудшение качества их жизни создает актуальность для поиска новых неинвазивных методов лечения.

Цель – оценить эффективность БОС-терапии в лечении детей с эвакуаторными нарушениями функции тазовых органов.

Материалы и методы. Нами обследованы и пролечены 68 детей в возрасте от 5 до 14 лет: 37 девочек (54%) и 31 мальчик (46%). Средний возраст – $8,9 \pm 3,1$ лет. 30 детей (44%) предъявляли жалобы на затруднение при мочеиспускании, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. На урофлоуметрии выявлено снижение объемной скорости мочеиспускания на $37 \pm 12\%$, при этом объем остаточной мочи не превышал 30%, на ЭМГ-кривой – повышение активности мышц тазового дна. 34 ребенка (50%) страдали хроническими запорами, у 18 из них отмечалось каломазание. Функциональные исследования запирательного аппарата прямой кишки не выявили органической патологии. У 4 детей (5,9%)

выявлено стрессовое недержание мочи (в основном при смехе). При профилометрии уретры патологических изменений не выявлено. У всех детей на трансерианальном УЗИ выявлено ПДМТД – показанием к назначению БОС-терапии. Курс лечения составил 10 сеансов.

Результаты. Через 1 мес после окончания курса лечения, все дети отметили клиническое улучшение. У детей с микционной дисфункцией улучшились показатели урофоуметрии, количество остаточной мочи не превышало допустимые значения у 21 пациента, у 8 – уменьшилось до 15–17%. У всех детей с хроническими запорами, после курса лечения отмечена положитель-

ная динамика – учащение стула и уменьшение эпизодов каломазания (полное исчезновения каломазания у 4). После курса БОС-терапии исчезновение стрессового недержания мочи отмечено у всех детей. При проведении контрольной трансперинеальной ультрасонографии у всех детей отмечалась положительная динамика, однако полного исчезновения ПДМТД не отмечено. Всем детям рекомендовано повторить курс БОС-терапии через 3–6 мес.

Выводы. Использование БОС-терапии способствует уменьшению проявлений ПДМТД и является методом выбора в лечении пациентов с данной патологией.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Минаев С. В., Лескин В. В., Филиппева Н. В., Садовая А. С., Исаева А. В., Качанов А. В., Загуменная И. Ю., Поташникова Е. Я., Павлова Т. П., Тимофеев С. В.

Ставропольский государственный медицинский университет; Краевая детская клиническая больница, г. Ставрополь

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) остается одной из актуальных проблем детской гнойной хирургии, выделяясь тяжелым течением, трудностями ранней диагностики и частотой неблагоприятных исходов.

Цель исследования – улучшение результатов лечения ОГО в детском возрасте.

Материалы и методы. В отделении гнойной хирургии краевой детской клинической больницы г. Ставрополя находилось 90 детей с острым гематогенным остеомиелитом длинных трубчатых костей. Мальчиков было 50 (55,6%), девочек – 40 (44,4%). По возрасту пациенты распределились следующим образом: 3–5 лет – 16 детей (17,8%), 5–10 лет – 29 (32,2%), 10–15 лет – 45 (50,0%). Изолированное поражение кости отмечалось у 31 ребенка (34,4%), тазобедренный сустав был вовлечен в воспалительный процесс – у 26 (28,9%), коленный сустав – у 12 (13,3%), суставы другой локализации – у 21 (23,3%).

Все дети были разделены на 2 группы в зависимости от сроков госпитализации. В ранние сроки (до 3-х суток) госпитализировано 29 детей (32,2%), в поздние сроки – 61 ребенок (67,8%). У детей первой группы септико-пиемических форм не было, у 16 детей (17,8%) из второй группы имела септико-пиемическая форма.

Всем детям выполнено оперативное лечение: остеоперфорация пораженной кости, вскрытие флегмоны. Техника оперативного вмешательства позволила не только дренировать гнойный очаг, но и предотвратить пути распространения гнойных затеков. В послеоперационном периоде проводилась комплексная терапия.

Результаты. Хронизации процесса у детей с местной формой ОГО не отмечено в обеих группах. У детей из 2-й группы с септико-пиемической формой ОГО отмечалось развитие пиемических очагов у 4 (6,6%) пациентов. Клинически в первой группе отмечалась более ранняя, чем во второй группе (в среднем на $6 \pm 0,5$ суток) активизация больных, нормализация температуры тела, снижение СОЭ, лейкоцитоза, нормализации формулы крови. Длительность госпитализации детей из первой группы составляла в среднем 21 день, а второй – 24 дня.

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о необходимости проведения раннего оперативного вмешательства (до 3 суток) у детей с ОГО, позволяющего избежать развития осложнений и хронизации течения воспалительного процесса.

ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Минаев С. В., Обедин А. Н., Киргизов И. Н., Качанов А. В., Быков Н. И., Товкань Е. А., Филиппева Н. В.

Ставропольский государственный медицинский университет; Краевая детская клиническая больница, г. Ставрополь

Актуальность. Диагностика и лечение некротического энтероколита (НЭК) у новорожденных остается актуальной проблемой современной детской хирургии. Это объясняется высоким процентом гнойно-септических осложнений и большой летальностью у данной группы больных. Подавляющим большинством пациен-

тов являются недоношенные дети с массой тела менее 1500 г, с задержкой внутриутробного развития. Принимая во внимание определяющую роль нарушения кровоснабжения кишечника новорожденного в патогенезе развития НЭК следует думать о том, что эффективное обезболивание может способствовать уменьшению ко-

личества осложнений и снижению летальности у пациентов с развившимся НЭК.

Цель исследования – сравнить эффективность обезболивания у новорожденных с НЭК при проведении пресакральной анестезии различными препаратами.

Материал и методы. При проведении двойного слепого контролируемого проспективного рандомизированного исследования с 2012 по 2014 г. нами было пролечено 19 новорожденных с НЭК. Степень тяжести заболевания была различной: от 1б до 3а стадии по клиническим данным и в зависимости от измерения толщины стенки кишечника по данным ультразвукового исследования. В группу №1 вошли 10 новорожденных с НЭК, которым в комплексном лечении применялась разработанная нами методика пресакральной анестезии 0,5% р-ром ропивакаина из расчета 0,1 мл/кг. Группу №2 составили 9 новорожденных с НЭК, которым совместно с традиционным комплексом методов интенсивной терапии НЭК однократно проводились блокады раствором прокаина 0,25% из расчета 0,5 мл на одно введение оценивалась степень и выраженность болевого синдрома по шкале СНЕОПС при поступлении, через 2, 4, 8, 16 ч после проведения пресакральной анестезии. Конечными точками исследования являлись летальность и количество осложнений, тре-

бующих проведения оперативных вмешательств (перфорация полого органа или развитие разлитого перитонита) к исходу 3-х суток от момента установления диагноза НЭК. Результаты: При установлении диагноза НЭК уровень болевого синдрома у больных первой и второй группы был существенно выше, чем у новорожденных из группы контроля. При этом оценка по шкале СНЕОПС между группами 1 и 2 достоверно не различалась и составляла соответственно в среднем $11,7 \pm 0,028$ и $12,0 \pm 0,01$ балла ($p=1,0$). Проведением адекватного обезболивания существенно снижается периферическое сосудистое сопротивление у новорожденных, что может подтверждать теорию о том, что болевая импульсация способствует нарушению кровоснабжения кишечника у новорожденных, инициируя тем самым некротические изменения в стенке кишки. Выводы: В комплексе лечения детей с НЭК следует широко применять пресакральные блокады с раствором ропивакаина как эффективный и безопасный метод анальгезии у новорожденных с указанной патологией; использование у новорожденных с НЭК для анальгезии однократного введения в пресакральное пространство раствора прокаина нецелесообразно ввиду кратковременности действия (не более 2 часов) и малой его эффективности.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА У ДЕТЕЙ

Мираков К.К., Володько Е.А., Бровин Д.Н., Поварнин О.Я., Окулов А.Б.,

Отдел детской хирургии НИЦ ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава РФ, г. Москва; ГБУЗ «ДГКБ им. Башляевой З.А.» ДЗМ, г. Москва

Введение. Пороки развития органов репродуктивной системы составляют значительный удельный вес в структуре детской заболеваемости. Их диагностика и лечение остаются наиболее трудными разделами детской хирургии, эндокринологии, гинекологии и андрологии. Сложность проблемы обусловлена разнообразием вариантов нарушений формирования пола при сходных клинических проявлениях в виде смешанного строения наружных половых органов, а также необходимостью ранней диагностики формы заболевания. Для своевременной рациональной диагностики и выбора лечебной тактики у детей с нарушением формирования пола необходим мультидисциплинарный подход. Неверный выбор лечебной тактики может привести к труднопоправимым, а иногда трагическим последствиям.

Цель – улучшение диагностики и результатов лечения детей с различными вариантами нарушения формирования пола.

Материалы и методы. В отделе детской хирургии разработан способ лапароскопической диагностики и коррекции пола у детей с нарушением его формирования, который применяется в отделе с 1973 г., а на кафедре детской хирургии РМАПО с 1965 г. Способ позволяет оценить анатомо-топографические особенности внутренних половых органов, визуализировать deriva-

ты мюллеровых протоков, верхнюю треть влагалищного отростка урогенитального синуса, а также оценить форму гонад, находящихся в малом тазу, семявыносящих протоков, охарактеризовать их размеры и соотношение данных структур между собой, с мочевым пузырем и глубокими паховыми кольцами. По разработанным лапароскопическим признакам с учетом данных предшествующего обследования (генетического, эндокринологического, лучевого, эндоскопии половых протоков) верифицировали варианты нарушения формирования пола. Завершающим этапом эндоскопической оценки органов малого таза является его санация, которая выполнена 32 пациентам с нарушением формирования пола в возрасте от восьми месяцев до 14 лет.

Результаты. Диагноз билатеральной дисгенезии яичек установлен путем лапароскопического исследования у 12 пациентов, смешанной дисгенезии яичек – у 16, синдрома «овотестис» – у 4. Лапароскопическими признаками смешанной дисгенезии яичек являются рудиментарная однорогая матка с гипопластичной маточной трубой, смещенные в сторону «streak». Для дисгенезии гонад характерно наличие дериватов Мюллера протока в виде рудиментарной матки, расположенной по центру, с маточными трубами и дисгенетичными гонадами. Лапароскопические признаки синдрома «овотестис» отлича-

ются от лапароскопической характеристики дисгенезии гонад наличием гонады с признаками овариальной и тестикулярной ткани. Всем пациентам произведена лапароскопическая коррекция внутренних половых органов в соответствии с выбранным полом. При диагностировании смешанной дисгенезии яичек выполняют удаление матки, маточной трубы и «streak» путем коагуляции широкой связки матки и маточной артерии, перевязки влагалищного отростка урогенитального синуса над местом впадения единственного семявыносящего протока. Одновременно оценивают расположение единственного яичка, при наличии его расположения в брюшинной полости яичко низводят при помощи конверсии классическим способом паховым доступом с соответствующей стороны. Если единственное яичко расположено в мошонке и имеет место незаращенный влагалищный отросток брюшины, выполняют герниорафию. При билатеральной дисгенезии гонад производят удаление дисгенетичных гонад с гипоплазированными маточными трубами с обеих сторон, а также рудиментарной матки. Если ребенку установлен диагноз «синдром овотестис», объем операции заключается в удалении дериватов

Мюллерова протока и дисгенетичных смешанных гонад (овотестис). Описанные операции выполняют у детей с избранным мужским полом, установленным с учетом удовлетворительного развития кавернозных тел и дифференцировки структур головного мозга по мужскому типу, что может быть характерно для любого из описанных патологических состояний. При наличии у этих пациентов необлитерированных глубоких паховых колец выполняют симультанную лапароскопическую герниорафию.

Выводы. Применение диагностически-санационной лапароскопии у детей с нарушением формирования пола позволяет достоверно установить анатомические соотношения внутренних половых органов, что в совокупности с результатами предварительного обследования способствует точной верификации варианта патологии. Эффективная дифференциальная диагностика обеспечивает адекватный выбор пола и формулировку рациональной схемы лечения, а также медицинской мультидисциплинарной реабилитации, направленных на улучшение качества жизни пациентов в дальнейшем.

АЛГОРИТМ ЭТАПНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Миролюбов Л. М., Мустафин Я. М., Яфясов Р. Я., Сучков О. М.

Кафедра детской хирургии с курсом ФПК и ППС; Казанский государственный медицинский университет; ГАУЗ ДРКБ МЗ Республики Татарстан, г. Казань

Цель – оптимизация диагностических и лечебных мероприятий на различных этапах нахождения пациента.

Построение алгоритма основано на анализе маршрутизации больных с портальной гипертензией в нашей республике с 1998 г.

1 этап. Участковый педиатр при выявлении у детей спленомегалии, пупочного сепсиса в периоде новорожденности, катетеризации пупочной вены, геморрагического синдрома, направляет их в ЦРБ, детскую больницу.

2 этап. ЦРБ, детская больница, детское хирургическое отделение: проведение лабораторных анализов, УЗИ гепатолиенальной системы, ФЭГДС. При поступлении ребенка с пищеводно-желудочным кровотечением – гемостатическая терапия, коррекция анемии. Консультация по телефону с реанимационно-консультативным центром ДРКБ МЗ РТ (врачом-реаниматологом и хирургом), вызов бригады специалистов или транспортировка в ДРКБ.

3 этап. ДРКБ отделение гастроэнтерологии, реанимации и неотложной хирургии:

а) В отделение гастроэнтерологии госпитализируются дети с впервые выявленной портальной гипертензией для уточнения ее формы, дообследования. Проводится УЗИ сосудов системы воротной вены с доплером, определением скорости кровотока по селезеночной вене, на-

личие перипортального фиброза и фиброза паренхимы печени. Контрольная ФГДС выявляет степень варикозного расширения вен пищевода, угрозу кровотечения, продолжающееся кровотечение. Проводятся анализы крови для выявления характерной тромбоцитопении, лейкопении, биохимический анализ крови, коагулограмма. Выполняется РКТ- трехмерная реконструкция сосудов портальной системы, что дает возможность уточнить форму, анатомию сосудов портальной системы, прогнозировать выбор шунтирующей операции.

б) В отделение реанимации госпитализируются дети, поступающие с желудочно-пищеводным кровотечением, в тяжелом состоянии, с анемией тяжелой степени. Проводится гемостатическая терапия, тампонада зондом Блэкмора.

В случае невозможности купирования кровотечения – гастротомия, прошивание кровоточащих сосудов кардиального отдела пищевода.

В) В отделение хирургии поступают обследованные дети с установленным диагнозом на оперативное лечение, а так же дети, переведенные из ЦРБ после эпизода желудочно-пищеводного кровотечения или дегтеобразного стула.

4 этап. Дети с недостаточным функционированием шунта и угрозой повторных кровотечений направляются в клинику г. Москвы.

УПРАВЛЯЕМАЯ ЛИКВОРНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мишкин В. В., Пискалов А. В., Мартыненко А. А., Бардеева К. А.

Омский государственный медицинский университет

Несмотря на успехи в хирургическом лечении миелодисплазии, дети со спинномозговой грыжей представляют собой особо тяжелую группу пациентов со стойким неврологическим дефицитом. Одной из задач стоящих в детской нейрохирургии в настоящее время, является поиск методов, позволяющих исключить фиксацию спинного мозга в зоне первичной герниопластики.

Цель исследования – разработка метода предоперационной подготовки и послеоперационного ведения, позволяющего предотвратить образование спаечного процесса в области спинного мозга, корешков и твердой мозговой оболочки приводящего к формированию синдрома «фиксированного спинного мозга» с позиций ранней нормализации ликвородинамики.

Материалы и методы исследования. В работе анализируются результаты лечения 57 пациентов со спинномозговыми грыжами. Оценку состояния желудочковой системы проводили методом нейросонографии с определением индекса Эванса.

Количественную оценку внутричерепной гипертензии проводили прямым измерением внутрижелудочкового давления. Разработаны критерии оценки степени повышения ВЧД на основании процентного повышения ликворного давления по отношению к нормальным показателям. По результатам обследования, в зависимости от величины ликворного давления и индекса Эванса у 57 пациентов, было выделено 9 групп. Тактика хирургического лечения зависела от отношения пациента к одной из групп.

Результаты и обсуждение. Нами разработаны критерии степени повышения ВЧД у детей до 1 года, на основании прямых измерений и исследования мозгового кро-

вотока методом ультразвуковой доплерографии. 71,3% от общего количества пациентов это дети в возрасте до 1 года. Из них 70% имеют высокие темпы нарастания гидроцефалии, в возрасте старше 1 года эти показатели снижаются. При анализе результатов обследования, были выделены 3 группы пациентов со СМГ и различным индексом Эванса. Группа А. Индекс Эванса был равен 0,15–0,5. Группа В с индексом Эванса 0,51–0,74. В группе С индекс был более 0,75. В каждой из указанных групп по результатам измерения ликворного давления были выделены 3 подгруппы пациентов с различным уровнем превышения ВЧД по сравнению с нормой в данной возрастной группе.

При величине ВД, не превышающей 150% от нормы, хирургическое лечение выполнялось без применения метода управляемой ликворной гипотензии. При увеличении давления от 150% до 300%, для его нормализации использовался длительный люмбальный или вентрикулярный дренаж, устанавливаемый по «туннельной» методике. В послеоперационном периоде проводился мониторинг ликворного давления с понижением его до нормальных показателей в данном возрасте. Условием удаления дренажной системы являлось заживление кожной раны в зоне герниотомии.

Заключение и выводы. Мониторинг ликворного давления в раннем послеоперационном периоде позволяет индивидуально вести пациента со СМГ относительно его ликвородинамики. Управляемая ликворная гипотензия в послеоперационном периоде создает благоприятные условия для заживления операционной раны и профилактики спаечного процесса в зоне герниотомии.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

Млынчик Е. В., Заботина Э. К.

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

Цель исследования – изучение результатов применения внутримышечных инъекций ботулинического токсина типа А (БТА) у детей с нарушением резервуарной функции мочевого пузыря, обусловленным миелодисплазией.

Материалы и методы. За 4 года пролечено 59 пациентов в возрасте от 2 до 17 лет с нейрогенным мочевым пузырем вследствие миелодисплазии, среди них 39 с миеломенингоцеле и 21 с тканевой формой порока. При обследовании у всех пациентов отмечено вы-

раженное снижение резервуарной функции мочевого пузыря, высокое внутрипузырное давление, недержание мочи. Нарушение эвакуаторной функции выявлено у 43, из них 34 находились на интермиттирующей катетеризации мочевого пузыря, у 8 отведение мочи осуществлялось с помощью постоянных дренажей и стом. Все дети в течение длительного времени (от 1 до 8 лет) получали М-холиноблокаторы, эффект их был недостаточным, либо имелись побочные действия. 12 пациентам выполнена оценка пульсового кровенаполнения и тонууса со-

судов малого таза с помощью неинвазивной реопельвиографии (РПЕГ), у 10 исходно выявлены умеренные и выраженные нарушения регионарного кровообращения.

Эндоскопические инъекции препарата БТА в детрузор осуществлялись в дозе 50–200 ЕД. Эффект лечения оценивался по показателям средней и максимальной емкости мочевого пузыря, учета потерь мочи, данным цистометрии до лечения, на 7-е сутки, через 1, 3, 6 и 12 мес после лечения.

Результаты. Отчетливый лечебный эффект отмечен у 57 пациентов к 5–7-м суткам и достиг максимума к 1 мес, когда средний объем мочевого пузыря увеличился на 112%, максимальный – на 125%, отмечено значительное снижение внутривезикулярного давления, в среднем с 29,6 до 13,9 см вод.ст. По данным РПЕГ с 7 суток от-

мечалась выраженная положительная динамика пульсового кровенаполнения и тонуса сосудов малого таза. У трети пациентов достигнуто полное удержание мочи, у остальных потери мочи значительно сократились. Эти показатели сохранялись при обследовании через 3 мес, и у большинства через 6 месяцев. В сроки от 6 до 12 месяцев обследовано 57 пациентов, средний и максимальный объем мочевого пузыря превышал исходный на 81 и 88%. Исчезновение ПМР с одной или обеих сторон зарегистрировано у 10 пациентов. Осложнений и побочных действий не отмечено. Повторные инъекции БТА потребовались 19 пациентам в сроки от 6 до 18 месяцев, двум пациентам БТА вводился трижды. В отдаленном катамнезе у большинства пациентов отмечено улучшение переносимости и повышение эффективности применения М-холиноблокаторов.

ВОПРОСЫ О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ УРОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖИ

Морозов В. И., Иванов В. С., Салихова Л. Т., Гараев А. Т.

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Популяционная частота органной формы миелодисплазии в виде спинномозговых грыж в Российской Федерации составляет 1:1000 новорожденных (Исаков Ю.Ф. с соавт., 1998). По данным кандидатской диссертации В.С. Иванова «Пороки спинного и головного мозга у детей со спинномозговыми грыжами в республике Татарстан (клинико-нейровизуализационное исследование)» с 1997 по 2007 г. пролечено 119 детей с данной патологией. В зависимости от патоморфологии спинномозговой грыжи нарушения уродинамики у этой группы больных могут быть компенсированными, субкомпенсированными и декомпенсированными.

Цель – улучшить функциональные результаты лечения у детей, оперированных по поводу спинномозговой грыжи с различными вариантами уродинамических нарушений.

Материалы и методы. На базе нейрохирургического, урологического отделений и дневного стационара ДРКБ МЗ РТ было обследовано 44 детей оперированных по поводу спинномозговой грыжи в возрасте от 6 мес до 9 лет. Методы обследования: анамнестические данные, жалобы родителей, оценка уронефрологического и неврологического статуса, лабораторные данные, УЗИ, лучевая диагностика (по показанию), урофлоуметрия, электромиография.

Результаты. Консервативно пролечено 28 (64%) детей; консервативное лечение плюс периодическая катетеризация мочевого пузыря – 10 (23%) детей; цистостомия плюс консервативное лечение – 6 (13%) детей.

Выводы. 1. Результаты лечения зависят от степени выраженности патоморфологических изменений спинного мозга в зоне формирования спинномозговой грыжи. Из 44 обследованных больных оперированных по поводу спинномозговой грыжи у 38 детей отмечено улучшение (увеличение продолжительности «сухих» промежутков при недержании мочи, появление позывов к микции и дефекации, которых ранее не отмечалось, уменьшение объема остаточной мочи после микции в динамике).

2. У 6 детей, в силу тяжести порока, и выраженности уродинамических нарушений, с целью предупреждения воспалительных изменений мочевыводящих путей была выполнена операция «цистостомия» и проводилось последующее этапное консервативное лечение по протоколу лечения детей с миелодисплазией.

3. Все дети, оперированные по поводу спинномозговой грыжи, требуют длительного диспансерного наблюдения нейроуролога с проведением контрольных уродинамических исследований и повторных курсов этапного лечения.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЗИ ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Мохаммад Б., Давлицаров М. А., Белова Н. В., Кудрявцева Н. В., Вайс А. В., Крук Н. Н., Якунев А. Н., Дегтярев П. Ю., Порфирьева И. Л.

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

Цель – разработка показаний и оптимизация сроков оперативного лечения данного заболевания у детей.

Материалы. В нефроурологическом центре ГУЗ ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина г. Тулы при клиническом

осмотре и выявлении крипторхизма у детей уточняем варианты развития болезни (односторонний, двусторонний, паховый, абдоминальный, ложный или эктопия) и в целом пальпируется ли яичко. В последующем независимо от возраста пациента выполняем УЗИ (почек, мочевого пузыря) и эхографический поиск яичек по ходу их ретенции в мошонку. Целенаправленно осматриваем и определяем местоположение, размеры, структуру и, по возможности, определяем степень кровотока в крипторхизированном или эктопированном яичке.

Результаты. Полученные данные считаем как исходные, далее в зависимости от возраста ребенка устанавливаем сроки повторного осмотра в том числе УЗИ-контроль и наблюдение, или подготавливаем пациента к оперативному лечению (это касается детей с непальпируемым яичком или детей старшего возраста).

В случае детей с ложным крипторхизмом (усиленным кремастерным рефлюксом) и эктопией (дистопией) яичек обязательным считаем динамическое (контрольное) наблюдение и повторное эхографическое

обследование для оптимизации сроков оперативного лечения. По данным нашего наблюдения оптимальным возрастом для оперативного лечения абдоминального или пахового крипторхизма после неоднократного клинического осмотра, УЗИ и отсутствии сложных соматических противопоказаний является возраст от полутора до двух лет.

Для детей с ложным крипторхизмом и эктопией яичек после неоднократного клинического и УЗ осмотра устанавливаем индивидуальные сроки оперативного лечения в зависимости от степени усиления кремастерного рефлюкса (стойкий, постоянный или непостоянный), с учетом психоэмоционального статуса ребенка и локализации эктопированного (дистопированного) яичка.

Выводы. Таким образом, тщательный дооперационный отбор пациентов и их неоднократный клинический осмотр и УЗИ при различных вариантах крипторхизма в зависимости от возраста ребенка способствует выработке своевременного оперативного лечения и адекватный, и в последующем оптимальный, результат.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ОСТРОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Мохаммад Б., Давлицаров М. А., Белова Н. В., Кудрявцева Н. В., Вайс А. В., Крук Н. Н., Якунев А. Н., Дегтярев П. Ю., Порфирьева И. Л.

Тулльская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д. Я. Ваныкина

Цель – показать целесообразность и эффективность раннего ультразвукового исследований при проведении диагностики различных заболеваний яичка у детей с синдромом острой мошонки.

Материалы и методы. В обзор включены пациенты, обратившиеся за помощью к детскому хирургу нашей больницы с 2013 по 2014 г., – всего 121 человек. Ультразвуковые исследования проводились на аппарате Logic P5 конвексными и линейными датчиками (с обязательным использованием ЦДК). Так как в структуре больницы есть два неонатальных отделения, мы наблюдали патологию у детей всех возрастных групп.

Результаты. Эхография мошонки проводилась всем пациентам с синдромом острой мошонки как можно раньше после обращения. В результате обследования выявлено: крипторхизм у 31 пациента (25,6%), из них 25 – паховый, 6 – брюшной; варикоцеле – 18 детей (14,9%), водянка оболочек яичка – 17 (14%), гипопла-

зия яичек – 15 (12,4%), сперматоцеле придатка – 9 (7%), воспалительные процессы – 7 (5,8%) из них 2 – орхит, 5 – эпидидимит; паховая грыжа – 6 человек (5%). Выявлено по 4 случая (3,3%) кисты семенного канатика и сообщающейся водянки семенного канатика и оболочек яичка, тестикулярный микролитиаз – 3 (2,5%) из них 1 – диффузный, 2 – очаговый; по 2 ребенка (1,7%) – пахово-мошоночная грыжа и травматическая гематома, по 1 случаю (0,8%) – сперматоцеле яичка, отек элементов семенного канатика и ячеистая опухоль.

Выводы. При синдроме острой мошонки мы рекомендуем проводить ультразвуковое исследование всем детям в максимально ранние сроки, т.к. обращение к хирургу редко происходит в первые часы заболевания. Сократив время диагностического поиска, мы повысим шансы на успех операции и снизим риск отдаленных осложнений, что позволит нашим пациентам в дальнейшем избежать бесплодия.

МЯГКОТКАННЫЕ РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Мурга В. В., Рассказов Л. В., Румянцева Г. Н., Иванов Ю. Н., Копцева А. В.

ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ; ГБУЗ «Детская областная клиническая больница», г. Тверь

Мягкотканые родовые повреждения позвоночника встречаются достаточно часто и происходят на фоне диспластических изменений позвоночного столба. Клиническая картина маскируется симптомами ишемического поражения ЦНС и создает трудности в своевременной диагностике.

Цель работы – изучение клинических нарушений при родовой травме шейного отдела позвоночника у новорожденных.

Проведен анализ клинических проявлений родовой травмы шейного отдела позвоночника 82 новорожден-

ных (36 мальчиков, 46 девочек). У 59 (72%) отмечались проявления гипоксически-ишемических поражений ЦНС. Всем детям выполнялась сонография головного мозга, 34 детям УЗИ и 17 рентгенография шейного отдела позвоночника. Изучен генеалогический анамнез.

Результаты. У большинства родителей отмечены признаки дисплазии соединительной ткани (у матери 61,4%, у отца 34,1%). Выявлялся синдром «укороченной шеи» за счет спазма мышц шейного отдела позвоночника, имело место скошенность теменно-затылочной области.

На УЗИ шейного отдела позвоночника отмечались признаки нарушенных соотношений на уровне С1 – С2.

На рентгенограммах картина в большинстве случаев была неинформативной в силу нечеткости структур шейного отдела позвоночника. Выявлялась гиперэкстензия затылочной кости, примыкание ее к задней дуге атланта, асимметрия сочленения С1 – С2, в результате небольшого расхождения боковых масс атланта по ширине.

Выводы. Своевременная диагностика родовых мягкотканых повреждений шейного отдела позвоночника позволяет провести полноценное восстановительное лечение с последующим оптимальным развитием ребенка, так как механизмы саногенеза не способны компенсировать возникающие в родах патологические нарушения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ МЕККЕЛЯ (ДМ) У ДЕТЕЙ

Мыкыев К. М., Омурбеков Т. О., Шайбеков Д. Р.

Кыргызско-российский славянский университет им. Б. Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызстан

Цель – определить частоту и осложнения при ДМ у детей.

Метод основан на анализе 46 оперированных детей с ДМ в отделении неотложной хирургии ГДКБ СМП за 2008-14 гг. Изучены общеклинические анализы, УЗИ, обзорная и рентгено-контрастные исследования ЖКТ. Мальчики – 30 (65,2%), девочки – 16 (34,8%). В возрасте 6–12 месяцев 3 (6,5%), 1–3 года 21 (45,6%), 4–7 лет – 5 (19,9%), 8 лет и старше – 17 (36,9%) больных. Диагноз при поступлении: острый аппендицит – у 33 (71,7%), желудочно-кишечное кровотечение – у 6 (13%), кишечная непроходимость – у 6 (13%), ущемленная паховая грыжа у 1 (2,2%) больного. У 16 проведено рентгено-контрастное исследование ЖКТ, у 2-х установлено подозрения на ДМ. УЗИ брюшной полости у 20, обнаружено наличие свободной жидкости в брюшной полости. Клиническим признаком кровоточащего ДМ – обильные или незначительные выделения темно-вишневого цвета крови из прямой кишки, беспокойство, субфебрильное повышение температуры тела, жидкий стул. 3 больных наблюдались в инфекционном отделении с подозрением на кишечную инфекцию. Трое поступили повторно с кишечным кровотечением, и оперированы с подозрением на ДМ. Во время операции обнаружено: флегмонозный ДМ у 19 (41,3), гангренозный ДМ у 15 (32,6%), у 6 больных осложнился перфорацией и перитонитом. У 3-х ДМ прикрыт салъ-

ником, у 1 брыжейкой кишечника. Кровоточащий ДМ у 5 (10,8%), инвагинация кишечника у 4 (8,7%), заворот кишечника у 3 (6,5%) больных. Пептическая язва ДМ отмечена у 5, все до 3-х лет. По размеру ДМ: до 3-х см – у 7, до 6 см – у 14, до 10 см – у 10, более 10 см – у 6, у остальных не уточнены. Расстояние ДМ от илеоцекального угла: до 40 см у 15% больных, до 60 см – 37,0%, более 70 см – 47,0%. Размер и форма ДМ имеет значение для патологического процесса: длинный и тонкий ДМ 3-х был причиной странгуляции; короткий с широким основанием у 4 вызвал инвагинацию кишечника. Объем оперативного вмешательства при ДМ зависел от изменений, анатомических особенностей его, а также степени вовлечения в патологический процесс стенки кишки. В 1 случае с ущемленной паховой грыжей кроме петель кишечника, содержимым оказался измененный ДМ. В 13 (32,5%) случаях при катаральном аппендиците с наличием выпота обнаружен флегмонозный ДМ.

В послеоперационном периоде у 2 больных ДМ, отмечена спаечная кишечная непроходимость.

Выводы. 1. ДМ становится причиной острых и хронических жизнеугрожающих заболеваний в абдоминальной хирургии у детей.

2. Перфорация ДМ и перитонит отмечено у 13,0%, кровотечение у 10,8%, инвагинация кишечника у 8,7%, заворот кишечника у 6,5%.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ОККЛЮЗИОННОЙ ФОРМЫ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Нганкам Л. П., Румянцева Г. Н., Горнаева Л. С.

Тверской государственный медицинский университет

В связи с интенсивным развитием эндоскопических технологий в детской нейрохирургии перед врачами все чаще встает вопрос о выборе метода оперативного лечения, в частности в случае гидроцефалии. Вентрикулоперитонеостомия – один из наиболее частых методов

отведения спинномозговой жидкости при нарушении ликвородинамики. Операция заключается в установке шунтирующей системы, что травматично для пациентов (особенно для новорожденных), затрагивает эстетические и психологические аспекты (шунтоносительство). Ослож-

нения в виде дисфункции шунтирующей системы по разным данным литературы встречаются в 40% случаев.

Мини-инвазивность нейроэндоскопической тривентрикулостомии очень привлекательна для врача и пациента, однако, грани использования данного метода достаточно тонкие.

Цель – улучшить качество лечения пациентов с окклюзионной формой гидроцефалии.

Задачи – проанализировать истории болезни пациентов, пролеченных по поводу гидроцефалии, с использованием разных хирургических методов.

Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении Детской областной клинической больницы за 2013–2014 гг. было проперировано 46 детей по поводу гидроцефалии. Среди них 4 детей с гестационным возрастом от 26 до 32 нед. У 3 больных гидроцефалия сочеталась со спинномозговой грыжей. Возраст пациентов варьировал от двух суток до трех лет. Больные распределены на 2 группы по тактике лечения. В 1-й группе выполнялась вентрикулоперитонеостомия, во 2-й – нейроэндоскопическая тривентрикулостомия.

1-я группа включала 29 детей, как правило, к ней относились пациенты с постгеморрагической гидроцефалией.

Из них 4 детям выполнено кисто-вентрикулоперитонеальное шунтирование. 5 детям вентрикулярный катетер установлен с помощью шунтоскопа (KarlStorz). 10 пациентам в целях санации ликвора требовались промежуточные этапы оперативного лечения в виде вентрикуло-субгалеального, наружного вентрикулярного дренирования.

17 детям выполнена нейроэндоскопическая тривентрикулостомия (эндоскоп GAAB). В одном случае при множественных дисфункциях шунтирующей системы проводилась тривентрикулостомия с ревизией препонтийной цистерны и лаважем ликворных пространств с включением антибактериальных средств. 3 детям эндоскопическим путем проведена фенестрация арахноидальной кисты третьего желудочка (супраселлярной кисты).

Осложнения в виде дисфункции шунтирующей системы, объемных субдуральных скоплений, закрытия эндоскопической стомы, ликвореи встречались в 18% случаев. Данный показатель послеоперационных осложнений является достаточно низким в хирургическом лечении гидроцефалии.

Вывод. Нейроэндоскопические методы малоинвазивны, косметичны, перспективны, и тем не менее требуют не только высоких технических навыков от хирурга, но и очень избирательного подхода к их применению.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГЕАНГИОМИ

Нурмеев И. Н., Осипов А. Ю., Миролубов Л. М., Сабирова Д. Р., Осипов Д. В., Нурмеева А. Р., Гильмутдинов М. Р., Рашитов Л. Ф.

Казанский государственный медицинский университет; Казанская государственная медицинская академия; Детская республиканская клиническая больница; Приволжский (Казанский) федеральный университет

В настоящее время наметился устойчивый тренд в сторону широкого применения так называемой пропранолол-терапии (β-адреноблокаторы) в лечении гемангиом любой локализации у детей, в том числе осложненных. Сохраняется, однако, актуальность выработки оптимальной тактики лечения осложненных гемангиом – наиболее сложной группы пациентов.

Цель – обобщение опыта лазерного и медикаментозного лечения гемангиом у детей.

Материалы и методы. В 2007–2015 гг. в ДРКБ МЗ РТ проведено лечение терапия 3250 пациентов с гемангиомами. Возраст пациентов от 30 дней до 10 мес 8 дней (среднее 5,0 мес ± 15 дн). Девочек – 2395 (73,7%), мальчиков – 855 (26,3%). Среди них 125 (3,8%) имели характер осложненных: 35 (1,08%) – осложненные кровотечения, 71 (2,2%) – изъязвлением, 19 (0,59%) – сочетанием кровотечения и изъязвления. Кроме того, имели место такие осложнения, как влияние на зрение, функцию печени и дыхание, всего 16.

Традиционным (до 2012 г.) лечением для гемангиом считалось инвазивное лечение: хирургическое удаление, лазерная коагуляция, местное лечение, короткофокусная рентгеновская терапия.

С 2012 г. начали применять пропранолол-терапию. Лечение включало в себя стационарную и амбулаторную фазы. Рабочей дозой считали 2 мг/кг/сут с набором

дозы за 3–10 дней с понижением дозы в ряде случаев. По методике пролечено 600 пациентов.

Оценивали косметический результат лечения, длительность лечения и удовлетворенность проводимой терапией.

Результаты и обсуждение. У всех пролеченных больных было отмечено улучшение/выздоровление.

Относительно осложненных гемангиом получена следующая информация. В период лечения традиционными хирургическими средствами длительность изъязвления гемангиомы составила $21 \pm 2,1$ день, с 2012 г. эпителизация поверхности достигалась за $4,5 \pm 1,2$ дня, что позволяет констатировать улучшение показателя в 4,67 раза ($p \geq 95\%$).

Удовлетворенность результатом лечения оказалась выше в группе медикаментозного лечения, что было обусловлено быстрой эпителизацией, отсутствием продолженного периферического роста опухоли, отсутствием местных ожоговых явлений, связанных с лазерным воздействием.

В отношении хирургических вмешательств сравнение позволило констатировать возможность избежать хирургических вмешательств в 100% случаев с переходом на медикаментозное лечение.

Выводы. Тактика медикаментозного ведения пациентов с гемангиомами показала себя эффективной и безопасной при лечении всех видов гемангиом.

ОСОБЕННОСТИ МИКЦИОННОГО ЦИКЛА ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Осипов И. Б., Соснин Е. В., Осипов А. И., Бурханов В. В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность. После первичной хирургической коррекции экстрофии мочевого пузыря у многих детей сохраняется неадекватная функция нижних мочевых путей. **Целью исследования** явилась необходимость уродинамической систематизации встречающихся нарушений в зависимости от тяжести порока и определение методов их устранения.

Материалы и методы. В клинике детской урологии СПбГПМУ с 2000 по 2015 г. наблюдалось 83 ребенка с экстрофией мочевого пузыря (18 девочек и 65 мальчиков). Экстрофию мочевого пузыря разделяли на три степени тяжести. Преобладали дети с тяжелой и средне-тяжелой степенями порока (10 – с первой степенью тяжести, 46 – со второй и 27 – с третьей).

Первичную коррекцию при экстрофии первой и второй степени проводили местными тканями по Бариову в возрасте от 2 дней до 4 лет. При недостаточных размерах площадки пластику местными тканями дополняли аугментацией у 2 детей с первой степенью и 23 – со второй. При третьей степени в 23 случаях формировали искусственный мочевой пузырь. У 6 пациентов с целью увеличения емкости и улучшения комплаентности проводили инъекции ботулинического токсина типа А.

Недостаточность сфинктерной зоны корригировали операцией Young – Dees у 39 пациентов, и эндоскопической гелевой коррекцией – у 9. У 18 пациентов выполнены закрытие уретры, операции Кроппа и Салье, обтурационный слинг. Пациентам с кишечной пластикой мочевого пузыря и обтурационными вмешательствами на шейке мочевого пузыря формировали континентную катетеризуемую стому.

Остеотомию костей таза применяли у 37% детей.

Результаты. Полное соответствие микционных функций возрастным нормам наблюдалось у 5 детей с первой степенью (6%). Также у 8 пациентов после первичной пластики сохранялись редкие эпизоды недержания или неполного опорожнения мочевого пузыря. Основными нарушениями микционного цикла после первичной коррекции были малая емкость мочевого пузыря и мочевая инконтиненция: порционная у 18, постоянная – у 52 детей. Для достижения социализации эти нарушения потребовали дополнительных операций в 5 случаях при первой степени экстрофии мочевого пузыря, в 63 случаях у детей со второй степенью и в 46 случаях – с третьей. Таким образом, с увеличением степени тяжести экстрофии мочевого пузыря требуется относительно большее количество повторных операций.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕНКИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ, ЛЕГКОГО, ПЕЧЕНИ, СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ РАЗНОЙ ЭКСПОЗИЦИИ ВОЗДЕЙСТВИИ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ

Огнев С. И., Блинкова Н. Б., Цап Н. А.

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Цель работы – установить необходимую экспозицию воздействия аргоновой плазмы на внутреннюю оболочку кисты паренхиматозных органов для получения стойких деструктивных изменений, исключающих возникновение рецидива образования.

Материалы и методы. Выполнено морфологическое исследование операционного материала кист средостения, легкого, печени, селезенки. После стандартной гистологической проводки материала, изготавливали срезы толщиной 3 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином. Пациенты разделены на 2 группы с различными сроками воздействия аргоновой плазмы на стенку кисты – 5 и 10 с. Стенка кисты средостения представлена волокнистой соединительной тканью, гладкомышечной и поперечнополосатой мышечной тканями, выстлана многослойным плоским неороговевающим (МПНЭ)

эпителием. Внутренняя поверхность кист легкого образована однослойным многоядным эпителием (ОМЭ). В кистах печени и селезенки обнаружена выстилка однослойным кубическим или уплощенным эпителием (ОЭ).

Результаты и обсуждение. При воздействии аргоном на стенку кисты в течение 5 с выявлено сегментарное разрушение МПНЭ с сохранением базального слоя в кисте средостения, ОМЭ кист легкого был разрушен сегментарно или полностью, ОЭ в кистах печени и селезенки не определялся. В стенке кисты и прилегающей паренхиме органа наблюдались очаговые дистрофические изменения и коагуляционные некрозы, отек, полнокровие сосудов микроциркуляторного русла (МЦР). При воздействии аргоном на стенку кисты в течение 10 сек установлено полное разрушение МПНЭ без сохранения базального слоя выстилки кисты средостения,

на внутренней поверхности кист легкого, печени, селезенки эпителиальных структур не выявлено. В стенке кисты и в прилежащей паренхиме – диффузные дистрофические изменения, более глубокие некрозы, отек, кровоизлияния, полнокровие сосудов МЦР.

Таким образом, в кисте, высланной МПНЭ и ОМЭ, полное разрушение эпителиального пласта достигает

ся экспозицией аргона 10 секунд. При ОЭ выстилке кисты печени и селезенки значимая дезэпителизация выявлена при экспозиции аргоном 5 секунд. При увеличении времени воздействия аргоном отмечались более глубокие деструктивные изменения в стенке кисты и в прилежащих тканях средостения, легкого, печени, селезенки.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА МОРДОВИИ

Окунев Н.А., Власов А.П., Окунева А.И., Герасименко А.В., Ледяйкина Л.В.

ФБГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева». Медицинский институт, г. Саранск; ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский перинатальный центр», г. Саранск

Введение. Хирургическая помощь детям в Республиканском перинатальном центре РМ осуществляется хирургами – консультантами (детский хирург, детский травматолог-ортопед, детский нейрохирург, кардиохирург и др.).

Цель исследования – провести анализ структуры хирургической патологии новорожденных детей по материалам перинатального центра РМ.

Материалы и методы. В исследование включено 611 детей родившихся в перинатальном центре детей с хирургической патологией, или пограничными заболеваниями 2013–2014 гг.

Результаты. Из родовых травм преобладали дети с кефалогематомами – 54 чел. В 45 случаях потребовалась пункция кефалогематом. Перелом ключицы отмечен у 15 новорожденных детей, лечение путем иммобилизации перелома мягкой бинтовой повязкой по типу Дезо. Баротравма (пневмоторакс) встретился в 10 случаях, потребовалась пункция и дренирование плевральных полостей по Бюлау. В одном случае причиной гидропневмоторакса явилась врожденная легочная секвестрация. 4 детям выполнялся лапароцентез в связи с наличием большого количества жидкости в брюшной полости. Из врожденных пороков развития преобладали дети с ортопедической патологией: дисплазия тазобедренных суставов – 12 чел.,

эквино-варусная и вальгусная деформация стоп – 11 чел. Значительная часть детей с врожденной патологией была представлена с анкилоглосситом – 69 чел., которым выполнялось рассечение короткой уздечки языка, сосудистыми опухолями гемангиомами – 33 чел. и сосудистыми ангиодисплазиями – 21 чел., пигментными невусами – 25 чел. Дети с врожденным пороком сердца открытым артериальным протоком, декомпенсированной формой врожденной лобарной эмфиземы, в ряде случаев при перфоративном перитоните при НЯК – 2 чел., оперированы в перинатальном центре. Новорожденные с врожденной кишечной непроходимостью, атрезией пищевода, диафрагмальной грыжей и др. переводились в ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница», отделение реанимации для предоперационной подготовки (транспортировка занимала не более 20–30 минут). Из урологической патологии гидронефроз, пиелозктазия встретились в 6 и 9 случаях соответственно. Гидроцеле и крипторхизм отмечены у 22 и 14 детей. Однако основная патология, по поводу которой осуществлялись осмотры новорожденных детей в перинатальном центре – это дети с расстройством системного пищеварения в раннем неонатальном периоде, угрожаемые по НЯК (120 чел.) и НЯК, перфорация полого органа, перитонит (6 чел.).

