

ISSN: 2587-6554 (online)  
ISSN: 2219-4061 (print)

# РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ  
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ  
И РЕАНИМАТОЛОГИИ



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

**2019 (9) (Приложение)**

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

ISSN 2219-4061 (print)

ISSN 2587-6554 (on-line)

# РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК

ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ  
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ  
И РЕАНИМАТОЛОГИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



Официальное издание

РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ

АССОЦИАЦИИ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ РОССИИ

**2019, 9 (Приложение)**

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования

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





2019; том 9, апр.

# РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

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

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Александрович Ю.С.** д.м.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

**Батаев С-Х. М.** д.м.н., Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

**Будкевич Л.И.** д.м.н., профессор, Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

**Вессель Л.М.** MD, PhD, Университет Гейдельберг, Мангейм, Германия

**Гельдт В.Г.** д.м.н., профессор, Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

**Горбачев О.С.** к.м.н., доцент, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

**Губин А.В.** д.м.н., Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова, Курган

**Дронов А.Ф.** д.м.н., профессор, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

**Ерпулева Ю.В.** д.м.н., Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

**Козлов Ю.А.** д.м.н., профессор, Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

**Корсунский А.А.** д.м.н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

**Лазарев В.В.** д.м.н., профессор Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

**Меркулов В.Н.** д.м.н., профессор, Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, Москва

**Миронов П.И.** д.м.н., профессор, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

**Морозов Д.А.** д.м.н., профессор, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

**Моултон Стивен** MD, PhD, Университет Колорадо, США

**Поляков В.Г.** академик РАН, Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования, Москва

**Савин И.А.** д.м.н., профессор, НИИ нейрохирургии им. Н.И. Бурденко, Москва

**Соколов Ю.Ю.** д.м.н., профессор, Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования, Москва

**Степаненко С.М.** д.м.н., профессор, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог Минздрава России, Москва

**Шаров Т.А.** д.м.н., профессор, Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

**Розин В.М.** д.м.н., профессор, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

## ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

**Лекманов А.У.** д.м.н., профессор, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, главный внештатный детский анестезиолог-реаниматолог ЦФО РФ, Москва

**Николаев С.Н.** д.м.н., профессор, Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

**Разумовский А.Ю.** д.м.н., профессор, Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, главный детский хирург Департамента здравоохранения г. Москвы

## НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

**Петлах В.И.** д.м.н., Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

## ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

**Кузовлева Г.И.** к.м.н., Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

## Издатель

ИП СЫРОВА МАРИНА ВЛАДИМИРОВНА  
123001, Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 15, к. 3  
E-mail: syrova@gmail.com, тел.: +7(925)518-43-18

Дизайн Морозов С.В.  
Корректор Гамбург Е.М.  
Перевод Куликова Д.Е.

Подписано в печать 07.07. 2019.

Copyright © Общероссийская Общественная организация «Российская Ассоциация детских хирургов»

## Учредители

ООО «Российская ассоциация детских хирургов»; 123001, Москва, Садовая-Кудринская, 15. к.3  
ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России; 117997, Москва, ул. Островитянова, д.1

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Аверин В.И.** д.м.н., профессор, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республики Беларусь

**Алекси-Месхишвили В.** MD, PhD, Немецкий кардиологический центр, Берлин, Германия

**Баиндурашвили А.Г.** академик РАН, Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург

**Барская М.А.** д.м.н., профессор, Самарский государственный медицинский университет, Самара

**Бландинский В.Ф.** д.м.н., профессор, Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль

**Гончаров С.Ф.** академик РАН, Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», Москва

**Григович И.Н.** д.м.н., профессор, Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск

**Гумеров А.А.** д.м.н., профессор, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

**Джелиев И.Ш.** д.м.н., доцент, Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

**Джергесон К.** MD, PhD, Детский госпиталь Алабамы, Бирмингем, США

**Комиссаров И.А.** д.м.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

**Миролюбов Л.М.** д.м.н., профессор, Детская республиканская клиническая больница МЗ Республики Татарстан, Казань

**Немилова Т.К.** д.м.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

**Новожилов В.А.** д.м.н., профессор, Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск

**Паршиков В.В.** д.м.н., профессор, Приволжский исследовательский медицинский университет, Н. Новгород

**Пискалов А.В.** д.м.н., профессор, Омский государственный медицинский университет, Омск

**Снисарь В.И.** д.м.н., профессор, Днепропетровская медицинская академия, Днепропетровск, Украина

**Султонов Ш.С.** д.м.н., профессор, Таджикский государственный медицинский университет им. Али ибн Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