ЛЕЧЕНИЕ КАВЕРНОЗНЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ГЕМАНГИОМ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ МЕТОДОМ ВНУТРИТКАНЕВОГО ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТРИАМЦИНОЛОН (КЕНАЛОГ)

Окунева А.И., Окунев Н.А., Власов А.П.

ФБГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск; Медицинский институт, г. Саранск

Введение. Гемангиома – доброкачественная сосудистая опухоль, встречающаяся преимущественно в детском возрасте. Методы лечения гемангиом чрезвычайно разнообразны, но не все они доступны в поликлинических условиях.

Цель исследования – внедрить в условиях поликлиники метод внутритканевого введения препарата триамцинолон для лечения кавернозных и комбинированных гемангиом.

Материалы и методы. За 2014 г. в детскую поликлинику №2 г. Саранска обратилось 220 детей, которым после УЗИ был выставлен диагноз в 157 случаев – простая гемангиома, в 12 – кавернозная, 51 – комбинированная. Обширных гемангиом не было. Лечение гемангиомы начиналось сразу же после УЗИ. Простые гемангиомы излечивались методом криодеструкции, в 16 случаях – криодеструкция проводилась 2-хкратно, в 7 слу-

чаях – 3-хкратно. Кавернозные гемангиомы вводился глюкокортикостероид триамцинолон (Кеналог) 10 мг/см², но не более 4 мг/кг – 12 случаев, повторные инъекции не потребовались (размеры гемангиом в диаметре до 5 см). Комбинированные гемангиомы лечились введением триамцинолона (Кеналог) и одномоментной криодеструкцией. В 12 случаях (гемангиомы 10 см и более в диаметре) введение препарата и криодеструкция повторялись 2–3 раза с интервалом 3–4 нед. Направление в стационар на другие методы лечения не потребовалось ни в одном случае, осложнений не отмечалось.

За этот же период в стационар ДРКБ г. Саранска первично поступило 24 ребенка с диагнозом гемангиома из них 2 ребенка с кровотечением из ткани опухоли. Четверым детям лечение начато этапным введе-

нием 1% этоксисклерола под общим обезболиванием. В 10 случаях производилась криодеструкция гемангиом (дети из отдаленных районов Республики). В 7 случаях лечение начато пропранололом. Уменьшилась и оперативная активность по отношению к данной группе больных. Если за 2008–2009 гг. прооперировано 73 ребенка, выполнено 82 операции, то за 2014 год хирургическое удаление применено в 5 случаях у 4 пациентов.

Благодаря выработанному алгоритму диагностики и лечения, изменилась структура госпитализации больных с гемангиомами в стационар. В поликлинических условиях стали излечиваться больные кавернозными и комбинированными гемангиомами, с меньшими материальными затратами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Опенышева А. В.

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера, г. Пермь

Цель – провести анализ хирургического лечения детей с атрезией пищевода и выбрать оптимальный подход к выбору метода лечения.

Материалы и методы. Изучен опыт лечения 134 больных с атрезией пищевода (АП) с 2009 по 2015 г. Отражена хирургическая тактика при различных вариантах атрезии пищевода. Все дети с АП оперированы в срочном или условно-плановом порядке. Показанием к экстренному хирургическому лечению явились наличие широкого нижнего трахеопищеводного свища (НТПС) при необходимости искусственной вентиляции легких или в сочетании с врожденной кишечной непроходимостью. В связи с изменением тактики ведения и лечения новорожденных с АП, выделены две группы пациентов. 1-я группа (контрольная) – 52 новорожденных, которые находились на лечении с 2004 по 2008 г. 2-я группа (основная) – 82 младенца, находившиеся на лечении в клинике с 2009 по 2015 г.

Результаты. В 1-й группе первичные анастомозы пищевода наложены 37 (72,5%) новорожденным при диастазе не более 2 см. 10 новорожденным 1-й группы, у которых диастаз между атрезированными сегментами пищевода более 3 см было выполнено пересечение

и ушивание НТПС, наложение шейной эзофагостомы и гастростомы. Выжило 3 пациента. Во 2-ой группе первичные анастомозы пищевода наложены 71 (90,2%) пациентам при диастазе до 3–4 см после их мобилизации, при этом в 8 случаях со значительным натяжением. Все анастомозы были сформированы однорядными узловыми швами в модификации клинки. Во 2-й группе пересечение и ушивание НТПС, наложение шейной эзофагостомы и гастростомы выполнено в 6 (8,5%) случаях. Выжили 2 детей. В 1-й группе несостоятельность возникла у 5 (13,5%) новорожденных, во 2-й – в 7 (7%) случаев. За последние годы не отмечено увеличения послеоперационных осложнений со стороны анастомоза пищевода (несостоятельность, стеноз), при этом снизилась послеоперационная летальность с 36,5 до 20,2%. Увеличился процент выживаемости детей с низкой массой тела, оперированных по поводу АП. Во 2-й группе пересечение и ушивание НТПС, наложение шейной эзофагостомы и гастростомы выполнено в 5 (6,9%) случаях. Выжили 2 детей.

Выводы. Преимущественным методом оперативного лечения в настоящее время является наложение прямого анастомоза, даже при значительном диастазе до 3–4 см.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ормантаев А. К., Момынкулов А. О., Мурадов Н. М., Турускин В. Г., Исаков В. Ю.

Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан;
Алматинская региональная детская клиническая больница, «BIBRAUN Kazakhstan», г. Алматы, Казахстан

В настоящей работе мы хотим описать редкие заболевания кишечника у детей с которыми мы столкнулись в клинической практике. К сожалению, сво-

временная ранняя диагностика подобных состояний крайне сложна ввиду скудности клинических проявлений.

Флегмона кишечника – редкое заболевание, описанное в единичных случаях также у детей (Д.Б. Авидон). Различают первичные энтерогенные флегмоны как осложнение энтерита или колита и вторичные – гематогенные (метастатические). Считают, что флегмону кишечника вызывают стрептококки. По мнению В.К. Гостищева этиология и патогенез первичных флегмон остаются неясными. Возбудителями заболевания являются *E. coli*, стафилококки, реже стрептококк. Это заболевание начинается внезапно с сильными разлитыми болями по всему животу. Общее состояние тяжелое, с явлениями перитонита, с нарушениями полиорганного характера.

Актиномикоз – инфекционное заболевание, вызываемое лучистыми грибами (актиномицетами) и имеющее первично-хроническое течение с образованием плотных гранулем, свищей и абсцессов. Наиболее частым является эндогенный путь инфекции. Абдоминальный актиномикоз встречается довольно часто (занимает третье место среди актиномикозов других локализаций), имитируя острую хирургическую патологию (кишечную непроходимость, аппендицит и т.п.). В образовании нагноений играет роль и вторичная, преимущественно стафилококковая инфекция.

Лимфангиома корня брыжейки (мезентериальная киста, хилезная киста брюшной полости) – доброкачественная опухоль врожденная (первичная) или приобретенная (вторичная) по отношению к таким видам патологии, как опухоли, травма, инфекция. Мезентериальные кисты являются кистозными лимфангиомами. Кисты брыжейки встречаются редко и лишь в 1/4 из описанных случаев дети младше 10 лет; чаще всего их обнаруживают у детей в возрасте от 4 до 6 лет, причем незначительное преобладание одни отмечают у мальчиков, другие у девочек. Брыжечные кисты наблюдаются в 3–10 раз чаще, чем кисты сальника. Считалось, что лимфангиома является новообразованием, однако данные последних лет показывают, что в основе этой патологии лежит прорыв развития лимфатической системы.

Диагностика описанных клинических ситуаций на ранних этапах развития крайне затруднительно, в виду стертости и скудности клинических проявлений, превалирования общих симптомов над местными. Лечение подобных состояний это объемный и сложный процесс, сопровождающийся постоянным риском развития осложнений полиорганного характера. Поэтому настороженность у детских врачей различных стационаров и уровней, оказывающих помощь должна быть постоянной и максимальной.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГУБЧАТОГО ВЕЩЕСТВА ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА ОБЕИХ КЛЮЧИЦ

Осипов А.А., Рубель С.В., Хоничев А.П., Сребнев С.И.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, г. Барнаул

Цель исследования – внедрить метод лечения ложных суставов костей.

Материалы и методы. На начальном этапе оперативного лечения, больному Н. проведена мостовидная костная аутопластика тела левой ключицы сегментом малой берцовой кости длиной 7 см с надкостницей, взятой с левой голени, трансплантат фиксирован интрамедуллярно спицей Бека со стороны грудинно-ключичного сочленения вплоть до акромиально-ключичного отдела. Отрезки искусственной ключицы и ауто трансплантата были перекрыты деминерализованной костной аллосомкой по типу «вязанки хвороста» по М.В. Волкову. Внешняя фиксация проводилась гипсовой лонгетно-циркулярной торако-брахиальной повязкой в течение 1,5 месяцев с момента операции. Но восстановления непрерывности левой ключицы не произошло, несмотря на 6-месячный прием ретаболила. При контрольном рентгенографическом обследовании левой ключицы отмечены признаки сформировавшихся двух фиброзных ложных суставов, клинически – зигзагообразная подвижная деформация ключицы. Через один месяц после удаления спицы Бека из ключицы мы оперировали больного повторно. Во время оперативного вмешательства, при иссечении зон ложных суставов сагиттальной

пилой, нами был отмечен достаточно кровотокающий ауто трансплантат, что говорило за удовлетворительный кровоток в нем. Из крыла левой подвздошной кости, после ревизионной «окончатой» остеотомии гребня, во избежание повреждения зон роста, был взят материал: губчатая ткань тела подвздошной кости в виде двух брусков толщиной 1 см, длиной и шириной 2 см. Из заготовленной ткани были сформированы трансплантаты в виде блинчиков толщиной до 1 см. соответственно величине диастаза между искусственными отделами ключицы и ауто трансплантатом из малой берцовой кости и фиксированы между ними интрамедуллярно спицей Бека аналогично первой операции. Послеоперационный период в торако-брахиальной гипсовой повязке длительностью в 1,5 месяца протекал гладко, отмечается восстановление непрерывности ключицы.

Результаты. Наблюдение за пациентом в течение последующего года показало полное восстановление функциональных возможностей плечевого пояса.

Выводы. Полученные нами результаты, возможно, расширят диапазон эффективного использования аутологических тканей красного костного мозга в лечении больных с другими тяжелыми видами врожденных и приобретенных ложных суставов.

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ И ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ

Осипов А. А., Рубель С. В., Хоничев А. П., Сребнев С. И.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, г. Барнаул

Цель работы – разработать оптимальную тактику консервативного лечения тяжелой дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра.

Материалы и методы. Нами проведен анализ лечения 78 пациентов с врожденным вывихом бедра и тяжелой дисплазией тазобедренных суставов, диагностированными в возрасте от неонатального периода до 2-летнего возраста. Всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование, рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции, в положении отведения и внутренней ротации. При неэффективности консервативного лечения (до 3-месячного возраста) данной группы детей и в случаях первичного обращения в возрасте от 3 до 10 мес, в целях предпрепозиционной подготовки мы выполняем тенотомию аддукторов бедер с последующим лейкопластырным вытяжением по «overhead» с дозированным разведением бедер. У детей с тяжелой дисплазией тазобедренных суставов, после центрации головки бедра, накладывается функциональная гипсовая шина-распорка в положении Лоренц – I. У больных с вывихом бедра, после тенотомии аддукторов бедер и этапного вытяжения по «overhead» под наркозом производится центрация головок бедер в вертлужную впадину (вправление вывиха), накладывается тазобедренную гип-

совая повязка в положении Лоренц-I или близком к нему. Оценка результатов осуществляется рентгенологически. Смена гипсовой повязки осуществляется через 1–1,5 мес на функциональную гипсовую шину-распорку. У детей 8–10-месячного возраста в случаях сохранения остаточного подвывиха бедра изготавливали шину Мирзоевой, либо шину Виленского. Период фиксации в различных шинах составлял до 12-месячного возраста, в случаях позднего начала лечения (позже 6-месячного возраста) фиксация составляла не менее 6 мес. При условии стабильности сустава, достаточной зрелости структур часто используются стремена Павлика. Ходьбу разрешали не ранее 8 мес с начала лечения.

Результаты. По данному алгоритму проводилось лечение 78 пациентов, в 85% случаев нам удалось достичь правильных соотношений в тазобедренных суставах, добиться своевременного созревания элементов тазобедренного сустава.

Выводы. Своевременное, этапное консервативное лечение детей с врожденным вывихом бедра и тяжелой дисплазией тазобедренных суставов позволяет избежать травматичного оперативного вмешательства, либо исключить внутрисуставной этап, что эффективно не только в грудном возрасте, но и в возрасте 1,5–2 лет.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ЛЕГГ – КАЛЬВЕ – ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ

Осипов А. А., Рубель С. В., Хоничев А. П., Сребнев С. И.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, г. Барнаул

Цель работы – улучшить результаты и сократить сроки лечения и реабилитации детей с болезнью Легг – Кальве – Пертеса.

Материалы и методы. Болезнь Легг – Кальве – Пертеса (БЛКП) – сложный последовательный процесс патоморфологических и физиологических изменений головки бедренной кости, при этом происходит снижение артериального кровотока и повышение венозного давления в головке бедра. Дефицит кровоснабжения головки бедра связан с нарушением проводимости по медиальной огибающей артерии бедра, которая в основном васкуляризирует головку бедренной кости. В последнее время отмечается увеличение пациентов с болезнью Легг – Кальве – Пертеса, что вынуждает искать оптимальные методы как консервативного, так и хирургического лечения данного заболевания.

С 2008 г. в детском травматолого-ортопедическом отделении КГБУЗ АККДБ в комплексном лечении больных с БЛКП используется авторская методика гемодинамической терапии (патент на изобретение № 2454975), задача которой – улучшение кровоснабжения головки бедра, создание адекватного венозного дренажа. Процедура проводится при помощи пневматического жгута с манометром.

Методика выполнения: в положении лежа на спине, накладывается манжета пневматического жгута с манометром (тонометра) на с/3 бедра, со стороны пораженного сустава, нагнетается давление в манжете до 100–110 мм рт.ст., экспозиция 5–20 мин до появления чувства жжения, боли. Далее давление снижается до 40–50 мм рт.ст., экспозиция 10 мин, снижается до 0 мм рт.ст. Выполняется до 10 процедур в день, с перерывами 30–40 мин.

Результаты. Данная методика применялась у 25 больных с БЛКП как в комплексном консервативном лечении, так и в послеоперационном периоде. При оценке эффективности лечения отмечается улучшение кровоснабжения головки и шейки бедра, увеличение скорости регенерации костной ткани, восстановление анатомической формы головки бедренной кости, сокра-

щение сроков лечения болезни до 2 раз, снижается вероятность развития коксартроза.

Выводы. Разработанная авторская методика гемодиализной терапии при лечении болезни Легг – Кальве – Пертеса позволяет сократить сроки лечения и улучшить результаты, при этом значительно снижается риск развития осложнений.

БАЛЛОНИРОВАНИЕ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕКМЕНТА ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ

Осипов И. Б., Лебедев Д. А., Комиссаров М. И., Сарычев С. А., Осипов А. И.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Цель – оптимизировать хирургическую тактику при мегауретере у детей.

Материалы и методы. С 2009 по 2015 г. проведена баллонная дилатация стриктуры мочеточника 26 пациентам с обструктивным мегауретером. Девочек было 5, мальчиков 21. Возраст пациентов был от 1 месяца до 14 лет, в среднем 2,6 года. Показанием к баллонированию уретеровезикального сегмента считали уретерогидронефроз на фоне непротяженной стриктуры внутрипузырного отдела мочеточника. Протяженность зоны сужения определяли предварительно по УЗИ. Операцию выполняли под цифровым рентгенконтролем на установке INNOVA. Визуализировали устье пораженного мочеточника, после чего через стриктуру устанавливали проводник, по которому проводили катетер. Выполняли ретроградную уретеропиелографию, уточняя локализацию стриктуры, характер морфологических изменений мочеточника и собирательного комплекса почки. Баллонный катетер устанавливали по проводнику и позиционировали его в зоне стриктуры. Выполняли начальную дилатацию баллонного наконечника катетера до 0,5 атмосферы, при этом участок стриктуры гофрировался и собирался в центре баллонной части катетера, с появлением симптома «песочных часов». После формирования талии баллонного наконечника увеличивали давление в нем до 8–30 атмосфер, с длительностью экспозиции 3–5 мин. Расправление баллона с исчезновением талии зафиксировано во всех

случаях. Диаметр баллона был 9 или 15 Шарьер, в зависимости от возраста и степени уретерогидронефроза. После удаления баллонного катетера в почечную лоханку по проводнику устанавливали стент типа «свиной хвост», в мочевой пузырь – катетер Фолея. Неинтенсивная макрогематурия присутствовала в первые дни у 25 детей. Вертикализацию пациентов осуществляли в первые сутки после вмешательства, выписку из стационара на 3–5 день. Срок стентирования был от 10 дней до 12 мес (в среднем 82 дня). Осложнения в виде пиелонефрита отмечены у 10 детей в ближайшем послеоперационном периоде.

Результаты. Обследование 20 детей проведено в срок от 6 до 24 мес. Хороший результат по данным экскреторной урографии получен у 15 больных. Снижение емкости лоханки при ультразвуковом исследовании выявлено у 13 пациентов, улучшение состояния почечной паренхимы и экскреции радиопрепарата из лоханки при ренографии выявлено у 16 пациентов. Рефлюкс при цистографии не выявлен ни в одном случае. Активность пиелонефрита снизилась у 16 детей. Баллонная дилатация уретеровезикального сегмента при обструктивном мегауретере позволила достичь успеха более чем у 75% обследованных пациентов.

Заключение. Баллонирование уретеро-везикального сегмента при обструктивном мегауретере может быть эффективным и безопасным способом лечения обструктивных нарушений уродинамики мочеточника.

КОНТРОЛЬ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ МИЕЛОДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

Осипов И. Б., Сарычев С. А., Щедрина А. Ю., Лебедев Д. А., Осипов А. И., Соснин Е. В.

ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург

Цель исследования – оценить особенности и эффективность мочеиспускания у детей с каудальной миелодисплазией (КМД).

Материалы и методы. Произведена оценка мочеиспускания у 150 детей с КМД в возрасте от 3 мес до 17 лет (средний возраст – 10 лет). В исследование вошли дети со спинномозговыми грыжами (90), сакральными дисплазиями (25), интра- и экстраканальными образованиями позвоночника (17 и 6), другими видами КМД (12).

У всех пациентов отмечались нарушения функции МП: арефлексия у 110, гипорефлексия у 25, гиперрефлексия у 15. Для оценки эффективности мочеиспускания исследовали ритм спонтанных мочеиспусканий, проводили урофлоуметрию и УЗИ с определением остаточной мочи. Мочеиспускание считали эффективным при остаточном объеме мочи не более 10%.

Результаты. 40 детей с гипо- и гиперрефлекторным МП мочились самостоятельно, 10 – эффективно, 30 –

неэффективно. При этом остаточная моча отмечалась как у детей с гипорефлекторным (23), так и гиперрефлекторным (7) МП. 36 пациентов с арефлексией МП (33%) опорожнялись МП, используя вспомогательную мускулатуру (прием Crede), при этом 12 из них не имели существенного количества остаточной мочи, а 18 опорожнялись таким образом МП на 50–90%. 74 ребенка (66%) не могли эффективно применять вспомогательную мускулатуру, и теряли мочу при различной степени наполнения МП по каплям или порциями до 10–20 мл. Недержание мочи отмечалось у всех пациентов. Ургентное у 11 (при гиперрефлексии МП), стрессовое у 10 (5 случаев при гипорефлексии, 5 – при арефлексии МП), смешанное у 24 (4 – при гиперрефлексии МП, 20 – при гипорефлексии). У всех детей с арефлексией МП наблюдалось непрерывное недержание мочи различного объема, при этом у 70 из 110 этой группы зафиксирован также стрессовый компонент недержания, а у 35 истечение мочи происходило при пустом МП

(15±5 мл). Скорость мочеиспускания была снижена у всех детей. При арефлексии МП средняя скорость составила 3,0±1,6 мл/с, при гипорефлексии – 6,8±2,5 мл/с, при гиперрефлексии – 10,3±3,1 мл/с. 115 из 128 детей с неэффективным опорожнением МП (90%) имели те или иные проявления мочевого инфекции.

Выводы. Нарушения эвакуаторной функции МП встречаются у подавляющего большинства пациентов с КМД и сопровождаются недержанием мочи, тип и выраженность которого зависит от рефлекторной активности МП. Уродинамически значимый объем остаточной мочи при наличии КМД определяется у 89% детей с арефлексией, у 92% с гипорефлексией, и у 47% с гиперрефлексией МП. Также, нарушения эвакуации мочи сопровождаются наложением мочевого инфекции у 90% детей с КМД. В ряде случаев эвакуаторная функция МП не страдает, что не гарантирует полного контроля над мочеиспусканием у пациентов этой группы.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕДКИХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕВОЧЕК

Отamuraдов Ф. А., Эргашев Н. Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель – выбор оптимального метода хирургической коррекции при редких форм аноректальных аномалий у девочек.

С 2004 по 2014 г. на клинических базах кафедры детской госпитальной хирургии ТашПМИ находились 35 пациенток с редкими формы аноректальных аномалий. Из них 18 (51%) с ректовагинальным свищом, у-14 (40%) ректовестибулярный свищ при нормально сформированном анусе (Н формой) и у 3 (9%) с ректальным мешком. Возраст пациенток колебался от 1 го дня до 15 лет. Для уточнения анатомической формы аноректальных мальформаций и выявления сопутствующих пороков развития других органов и систем больным проведены комплексные клинические, ультразвуковые и рентгенологические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Одним из основных вопросов, имеющих отношение к выбору рациональной хирургической тактики при рассматриваемой патологии, является дооперационное обследование больного и установление точного диагноза.

По международной классификации принятой в Крикенбеке (2005) к редким формам относятся ректовагинальные свищи, Н формы, ректальный мешок, ректальный стеноз

или атрезия и другие. Из 35 больных с редкими формами аноректальной аномалии у 10 оперативное вмешательство было начат с колостомии для поэтапной коррекции порока, из них у 2 после неудачной попытки радикальных операций, выполненных в других стационарах, для уменьшения опасности возникновения осложнений в ходе предстоящей повторной сложной, реконструктивно-пластической операции.

Радикальные вмешательства выполнены у 32 (91%) больных: передняя сагиттальная вагиноаноректотопластика – 9, заднесагиттальная вагиноаноректопластика по Репа – 2, брюшно-промежностная проктопластика – 7, иссечение ректовестибулярного свища по Ленюшкину у 3 и переднее сагиттальным доступом у – 11. Трое больных с наложенной колостомой были выписаны, рекомендацией для дальнейшего этапа лечения.

В заключение можно отметить, что выбор хирургической тактики при редких формах аноректальных аномалий зависит от анатомической формы порока, его индивидуальных особенностей обусловленных строением, локализацией и размерами свищевого хода. Наблюдение и лечение данной патологии может осуществляться лишь в специализированных учреждениях, располагающих высококомпетентными кадрами.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕВОЧЕК

Павленко Н. И., Пискалов А. В., Медяникова И. В., Баринев С. В.

ФГБУ ВПО «Омский государственный медицинский университет»

Цель – варикозное расширение вен малого таза у девочек как одна из причин обильных менструаций пубертатного периода на сегодняшний день, согласно данным литературы, остается малоизученной проблемой. Ввиду

татного периода на сегодняшний день, согласно данным литературы, остается малоизученной проблемой. Ввиду

этого актуальным является изучение состояния системы гемостаза у девочек-подростков с овариоцеле.

Материалы и методы. В Центре патологии репродуктивных органов и тазовой хирургии Областной детской клинической больницы за 2009–2014 гг. находились на обследовании и лечении 40 девочек в возрасте 14–17 лет с варикозным расширением вен малого таза. Состояние коагуляции, а также активации фибринолиза определяли по результатам коагулографии, а также по характеру кривой тромбоэластографии используя диапазоны референсных значений, оценивали образцы количественно относительно степени отклонения.

Результаты. По данным коагулографии у девочек с овариоцеле нарушений в системе гемостаза выявля-

но не было. Вместе с тем данные тромбоэластографии, проведенной пациенткам с варикозным расширением овариальных вен, в 40 (100%) случаев регистрировали увеличение показателя плотности фибринового сгустка и скорости увеличения плотности фибринового сгустка на фоне укорочения времени свертывания и времени образования сгустка. Полученные результаты тромбоэластографии свидетельствуют об активации тромбоцитарного звена гемостаза вследствие повышения агрегации тромбоцитов и активности фибриногена.

Заключение. В комплексное лечение пациенток с овариоцеле вследствие гиперкоагуляции на фоне повышения агрегации тромбоцитов с целью увеличения эффективности терапии необходимо включать антиагреганты.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-СТАБИЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Панкратов И. В., Петров М. А., Шляпникова Н. С., Гуревич А. Б., Баранов Р. А.

Морозовская ДГКБ; кафедра детской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова, г. Москва

Цель – оптимизировать результаты лечения детей с диафизарными переломами костей предплечья.

В отделении травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ с 2013 г. при диафизарных переломах костей предплечья использован метод интрамедуллярного остеосинтеза титановыми эластичными стержнями (titanium elastic nail – TEN).

Оперативное вмешательство выполнялось в экстренном порядке, в день поступления ребенка в стационар. Установка титановых эластичных стержней осуществлялась ретроградно в лучевую кость и антеградно в локтевую, минуя зоны роста, через метафизарный доступ под периодическим контролем рентгенографии. При этом диаметр одного стержня выбирался таким образом, чтобы он составлял не менее 1/3 суммы диаметров диафизов лучевой и локтевой кости. Наличие изогнутого под 45 град конца стержня в момент проведения последнего позволяет одновременно выполнить репозицию отломков, не прибегая к значительным усилиям и внешнему воздействию на перелом, что значительно упрощает вмешательство. Контрольная рент-

генограмма выполнялась на следующие сутки. Срок госпитализации составил 5 койко-дней, у всех пациентов. Гипсовая иммобилизация поврежденной конечности проводилась на период от 5–10 дней до купирования болевого синдрома, при этом осуществлялась иммобилизация без локтевого сустава. Объем активных движений в лучезапястном и локтевом суставах восстанавливался на 10–14 сутки после оперативного вмешательства у всех пациентов. В настоящее время у 20 пациентов стержни удалены, после полной консолидации и органотипической перестройки кости. Сроки удаления составили от 3 до 8 месяцев. У всех пациентов достигнут отличный функциональный и косметический результат.

Таким образом, мы считаем, что данная методика может являться методом выбора при нестабильных диафизарных переломах костей предплечья у детей, поскольку упрощает проведение репозиции, обеспечивает стабильность сегмента на протяжении всего периода консолидации, не требует внешней иммобилизации конечности, что исключает развитие контрактур, обеспечивает раннюю реабилитацию пациента, особенно в условиях замедленной консолидации.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МАЛЬФОРМАЦИЕЙ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ

Патрикеева Т. В., Немилова Т. К., Караваева С. А., Ильина Н. А., Голубева М. В., Старевская С. В., Москвина И. И.

ГБОУ ВПО «СПбГМУ им. академика И. П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург; ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург; ГБУ ЛПУ «Детская городская больница № 1», г. Санкт-Петербург

Цель – оценить отдаленные результаты оперативно-го лечения пациентов с врожденными пороками развития легких и средостения.

Материалы и методы. С 1996 по 2013 г. в Детской городской больнице № 1 Санкт-Петербурга прооперирова-

ны 114 детей с пороками развития легких и средостения. Отдаленные результаты лечения прослежены у 83 пациентов (73%), регулярно наблюдающихся в диспансерном отделении больницы. Срок катамнестического наблюдения за больными составил от 1 года до 15 лет. Из 83 детей

71 ребенок был оперирован в периоде новорожденности, 12 пациентов – в возрасте старше 3 мес. Оценка проводилась на основании сопоставления субъективных жалоб (быстрая утомляемость при физических нагрузках, склонность к простудным заболеваниям, одышка, боли в грудной клетке, кашель) и результатов объективных методов исследования: определение функции внешнего дыхания (ФВД) методами спирометрии и импульсной осциллометрии для детей старше 5 лет (35 пациентов) и лучевые методы обследования, выполненные всем 83 пациентам – рентгенография грудной клетки в двух проекциях и мультиспиральная компьютерная томография-ангиография (МСКТА), являющаяся основным методом объективной оценки отдаленных результатов лечения.

Результаты. Все пациенты разделены на 3 группы – с хорошими, удовлетворительными и неудовлетворительными результатами лечения.

Результаты считали хорошими при отсутствии жалоб пациентов и их родителей, при наличии нормальных показателей ФВД и отсутствии патологических изменений при контрольных рентгенологических исследованиях, прежде всего по данным МСКТА. Из 83 обследованных пациентов у 70 (84%) результат хороший, 62 (88,6%) из них прооперированы в периоде новорожденности.

Результаты считали удовлетворительными при наличии у пациентов жалоб на быструю утомляемость при физической нагрузке, склонность к простудным заболеваниям, периодический сухой кашель, выявление изменений при контрольных рентгенологических исследованиях (фиброзные изменения буллезное вздутие в зоне операции и уменьшение в объеме оперированного легкого), изменение показателей ФВД на 20% ниже нормы. К этой группе пациентов отнесены 13 детей (16%), 4 из которых были прооперированы в возрасте старше 3 месяцев.

Неудовлетворительных результатов (жалобы на боли в грудной клетке, продуктивный кашель, быстрая утомляемость, деформация грудной клетки, наличие пневмоклероза при контрольных рентгенологических исследованиях и пневмофиброза при МСКТА, снижение показателей функции внешнего дыхания на 35% ниже нормы) среди обследуемых нами детей выявлено не было.

Заключение. Легочная ткань растет за счет образования нормальных альвеол до 5–8-летнего возраста, поэтому раннее хирургическое лечение позволяет надеяться на полное восстановление объема и функции органа за счет роста здоровой легочной ткани.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ОБШИРНЫМИ ДЕФЕКТАМИ КОЖИ

Перловская В. В., Стальмахович В. Н., Дюков А. А.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; Иркутская государственная областная детская клиническая больница

Лечение детей с обширными посттравматическими дефектами кожи является одной из актуальных проблем детской хирургии. За последние 10 лет в ИГОДКБ лечилось 83 пациента с обширными посттравматическими дефектами кожи, причиной которых в 74 случаях являлись рубцовые деформации. Комплексное лечение в остром периоде травмы проводилось 9 детям. Большинству пациентам проводилось этапное оперативное лечение, в ряде случаев использовали несколько видов кожной пластики и их сочетание, внеочаговый остеосинтез.

Для закрытия кожных дефектов использовали местные ткани, в том числе метод предварительного растяжения тканей – экспандерную дермотензию, преимущественно с эндоскопической имплантацией эндозкспандеров, суть которой заключается в том, что эндозкспандер имплантируют эндоскопически под визуальным контролем, через доступ отдаленный от ложа его будущего стояния и растяжения тканей. Из местно – пластических операций применяли метод острого кожно-фасциального растяжения, при этом проводили этапное стягивание краев раны на пилотах.

При дефиците местных тканей использовали лоскутные способы кожной пластики. Для закрытия ран, образующихся после иссечения деформирующих рубцов, чаще на кисти, где для защиты сухожилий необходим

кожно-жировой лоскут, применяем итальянский метод кожной пластики. Сущность которого, заключается в замещении дефекта лоскутом на питающей ножке, выкроенного на отдаленной части тела. Для этой цели чаще всего использовали паховую область. Для лечения детей с тяжелыми контрактурами крупных суставов и при обширных раневых дефектах с обнаженными костными структурами и сухожилиями применяли метод филатовского кожного стебля. При выборе свободной кожной пластики предпочтенье отдавали полнослойному кожному трансплантату, который применяли для закрытия дефектов на тыльной поверхности через несколько дней после устранения контрактур и подготовки реципиентного ложа. При сочетанной травме с переломами костей конечностей использовали различные варианты внеочагового остеосинтеза. Всем пациентам после операции проводили реабилитационные мероприятия и диспансерное наблюдение.

Мы считаем, что индивидуальный подход к лечению детей с обширными посттравматическими дефектами кожи позволяет выбрать оптимальный метод оперативного вмешательства и, в сочетании с реабилитационными мероприятиями, способствует достижению надежного функционального и адекватного эстетического результата.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЯМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СТОП

Петров М. А., Выборнов Д. Ю., Снигирев И. Г.

Морозовская ДГКБ, г. Москва; кафедра детской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова, г. Москва

Деформации стоп – крайне многообразная патология, скрывающая за собой множество пороков развития и заболеваний. Помимо отсутствия ясности в классификационных подходах, нет единого алгоритма диагностики и лечения. При этом активно продолжают использоваться агрессивные хирургические релизы и пластики сухожильно-связочного аппарата, что приводит к значительным осложнениям. Однако в последние годы тактика лечения данной патологии значительно меняется и вместо сложных оперативных методик возможно использование минимально инвазивных методов лечения.

Цель исследования – разработать единую классификацию врожденных и приобретенных деформаций стоп у детей и выработать на основании ее алгоритм диагностики и лечения детей с плоско-вальгусными стопами и деформациями переднего отдела стопы.

В Морозовской ДГКБ с 2012 по 2014 г. находилось на лечении 60 пациентов с различными вариантами деформаций стоп: ригидная форма плоско-вальгусной деформации стоп (вертикальный таран) 2, мобильная плоско-вальгусная стопа – 42, hallux valgus – 10, деформация тейлора – 6.

Методом выбора в лечении мобильной плоско-вальгусной деформации стоп стал подтаранный артрозрез (22 пациента) в большинстве случаев (18 детей) с под-

кожной ахиллопластикой. Во всех случаях использован подтаранный имплант kalixII. Двум пациентам в связи с выраженной вальгусной деформацией в среднем отделе стопы выполнялась операция Evans, у 5 детей при наличии os tibiale externum подтаранный артрозрез дополнен процедурой Kidner. В связи с вторичными деформациями переднего отдела стопы на фоне выраженной деформации стопы у 8 пациентов одновременно выполнялась операция Коттона. При деформациях переднего отдела стопы (hallux valgus, деформация Тейлора) мы использовали методику SCARF остеотомии с фиксацией винтами. 4 пациента оперировано по поводу остеохондропатии 2–3 плюсовых костей (Келлер-2), которым выполнялась модифицированная остеотомия weil. В обоих случаях болевой синдром купирован и не отмечается в течение года после операции. В случаях ригидной плоско-вальгусной деформации стоп (вертикальный таран) нами использовалась методика Доббса, которая включала в себя этапное гипсование, с последующей ахиллотомией и открытым вправлением в таранно-ладьевидном суставе. В обоих случаях нам удалось скорректировать данный вид деформации.

Хирургическое лечение деформаций и заболеваний стоп – малоинвазивный и эффективный метод лечения, позволяющий достичь желаемого результата в короткие сроки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРИ БОЛЕЗНИ МАККЬЮНА – ОЛБРАЙТА

Петров М. А., Панкратов И. В., Шляпникова Н. С., Мамошук Л. И., Снигирев И. Г.

Морозовская ДГКБ, г. Москва; кафедра детской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова, г. Москва

Цель работы – улучшение результатов лечения пациентов с полиоссальной формой фиброзной дисплазии на фоне синдрома Маккьюна – Олбрайта – Брайцева.

За 2012–2013 гг. на лечении в отделении травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ находились 6 пациентов с синдромом Маккьюна – Олбрайта – Брайцева – 5 девочек и 1 мальчик.

3 пациентов госпитализированы на фоне патологических переломов бедренной кости (в одном случае перелом шейки бедра, в одном диафиза, в одном подвертельный перелом бедренной кости). Трое пациентов были госпитализированы для планового оперативного лечения.

В случае патологического перелома на фоне обширных очагов фиброзной дисплазии (синдром Маккьюна-Олбрайта-Брайцева во всех случаях) оперативное лечение было максимально агрессивным. В случае патологического перелома выполнялась открытая репозиция,

внутриочаговая резекция патологического очага на всем протяжении (как правило, сегмент конечности: бедренная кость, большеберцовая кость), костная пластика, функционально-стабильный остеосинтез. В случае пациентов с окончанным ростом конечности использовались интрамедуллярные штифты. В случае пациентов раннего возраста – пластины с фиксацией на большом протяжении. Это позволило обеспечить раннюю активизацию пациентов и избежать развития типичных для данной группы пациентов деформаций шейки бедра по типу пастушьей палки.

Использование вышеперечисленной тактики в диагностике и лечении пациентов с патологическими переломами позволило нам обеспечить раннее восстановление функции поврежденного сегмента, избежать развития деформаций и обеспечить опорность и функциональность конечности.

ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ РАНЕННЫХ В ПОЛЕВОМ ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ

Петлах В. И., Розинов В. М., Шабанов В. Э.

НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва; Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России, г. Москва

Введение. В апреле 2001 г. в Гудермесском районе Чеченской Республики был развернут полевой педиатрический госпиталь (ППГ) Всероссийского центра медицины катастроф «Защита». Наряду с лечением детского населения, в госпитале оказывали хирургическую помощь военнослужащим и сотрудникам МВД, пострадавшим в результате ведения боевых действий и террористических актов.

Материал и методы. Структура госпиталя была представлена отделениями: приемно-консультативным, педиатрическим, клинко-диагностическим; хирургическим, реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Всего было развернуто 50 коек + 6 коек в ОРИТ. В работе анализируются два эпизода массового поступления пострадавших. 19.06.2001 после взрыва 3 автомашин с взрывчаткой возле Гудермесского РОВД в течение 7–10 мин в госпиталь поступило 36 раненых. При втором массовом поступлении с 17.09.2001 по 20.09.2001 в ППГ проводилось лечение 34 пострадавших с ранениями различной степени тяжести.

Результаты и обсуждение. При массовом поступлении пострадавших в ППГ была проведена перепрофилизация подразделений под прием пораженных с огнестрельной травмой, сформированы 4 операционные бригады, 2 из которых работали в операционном модуле, одна в диагностическом блоке и одна в перевязочной амбулаторного модуля. Сортировкой пострадавших занимался начмед ППГ. Первое поступление: раненым легкой (20) и средней степени тяжести (9) оказывалась помощь

в модулях амбулаторного приема, с тяжелой степенью (7) – в ОРИТ и операционной. Всем раненым произведено ПХО ран с удалением осколков; 2 раненым при ранении артерий конечностей наложены сосудистые швы. В течение суток все пораженные были эвакуированы: 8 военнослужащих вертолетом в госпиталь Ханкалы, 15 штатских и сотрудников РОВД в ЦРБ г. Гудермеса, 10 легкораненым назначено амбулаторное лечение. 1 пораженный с множественными проникающими ранениями черепа, грудной и брюшной полостей умер. При втором массовом поступлении легкие ранения отмечены у 16 пациентов, среднетяжелые у 10, тяжелые ранения диагностированы у 6 человек, 2 крайне тяжелых пациента погибли. Выполнено 36 оперативных вмешательств, после проведения противошоковой, обезболивающей, гемостатической терапии 5 пострадавших эвакуированы в военный госпиталь, 23 были переведены в ЦРБ и выписаны на амбулаторное лечение.

Заключение. При работе медицинских формирований в зонах локальных вооруженных конфликтов специалисты должны иметь подготовку по военно-полевой хирургии, а руководство службы обязано провести обучение персонала по оказанию хирургической помощи при массовом поступлении раненых. Для определения объема оказания медицинской помощи и сроков эвакуации необходимо иметь соответствующее техническое и медикаментозное обеспечение, налаженное оперативное взаимодействие с другими медицинскими учреждениями.

К ВОПРОСУ О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ МОЧЕТОЧНИКОВ

Писклаков А. В., Лямзин С. И., Никонов В. М., Ситко Л. А., Зюзько С. С., Буторина Н. Н.

Омский государственный медицинский университет

Цель – диспансеризация и реабилитация детей с обструктивными уропатиями мочеточников.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты диагностики и лечения 234 детей с обструктивными уропатиями мочеточников, оперированных в детском урологическом отделении ДГКБ №3 с 2011 по 2014 г. В данную разработку включались только дети, о которых имеются данные комплексного обследования до операции и в отдаленные сроки после операции. Мальчиков было 162, девочек 64. Преобладание мальчиков было выражено еще более в младшей возрастной группе. У 114 заболевание было левосторонним,

у 72 правосторонним и в 41 случае двусторонним. Возраст пациентов на день операции: до 1 мес – 5, 1–3 мес – 7, 4–6 мес – 13, 7–12 мес – 35, 1–3 года – 65, 4–7 лет – 55, 8–12 лет – 25, 13 лет – более 5. Наибольшее количество больных было в возрасте до 3 лет (137 пациентов – 60%), что определяет врожденный характер обструктивными уропатиями мочеточников и раннюю манифестацию заболевания у большинства детей. Комплексное обследование до операции и на всех последующих этапах было унифицировано. Наиболее частыми операциями были: односторонняя резекция и имплантация мочеточника у 66 больных, одноэтапная или двухэтапная двусторонняя

резекция с реимплантацией мочеточников – у 22 больных. Ранние осложнения отмечены у 31 пациента, наиболее частым осложнением было обострение хронического пиелонефрита. Поздние осложнения были у 17, повторные операции выполнены у 13 детей.

В реабилитации детей с ОМУ мы выделяем 3 этапа. Первый этап – дооперационный, который включает в себя мероприятия по раннему (в том числе пренатальному) выявлению заболевания и подготовку больного к операции.

Второй этап реабилитации включал лечебные мероприятия, проводимые за весь период пребывания ребенка в стационаре после выполнения первичной операции. Особое внимание уделяли анализу течения воспалительного процесса в почке и послеоперационной ране, функционированию и срокам удаления дренажей.

На день выписки из стационара составлялась программа третьего этапа реабилитации – диспансерного. Он предусматривает постоянное наблюдение за детьми с обструктивными мочеточниковыми уropатиями в целях контроля за функцией почек и органов мочевыделительной системы, предупреждает возможные осложнения и рецидивы заболевания, а также обеспечивает социальную адаптацию ребенка с учетом имеющихся факторов.

Вывод. Анализ всего фактического материала показывает – все дети, оперированные по поводу обструктивных мочеточниковых уropатий нуждаются в диспансерном наблюдении. Разработанные принципы программы реабилитации и методы оценки ее эффективности позволяют стандартизировать подходы к данной категории больных.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫПАДЕНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Поддубный И. В., Алиева Э. И., Трунов В. О., Козлов М. Ю., Щербакова О. В., Подусков Е. В., Глазунов А. А., Мордвин П. А., Куренков И. В.

Морозовская ДГКБ ДЗМ, г. Москва; Кафедра детской хирургии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, г. Москва; кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Цель – улучшение результатов лечения детей с выпадением прямой кишки путем внедрения в практику лапароскопических операций.

Материалы и методы. В настоящей работе представлен опыт выполнения лапароскопической заднебоковой ректопексии у детей, накопленный за последнее десятилетие в Морозовской детской городской клинической больнице г. Москвы, а также в Измайловской городской клинической больнице (в настоящее время филиал №2 Морозовской ДГКБ). В исследование вошло 8 детей с рецидивирующим выпадением прямой кишки, оперированных с 2005 по 2015 г. Возраст оперированных детей составил от 6 до 14 лет (средний возраст – 8 лет), при этом девочек в наших наблюдениях было 5 (62,5%), мальчиков – 3 (37,5%). Длительность заболеваний в описываемой группе составила от 1 до 5 лет. Неадекватность проводимой консервативной терапии, а также двукратное безуспешное проведение склеротерапии, определило показания к выполнению лапароскопической заднебоковой ректопексии у 6 пациентов (75%). В 2 случаях (25%) наличие солитарной язвы прямой кишки, выявленной при ректороманоскопии, стало показани-

ем к оперативному лечению без проведения склеротерапии.

Результаты. Во всех случаях длительность госпитализации не превышала 9 суток (в среднем – 7 койко-дней). Восстановление пассажа по ЖКТ отмечено на 2 сутки после операции. В эти же сроки была прекращена продленная эпидуральная анестезия. Состояние органов брюшной полости, оценивалось при динамическом ультразвуковом исследовании, включающем доплерографию с цветным доплеровским картированием сосудов стенки прямой кишки. Вертикализация пациентов начиналась с 3 суток, однако опорожнение прямой кишки у всех детей проводилось в горизонтальном положении в течение 1 месяца, также в течение этого периода дети получали слабительные препараты с целью размягчения каловых масс и облегчения дефекации. Рецидивов выпадения не отмечено ни в одном случае.

Заключение. Лапароскопическая заднебоковая ректопексия является следующим этапом эволюции хирургических методик, сочетающим в себе малотравматичный доступ и высокую эффективность коррекции рецидивирующих выпадений прямой кишки при безуспешности консервативного лечения

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Поддубный И. В., Алиева Э. И., Трунов В. О., Козлов М. Ю., Щербакова О. В., Подусков Е. В., Глазунов А. А., Мордвин П. А., Куренков И. В.

Морозовская ДГКБ ДЗМ, г. Москва; Кафедра детской хирургии МГМСУ им. А. И. Евдокимова, Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва

Цель – улучшение результатов лечения детей с болезнью Крона путем внедрения в практику лапароскопических операций.

Материалы и методы. В исследование включено 17 детей с болезнью Крона, которым за период с 2005 по 2015 г. были выполнены различные лапа-

роскопические операции в связи с наличием у детей хирургических осложнений данного заболевания. Самым младшим среди пациентов был ребенок 4 лет. Наибольшее количество детей вошло в возрастную группу от 12 до 17 лет (15 пациентов), кроме того один ребенок был оперирован в возрасте 10 лет. Все дети были инициально обследованы в отделении гастроэнтерологии нашей больницы, где и был установлен диагноз болезни Крона различной локализации. Основными клиническими данными, определяющими показания к оперативному вмешательству, было наличие непроходимых для эндоскопа стенозов ЖКТ, задержка контрастного вещества в зоне супрастенотического расширения. У 14 детей (82,3%) отмечался болевой синдром и синдром пальпируемой опухоли в правой параумбиликальной и подвздошной области, у 15 (88%) – разжиженный многократный стул, а у 11 (64,7%) отмечалось значительное истощение вследствие потери веса, задержки роста. Локализация стриктуры была у большинства пациентов (14) была в дистальном отделе подвздошной кишки (82,3%), в 2 случаях (11,7%) в проксимальных отделах тонкой кишки. У одного ребенка 13 лет было выявлено 2 сте-

ноза (5,8% от общего числа наблюдений) – в дистальном отделе подвздошной кишки и в восходящей ободочной кишке.

Все дети были оперированы с применением лапароскопического доступа, дающего возможности полноценной ревизии брюшной полости, разделения инфильтрата, в случае его наличия, и точного определения границ поражения сегмента кишечника и объема резекции

Результаты. Длительность госпитализации не превышала 10 суток (в среднем – 7 койко-дней). Восстановление пассажа по ЖКТ отмечено на 4–5 сутки после операции. Сразу после возобновления энтерального питания всем пациентам были назначены азатиоприн и пентаса в возрастной дозировке.

Заключение. Болезнь Крона с поражением различных отделов ЖКТ не является ограничением или противопоказанием для выполнения лапароскопических резекций тонкой и толстой кишки, а даже напротив представляет, по нашему мнению, перспективную технологию, позволяющую свести к минимуму последствия и осложнения, связанные с применением лапаротомного доступа.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Щербакова О.В., Ионов А.Л., Трунов В.О.

Морозовская ДГКБ ДЗМ, г. Москва; ФГБУ РДКБ МЗ РФ, г. Москва; Кафедра детской хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва; Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Цель – улучшение результатов лечения детей с болезнью Крона илеоцекальной локализации на основе разработки показаний к хирургическому вмешательству, оптимизации хирургических методик и профилактики послеоперационных рецидивов.

Материалы и методы. С 1990 г. по июнь 2015 г. в отделениях колопроктологии РДКБ и неотложной хирургии Морозовской ДГКБ находилось на лечении 92 ребенка с болезнью Крона в возрасте от одного года до 17 лет. Среди локализаций патологического процесса наиболее часто встречалось поражение илеоцекальной области, выявленное у 39 детей (42%). Значительное большинство пациентов перенесло различные хирургические вмешательства на разных этапах лечения (82%), из них каждый второй оперирован повторно (42 из 86 детей – 48,8%). У 12 пациентов диагностированы внутрибрюшные инфильтраты с вовлечением терминального отдела подвздошной кишки, слепой и восходящей кишки, правой подвздошной ямки и правого мочеточника.

Результаты. В зависимости от тяжести состояния ребенка, выраженности воспалительной активности в кишечнике, проводилась резекция илеоцекального угла с наложением первичного илео-асцендоанастомоза (26) или формировалась илеоасцендостома (8), с наложением отсроченного анастомоза – через

2–3 мес. В раннем послеоперационном периоде всем пациентам назначалась или продолжалась консервативная терапия болезни Крона. Критериями в пользу оперативного вмешательства у пациентов с кишечными осложнениями БК являются рецидивирующая кишечная непроходимость, пальпируемый внутрибрюшной инфильтрат (без положительной динамики на фоне адекватной терапии), гипоальбуминемия, снижение веса, фебрилитет, клинические признаки абсцедирования инфильтрата брюшной полости и/или забрюшинного пространства. Стриктура илеоцекального угла является показанием к плановой операции у детей резистентных к консервативной терапии, особенно в препубертатном и пубертатном возрасте, с задержкой физического и полового развития, задержкой роста.

Заключение. Выбор оптимальных сроков проведения операции предполагает хорошее знание заболевания и тщательный анализ особенностей его течения у конкретного пациента – выраженность симптомов, наличие осложнений, предшествующие операции, прогноз состояния больного после операции и без нее. Предпочтительной операцией при илеоцекальной форме болезни Крона является экономная резекция патологического участка кишки с наложением широкого функционального илеоасцендоанастомоза.

ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА КАК ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕД ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ

Полюдов С. А., Веровский В. А., Гуз В. И., Нецветаева Т. Э., Мызин А. В., Трамova Ж. Д.

ФГБУ РДКБ Минздрава России

Проблема восстановления пассажа пищи по пищеводу с различными заболеваниями пищевода далека от решения, и иногда требует многоэтапности лечения, одной из которых является экстирпация пищевода.

Цель – провести анализ причины экстирпации пищевода у детей по данным катамнеза.

Материал исследования. В отделении торакальной хирургии РДКБ с 2006 г. по май 2015 г. находилось на лечении 23 больных с заболеваниями пищевода в возрасте от 1 года до 16 лет. Мальчиков было 14, девочек – 9. У всех детей был выраженный аспирационный синдром, хроническая пневмония, дефицит массы тела до 50%, анемия, что требовало специальной подготовки перед эзофагопластикой.

Методы и результаты лечения. Экстирпация пищевода выполнялась, путем задней торакотомии справа в 6 межреберье, с формированием эзофагостомы и при необходимости гастростомы – 22 больных. В одном случае выполнена экстирпация пищевода абдоминальным доступом с одномоментной пластикой желудком. Основной причиной экстирпации являлся химический ожог пищевода щелочью с формированием протяженной стриктуры – 12 больных. Бужирование пищевода было

безуспешным или невозможно. Экстирпация пищевода и разобщение трахеопищеводного свища выполнена в 8 случаях, в 5 случаях из них ТПС сформировался после перфорации в результате бужирования пищевода, в 3 после повторного разобщения ТПС. Неэффективность бужирования пептического стеноза пищевода, послужило поводом для выполнения экстирпации 3 больным. Осложнения отмечено у 3 детей. В одном случае – недостаточность дистальной культи пищевода, которое купировано консервативным путем. В 1 наблюдении сформировался рубцовый стеноз эзофагостомы, что потребовало ее реконструкции, в одном – пневмония. Все дети были обследованы через 3–6 месяцев перед эзофагопластикой. Аспирационный синдром, хроническая пневмония, анемия были купированы. Дефицит массы тела восстановлен. Больным выполнена эзофагопластика различными способами. Значимых осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Летальных исходов не было.

Таким образом, у ослабленных детей, с нарушением пассажа пищи, выраженным аспирационным синдромом, гипотрофией методом выбора до эзофагопластики может служить экстирпация пищевода

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ

Полюдов С. А., Веровский В. А., Гуз В. И., Нецветаева Т. Э., Мызин А. В., Трамova Ж. Д.

ФГБУ РДКБ Минздрава России

Одной из сложных проблем торакальной хирургии детского возраста является лечение трахеопищеводных свищей, как врожденного так и приобретенного генеза.

Цель – изучить результаты лечения ТПС по данным катамнеза.

Материал исследования. В отделении торакальной хирургии РДКБ с 2006 г. по май 2015 г. находилось на лечении 43 больных в возрасте от 2 мес до 17 лет. Мальчиков было 28, девочек – 17. ТПС врожденного генеза был в 35 случаях, у 8 детей ТПС травматического характера. С рецидивом ТПС после разобщения ТПС и атрезии пищевода было 29 больных, изолированных ТПС – 19.

Методы и результаты лечения. Основным методом лечения ТПС была заднебоковая торакотомия в 4 межреберье с разобщением ТПС – 22 больных. Ушивание дефекта пищевода и трахеи проводили ПДС с использованием прокладки из плевры или мышц. Цервикальный доступ использован в 13 случаях. Экс-

тирпация пищевода с разобщением трахеопищеводного свища потребовалась в 8 случаях в связи с протяженным стенозом пищевода. В последующим этим детям выполнена пластика пищевода толстой кишкой. Торакотомия с разобщением ТПС и резекция стеноза пищевода с наложением эзофаго-эзофагоанастомоза выполнено у 3 больных. Клипирование ТПС со стороны пищевода эндоскопически выполнено 3 детям. Разобщение ТПС и пульмонэктомия выполнена в 1 случае. Несостоятельность швов пищевода, с образованием пиопневмоторакса отмечено у 10 (23%) больных, что потребовало длительного консервативного лечения. Рецидив ТПС диагностирован в 8 (19%) случаях, больным выполнено повторное оперативное вмешательство. Летальный исход был отмечен в 2 (5%) случаях, у детей с тяжелой сопутствующей патологией.

Таким образом до настоящего времени проблема разобщения ТПС остается актуальной и требует своего решения.

КРИОДЕСТРУКЦИЯ ОТГРАНИЧЕННЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Пономарев В. И., Бочарников Е. С., Федоров Д. А., Ситко Л. А., Шевчук В. И.

Омский государственный медицинский университет

С целью улучшения результатов лечения и сокращения его сроков по сравнению с бужированием нами разработана технология криодеструкции отграниченных (протяженностью до 1 см) рубцовых стенозов пищевода с применением медицинской закиси азота и создан аппарат для ее осуществления (Патент №46648 от 27.07.2005). С 2005 по 2015 г. криодеструкция проведена с положительным эффектом 68 пациентам с послеожоговыми циркулярными рубцовыми стенозами пищевода в возрасте от 1 года 4 месяцев до 3 лет. Для достижения положительного эффекта процедуру выполняли от одного до трех раз с интервалом от 3-х

дней до 2-х недель. Основной задачей было разрушить в одном или нескольких местах стенозирующее кольцо.

Опыт применения криодеструкции отграниченных послеожоговых циркулярных стенозов пищевода созданной нами моделью аппарата и воздействием на рубец медицинской закисью азота позволяет считать этот метод достаточно эффективным в качестве монолечения у ряда пациентов с этой тяжелой патологией и рекомендовать использование его в условиях специализированных торакальных отделений. Дальнейшее совершенствование предлагаемого метода позволит повысить эффективность и значительно сократить сроки лечения этой категории больных.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДАННЫХ ЭНДОТОКСИНОВОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ НА СТАДИЯХ ТЕЧЕНИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Притуло Л. Ф., Васильев О. В., Ионичева Е. В., Рыбников А. П., Обидный А. А.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»; ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г. Симферополь

Цель – изучить корреляционную связь и прогностическое значение показателей антиэндоксинового иммунитета у детей с различными стадиями грамтрицательного септического процесса на этапе лечения.

Исследован 91 ребенок с диагнозами грамтрицательного септического процесса. Все пациенты разделены путем случайной выборки на 2 группы. В первую группу вошли дети, которым проводилось патогенетическая иммунокоррекция с исследованием плазмы доноров, обогащенной антителами к эндотоксину, 2-ю группу – которым проводилось комплексное лечение из изучаемой специфической иммунокоррекции.

Определялись уровни антиэндоксиновых антител классов А, М, G (соответственно анти- ЭТ-IgA, анти-ЭТ-IgM, анти- ЭТ-IgG), а также LBP и sCD14.

В процессе проведенных исследований выявлено, что грамтрицательный септический процесс приводит к резкой девиации антиэндоксинового иммунитета, которая проявляется иммунодефицитом специфических

анти- ЭТ-IgG и возрастанием первичных (низкоаффинных) анти- ЭТ-IgM в ассоциации с чрезмерной активацией неспецифических компонентов LBP и sCD14.

Хирургическое лечение с адекватной санацией гнойного очагов пораженном органе в основе разработанных прогностических критериев с использованием иммунокорреляции привело к быстрому регрессу клинических признаков заболевания, позволило повысить клиническую эффективность проведенной терапии на 66,7% ($p=0,024$) при ССВО, на 51,2% ($p=0,019$) – при септической инфекции, на 57,8% ($p=0,047$) при сепсисе, на 83,3% ($p=0,026$) при тяжелом сепсисе и септическом шоке у детей с грамтрицательной инфекцией по сравнению с традиционными методами лечения.

Таким образом, установленная связь между показателями антиэндоксинового иммунитета и степенью тяжести септического процесса позволяет использовать полученные результаты как дополнительные критерии диагностики тяжести сепсиса.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИТОНИТА С УЧЕТОМ СВОЙСТВ ВОЗБУДИТЕЛЯ

Притуло Л. Ф., Васильев О. В., Ионичева Е. В., Рыбников А. П., Обидный А. А.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»; ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г. Симферополь

Цель исследования – изучить роль провоспалительных медиаторов с учетом иммунорегуляторного влияния

цитокинов у детей с перитонитом с учетом тинкториальных свойств возбудителя.

Проведено исследование у 114 детей. Больные были распределены на: местный перитонит, диффузный, разлитой. В зависимости от тинкториальных свойств возбудителя, пациенты были разделены на 3 подгруппы: с грамотрицательной, грампозитивной и смешанной флорой. Исследовали концентрацию цитокинов (ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10, ИФ- γ) в сыворотке крови.

При всех трех формах перитонита показатели ИЛ-2 выше.

Максимальное значение ИФ- γ было установлено в разлитой группе, а минимальное в местной.

Концентрация ИЛ-4 была снижена во всех группах по сравнению с контрольной.

Показатели ИЛ-10 были также достоверно ниже контроля, но отличия между группами не были статистически подтверждены.

Таким образом можно утверждать, что интенсивность воспалительного процесса в брюшной полости при перитоните связана с гиперсекрецией цитокинов клеточного профиля (ИЛ-2, ИФ- γ) и снижением гуморального (ИЛ-4, ИЛ-10).

При исследовании цитокинов с учетом характеристики возбудителей инфекции.

Уровень ИЛ-2 для всех подгрупп всех форм перитонита был достоверно выше контроля. При этом наивысшим показателем был в подгруппах с грамотрицательной флорой, а наименьшим – в грампозитивной подгруппе, причем степень повышения концентрации ИЛ-2 зависела от тяжести воспалительного процесса.

Концентрация ИФ- γ была максимально повышена в грамотрицательных подгруппах.

Уровень ИЛ-4 в случае грамположительных подгрупп, был наименьшим, а в случае грамотрицательных – наибольшим.

Максимальное снижение уровня ИЛ-10 было в грамотрицательных подгруппах, а минимальное – в грамположительных.

Проанализированные нами данные свидетельствуют о том, что грамотрицательная инфекция при перитоните ассоциируется с активацией цитокинов клеточного типа и угнетением гуморального, что требует адекватного подхода в назначении терапии.

ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Притуло Л. Ф., Ионичева Е. В., Пейливанов Ф. П., Григорьева В. А., Дубова Е. И., Гонцов С. В.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»; ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г. Симферополь

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения у новорожденных.

Материалы и методы. В нашей клинике с 2009 г. находилось 27 детей с атрезией пищевода, которым выполнено оперативное лечение. С целью установления диагноза и оценки состояния больного выполнялись клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования (обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, ЭХО-КГ, нейросонография, УЗИ органов брюшной полости, рентгеноконтрастное исследование пищевода).

Результаты и их обсуждение. Из 27 больных у 26 (96,3%) отмечалась атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом, у 1 (3,7%) больного имела место бессвищевая форма атрезии. В 25 (92,6%) случаях детям наложен первичный прямой анастомоз пищевода с наложением однорядных непрерывных швов с дренированием заднего средостения. В послеоперационном периоде у 3 (11,50%) больных развилась несостоятельность анастомоза, из них у 2 (7,7%) заживление анастомоза проходило вторичным натяжением, а у 1 (3,8%) ребенка возникла необходимость в разобщении анастомоза пищевода с формированием шейной эзофагостомы, наложением гастростомы и последующей пластикой пищевода кишечником. Одному ребенку (3,7%) после ликвидации свища и в связи с диастазом между сегментами пищевода более 5 см, выполнена элонгация верхнего сегмента

по Фокеру с наложением гастростомы. В последующем, спустя 2 месяца, произведена реторакотомия с наложением анастомоза «конец в конец». Заживление анастомоза первичным натяжением. Однако, из-за стенозирования зоны анастомоза, вследствие гастроэзофагеального рефлюкса, выполнена лапаротомия, фундопликация по Ниссену. Второму ребенку (3,7%) с бессвищевой формой атрезии и большим диастазом в первые сутки наложена гастростома для питания. В возрасте 3 месяцев произведена торакотомия с наложением тракционных нитей на сегменты пищевода с целью элонгации сегментов пищевода по Фокеру. Ребенок готовится к отсроченному наложению анастомоза пищевода.

Послеоперационная летальность среди всех больных составила 8 (29,6%) случаев. Причиной летального исхода считаем наличие у детей сочетанных тяжелых аномалий сердечно-сосудистой системы, бронхо-пульмональная агенезия, глубокая недоношенность, внутриутробная гипотрофия и т. д.

Таким образом, при выполнении оперативных вмешательств по поводу атрезии пищевода необходимо стремиться к сохранению собственного пищевода даже при наличии больших диастазов, а этому может способствовать как выбор метода оперативного лечения, так и способ наложения шва. Безусловно, что во всех случаях большое значение имеет место профилактика гастроэзофагеального рефлюкса.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГАСТРОШИЗИСОМ И ОМФАЛОЦЕЛЕ

Притуло Л. Ф., Пейливанов Ф. П., Григорьева В. А., Дубова Е. И., Гонцов С. В.

Медицинская академия имени С. И. Георгиевского; ФГАОУ ВО «КФУ им. В. И. Вернадского»; ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» г. Симферополь

Цель исследования – провести анализ выбора метода оперативного вмешательства у детей с висцероабдоминальной диспропорцией при гастрошизисе и омфалоцеле.

Материалы и методы. Представлены клинические наблюдения и исследования 36 больных: с гастрошизисом 24 (66,7%) и омфалоцеле 12 (33,3%), которые находились на лечении в клинике детской хирургии ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» с 2009 по 2015 годы. Оперативное лечение проводили только после комплексной предоперационной подготовки и стабилизации основных показателей гомеостаза. 10 детям (41,7%) выполнена одномоментная пластика передней брюшной стенки, 8 (33,3%) новорожденным выполнена силопластика передней брюшной стенки в сочетании с постепенной тракцией брюшной стенки, которую проводили до момента ликвидации висцероабдоминальной диспропорции. У 6 (25%) детей с аналогичной патологией и небольшой висцеро-абдоминальной диспропорцией произведено одномоментное погружение петель кишечника по Бианки в брюшную полость

до 12 часов с момента рождения. Новорожденным с омфалоцеле в 9 (75%) случаях с небольшой висцеро-абдоминальной диспропорцией произведена одномоментная пластика передней брюшной стенки и у 3 (25%) детей выполнена силопластика передней брюшной стенки.

Спустя сутки после оперативного лечения, независимо от метода операции и висцеро-абдоминальной диспропорции, мы выполняли очистительные клизмы до появления самостоятельного стула, а также производили промывание желудка с целью декомпрессии. По прекращении стаза в желудке и появлении самостоятельного стула, начинали энтеральное питание в среднем на 3–7-е сутки. К 10–14 суткам выходили на возрастной объем питания.

Необходимо отметить, что результаты лечения зависели от наличия сопутствующих пороков и развития различных осложнений в послеоперационном периоде.

Таким образом, выбор метода оперативного лечения лежит в прямой зависимости от степени выраженности висцеро-абдоминальной диспропорции и наличия сопутствующей патологии.

ПОДГОТОВКА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ ПО АНГИОХИРУРГИИ

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

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

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

области по следующим группам нозологии: 1. Врожденные и приобретенные заболевания сосудов (дисплазия поверхностных вен, дисплазия магистральных вен, артериовенозные дисплазии, портальная гипертензия, тромбозы, посттромботическая болезнь, гемангиомы всех локализаций, лимфедема, варикозная болезнь, варикоцеле, травма и ее последствия). 2. Реплантиция конечностей (прецизионная хирургия кисти и стопы). 3. Аутотрансплантация тканей (яичко, кишка, кость). 4. Удаление опухолей в проекции сосудисто-нервных пучков всех локализаций. 5. Участие в работе смежных специалистов в ситуациях, требующих выделения и взятия под контроль сосудисто-нервных магистралей. За время работы отделения пролечено более 17200 пациентов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ У ДЕТЕЙ

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

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, г. Москва; ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, г. Москва

Цель исследования – улучшить результаты лечения детей с ОАП.

Материалы и методы. За 2001–2015 гг. в отделении торакальной хирургии ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова

прооперировано 265 детей с ОАП в возрасте от 7 дней до 13 лет. В I группу вошли пациенты в возрасте от 2 мес. до 13 лет с массой более 2 кг в стабильном состоянии. Во II – новорожденные с массой менее 2 кг. У этих больных ОАП является проявлением незрелости и выраженные гемодинамические расстройства связаны с персистирующей фетальной циркуляцией. В I группе выполнено торакоскопическое клипирование (ТК) ОАП (85 детей). Во II группе (180 детей) использована миниторакотомия (МТ). Вследствие малого объема плевральной полости в этой группе больных выполнение ТК нецелесообразно.

Из-за общего тяжелого состояния пациентов операции им выполняются в неонатальном центре, т.к. эти дети хуже переносят транспортировку, чем саму операцию.

Результаты. Полное прекращение кровотока по ОАП достигнуто у всех детей. Одна конверсия при ТК ОАП, вследствие кровотечения при его мобилизации. Летальных исходов не было.

Выводы. ТК является оптимальным и надежным методом закрытия ОАП у детей. МТ незрелым новорожденным в реанимационной палате является хорошим тактическим решением у данной категории больных.

КОРРЕКЦИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКЕ НАССА.

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов М.Б., Далакян Д.Н., Савельева М.С.

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

Цель – изучить частоту и спектр осложнений при использовании модифицированной методики Насса.

Материалы и методы. С 2000 по 2014 г. в клинике, на базе ДГКБ № 13 по методике Насса было оперировано 350 детей, из них 239 мальчиков (68,2%) и 111 девочек (31,8%). Средний возраст детей составил 14 лет, наиболее ранний возраст составил 4 года. Дети с генетической патологией составили 28,6%. Распределение детей по степени деформации: 2 степень ВДГК имели 32,3%, 3 степень 67,7% пациентов.

Результаты. Не зафиксировано ни одного случая интраоперационного повреждения сердца. В 0,6% отме-

чалось интраоперационное кровотечение из мягких тканей, в 1,25% случаев имелись трудности при проведении пластины. Частота пневмотораксов, составила 9,37%. Частота гемотораксов составила 3,1%. Аллергических реакций на материал пластины не отмечалось. В 1,87% случаев имело место сдавление грудной клетки пластиной и возникла необходимость в ремоделировании пластины. В 0,5% отмечалось смещение пластины, которое требовало повторной операции. На сегодняшний день пластина удалена у 155 пациентов, при этом отличный косметический результат достигнут в 98% случаев, в 2% отмечается остаточная деформация.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОПЫТ КЛИНИКИ)

Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Халафов Р.В.

Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Цель – улучшение результатов лечения кистозных мальформаций поджелудочной железы у детей в результате внедрения в практику эндоскопических оперативных вмешательств.

За время работы нашей клиники, накопился определенный опыт курации пациентов с данной патологией. Встречались все основные виды кист поджелудочной железы: врожденные кисты на фоне кистозно-фиброзного панкреатита, ретенционные кисты или псевдокисты, возникающие на фоне хронического панкреатита, в том числе и с панкреатолизиазом. Дегенерационные кисты, возникающие на месте некрозов ткани поджелудочной железы при ее травматическом повреждении. Так же, кисты встречались на месте деструктивных очагов, возникающих на фоне острого некротического панкреатита; кисты, как осложнения тяжелой химиотерапии (при лейкозе), на фоне нарушений микроциркуляции после кардиохирургических

вмешательств с использованием АИК. Встречались кисты, причиной которых являлось нарушение оттока панкреатического сока через большой дуоденальный сосочек. И редкие формы кистозных опухолей поджелудочной железы – псевдопапиллярная опухоль. Практически у всех детей, кисты поджелудочной железы протекали с осложнениями, неоднократно возникали приступы обострений хронического панкреатита, в одном случае отмечался эпизод аррозивного артериального кровотечения в кисту головки поджелудочной железы, с выделением крови в просвет 12п.к. через фатеров сосочек и геморрагическим шоком. Во время мобилизации поджелудочной железы при вируснолитиазе произошел отрыв верхней брыжеечной вены, что потребовало формирования аутовенозной вставки.

Кисты поджелудочной железы обнаруживались во всех отделах органа, исходили в окружающие ткани в различных направлениях.

В качестве хирургического лечения применялись все основные виды вмешательств: иссечение кист, резекция кист, резекция железы, дренирование наружное и внутреннее.

Вид и время оперативного вмешательства зависят от этиологии заболевания, но операция должна быть максимально органосохраняющей, функциональной и по возможности одноэтапной.

С 2003 г. в клинике наблюдалось 34 ребенка с различными кистами поджелудочной железы. 56% из этих детей были оперированы из лапаротомного доступа.

Были выполнены следующие операции: цистоеюностомия – 5 случаев, цистогастростомия – 4, резекция хвоста поджелудочной железы с кистой – 4, вылушивание кисты – 2, панкреатодуоденальная резекция – 2, продольная вирсунгоеностомия – 2.

В настоящее время все операции при данной патологии в нашей клинике проводятся с использованием миниинвазивной эндоскопической техники. Выполнена лапароскопическая цистоеюностомия в 5 случаях, иссечение кисты – 8 случаев, продольный панкреатоеюнонастомоз – 2 случая.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Разумовский А. Ю., Смирнов А. Н., Поддубный И. В., Врублевский С. Г., Трунов В. О., Мордвин П. А.

ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова г. Москвы; Морозовская ДГКБ г. Москвы; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. детской хирургии; МГМСУ имени А. И. Евдокимова, каф. детской хирургии

До недавнего времени кистозные образования в поджелудочной железе считались редким заболеванием в связи с отсутствием четких клинических симптомов, торпидностью течения патологического процесса, и как следствие, низкой их выявляемостью. Врожденные кисты встречаются с частотой 1:100 000. В последнее время в связи с популярностью экстремальных видов спорта и ростом статистики детского травматизма отмечается увеличение количества пациентов с приобретенными посттравматическими кистозными трансформациями поджелудочной железы. По статистическим данным эта нозология составляет около 0,3% от общего количества детей с абдоминальной хирургической патологией.

Цель работы – проанализировать наш опыт лечения детей с кистами поджелудочной железы оперированных при помощи лапароскопической техники.

Материалы и методы. С января 2003 по февраль 2015 г. в Морозовской ДГКБ и ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова на лечении находилось 34 ребенка с кистами различной локализации и этиологии. Среди них 19 мальчиков и 15 девочек. Возраст детей составил от 0 до 17 лет. Для решения тактики в лечении данной патологии всем детям проводилось комплексное обследование, включающее в себя проведение лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ с 2-ым контрастированием, МРХПГ).

Результаты. 14 детей были оперированы из эндоскопического доступа. При выполнении лапароскопии 6 (42,8%) детям была выполнена цистоеюностомия на отключенной тонкой кишке по Ру. У 4 (67%) пациентов кистозное образование находилось в головке у 2 (33%) в теле поджелудочной железы. Среднее время операции составляло 150 мин. После операции для поведения мониторируемого наблюдения и интенсивной терапии все дети переводились в отделение реанимации. Среднее количество койко-дней в РИТ составляло 4 суток. Стационарное лечение занимало в среднем 12 суток. Ни в одном из случаев при выполнении операций данного вида рецидива не наблюдалось. На протяжении 4 лет после оперативного лечения все дети находились под скрининговым наблюдением. Ежегодно им проводилось контрольное УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также мониторировался биохимический анализ крови на панкреатические ферменты.

Вывод. Учитывая отдаленные результаты лечения детей с кистами в поджелудочной железе можно сделать вывод, что наиболее патогномичным методом хирургического лечения кистозной трансформации поджелудочной железы головки и тела является операция внутреннего дренирования, выполненная при помощи эндоскопической техники.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Разумовский А. Ю., Смирнов А. Н., Поддубный И. В., Врублевский С. Г., Трунов В. О., Мордвин П. А.

ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова г. Москвы; Морозовская ДГКБ г. Москвы. РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. детской хирургии. МГМСУ имени А. И. Евдокимова, каф. детской хирургии.

Кисты поджелудочной железы встречаются относительно редко в практике детского хирурга и носят как врожденный, так и приобретенный характер. Клини-

ческая картина кист данного органа во многом зависит от их локализации. Для установления верного диагноза и выбора оптимального метода лечения ребенку необхо-

димо проведение комплексного высокотехнологичного обследования.

Цель работы – проанализировать наш опыт лечения детей с кистами поджелудочной железы, располагающимися в хвосте органа оперированных при помощи лапароскопической техники.

Материалы и методы. С января 2003 по февраль 2015 г. в Морозовской ДГКБ и ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова на лечении находилось 15 детей, у которых киста поджелудочной железы располагалась в хвосте органа. Для выбора оптимальной тактики в лечении детям проводилось комплексное обследование, включающее в себя проведение лабораторных и инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ с 2-ым контрастированием, МРХПГ). Особое внимание при расположении кисты в хвосте поджелудочной железы уделялось результатам МРХПГ.

Результаты. 5 (33%) из них была выполнена резекция хвоста с кистозным образованием при помощи лапароскопической техники.

Оперативное лечение выполнялось из 4 троакарного доступа. У детей старше 10 лет для резекции хвоста органа использовался линейный сшивающий аппарат.

Среднее время операции составляло 100 мин. В послеоперационном периоде всех детей переводили в отделение реанимации и интенсивной терапии для стабилизации состояния, мониторингового наблюдения жизненно важных показателей здоровья, проведения инфузионной, симптоматической терапии и введения сбалансированного парентерального питания. В РИТ ежедневно 2 раза в сутки контролировались биохимические показатели крови. Начиная, с 5-х суток больной постепенно переводился на пероральный прием пищи. Среднее количество койко-дней в РИТ составляло 4 суток. Стационарное лечение занимало в среднем 12 суток. Ни в одном из случаев при выполнении операций данного вида рецидива не наблюдалось. После выписки из клиники все дети находились под скрининговым наблюдением. Ежегодно им проводилось контрольное УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также мониторировался уровень глюкозы и амилазы крови.

Вывод. В результате ретроспективного анализа историй болезни у детей с кистами поджелудочной железы в области хвоста предпочтение отдается радикальным операциям, выполненным из лапароскопического доступа.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ.

Разумовский А. Ю., Задвернюк А. С.

Российский научный исследовательский институт им. Н.И. Пирогова.

Цель – оценить результаты эндоскопического лечения детей с объемными образованиями грудной полости.

С 2001 по 2014 г. в отделении торакальной хирургии ДГКБ № 13 было пролечено 87 пациентов с объемными образованиями грудной полости. Возраст составил от 3 дней до 17 лет. Структура патологии включала нейрогенные опухоли – 29, липомы – 11, тимомы – 8, тератомы – 15, псевдоопухоль – 5, бронхогенные кисты – 15, энтерогенные кисты – 5.

Все пациенты проходили предварительную консультацию онколога для исключения злокачественного процесса. Всем пациентам выполнялась обзорная рентгенография грудной клетки, компьютерная томография с контрастированием, трахеобронхоскопия. В отдельных случаях выполнялось ФЭГДС, радиоизотопное исследование легких. Минимальный размер образования составил 1,5 x 3,0 см, максимальный – 1,0 x 15,0 см.

В процессе выделения образования использовались системы гемостаза «Ligasue», ультразвуковой скальпель, титановые клипсы.

Технические сложности возникали при удалении нейрогенных опухолей, расположенных у входа в верхнюю апертуру, плотно прилегающих к кровеносным сосудам.

Объемные образования предварительно фрагментировались в эндоконтAINERе, после чего извлекались через расширенное отверстие торакокопического канала.

Помимо этого для извлечения выполнялся дополнительный минилапоротомический или миниторакотомный доступ. Для извлечения объемных образований из плевральной полости использовались эндоконтAINERы, внутри которых проводилась фрагментация образования.

Одним из важных условий торакокопической операции является создание адекватного рабочего пространства, который достигается путем пункции кистозной части образования (тератомы, бронхогенная, энтерогенная киста).

Интраоперационные осложнения: кровотечение – 3, которые удалось остановить наложением дополнительных титановых клипс. Переходов на открытое оперативное лечение не проводилось. В послеоперационном периоде у 2 пациентов возник синдром Горнера. Среднее время оперативного лечения составило – 45 мин. Среднее время пребывания в отделении реанимации – 2 суток. Среднее время проведения ИВЛ – 8 часов. Среднее время активизации (вертикализация) пациентов – 2 суток. Среднее время дренирования плевральной полости – 2 суток. В отдаленном послеоперационном периоде получены хорошие косметические результаты.

Выводы. Применение эндоскопической техники при лечении объемных образований грудной полости позволяет удалять объемные образования у детей любого возраста, различной локализации и размеров.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА

Разумовский А.Ю., Батаев С.-Х. М., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Нурик В.И., Игнатъев Р.О., Гусева Н.Б., Чумакова Г.Ю., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Молотов Р.С.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова; ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова; НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение. Пищевод Барретта (ПБ) в детском возрасте возникает сравнительно редко и является следствием кислого и щелочного гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР). По данным различных авторов, пищевод Барретта подвержен малигнизации в диапазоне 0,6 до 33% случаев. Данный факт предопределяет важность ранней диагностики и радикального лечения этого заболевания.

Материал и методы. Анализ в работе подвергнуты истории болезни 78 детей с патологическим ГЭР, которые находились на лечении в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова в исследуемом 3 летнем интервале. Диагностика ГЭР осуществлялась посредством суточной рН – метрии и манометрии пищевода, сцинтиграфии и контрастной рентгеноскопией пищевода. Всем детям была выполнена биопсия дистального отдела пищевода.

Результаты. Морфологическое исследование биоптатов обнаружило пищевод Барретта у 16 детей (20,5% случаев). У 8 детей выявлена метаплазия эпителия пищевода по тонкокишечному типу в сочетании с метапла-

зией по желудочному типу. У 8 детей выявлена только метаплазия по желудочному типу (эпителий кардиального и фундального отдела желудка).

6 детям с метаплазией пищевода по тонкокишечному типу с протяженными пептическими стриктурами пищевода (более 3 см) была выполнена экстирпация пищевода с одномоментной пластикой пищевода. Детям с не протяженными стенозами пищевода и без таковых выполнена фундопликация по Ниссену (4 детей) и медикаментозная терапия (6 детей).

Вывод. При метаплазии пищевода по тонкокишечному типу в сочетании с протяженной пептической стриктурой пищевода, не поддающейся бужированию, целесообразнее выполнять экстирпацию пищевода с одномоментной колоэзофагопластикой. При других методах лечения у детей сохраняется вероятность возникновения аденокарциномы пищевода. Такие дети подлежат диспансерному наблюдению с выполнением биопсии слизистой оболочки пищевода через каждые 12 мес.

КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ С ПРОВЕДЕНИЕМ ТРАНСПЛАНТАТА ЗА ГРУДИНОЙ И В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ

Разумовский А.Ю., Батаев С.-Х. М., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Нурик В.И., Игнатъев Р.О., Гусева Н.Б., Чумакова Г.Ю., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Молотов Р.С.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова; ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова; НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение. Несмотря на значительные успехи, которые достигнуты в последнее время в выполнении колоэзофагопластики у детей, по-прежнему остается спорным вопрос о наиболее оптимальном методе проведения трансплантата на шею.

Целью настоящей работы является сравнение результатов колоэзофагопластики при проведении трансплантата за грудиной и заднем средостении.

Материал и методы. В данной работе анализу подвергнуты истории болезней 46 детей, которым выполнена колоэзофагопластика в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова в течение 4 лет. Все дети были разделены на 2 группы, в зависимости от метода проведения трансплантата. Группа 1 (30 детей) – за грудиной колоэзофагопластика. Группа 2 (16 больных) – заднемедиастинальная колоэзофагопластика.

Для сравнения результатов в этих двух группах были использованы следующие критерии: а) течение послеоперационного периода; б) ранние и поздние осложнения.

Послеоперационный период и ранние операционные осложнения оценивались в период с момента операции до 3 мес. Поздние осложнения – с 3 месяцев до 5 лет.

Результаты. В результате выполненной работы были получены следующие данные: течение операции и послеоперационный период протекает легче при за грудиной пути проведения трансплантата. У больных 2-й группы отмечается некоторое увеличение сроков искусственной вентиляции легких (ИВЛ), интубации трахеи, а также пребывания детей в палате интенсивной терапии и в стационаре.

При оценке ранних послеоперационных осложнений у больных первой группы чаще развивается пневмоторакс. У одного больного 2-й группы во время операции был поврежден левый главный бронх. Разрыв бронха был ушит из абдоминального доступа. Следует отметить, что повреждение бронха и парез голосовых связок

более вероятны при выполнении экстирпации пищевода. Анализ поздних осложнений выявил, что во 2-й группе характерным осложнением являлась диарея, связанная с повреждением блуждающих нервов во время экстирпации пищевода. При этом следует отметить, что гастростаз у больных 1-ой группы встречался так же часто, как и во 2-ой группе, несмотря на отсутствие травмы блуждающих нервов во время операции.

Выводы. 1. Преимущества заднемедиастинальной пластики пищевода: операция физиологична, исключе-

на вероятность возникновения ГЭР и его последствий в оставленном пищеводе.

2. Недостатками заднемедиастинальной пластики пищевода следует считать вероятность повреждения бронхов и/или трахеи, травматичность операции и сложность послеоперационного периода.

3. У детей с буллезным эпидермолизом, детей перенесших медиастинит, а также при субтотальном или тотальном рубцовом стенозе пищевода следует отдать предпочтение заградительному проведению трансплантата на шею.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Разумовский А.Ю., Батаев С.-Х. М., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Нурик В.И., Игнатъев Р.О., Гусева Н.Б., Чумакова Г.Ю., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Молотов Р.С.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова; ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова; НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение. Цель работы – определить оптимальные сроки для выполнения пластики пищевода у детей с атрезией пищевода, которым эта операция показана.

Материал и методы. В исследуемом 5 летнем периоде в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы было выполнено 27 операций колоэзофагопластики детям с атрезией пищевода в возрасте от 3 мес до 2 лет. Подавляющее большинство пациентов поступило в нашу клинику после неудачной коррекции атрезии пищевода по месту жительства детей. К моменту поступления они имели сформированную гастростому и эзофагостому. Пациенты были распределены на 2 группы в зависимости от возраста к моменту выполнения колоэзофагопластики. В первую группу вошло 13 детей, возраст которых к моменту операции варьировал от 3 до 6 месяцев жизни (в среднем 5,5 мес.). Во вторую группу вошло 14 детей, у которых возраст к моменту операции варьировал от 6 до 24 месяцев (в среднем 13 мес.). Для сравнения результатов в исследуемых группах были приняты следующие критерии: течение послеоперационного периода и поздние послеоперационные осложнения.

Результаты. При анализе данных параметров выявлено, что по всем критериям оценки показатели были примерно равны в обеих группах и даже несколько лучше в группе младших детей (1-я группа). Таким образом, ранний послеоперационный период протекал практически одинаково в обеих группах и не зависел от возраста пациента и массы его тела. Из поздних осложнений пластики пищевода у детей 1-й группы диарея встречается несколько чаще, чем у детей 2-й группы. Принимая во внимание тот факт, что в 1-й группе было намного больше детей, имевших одновременное сочетание нескольких пороков развития, правомочно сделать вывод, что и частота возникновения диареи не имеет прямого отношения к возрасту пациентов на момент операции. Другие поздние осложнения встречались примерно в равном количестве в обеих группах.

Вывод. Таким образом, пластику пищевода у детей с атрезией пищевода можно и желательно выполнить как можно раньше, чтобы вернуть ребенка к относительно нормальному образу жизни.

РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЭР И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю., Батаев С.-Х. М., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Нурик В.И., Игнатъев Р.О., Гусева Н.Б., Чумакова Г.Ю., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Молотов Р.С.

Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова; ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова; НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

В литературе существуют разноречивые мнения по поводу роли радионуклидная исследования (РНИ) в диагностике ГЭР. Неясным остается вопрос о роли РНИ в диагностике пищевода Барретта.

Материал и методы. В отделении торакальной хирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова в исследуемый 4 летний интервал времени находилось на обследовании

и лечении 89 детей поступивших с подозрением на ГЭР. Всем детям для диагностики ГЭР выполнен комплекс исследований: суточная рН – метрия и манометрия пищевода, эндоскопия с биопсией слизистой дистального отдела пищевода, рентгенологическое исследование с контрастным веществом и РНИ. У 50 детей из 89 диагноз ГЭР был исключен. Таким образом, анализу в рабо-

те будут повергнуты 39 детей, у которых на основании комплекса исследований был обнаружен патологический ГЭР.

Гастроэзофагеальную сцинтиграфию (была выполнена у всех 39 детей (67 исследований). До начала исследования готовили завтрак, состоящий из каши и сока, который предпочитает ребенок, в обычном для него объеме. В завтрак добавляли коллоидный препарат Tc^{99m} пертехнетата (технефит) из расчета 0,1 мсi на 1 кг. массы тела ребенка. После приема «завтрака», через 5–10 минут ребенка укладывали на живот над детектором гамма-камеры в течение 30 минут ребенок во время которого регистрировалось распределение Технефита в проекции пищевода, желудка и начальных отделов тонкой кишки (статическое исследование). Затем следовал перерыв в исследовании на 30 минут. Следующие 2 исследования проводили длительностью по 10 мин. с перерыв на 30 минут (динамическое исследование). Таким образом, проводили трехкратную регистрацию распределения Технефита на протяжении 90 минут исследования. Признаком наличия ГЭР считали повышение активности РФП в проекции пищевода. Эвакуации содержимого желудка в кишечник оценивали на 15-й, 30-й, 60-й и 90-й минутах исследования. Нормой эвакуации из желудка считали эвакуацию РФП 40% и выше на 90-й минуте исследования.

Барреттской метаплазии пищевода. С этой целью для РНИ пищевода был использован пертехнетат $99m$ (Элюат), который обладает тропностью к железистому эпителию (в данном случае к железистому эпи-

телию желудка). Препарат вводили внутривенно в дозе 0,1–0,15 мсi на 1 кг. массы тела. Регистрацию показателей производили через 40 мин. после в/в введения препарата в положении лежа на животе над коллиматором гамма-камеры с захватом области пищевода и желудка. Исследование выполняли однократно длительностью 5 минут. Повышение накопления Элюата в проекции дистального отдела пищевода расценивали как наличие метаплазии или эктопии эпителия желудка в дистальный отдел пищевода. В норме при в/в введении не должно происходить накопления Элюата в проекции пищевода.

Результаты исследования и выводы. Достоверность радиоизотопного исследования в диагностике ГЭР ограничена – 46%. Короткое время исследования не позволяет оценить характер и тяжесть ГЭР.