**Цап Н.А.** д.м.н., профессор, Уральский государственный медицинский университет. Екатеринбург

**Чепурной Г.И.** д.м.н., профессор, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

**Ярустовский М.Б.** член-корр. РАН, Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева, Москва

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

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

Подписной индекс 13173 в Объединенном каталоге «Пресса России»,  
в Интернете <http://www.akc.ru/>

## Архив номеров:

<http://ps-journal.elpub.ru/>

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

<https://cyberleninka.ru/>



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

Все права защищены.

Перепечатка материалов разрешена только при условии ссылки на оригинал.

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





2019; Volume 9, app.

# RUSSIAN JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY, ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE

(Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii)  
The scientific and practical journal of Russian Association of Pediatric Surgeons  
and Russian Pediatric Anesthesiologists and Reanimatologists Association  
Published since 2010. Publication frequency: 4 issues per year)

## EDITIONAL TEAM

**Aleksandrovich Yu.S.** Dr Sci (Med.), Professor, St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

**Bataev S.-H.M.** Dr Sci (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

**Budkevich L.I.** Dr Sci (Med.), Professor, Speransky Children's Clinical Hospital № 9, Moscow, Russia

**Wessel L.M.** MD, PhD, University of Heidelberg, Mannheim, Germany

**Geldt V.G.** Dr Sci (Med.), Professor, Speransky Children's Clinical Hospital № 9, Moscow, Russia

**Gorbachev O.S.** Cand Sci (Med.), associate Professor, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

**Gubin A.V.** Dr Sci (Med.), Ilizarov Russian Scientific Center "Restorative Traumatology and Orthopedics", Kurgan, Russia

**Dronov A.F.** Dr Sci (Med.), Professor, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia, Russia

**Erpuleva Yu.V.** Dr Sci (Med.), Speransky Children's Clinical Hospital № 9, Moscow, Russia

**Kozlov Yu.A.** Dr Sci (Med.), Professor, Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

**Korsunsky A.A.** Dr Sci (Med.), Professor, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

**Lazarev V.V.** Dr Sci (Med.), Professor, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

**Merkulov V.N.** Dr Sci (Med.), Professor, Priorov National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics, Moscow, Russia

**Mironov P.I.** Dr Sci (Med.), Professor, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

**Morozov D.A.** Dr Sci (Med.), Professor, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

**Moulton Steven** MD, PhD, University of Colorado, USA

**Polyakov V.G.** Academician of the Russian Academy of Sciences, Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russia

**Savin I.A.** Dr Sci (Med.), Professor, Burdenko Research Institute of Neurosurgery, Moscow, Russia

**Sokolov Yu.Yu.** Dr Sci (Med.), Professor, Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russia

**Stepanenko S.M.** Dr Sci (Med.), Professor, Pirogov Russian National Research Medical University, Chief children's specialist, anesthetist, resuscitator of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

**Sharoev, T.A.** Dr Sci (Med.), Professor, Scientific Practical Center for Children's Medical Care, Moscow, Russia

## CHIEF EDITOR

**Roizinov V.M.** Dr Sci (Med.), Professor, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

## DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

**Lekmanov A.U.** Dr Sci (Med.), Professor, Pirogov Russian National Research Medical University, Chief Pediatric Anesthetist, Resuscitator of the Central Federal District, Moscow, Russia

**Nikolaev S.N.** Dr Sci (Med.), Professor, Filatov Children's Clinical Hospital № 13, Moscow, Russia

**Razumovsky A. Yu.** Dr Sci (Med.), Professor, National Medical Research Center for Children's Health, Chief Pediatric Surgeon of the Moscow Department of Health, Russia

## SCIENCE EDITOR

**Petlakh V.I.** Dr Sci (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

## EXECUTIVE SECRETARY

**Kuzovleva G.I.** Cand Sci (Med.), Speransky Children's Clinical Hospital № 9, Moscow, Russia

## Editor

IE SYROVA MARINA VLADIMIROVNA

Sadovaya-Kudrinskaya, 15, b.3, Moscow, 123001

E-mail: syrova@gmail.com, phone: +7(925)518-43-18

Designer Morozov S. V.