РНИ является основным методом диагностики нарушения опорожнения желудка, который дает количественную характеристику эвакуации желудка и позволяет определить объем хирургического вмешательства.

При нарушении опорожнения желудка операцией выбора, на наш взгляд, является пилоромиопластика, которая улучшает эвакуацию из желудка в кишечник и предотвращает возникновение дуоденогастрального рефлюкса.

РНИ в диагностике пищевода Барретта следует считать дополнительным методом исследования, который позволяет выявить лишь наличие метаплазии пищевода по желудочному типу, определить локализацию и количество метаплазированного эпителия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЛОРОМИОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА

Раковский С.М., Богданов А.И., Ююкин М.В.

ГУЗ Областная детская больница, отделение хирургии, г. Липецк

Цель исследования – сравнительная оценка методик лапароскопических операций, выявление преимуществ данного вида хирургического вмешательства по сравнению с традиционными методиками.

Были проанализированы истории болезней пациентов с пилоростенозом, пролеченных с 2006 г. по апрель 2015 г. разделенных на две группы:

1-я группа пациентов – оперированных поперечным лапаротомным доступом в правом верхнем квадранте живота в период с 2006 г. по 2011 г.;

2-я группа пациентов – оперированных лапароскопически с 2012 г. по апрель 2015 г. с применением специализированных инструментов: пилоротомного ножа и расширителя пилоруса.

Степень эффективности пилоротомии интраоперационно определяли по достаточности формы и площади сформированной слизистой площадки.

Производилась оценка: длительности операции, времени нахождения в отделении интенсивной терапии в послеоперационном периоде, длительности пребывания

в стационаре, косметического результата, наличие осложнений.

В 1-й группе было прооперировано 38 пациентов, длительность операции в среднем составила 40 мин. Во 2-й группе было прооперировано 27 больных, длительность операции в среднем составила 20 мин. Время нахождения в отделении интенсивной терапии в послеоперационном периоде составило от 2-х суток до 7 дней (в среднем 4,2 суток) в первой группе и от 12 до 24 ч (в среднем 18,4 ч) во второй группе; общая длительность нахождения в стационаре составила от 14 до 17 суток (в среднем 15,6 суток) в первой группе и от 7 до 10 суток во второй группе. У пациентов первой группы в 5 случаях сформировались гипертрофические рубцы послеоперационной раны, а в 2х- атрофические, во второй группе больных патологических рубцов не наблюдалось. У одного пациента оперированного лапароскопически первым способом произошла перфорация слизистой оболочки, диагностирована интраоперационно, выполнена конверсия с ушиванием дефекта слизистой оболочки.

Первое кормление было отсрочено на 5 суток. Выздоровление. Пациент выписан на 17 сутки.

Вывод. Применение лапароскопической методики пилоромии позволяет достигнуть меньшей длительности пребывания в стационаре, а также получить

максимальный косметический результат у больных с врожденным гипертрофическим пилоростенозом, позволяет сократить длительность операции и, следовательно, минимизировать риск осложнений, связанных с наркозом, а также сократить количество осложнений.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Раупов Ф. С., Кобиров Э. Э., Косимов У. У., Ахмедов А. Т., Халимова Д. Ж., Степаньян Е. С., Саидова С. Г., Саидова Н. Ф.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель – изучение характера инородных тел пищевода у детей и анализ методов удаления.

Метод основан на инструментальном удалении инородных тел из пищевода.

В последние 5 лет на базе кафедры детской хирургии Бухарского государственного медицинского института с диагнозом «Инородное тело пищевода» находились 18 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, из них мальчиков – 11 (61,1%), девочек было – 7 (38,9%). При анализе характера проглоченных предметов, органические предметы составляли 8 (44%) случая (сечечка подсолнухи, стебель пшеницы, лекарственные капсулы и т. п.), неорганические предметы составили 10 (56%) (часты металлических и пластмассовых предметов, наконечники ручек, монеты, иголки от шприца и т. п.). Необходимо отметить, что наибольшее число наблюдавшихся больных было в возрасте от 1-го года до 4-х лет 14 (77,8%). Диагноз «Инородное тело пищевода» во всех случаях установлено в первые сутки от начала заболевания на основании жалоб больных и анамнеза. У этих детей в анамнезе имелись указание на проглатывание инородного тела, после которого появлялись гиперсаливация, у некоторых больных отмечалось рвота, жалобы на боли за грудиной. При объективном осмотре характерно было симптом «гиперсаливации», затруднение заглатывания жидкости. Если инородное тело рентген негативное, тогда на снимке четко про-

слеживался форма и место нахождения. В остальных случаях диагноз «Инородное тело пищевода» установлена на основании жалоб, анамнеза и данных объективного обследования. При нахождения инородного тела в первом физиологическом сужении пищевода, инородное тела старались удалить с помощью ларингоскопии. А в остальных случаях приходилось удалить инородное тело с помощью эзофагоскопа. При нахождении инородного тела в кардиальной части пищевода приходилось, протолкнуть их в желудок. У этих больных инородное тела отходила естественным путем в течение последующих дней. Только в одном случае, при удалении инородного тела звездчатой формы из пищевода, отмечался нарушение целостности пищевода, осложнившиеся медиастенитом. После удаления инородного тела из пищевода все больные находились в наблюдение, в зависимости от общего и местного статуса получали комплекс интенсивной антибактериальной, противовоспалительной и симптоматической терапии, на фоне которого наблюдалось выздоровление больных.

Таким образом, своевременное обращение больных в стационар, изучение жалоб и анамнеза, правильное определение диагностической и лечебной тактики предотвращает развитию осложнений со стороны органов пищеварительного тракта и средостения, способствует к выздоровлению больных.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ИНЦИЗИЯ ИНТРАВЕЗИКАЛЬНОГО УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Рахматуллаев А. А., Алиев М. М., Теребаев Б. А., Султанов А. К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Кафедра факультетской хирургии детского возраста, Узбекистан

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, отдел детской хирургии, Ташкент, Узбекистан

Частота встречаемости уретероцеле, по данным различных авторов, колеблется от 0,1 до 2,5% относительно всех больных, обследованных по поводу урологических заболеваний. До настоящего времени при лечении детей с уретероцеле в основном используются хирургические методы. В последнее время все чаще используются эндоскопические методы – различные варианты инцизий и перфораций уретероцеле.

Цель. Совершенствование эндоскопического лечения уретероцеле при интравезикальной форме у детей.

Материал и методы. В отделении хирургии клиники ТашПМИ и отдел хирургии РСНПМЦ Педиатрии 46 больным при внутривезикальной форме уретероцеле в возрасте от 1 до 14 лет, выполнено трансуретральное рассечение уретероцеле. Для эндоскопического лечения использовали резектоскопы фирмы «Karl Storz» (Германия) № 10 СН. При этом производили поперечное рассечение длиной 5 мм дистальной части уретероцеле, чтобы сохранить максимальную длину внутривезикально-

го отдела, для профилактики пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР).

Результаты. Согласно международной классификации, предложенной Американской академией педиатров (1984 г.), внутривезикулярное уретероцеле солитарного мочеточника был определен в 19, удвоенного мочеточника в 27 наблюдениях. Во всех наблюдениях выявлена внутривезикулярное расположение уретероцеле с размерами от 1 см до 3 см. Эффективность вмешательства после операции оценивали по регрессии мочевого синдрома, УЗИ дистальной части мочеточника, доплерометрии мочеточникового выброса мочи и микционной цистографии. Задержка мочеточникового выброса мочи и отсутствие уменьшения диаметра дистальной части мочеточника в ранние сроки отмечена у 5 больных (все наблюдения удвоенного мочеточника), им выполнена повторная цистоскопия через 3 месяца, в котором выявлено образование сращений между краями разреза, что требовало повторного рассечения или бужирования, последний ликвидирован

в 93,7% наблюдений. В отдаленные сроки у 31 детей (15 детей солитарного мочеточника, 16 детей удвоенного мочеточника) отмечена стабильная ликвидация мочевого синдрома и отсутствие ПМР. В 9 наблюдений развивался ПМР, из них у 4 детей солитарного мочеточника, у 5 детей удвоенного мочеточника и сохранялся мочевой синдром. Проведена трансуретральная коррекция по методике НИТ1 и НИТ2 с помощью водорастворимого биополимера. После однократной инъекции в 63,7% наблюдений получен положительный результат, после повторных инъекции положительный результат был отмечен в 84,6% наблюдений. У 6 больных после восстановления оттока мочи функция пораженного сегмента отсутствовала и произведена геминефруретерэктомия.

Заключение. Разработанный вариант эндоскопического рассечения уретероцеле позволяет добиться адекватной декомпрессии и сохранения максимальной длины внутривезикулярного отдела уретероцеле, что минимизирует риск возникновения вторичного ПМР.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Рожденкин Е. А., Паршиков В. В., Обрядов В. П., Ясковец А. А., Горшененко В. А.

ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница»; ФГБУ ФМИЦ Минздрава РФ, г. Нижний Новгород

С 2006 г. на базе клиники выполнено 12 операций на поджелудочной железе: 4 лапароскопических вмешательства детям (от 3 до 16 лет) по поводу панкреонекроза (алиментарного и лекарственного генеза), объем которых заключался во вскрытии и дренировании полости малого сальника, ревизии железы с последующим повторным промыванием ложа железы буферными растворами; 3 диагностические лапароскопии по поводу травматических повреждений внутренних органов (разрыв печени, гематома брыжейки ободочной кишки), сочетающихся с явлениями травматического панкреатита, позволившие ограничиться ревизией железы и консервативной терапией; 2 детям со сформированными ложными посттравматическими кистами тела и хвоста железы отсрочено выполнено лапароскопическое дренирование

кист с последующим склерозированием 70% «ледяным» этиловым спиртом; 2 детям с истинной посттравматической кистой тела железы выполнено наложение цистоэюноанастомоза на отключенной петле с брауновским соустьем; мальчику 6 лет с наследственной болевой формой хронического панкреатита после купирования двух тяжелых приступов проведена продольная панкреатоеюностомия на отключенной петле по Ру.

В раннем послеоперационном периоде осложнений отмечено не было. У 2 больных, оперированных по поводу панкреонекроза, наблюдалось обострение панкреатита на фоне грубого нарушения диеты, купированное консервативно. В 1 случае ребенок был прооперирован повторно через 6 мес в связи с развитием спаечной низкой кишечной непроходимости.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Ростовцев Н. М., Абушкин И. А., Котляров А. Н., Бобошко П. Г., Неизвестных Е. А.

Областная детская клиническая больница; ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Цель – определить сроки операции и изучить результаты пластики пищевода толстокишечным трансплантатом у детей с атрезией пищевода.

Материал и методы. За анализируемый период в клинике наблюдали 64 новорожденных с различными формами атрезии пищевода. Масса тела при рождении

была в диапазоне от 750 до 3550 г. Преобладали дети 53 (82,8%) с атрезией и нижним трахеопищеводным свищом, без свищевой формы – 7 (19,3%), наличие дистального и проксимального свища – 1 (1,5%), мембрана пищевода – 1 (1,5%). У 36 атрезия пищевода была единственным пороком, что составило 60,0%. В 28 наблю-

дениях (40,0%) имелись сопутствующие аномалии. Хирургическое лечение состояло из первичного 44 (68,7%), отсроченного 5 (7,6%) и этапного 15 (23,4%) анастомоза (колоэзофагопластика). Толстокишечная пластика пищевода выполнялась детям в возрасте от 3 до 6 мес, которым в период новорожденности проводились паллиативные операции (перевязка ТПС, эзофагостома и гастростома) в связи с тяжелыми пороками развития, глубокой недоношенностью и большим диастазом между сегментами пищевода.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях замещения пищевода мы используем трансплантат из левой половины толстой кишки на левой ободочной артерии. Пластика пищевода в один этап выполнена 11 и в два этапа – у 4 детей. После завершения пластики пищевода наиболее частыми осложнениями были несостоятельность анастомоза на шее и его рубцовый стеноз различной степени выраженности. При стенозе протяженностью до 3 мм проводилось консервативное лечение путем бужирования или баллонной дилатации. При протяженной стриктуре более 6 мм выполнялась резекция

суженного соустья. Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов. Все дети в состоянии принимать пищу естественным путем, причем 76,8% могут есть любую пищу, не ограничиваясь диетой. При рентгенологическом исследовании с густой бариевой взвесью отмечалось свободное прохождение пищи, отсутствие желудочно-кишечного рефлюкса. При удовлетворительном результате пациенты (2) затрачивали больше времени на прием пищи, ощущали некоторую тяжесть и боли в области искусственного пищевода, при контрастном исследовании отмечалась кратковременная его задержка в области шейно-пищеводнокишечного соустья. У одного пациента отмечали прохождение лишь жидкой бариевой взвеси в виде тонкой струйки через шейный анастомоз.

Выводы. У детей с низкой массой, тяжелыми сочетанными пороками развития, невозможностью выполнения первичного анастомоза пищевода, операцией выбора, на наш взгляд, является пластика толстокишечным трансплантатом в раннем грудном возрасте.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПИЩЕВОДЕ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Ростовцев Н. М., Абушкин И. А., Котляров А. Н., Ядыкин М. Е., Носков Н. В.

Областная детская клиническая больница, г. Челябинск; ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ г. Челябинск

Цель – изучить непосредственные и отдаленные результаты пластики пищевода у детей.

Материал и методы. За последние 18 лет в отделении детской хирургии пластика пищевода выполнена 43 пациентам с различными пороками, заболеваниями и травматическими повреждениями: атрезия пищевода – 15, рубцовые сужения пищевода после химического ожога – 16, травматические повреждения – 8, длительное нахождение инородных тел в пищеводе – 3, пищевод Барретта – 1. Использовались различные методы от перемещения желудка в грудную клетку (12), до пластики толстокишечным трансплантатом ретро-стернально (31). Во всех случаях замещения пищевода мы используем трансплантат из левой половины толстой кишки на средней ободочно-кишечной (7) или левой ободочной артерии (24). Анастомоз на шее всем пациентам был сформирован по типу «конец в конец». Пластика пищевода в один этап выполнена 23 и в два этапа – у 8 детей. Обязательным условием являлась интубация желудка и трансплантата с активным или пассивным дренированием для декомпрессии и контроля отделяемого.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде наиболее тяжелыми осложнениями был частичный (3) или полный (1) некроз трансплантата. Летальность составила 3,2%. Несостоятельность шейного соустья нами отмечена у 11 (33,3%), что мы связы-

ваем с легкой ишемией трансплантата. Рубцовые сужения занимали наибольший удельный вес. Необходимо отметить, что это осложнение развивалось почти у 50% детей, имевших несостоятельность анастомоза. Отдаленные результаты изучены у 23 детей в сроки от 6 месяцев до 16 лет. Жалоб не предъявляли 15 (65,1%) детей. Они самостоятельно принимают через рот любую пищу, имеют нормальные показатели роста и массы. Часть пациентов 6 (26%) длительно пережевывают пищу, ограничивают прием твердой и жирной пищи, отмечают боли и чувство тяжести за грудиной, масса тела у них ниже нормы. Неудовлетворительное состояние здоровья отмечают дети с осложнениями после пластики пищевода, потребовавшие последующего оперативного или консервативного лечения. Эндоскопически у них выявлялась гипотония, провисание кишечной петли, рефлюксы. У 2 пациентов при наличии дисфункции пищевода отмечено периодически рецидивирующие проявления верхней анастомотической стриктуры и возникновение свища на шее.

Выводы. Таким образом, несмотря на высокий процент ранних и поздних послеоперационных осложнений операции по созданию искусственного пищевода не только восстанавливают нормальное питание через рот, но и в подавляющем большинстве случаев обеспечивают хороший функциональный результат, повышают качество жизни.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЬЮ ВИЛМСА В ПОЗДНИЕ СРОКИ ПОСТУПЛЕНИЯ

Ростовцев Н. М., Котляров А. Н., Поляков В. Г. Мустакимов Б. Х.

Областная детская клиническая больница, г. Челябинск; ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», г. Челябинск; Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина, г. Москва

Цель – оценить результаты комбинированного интраоперационного применения окклюзии почечной артерии и лазерной ФДТ у больных нефробластомой в III–IV стадии заболевания.

Материал и методы. За исследуемый период интраоперационная окклюзия почечной артерии сульфакрилатом и лазерная ФДТ препаратом второго поколения радохлорином проведена 44 пациентам с опухолью Вилмса III–IV стадией заболевания. Клиническое обследование и применение дополнительных методов исследования (УЗИ с картированием кровотока, экскреторная урография, КТ-МРТ в режиме ангиографии) у 15 (34,1%) пациентов выявило сосудистую инвазию, прямое региональное распространение опухоли. Всем детям в пред- и послеоперационном периоде проведена химиотерапия по протоколу SIOP. С учетом характера проводимого хирургического вмешательства выделено две группы больных: основная группа (19 пациентов) была представлена пациентами, у которых после химиотерапии проведена интраоперационная окклюзия почечной артерии, нефрэктомия и лазерная ФДТ ложа опухоли, региональных

лимфоузлов и брюшины. В группе сравнения интраоперационная окклюзия почечной артерии, нефрэктомия выполнена у 25 больных. При интраваскулярном распространении опухолевых эмболов обязательным условием было их удаление.

Результаты и их обсуждение. В качестве основного критерия оценки эффективности проводимого лечения мы использовали безрецидивную выживаемость детей через два года и 5 лет. Безрецидивная 5-летняя выживаемость детей с III–IV стадии заболевания и благоприятном типе опухоли при сочетанном применении интраоперационной окклюзии и лазерной ФДТ была выше, чем при использовании только интраоперационной окклюзии почечной артерии (88,3% и 74,5%) соответственно. Однако статистически значимых показателей общей 2-х летней выживаемости в сравниваемых группах не установлено.

Выводы. Применение интраоперационной окклюзии почечной артерии в сочетании с лазерной ФДТ позволило не только улучшить отдаленные результаты лечения, но и уменьшить количество осложнений проводимого лечения.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФРАКЦИОННОЙ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ АППАРАТОМ ULTRA PULS ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВ У ДЕТЕЙ

Рощупкина А. К., Бычкова О. С., Кузетченко И. Н.

ФГБУ «Российская детская клиническая больница», г. Москва

Цель – разработка новых методов лечения детей с обширными послеожоговыми рубцами с использованием нового CO₂-лазера Ultra Pulse.

Методы. В работе представлен опыт применения фракционной лазерной абляции (ФЛА) для лечения и косметической коррекции послеожоговых рубцов у детей с описанием 40 клинических случаев. Возраст детей от 3 до 17 лет, девочек 28 и мальчиков 12. «Возраст» рубцов составлял от 19–156 мес. По локализации: поражения лица – 26 детей (37%), верхние конечности – 31 пациент (37%), ожоги туловища 19 пациентов (20%), нижние конечности у 11 детей (11%). У 12 детей рубцовая деформация распространялась на область суставов. Из них у 11 пациентов отмечалось ограничение движения в суставах и снижение амплитуды движений на 15–20 градусов от нормы. Все процедуры проводились в условиях стационара с применением ингаляционного наркоза или местной анестезии. Обработка рубцов проводилась на лазерном хирургическом аппарате Ultra

Puls (длина волны 10600 нм), снабженным микроабляционным фракционным ручным манипулятором (Deer Fx). Параметры лазерного воздействия определялись толщиной рубцовой ткани, и составляли от 60–150 мДж/см², частота 250 Гц, степень покрытия составляла от 3% до 5%. Методика лечения заключалась в однократном наложении ряда микроимпульсов на поверхности рубцовой ткани, без повторных проходов одной и той же области. Используемая энергия импульса была пропорциональна желаемой глубине обработки (до 4-х мм) и подбиралась в зависимости от данных, полученных при УЗИ рубца. При наличии плотных гипертрофических рубцов и рубцовых тяжей – степень покрытия составляла не менее 5%, при наличии мягких гипертрофических или нормотрофических рубцов степень покрытия составляла 1–3%. Общая площадь ФЛА составляла 1–5% поверхности тела.

Результаты. Для оценки результатов был проведен анализ следующего комплекса жалоб и клинических

симптомов: текстура рубцовой ткани, наличие пигментации в области рубца, инъецированность сосудами, особенностями рельефа рубцовой ткани, наличие соединительнотканых тяжей, ограничивающих объем движений в суставах.

Мы получили следующие результаты: у 21 пациента до начала лечения рубцы были плотные, а после ФЛА у 10 пациентов. Мягкая текстура рубцовой ткани до проведения ФЛА отмечалась у 19 детей, а после – у 30. Рельефная рубцовая поверхность до лечения лазером была у 19 детей, а после лечения неровности на поверхности рубца сохранялись у 4 пациентов, пигментация после ФЛА сохранилась у 4 пациентов, а у 36 поверхность после ожоговых рубцов стала светлой либо светло-розовой. Увеличение объема движений в суставах после ФЛА отмечено у 10 детей. У 6 пациентов с послеожоговыми руб-

цами кисти до лечения имелись жалобы на ограничение способности к самообслуживанию, после проведенного лечения пациенты самостоятельно начинали выполнять элементы самообслуживания, что значительно повысило их качество жизни. При повторном ультразвуковом исследовании у 22 (55%) пациентов отмечено уменьшение толщины рубцовой ткани на 20–50%.

Заключение. У всех пациентов был отмечен длительный и стойкий положительный эффект, проявляющийся в улучшении косметических и общих функциональных возможностей кожи, улучшающий подвижность в области суставов. ФЛА новый, эффективный способ лечения, который дополняет традиционную реабилитационную терапию пациентов с послеожоговыми рубцами и рубцовыми контрактурами, и в ряде случаев, может заменить хирургическое вмешательство и вернуть к полноценной жизни.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ

Рудакова Э.А., Ковалева О.А.

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России

Цель – оценка функционального состояния вегетативной нервной системы у детей с хроническим колостазом.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 138 детей в возрасте от 3 до 14 лет с хроническим колостазом, находившихся в городской детской клинической больнице №15 г. Перми. В зависимости от результатов рентгенологического обследования толстого кишечника больные были разделены на три группы. В первую группу вошли 43 (31,2%) пациента, страдающих хроническими запорами, у которых по данным ирригографии отсутствовали признаки патологии кишки. Во вторую группу включено 67 (48,5%) больных, у которых при рентгенологическом обследовании выявлены мегадолихоколон, мегаректум или долихосигма. Третью группу составили 28 (20,3%) пациентов, у которых имели место рентгенологические признаки болезни Гиршпрунга.

Вегетативный статус оценивали на основании исследования вегетативного тонуса (ВТ), вегетативной реактивности (ВР) и вегетативного обеспечения деятельности (ВОД). Оценка вегетативного тонуса у 138 детей показала, что в состоянии относительного равновесия оба отдела ВНС находились только у 26 (18,8%) детей с запорами. У 68 (49,3%) больных преобладающим был

тонус парасимпатического отдела ВНС, а в 44 (31,9%) наблюдениях большим влиянием обладал симпатический отдел ВНС.

Результаты. При изучении ВТ и ВР в 37 (26,8%) наблюдениях установлен нормальный ответ ВНС на клиноортостатическую пробу (КОП). У 71 (51,5%) пациентов зарегистрирована асимпатикотоническая ВР, а у 30 (21,7%) обследованных – гиперсимпатикотоническая. Существенной связи между исходным ВТ и типом ВР установлено не было ($p > 0,05$; $CC = 0,189$).

В I группе детей, где запор носил функциональный характер в 37 (86,0%) наблюдениях регистрировали патологический тип ВР. Асимпатикотонический тип ВР встречался в 2,4 раза чаще, чем гиперсимпатикотонический. У детей II группы, где запоры возникали на фоне врожденных аномалий толстой кишки, имело место формирование патологического типа ВР у 53 (79,1%) пациентов. При этом так же асимпатикотонический тип ВР преобладал над гиперсимпатикотоническим (в 2,8 раза). В III группе пациентов с диагнозом болезнь Гиршпрунга патологический тип ВР наблюдали в 11 (39,3%) случаях.

Выводы. Результаты кардиоинтервалографии показали неудовлетворительное состояние адаптационно-компенсаторных механизмов у детей с хроническим колостазом.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Рузматов И.Б., Эргашев Б.Б.

Республиканский перинатальный центр, Узбекистан

Цель – оптимизация лечебной тактики у новорожденных с эмбриональной грыжей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 51 больных с грыжей пупочного канатика.

Всем больным при поступлении, кроме общеклинических методов исследования, проведены обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ внутренних органов и содержимого грыжевого мешка, эхокардиография, нейросонография.

Результаты и обсуждение. Среди наших больных у 11 выявлены большие эмбриональные грыжи, с диаметром грыжевого выпячивания более 10 см, а дефект передней брюшной стенки был более 7 см. У 26 больных эмбриональная грыжа была средних размеров, с диаметром грыжевого выпячивания 8–10 см, а дефект – 5–7 см, и малые эмбриональные грыжи, при которых диаметр грыжевого выпячивания был менее 5 см, а дефект – 2,5–4 см, выявлены у – 14 новорожденных. У 10 новорожденных отмечались осложненные формы грыж пупочного канатика, из них у 6 (60%) новорожденных отмечался разрыв грыжевых оболочек, у 4 (40%) новорожденных была клиническая картина кишечной непроходимости. Неосложненные формы эмбриональной грыжи выявлены у 41 новорожденного. В 3 (5,8%) случаях отмечено ятрогенное повреждение оболочек грыж и содержимого в результате низкой перевязки пуповины после рождения ребенка. Множественные аномалии развития, сопутствующие основному пороку, выявлены у 17 (36,2%) новорожденных, а у 30 (63,8%) больных с эмбриональной грыжей было единственным пороком развития. Оперативное вмешательство выполнено 43 (91,5%) больным. При эмбриональной грыже малых и средних размеров

38 (80,8%) больных проведено радикальное оперативное вмешательство. При этом у 4 (10,5%) больных пластика передней брюшной стенки предшествовала резекция дивертикула Меккеля и у 3-х (7,9%) больных одновременно произведена коррекция мальротации кишечника. В 5 (10,5%) случаях новорожденным с большой эмбриональной грыжей выполнена поэтапная оперативная коррекция, с подшиванием к краям дефекта мешка Шустера, из них у 2 (40%) больных пластику передней брюшной стенки удалось провести радикально, а у 3 (60%) больных создать вентральную грыжу. Консервативное лечение проведено 4 (8,5%) больным с большими эмбриональными грыжами и множественными пороками развития. В этих случаях грыжевой мешок обрабатывали 5% йодной настойкой или повидон-йодина. При этом постепенно, в течение 2–3 месяцев, происходило разрастание грануляционной ткани, эпителизация и образование вентральной грыжи, которое было достигнуто только у 2 (50%) больных лечившихся консервативно. Всего умерло 17 (36,1%) детей. Из них у 10 (59%) имелись тяжелые множественные пороки 2-х и более систем, которые в большинстве случаев приводили к ранней гибели детей в послеоперационном периоде.

Таким образом, при эмбриональной грыже малых и средних размеров методом выбора является радикальная пластика передней брюшной стенки, а при эмбриональной грыже больших размеров целесообразна этапная коррекция с использованием мешка Шустера.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Рукевич С.Г., Паршиков В.В., Лазуткин В.Ф.

Нижегородская государственная медицинская академия

Основным способом диагностики степени повреждения пищевода при химических ожогах у детей остается эндоскопический.

Для оценки эффективности эзофагоскопии дети с ожоговыми эзофагитами, наблюдающиеся за период 2006–2012 гг в клинике детской хирургии НижГМА были разделены на группы: 1 группа – 147 детей, в которой эндоскопическое обследование проводилось в обычном свете. 2 группа – 56 человек, в которой во время осмотра в обычном свете применялся узкоспектральный режим.

В 1 группе в первые 2 суток ожог пищевода I степени был выявлен у 87 детей, II степени – у 19 пациентов и у 41 ребенка – химический ожог пищевода II–III степени. У 2 детей с I степенью ожога впоследствии была установлена средняя степень повреждения. Т.е. получено 2 ложно отрицательных результата. На 7–10 сутки подтвердить глубину поражения из 79 пациентов со II–III степенью ожога удалось у 46 пострадавших (II степени – 40, III степени – 6 человек). Ложноотрицательных результатов не получено.

При обследовании в узкоспектральном режиме в первые 2 суток после травмы у 33 пациентов выявлен ожог

I степени, в 12 случаях – II степени. У 11 пациентов данной группы обнаружен распространенный фибринозный эзофагит, причем плотные наложения, покрывающие слизистую, препятствовали прохождению узковолнового света. Т.е. выявить точную степень повреждения при данном виде обследования удалось у 45 детей.

Применение узковолнового света на 7–10 сутки позволило выявить у 33 детей с ожогом I степени усиление сосудистого рисунка. При обследовании 16 пострадавших с ожогом II–III степени выявлено также усиление сосудистого рисунка. Обнаружение у 5 пациентов участков пищевода с отсутствием сосудов, т.е. с повреждением подслизистого слоя, позволило прогнозировать формирование послеожоговых рубцов. У 2 пострадавших исследование в NBI оказалось не информативным, т.к. сохранялись обильные фибринозные наложения, препятствующие прохождению узковолнового света. Контрольная эзофагоскопия на 19–23 сутки у данной группы пациентов подтвердила наличие рубцовых изменений у 7 пострадавших.

Оценивая показатели информативности выявлено, что чувствительность эзофагоскопии в обычном све-

те в первые 2 суток после повреждения составляет 72% и в NBI режиме 82% ($p=0,05$), точность 82% и 89% ($p=0,062$) соответственно, на 7–10 сутки – чувствительность 74% и 91% ($p=0,028$), точность 89% и 96% ($p=0,034$).

Таким образом, достоверно доказано, что применение узкополосного метода исследования повышает чувствительность и точность эзофагоскопии при химических ожогах пищевода у детей.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ И ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК

Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А., Казаков А.Н., Мирошниченко Д.С., Козлова Н.Г.

ГБОУ ВПО «Тверской ГМУ Минздрава России»

Актуальность. До настоящего времени продолжают оставаться актуальным выбор диагностики и лечебной тактики у девочек с кистами и образованиями яичников.

Цель – изучить частоту, морфологию кист и образований яичников у девочек, определить методы диагностики и лечения.

Материалы и методы. В хирургических отделениях ДОКБ г. Твери с 2004 по 2015 г. находились на лечении 105 девочек в возрасте от 2 суток до 17 лет с кистами и образованиями яичников, диагностированными методом УЗИ с доплерографией. У детей грудного возраста диагноз установлен антенатально. Все девочки были оперированы. Размер кист и образований варьировал от 5 см до 20 см. Большинству детей 89 (85%) выполнена лапароскопическая ликвидация кисты, у 16 (15%) детей произведена лапаротомия с удалением образования.

Результаты. При гистологическом исследовании чаще встречались фолликулярные кисты, второе место по частоте занимали дермоидные кисты, реже встречались тератомы яичников, в двух случаях при гистохимическом исследовании верифицирована дисгерминома. У 28 (30%) пациенток кисты яичников сопровождалась катаральным аппендицитом. В 75% наблюдалось осложненное течение кист: разрывы, некроз кисты и маточной трубы, самоампутация кисты и маточной трубы, перитонит, внутрибрюшное кровотечение.

Выводы. С учетом частого осложненного течения кист и образований яичников у девочек для сохранения их репродуктивного здоровья необходима ранняя диагностика кист и образований, их удаление с использованием лапароскопических методик.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА.

Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Сорокина А.О.

ГБУ ВПО «Тверской ГМУ Минздрава России»

Актуальность. Спонтанный неспецифический пневмоторакс среди неотложных состояний в торакальной хирургии является одной из самых актуальных проблем, что определяется как большим удельным весом данной патологии среди всех легочных заболеваний (10–12%), так и неуклонным ростом их числа. До настоящего времени частота рецидивирующего течения спонтанного пневмоторакса после консервативного составляет в детском возрасте 50–60%.

Цель – оценить эффективность компьютерной томографии и торакоскопического доступа в лечении больных со спонтанным пневмотораксом и методов выбора оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В хирургическом отделении ДОКБ г. Твери с 2005 по 2015 гг. находились на лечении 20 мальчиков в возрасте от 11 лет до 17 лет со спонтанным пневмотораксом. Дети поступали в отделение по экстренным показаниям: до суток – 4 ребенка, с 2 до 10 суток – 13, от 10 суток и выше – 3 мальчика. У 12 пациентов пневмоторакс локализовался справа, у 8ми – пневмоторакс слева. Детям при поступлении в 16 случаях спонтанного пневмоторакса выполнено дренирование плевральной полости по Бюлау. В 4 случаях дренирование не проводилось. Диагноз устанавливался по обзорной Rg-грамме и КТ органов

грудной клетки. В 4 случаях на фоне дренирования легкое расправилось. У этих пациентов КТ легких не выполнялось и дети не потребовали оперативного вмешательства. В двух случаях у не оперированных больных отмечался рецидив пневмоторакса (спустя две недели и два года после выписки из стационара). В последующем пациенты оперированы торакоскопическим доступом. В остальных случаях (12 детей) выполнена видеоторакоскопия. У 3 пациентов после обнаружения причин, вызвавших пневмоторакс, проведено миниторакотомия и атипичная резекция легкого. У 9 детей причина пневмоторакса устранена исключительно эндовидеохирургическим доступом – атипичная резекция легкого, в 2 случаях с применением петли Редера. У всех детей выполнен плеврорез.

Результаты. Во всех случаях КТ легких позволяет обнаружить причины заболевания. При гистологическом исследовании резецированных фрагментов легкого встречалась врожденная патология: локальная буллезная эмфизема, порок развития – легочная киста, очаговый пневмосклероз. Случаев рецидива пневмоторакса после операции не было.

Выводы. Детям со спонтанным неспецифическим пневмотораксом необходимо проведение КТ грудной

клетки. Диагноз спонтанного пневмоторакса является показанием для проведения диагностической торакоскопии. Диагностическая видеоторакокопия – высокоэффектив-

ный метод выявления и лечения спонтанного пневмоторакса. Для предотвращения рецидива заболевания обязательным условием служит выполнение плевродеза.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Медведев А.А., Аврасин А.Л., Семакина Н.В.

ГБОУ ВПО Тверская ГМУ, уроandroлогическое отделение; ГБУЗ ДОКБ, г. Тверь.

Актуальность. До настоящего времени актуальными являются вопросы разработки комплекса диагностических мероприятий, обеспечивающих раннее распознавание нарушений уродинамики и их причин, выбора оптимальных сроков и способов оперативной коррекции, обоснование системы ведения до- и послеоперационных периодов с учетом индивидуальных особенностей организма и его реактивности, а также четкой организации периодов реабилитации и диспансеризации для предупреждения инвалидизации больных. При различных видах мегауретера наименее разработаны вопросы лечебной тактики, особенно при декомпенсации верхних мочевых путей. Отсутствуют четкие критерии к способам и срокам отведения мочи, этапности, объемам, оперативно-тактическим приемам.

Цель – выбор наиболее эффективных способов коррекции нарушений уродинамики при различных формах мегауретера с учетом функционального состояния мочевой системы

Задачи – обосновать показания к методам лечения мегауретера и проанализировать их результаты.

Материалы и методы. Настоящая работа основана на анализе 62 наблюдений за детьми, в возрасте от 1 месяца до 14 лет, с мегауретером в основном обструктивного генеза, находившимися на обследовании и лечении в урологическом отделении детской областной клинической больницы с 2003 по 2013 г., из них все оперированы и которых произведено 120 вмешательств.

Из них 44 (71%) составили мальчики и 18 девочек (29%). Преобладал левосторонний процесс (29 де-

тей-47%), правосторонний 24–39% и двухсторонний 9–14% пациентов.

Из 62 детей 19 (30,6%) мы отнесли в группу с компенсированным состоянием мочевой системы (классификация D. Beurton 1986 г.); 33 (53,3%) ребенка составили группу с субкомпенсированной формой мегауретера; 10 пациентов (16,1%) имели декомпенсацию мочевой системы и ХПН 1–2 ст. Метод операции выбирался в зависимости от состояния мочевой системы.

Первой группе детей было показано эндоскопическое устранение причины дилатации мочеточника (бужирование устья мочеточника, баллонная дилатация) – 47 (36,4%) операций 19 детям. В группах пациентов с субкомпенсированной и декомпенсированной формами преобладали этапные операции: первоначальное наложение уретеростомы (иногда с двух сторон) с последующим выполнением пересадки мочеточника с его моделированием под защитой уретеростомы. Выполнено 73 (56,6%) операции 43 детям (69,4%).

Выводы. Таким образом, выбор лечебной тактики у детей с первичным и вторичным мегауретером зависит от функционального состояния мочевых путей. После коррекции мегауретера решающее значение приобретает адекватная терапия пиелонефрита, проведение комплекса мероприятий, предупреждающих развитие склеротических процессов в почках, мочеточниках (нефроуретеросклероз, вторичное сморщивание почек) с развитием почечной недостаточности и артериальной гипертензии.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ

Румянцева Г.Н., Петруничев В.В., Портенко Ю.Г., Сергеечев С.П., Духова А.Е.

Тверская государственная медицинская академия; ГБУЗ ДОКБ, г. Тверь

Введение. Лечение быстрорастущих гемангиом является актуальной проблемой детской хирургии.

Цель исследования – стабилизация быстрого роста гемангиом с последующей косметической коррекцией, деструкцией видимых проявлений на коже с использованием радиоволновой аппаратуры.

Материалы и методы. На первом этапе для стабилизации быстрого роста сосудистых образований использовались аппликации с препаратом Тимолол 0,5% в сочетании с иммуностимуляцией, причем выбор препарата напрямую зависел от грудного вскармливания. При отсутствии эффекта в течении 2 месяцев проводилась склерозирующая

терапия. В качестве склерозанта применялся этиловый спирт с несколько измененной концентрацией за счет добавления физиологического раствора. После стабилизации роста сосудистого образования капиллярная часть гемангиомы подвергалась дальнейшей деструкции с помощью радиохирургического прибора «Сургитрон».

Результаты. По предложенной методике проведено лечение 49 пациентов в возрасте от 2 нед до 1,5 лет с гемангиомами различной локализации.

Заключение. Хороший косметический эффект получен у 41 пациента, удовлетворительный – у 8, за счет гипертрофических рубцов.

РАДИОВОЛНОВАЯ АППАРАТУРА В ЛЕЧЕНИИ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Румянцева Г.Н., Петруничев В.В., Сергеечев С.П., Портенко Ю.Г., Иванова О.В., Бессонов С.Н., Духова А.Е.

Тверская государственная медицинская академия

Цель исследования – изучение эффективности применения радиоволнового аппарата «Сургитрон™» при лечении капиллярно-кавернозных гемангиом различной локализации у детей.

Материалы и методы. Первым этапом вмешательства явилось склерозирование кавернозной части гемангиомы 2%-ным раствором этоксисклерола. На капиллярную часть опухоли воздействовали радиоволной в режиме II – 50% разрез + 50% коагуляция. Всего с применением данного комбинированного способа проведено лечение 186 пациентов в возрасте от 1 мес до 3,5 лет с гемангиомами различной локализации.

Результаты. Отмечен хороший косметический эффект, обусловленный быстрым заживлением раны без формирования келоидных рубцов. Подобный эф-

фект комбинированного вмешательства обеспечивается минимальной механической и термической травмой тканей и органов при применении радионож, что является существенным преимуществом данной методики по сравнению с действием других средств для рассечения. Помимо этого, радиоскальпель не вызывает ожогов, а применение прибора при остановке кровотечения не вызывает глубокой коагуляции и некроза подлежащих тканей.

Заключение. Опыт применения аппарата «Сургитрон™» свидетельствует о его высокой эффективности в лечении гемангиом различной локализации у детей, что обусловлено значительным уменьшением операционной травмы тканей, а также компактностью прибора и удобством в обращении с ним.

СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Румянцева Г.Н., Сергеечев С.П., Портенко Ю.Г., Алехова Е.Л., Михайлова С.И., Козлова Н.Г.

Тверская государственная медицинская академия; ГБУЗ ДОКБ, г. Тверь

Цель исследования – выявить особенности диагностики и лечения детей со спаечной болезнью брюшной полости.

Материалы и методы. С 2009 по 2014 г. в ДОКБ пролечено 57 детей по поводу спаечной болезни брюшной полости. Возраст пациентов варьировал от 2 до 16 лет, наибольшую группу составляли дети от 12 до 15 лет (52,6%), из них мальчиков 16 (28,1%), девочек 41 (71,9%).

Результаты. Противоспаечная терапия в послеоперационном периоде проводилась со 2-х суток. У 48 (84,2%) детей была произведена классическая аппендэктомия, у 9 (16,8%) – лапароскопическая аппендэктомия.

Все обратившиеся предъявляли жалобы на боли в животе: у большинства больных 27 (47,4%) были приступообразные боли без четкой локализации, у 10 (17,5%) – приступообразные боли в области послеоперационного рубца, у 2 (3,5%) – постоянные боли в области послеоперационного рубца, у 1 (1,8%) – спастические боли в нижней половине живота, у 8 (14,0%) – приступообразные боли в правых отделах живота, у 4 (7,0%) – приступообразные боли в околопупочной области. Также больные предъявляли жалобы на задержку стула – 12 (21,1%), чувство дискомфорта после

приема пищи – 7 (12,3%), урчание в животе – 7 (12,3%), тошноту – 4 (7,0), рвоту – 5 (8,8%). УЗИ проведено всем пациентам: у 3 (5,3%) выявлены косвенные признаки спаечной болезни, у 6 (10,5%) – в верхнем углу послеоперационного рубца визуализировалась фиксированная петля кишечника, у 2 (3,6%) – в правой подвздошной области ближе к нижнему углу послеоперационного рубца визуализировалась фиксированная петля кишечника.

Первый курс противоспаечной терапии заключался в проведении УВЧ и стимуляции кишечника, с третьих суток применялись СМТ, невыпр. IV p-p 75 Гц затем 100% p-p 2–3 t- 5' + 5' + 5' к/д № 8–10, ЭЛФ «Полиминеральных пластинок» (- +) S-150 см² Im до 5mA t-15' к/д № 10 (СМТ, фонофорез).

Второй курс терапии проводился через 2 мес после первичной операции и заключался в проведении «Спектра» ИК-матрица № 10, фонофорез ируксола № 8.

Заключение. Проведение курса противоспаечной терапии в ранних сроках послеоперационного периода позволяет снизить риск развития у оперированных детей спаечной болезни брюшной полости.

ПУЛЬМОНОСЦИНТИГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У ДЕТЕЙ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ГНОЙНУЮ ДЕСТРУКТИВНУЮ ПНЕВМОНИЮ

Румянцева Г.Н., Сергеечев С.П., Юсуфов А.А., Портенко Ю.Г., Горшков А.Ю.

Тверской государственный медицинский университет, кафедра детской хирургии; Областная детская клиническая больница, г. Тверь

Цель работы – оценка состояния паренхимы легкого с помощью радиоизотопного метода исследования (пуль-

моносцинтиграфия) у детей и лиц молодого возраста, перенесших острую гнойную деструктивную пневмонию.

Материалы и методы. Настоящее исследование основано на анализе 15 пульмоноскнтиграмм детей и лиц молодого возраста, перенесших ОГДП, в возрасте от 4 до 20 лет, находившихся на обследовании и лечении в отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери с 2008 по 2014 г. Давность заболевания ОГДП составила 1 год у 10 пациентов и более 1 года у 5. По форме проявления больные распределились следующим образом: легочная форма ОГДП (состояние после ликвидации абсцесса легкого 4 пациента), легочно-плевральные формы (пневмоторакс, пиоторакс, пиопневмоторакс) – 11 больных.

Алгоритм обследования включал: обзорную рентгенографию грудной клетки в двух проекциях, УЗИ плевральных полостей, пульмоноскнтирафию легких.

Спустя год после перенесенной ОГДП, у наблюдаемых больных на обзорных рентгенограммах отмечается полное восстановление легочного рисунка, в ряде случаев регистрируется утолщение париетальной плевры, синусы свободны. Также по УЗИ в плев-

ральных синусах не визуализировалось жидкостного и фибринозного содержимого. Для уточнения состояния легочной паренхимы пациентам было выполнено радиоизотопное исследование на базе ДГБ № 13 им. Н.Ф. Филатова. У всех 15 исследуемых больных выявлено снижение накопления радиофармпрепарата в нижних отделах легких на стороне поражения, что свидетельствует о сохраняющемся нарушении перфузии легких.

Выводы. Таким образом, бактериальная деструкция легких сопровождается легочно-плевральными осложнениями, в диагностике которых ведущими являются ультразвуковые, рентгенологические методы. Радиоизотопный метод исследования позволяет оценить состояние легочной паренхимы, спустя длительный срок после перенесенной ОГДП и осуществить выбор оптимальной лечебной тактики, включающей назначение препаратов обладающих противосклеротическими свойствами и улучшающих микроциркуляцию.

ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДА НЕОПЕРАТИВНОЙ ДЕЗИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ

Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Казаков А.Н., Бревдо Ю.Ф.

ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь

Цель – выбрать наиболее оптимальный и безопасный способ неоперативной дезинвагинации и определить предрасполагающие факторы возникновения кишечного внедрения.

Материалы и методы. Выполнен анализ пролеченных детей с инвагинацией за период с 2005 г. по 2015 г. на базе ГБУЗ ДОКБ Тверской области в возрасте от 3 мес до 15 лет. По формам внедрения преобладала, как и по литературным данным, илеоцекальная инвагинация (96%). Прослеживается 3 периода эволюции метода неоперативной дезинвагинации. С 2005 по 2010 г. выполнялась пневмоирригоскопия без обезболивания, с 2011 по 2013 г. пневмодезинвагинация проводилась под масочным наркозом. В 2014 г. с внедрением в практику клиники круглосуточного УЗИ, стала применяться гидроэхоколоноскопия (ГЭС) – метод гидродезинвагинации под контролем эхографии. ГЭС проводим всем детям с подтвержденным сонографически диагнозом инвагинации кишечника. Метод эффективен, безопасен и позволяет контролировать все этапы дезинвагинации в режиме реального времени. Так же УЗИ позволяет проводить мониторинг состояния кишечника и брыжеечных лимфатических узлов после расправления кишечного внедрения.

Результаты. В 1-й группе ($n=37$) пролеченных детей с 2005 по 2010 г. пневмодезинвагинация без анестезии была эффективной у 16 (43%) детей, лапаротомия и расправление кишечного внедрения выполнялись

чаще – 17 (46%) пациентам, лапароскопическая дезинвагинация успешна у 4 (11%) больных. В 2-й группе детей ($n=34$) с 2011 по 2013 г. пневмодезинвагинация под наркозом успешно выполнена 24 (71%) пациентам, доля лапаротомий сократилась до 7 (20%), лапароскопическая дезинвагинация произведена 3 (9%) детям. В 3-й группе ($n=25$), где с 2014 г. применялась ГЭС, эффективность неоперативной дезинвагинации достигла 84% (21 ребенок), лапаротомия выполнена 3 (12%) детям, лапароскопическая дезинвагинация 1 (4%) пациенту. У всех детей сонографически выявлена мезаденопатия. После консервативной дезинвагинации с помощью пневмоирригоскопии было 1 осложнение в виде перфорации поперечно-ободочной кишки. При использовании ГЭС осложнений не отмечено. Проведен анализ интраоперационных находок: более чем у половины детей причина инвагинации не выявлена; у трети обнаружены увеличенные мезентериальные лимфоузлы, расположенные близ илеоцекального угла; у трех детей гистологически верифицированы опухоли кишечника; в 2 случаях – дивертикул Меккеля и эмбриональные спайки в области баугиниевой заслонки.

Выводы. Мезаденопатия является основным предрасполагающим фактором возникновения кишечного внедрения. ГЭС может служить методом выбора в лечении детей с инвагинацией кишечника благодаря эффективности, высокой информативности и безопасности для ребенка и персонала.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ КОМПЛЕКСОВ ТКАНЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ

Рыбченко В.В., Александров А.В., Лагутина А.А., Смолянкин А.А., Александрова Н.Е.

ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, г. Москва; кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Для обширных ран и дефектов тканей различной локализации травматического и нетравматического происхождения у детей свойственно исключительное многообразие в отношении структурного и функционального дефицита. Задачи хирургической реконструкции в этих случаях заключаются преимущественно в восстановлении качественного мягкотканного футляра, свойственного данной области и/или в восстановлении тканей и глубоких структур, отвечающих за специфические функции.

Учение о хирургических лоскутах вообще и микрохирургическая аутоотрансплантация комплексов тканей (лоскутов) в частности получили свое практическое развитие благодаря открытию концепции ангиосом (I. Taylor и J.H. Palmer 1987 г.). Согласно этой теории поверхность тела подразделяется на зоны, в пределах которых осевые сосуды обеспечивают автономность кровоснабжения тканей. Ангиосомы представляют собой трехмерную композицию из кожи, мягких тканей и костных структур, которая кровоснабжается из одного источника и его ветвей. Благодаря этому микрохирургическая аутоотрансплантация лоскутов практически в любой области тела позволяет решить задачи реконструкции радикально,

одномоментно и эффективно на совершенно другом высоком качественном уровне.

В отделении микрохирургии ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова за период с 2000 по 2014 гг. находилось на лечении 38 детей с обширными ранами и дефектами тканей различной локализации. Подавляющее большинство больных имели обширные раны и дефекты тканей конечностей, а именно: кисти – 6, предплечья – 4; нижней конечности: рана культи бедра – 1, н/3 голени – 4 и стопа – 8. Раны и дефекты тканей в области головы и шеи были у 12 больных. У этих больных было выполнено 30 микрохирургических пересадок лоскутов. Из них: свободная пересадка пальца стопы в позицию 1 пальца кисти – 3, пересадка васкуляризованного костного трансплантата – 6, лучевой лоскут – 3, 2-й плюснефаланговый сустав+тыльный лоскут стопы – 2, лоскут из прямой мышцы живота – 5, лопаточный лоскут – 7, торакодорзальный +лопаточный лоскут – 3, торакодорзальный лоскут+2 ребра – 1.

Во всех случаях мы получили хорошие и отличные результаты. Нам удалось не только качественно восстановить мягкотканый футляр, контур и цвет кожных покровов, но и восстановить функцию, в том числе и специализированную в области реконструкции.

ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОШИЗИС

Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Тарасов А.Ю., Николаев В.Н.

Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К. Аммосова г. Якутск

Цель – провести анализ хирургической тактики у новорожденных с гастрошизис по данным хирургического отделения Педиатрического центра Республиканской больницы № 1 Национального центра медицины.

Аntenatalно аномалии передней брюшной стенки в медико-генетической консультации Перинатального центра г. Якутска диагностируются с 2003 г. Во всех случаях проведены пренатальные консилиумы, по решению которых осуществляется антенатальный трансфер на 34–35 неделе гестации в роддом Национального центра медицины, в составе которого имеются отделение реанимации новорожденных и хирургическое отделение. В нашем наблюдении 78% больных с гастрошизис родились на 36–37 неделе гестации, 57% – с низкой оценкой по шкале Апгар. Сопутствующие пороки развития выявлены в 32% случаев, среди них – в 3 случаях гастрошизис сопутствовали атрезии тонкой и толстой кишки, у 1 больного наблюдался заворот эвентрированных петель кишечника. В 26% случаев родоразрешение выполнено оперативным путем, в основном, по акушерским показаниям.

За последние 8 лет с гастрошизис в хирургическое отделение поступил 21 больной. Новорожденные оперированы в большинстве случаев в условиях палаты отделения реанимации новорожденных после постановки венозного катетера, проведения инфузионной терапии в объеме ½ физпотребности и подготовки кишечника высокими клизмами. 14 новорожденным (67%) выполнена первичная пластика дефекта передней брюшной стенки, в том числе в 2 случаях по методу A. Bianchi, у остальных – операция силопластика с отсоченным погружением органов в течение 5–7 суток.

В послеоперационном периоде у больных с гастрошизис длительно сохранялся динамический илеус, после экстубации проводились сеансы ГБО-терапии для улучшения микроциркуляции и моторики кишечного тракта, медикаментозная стимуляция кишечника. Выживаемость при гастрошизис по нашим данным составила 44%. В большинстве случаев причиной летальных исходов было повышение внутрибрюшного давления как результат погружения органов при первичной пластике

у больных с синдромом висцеро-абдоминальной диспропорции, которое приводило к развитию синдрома сдавления нижней полой вены, почечной недостаточности, синдрому полиорганной недостаточности. Больные с гастрошизис начали выживать последние 5 лет при применении метода силопластики.

Таким образом, можно констатировать, что в регионе пока до конца не решена проблема выхаживания

новорожденных с гастрошизис, остается достаточно высокой летальность при этой патологии. При сравнении методов лечения результаты лучше после силопластики как более безопасного метода. Считаем, что решающую роль в успешном лечении и выхаживании новорожденных с гастрошизис играет антенатальная диагностика, позволяющая выполнить антенатальный трансфер.

ТОНКО-ТОНКОКИШЕЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ КАК РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У РЕБЕНКА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ КИШЕЧНИКА (МАГНИТЫ)

Салахов Э.С.

ДГКБ №5 им. Н.Ф. Филатова, г. Санкт-Петербург; Кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Цель – показать редкое осложнение у ребенка после удаления инородных тел кишечника, возникшее на 4-е сутки послеоперационного периода.

В последние годы неуклонно растет число пациентов, поступающих в хирургические стационары с инородными телами желудочно-кишечного тракта. Наиболее опасными являются плоские батарейки и мелкие магниты, входящие в комплект некоторых настольных игр для детей младшего возраста. Опасность этих предметов обусловлена тем, что даже короткая экспозиция их на слизистой пищевода, желудка или кишки приводит к развитию некроза и перфорации, причем не в одной, а в нескольких петлях кишечника. Ребенок М. 4 лет поступил в ДГКБ №5 Санкт-Петербурга для обследования. Родители мальчика заподозрили, что ребенок проглотил один или несколько магнитов (неукуб). Состояние малыша при поступлении расценено, как удовлетворительное, каких либо жалоб на ухудшение самочувствия ни родители, ни пациент не предъявляли. Сказать точно проглотил ли ребенок магниты, с которыми играл, и сколько мать не могла. Осмотрен хирургом, проведена обзорная рентгенография органов брюшной полости, на которой в правой подвздошной области обнаружены 2 сцепленных друг с другом магнита. Других патологических симптомов со стороны органов брюшной полости не было. Ребенок госпитализирован в стационар для динамического наблюдения, назначена послабляющая диета. Повторная рентгенограмма

органов брюшной полости сделана через 12 ч. Инородные тела не сместились и определялись на том же месте, т.е. в правой подвздошной области. В связи с риском развития внутрибрюшных осложнений принято решение ребенка прооперировать. На операции обнаружены множественные прикрытые перфорации в стенке тонкой кишки – первая в 60 см от связки Трейца, вторая – в 100 см и третья в 40 см от илеоцекального угла. На операции 2 перфорационных отверстия ушиты, участок перфорации в 100 см от илеоцекального угла, резецирован из-за массивности повреждения, наложен анастомоз «конец в конец». Ранний послеоперационный периода протекал гладко. Однако на 4-е сутки состояние ребенка ухудшилось в связи с резким вздутием живота, болями и рвотой. На обзорной рентгенограмме картина кишечной непроходимости, расцененной как ранняя спаечная кишечная непроходимость. Консервативное лечение в течение 6 ч без эффекта. Ребенок повторно взят в операционную. На операции обнаружен тонко-тонкокишечный инвагинат на 5 см ниже зоны тонко-тонкокишечного анастомоза с явлениями некроза стенки. Проведена резекция инвагината и зоны анастомоза, наложена двойная энтеростома, которая в дальнейшем закрыта. Выздоровление.

Представленный клинический случай интересен возникновением такого редкого осложнения, как тонко-тонкокишечная инвагинация у ребенка, прооперированного по поводу некроза кишки, вызванного воздействием магнитов.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАЛЬРОТАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Саттаров Ж.Б., Эргашев Н.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель настоящего исследования – на основании собственных клинических наблюдений и литературных данных систематизировать характерные интраоперационные проявления отдельных анатомических форм мальротации кишечника у детей.

Материалы и методы. В 2002–2013 гг. в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находились 123 ребенка в возрасте от одного дня до 15 лет с различными формами мальротации кишечника, что составляет 37,6% из 327 больных

с врожденной кишечной непроходимостью. Среди больных преобладали мальчики – 81 (65,9%), девочек было 42 (34,1%). Больным проводили комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические- обзорная рентгенография органов брюшной полости, контрастное исследование ЖКТ, ирригография, КТ, МСКТ.

Результаты и их обсуждение. Данные дооперационной диагностики и интраоперационная ревизия органов брюшной полости позволили верифицировать у 62 (50,4%) больных высокую кишечную непроходимость: у 48 (77,4%) – частичную, у 14 (22,6%) – полную. У 61 (49,6%) больного преобладали признаки низкой кишечной непроходимости (полной – 52,5%, частичной – 47,5%). Из 123 больных оперативное вмешательство проведено 116 (94,3%). 7 (5,7%) детям из-за временного отказа родителей от операции проводили консервативные мероприятия, направленные на купирование болевого синдрома и явлений частичной кишечной непроходимости.

Установлено, что нарушения ротации и фиксации кишечника представлены многочисленными анатомическими формами с различной частотой встречаемости. Преобладали завороты средней и тонкой кишки (30,9%); синдром Ледда (27,6%); патологическая фиксация – 19 (15,5%); мезоколикопариетальные грыжи –

14 (11,4%); неполная ротация – 12 (9,8%). Отсутствие ротации и обратная ротация встречались с одинаковой частотой у 3 (2,4%) и 3 (2,4%) больных.

В клинической картине мальротации преобладают признаки высокой частичной или полной кишечной непроходимости в зависимости от степени обструкции, характера возникших осложнений и сопутствующей патологии ЖКТ. На основании клиничко-рентгенологических данных до операции трудно определить точную анатомическую форму. Окончательный диагноз нередко устанавливается во время операции. При мальротациях независимо от варианта нарушения ротации во время операции путем тщательной ревизии и по ходу ликвидации анатомических нарушений ротации и патологических фиксаций, необходимо оценить возможность придать тонкой, толстой кишке и брыжейке вид, соответствующий физиологическому положению, и проводить оперативную фиксацию в виде завершённой ротации.

В заключение следует отметить, что полученные при систематизации клинической семиотики данные и характерные анатомические находки, выявленные во время операций при отдельных вариантах нарушений ротации и фиксации кишечника, позволяют идентифицировать вид ротационных нарушений кишечника и определить способ завершения операции.

МЕЖКИШЕЧНЫЕ АСТОМОЗЫ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Сафаров Б. А., Сафаров А. С., Мазабшоев С. А., Фарозов Х. А.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе

Цель – определить показания для формирования различных вариантов межкишечных анастомозов в условиях перитонита у детей.

Метод основан на результатах лечения 45 больных, которым после резекции тонкой кишки в условиях перитонита были сформированы анастомозы с декомпрессионными энтеростомами. Возраст больных составляло 1–14 лет. Длина приводящей петли тонкой кишки после ее резекции составляло 10–220 см от связки Трейца.

Нами предложена дифференцированная тактика для выбора У-образного и Т-образного анастомозов. У-образным назывался, когда анастомоз накладывался между концом приводящей кишки и боком отводящей кишки, Т-образный анастомоз формировался между концом отводящей кишки и боком приводящей кишки. При У-образном анастомозе на боковую стенку живота выводилась конец отводящей кишки, а при Т-образном конец приводящей кишки. С целью декомпрессии производилась интубация кишки через устье стомы.

Выбор варианта анастомоза зависел от разницы диаметра резецированных кишок. У-образный анастомоз формировался, когда диаметр приводящей и отводящей петель кишок являлись одинаковыми или имелась расширенная отводящая петля. Т-образный анастомоз формировался, когда диаметр приводящей кишки в не-

сколько раз превышало окружность отводящей кишки, так называемое супрастенотическое расширение. Также Т-образный анастомоз накладывался, когда длина отводящей петли до Баугиньевой заслонки составляло менее 25 см, так как последнее является недостаточным для выведение стомы. Исходя из разработанных показаний, У-образный анастомоз накладывался у 29 (64,4%) больных, Т-образный у 15 (33,3%).

Наблюдения показали, что после формирования Т-образного анастомоза отмечается больше потерь тонкокишечного содержимого через стому, чем у больных с У-образным анастомозом. С целью уменьшения потерь через стому мы производили obturацию последнего с помощью предложенного нами obtуратора (Патент ТД № 385. 2004 г.) начиная с 10-й сутки после операции.

В одном случае наблюдалась частичное несостоятельность У-образного анастомоза с последующим формированием кишечного свища. В результате все больные выздоровели.

Таким образом, разработанная дифференцированная хирургическая тактика с применением У-образного и Т-образного анастомозов с декомпрессионными стомами при резекции тонкой кишки на фоне перитонита позволяло восстановить непрерывность кишечника и в 97,8% случаев предотвратить развитие несостоятельности швов.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИДЕОДЕФЕКОСКОПИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА С СУПЕРКОРОТКИМ СЕГМЕНТОМ

Сварич В. Г.

Республиканская детская больница, г. Сыктывкар

Цель – сравнение параметров акта дефекации до и после операции при болезни Гиршпрунга с суперкоротким сегментом у детей с помощью нового метода исследования

Материалы и методы. С 1988 по 2015 г. под нашим наблюдением находились 85 детей с суперкороткой формой болезни Гиршпрунга. Всем детям выполнена операция Линна. Ультразвуковая видеодефекоскопия с момента ее внедрения введена у 46 пациентов до операции и через 3 мес после операции. Лучевая нагрузка на пациента и медицинский персонал отсутствовала.

Результаты. До операции все дети страдали запорами от 3 до 7 дней. Энкопрез имелся у половины пациентов. Проведение ультразвуковой видеодефекоскопии выявило, что аноректальный угол в покое был от 90 до 110°. При дефекации он увеличивался на 40–75°, анальный канал не открывался с образованием выраженного передне-

го или заднего ректоцеле у 90% детей или происходило его незначительное открытие в период до 2 мин. Опорожнение ампулы прямой кишки было неудовлетворительным. После операции аноректальный угол в покое был идентичен дооперационному. При дефекации он увеличивался в прежних пределах, но при этом анальный канал открывался у 94,2% пациентов. Ректоцеле отсутствовало и полное опорожнение прямой кишки отмечено у 76,5% детей. У 23,5% пациентов ректоцеле в динамике сохранилось и опорожнение прямой кишки осталось неудовлетворительным. В этой группе сохранялся запор, который потребовал дополнительного лечения.

Выводы. Использование ультразвуковой видеодефекоскопии позволяет объективно сравнить полученные результаты лечения в динамике и определить дальнейшую тактику в отношении обследованных пациентов при полном отсутствии лучевой нагрузки.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИ ТРАКЦИОННОМ МЕХАНИЗМЕ ТРАВМЫ

Ситко Л. А., Ларькин И. И., Злобин С. Б., Преображенский А. С.

ОмГМУ, ГДКБ№ 3 г. Омск

Тракционный механизм травмы – преимущественное травматическое повреждение спинного мозга у детей. В англоязычной литературе данное состояние носит название SCIWORA. Однако данный вид повреждений может возникать при оперативном устранении деформации позвоночника (например при устранении сколиоза).

Проведен анализ 145 клинических случаев изолированного повреждения спинного мозга (синдром SCIWORA) возникших вследствие травмы ($n=139$) и при устранении сколиотической деформации позвоночника III–IV степени в сроки с 1994 по 2014 г. Возраст детей от 5 до 18 лет. Всем детям проводился клинический осмотр, рентгенография позвоночника. МРТ исследование проведено 85 пациентам. Проведен анализ клинических проявлений и их динамика. Неврологический дефицит оценивался по шкале Frankel. Для оценки

результатов лечения использовалась шкала адаптации Карновского.

Для определения значимости клинических симптомов был использован метод «дерева принятий решения» алгоритм C4.3 определены категории прогностического влияния. В результате каждый клинический симптом получил свое цифровое отражение. На основании полученных данных создана программа по оценке результата неврологического и инструментального исследования и прогнозированию исхода данного вида повреждения (Свидетельство регистрации электронной программы № 20904).

Наиболее значимыми факторами являются: степень начального неврологического дефицита, наличие и степень МРТ изменений в спинном мозге.

Применение данной программы позволяет с высокой степенью вероятности предсказать прогноз исхода тракционный повреждений.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Смоленцев М. М., Разин М. П.

Сургутский государственный университет; Кировская государственная медицинская академия

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) – одна из проблем абдоминальной хирургии.

Нами проанализированы результаты лечения 122 детей, поступивших с ОСКН в детское хирургическое

отделение Клинической городской больницы № 1 г. Сургута. Мы разделили больных на 2 группы. Первая группа – 85 больных, которые ранее были оперированы лапаротомным доступом. Вторая группа – 37 больных, ранее оперированных лапароскопически. В обеих группах анализировались возраст, пол, причины, распространенность, восстановление перистальтики, стула, пребывание в реанимации, динамика ЛИИ, рецидивы.

Большинство детей пребывало в возрасте 8–14 лет. Соотношение мальчиков и девочек в 1-й группе 2:1,5, во 2-й – 4,2:1. Ведущей причиной ОСКН послужили операции по поводу деструктивного аппендицита (47,8% и 51,4%). Распространенность спаечного процесса по Блинникову: спаечный процесс I типа встретился в 21,4% у детей 1-й и в 29,4% 2-й группы; II тип зафиксирован у детей 1-й и 2-й групп в 35,7% и 35,3% соответственно; спаечный процесс III типа в 1-й группе – 40,5%, во 2-й – 29,4%. IV тип – 2,4% в 1-й группе и в 5,9% во 2-й ($\chi^2=1,71$; $p=0,6344$). В 1-й группе восстановление перистальтики на фоне стимуляции наблюдалось у 11,9% в течение 1-х суток, у 47,6% – на 2 сутки, у 23,8% – на 3-и, у 11,9% – на 4 е, по 2,4% на 5-е и 6-е. Во 2-й: на 1 сутках у 79,4%, на 2 сутки у 17,6% детей, на 3 сутки – у 2,9% ($\chi^2 = 50,76$ $p = 0,0001$). Отхождение стула в 1-й группе зафиксировано со 2 суток

после операции у 9,5% больных, на 3 сутки у 40,5%, на 4 – у 21,4%, на 5 – у 19,1%, на 6 – у 4,8%, по 2,4% на 7 и 8 сутки. Во 2-й группе стул в 1 сутки получен у 58,8%, на 2 сутки у 29,4%, на 3 – у 11,8% ($\chi^2 = 73,04$; $p = 0,0001$). У детей 1-й группы после операции ЛИИ снижался с 2,67 в 1 сутки до 1,69 на 3 сутки, при выписке ЛИИ составил 0,85. У детей 2-й группы ЛИИ был в 1 сутки после операции 4,27, затем резко падал на 3 сутки до 1,56, при выписке у этих детей ЛИИ был 0,66. В 1-й группе основное количество детей (54,8%) находилось в АРО 1 сутки, 19,1% – 2 суток, 7,1% – более 10 суток. Во 2-й группе до суток в АРО пребывали 76,5%, 8,8% детей переведены в х/о на 2 сутки. Более 2 суток в АРО находились дети, которым произведена конверсия: 4 человека переведены на 3 сутки и 1 ребенок – на 4-е. В 1-й гр. неоднократно получали лечение ОСКН 35,3% детей, между обращениями – от 14 дней до 6 лет. 28,2% поступали с клиникой ОСКН дважды, 7,1% человек – трижды. Во 2-й гр. рецидив возник у 2-х из 37 детей. В 1-й гр. пациентов средний койко-день составил 16,2 к/д, во 2-й – 10,0 к/д.

Таким образом, применение эндовидеолапароскопии в лечении ОСКН у детей позволяет значительно оптимизировать лечение: снизить процент осложнений в 3 раза, уменьшить время, проведенное в стационаре в 1,6 раз, уменьшить количество рецидивов в 6,5 раз.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ЛЕДДА У ДЕТЕЙ С МАЛЬРОТАЦИЕЙ КИШЕЧНИКА

Соколов Ю. Ю., Ольхова Е. Б., Кирсанов А. С., Вилесов А. В., Карпачев С. А.

Российская медицинская академия последипломного образования; ДГКБ святого Владимира, ДГКБ им З. А. Башляевой ДЗМ, г. Москва

Цель – определить эффективность лапароскопической операции Ледда у детей с нарушениями фиксации и ротации средней кишки.

Материалы и методы. С 2007 г. по настоящее время лапароскопическая операция Ледда была выполнена 26 больным. По возрасту они распределились следующим образом: период новорожденности – 2, с 1 месяца до 1,5 лет – 6, с 1,5 до 5 лет – 8, с 5 до 14 лет – 10 детей. Больные из младшей возрастной группы поступали в экстренном порядке с явлениями рецидивирующего заворота средней кишки. Дети старшего возраста предъявляли разнообразные жалобы и длительно находились на лечении у гастроэнтерологов. Диагноз был подтвержден при рентгеноконтрастном исследовании, ирригоскопии и ультразвуковой доплерографии верхних брыжечных сосудов.

Лапароскопию начинали с открытого введения через пупочное кольцо 5-мм троакара и камеры. После наложения карбоксиперитонеума справа и слева от пупка вводили дополнительные 5-мм троакары. В ряде случаев в эпигастральной области устанавливали 3-мм троакар. В ходе вмешательства рассекали врожденные спайки, идущие в правом боковом канале и подпеченочном про-

странстве от слепой кишки, широко мобилизовали двенадцатиперстную кишку (ДПК) по Кохеру, расправляли стеблевидную брыжейку тонкой кишки, переводя ее в брыжейку с широким основанием. После этого тонкую кишку перемещали в правые отделы, а толстую кишку – в левые отделы брюшной полости. Во всех случаях, учитывая вновь созданное нетипичное положение слепой кишки, вмешательство дополняли аппендэктомией.

Симультанным операциями у 2 (7,7%) детей были предняя гастропексия при хроническом завороте желудка и нефрэктомия у ребенка с мультикистозом почки.

Результаты. Конверсия потребовалась в 3 (11,5%) случаях, из них грубые рубцовые сращения в верхнем этаже брюшной полости имелись у 2 детей, разрыв стенки ДПК в ходе тракции произошел у 1 больного. В раннем послеоперационном периоде резекция резко деформированного дуоденоюнального перехода потребовалась в 1 наблюдении. В отдаленные сроки клинические симптомы купировались у всех детей.

Выводы. Лапароскопическая операция Ледда является эффективным миниинвазивным методом коррекции аномалий ротации и фиксации кишечника у детей разных возрастных групп.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Соколов Ю. Ю., Туманян Г. Т., Донской Д. В., Шувалов М. Э., Акопян М. К., Вилесов А. В., Зыкин А. П.

Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва; ДГКБ святого Владимира ДЗМ, г. Москва

Цель – уточнить возможности использования лапароскопического доступа при хирургическом лечении детей с аномалиями и заболеваниями поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. За последние годы лапароскопические операции по поводу аномалий и заболеваний ПЖ были выполнены 33 больным в возрасте от 1 мес до 16 лет. Эктопированная в желудок ПЖ (хористомы) имела у 16, кольцевидная ПЖ – у 2, посттравматическая или постнекротическая киста ПЖ – у 6, ретенционная киста ПЖ – у 2, эхинококковая киста головки ПЖ – у 1, киста Вирсунгова протока – у 1, врожденное расширение Вирсунгова протока и вирсунголитиаз – у 1, удвоение желудка с локализацией в ПЖ – у 2, солидно-псевдопапиллярная опухоль ПЖ – у 2.

Были выполнены следующие лапароскопические вмешательства: наложение дуодено-дуоденоанастомоза по Кимура (2), гастротомия и иссечение хористомы желудка (16), иссечение из ПЖ кистозных удвоений желудка (2), наружное дренирование посттравматических кист ПЖ (2), иссечение врожденных кист ПЖ

(2), эхинококкэктомия из головки ПЖ (1), панкреатодуоденальноанастомоз по Ру (3), дистальный панкреатодуоденальноанастомоз по Ру (1), продольный панкреатодуоденальноанастомоз по (1), дистальная резекция ПЖ (1), секторальная резекция ПЖ с наложением панкреатодуоденальноанастомоза (2).

Результаты. Конверсия потребовалась в 1 (3%) случае травматического разрыва ПЖ с формированием кисты сальниковой сумки, была выполнена открытая дистальная резекция ПЖ с сохранением селезенки. В раннем послеоперационном периоде в 1 наблюдении развилась кишечная непроходимость на уровне межкисечного анастомоза, что потребовало реконструкции последнего. В остальных случаях послеоперационный период протекал без особенностей.

Таким образом, лапароскопические вмешательства могут быть применены у детей с разнообразными аномалиями и заболеваниями ПЖ. Объем и особенности техники оперативных вмешательств определяется видом патологии ПЖ, возрастом больных и развившимися осложнениями.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПУНКЦИОННО-СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

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

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования; Иркутская государственная областная детская клиническая больница

Цель – определить эффективность лапароскопической фенестрации кисты почки в сравнении с пункционно-склерозирующим методом лечения.

Проведен анализ лечения 124 детей с простыми кистами почек за период с 1996 по 2014 г. Из них у 98 детей проводилось пункция и склерозирование кисты с использованием раствора спирта или верографина. У остальных 26 детей выполнена лапароскопическая операция: трансабдоминальное выделение почки, резек-

ция внепочечной части оболочки кисты для последующего гистологического исследования и обработка аргонноплазменной коагуляцией оставшейся части оболочек кисты на паренхиме почки. Критериями сравнения служили: продолжительность операции, рецидив кисты, осложнения и кратность выполнения оперативного вмешательства у одного пациента. Лапароскопическая фенестрация позволила получить стойкое выздоровление у всех больных.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ИНВЕРСИЯ И ЛИГИРОВАНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕВОЧЕК

Степаненко Е. А., Щур А. Ю., Смирнова Н. Е., Недид С. Н.

ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница», г. Благовещенск

Цель исследования – лапароскопическая инверсия и лигирование паховой грыжи у девочек (LHIL) представляет собой метод лечения паховых грыж, при ко-

тором грыжевой мешок выворачивают в брюшную полость, а затем лигируют. С 2014 г. нами выполнено 53 таких операций.

Методы. Был выполнен ретроспективный анализ историй болезни девочек оперированных по поводу паховых грыж с 2014 г. по настоящее время.

Результаты. Было выполнено 77 таких операций (LHILs) у 53 девочек. Средний возраст оперированных детей составил 74 мес (диапазон – 20–163 мес). Односторонние паховые грыжи были у 29 (55%) девочек, двусторонние у 24 (45%). Интраоперационных осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде осложнений со стороны ран не было. Имелся один рецидив грыжи (1,9%), связанный с недостаточной инверсией влагалищного отростка брюшины на этапах освоения методики.

Девочка была оперирована повторно через 1 год, выполнено лапароскопическое ушивание влагалищного отростка брюшины кистным швом.

Заключение. Лапароскопическая инверсия и лигирование паховой грыжи у девочек является безопасной и эффективной операцией с низким уровнем рецидивов. Преимущества этой методики включают в себя диагностику и лечение грыжи на противоположной стороне, используя те же разрезы, а также отличный косметический результат. Эта операция является технически простой и может быть выполнена детскими хирургами, владеющими основными навыками лапароскопии.

МЕТОД ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ГЕРНИОРАФИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

Столяр А. В., Аксельров М. А., Сергиенко Т. В., Кострыгин С. В., Карлова М. Н., Горохов П. А., Дадашева С. М., Григорук Э. Х.,

ГБОУ ВПО Тюменский ГМУ, ГБУЗ ТО Областная клиническая больница № 2 г. Тюмень

Патогенетическим принципом лечения врожденной паховой грыжи является перевязка влагалищного отростка брюшины. После широкого внедрения лапароскопии в практику детских хирургов, она нашла свое место и в лечении паховой грыжи. Наиболее современным является видеоассистированная паховая герниорафия. В зарубежной литературе, первые описания данного метода грыжесечения появляются в 2007 г., а в отечественной в 2009. Однако мы не нашли четких рекомендаций по применению видеоассистированной герниорафии, поэтому дальнейшее изучение проблемы считаем актуальным.

Цель – оптимизация хирургического лечения паховой грыжи у детей.

На базе детского хирургического отделения № 1, областной клинической больницы № 2 г. Тюмени внебрюшинная лигатурная герниорафия под видеоконтролем выполняется с 2012 г. За этот период выполнено более

100 операций. Суть метода заключается во внебрюшинном проведении лигатуры вокруг внутреннего пахового кольца под видеоконтролем. С целью проводника лигатуры применяется игла Туохи для эпидуральной анестезии, конец которой загнут. Длительность операции при грыжесечении с одной стороны – 7–10 мин, при двусторонней грыже – 15 мин.

У детей, прооперированных данной методикой отсутствовал послеоперационный болевой синдром и отмечался отличный косметический результат. За период наблюдения рецидивов паховой грыжи не выявлено. Большим преимуществом метода, является выявление необлитерированного контралатерального отростка брюшины во время диагностической лапароскопии, тогда как до операции паховая грыжа клинически проявлялась только с ипсилатеральной стороны.

Считаем эту методику эффективной, при накоплении опыта относительно безопасной и экономически выгодной.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Стриженок Д. С., Батанов Г. Б., Мясников Д. А., Филькин А. А., Ага-Оглы Н.

Детская городская клиническая больница № 1, г. Нижний Новгород

Острый аппендицит остается основной хирургической патологией у детей.

С 2013 г. по 2014 г. по поводу острого аппендицита прооперировано 366 детей в возрасте от 1 года до 17 лет (средний возраст – 9 лет), из них мальчиков – 232 (63%), девочек – 134 (37%).

Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась на оборудовании фирмы «Karl Storz». Перед лапароскопической аппендэктомией всем детям проводилась антибиотикопрофилактика цефтриаксоном. При проведении операции использовался набор для минилапароскопии. Трояк для лапароскопа диаметром 5 или 3 мм вводили над пупком полуоткрытым доступом по Хассону.

Обработку брыжейки червеобразного отростка выполняли биполярным коагулятором диаметром 5 или 3 мм или монополярным коагуляционным крючком диаметром 5 или 3 мм. На основании червеобразного отростка накладывали две петли Редера, которые готовили самостоятельно из нитей PDS или Monosyn 3/0. Культю отростка обрабатывали 5% спиртовой настойкой йода или раствором метрогила. Удаляли отросток через троакар диаметром 10 или 5 мм (над лоном).

Аппендэктомия доступом Волковича – Дьяконова выполнена 215 (58%) детям. Катаральный аппендицит выявлен у 20 (9%) детей, флегмонозный – у 120 (56%), гангренозный – у 48 (22%), гангренозно-перфоративный – у 27 (13%).

Лапароскопическая аппендэктомия проедена 151 (42%) ребенку. Катаральный аппендицит обнаружен у 20 (13%) детей, флегмонозный – у 60 (40%), гангренозный – у 60 (40%), гангренозно – перфоративный – у 11 (7%).

Перитониты отмечены у 62 (17%) детей. Гангренозный аппендицит с перитонитом отмечался у 26 (42%) детей, гангренозно – перфоративный аппендицит с перитонитом – у 36 (58%). Лапароскопическая аппендэктомия, санация брюшной полости выполнена у 25 (40%) детей с перитонитами. При перитоните брюшную полость промывали раствором метрогила и физиологическим раствором, дренирования брюшной полости не применяли. Конверсий не было.

Отмечено одно осложнение после лапароскопической аппендэктомии, санации брюшной полости у мальчика 14 лет с гангренозным аппендицитом, перитонитом, потребовавшее релапароскопии, повторной санации и дренирования в связи с послеоперационным абсцессом полости малого таза. Выписан с выздоровлением.

Таким образом, лапароскопическая аппендэктомия является методом выбора при лечении острого аппендицита у детей любого возраста, несмотря на наличие клиники перитонита. Лапароскопический метод является малотравматичным, позволяет добиться отличных косметических результатов, ранней активизации и реабилитации пациентов.

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНОРОДНЫХ Тел ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РЕБЕНКА

Стриженок Д. С., Батанов Г. Б., Рукевич С. Г., Гребченко О. А., Мясников Д. А.

Детская городская клиническая больница № 1, г. Нижний Новгород

Отдельным видом инородных тел желудочно-кишечного тракта являются магниты и компактные батарейки из – за высокой вероятности возникновения осложнений. Приводим случай из практики.

Девочка 3., 10 лет поступила через 16 ч, после того как проглотила 2 магнита и компактную батарейку с жалобами на рвоту и боли в животе. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – 3 «слипшиеся» тени инородных тел в проекции желудка. Выполнено экстренное эндоскопическое удаление 2 магнитов из желудка, третье инородное тело (компактная батарейка) в желудке и двенадцатиперстной кишке не обнаружено. Выявлена язва на задней стенке желудка в нижней трети до 0,5 см в диаметре. Через 12 часов у девочки развилась клиника перфорации полого органа, пневмоперитонеума. После предоперационной подготовки выполнена экстренная лапароскопия. В ходе операции выявлены перфорации задней стенки желудка в области тела и тощей кишки на расстоянии 30 см от связки Трейца на противобрыжеечном крае диаметром по 1,5 см каждая – ушиты в поперечном направлении узловыми швами. При ревизии брюшной полости инородного тела не обнаружено. В полости малого таза 40 мл мутного экссудата – осушен, взят посев (роста микрофлоры нет).

Послеоперационный период гладкий. В лечении – инфузионная терапия с элементами парентерального питания, комбинированная антибактериальная терапия, ингибиторы протонной помпы внутривенно. Энтеральное питание начато на 5-е сутки. Батарейка отошла со стулом на 5-е сутки после операции. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки.

Таким образом, эндоскопическое удаление компактных батареек и магнитов из верхних отделов желудочно-кишечного тракта должно проводиться в экстренном порядке. Вследствие электрохимического воздействия возможны поздние перфорации полых органов, что требует стационарного наблюдения. При лечении осложненной операцией выбора является лапароскопическое вмешательство с ушиванием дефектов.

ФИТОБЕЗОАР ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА

Стриженок Д. С., Батанов Г. Б., Филькин А. А., Ага-Оглы Н., Мясников Д. А.

Детская городская клиническая больница № 1, г. Нижний Новгород

Фитобезоары тонкого кишечника у детей – редкая патология, вызывающая обтурационную кишечную непроходимость. Приводим случай из практики.

Мальчик Д., 11 лет поступил через 14 ч после начала заболевания с жалобами на приступообразные боли в животе, многократную рвоту с примесью желчи. При осмотре – состояние тяжелое, отмечается асимметричное вздутие живота, резкая болезненность слева от пупка с сомнительными перитонеальными симптомами. Стул скудный после гипертонической клизмы. В общем анализе крови – гиперлейкоцитоз с нейтрофилизмом и токсической зернистостью лейкоцитов. На обзорной

рентгенограмме органов брюшной полости – картина низкой кишечной непроходимости. После предоперационной подготовки выполнена экстренная лапароскопия. При ревизии отмечено резкое расширение, отек, гиперемия тощей кишки с наличием в просвете начального отдела подвздошной кишки плотного инородного тела, вызывающего обтурационную непроходимость кишечника. Под контролем лапароскопа выполнена минимальная поперечная лапаротомия в левой подвздошной области, достаточная для того, чтобы в рану была выведена петля подвздошной кишки с инородным телом. Произведена продольная энтеротомия по противобрыжеечному краю

тонкой кишки в проекции образования. Обнаружен и удален фитобезоар размерами 50/30/25 мм. Образование представлено плотно слипшимися, пропитанными желчью растительными волокнами желто-коричневого цвета и гранатовыми косточками. Энтеротомная рана ушита в поперечном направлении двухрядным швом.

После операции при дополнительном сборе анамнеза у родителей стало известно, что мальчик за 2 нед до заболевания съел много гранатов.

Послеоперационный период гладкий. В лечении – инфузионная терапия с элементами парентерального питания, комбинированная антибактериальная терапия, обезболивание. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки.

Таким образом, одной из причин обтурационной кишечной непроходимости в детском возрасте могут являться фитобезоары. Методом выбора при хирургическом лечении данной патологии является видеоассистированная операция.

ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Султонов Ш.Р., Сайфуллоев И.Д., Додожонов Ю.Т., Содиков Н.Д., Султонов Х.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Цель – улучшить результаты диагностики и лечения хронических запоров у детей.

С 2010 по 2015 г. под нашим наблюдением находились 123 детей с явлениями хронического запора. Возраст детей был от 1 года до 15 лет. Мальчиков было 88 (71,5%), девочек 35 (28,5%). Всем детям с хроническим запором выставлена очистительная клизма и после соответствующей подготовки проведена «контрастная ирригография» в 2-х проекциях. В результате выявлено, что у 68 (55,3%) детей имеется долихосигма, у 22 (17,9%) – долихосигма с энкопрезом, у 18 (14,6%) – долихосигма со «spina bifida», у 15 (12,2%) – долихосигма с синдромом Пайра.

Все дети получали определенный курс комплексной терапии, включающий в себя прозерин, АТФ, витамины В1-В6, калия оротат, дибазол, лилак, креон, линекс, вазелиновое масло, ежедневную очистительную клизму и амплипульс передней брюшной стенки, а также ежедневно получали массаж брюшной стенки. Во время лечения и в реабилитационном периоде основное внимание уделялось диете детей с хроническим запором. Полностью исключается сухая еда, можно употреблять черный хлеб и отруби. Утром натощак – полстакана кефира, полстакана тертого зеленого яблока. Любое растительное масло (от 1 чайной до 1 столовой ложки) в зависимости от возраста. Пища должна быть богата

растительной клетчаткой (овощи и фрукты). Рекомендуется сок свежей капусты (½ стакана в день). Курагу, чернослив, изюм, инжир по 200 г залить 3 л кипятка, настоять в течение 5–6 ч. Настой давать пить вместо чая. Берется кора крушины ольховидной, корень солодки голой, плоды кориандра посевного, тмина обыкновенного по 1 столовой ложке. Смесь трав залить 1 стаканом кипяченой воды, настоять в течение 20 мин, остудить, процедить и давать ½ стакана на ночь. Настой следует принимать в течение 2-х месяцев. Массаж мышц живота, ягодиц, бедер в течение 15 дней. Электрофорез с прозеринном на левую половину живота в течение 12 дней.

Обязательным является проведение тренировочных клизм в течение 2-х недель в одно и то же время (с целью закрепления условного рефлекса) на ночь. На 3 нед. – клизмы через день, на 4 нед. – через 2 дня, на 5 нед. – через 3 дня, на 6 нед. – через 4 дня и т. д. до полной отмены.

Курс лечения в течение года повторили 3–4 раза с перерывами. При необходимости контрольное обследование через 1 год.

Таким образом, в результате проведенного комплексного патогенетического лечения у 99,2% детей отмечены положительные результаты. Лишь одному больному (0,81%) при неэффективности консервативной терапии проведено хирургическое лечение.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ

Сухов М.Н., Мустафа А.Х., Лывина И.П., Брюсов Г.П., Комарова Т.Н., Андреев Е.С., Исаева М.В., Брызжева И.А., Мосин А.В., Кобяцкий А.В.

ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава России, г. Москва

Введение. Доброкачественные образования селезенки у детей в большинстве своем являются кистами, лимфангиомами и гемангиомами. Быстрый рост образований обычно служит показанием к оперативному вмешательству, широко используется эндоскопический доступ. Чаще выполняется фенестрация кист и значительно реже проводится парциальная резекция селезенки. При этом, хирургические методы лечения детей с объемными образованиями селезенки сопряжены с возможностью рецидива заболевания вне зависимости от его происхождения.

Цель работы – определить эффективность лапароскопической резекции в лечении пациентов с доброкачественными образованиями селезенки.

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения трех детей с доброкачественными образованиями селезенки в возрасте от 10 до 13 лет, находившихся в отделении микрохирургии 2 ФГБУ РДКБ с апреля 2014 по март 2015 г. У 2 пациентов образование располагалось в нижней трети селезенки, у одного – в верхнем полюсе. Размеры образований от 4,7×4,2×3,6 см до 6,6×5,7×4,8 см. Всем детям произведена резекция селезенки в объеме 1/3 части органа.

Результаты. В послеоперационном периоде осложнений не было. Морфогистологическое исследование: у двух детей – первичная эпителиальная киста селезенки, у одного – ангиоматоидная нодулярная трансформация селезенки. Длительность наблюдения составила от 3 месяцев до 1 года. Рецидивов заболевания не было. У всех больных при контрольном

клинико-инструментальном обследовании патологии не выявлено.

Заключение. При лечении детей с объемными образованиями селезенки предпочтение отдается малоинвазивным методам лечения. При этом на наш взгляд, лапароскопическая резекция является наиболее радикальным способом лечения детей с опухолевидными образованиями селезенки.

СИНДРОМ «ВСТРЯХНУТОГО МЛАДЕНЦА»

Сырчин Э. Ф., Разин М. П.

Кировская государственная медицинская академия

В 1946 г. J. Caffey впервые исследовал возможную взаимосвязь субдуральных гематом и переломов трубчатых костей у новорожденных. В 1972 г. он же описал аналогичные признаки у ребенка, избитого ремнем, в 1974 г. ввел термин «whiplash shaken infant syndrome» – синдром «резкого встряхивания младенца». Позже наиболее приемлемым оказался термин «shaken baby syndrome» (SBS) – «синдром встряхнутого ребенка». В США ежегодно регистрируется 750–3750 подобных случаев, в Канаде – 30:100 000 детей до 1 года, в Германии – 100–200 случаев в год. Многие случаи SBS остаются нераспознанными из-за отсутствия внешних повреждений, свидетелей причинения травмы и отказа родителей от обследования ребенка. Делимся собственным наблюдением.

Больная 8 ме., доставлена в приемный покой в тяжелом состоянии. В анамнезе: после кормления уснула, во сне отмечен приступ генерализованных тонико-клонических судорог, однократная рвота. Каретой СП доставлена в инфекционную больницу с подозрением на менингоэнцефалит (исключен). С подозрением на диабетическую кому больная переведена в ОДКБ. При поступлении состояние тяжелое, выраженная бледность кожи. Неврологический статус: кома I, выбухание и напряжение большого родничка, плавающие движения глазных яблок, зрачки узкие со сниженной фотореакцией, диффузная мышечная гипотония, сухожильные рефлексы без асимметрии, менингеальная симптоматика не выражена. Вегетативные реакции:

перемежающаяся анизокория, периодически сосудистые пятна; приступ тонико-клонических судорог. В ОАК снижение гемоглобина до 65 г/л, эритроцитов – до $1,5 \times 10^{12}/л$. НСГ: обширное кровоизлияние в паренхиму правой лобной доли, там же – субдуральная гематома, внутрижелудочковое кровоизлияние. Внешних повреждений в области головы не выявлено. На боковой поверхности грудной клетки справа – 3 округлых кровоподтека диаметром до 10 мм, напоминающих следы от пальцев рук, их наличие родители объяснить не смогли и категорически отрицали какую-либо травму. Осмотр окулиста: обширные ретинальные кровоизлияния в виде «язычков пламени», выраженное проминирование дисков зрительных нервов. КТ: интраоптические кровоизлияния и кровоизлияние в зрительный нерв с 2-х сторон; субдурально-интрапаренхиматозная гематома слева, кровь в боковых, III и IV желудочках. Через 5 ч от поступления – костно-пластическая трепанация, удаление субдуральной гематомы, мозгового детрита, отмечен выраженный отек головного мозга. Заподозрен синдром жестокого обращения, в частности его вариант – SBS. К сожалению, предпринятые меры не смогли предотвратить летального исхода. Данные судебно-медицинского вскрытия полностью подтвердили поставленный диагноз.

Мы обращаем внимание на специфические проявления SBS и призываем к определенной настороженности в практической деятельности. Эта нозологическая форма должна дополнить классификации ЧМТ у детей.

ОПЫТ ЗАМЕЩЕНИЯ ПИЩЕВОДА ПУТЕМ ТРАНСПОЗИЦИИ ЖЕЛУДКА В ЗАДНЕЕ СРЕДОСТЕНИЕ

Тараканов В. А., Терещенко О. А., Клименко А. Н., Полеев А. В.

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

Цель работы – развитие методов операций по восстановлению пищевода у детей с его атрезией или утратой при ожоговой травме с последующими рубцовыми изменениями.

Материалы и методы. Одним из методов замещения пищевода является операция транспозиции желудка в заднее средостение с наложением эзофагогастроанастомоза в области шеи, дополненная еюностомией. Располагаем опытом лечения 19 детей.

Пролеченных больных можно разделить на 2 группы: дети с атрезией пищевода – 17 человек; дети с при-

обретенной рубцовой непроходимостью пищевода после его ожога – 2 пациента.

Возраст пациентов колебался от 3 мес до 4-х лет (чаще пациенты были в возрасте 1–1,5 лет).

Операции выполняли из абдоминального доступа – у 14 детей, абдомино-торакального – у 3-х детей.

Послеоперационный период протекал тяжело у всех пациентов: на первый план выступала легочно – сердечная недостаточность. Кормление начинали в еюностому после восстановления пассажа по кишечнику (6–7-й день). Питание через рот было возможным на 19–21-й

день и становилось достаточным к 27–29-му дню после операции. В этот период удаляли еюностомическую трубку, рана от нее затягивалась самостоятельно.

Осложнения операции можно разделить на ближайшие и отдаленные. В ближайший послеоперационный период развивались гидроторакс, гидроперикард, несостоятельность эзофагогастроанастомоза, повреждение трахеи, сепсис. В отдаленный период (через 6 мес): стеноз эзофагогастроанастомоза и гастроэзофагеальный рефлюкс.

Летальность составила 15% (3 больных). Причины явились: острая легочно-сердечная недостаточность,

сепсис, повреждение трахеи. Наблюдение за детьми проведено в течение 12 лет после операции.

Результаты. Физическое развитие детей после операции соответствует возрасту. Нарушений пищеварения и моторно-эвакуаторной дисфункции перемещенного в средостение сегмента желудка не было.

Заключение. Перемещение желудка для замещения пищевода в заднем средостении является адекватным методом оперативного лечения, позволяющим восстановить утраченный анатомо-функциональный статус и качество жизни ребенка.

НЕФРОПТОЗ У ДЕТЕЙ

Тен Ю.В., Головкин В.И., Якутца М.А., Герасимчук С.Ю.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, г. Барнаул

Цель работы – отразить особенности хирургического лечения нефроптоза у детей в клинике детской хирургии АГМУ на базе АККДБ, оценить эффективность модифицированного метода оперативного лечения фиксации почки.

Материалы и методы. С 2004 по 2014 г. в клинике детской хирургии АГМУ было пролечено 86 детей с нефроптозом, из них в возрасте 12–15 лет – 31 больной, 15–17 лет – 54 пациента, 9 лет – 1 ребенок, из которых 79 – это девочки, 7 – мальчики. Двусторонний нефроптоз был у 3 детей.

Результаты. С 2004 г. в клинике детской хирургии был модифицирован метод хирургического лечения нефроптоза:

1. Оперативный доступ выполняется в X–XI межреберье без резекции ребер, осуществляется без отслаивания брюшины. Данный доступ позволяет проводить операцию *in situ*, без нарушения анатомических взаимоотношений почки.
2. Из волокон *m. iliopsoas* создается не «гамачок», а «корзинка» из двух широких пучков мышц, фиксирующая почку.

3. Жировая капсула не отслаивается с нижнего полюса почки, так как через нее и проводятся пучки мышцы для предупреждения их соскальзывания.

4. Обязательно используется сухожильный край волокон одного из пучков *m. iliopsoas*.

Фиксация почки по описанной методике позволила существенно улучшить результаты лечения нефроптоза: больные начинают ходить со 2-х суток, длительность пребывания в стационаре сокращена до 1 нед, значительно уменьшено число рецидивов болезни – 1 пациент из 86 оперированных (0,86%).

Выводы. Модифицированная в клинике детской хирургии АГМУ методика фиксации почки при нефроптозе у детей сокращает сроки пребывания больных в стационаре, существенно уменьшает вероятность возникновения рецидивов заболевания, позволяет достичь хороших функциональных результатов, улучшает качество жизни пациентов.

ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ

Тен Ю.В., Румянцев А.А., Казанцева Е.О.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, г. Барнаул

Цель работы – выявить особенности в диагностике и оперативном лечении опухоли Вильмса у детей.

Материалы и методы. С января 2008 по сентябрь 2014 г. в отделении детской хирургии и онкологии на базе Алтайской краевой клинической детской больницы пролечен 41 ребенок от 3-х мес до 15 лет с нефробластомой. Всем больным проводилось комплексное обследование: клинический и биохимический анализ крови, мочи; ультразвуковое исследование, цветное дуплексное доплеровское ангиосканирование, обзорная рентгенография грудной клетки, экскреторная урография, компьютерная или магнитно-резонансная томография.

Результаты. По полу пациенты распределились следующим образом: мальчиков 15, девочек 26 (36,5% и 63,5% соответственно). Чаще нефробластома выявлялась в возрасте

до 3-х лет (27 детей – 65,85%). У 26 детей опухоль локализовалась слева, правостороннее поражение почки обнаружено у 14 пациентов. Один ребенок, в возрасте 3-х лет, поступил с двухсторонним поражением почек. Особую группу составляют дети с опухолью Вильмса в возрасте до 1-го года (всего 4), у которых первичный диагноз установлен при ультразвуковом исследовании. Все пациенты в возрасте до 1 года оперированы транслумбальным доступом – выполнена нефруретерэктомия почки с опухолью. У детей старше 1 года (33) выполнено оперативное лечение – трансперитонеальная туморнефруретерэктомия. При двусторонней нефробластоме проведено одномоментное оперативное лечение: туморнефруретерэктомия почки с опухолью справа, резекция пораженного опухолью верхнего полюса почки слева, с криодеструкцией основания удаленного образова-

ния. Все пациенты получали пред- и послеоперационную полихимиотерапию, за исключением группы детей в возрасте до 1-го года. Рецидива опухоли не отмечено. Пациент с двухсторонним поражением почек получал пред- и послеоперационную полихимиотерапию, до настоящего времени находится в стойкой ремиссии. Летальный случай 1, у пациента с обширной нефробластомой (стадия IV), на этапе предоперационной полихимиотерапии.

Выводы: нефробластома преимущественно встречается в возрасте до 3-х лет, левосторонняя локализация процесса наблюдается практически в два раза чаще, почти две трети больных составляют девочки. Большая часть детей госпитализируется в III–IV стадии заболевания, что требует более ранней диагностики. Лечение больных с нефробластомой требует комплексной терапии с учетом стадии патологического процесса, возраста ребенка и тяжести состояния.

ОБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Тен Ю. В., Румянцев А. А., Клейменов Е. В., Рытенко Е. А., Красильников А. А.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, г. Барнаул

Цель работы – изучить структуру образований ЩЖ, обосновать объем хирургического лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 82 детей от 5 мес до 17 лет, находившихся на лечении с 2000 по 2014 г. по поводу образований ЩЖ. Объем обследования пациентов включал: общее клинико-лабораторное обследование, функциональные пробы, УЗИ ЩЖ, рентгенография грудной клетки, гистологические исследования, в том числе и пункционная биопсия под контролем УЗИ, осмотр эндокринолога. Окончательно объем оперативного вмешательства решался интраоперационно, на основании срочного гистологического исследования.

Результаты. Чаще образования ЩЖ встречаются у девочек 56 (68%) в возрасте 13–16 лет – 40 (71%). У 53 (65%) детей диагностированы доброкачественные образования: аденома – 30 больных, коллоидный зоб – 10, токсический зоб – 5, кисты ЩЖ – 7 больных и единичное наблюдение тиреоидита Хашимото с узлообразованием. Рак ЩЖ диагностирован у 29 (35%) больных, из них девочек 21 (72%), мальчиков 8 (28%). Папиллярный рак диагностирован в 17 (59%) наблюдениях, фолликулярный рак – 12 (41%). У 5 больных выявлены метастазы в регионарные лимфоузлы, в 1 случае – метастазы в легкие. В зависимости

от размеров, количества и локализации узлов при диагнозе доброкачественного образования ЩЖ выполнялись операции: удаления узла в пределах здоровых тканей (16), резекция доли ЩЖ (16), гемиструмэктомия (17), гемиструмэктомия с истмэктомией (11), струмэктомия (1). Осложнения отмечены у 6 больных после тотальной струмэктомии – частичная потеря голоса, проходящая самостоятельно; гипопаратиреоз, который купировался приемом кальция. Всем детям проводилась супрессивная гормональная терапия после операции. В случае дифференцированных карцином ЩЖ все пациенты с остаточной болезнью или остатками ЩЖ обследовались в НИИ радиологии г. Обнинска – радиоизотопное исследование, больные с выявленными метастазами были пролечены йодом-131. Летальных исходов не было, рецидивов не отмечено.

Выводы. Чаще образованиям ЩЖ подвержены девочки подросткового возраста. В 33% наблюдений образования ЩЖ – злокачественные. Примерно с равной частотой в Алтайском крае, встречается фолликулярный и папиллярный рак. Экстратиреоидное распространение рака у детей не оказывает отрицательного влияния на выживаемость, когда первичная опухоль полностью удалена. Прогноз при дифференцированном раке ЩЖ у детей благоприятен.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИМСЯ ПЕРЕЛОМОМ ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА ФОНЕ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ

Тищенко А. Б., Пискалков А. В., Злобин Б. Б., Соловьев Е. М., Юшко А. В., Злобин С. Б., Калинин А. С.

Кафедра детской хирургии Омской государственной медицинской академии; Ортопедо-травматологическое отделение МУЗ ГДКБ № 3, г. Омск

Цель исследования – доказать возможность применения предлагаемой комбинированной методики лечения детей с патологическими неправильно сросшимися переломами длинных трубчатых костей на фоне фиброзной дисплазии.

Материалы и методы. Ребенок 14 лет лечился по месту жительства консервативно по поводу патологического перелома диафиза бедренной кости на фоне фиброзной дисплазии методом скелетного вытяжения. Консолидация отломков наступила с антекурвационно-варусным угловым смещением.

Выполнена операция: внутриочаговая краевая резекция диафиза бедренной кости с замещением дефек-

та костным аллотрансплантатом, закрытый остеосинтез бедра аппаратом Илизарова с установкой шарниров на уровне очага, закрытая остеоклазия с устранением деформации. Фиксация в аппарате 2 мес, затем иммобилизация кокситной гипсовой повязкой 1 мес.

Результат. Достигнута консолидация с восстановлением оси конечности. Идет процесс перестройки костно-го трансплантата.

Выводы. Предложенная методика пригодна для лечения больных с неправильно сросшимися патологическими переломами длинных трубчатых костей на фоне доброкачественных новообразований.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОЙ АБРАЗИИ И МИКРОНИДЛИНГА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ

Трусов А.В., Фомина М.Г., Цапкин А.Е.

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

Цель – определить эффективность лечения детей с посттравматическими рубцовыми деформациями кожных покровов методом лазерной абразии и микронидлинга.

Материалы и методы. Метод основан на комбинированном воздействии на рубец углекислого лазера и одновременным проведением микроигльчатой терапии (микронидлинг). В своей работе мы использовали лазерную CO₂ систему «Ланцет-2» со сканером скк-к-005 м и дермороллеры Microneedle Skin Nurse System MR200 (2.00). Операции выполнили 74 (100%) пациентам в возрасте от 5 до 18 лет. Девочки составили 53 (72%), мальчики 21 (28%). У 14 (20%) детей с целью местного обезболивания использовали крема ЭМЛА. У 65 (87%) пациентов выполнили общее обезболивание. У 51 (69%) больных общее обезболивание проведено в связи с simultанностью операций и множественным характером рубцовых поражений. Лазерная абразия выполняли в режиме «super pals». Длительность суперимпульса варьировала от 100 до 300 мкс. Во всех случаях мы использовали сканер СКК-К-05М, обеспечивающий быстрое и равномерное перемещение сфокусированного лазерного луча по поверхности обрабатываемого участка. Обработка выполнялось «фигурой квадрат» от 3×3 до 1×10 мм. Использование сканера и суперимпульсного режима излучения, позволяли «снять» поверхностный слой рубца толщиной ≈15 мкм. По абразивной поверхности дермороллерами (длина игл 2 мм) выполнялись множественные микро-

перфорации дна раны в различных направлениях (микронидлинг). Появление точечного кровотечения являлось маркером достаточного воздействия на ткани. Интраоперационно, однократно выполняли орошение ран преднизолоном 30 мг/мл. Перевязки осуществляли на 2–4-е сутки. Эпителизация происходила в сроки от 4 до 7 суток. После удаления наложной части рубца лазером, происходила реорганизация тканей, улучшалась их эластичность, а также отмечалось усиление клеточных восстановительных процессов. Микроперфорации тканей дермороллерами инициировали высвобождение факторов клеточного роста. Проницаемость тканей и ее дренажная функция, на короткое время, многократно увеличивались, что положительно влияло на эпителизацию раны. У 8 (10%) детей проведены операции 3-хкратно, 17 (23%) детям двукратно, 49 (67%) пациентам однократно. Осложнений не отмечено.

Результаты. Визуальная оценка лечения и анкетирование выявили улучшение косметических результатов у 62 (84%) детей, в 14 (19%) случаях отмечено значительное снижение стяжений рубцовых тканей. В 12 (16%) родители и пациенты не отметили значимых улучшений косметического вида рубцов или функции.

Выводы. Лечение детей с послеожоговыми рубцами комбинированным методом лазерной абразии и микронидлинга, позволяет получить хорошие косметические и функциональные результаты.

АНАЛИЗ МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА

Трушин П.В., Скляр К.Е., Костылева Е.С., Шелковников Д.С., Толмачев И.А.

Новосибирский государственный медицинский университет; ГБУЗ НСО «Детская городская клиническая больница №1», г. Новосибирск

Цель – провести анализ соответствия методик хирургического лечения некротизирующего энтероколита стадиям процесса по классификации М. Белла среди детей, перенесших НЭК и получавших лечение в хирургическом отделении ГБУЗ НСО «Детская городская клиническая больница №1» в период с января 2010 г. по декабрь 2014 г.

Результаты. В группе 31 мальчик (62%) и 19 девочек (38%). Гестационный возраст 24–40 нед. В группе 17 детей (34%) имеют гестационный возраст менее 28 нед, 8 детей (16%) – 28–30 нед, 12 детей (24%) – 31–33 нед, 2 ребенка (4%) – 34–36 нед, 11 детей (22%) – 37 нед и более. Масса тела при рождении 595–3900 г. В группе 15 детей (30%) имеют массу тела менее 1000 г, 11 детей (22%) – 1001–1500 г, 8 детей (16%) – 1501–2000 г, 6 детей (12%) – 2001–2500 г, 10 детей (20%) – более 2500 г.

У 41 ребенка (82%) НЭК манифестировал в первые 28 сут жизни, у 28 из них (56%) в первые 8 сут. У 3 пациентов (6%) внутриутробно. У 9 пациентов (18%) после 28 сут. Долженствующий объем лечения определялся исходя из стадии НЭК установленной по классификации М. Белла и соавт. (1978 г.): НЭК I стадии у 5 пациентов (10%); НЭК II стадии у 7 пациентов (14%); НЭК III стадии у 38 пациентов (76%). При низкой толерантности к оперативному лечению проводился лапароцентез, что в ряде случаев позволяет стабилизировать пациента и подготовить к радикальному оперативному вмешательству. 13 человек (26%) не получили хирургического лечения: 5 пациентов (10%) с НЭК I стадии и 8 пациентов (16%) не толерантных к вмешательству. Только лапароцентез проведен 8 пациентам (16%): 3 пациентам (6%) с НЭК II стадии и 5 пациентам (10%) из-за низкой толе-

рантности к оперативному лечению. 29 пациентов (58%) получили радикальное оперативное лечение: 20 пациентам (40%) наложена илеостома, 3 пациентам (6%) колостомы, 2 пациентам (4%) илео- и колостомы, 3 пациентам (6%) с одиночной перфорацией произведено ушивание дефекта, 1 пациенту (2%) произведена сонация и дренирование брюшной полости. У 9 пациентов (18%) опера-

ции предшествовал лапароцентез. У 30 пациентов (60%) имел место летальный исход, 20 пациентов (40%) выздоровели.

Выводы. Хирургическое лечение, соответствовало стадии заболевания и учитывало тяжесть пациентов. Летальные исходы были не предотвратимы, связаны с объемом и качеством оперативного лечения.

ОБЪЕМНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ СКАЛЬПА У НОВОРОЖДЕННЫХ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ПРОГНОЗ

Умеров М. Ю.

ГБУЗ РК ФМЦ Обособленное структурное подразделение «Детская больница с Детской поликлиникой, отделение хирургии детского возраста», г. Феодосия

Цель – совершенствование лечебной тактики при объемных кровоизлияниях скальпа (ОКС), включающих: кефалогематомы (КГ), эпидурально-поднадкостничные объемные кровоизлияния (ЭПОК) и подапневротические объемные кровоизлияния (ПОК) у новорожденных.

Материал и методы исследования. Проведен анализ лечения 209 новорожденных с ОКС, из них: 179 детей с КГ, 8 детей с ЭПОК и 22 ребенка с ПОК. Разработан метод пункции ОКС у новорожденных (Авторское право № 29810 от 11.08.2009), позволяющий максимально сократить риск возможных осложнений и рецидивов, с оптимизацией хирургической тактики.

Результаты исследований и их обсуждение. В структуре ОКС у новорожденных под видом КГ могут проявляться ЭПОК, связанные с линейными переломами черепа и нарушением целостности твердой мозговой оболочки, которая плотно прикрепляется к внутренней кортикальной пластинке в проекции родничков и швов. Закрытый проникающий характер поражения несет потенциальный риск гнойно-воспалительных осложнений в виде менингита и менингоэнцефалита. Это обосновывает необходимость более активной хирургической тактики ЭПОК с возможностью антибактериальной профилактики. ПОК, в отличие от КГ, имеет диффузный характер с большей вероятностью инфицирования, чем КГ. По размерам ОКС выделены: малые – до 10 мл крови;

средние – от 10 до 50 мл крови; большие – свыше 50 мл крови. С учетом топографо-анатомических особенностей выделены: теменные и затылочные кожно-апоневротические сегменты и 3 зоны: зона абсолютного риска пункции ОКС, допустимая и рекомендуемая зона пункции ОКС.

Заключение. Сделаны акценты на более раннюю (не раньше конца 3-Х суток) пункционную аспирацию больших и средних ОКС различного генеза, особенно при сопутствующей гипербилирубинемии с содержанием билирубина в сыворотке больше 340 мкмоль/л. Гематоликворный барьер проницаем для непрямого билирубина до 6-ГО дня жизни у доношенных и приблизительно до 10 дня у недоношенных новорожденных, что увеличивает в этот период опасность развития «ядерной желтухи» с токсическим действием на головной мозг в виде «билирубиновой энцефалопатии». (ранние симптомы поражения: сонливость, судороги, снижение сосательного рефлекса и поздние проявления: глухота, параличи, умственная отсталость). Динамика развития малых КГ и ПОК предполагает возможность их пункционной аспирации на 10–12 сутки (в случае оксификации малых КГ не наблюдалось пороза кортикальной пластинки). При ЭПОК любых размеров показана активная ранняя хирургическая тактика (риск воспаления, «растущего» перелома, пороза кости, менингоцеле). Дифференциальный диагноз ОКС должен включать проведение ультразвуковых и лучевых методов диагностики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Файзулин А. К., Врублевский С. Г., Поддубный И. В., Шмыров О. С., Мурчина А. Н., Кононов А. В., Стрелкина Л. А.

ГБУЗ Морозовская детская клиническая больница ДЗМ, отделение плановой хирургии и урологии-андрологии, г. Москва; МГМСУ им. А. И. Евдокимова, кафедра детской хирургии, г. Москва

Введение. Актуальность выбора оптимальной тактики лечения различных форм гипоспадии обусловлена увеличением уровня заболеваемости, большим количеством предложенных оперативных методик, необходимостью минимизации количества ранних и отдаленных осложнений.

Цель – представить результаты хирургической коррекции различных форм гипоспадии у детей.

Материалы и методы. С 2012 г. по май 2015 г. в отделении находились на лечении 328 детей с гипоспадией: задняя форма – 58, средняя – 35, передняя – 202 и 33 детей с «гипоспадией без гипоспадии». Детям выполнены оперативные вмешательства: уретропластика типа Onlay-tube – 52, операция Duplay-Snodgrass – 179, операция Hodgson-2–30, операция Mathieu – 28, двухэтапная опе-

рация Brack – 6, пластика полового члена с коррекцией деформации – 32, уретропластика типа Onlay-tube-onlay – 1. Шести детям с проксимальными формами гипоспадии в связи с недостаточностью пластического материала была выполнена двухэтапная операция Brack. Детям с «гипоспадией без гипоспадии» выполнялась коррекция вентральной деформации кавернозных тел путем дорзальной пликации белочной оболочки после мобилизации сосудисто-нервного пучка. У одного ребенка в связи с выраженной дисплазией уретры, приводящей к привычной деформации кавернозных тел более 90 градусов, выполнено иссечение дисплазированной уретры с последующей уретропластикой типа Onlay-tube-onlay.

Результаты. Свищи неоуретры отмечены у 7 детей (2 после уретропластики Onlay-tube в области анастомоза, 5 – после уретропластики Duplay-Snodgrass): у 3 они закрылись самостоятельно в течение 2 недель после удаления уретрального катетера. Остальным детям проводилось уши-

вание свища в плановом порядке через 6 мес после основного оперативного этапа. У 15 детей после уретропластики Duplay-Snodgrass отмечался стеноз неомеатуса, проводилось этапное бужирование с положительным эффектом, оперативной коррекции в данных случаях не потребовалось. У 3 детей после уретропластики Onlay-tube отмечена дилатация неоуретры, что потребовало дополнительного оперативного вмешательства. Лизиса неоуретры не отмечено.

Заключение. При правильно подобранных диаметре и форме лоскута и формировании широкого меатального отверстия уретропластика Onlay-tube является эффективным способом коррекции проксимальной гипоспадии. Низкий процент послеоперационных осложнений в виде свищей после операции Duplay-Snodgrass обусловлен использованием фасциального препуциального лоскута или парауретральных тканей для протекции уретрального шва, что делает данную методику операцией выбора при дистальных формах гипоспадии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Хаиров К. Э., М. М. Калабаева

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ СР РК, г. Алматы, Казахстан

Под нашим наблюдением в хирургическом отделении НЦПиДХ в период с 2006 по 2015 г. находилось 5 детей с альвеококкозом печени в возрасте от 9 до 13 лет. Причем 3 из них были оперированы по месту жительства с подозрением на эхинококкоз печени. Всем детям было проведено комплексное общеклиническое лабораторное и инструментальное обследование, УЗИ органов брюшной полости, КТ органов брюшной полости. У 3 диагноз «альвеококкоз» выставлен по месту жительства после гистологического исследования.

По характеру оперативных вмешательств, больные были разделены на две группы, в зависимости от локализации процесса. В 1-ю группу вошли 4 детей с поражением правой доли печени, которым была проведена обширная правосторонняя гемигепатэктомия. У данной группы больных осложнения в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдали. Повышения уровня билирубина ни в одном случае не отмечалось. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии после снятия швов и контрольных инструментальных исследований.

2-ю группу составил 1 ребенок с массивным поражением печени, захватывающим всю левую долю с вовлечением в процесс V, VIII сегментов правой доли печени. Ребенку произведена левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией VIII сегмента правой доли печени, более расширенную резекцию провести не удалось в связи с прорастанием образования в печеночные вены.

Всем детям после проведения резекции, на раневую поверхность оставшейся доли, с целью профилактики послеоперационных осложнений в виде кровотечения, была наложена пластина «Тахокомб». Операции были проведены в двух случаях с применением ультразвукового скальпеля «Гармоник», в остальных с использованием мультифункциональной хирургической системы «Sonoca 601» Söring.

Таким образом, массивное поражение одной из долей печени альвеококком представляет собой очень сложное заболевание, требующее радикального хирургического вмешательства. Обширная лобэктомия печени по типу перипухолевой резекции является патогенетически обоснованным методом лечения, который должен выполняться в специализированных клиниках подготовленными специалистами.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Хамраев А. Ж., Каримов И. М., Джалилов Н. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель – определить хирургическую тактику и профилактику развития осложнений у недоношенных детей с ущемленными паховыми грыжами (УПГ).

За последние 7 лет в отделение детской хирургии в ГКДБ №1 Ташкента с диагнозом УПГ поступило

17 недоношенных младенцев в возрасте: до 1 мес – 8, 1–3 мес – 9. Среди них паховая форма была у 13 больных, пахо-мошоночная – у 4. Мальчиков – 10, девочек – 7. Правосторонняя локализация встречалась у 11 недоношенных и левосторонняя у 6.

При поступлении больных в стационар с ущемленной паховой и пахо-мошоночной грыжей консервативное лечение заключалось в введении димедрола или кетамина в возрастной дозировке; проведено создание положения Тределенбурга в течение 30 мин, согревание ребенка и поверхностная пальпация участка выпячивания в паховой области после всех манипуляций. При этом в 12 случаях консервативное лечение было успешным и привело к разущемлению УПГ. У 5 детей в экстренном порядке произведено грыжесечение. При этом содержимым грыжевого мешка являлись: подвздошная – у 3, сигмовидная кишка – у 1. В 1 случае содержимое грыжевого мешка осмотреть не удалось ввиду самопроизвольного вправления грыжи во время операции. В 2 остальных случаях обнаружено сочетание остроразвившейся водянки оболочек яичка, которым во время операции водянка была ликвидирована. Интраоперационно после рассечения наружного пахового кольца и восстановления кровоснабжения ущемленные органы признаны жизнеспособными.

При грыжах большого размера, 3 больным произведена пластика пахового канала по Мартынову и 2 – по Ру – Краснабаеву. При создании пластики нами применена нить викрил 2/0 с атравматическими иглами. В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде комплекс лечения назначен для ликвидации сопутствующих соматических патологий и восстановления физического развития ребенка. Все дети выздоровели, Отдаленные результаты лечения изучены в течение 2 года после операции. Сравнительная оценка с группой больных с применением нерассасывающиеся синтетическими шовным материалом показали наилучшие результаты с исключением послеоперационных рецидивов.

Таким образом, при УПГ у недоношенных детей, при пластики пахового канала с применением нерассасывающиеся синтетических шовных материалов обеспечивает профилактику рецидива болезни, предотвращает хронической ишимизации и нарушение трофики яичка в отдаленном периоде.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Хамраев А.Ж., Каримов И.М., Хамроев У.А., Оллоназаров Ж.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель – улучшение результатов лечения детей с аноректальными мальформациями (АРМ).

Под нашим наблюдением последние 10 лет находились 66 детей, перенесших аноректопластику (АРП) по поводу бесвищевых форм АРМ в возрасте до одного месяца и в отдаленном периоде послеоперационного реабилитационного лечения сроком до 2 лет.

Выбор способа и сроков операции зависел от высоты и формы атрезии анального канала и прямой кишки. При атрезии анального отверстия и прямой кишки при диастезе до 1 см у 28 (42,4%) новорожденных произведена экстренная промежностная проктопластика (ПП) с одновременной сфинктеропластикой 12 (18,2%). При средней форме АРМ у 20 (30,3%) новорожденных на первом этапе наложили сигмостому и коррекцию порока проводили через 6 месяцев путем заднесагитальной АРП. При высокой форме АРМ у 18 (27,3%) новорожденных на первом этапе наложили сигмостому и коррекцию порока проводили в течение до 1 года, путем брюшно-промежностной проктопластики (БППП).

На основании проведенных в послеоперационном периоде клинических, рентгенологических и функци-

ональных методов исследования для каждого ребенка избран индивидуальный комплекс реабилитационных мероприятий. К ним относятся: профилактическое булжирование стеноза неоануса (СНА) спустя 2 нед 1 раз в 2–4 дня, до возрастного нормального размера; электростимуляция анального жома по 10 сеансов спустя 3 мес после операции, при недостаточности анального жома (НАЖ). Интервал между электростимуляциями – 3–4 мес. В этот срок ребенок должен получать тренировочные клизмы в домашних условиях через 3–5 дней. В комплексном реабилитационном лечении активное участие принимают родители, обеспечивающие контроль биоритма к дефекации ребенка. При изучении отдаленных результатов из 66 детей у 12 (18,2%) наблюдается каломазание, у 5 (7,6%) отмечен стеноз анального канала и у 4 (6,1%) НАЖ 1 степени. Повторные корригирующие операции проведены у 7 (10,6%) больных. Диспансерный срок наблюдения длился 3–5 лет.

Таким образом, раннее проведение реабилитационное лечение способствует улучшение результатов лечения детей после коррекции аноректальных мальформации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Каримов И.М., Джалилов Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель – разработать хирургическую тактику и выявить риск развития осложнений у новорожденных и не-

доношенных детей с ущемленными паховыми грыжами (УПГ).

С 2009 по 20014 г. в ГКДБ №1 г.Ташкента в отделении хирургии с диагнозом УПГ поступило 30 младенцев. Возраст от 10 дней до 1 мес – 11, 1–4 мес – 19 детей. Мальчиков – 23, девочек – 7. Из них доношенных – 18, недоношенных – 12. Правосторонняя локализация у 17, левосторонняя у 13.

Консервативное лечение (КЛ) заключалось во внутримышечном введении анальгина, димедрола и ношпы возрастной дозировки; создание положения Тределенбурга – с возвышенным тазовым отделом; согревание ребенка, с последующим нежным пальпаторным осмотром УПГ. При этом в 12 случаях КЛ было успешным и привело к разущемлению УПГ. 18 детей оперирован в экстренном порядке, где выявлено в грыжевом мешке: подвздошная кишка – в 6 случаев; червеобразный отросток – в 2; сигмовидная – в 2; слепая кишка – в 2; яичник – в 1. В 5 наблюдаемых случаях отсутствовал содержимое грыжевого мешка ввиду самопроизвольного вправления грыжи после введения наркоза или в начальном этапе операции. При УПГ в 2 случаях обнаружено сочетание остро развившейся водянки и у 2 – киста оболочек яичка, где им произведена операция Росса (2) и иссечение кисты (2). Интраоперационно после рассечения наружного пахового кольца и восстановления кровоснабжения ущемленные органы признаны жизнеспособными у 16, у 2 па-

циентов был некроз ущемленной части подвздошной кишки, при наличии геморрагического выпота, произведена герниолапаротомия для ревизии органов брюшной полости. При этом выше 15 см от илюцекального угла выявлен участок некроза, резецирован, наложена двойная илиостомия и произведена пластика пахового канала (ППК) по Мартынову (11%). У 3 мальчиков отмечены выраженные ишемические изменения в яичке: оно было отечное, черного или темно-багрового цвета и его жизнеспособность была сомнительная. У остальных 16 пациентов произведено грыжесечение по методу Дюамеля – 9 (50%), с ППК по Ру – Краснобаеву – 5 (28%) и Мартынову – 2 (11%). При создании ППК нами применена нить викрил 2/0 с атравматическими иглами во избежание стенизации ПК и хронической ишимизации яичка в отдаленном периоде после операции. При сомнительных случаях, яички не удалялись. У этих категории больных в отдаленном периоде отмечена явная картина гипо и атрофии яичка, где им назначена дополнительно курс лечение хорионического гонадотропина через 3 мес в течение 1 года. Все дети выздоровели, летальных исходов не было.

Таким образом, при УПГ у новорожденных и недоношенных детей в 50% случаев без ППК, способствует профилактики нарушения репродуктивной функции яичка.

ОПЫТ АМБУЛАТОРНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Харченко В.Г.

Новосибирский государственный медицинский университет

Цель исследования – провести анализ результатов амбулаторного приема детей с колопроктологической патологией за 2010–2014 гг. Выявить основные потоки пациентов на детском проктологическом приеме. Оценить эффективность первичного приема детей с проктологической патологией.

Актуальность темы. Расстройство акта дефекации у детей – довольно частая причина беспокойства родителей, что в свою очередь значительно увеличивает обращаемость к участковому педиатру, невропатологу, гастроэнтерологу. До 15% детей, поступающих в приемный покой хирургических стационаров с болями в животе, имеют расстройство акта дефекации.

Материалы и методы. Исследованы материалы 1963 консультаций детей в возрасте от 0 до 14 лет с колопроктологической патологией за 2010–2014 гг. Из них 778 девочек, что составляет 39,6% и 1185 мальчиков – 60,4%.

Результаты исследования. По группам заболеваемости дети распределились следующим образом: аномалии развития толстого кишечника (АРТК) – 1205 пациентов, что составляет 61,5% от всех консультируемых пациентов; в группу с идеопатическими и алиментар-

ными запорами (без органической патологии толстой кишки) вошли 112 детей, что составляет 5,8%; анальные трещины на фоне ранее не выявленных аномалий развития толстой кишки диагностированы у – 52 детей, что составило 2,6%; в следующую группу исследуемых вошли 47 детей с изолированными анальными трещинами не связанные с органической патологией толстого кишечника. Что составило 2,4% от общего числа консультируемых больных. Нарушения акта дефекации на фоне органических поражений ЦНС выявлены у 27 детей, что составило 1,4%. Группа впервые выявленных врожденных пороков аноректальной области составила 17 детей, 0,8%. Диспансерные осмотры детей после колопроктологических операций выполнены у 78 пациентов, что составило 3,9%. Группу детей с выпадением прямой кишки составили 47 человек, что соответствует 2,4% из общего числа больных. Полипы прямой кишки выявлены у 68 детей, что составило 3,5%. Острый и хронический парапроктит – 12 детей, 0,6%. В группу с различными паразитозами и воспалительными заболеваниями толстой кишки вошли 134 ребенка, что составило 6,8%. Прочие – 164 ребенок, 8,3%.

Выводы. Преобладающей патологией вызывающей нарушения акта дефекации в детской колопроктологии являются аномалии развития толстого кишечника (60,9%). При повторных обращениях, более чем у 60% пациентов с АРТК выявлена положительная динамика при консервативном лечении заболевания.

Подтверждение первичного диагноза при динамическом наблюдении в течение нескольких лет дальнейших обследований составляет до 75%.

Обращаемость за специализированной медицинской помощью детей с нарушениями акта дефекации ежегодно возрастает на 3–5%.

КОГДА СТОИТ ПРОВОДИТЬ УДЛИНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ КОРОТКОЙ КИШКИ?

Хасанов Р.Р., Гумеров А.А., Вессель Л.М.

Кафедра детской хирургии с курсом ИПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа;
Клиника детской хирургии, университетская клиника Мангейм, Университет Гайдельберг, г. Мангейм, Германия

О синдроме короткой кишки можно говорить, когда рост и развитие ребенка напрямую связаны с наличием у него парентерального питания. Хирургические методы лечения СКК представляют собой сохраняющие кишечник операции продольного (метод продольного кишечного удлинения (Longitudinal intestinal lengthening and tailoring)) и поперечного (серийная поперечная энтеропластика (Serial Transverse Enteroplasty (STEP)) удлинения. До настоящего времени пересадка тонкой кишки остается сложной проблемой.

Оптимальное время для проведения хирургических операций является важным для получения хороших результатов. В первый год жизни тонкий кишечник обладает выраженным потенциалом спонтанного роста и удлинения, ввиду этого необходимо избегать проведения хирургического лечения СКК в первый год жизни. Исключениями могут являться лишь состояния, когда имеется прогрессирующая дилатация кишечника с симптоматикой выраженного бактериального роста, которое ведет к развитию рецидивирующих эпизодов сепсиса. В таких случаях применение удлиняющих операций в ранние сроки может умень-

шить активность и развитие бактериального роста. У пациентов с хроническим нарушением печеночной функции ситуация состоит сложнее. У данных пациентов бактериальный рост ухудшает функцию печени, что может проявляться в нарушении свертываемости, гипопропротеинемии и сниженной резистенции к инфекциям. Кроме того, наличие выраженного спаечного процесса в брюшной полости может привести к значительной интраоперационной кровопотере и другим осложнениям, в результате чего, несмотря на хорошую операционную технику, цель операции не будет достигнута. Поэтому показания к операции у данных пациентов должны быть строго индивидуальными, а проведение операции в первый год жизни не рекомендуется.

Несмотря на целый ряд хирургических методов лечения СКК, только 70% пациентов могут перейти на длительное полное энтеральное питание. Удлиняющие операции на первом году жизни должны проводиться, только в том случае, когда все консервативные методы, проводимые совместно с детскими гастроэнтерологами исчерпаны.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ

Хасанов Р.Р., Гумеров А.А., Вессель Л.М.

Кафедра детской хирургии с курсом ИПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа;
Клиника детской хирургии, университетская клиника Мангейм, Университет Гайдельберг, г. Мангейм, Германия

Синдром короткой кишки (СКК) – это заболевание, вызванное значительным сокращением абсорбционных возможностей тонкой кишки, делающее полноценное энтеральное питание у данных пациентов невозможным и проявляющееся в виде кишечной недостаточности. Главной причиной СКК является массивная резекция тонкой кишки. Основными заболеваниями, приводящими к развитию СКК являются: некротический энтероколит, заворот кишки, гастрошизис, атрезия кишечника, осложненная меконияльная кишечная непроходимость,

болезнь Гиршпрунга с длинным аганглионарным сегментом. СКК чаще развивается у недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела. Развитие у пациентов СКК значительно увеличивает их смертность. Профилактика развития синдрома короткой кишки играет большое значение. Она заключается от отказе от резекции больших участков пораженной кишки, если в них есть жизнеспособные или сомнительные участки, в пользу повторных ревизионных операций и стом со вторичной щадящей резекцией некротизиро-

ванных участков кишки, особенно при некротическом энтероколите и завороте кишки. Современными методами хирургического лечения синдрома короткой кишки являются удлиняющие кишечник операции. На сегодняшний момент известными удлиняющими операциями являются: метод продольного кишечного удлинения (Longitudinal intestinal lengthening and tailoring (LILT)), серийная поперечная энтеропластика (Serial Transverse Enteroplasty (STEP)), метод спирального кишечного удлинения (Spiral Intestinal Lengthening and Tailoring (SILT)). Удлиняющие кишечник операции могут быть

произведены только на дилатированном, вследствие кишечной адаптации, участке кишки. Удлиняющие кишечник операции не создают дополнительную резорбционную поверхность, они сужают и удлиняют просвет кишечника улучшая кишечную резорбцию. Удлиняющие кишечник операции устраняют бактериальный рост в тонкой кишке, который развивается из-за компенсаторной дилатации тонкой кишки у пациентов с СКК. Выбор метода удлиняющей операции, отбор пациентов и время проведения операции важны для достижения хороших результатов.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЛЕДДА У ДЕТЕЙ

Хусу Э.П., Григович И.Н., Савчук О.Б., Тимонина А.В.

Петрозаводский государственный университет. Медицинский институт

Синдром Ледда (СЛ) относится к порокам ротации и фиксации кишечника, при возникновении заворота, осложняющийся некрозом кишки. Клинические признаки СЛ могут возникнуть от первых часов жизни ребенка до зрелого возраста.

В КЦДХ с 2007- – 2014 г. с СЛ лечилось 5 детей возраста от 2-х суток до 9 лет. Распознавание СЛ у всех больных было сопряжено с трудностями. Больной Р. родился первым из двойни, оценка по Апгар 7/8 баллов, через 20 ч появилось стонущее дыхание, рвота, вздутие живота. В ПНЦ диагностирован РДС, гипоксическое поражение ЦНС. Поступил в КЦДХ через 27 ч после рождения в крайне тяжелом состоянии с признаками перитонита, кишечной непроходимости, нестабильной гемодинамики. После предоперационной подготовки оперирован, выявлен СЛ с субтотальным некрозом тонкой кишки. Выполнена резекция кишки, наложение свищей, возник синдром короткой кишки (17 см), по поводу которого продолжается этапное лечение 2,5 года.

Больной С., 1,5 мес, доставлен в ЦРБ через 9 ч от начала приступа в тяжелом состоянии с картиной абдоминального шока, гипотонией, тахикардией, ДН 2-3ст, анурией, вздутием живота. У ребенка с первых дней жизни приступы беспокойства, вздутие живота, задержки стула. С острыми болями лечился в ЛПУ г. Санкт-Петербурга, выписан без исследования ЖКТ с рекомендациями по вскармливанию. Семья переехала в село. Приступы беспокойства продолжались, снимались родителями введением газоотводной трубки. При очередном приступе из прямой кишки была получена кровь. В ЦРБ хирургом заподозрен перитонит, перфорация кишки, консультирован в КЦДХ. Проведена интенсивная пред-операционная подготовка. Оперирован выездной бригадой врачей в ЦРБ. На операции обнаружен СЛ с некрозом кишки. Резекция кишки, иле-

остома. Во время операции повторные остановки сердца, смерть через 12 ч.

Латентное течение СЛ вследствие неполного сдавления двенадцатиперстной кишки или интермиттирующего заворота встретилось у 3 наших пациентов и проявлялось эпизодическим беспокойством, часто с рвотой и вздутием живота, нарушениями стула. 2 детей 2,5 и 9 мес трижды лечились в соматических стационарах, консультировались хирургами. При очередном приступе беспокойства поступили в КЦДХ с подозрением на кишечную непроходимость, были обследованы и оперированы. В обоих наблюдениях выявлен СЛ с заворотом на 360° и 720° без некроза кишки. Самая длительная диагностика СЛ была у мальчика М. 9 лет, который на протяжении всей жизни страдал приступами болей в животе, рвотой, снижением аппетита, вздутием живота, задержкой отхождения стула, сменяющейся обильным жидким. Эпизоды ухудшения чередовались со светлыми промежутками до нескольких месяцев. Многократно поступал в соматические и хирургические отделения ЦРБ и КЦДХ. Диагностировались заболевания: диспепсия, синдром мальсорбции, гастродуоденит, энтероколит, неврозоподобный синдром, панкреатит, болезнь Гиршпрунга, кишечная непроходимость пищевыми массами и др. Только на остроте абдоминального синдрома с клиническими и рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости мальчик был оперирован, обнаружен СЛ, выздоровление.

Таким образом, при острых и рецидивирующих болях в животе в сочетании с рвотой, нарушениями дефекации, вздутием живота и др. следует подозревать пороки мальротации и СЛ. Ирригоскопия и УЗИ с доплерографией мезентериальных сосудов позволяют выявить СЛ и предупредить развитие осложнений.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ РАЗОБЩЕННОГО ПИЩЕВОДА ПРИ АТРЕЗИИ ПУТЕМ ЗАГРУДИННОЙ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ

Цап Н.А., Кузеванова А.А., Чудаков В.Б., Некрасова Е.Г.

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

Цель исследования – изучить ближайшие и отдаленные результаты колоэзофагопластики, как этапа хирургической реабилитации детей с атрезией пищевода.

Материалы и методы. Реконструктивные оперативные вмешательства по восстановлению проходимости разобщенного пищевода, превентивно созданного на первом этапе коррекции атрезии пищевода у новорожденного ребенка, выполнены 28 детям в отделении торакальной хирургии ОДКБ № 1 с 1996 по 2014 г. Чаще заградную колоэзофагопластику выполняли у детей в возрасте от 1 года до 3 лет – 60% клинических случаев.

Результаты и обсуждение. Технические условия колоэзофагопластики обоснованно диктуют использование комбинированного доступа: первоначально срединная лапаротомия, затем шейный доступ в месте эзофагостомы путем иссечения наружного устья и мобилизации орального сегмента пищевода. Отсутствующий пищевод замещается участком толстой кишки на сосудистой ножке между оральным сегментом пищевода и желудком.

В качестве трансплантата пищевода использовалась поперечно – ободочная кишка и нисходящая часть ободочной кишки (27 детей) и поперечно – ободочная кишка у 1 ребенка. Толстокишечный трансплантат проводили

в переднем средостении по предварительно сформированному тупым путем заградному тоннелю от мечевидного отростка до яремной ямки.

Основной задачей послеоперационного периода является профилактика несостоятельности швов 3-х анастомозов. Ведущую роль в этом важнейшем разделе хирургической коррекции порока пищевода играет пролонгированная медикаментозная миоплегия и седатация в течение 5–4 суток на фоне антибактериальной терапии. Развитие слюнного свища отмечалось у 7 (25%) пациентов, у 5 из них заживление свища вторичным натяжением, у 2 – оперативное закрытие свища. Стеноз неопищевода выявлен у 1 (4%) ребенка, проведено 3-х кратное бужирование по струне – проводнику. Наиболее грозное осложнение в виде двусторонней пневмонии, инфильтративного медиастинита развилось у 4 (14,3%) больных. Из них у 2 детей прогрессирующее течение гнойно-септического процесса привело к летальному исходу – 7,1%.

Таким образом, заградная колоэзофагопластика позволяет восстановить пассаж пищи у 90% больных, улучшает качество жизни детей, родившихся с атрезией пищевода, способствует их полноценному физическому развитию.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРЕКРУТОМ ЯИЧКА

Цапкин А.Е., Трусов А.В., Фомина М.Г.

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

Введение. В настоящее время вопросы эффективности лечения острых заболеваний органов мошонки у детей остаются актуальными в практике ургентной хирургии. Экстренные операции, выполняемые по поводу этих заболеваний, являются вторыми по частоте у детей после аппендэктомии. Отсутствие четких дифференциально-диагностических критериев и алгоритма тактики хирурга, входящих в состав в понятие синдрома «отечной мошонки» у детей приводит к неблагоприятным исходам хирургического лечения.

Цель исследования – повысить эффективность диагностики и лечения детей с перекрутом яичка и уменьшить риск повторных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В исследование включено 50 детей в возрасте от 14 до 16 лет, с 2010 по 2015 г. с перекрутом яичка. В среднем 10 детей в год. Всем пациентам проводилось оперативное вмешательство: ревизия яичка, его деторсия, оценка жизнеспособности яичка. В послеоперационном периоде проводилась комплекс-

ное лечение: инфузионная (первые 3-е сут), антибактериальная, десенсибилизирующая и дезагрегантная терапия, физиотерапия, ежедневные перевязки. Контроль качества лечения и жизнеспособностью яичка, мы осуществляли с помощью эхографии.

Результаты. У 34 пациентов перекрут яичка был на 180° и время от начала заболевания и до оперативного вмешательства составило первые 12 ч. У 12 детей время от начала заболевания было свыше 12 ч и до суток. Интраоперационная картина выявляла перекрут яичка на 360°. И 4 пациентов обратились в нашу клинику с момента манифестации страдания свыше 24 ч и до 3-х суток. У пациентов данной группы перекрут яичка составил 540°. Нами выявлена особенность: правое яичко закручивается по часовой стрелке, левое – против. Всем детям проводилось комплексное лечение. Эхографический контроль мы выполняли на 5-е сутки. Нарушение нормального взаимоотношения структурных единиц мошонки, при ЦДК снижение или отсутствие кровотока

в проекции яичка, спиралевидная деформация семенного канатика, подтверждающаяся прерыванием кровотока при ЦДК в сосудах канатика, нами трактовались как показатель для повторной ревизии яичка. Мы выполнили 8 повторных оперативных вмешательств. У 4-х детей были сформулированы показания к орхиэктомии.

Заключение. Детям, обратившимся в хирургический стационар с направляющим диагнозом перекрут яичка необходимо проведение эхографического исследования и экстренное оперативное вмешательство: ревизия яичка на стороне интереса. Проведение комплексного лечения приводит к значительному снижению риска повторных ревизий.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГЕМАТОГЕННОГО МЕТАЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Шерназаров И.Б., Султонов Ш.Р., Рахмонов Ш.Дж., Шарипов П.Ш.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Цель – изучить роль микрофлоры в этиологической структуре при метаэпифизарном остеомиелите у новорожденных.

За последние 5 лет (2010–2014 гг.) в отделении новорожденных и детей грудного возраста находились 139 новорожденных с острым гематогенным метаэпифизарным остеомиелитом (ОГМЭО). Патология локализовалась в проксимальном эпифизе плечевой кости у – 19 (13,6%), в проксимальном эпифизе бедра у 44 (31,6%) и в дистальном эпифизе бедренных костей у 25 (17,9%) больных. Многоместный остеомиелит встречался у 51 (36,6%) больных. Сочетанное поражение отмечалось: в плечевых и тазобедренных суставах 15,2% и плечевых костей 10,6% случаев.

При корреляции микрофлоры гнойного очага и кишечника выявлено, что из 139 обследованных больных у 119 (85,6%) из гнойного очага высевалась аналогичная микрофлора и из кишечника. Это свидетельствует о роли нарушения микрофлоры кишечника в генезе ОГМЭО в нашем регионе. Для кишечника и гнойного очага характерно упорное и длительное выделение кишечной палочки и протей. Динамика выделения этих форм бактерий чаще всего 66% совпадало с цикличностью клинических проявлений.

Нами установлена некоторая особенность выделения микрофлоры при разных вариантах течения ОГМЭО.

Так, стафилококк обнаружен в гнойном очаге при тяжелом течении процесса локализованного варианта. При септическом и септико-пиемическом варианте, соответственно, преобладали протей 44% и кишечная палочка 65%. Ассоциация микробов отмечена в 15,5% случаев. С кишечной палочкой чаще всего ассоциировали протей и грибы рода Кандида. Выделение из гноя микроорганизмов только одного вида дает основание говорить о роли данного микроба в этиологии остеомиелитов. Находка же микробных ассоциаций представляют трудности при интерпретации и суждении об этиологической роли определенного участника. В таких случаях немаловажное значение имеет количественная характеристика представителей микробной флоры.

Как правило, течение ОГЭО у детей микробными ассоциациями носило затяжной и более тяжелой характер. Особенно тяжело ОГЭО протекал при наличии 3 или 4 ассоциаций.

Таким образом, микробиологическое обследование больных с ОГЭО показало, что при этом заболевании преобладает грамотрицательная флора: кишечная палочка, протей и клебсиелла. Преобладание этих микроорганизмов отмечается не только в гнойном очаге, но и в крови и в кишечнике. Тяжелое септическое поражение более характерно для поражения кишечной палочкой, протеем и клебсиелой.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕДКИМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ГОЛЕНИ И СТОПЫ

Шляпникова Н.С., Петров М.А., Панкратов И.В., Мамошук Л.И., Гуревич А.Б., Снигирев И.Г.

Морозовская ДГКБ, г. Москва; кафедра детской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, г. Москва

Цель работы – определить тактику лечения редких пороков развития голени и стопы.

В отделении травматологии и ортопедии морозовской ДГКБ с 2012 по 2013 г. выполнено 5 корригирующих операции по формированию опорной конечности.

Все дети были мальчиками, все пациенты впервые обратились в нашу клинику. Возраст пациентов составил 2, 3, 3, 7 и 15 лет. До обращения все пациенты наблюдались по поводу порока развития голени. При этом пациенту 15 лет трижды выполнялись этап-

ные удлинения конечности. Пациенту 7 лет впервые операция была выполнена в 2 года и включала в себя резекцию фиброзного тяжа малоберцовой кости, удлинение конечности. Дети 2 и 3 лет получали исключительно консервативное лечение по поводу деформации стоп. Укорочение составило у ребенка 2 лет – 12,5 см, 3 лет – 7 см, 7 лет – 15 см. У ребенка с врожденным изолированным ложным суставом малоберцовой кости диагноз был поставлен в три года, в связи с изменением опоры на стопу.

В лечении мы основывались на классификации и методике Paley. Алгоритм выбора метода лечения определяется возрастом пациента, типом деформации голеностопного сустава, наличием деформации в средней трети голени и степенью укорочения конечности. 3 детям проводилось наложение спицестержневого шарнирного аппарата. Остеотомия для проведения удлинения выполнялась на высоте искривления. У 2-х из 3-х пациентов проводилось одномоментное иссечение тяжа малоберцовой кости и методика superankle. Рентгенологическое удлинение составило 6, 8 и 11 см. Всем 3 детям в настоящее время создана стабильная опорная конечность. Ре-

бенку 15 лет поступившему с отсутствием укорочения, с выраженным вывихом стопы был сразу выполнен артродез голеностопного сустава на интрамедуллярном штифте. Ребенку с врожденным ложным суставом была выполнена резекция области ложного сустава, операция лангенсвольд.

Использование этапного подхода с формированием возрастных групп коррекции деформации позволяет прогнозировать укорочение и осуществить этапный подход к лечению данной патологии с этапной коррекцией укорочения и формированием к окончанию роста стабильной, функциональной, опорной конечности.

ПРИМЕНЕНИЕ АНАПРИЛИНА С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ НА БАЗЕ ВИТЕБСКОГО ОБЛАСТНОГО ДЕТСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Шмаков А. П., Зуев Н. Н., Зуева О. С.

Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

Цель исследования – оценить эффективность использования для медикаментозной терапии инфантильных гемангиом препарата анаприлин (пропранолол).

Материал и методы. Группу наблюдения в нашем исследовании составили дети в возрасте до 12 мес, находившиеся в 2014 г. на лечении по поводу неоперабельных инфантильных гемангиом в хирургическом отделении Витебской детской клинической больницы. Данным пациентам в схему медикаментозной терапии включался препарат анаприлин в дозировке от 2 до 3 мг/кг/сут, разделенный на два приема, курсом на 6 месяцев.

Результаты и обсуждение. Для оценки эффективности терапии учитывались следующие параметры: прекращение роста и/или уменьшение размеров гемангиомы, уменьшение ее плотности и яркости окраски.

У всех 8 пациентов уже на следующие сутки после назначения анаприлина имела место положительная динамика: плотность гемангиомы уменьшалась, цвет становился более бледным. Наиболее выраженный эффект отмечался на фоне дальнейшего применения препарата, при чем уже в первый месяц от начала приема

Через 6 мес лечения у 2 детей отмечен практический полный регресс ИГ (данные пациенты начали курс терапии в первые два месяца своей жизни и не получали до этого по поводу гемангиомы никакого лечения). Остальные дети из группы наблюдения продолжают терапию анаприлином с выраженным клиническим эффектом. У одного ребенка после окончания курса терапии анаприлином после отмены препарата отмечено рецидивирование гемангиомы, что потребовало повторного назначения фармпрепарата. Побочных эффектов препарата в ходе лечения не выявлено.

Выводы. 1. При неоперабельных инфантильных гемангиомах после верификации диагноза как препарат первого ряда должен применяться неселективный β-адреноблокатор анаприлин, при чем его необходимо назначать в первые месяцы жизни пациента, что позволяет получить более значимый результат от терапии.

2. Полученные результаты наблюдения и лечения пациентов с ИГ свидетельствуют об эффективности и достаточной безопасности терапии указанного заболевания анаприлином.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РУБЦАМИ КОЖИ ПОСЛЕ ГЛУБОКОЙ ФРАКЦИОННОЙ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ

Шурова Л. В., Будкевич Л. И.

НИИ хирургии детского возраста ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», г. Москва

Результаты применения фракционного лазерного фототермолиза в режиме Deep FX для устранения рубцов у взрослых пациентов свидетельствуют о высокой эффективности данной операции при устранении рубцов кожи. Однако высокая угроза инфицирования участков кожи на месте процедуры с образованием длительно не заживающих язвенных дефектов требует проведения антибиотико-

профилактики. Между тем это не гарантирует от развития местных осложнений после операции, что ограничивает использование метода глубокой фракционной лазерной абляции, особенно у детей с рубцами кожи.

Учитывая, что данная технология позволила бы значительно расширить спектр малотравматичных вмешательств для коррекции косметических дефектов кожи и устранения

функциональных нарушений в области суставов дерматогенного характера у ожоговых реконвалесцентов детского возраста, была разработана новая тактика ведения данного контингента больных после лазерной абляции рубцов.

Лечение проведено у 26 детей, которым было выполнено 53 процедуры лазерной абляции. После лечения наблюдались такие изменения рубцов, как эритема от розового до интенсивно красного цвета, появление капиллярного кровотечения разной степени выраженности, отечность тканей. Из общих симптомов отмечались жалобы на ощущения жжения в области операции. Согласно разработанной тактики ведения больных после операции, раневую поверхность закрывали комбинированными повязками с гидрокортизоновой мазью и раствором диоксида. После перевода больного из операционной в палату послеоперационную область охлаждали пакетами со льдом каждые 3 ч в течение 6–9 ч. Это позволяло купировать болевой

синдром и способствовало уменьшению локального отека тканей в зоне лазерного воздействия. Для обезболивания в ряде случаев назначали внутримышечное введение анальгетиков. Кроме этого, не зависимо от площади воздействия, с целью профилактики инфекционных осложнений всем пациентам обязательно парентерально проводилась антибактериальная терапия в течение 2–7 дней. Перевязки после операции выполнялись через каждые 24 ч с обработкой раневой поверхности водным 0,5% раствором хлоргексидина с последующим нанесением тонкого слоя 1% гидрокортизоновой мази, который закрывали марлевыми салфетками с 1% раствором диоксида. Их выполняли в течение 10 дней. Через 11–12 дней после выписки ребенка начинали противорубцовое лечение.

В результате проведенного лечения гнойных осложнений ни у одного пациента не наблюдалось, а в катамнезе отмечалось значительное уменьшение выраженности рубцов.

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ЭЛЕКТРОДНОГО ФАРМАФОРЕЗА С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА МЕДИЦИНСКОГО «FARMA T.E. B. TRANS EPIDERMAL BARRIER PHYSIO» ДЛЯ ТРАНСКУТАННОГО ВВЕДЕНИЯ КОСМЕТИЧЕСКОГО ФЕРМЕНТНОГО СРЕДСТВА У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОЖГОВЫМИ РУБЦАМИ КОЖИ

Шурова Л. В., Будкевич Л. И., Корсунский А. А.

НИИ хирургии детского возраста ГБОУ «ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова», г. Москва; ГБУЗ ДКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗ г. Москвы

Введение коллагенолитических средств в рубцовую ткань при лечении пациентов с последствиями ожогов является одной из основной составляющей комплекса реабилитационных мероприятий, проводимых у них. Традиционно с этой целью используются физиотерапевтические процедуры – электрофорез или фонофорез с соответствующими препаратами. Однако у детей с рубцами кожи, в связи с анатомо-физиологическими особенностями растущего их организма, воздействия физиотерапевтических процедур могут сопровождаться побочными реакциями, что обуславливает усиление роста рубцовой ткани в 10% клинических наблюдений.

В противоположность этому, инновационная технология трансдермального введения лекарственных средств на основе использования медицинского аппарата «Farma T.E. B. Trans Epidermal Barrier PHYSIO» позволяет вводить препараты на строго заданную глубину, не вызывая изменений в тканях. До сих пор этот метод у детей с послеожоговыми рубцами кожи не применяли.

Метод был использован при лечении 20 пациентов с послеожоговыми рубцами кожи. У каждого пациента было выполнено по 10 сеансов электродного фармафореза с ферменколом. Нами установлено, что максимальный эффект при проведении фармафореза, не зависимо от толщины рубцов, достигался при воздействии на глубину 1 мм и интенсивности «1» (при большей интенсивности появлялись жалобы на неприятные ощущения). Длительность процедуры составляла не более 5–10 мин. Побочных явлений и осложнений не наблюдалось.

В результате лечения у всех детей отмечались повышение эластичности рубцов, уменьшение их плотности и снижение гиперестезии, восстановление кожной чувствительности на месте гипертрофических рубцов. В катамнезе у всех детей наблюдалось улучшение показателя дерматологического индекса качества жизни, что свидетельствовало об эффективности метода электродного фармафореза у детей с рубцами кожи.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С РЕДКИМИ ВИДАМИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Щебенков М. В., Котин А. Н., Зайцев Я. В., Жирылеев А. А.

Кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург; ДГКБ № 1, г. Санкт-Петербург; ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова, г. Санкт-Петербург

Лапароскопическая герниопластика при грыжах передней брюшной стенки у детей применяется в клинике с 1994 г. Проведено более 3500 операций. Большинство из них (99%) выполнено по поводу патологии влагалищного отростка брюшины.

В 15 случаях встретились с редкими видами грыж передней брюшной стенки: бедренной грыжей у 8 детей (от 5 до 14 лет), у 4-х пациентов найдена прямая паховая грыжа (дети от 3 до 5 лет), 2 мальчика (2-х и 3-х лет) оперированы по поводу вентральной грыжи, связанной

с нарушением миграции яичка и в одном случае пахово-мошоночную грыжу симулировала обширная забрюшинная липома.

Техника лапароскопического вмешательства при бедренных грыжах включала мобилизацию грыжевого мешка с перемещением его в брюшную полость на фрагменте брюшины, пластику грыжевого дефекта внебрюшинно фиксированным к паховой связке сетчатым имплантом (викрил), с последующей его перитонизацией. В двух случаях бедренная грыжа была осложнена ущемлением в грыжевых воротах пряди сальника, которая, перед проведением герниопластики, была вправлена в брюшную полость.

При прямых паховых грыжах грыжевой мешок, так же как при бедренных, полностью выделялся из брюшной стенки и перемещался в брюшную полость. Грыжевой дефект брюшной стенки ушивался внебрюшинно герметизирующим швом (этибонд) с использованием паховой связки и косой мышцы, операция заканчивалась перитонизацией.

При вентральных грыжах эктопированное на переднюю брюшную стенку яичко мобилизовалось и перемещалось в брюшную полость, затем оно низводилось в мошонку через созданный канал в медиальной паховой ямке, где фиксировалось к мясистой оболочке. Грыжевой дефект брюшной стенки ушивался «П» образными швами (этибонд).

Забрюшинная липома явилась операционной находкой при лапароскопии по поводу пахово-мошоночной грыжи, грыжевые ворота при этом не обнаружены. Липома после проведения компьютерной томографии была полностью иссечена лапароскопически без вмешательства на элементах семенного канатика.

Все пациенты выписаны на следующий день после операции. Контрольный осмотр через месяц и через год патологии не выявил.

Эндовидеохирургия позволила во всех случаях редких грыж своевременно определить ее вид и выбрать оптимальную малоинвазивную технику герниопластики. Лапароскопический доступ при грыжах передней брюшной стенки у детей имеет несомненные преимущества.

ТРАХЕОСТОМИЯ В ДЕТСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Щербина И. А., Кугаевских В. Н., Мишкин В. В., Медведев М. В.

ГДКБ № 3, г. Омск

Несмотря на совершенствование интубационной техники операция трахеостомии в детском возрасте сохраняет свою актуальность. За последние годы показания к ней расширяются и нередко носят плановый характер.

Цель исследования – анализ показаний к наложению трахеостомы в условиях детского многопрофильного стационара.

Пациенты и методы исследования. Проведен анализ показаний и исходов трахеостомии у детей от 0 до 14 лет, произведенной в ГДКБ № 3 г. Омска в 1994–2014 гг. ГДКБ № 3 является многопрофильной больницей с ежедневным круглосуточным оказанием неотложной хирургической помощи детям (кроме ЛОР- и челюстно-лицевого отделений).

Результаты исследования и обсуждение. В ГДКБ № 3 выполнено 84 трахеостомы за 20 лет, из них у больных нейрохирургического профиля (при тяжелой черепно-мозговой травме (ЧМТ) – 42). У больных с ЧМТ и длительной интубацией важны сроки наложения трахеостомы: лучше не позднее 5–6-х суток, при сочетании тяжелой ЧМТ и торакальной травм можно производить операцию на 3-и сутки, как у взрослых.

С 2005 г. в больнице оказывается неотложная и плановая помощь больным неврологического профиля. Им проведено 16 операций. В этих случаях трахеостомия часто является паллиативной операцией, пожизненно обеспечивающей ИВЛ. Больным гнойноторакального отделения были наложены трахеостомы

12 больным. По возрасту все больные распределились следующим образом: до 1 года 17 детей, 1–3 года – 10 больных, 3–7 лет – 14 больных, школьников – 39 (среди них старше 14 лет 3 больных). Наибольшее число больных пришлось на школьный возраст – 39. Среди них с тяжелой ЧМТ – 24 человека, с опухолью мозга – 4 больных, с ОНМК 3 больных, 2 больных с сепсисом.

Исход трахеостом у наших больных. От основного заболевания в разные сроки умерли 26 человек, от кровотечения из трахеостомы в поздний период – 3 человека хронических канюленосителей с тяжелым течением основного заболевания. Деканюлировано 38 больных. Судьба 4 иногородних канюленосителей нам неизвестна. Канюленосителями остаются 13 больных. Среди хронических канюленосителей 4 детей с прогрессирующими заболеваниями НС и 5 – с тяжелой перинатальной патологией НС в сочетании с тяжелой эпилепсией. Трое больных в процессе восстановления функции гортани и трахеи.

Выводы. Показания к наложению трахеостомы расширяются за счет тяжелых больных различного профиля, преимущественно с поражением ЦНС, у которых имеется необходимость длительной ИВЛ.

Среди всех больных доминируют больные нейрохирургического профиля, чаще с ЧМТ. В дополнительном обследовании и реконструктивных операциях нуждаются больные с аномалией развития гортани и формированием рубцовых стенозов гортани.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БЕЗСВИЩЕВЫХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНОЙ АТРЕЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Эргашев Б. Б., Хамроев У. А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель – улучшение результатов хирургического лечения без свищевых форм аноректальной атрезии (АРА) у новорожденных.

Безсвищевые формы АРА являются один из тяжелых врожденных пороков, которое требует экстренной диагностики и хирургического лечения во избежание грозных осложнений и хирургической летальности новорожденного.

Под нашим наблюдением за последние 2 года в отделение неонатальной хирургии РПЦ находилось 40 больных с безсвищевыми формами АРА. Среди них мальчиков составило – 32 (80%), девочек – 8 (20%). Доношенные были – 36 (90%), недоношенные – 4 (10%). Без свищевые формы АРА сочеталась с урологическими пороками развития – 64% и с атрезией пищевода и пороками сердца – 36% случаев. Среди всех новорожденных у 11 (27,5%) выявлены множественные и сочетанные аномалии. При диагностике без свищевых форм АРА у новорожденных, для определения длины атрезии, кроме общезыщальных и местных методов исследования, проводились УЗИ и рентгенологические методы.

Анализ клинических данных показали что, при без свищевых форм АРА у новорожденных, традиционные рентгенологические методы исследования по Вангенстину не всегда дали возможность точного определения уровня диастаза при атрезии, что часто привело к тактической ошибке. Длительное время (12–17 ч) ожидания для обследования ребенка, во многом чревато

опасно осложнениями, интоксикации и ухудшение состояние ребенка. Поэтому в последнее время при диагностике без свищевых форм АРА у новорожденных при первичной диагностике с успехом применяется УЗИ, как неинвазивный, безвредный и наиболее информативным методом. Верификация УЗИ данных полностью совпадает с рентгенологическими во всех случаях. В результате из 40 больных без свищевых форм АРА у новорожденных у 13 (32,5%) выявлена высокая форма (диастаз больше 2 см), у 11 (27,5%) средняя форма (диастаз до 1–2 см) а у 16 (40%) низкая форма (диастаз до 1 см) атрезии ануса и прямой кишки.

Среди всех новорожденных без свищевых форм АРА хирургическому лечению подлежал 38 ребенка. Два ребенка умерли до операции из-за крайне тяжелого состояния на фоне комбинированного порока развития. Среди оперированных у 20 (50%) новорожденных проведена промежуточная проктопластика, у 20 (50%) больным наложена сигмостомия. Спустя 4–7 мес скорректирован атрезии путем ЗСАРП и БППП. Послеоперационная летальность составила 9 больных (23%). Причинами явились множественные пороки развития – у 5 (55,5%), септическое состояние (ВУИ, НЭК и др.) – у 4-х (44,5%).

Таким образом, наиболее информативным и малоинвазивным методом диагностики при без свищевых форм АРА следует считать УЗИ, которое позволяет оптимизировать выбор способа операции.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ МЕГАУРЕТЕРОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Юшко Е. И.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Система медицинской реабилитации и диспансерного наблюдения детей с органической обструкцией в пузырно-уретеральном сегменте после проведенного хирургического лечения, которая сложилась на сегодняшний день, не обеспечивает в полной мере их эффективного оздоровления. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения по сводным литературным данным показывает, что у 5,6–18,2% они неудовлетворительные.

Цель исследования – повышение эффективности хирургического лечения детей с первичным обструктивным мегауретером с использованием возможностей восстановительного лечения в раннем послеоперационном периоде в условиях детской реабилитационной больницы.

Материал и методы. В основную группу для оценки эффективности реабилитационных мероприятий в ус-

ловиях нефрологического отделения детской больницы медицинской реабилитации включены 145 детей. После проведения реконструктивной операции на мочевых путях и выписки на амбулаторное лечение реабилитационные мероприятия пациентам проводили под наблюдением реабилитолога, детского уролога поликлиники по месту жительства ребенка. Они включали антибактериальное, противовоспалительное, общеукрепляющее лечение, нефропротекцию. Особенностью данного исследования было раннее направление пациентов на восстановительное лечение: в среднем, через 4–5 нед после выписки из стационара. В группу сравнения включены дети такого же возраста с аналогичной аномалией и проведенным хирургическим лечением, но по разным причинам направленных на оздоровление через 8–12 мес после операции.

Результаты. По сводным оценкам результатов оздоровления в основной группе у 59 (40,7%) отмечено значительное улучшение, а еще у 68 (46,9%) улучшение. Осложнений и побочных эффектов в ходе проводимого лечения мы не наблюдали. Сравнительная оценка результатов оздоровления в обеих группах продемонстрировала лучшие результаты среди детей основной группы.

Заключение. Реабилитацию детей после хирургической коррекции органической обструкции в пузырно-уретеральном сегменте целесообразно проводить на базе местных реабилитационных учреждений. Направлять пациентов на восстановительное лечение необходимо в ранние сроки после хирургического вмешательства.

БИЛИАРНО-ПАНКРЕАТИЧЕСКИЕ КИСТЫ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Якубов Э.А., Эргашев Н.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель – выбор оптимальной тактики лечения при билиарно-панкреатических кистах холедоха у детей на основании клинического течения.

Материалы и методы исследования. В клиникских базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в течение последних 35 лет пролечены 75 больных (58 девочки и 17 мальчиков) с кистой холедоха (71), а также заболеваниями, которые симулировали данную аномалию (солитарная киста печени – 2, удвоения желчного пузыря – 1, водянка желчного пузыря – 1). 69 больным с кистой холедоха проведены различные виды операций. Один ребенок умер на дооперационном периоде, а одна больная с болезнью Кароли, временно отказалась от операций.

Результаты и обсуждение. Необходимо различать билиарные кисты (54), содержимым которых является желчь, билиарно-панкреатические кисты (5), при которых в кистозно-расширенные ходы открывается проток поджелудочной железы и калькулезная киста (10). Поступление панкреатического сока в полость кисты способствует развитию ферментативного холецистохолангита, а застой и затруднение оттока из полости кисты обуславливает развитие панкреатита. При нарушении оттока панкреатического сока у 6 больных наблюдали явления панкреатита. У 5 больных выявлена билиарно-панкреатическая киста, у одного ребенка развитие панкреатита можно связать со сдавлением головки поджелудочной железы кистозным образованием. В отличие от других больных у этих пациентов боли повторялись часто, что отражалось на их общем состоянии. О вовле-

ченности поджелудочной железы трудно судить по наличию болевого синдрома. Более достоверным признаком является повышение активности амилазы крови и мочи. Клинические проявления данной патологии зависят также и от взаимоотношения кисты с протоком поджелудочной железы. У 3 больных часто повторяющийся болевой синдром при отсутствии желтухи и опухолевидного образования был обусловлен холецистохолангитом при билиарно-панкреатической кисте. Диагностику билиарно-панкреатических кист осуществляли с помощью интраоперационной холангиографии. У 2 больных выполнена операция Roux. При выполнении операции Roux нарушается физиология пищеварения, так как желчь не поступает в двенадцатиперстную кишку. Поэтому, когда в терминальный отдел расширенного общего желчного протока открывается проток поджелудочной железы, производили билиодигестивный анастомоз, предусматривающий физиологичность пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку и снижение интенсивности восходящего рефлюкс-холангита. С этой целью у 3 больных с билиарно-панкреатической кистой мы применили гепатикодуоденостомию с клапанным механизмом и реконструкцией желчных протоков. В послеоперационном периоде у всех больных с билиарно-панкреатической кистой не выявлены признаки панкреатита.

Таким образом, клиническое течение заболевания зависит от состояния панкреатического протока, т.е. сообщения Вирсунгова протока с кистозно-расширенным желчным протоком и тактика операции устанавливается на основании интраоперационной холангиографии.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Программа Съезда детских хирургов России.....	4
---	---

МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

<i>Абушкин И. А., Абушкина В. Г.</i> Постепенное сближение краев гнойной раны под контролем напряжения кислорода в растягиваемых тканях как способ закрытия обширных раневых дефектов.....	14
<i>Абушкин И. А., Васильев И. С., Денис А. Г., Романова О. А., Судейкина О. А., Лапин В. О.</i> Ошибки в диагностике и лечении сосудистых аномалий.....	14
<i>Абушкин И. А., Лапин В. О., Романова О. А., Денис А. Г., Васильев И. С.</i> Лазерная термотерапия в лечении венозных и артериовенозных мальформаций.....	15
<i>Абушкин И. А., Васильев И. С., Денис А. Г., Романова О. А., Судейкина О. А., Лапин В. О.</i> Ошибки в диагностике и лечении сосудистых аномалий.....	15
<i>Аверин В. И.</i> Хирургическая реабилитация детей с недержанием мочи.....	16
<i>Аверин В. И., Рустамов В. М.</i> Осложненный дивертикул Меккеля у детей.....	16
<i>Адаменко О. Б., Бондарев О. И., Гельд Ю. Г., Сизонов В. В.</i> Клинико-морфологическое обоснование консервативного лечения обструктивных заболеваний мочеочника у детей.....	17
<i>Адылова Г. С., Алиев М. М., Юлдашев Р. З.</i> Морфологические изменения печени при атрезии желчевыводящих путей.....	18
<i>Акрамов Н. Р., Галлямова А. И.</i> Значение методики единого лапароскопического доступа в ведении пациентов с синдромом непальпируемых яичек.....	18
<i>Аксельров М. А., Аксельров А. М., Супрунец С. Н., Емельянова В. А., Сергиенко Т. В., Анохина И. Г., Киселева Н. В., Столяр А. В., Дадашева С. М., Связан В. В., Вешкурцева И. М.</i> Роль энтеральной оксигенации в комплексном лечении прогрессирующего некротизирующего энтероколита.....	19
<i>Аксельров М. А., Аксельров А. М., Супрунец С. Н., Сергиенко Т. В., Емельянова В. А., Кострыгин С. В., Столяр А. В., Горохов П. А., Вешкурцева И. М., Бодрова Т. В., Сосланд М. И.</i> Синдром Ледда у новорожденных: мы выбираем лапароскопию.....	19
<i>Аксельров М. А., Григорук Э. Х., Белькович С. В., Карлова М. Н., Столяр А. В., Горохов П. А., Сергиенко Т. В., Дадашева С. М., Кострыгин С. В.</i> Тактика лечения обструктивных уропатий у детей периода новорожденности.....	20
<i>Аксельров М. А., Григорук Э. Х., Карлова М. Н., Столяр А. В., Горохов П. А.</i> Выбор методы органонуносящих операций у новорожденных.....	20
<i>Аксельров М. А., Сергиенко Т. В., Кострыгин С. В., Столяр А. В., Карлова М. Н., Горохов П. А., Дадашева С. М., Григорук Э. Х., Супрунец С. Н., Емельянова В. А.</i> Метод фокера при атрезии пищевода с непреодолимым диастазом. первый опыт применения торакокопии (Клиническое наблюдение).....	21
<i>Аксельров М. А., Сергиенко Т. В., Кострыгин С. В., Столяр А. В., Карлова М. Н., Горохов П. А., Дадашева С. М., Григорук Э. Х., Супрунец С. Н., Емельянова В. А.</i> Атрезия пищевода. первый опыт эндоскопических операций.....	21
<i>Александров А. В., Рыбченко В. В., Волков В. В., Львов Н. В.</i> Лечение врожденных пороков развития кисти у детей в условиях отделения реконструктивной микрохирургии.....	22
<i>Александров А. В., Рыбченко В. В., Львов Н. В., Смолянкин А. А.</i> Восстановление сухожилий сгибателей пальцев кисти в критической зоне у детей.....	22
<i>Алиев М. М., Рахматуллаев А. А., Теребаев Б. А., Султанов А. К., Рузиев М. Ю.</i> Эндоскопическое лечение при высоких степенях пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.....	23
<i>Алиев М. М., Адылова Г. С., Юлдашев Р. З., Бабаев А. О., Узбеков Р. К., Мусаев Э. М.</i> Киста Холедоха у новорожденных и детей раннего возраста.....	24
<i>Алиев М. М., Арифджанов Н. С., Тилавов У. Х., Саитазизов Х. Б., Каримов Б. А., Шохайдаров Ш. И.</i> Стентирование постожоговых стриктур пищевода у детей.....	24
<i>Алиев М. М., Дехконбоев А. А., Адылова Г. С.</i> Информативность метода ультразвукового исследования при выборе тактики лечения у новорожденных с некротическим энтероколитом.....	25
<i>Алиев М. М., Юлдашев Р. З., Адылова Г. С., Дехконбоев А. А., Шохайдаров И. Ш., Едгоров Ж. И.</i> Портальная билиопатия при внепеченочной портальной гипертензии у детей.....	26
<i>Арестова С. В., Афуков И. В., Котлубаев Р. С., Куркин А. П., Коваленко А. А., Мельцин И. И.</i> Кистозные образования брюшной полости у новорожденных.....	26

<i>Астамирова Т.С., Будкевич Л.И., Сошкина В.В.</i> Лечение детей с ожоговыми ранами во влажной среде	27
<i>Асылбеков У.Е., Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Кульманов Х.Б.</i> Оптимизация методов диагностики на этапах лечения компрессионных переломов тел позвонков у детей	28
<i>Афуков И.В., Арестова С.В., Котлубаев Р.С., Мельцин И.И., Калинина Ю.А.</i> Диагностика и лечение острой спаечной кишечной непроходимости у детей	28
<i>Бабич И.И., Дынник А.Г., Шилов Г.Л.</i> Особенности лечения комбинированных огнестрельных ранений органов брюшной полости у детей и подростков	29
<i>Бабанов Д.В., Сафронов Б.Г., Игнатъев Е.А., Царьков М.В., Можсаев А.В.</i> Особенности моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта при остром аппендиците у детей	30
<i>Бабич И.И., Пискунова С.Г., Короткова О.В.</i> Проблемы постдипломного образования и повышения качества urgentной хирургической помощи детям	30
<i>Баиров В.Г., Баиров А.Г., Александров С.В., Сигунов В.С., Баранов А.А.</i> Осложненное течение дивертикула Меккеля у детей ...	31
<i>Баранов Р.А., Петров М.А., Шляпкина Н.С., Гуревич А.Б., Панкратов И.В., Снигирев И.Г.</i> Кожная пластика у детей с инфицированными и вялогранулирующими дефектами кожи и мягких тканей	32
<i>Баранюк И.С., Попов В.Е.</i> Минимально инвазивные методы лечения детей с травмами костей средней зоны лицевого скелета ...	32
<i>Бардеева К.А., Пискалов А.В.</i> Кефалогематома – новые возможности в диагностике	33
<i>Барская М.А., Быков Д.В., Варламов А.В., Леонтьев А.В.</i> Наш опыт лечения болезни гиришпрунга у детей	33
<i>Барская М.А., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Кузьмин А.И., Осипов Н.Л., Хасянзянов А.К.</i> Диагностика и лечение острого деструктивного панкреатита у детей	34
<i>Батаев С-Х. М., Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Нурик В.И., Игнатъев Р.О., Гусева Н.Б., Чумакова Г.Ю., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Молотов Р.С.</i> Отдаленные результаты лечения детей после реконструкции пищевода	34
<i>Беляева О.А., Беляева А.В., Кондрашин С.А., Поляев Ю.А., Ширяев А.А.</i> Мини-инвазивные навигационные вмешательства у детей с непаразитарными кистами селезенки	35
<i>Богданов С.Б.</i> Актуальность пластики полнослойным кожным аутоотрансплантатом при глубоких ожогах лица у детей	35
<i>Богданов С.Б., Афаунова О.Н., Бабичев Р.Г.</i> Раннее хирургическое лечение с использованием инновационных раневых покрытий в детской комбустиологии	36
<i>Бондаренко С.Г., Кузовлева Г.И.</i> Модификация лапароскопического уретеропиелоанастомоза при обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента	37
<i>Бочарников Е.С., Пономарев В.И., Кугаевских В.Н., Федоров Д.А., Ситко Л.А., Шевчук В.И.</i> Оптимизация оказания медицинской этапной медицинской помощи детям с инородными телами дыхательных путей	38
<i>Будкевич Л.И., Зайцева Т.В., Астамирова Т.С., Сошкина В.В.</i> Результаты влияния вакуумной терапии на течение раневого процесса	38
<i>Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Королев П.В., Минаков О.А., Птицын В.А., Вечеркин Д.В.</i> Ранняя диагностика нарушений параметров центральной гемодинамики у детей с неотложной хирургической патологией	39
<i>Вечеркин В.А., Щербинин Р.Л., Фелюфьянова С.В., Птицын В.А., Хорошилов Д.О., Чекмарева Д.В., Фадеева Д.А., Бочарова Н.В., Коряшкин П.В.</i> Диагностика и этапное лечение омфалоцеле и гастрошизиса у детей	39
<i>Волков А.А., Азаров М.В., Кочарян С.М., Дюг И.В., Махин Ю.Ю., Купатадзе Д.Д., Набоков В.В.</i> Отдаленные результаты хирургического лечения илеофemorального тромбоза у детей	40
<i>Волкова О.В., Зинченко С.А., Гонцов С.В., Григорьева В.А., Дубова Е.И., Пеливанов Ф.П., Олейник А.В.</i> Ликворное стентирование у недоношенных новорожденных при гидроцефалии, осложненной некротическим энтероколитом	40
<i>Володько Е.А., Бровин Д.Н., Мираков К.К., Коломина И.Г., Окулов А.Б.</i> Эндоскопия мочеполовых протоков у детей с гипоспадией и вариантами нарушения формирования пола	41
<i>Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Лисенок А.А., Манжос П.И., Иманалиева А.А.</i> Результаты эндохирургических ретроперитонеальных операций при заболеваниях верхних мочевых путей у детей	42
<i>Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Лазивили М.Н.</i> Повторные лапароскопические пиелопластики при рецидиве гидронефроза	42
<i>Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Иманалиева А.Э., Лазивили М.Н., Корочкин М.В.</i> Лапароскопическая пиелопластика при гидронефрозе у детей	43
<i>Врублевский С.Г., Шмыров О.С., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Лазивили М.Н.</i> Интра- и экстрапузырная эндовидеохирургическая реимплантация мочеточников у детей	43

<i>Гаврилюк В. П., Костин С. В., Арапов А. А., Жиронкин Р. В.</i> Показатели врожденного иммунного статуса на системном уровне у детей в условиях острого гематогенного остеомиелита	44
<i>Гандуров С. Г., Мешков А. В.</i> Пластика пищевода у детей	44
<i>Гасанов Д. А., Барская М. А., Терехин С. С.</i> Оценка результатов оперативного лечения детей с врожденным обструктивным мегауретером	45
<i>Герасименко И. Н., Минаев С. В., Быков Н. И., Тимофеев С. В., Доронин Ф. В., Анисимов И. Н., Филиппова Н. В.</i> Аргоноплазменная коагуляция при лапароскопическом лечении эхинококкоза печени больших размеров у детей	46
<i>Гисак С. Н., Склярова Е. А., Птицын В. А., Большеева Г. С., Баранов Д. А., Шестаков А. А.</i> Острый гнойный анаэробный перфоративный перитонит аппендикулярного происхождения у детей	46
<i>Гисак С. Н., Склярова Е. А., Черных А. В., Баранов Д. А., Гаврилова М. В., Коряшкин П. В.</i> Современный патоморфоз энтеропатогенной хирургической инфекции у детей и полиморфизм возбудителей их острого деструктивного аппендицита, гнойного перфоративного перитонита	47
<i>Горемыкин И. В., Кузьмина Т. В.</i> Результаты лечения детей с врожденным гипертрофическим пилоростенозом	47
<i>Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Петрушин А. В., Наседкин А. Н., Калинина М. П., Озеров С. С.</i> Трансназальная хирургия детей с использованием кт-навигационных систем: 3-х летний опыт нашего центра	48
<i>Грачев Н. С., Ворожцов И. Н., Харькина А. В., Шубин Д. В.</i> Интраоперационный мониторинг возвратных гортанных нервов при операциях на щитовидной железе у детей	49
<i>Григович И. Н., Пяттоев Ю. Г., Хусу Э. П.</i> Подготовка детских хирургов в рф нуждается в реформации	49
<i>Гуз В. И., Веровский В. А., Полодов С. А., Трамова Ж. Д., Мызин А. В., Нецветаева Т. А., Михопулос А. М.</i> Искусственный пищевод у детей	50
<i>Гумеров А. А., Алянгин В. Г., Сатаев В. У., Мамлеев И. А., Цырьяк А. Г.</i> Видеоретроперитонеоскопические операции у детей	50
<i>Гумеров А. А., Неудачин А. Е., Латыпова Г. Г., Мингулов Ф. Ф., Мансурова Э. Ф., Бадертдинов Р. Ф.</i> Тотальная резекция желудка у новорожденного ребенка с язвенно-некротическим гастритом	51
<i>Гумеров А. А., Алибаев А. К., Гумеров Р. А., Зайнуллин Р. Р.</i> Диагностика осложнений дивертикулы Меккеля	51
<i>Давлятов С. Б., Асадов С. К., Сулаймонов С. Ч.</i> Результаты лечения ахалазии пищевода у детей	52
<i>Давыдов Б. Н., Румянцева Г. Н., Бредо Ю. Ф., Петруничев В. В., Денис А. Г.</i> Оценка лечения младенческих гемангиом головы и шеи	52
<i>Данилов А. А., Моця М. А., Нех А. А., Машуренко В. И., Пилипчук О. Р.</i> Хирургическое лечение деформаций нижних конечностей у детей с церебральным параличом	53
<i>Джаватханова Р. И., Гуревич А. И., Мокрушина О. Г., Шапов Н. Ф.</i> Возможности ультразвукового метода в предоперационной диагностике новорожденных с низкими формами атрезии ануса	54
<i>Джаватханова Р. И., Пыков М. И., Гуревич А. И., Соттаева З. З.</i> Диагностическая ценность трансперинеальной эхографии при хронических запорах у детей	54
<i>Джелиев И. Ш., Попович В. С., Цебоев А. В.</i> Огнестрельные ранения груди у детей	55
<i>Дженалаев Д. Б., Мустафинов Д. А., Дженалаев Б. К., Мамлин О. А., Ольховик Ю. М., Нартбаев Е. К., Биалал Р. А.</i> Наш первый опыт выполнения торакоскопической резекции легких у детей	55
<i>Дженалаев Д. Б., Мустафинов Д. А., Мамлин О. А., Нартбаев Е. К., Турлибекова С. С., Сапаров А. И., Мустафинова Г. Т., Аникин В. В.</i> Первый опыт проведения трансплантации печени у детей	56
<i>Дженалаев Д. Б., Мустафинов Д. А., Дженалаев Б. К., Мамлин О. А., Оспанов М. М., Нартбаев Е. К.</i> Эндовидеохирургическая коррекция кист общего желчного протока у детей	57
<i>Домарев А. О., Крестьяшин В. М., Крестьяшин И. В., Гришин А. А.</i> Дифференциальная диагностика болевого синдрома в дистальных отделах нижней конечности у детей	57
<i>Дронов А. Ф., Смирнов А. Н., Чундокова М. А., Тихомирова Л. Ю., Залихин Д. В., Маннанов А. Г., Аль-Машат Н. А., Холостова В. В., Голованев М. А., Ермоленко Е. Ю., Халафов Р. В.</i> Лапароскопия в диагностике и лечении осложненного дивертикула Меккеля у детей	58
<i>Евдокименко Н. А., Конарева Т. Н., Румянцева Г. Н., Рассказов Л. В., Мурга В. В., Иванов Ю. Н., Марасанов Н. С., Копцева А. В.</i> Использование физиотерапии в восстановительном лечении детей с патологией костно-мышечной системы при дисплазии соединительной ткани	58
<i>Жила Н. Г., Комиссаров И. А.</i> Особенности подготовки клинических интернов и ординаторов на кафедре хирургических болезней детского возраста	59

<i>Журило И. П., Медведев А. И., Круглый В. И., Черногоров О. Л.</i> Эффективность эндовидеохирургических методов в диагностике и лечении острых процессов брюшной полости у детей	59
<i>Завьялов А. Е., Болотских Т. Е., Тен Ю. В., Козлов А. А.</i> Прокальцитонин как ранний маркер тяжелых форм синдрома системного воспалительного ответа у недоношенных новорожденных с врожденной хирургической патологией	60
<i>Закурка М. В., Бабич И. И.</i> Определение жизнеспособности петель кишечника при острой кишечной непроходимости у детей	60
<i>Захаров А. И., Коварский С. Л., Струянский К. А., Склярова Т. А., Текотов А. Н., Соттаева З. З., Петрухина Ю. В.</i> Лапароскопическая пиелопластика у детей	61
<i>Захаров А. И., Коварский С. Л., Струянский К. А., Склярова Т. А., Текотов А. Н., Соттаева З. З., Петрухина Ю. В.</i> Ретроперитонеоскопический доступ при простом врожденном гидронефрозе у детей	62
<i>Захаров И. В., Титов А. В., Рачков В. Е.</i> Прямая пункционная гастростомия у детей	62
<i>Злобин С. Б.</i> Компьютерное выявление прогрессирующего идиопатического сколиоза у детей	62
<i>Зюзько А. В., Зюзько С. С., Никонов В. М., Ситко Л. А., Злобин Б. Б., Степанов М. А., Лукаш А. А., Ерахтин А. В.</i> Оптимизация лечения переломов костей предплечья у детей путем использования диагностической сонографии	63
<i>Мельцин И. И., Афуков И. В., Котлубаев Р. С., Арестова С. В.</i> Новый способ репозиции переломов головки и шейки лучевой кости у детей	64
<i>Ибодов Х., Убайдуллоев В. Р., Баротов А. А., Рофиев Р. Р., Икромов Т. Ш.</i> Диагностика и лечение болезни Гиршпрунга у детей	64
<i>Ибодов Х. И., Рофиев Р., Азизов Б. Дж., Икромов Т. Ш.</i> Лечение осложненного эхинококкоза легких у детей	65
<i>Икромов Т. Ш., Ибодов Х., Мирзоев Д. С.</i> Оценка состояния респираторных функций легких у детей с нефролитиазом, осложненным хронической почечной недостаточностью	66
<i>Индерейкин М. В., Томский А. А., Полонская Н. М., Филижанко Т. В.</i> Методы нейрохирургической коррекции тяжелых двигательных нарушений у детей со спастическими формами ДЦП	66
<i>Исмагилов Р. Х., Яфясов Р. Я.</i> Хирургическое лечение дивертикула Меккеля у детей	67
<i>Каган А. В., Немилова Т. К., Бондаренко Н. С.</i> Инвагинация кишечника у детей: диагностика и лечение	67
<i>Карасева О. В., Горелик А. Л., Граников О. Д., Чернышева Т. А., Иванова Т. Ф.</i> Современные технологии в диагностике и лечении травмы поджелудочной железы у детей	68
<i>Карпачев С. А., Соколов Ю. Ю., Руненко В. И., Дружинин В. Р.</i> Лапароскопические вмешательства у детей с гидронефрозом	68
<i>Карпова И. Ю., Паршиков В. В., Батанов Г. Б., Николайчук В. А.</i> Опыт лечения атрезии пищевода у детей	69
<i>Карташев В. Н., Аврасин А. Л., Румянцева Г. Н., Медведев А. А., Янорова А. И.</i> Лечебная тактика при закрытых повреждениях почек у детей	69
<i>Каширин С. Д., Силинский А. И., Израелян Р. Э.</i> Применение эндоскопического склерозирования варикозно расширенных вен пищевода с целью профилактики гастроэзофагальных кровотечений при портальной гипертензии у детей	70
<i>Киргизов И. В., Шишкин И. А., Апросимов М. Н., Апросимова С. И., Королева О. В.</i> Варианты реабилитации пациентов с аноректальными пороками развития	71
<i>Киргизов И. В., Линник А. В., Шишкин И. А., Шахтарин А. В.</i> Отдаленные результаты лапароскопических операций по поводу болезни Гиршпрунга у детей	71
<i>Киргизов И. В., Минаев С. И., Шишкин И. А., Апросимова С. И., Королева О. В.</i> Лапароскопическая аноректопластика при высоких атрезиях прямой кишки	72
<i>Киргизов И. В., Шишкин И. А., Апросимов М. Н., Апросимова С. И., Королева О. В.</i> Оперативное лечение персистирующей клоаки у детей	72
<i>Киреева Н. Б., Хафизова Л. А., Заугаров М. Ю., Арефьев А. Б.</i> Эндоскопическое лечение обструкции и послеоперационного пузырно-мочеточникового рефлюкса при обструктивном мегауретерогидронефрозе у детей	73
<i>Кобилев Э. Э., Раупов Ф. С., Ахмедов А. Т., Халимова Д. Ж., Степаньян Е. С., Саидова С. Г., Саидова Н. Ф.</i> Посттравматический панкреатит у детей	73
<i>Кобилев Э. Э., Раупов Ф. С., Шаропова М. С., Ахмедов А. Т., Халимова Д. Ж., Степаньян Е. С., Саидова С. Г., Саидова Н. Ф.</i> Осложненный дивертикул у детей	74
<i>Кобяцкий А. В., Дроздов А. В., Сухов М. Н., Лыбина И. П., Исаева М. В., Гарбузов Р. В., Мустафа А. Х., Донюш Е. К., Кузетченко И. Н., Лайшева О. А.</i> Синдром Клиппель-Треноне у детей: диагностика и тактика лечения	75
<i>Ковалева О. А., Рудакова Э. А., Юрков С. В.</i> Осложнения после вентрикулоперитонеального шунтирования у детей с прогрессирующей окклюзионной гидроцефалией	75

<i>Коваль Р.П., Мишкин В.В., Ларькин И.И., Ларькин В.И.</i> Использование текалоскопической ассистенции при удалении опухолей конского хвоста у детей.....	76
<i>Ковальков К.А., Козлов Ю.А.</i> Сравнение лапароскопических способов фиксации гастростомических трубок у детей	76
<i>Коварский С.Л., Меновицкова Л.Б., Склярова Т.А., Захаров А.И., Текотов А.Н.</i> Клинические наблюдения редко встречающихся инородных тел мочевого пузыря у детей	77
<i>Комелягин Д.Ю., Дубин С.А., Петухов А.В., Слипченко В.Г., Дземешко Е.Ю., Строгонов И.А., Венгерская Г.В., Стрига Е.В., Владимиров Ф.И., Дергаченко А.В., Дергаченко Ан.В., Вафина Х.Я., Полуэктов М.Г.</i> Хирургическое лечение детей с синдромом обструктивного апноэ, обусловленным недоразвитием костей лицевого скелета	78
<i>Комелягин Д.Ю., Петухов А.В., Дубин С.А., Дергаченко А.В., Владимиров Ф.И., Стрига Е.В., Дергаченко Ан.В., Слипченко В.Г., Пачес О.А., Иванов А.В., Романов Д.В., Вафина Х.Я., Фокин Е.И.</i> Применение пропранолола у детей с младенческими гемангиомами в области головы и шеи	78
<i>Комелягин Д.Ю., Слипченко В.Г., Воробьев В.В., Дергаченко А.В., Петухов А.В., Дубин С.А., Владимиров Ф.И., Пачес О.А., Стрига Е.В., Шафранов В.В., Иванов А.В., Дергаченко Ан.В.</i> Обоснование применения наркоза у детей с капиллярными мальформациями в области головы и шеи при лечении их лазером	79
<i>Комиссаров И.А., Колесникова Н.Г.</i> Роль колодинамического исследования в комплексе диагностических мероприятий при запорах у детей	80
<i>Комиссаров И.А., Колесникова Н.Г., Денисов А.А., Филиппов Д.В.</i> Современные заместительные хирургические технологии при лечении недостаточности сфинктерного аппарата у детей	80
<i>Коровин С.А., Соколов Ю.Ю., Дзядчик А.В., Аллахвердиев И.С., Зыкин А.П.</i> Хирургическая тактика при осложненном дивертикуле Меккеля у детей	81
<i>Котин А.Н., Щебенков М.В., Караваева С.А., Гопащенко М.А., Леваднев Ю.В., Горелик Ю.В.</i> Эндовидеохирургия в лечении детей с диафрагмальными грыжами	81
<i>Котловский А.М., Овчинников В.Г., Лепеев А.Ф., Сидоров Д.В.</i> Лапароскопическая хирургия амбулаторно	82
<i>Котлубаев Р.С., Афуков И.В., Арестова С.В., Мельцин И.И.</i> Казуистические инородные тела пищеварительного тракта у детей	82
<i>Кочарян С.М., Волков А.В., Азаров М.В., Махин Ю.Ю., Набоков В.В., Купатадзе Д.Д.</i> Дисплазия межмышечных вен у детей ...	83
<i>Крестьяниш И.В., Крестьяниш В.М., Домарев А.О.</i> 5-летний опыт малоинвазивного лечения кист бейкера у детей в условиях центра амбулаторной хирургии	84
<i>Кафедра детской хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва; ДГКБ №13 им. Н.И. Филатова, г. Москва</i>	
<i>Кузьмин А.И., Барская М.А., Завьялкин В.А., Терехина М.И., Муни А.Г., Голосов А.Б.</i> Актуальные аспекты лечения хронических ран у детей	84
<i>Кузьмин В.Д., Лозовой В.М., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.</i> Острое нарушение мозгового кровообращения при поздней геморрагической болезни новорожденных	85
<i>Кузьмин В.Д., Лозовой В.М., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.</i> Нейронавигация при хирургическом лечении заболеваний головного мозга у детей	85
<i>Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.</i> Клинико-диагностические аспекты тяжелой черепно-мозговой травмы у детей различных возрастных групп	86
<i>Кузьмин В.Д., Лозовой В.М., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.</i> Паллиативные методы хирургического лечения внутренней прогрессирующей гидроцефалии у детей раннего возраста	86
<i>Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Кульманов Х.Б., Асылбеков У.Е.</i> Тактика хирургического лечения дисфункции шунтирующей системы при внутренней прогрессирующей гидроцефалии у детей	87
<i>Кульманов Х.Б., Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Асылбеков У.Е.</i> Клинико-инструментальные критерии судорожного синдрома у детей раннего возраста	88
<i>Кульманов Х.Б., Лозовой В.М., Кузьмин В.Д., Асылбеков У.Е.</i> Анализ диагностики и лечения при подвывихе в атланто-аксиальном сочленении у детей	88
<i>Купатадзе Д.Д., Якунин С.И., Дьячкова И.Н., Набоков В.В.</i> Опыт лечения сосудистых мальформаций в челюстно-лицевой области	89
<i>Лабузов Д.С., Тарасов А.А., Васильев Н.С.</i> Мотивация в выборе профессии детского хирурга	89
<i>Лисицына Н.А., Леухин М.В., Пяттоев Ю.Г.</i> Опыт пункционного лечения простых кист почек у детей	90
<i>Лолаева Б.М., Джалиев И.Ш., Есенов К.Т., Эльченарова М.Г., Царахов В.М., Дзуцева М.Р., Кесаева М.М., Гueva Л.Х.</i> Определение показаний к удалению пиелостомического дренажа в послеоперационном периоде при врожденном гидронефрозе	90

<i>Лолаева Б.М., Джалиев И.Ш., Есенов К.Т., Эльчепарова М.Г., Царахов В.М., Дзуцева М.Р., Кесаева М.М., Гужева Л.Х.</i> Динамическое ультразвуковое наблюдение детей раннего возраста с выявленной пиелоектазией	91
<i>Маркосян С.А., Кемаев А.Б., Костерин А.В., Лысяков Н.М.</i> Первый опыт использования лапароскопической пилоромиотомии у детей с врожденным пилоростенозом в Республике Мордовия	91
<i>Махмаджонов Д.М., Султонов Ш.Р., Сатторов А.М.</i> Уросепсис при уролитиазе у детей	92
<i>Медведев А.И., Журило И.П., Круглый В.И., Черногоров О.Л., Сергиенко М.В.</i> Диагностика и лечение кист и опухолей яичников у девочек	92
<i>Мельцин И.И., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Арестова С.В.</i> Ошибки и осложнения при лечении переломов костей, образующих локтевой сустав у детей	93
<i>Меновицкова Л.Б., Коварский С.Л., Склярова Т.А., Захаров А.И., Текотов А.Н., Николаев С.Н., Соттаева З.З.</i> Дифференцированный подход к использованию эндоскопической коррекции ПМР у детей	93
<i>Меновицкова Л.Б., Захаров А.И., Коварский С.Л., Петрухина Ю.В., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Ерохина Н.О.</i> Оценка результатов лечения детей с крипторхизмом	94
<i>Меновицкова Л.Б., Захаров А.И., Петрухина Ю.В., Ерохина Н.О., Лазивили М.Н., Севергина Э.С.</i> Оценка влияния хорионического гонадотропина на гонады неполовозрелых крыс в эксперименте	95
<i>Меновицкова Л.Б., Захаров А.И., Склярова Т.А., Левитская М.В., Шумихин В.С., Гуревич А.И., Бетанов З.В.</i> Нехирургический метод лечения детей раннего возраста с неретрофлексующим мегауретером	95
<i>Меновицкова Л.Б., Коварский С.Л., Севергина Э.С., Дерунова Т.И., Гуревич А.И., Захаров А.И., Галибин И.В.</i> Варикоцеле в детском возрасте: всегда ли необходима операция?	96
<i>Меновицкова Л.Б., Соттаева З.З., Абрамова А.А.</i> БОС-терапия в лечении детей с эвакуаторными нарушениями функции тазовых органов	96
<i>Минаев С.В., Лескин В.В., Филиппева Н.В., Садовая А.С., Исаева А.В., Качанов А.В., Загуменная И.Ю., Поташикова Е.Я., Павлова Т.П., Тимофеев С.В.</i> Лечение острого гематогенного остеомиелита	97
<i>Минаев С.В., Обедин А.Н., Киргизов И.Н., Качанов А.В., Быков Н.И., Товкань Е.А., Филиппева Н.В.</i> Лечение некротизирующего энтероколита у новорожденных с задержкой внутриутробного развития	97
<i>Мираков К.К., Володько Е.А., Бровин Д.Н., Поварнин О.Я., Окулов А.Б., Лапароскопия в диагностике и лечении нарушений формирования пола у детей</i>	98
<i>Миролюбов Л.М., Мустафин Я.М., Яфьясов Р.Я., Сучков О.М.</i> Алгоритм этапной диагностики и лечения внепеченочной формы портальной гипертензии у детей	99
<i>Мишкин В.В., Писклаков А.В., Мартыненко А.А., Бардеева К.А.</i> Управляемая ликворная гипотензия в хирургическом лечении спинномозговых грыж у детей раннего возраста	100
<i>Млынчик Е.В., Заботина Э.К.</i> Отдаленные результаты применения препарата ботулинического токсина типа а в лечении детей с нейрогенным мочевым пузырем	100
<i>Морозов В.И., Иванов В.С., Салихова Л.Т., Гараев А.Т.</i> Вопросы о патогенетической терапии уродинамических нарушений у детей, оперированных по поводу спинномозговой грыжи	101
<i>Мохаммад Б., Давлицаров М.А., Белова Н.В., Кудрявцева Н.В., Вайс А.В., Крук Н.Н., Якунев А.Н., Дегтярев П.Ю., Порфирьева И.Л.</i> Диагностическая эффективность УЗИ при крипторхизме у детей	101
<i>Мохаммад Б., Давлицаров М.А., Белова Н.В., Кудрявцева Н.В., Вайс А.В., Крук Н.Н., Якунев А.Н., Дегтярев П.Ю., Порфирьева И.Л.</i> Ультразвуковая диагностика синдрома острой мошонки у детей	102
<i>Мурга В.В., Рассказов Л.В., Румянцева Г.Н., Иванов Ю.Н., Копцева А.В.</i> Мягкотканые родовые повреждения шейного отдела позвоночника	102
<i>Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Шайбеков Д.Р.</i> Осложнения при Дивертикуле Меккеля (ДМ) у детей	103
<i>Нганкам Л.П., Румянцева Г.Н., Горнаева Л.С.</i> Применение эндоскопических методов в лечении окклюзионной формы гидроцефалии	103
<i>Нурмеев И.Н., Осипов А.Ю., Миролюбов Л.М., Сабирова Д.Р., Осипов Д.В., Нурмеева А.Р., Гильмутдинов М.Р., Рашитов Л.Ф.</i> Медикаментозное и комплексное лечение детей с гемангиоми	104
<i>Осипов И.Б., Соснин Е.В., Осипов А.И., Бурханов В.В.</i> Особенности микционного цикла после реконструктивно-пластических операций при экстрофии мочевого пузыря	105
<i>Огнев С.И., Блинкова Н.Б., Цап Н.А.</i> Сравнительная характеристика морфологических изменений стенки кистозных образований средостения, легкого, печени, селезенки при разной экспозиции воздействию аргоновой плазмы	105

<i>Окунев Н.А., Власов А.П., Окунева А.И., Герасименко А.В., Ледайкина Л.В.</i> Хирургическая патология новорожденных детей по материалам Республиканского перинатального центра Мордовии	106
<i>Окунева А.И., Окунев Н.А., Власов А.П.</i> Лечение кавернозных и комбинированных гемангиом в условиях поликлиники методом внутритканевого введения препарата Триамцинолон (Кеналог)	106
<i>Опенышева А.В.</i> Результаты лечения атрезии пищевода	107
<i>Ормантаев А.К., Момынкулов А.О., Мурадов Н.М., Турускин В.Г., Исаков В.Ю.</i> Воспалительные заболевания кишечника у детей	107
<i>Осипов А.А., Рубель С.В., Хоничев А.П., Сребнев С.И.</i> Опыт применения губчатого вещества подвздошной кости в лечении врожденного ложного сустава обеих ключиц	108
<i>Осипов А.А., Рубель С.В., Хоничев А.П., Сребнев С.И.</i> Опыт консервативного лечения тяжелой дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра у детей	109
<i>Осипов А.А., Рубель С.В., Хоничев А.П., Сребнев С.И.</i> Гемодинамическая терапия в лечении болезни Легг–Кальве–Пертеса у детей	109
<i>Осипов И.Б., Лебедев Д.А., Комиссаров М.И., Сарычев С.А., Осипов А.И.</i> Баллонирование уретерovesикального сегмента при обструктивном мегауретере у детей	110
<i>Осипов И.Б., Сарычев С.А., Щедрина А.Ю., Лебедев Д.А., Осипов А.И., Соснин Е.В.</i> Контроль мочеиспускания при миелодисплазии у детей	110
<i>Отamuraдов Ф.А., Эргашев Н.Ш.</i> Хирургическая тактика при редких форм аноректальных аномалий у девочек	111
<i>Павленко Н.И., Пискалов А.В., Медяникова И.В., Баринов С.В.</i> Состояние системы гемостаза при овариоцеле у девочек ...	111
<i>Панкратов И.В., Петров М.А., Шляпникова Н.С., Гуревич А.Б., Баранов Р.А.</i> Функционально-стабильный остеосинтез при диафизарных переломах костей предплечья у детей	112
<i>Патрикеева Т.В., Немилова Т.К., Караваева С.А., Ильина Н.А., Голубева М.В., Старевская С.В., Москвина И.И.</i> Отдаленные результаты лечения детей с мальформацией легких и средостения	112
<i>Перловская В.В., Стальмахович В.Н., Дюков А.А.</i> Лечение детей с посттравматическими обширными дефектами кожи	113
<i>Петров М.А., Выборнов Д.Ю., Снигирев И.Г.</i> Хирургическое лечение детей с деформациями и заболеваниями стоп	114
<i>Петров М.А., Панкратов И.В., Шляпникова Н.С., Мамошук Л.И., Снигирев И.Г.</i> Хирургическое лечение фиброзной дисплазии при болезни Маккьюна–Олбрайта	114
<i>Петлах В.И., Розинов В.М., Шабанов В.Э.</i> Оказание хирургической помощи при массовом поступлении раненых в полевом педиатрическом госпитале	115
<i>Пискалов А.В., Лямзин С.И., Никонов В.М., Ситко Л.А., Зюзько С.С., Буторина Н.Н.</i> К вопросу о диспансеризации и реабилитации детей с обструктивными уропатиями мочеточников	115
<i>Поддубный И.В., Алиева Э.И., Трунов В.О., Козлов М.Ю., Щербакова О.В., Подусков Е.В., Глазунов А.А., Мордвин П.А., Куренков И.В.</i> Эндохирургическое лечение выпадений прямой кишки у детей	116
<i>Поддубный И.В., Алиева Э.И., Трунов В.О., Козлов М.Ю., Щербакова О.В., Подусков Е.В., Глазунов А.А., Мордвин П.А., Куренков И.В.</i> Лапароскопические резекции кишечника у детей с болезнью Крона	116
<i>Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Щербакова О.В., Ионов А.Л., Трунов В.О.</i> Особенности хирургической тактики при илеоцекальной болезни Крона у детей	117
<i>Полудов С.А., Веровский В.А., Гуз В.И., Нецветаева Т.Э., Мызин А.В., Трамова Ж.Д.</i> Экстирпация пищевода как подготовительный метод лечения перед эзофагопластикой	118
<i>Полудов С.А., Веровский В.А., Гуз В.И., Нецветаева Т.Э., Мызин А.В., Трамова Ж.Д.</i> Результаты лечения трахеопищеводных свищей у детей	118
<i>Пономарев В.И., Бочарников Е.С., Федоров Д.А., Ситко Л.А., Шевчук В.И.</i> Криодеструкция ограниченных послеожоговых стенозов пищевода у детей	119
<i>Притуло Л.Ф., Васильев О.В., Ионичева Е.В., Рыбников А.П., Обидный А.А.</i> Прогностическое значение данных эндотоксического иммунитета у детей на стадиях течения септического процесса	119
<i>Притуло Л.Ф., Васильев О.В., Ионичева Е.В., Рыбников А.П., Обидный А.А.</i> Содержание провоспалительных цитокинов у детей с различными формами перитонита с учетом свойств возбудителя	119
<i>Притуло Л.Ф., Ионичева Е.В., Пейливанов Ф.П., Григорьева В.А., Дубова Е.И., Гонцов С.В.</i> Лечение атрезии пищевода	120
<i>Притуло Л.Ф., Пейливанов Ф.П., Григорьева В.А., Дубова Е.И., Гонцов С.В.</i> Наш опыт лечения детей с гастрошизисом и омфалоцеле	121

<i>Проф. Купатадзе Д.Д., Набоков В.В., Иванов А.П.</i> Подготовка детских хирургов по ангиохирургии	121
<i>Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Феоктистова Е.В., Нагорная Ю.В.</i> Хирургическая тактика при открытом артериальном протоке у детей	121
<i>Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов М.Б., Далакян Д.Н., Савельева М.С.</i> Коррекция воронкообразной деформации грудной клетки по модифицированной методике Насса	122
<i>Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Халафов Р.В.</i> Хирургическое лечение кистозных трансформаций поджелудочной железы (опыт клиники)	122
<i>Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Мордвин П.А.</i> Малоинвазивные дренирующие операции при кистах поджелудочной железы у детей	123
<i>Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Поддубный И.В., Врублевский С.Г., Трунов В.О., Мордвин П.А.</i> Эндохирургические резекции поджелудочной железы у детей	123
<i>Разумовский А.Ю., Задвернюк А.С.</i> Торакоскопическое лечение объемных образований грудной полости у детей	124
<i>Разумовский А.Ю., Батаев С.-Х. М., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Нурик В.И., Игнатъев Р.О., Гусева Н.Б., Чумакова Г.Ю., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Молотов Р.С.</i> Тактика лечения детей с гастроэзофагеальным рефлюксом, осложненным пищеводом Барретта	125
<i>Разумовский А.Ю., Батаев С.-Х. М., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Нурик В.И., Игнатъев Р.О., Гусева Н.Б., Чумакова Г.Ю., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Молотов Р.С.</i> Колоэзофагопластика у детей с проведением трансплантата за грудиной и в заднем средостении	125
<i>Разумовский А.Ю., Батаев С.-Х. М., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Нурик В.И., Игнатъев Р.О., Гусева Н.Б., Чумакова Г.Ю., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Молотов Р.С.</i> Определение оптимальных сроков для выполнения пластики пищевода у детей с атрезией пищевода	126
<i>Разумовский А.Ю., Батаев С.-Х. М., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Нурик В.И., Игнатъев Р.О., Гусева Н.Б., Чумакова Г.Ю., Зурбаев Н.Т., Федоров А.К., Молотов Р.С.</i> Радионуклидная диагностика гэр и его осложнений у детей	126
<i>Раковский С.М., Богданов А.И., Ююкин М.В.</i> Опыт применения лапароскопической пилоромии в лечении врожденного гипертрофического пилоростеноза	127
<i>Раупов Ф.С., Кобилов Э.Э., Косимов У.У., Ахмедов А.Т., Халимова Д.Ж., Степаньян Е.С., Саидова С.Г., Саидова Н.Ф.</i> Инородные тела пищевода у детей	128
<i>Рахматуллаев А.А., Алиев М.М., Теребаев Б.А., Султанов А.К.</i> Эндоскопическое инцизия интравезикального уретероцеле у детей	128
<i>Рожденкин Е.А., Паршиков В.В., Обрядов В.П., Ясковец А.А., Горшененко В.А.</i> Опыт хирургического лечения острой патологии поджелудочной железы различной этиологии в детском возрасте	129
<i>Ростовцев Н.М., Абушкин И.А., Котляров А.Н., Бобошко П.Г., Неизвестных Е.А.</i> Анализ результатов колоэзофагопластики при атрезии пищевода у детей	129
<i>Ростовцев Н.М., Абушкин И.А., Котляров А.Н., Ядыкин М.Е., Носков Н.В.</i> Непосредственные и отдаленные результаты пластических операций на пищеводе при пороках развития и травматических повреждениях у детей	130
<i>Ростовцев Н.М., Котляров А.Н., Поляков В.Г. Мустакимов Б.Х.</i> Оптимизация хирургических вмешательств у детей с опухолью Вилмса в поздние сроки поступления	131
<i>Роцупкина А.К., Бычкова О.С., Кузетченко И.Н.</i> Первый опыт применения фракционной лазерной абляции аппаратом Ultra Puls для коррекции послеожоговых рубцов у детей	131
<i>Рудакова Э.А., Ковалева О.А.</i> Изучение состояния вегетативной нервной системы у детей с хроническими запорами	132
<i>Рузматов И.Б., Эргашев Б.Б.</i> Выбор метода операции при эмбриональной грыже у новорожденных	132
<i>Рукевич С.Г., Паршиков В.В., Лазуткин В.Ф.</i> Повышение эффективности эзофагоскопии при химических ожогах пищевода у детей	133
<i>Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А., Казаков А.Н., Мирошниченко Д.С., Козлова Н.Г.</i> Диагностика и лечение кист и образований яичников у девочек	134
<i>Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Сорокина А.О.</i> Хирургические методы лечения спонтанного пневмоторакса	134
<i>Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Медведев А.А., Аврасин А.Л., Семакина Н.В.</i> Отдаленные результаты лечения первичного обструктивного мегауретера у детей	135
<i>Румянцева Г.Н., Петруничев В.В., Портенко Ю.Г., Сергеечев С.П., Духова А.Е.</i> Комбинированное лечение гемангиом	135

<i>Румянцева Г.Н., Петруничев В.В., Сергеечев С.П., Портенко Ю.Г., Иванова О.В., Бессонов С.Н., Духова А.Е.</i> Радиоволновая аппаратура в лечении гемангиом у детей	136
<i>Румянцева Г.Н., Сергеечев С.П., Портенко Ю.Г., Алехова Е.Л., Михайлова С.И., Козлова Н.Г.</i> Спаечная болезнь брюшной полости	136
<i>Румянцева Г.Н., Сергеечев С.П., Юсуфов А.А., Портенко Ю.Г., Гориков А.Ю.</i> Пульмоноскintiграфия в оценке состояния легочной паренхимы у детей и лиц молодого возраста, перенесших острую гнойную деструктивную пневмонию	136
<i>Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Казаков А.Н., Бредо Ю.Ф.</i> Эволюция метода неоперативной дезинвагинации у детей в Тверском регионе.....	137
<i>Рыбченко В.В., Александров А.В., Лагутина А.А., Смолянкин А.А., Александрова Н.Е.</i> Микрохирургическая аутоотрансплантация комплексов тканей при лечении обширных дефектов тканей у детей	138
<i>Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Тарасов А.Ю., Николаев В.Н.</i> Лечение гастрошизис	138
<i>Салахов Э.С.</i> Тонко-тонкокишечная инвагинация как редкое осложнение в раннем послеоперационном периоде у ребенка после удаления инородных тел кишечника (магниты)	139
<i>Саттаров Ж.Б., Эргашев Н.Ш.</i> Клинико-анатомические особенности мальротации кишечника у детей	139
<i>Сафаров Б.А., Сафаров А.С., Мазабиев С.А., Фарозов Х.А.</i> Межкишечные астомозы в условиях перитонита у детей.....	140
<i>Сварич В.Г.</i> Ультразвуковая видеодефекоскопия при болезни гиришпрунга с суперкоротким сегментом	141
<i>Ситко Л.А., Ларькин И.И., Злобин С.Б., Преображенский А.С.</i> Прогнозирование исхода повреждения спинного мозга у детей при тракционном механизме травмы	141
<i>Смоленцев М.М., Разин М.П.</i> Оптимизация лечения спаечной кишечной непроходимости у детей	141
<i>Соколов Ю.Ю., Ольхова Е.Б., Кирсанов А.С., Вилесов А.В., Карпачев С.А.</i> Лапароскопическая операция ледда у детей с мальротацией кишечника	142
<i>Соколов Ю.Ю., Туманян Г.Т., Донской Д.В., Шувалов М.Э., Акоюн М.К., Вилесов А.В., Зыкин А.П.</i> Лапароскопические вмешательства у детей с аномалиями и заболеваниями поджелудочной железы.....	143
<i>Стальмахович В.Н., Лавренчик А.И., Яковченко С.Н., Ангархаева Л.В.</i> Сравнительный анализ пункционно-склерозирующего и эндоскопического методов лечения кист почек у детей	143
<i>Степаненко Е.А., Щур А.Ю., Смирнова Н.Е., Недид С.Н.</i> Лапароскопическая инверсия и лигирование паховой грыжи у девочек.....	143
<i>Столяр А.В., Аксельров М.А., Сергиенко Т.В., Кострыгин С.В., Карлова М.Н., Горохов П.А., Дадашева С.М., Григорук Э.Х.</i> Метод видеоассистированной герниорафии в лечении паховой грыжи у детей	144
<i>Стриженок Д.С., Батанов Г.Б., Мясников Д.А., Филькин А.А., Ага-Оглы Н.</i> Лечение острого аппендицита у детей.....	144
<i>Стриженок Д.С., Батанов Г.Б., Рукевич С.Г., Гребченко О.А., Мясников Д.А.</i> Случай лечения осложненных инородных тел желудочно-кишечного тракта у ребенка	145
<i>Стриженок Д.С., Батанов Г.Б., Филькин А.А., Ага-Оглы Н., Мясников Д.А.</i> Фитобезоар подвздошной кишки у ребенка	145
<i>Султонов Ш.Р., Сайфуллоев И.Д., Додожонов Ю.Т., Содиков Н.Д., Султонов Х.М.</i> Диагностика и принципы лечения хронических запоров у детей.....	146
<i>Сухов М.Н., Мустафа А.Х., Лывина И.П., Брюсов Г.П., Комарова Т.Н., Андреев Е.С., Исаева М.В., Брызжжева И.А., Мосин А.В., Кобяцкий А.В.</i> Лапароскопическая резекция селезенки у детей Предварительное сообщение.....	146
<i>Сырчин Э.Ф., Разин М.П.</i> Синдром «встряхнутого младенца»	147
<i>Тараканов В.А., Терещенко О.А., Клименко А.Н., Полеев А.В.</i> Опыт замещения пищевода путем транспозиции желудка в заднее средостение.....	147
<i>Тен Ю.В., Головки В.И., Якутка М.А., Герасимчук С.Ю.</i> Нефроптоз у детей	148
<i>Тен Ю.В., Румянцев А.А., Казанцева Е.О.</i> Диагностика и оперативное лечение нефробластомы у детей	148
<i>Тен Ю.В., Румянцев А.А., Клейменов Е.В., Рытенко Е.А., Красильников А.А.</i> Образования щитовидной железы у детей.....	149
<i>Тищенко А.Б., Писклаков А.В., Злобин Б.Б., Соловьев Е.М., Юшко А.В., Злобин С.Б., Калинин А.С.</i> Опыт лечения ребенка с патологическим неправильно сросшимся переломом диафиза бедренной кости на фоне фиброзной дисплазии.....	149
<i>Трусов А.В., Фомина М.Г., Цапкин А.Е.</i> Эффективность использования лазерной абразии и микронидинга в хирургической реабилитации детей с рубцовыми деформациями кожных покровов	150
<i>Трушин П.В., Скляр К.Е., Костылева Е.С., Шелковников Д.С., Толмачев И.А.</i> Анализ методик хирургического лечения некротизирующего энтероколита	150

<i>Умеров М.Ю.</i> Объемные кровоизлияния скальпа у новорожденных: хирургическая тактика и прогноз	151
<i>Файзулин А.К., Врублевский С.Г., Поддубный И.В., Шмыров О.С., Мурчина А.Н., Кононов А.В., Стрелкина Л.А.</i> Результаты лечения гипоспадии у детей	151
<i>Хаиров К.Э., М.М. Калабаева</i> Хирургическое лечение альвеококкоза печени у детей	152
<i>Хамраев А.Ж., Каримов И.М., Джалилов Н.А.</i> Хирургическое лечение ущемленных паховых грыж у недоношенных детей ...	152
<i>Хамраев А.Ж., Каримов И.М., Хамроев У.А., Оллоназаров Ж.О.</i> Реабилитация детей с аноректальными мальформациями.	153
<i>Хамраев А.Ж., Каримов И.М., Джалилов Н.А.</i> Хирургическая тактика при ущемленных паховых грыжах у новорожденных и недоношенных детей	153
<i>Харченко В.Г.</i> Опыт амбулаторной педиатрической колопроктологии	154
<i>Хасанов Р.Р., Гумеров А.А., Вессель Л.М.</i> Когда стоит проводить удлиняющие операции при синдроме короткой кишки?	155
<i>Хасанов Р.Р., Гумеров А.А., Вессель Л.М.</i> Современные технологии хирургического лечения детей с синдромом короткой кишки	155
<i>Хусу Э.П., Григорович И.Н., Савчук О.Б., Тимонина А.В.</i> Трудности диагностики синдрома ледда у детей	156
<i>Цап Н.А., Кузеванова А.А., Чудаков В.Б., Некрасова Е.Г.</i> Восстановление проходимости разобщенного пищевода при атрезии путем заградочной колозофагопластики	157
<i>Цапкин А.Е., Трусов А.В., Фомина М.Г.</i> Комплексное лечение детей с перекрутом яичка	157
<i>Щерназаров И.Б., Султонов Ш.Р., Рахмонов Ш.Дж., Шарипов П.Ш.</i> Этиологическая структура гематогенного метаэпифизарного остеомиелита у новорожденных	158
<i>Шляпникова Н.С., Петров М.А., Панкратов И.В., Мамошук Л.И., Гуревич А.Б., Снигирев И.Г.</i> Опыт лечения детей с редкими пороками развития голени и стопы	158
<i>Шмаков А.П., Зуев Н.Н., Зуева О.С.</i> Применение анаприлина с целью лечения инфантильных гемангиом на базе Витебского областного детского клинического центра	159
<i>Шурова Л.В., Будкевич Л.И.</i> Особенности лечения детей с рубцами кожи после глубокой фракционной лазерной абляции	159
<i>Шурова Л.В., Будкевич Л.И., Корсунский А.А.</i> Применение инновационной технологии электродного фармафореза с помощью аппарата медицинского «Farma T.E. В. Trans Epidermal Barrier Physio» для транскутанного введения косметического ферментного средства у детей с послеожоговыми рубцами кожи	160
<i>Щебеньков М.В., Котин А.Н., Зайцев Я.В., Жирялеев А.А.</i> Эндовидеохирургия в лечении детей с редкими видами грыж передней брюшной стенки	160
<i>Щербина И.А., Кузавских В.Н., Мишкин В.В., Медведев М.В.</i> Трахеостомия в детском многопрофильном стационаре	161
<i>Эргашев Б.Б., Хамроев У.А.</i> Диагностика и лечение без свищевых форм аноректальной атрезии у новорожденных	162
<i>Юшко Е.И.</i> Медицинская реабилитация детей с первичным обструктивным мегауретером после хирургического лечения.	162
<i>Якубов Э.А., Эргашев Н.Ш.</i> Билиарно-панкреатические кисты холедоха у детей	163

ТРЕБОВАНИЯ

К РУКОПИСЯМ, НАПРАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ

«РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии»

(Составлено на основе «Единых требований к рукописям, предоставляемым в биомедицинские журналы», – International committee of medical journal editors. Uniforms requirements of manuscripts submitted to biomedical journals. Ann. Intern. Med., 199-126: 36-47)

Редакция не рассматривает рукописи, не соответствующие требованиям. Работы, которые уже были опубликованы в других журналах (сборниках трудов), принимаются к рассмотрению только при наличии письменного согласия главного редактора соответствующего издания. При направлении статьи в редакцию следует руководствоваться следующими правилами.

1. Статья должна быть напечатана и/или отформатирована в виде файла с расширением **DOC (Microsoft Word)** через двойной интервал на бумаге формата **A4 (210 x 297 мм)**, ориентация книжная.

Размеры полей: верхнее – **25 мм**, нижнее – **25 мм**, левое – **35 мм**, правое – **25 мм**. При наборе на компьютере используется шрифт **Times New Roman** Сур размером **14 пунктов**, черного цвета, выравнивание по ширине. Интервалы между абзацами отсутствуют. Отступ первой строки абзаца – **15 мм**.

В редакцию представляются: электронный вариант статьи на диске и два печатных экземпляра статьи.

2. На 1-й странице указываются фамилия автора (авторов), инициалы, название статьи, полное название и адрес учреждения, направившего статью. Если авторы статьи работают в разных организациях, необходимо с помощью меток соотнести каждого автора с его организацией. Кроме того должна быть контактная информация каждого автора, включающая ученую степень, звание, должность, электронный адрес и/или номер телефона.

3. Статья визируется руководителем учреждения, к ней прилагается сопроводительное письмо на бланке учреждения, из которого выходит статья. Последняя страница текста статьи в обязательном порядке подписывается всеми авторами, с указанием имени, отчества и фамилии, почтового адреса, телефона и факса (служебного или домашнего) и/или адреса электронной почты.

4. Рекомендуемый объем оригинальной работы не должен превышать **12 страниц** машинописного текста, заметок из практики – **5**, лекций – **15**, обзора литературы – **20**, рецензий, обсуждений и комментариев – **3 страниц**. При подготовке материалов рекомендуется использовать последние данные (за 5–6 лет), в обзорах ограничивать библиографический список 50 источниками и минимально цитировать собственные работы.

5. Объем графического материала – минимально необходимый. Если рисунки ранее уже публиковались, необходимо указать оригинальный источник и представить письменное разрешение на их воспроизведение от держателя прав на публикацию. Рисунки и схемы желательно дублировать в электронном виде (файлы с расширением **TIFF, BMP, JPEG, PPT и др.**). На отдельном листе прилагаются подписи к рисункам в порядке их нумерации.

6. План построения оригинальных статей следующий: «Введение», «Материалы и методы*», «Результаты», «Обсуждение*» (допускается объединение двух последних разделов в один – «Результаты и обсуждение»), «Выводы» (по пунктам) и «Литература».

7. В разделе «Материалы и методы» следует четко описать организацию данного исследования (дизайн). При необходи-

мости указывается использованная аппаратура, а также международные наименования, дозы и способы введения примененных лекарственных средств.

8. Описание процедуры статистического анализа включает полный перечень всех использованных статистических методов.

9. Реферат объемом **не более 150 слов** должен обеспечить понимание основных положений статьи. Он должен быть структурированным и содержать следующие разделы: цель исследования, место его проведения, организация (дизайн), больные, вмешательства, методы исследования, основные результаты, заключение. Под рефератом помещаются от 3 до 6 ключевых слов.

10. Таблицы должны иметь заголовки и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Данные таблиц должны соответствовать цифрам в тексте. Не следует повторять в тексте все данные из таблиц и иллюстраций.

11. Место, где в тексте должен помещаться рисунок, следует отметить квадратом на полях. Фотографии (черно-белые или цветные) должны быть контрастными, размером **9 x 12 см**. Фотографии с рентгенограмм даются в позитивном изображении.

12. При обработке материала используется система единиц СИ. Сокращения отдельных слов, терминов (кроме общепринятых) не допускаются. Не следует использовать аббревиатуры в названии статьи и в резюме. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, должен предшествовать первому упоминанию этого сокращения в тексте.

13. При составлении списка литературы необходимо руководствоваться требованиями **ГОСТ 7.1-84** (Библиографическое описание документа: Общие требования и правила составления), а также дополнениями к основному стандарту **ГОСТ 7.80-2000** «Библиографическая запись. Заголовок: Общие требования и правила составления». Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках номерами в соответствии со списком литературы, в котором в алфавитном порядке перечисляются сначала отечественные, затем зарубежные авторы. При описании книг указываются фамилия и инициалы автора, полное название работы, место и год издания, количество страниц. Для журнальных статей – фамилия и инициалы автора, полное название статьи, название журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до». Для диссертаций – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская, год, место издания.

14. Редакция оставляет за собой право редактирования статей, а также изменения стиля оформления, не оказывающих влияния на содержание.

Статьи следует направлять по адресу:

123001, г. Москва, Садовая-Кудринская ул., д. 15, к. 3
e-mail: vestnik@childsurgeon.ru

Съезд детских хирургов России

Москва
20–22 октября 2015 г.

Оргкомитет благодарит компании за помощь в проведении съезда

Главных спонсоров

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Johnson & Johnson
MEDICAL COMPANIES

Спонсоров



медком-мп
маркетинг и продажи



Центр поставок
"Андромеда"

МЕДА



**FRESENIUS
KABI**
caring for life



ИНКО
ФИРМА

Участников выставки



Breeze Medical

ERBE



STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE

Координатора съезда



ASP ✖
Codman
Cordis Mentor
LifeScan Ethicon
Biosense Webster
DePuySynthes
Vision Care OCD

Johnson & Johnson

MEDICAL COMPANIES