Editor Gamburg E.M.

Translator Kulikova D.E.

Signed in print 07..07.2019.

## Founders

Russian Association of Pediatric Surgeons (Sadovaya-Kudrinskaya, 15, b.3, Moscow, 123001)  
Pirogov Russian National Research Medical University (Ostrovityanova, Moscow, 1, 117997)

### EDITORIAL COUNCIL

**Averin V.I.** Dr Sci (Med.), Professor, Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

**Aleksi-Meskhishvili V.** MD, PhD, German Heart Center, Berlin, Germany

**Baindurashvili A.G.** Academician of the Russian Academy of Sciences, Tourner Scientific and Research Children's Orthopedic Institute, St. Petersburg, Russia

**Barskaya M.A.** Dr Sci (Med.), Professor, Samara State Medical University, Samara, Russia

**Blandinsky V.F.** Dr Sci (Med.), Professor, Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

**Goncharov S.F.** Academician of the Russian Academy of Sciences, All-Russian Center for Disaster Medicine "Zashita", Moscow, Russia

**Grigovich I.N.** Dr Sci (Med.), Professor, Petrozavodsk State University, Petrozavodsk, Russia

**Gumerov A.A.** Dr Sci (Med.), Professor, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia,

**Dzheliev I.Sh.** Dr Sci (Med.), Associate Professor, North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, Russia

**Jergheson K.** MD, PhD, Alabama Children's Hospital, Birmingham, USA

**Komissarov I.A.** Dr Sci (Med.), Professor, St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

**Mirolyubov L.M.** Dr Sci (Med.), Professor, Children's Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

**Nemilova T.K.** Dr Sci (Med.), Professor, Acad. Pavlov St. Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia

**Novozhilov V.A.** Dr Sci (Med.), Professor, Ivano-Matreninsk Children's Clinical Hospital, Irkutsk, Russia

**Parshikov V.V.** Dr Sci (Med.), Professor, Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

**Pisklakov A.V.** Dr Sci (Med.), Professor, Omsk State Medical University, Omsk, Russia

**Snisar V.I.** Dr Sci (Med.), Professor, Dnipropetrovsk Medical Academy, Dnepropetrovsk, Ukraine

**Sultonov Sh.S.** Dr Sci (Med.), Professor, Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

**Tsap N.A.** Dr Sci (Med.), Professor, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

**Chepurnoy G.I.** Dr Sci (Med.), Professor, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

**Yarustovsky M.B.,** corresponding member RAS, Bakulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Moscow, Russia

Registered by the Federal Service for Supervision of Communications,  
Information Technology, and Mass Media

Registration number: ПИ No. ФС 77-39022 as of March 09, 2010. Subscription index 13173  
in 'Russian Media' Union Catalog,  
web-site: <http://www.akc.ru/>

### Archive of issues:

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



The Journal is included into the List of the leading scientific journals and issues of the State Commission for Academic Degrees and Titles where the basic results of Ph.D. and M.D. thesis researches should be presented.

All rights reserved.

Reproduction is authorized provided the source is acknowledged. Advertisers warn that distortion (exaggeration) of objective parameters of advertised products or services is not permitted.

**МАТЕРИАЛЫ**  
**V Форума детских хирургов**  
**России**

3 – 5 сентября 2019 года,

г. Уфа

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

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

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ**

*Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Элмурадов Ш.Х. (Ташкент)*

Актуальность. По данным литературы большинство исследователей считают, что для лапароскопической эхинококкэктомии у детей необходимо отбирать больных с эхинококкозом печени в первом периоде жизнедеятельности, эхинококковые кисты - осложненные нагноением считаются абсолютными противопоказаниями к лапароскопической эхинококкэктомии.

Материал и методы исследования. В период с 2014 - по 2018гг под нашим наблюдением находилось 39 детей эхинококкозом печени осложнившихся нагноением. Возраст больных от 3 до 18 лет. Диагноз был установлен на основании УЗИ, рентгенологических и МСКТ исследований. Солитарные эхинококковые кисты были установлены у -27 (69,2%) больных, множественные кисты (2 кисты и более) – у 11 (30,8%) пациента. Всего было удалено 56 эхинококковых кист.

Результаты и обсуждение. У-35 (89,7%) больных была выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия с дренированием остаточной полости. В 4 (10,3%) случаях из-за технических трудностей была проведена конверсия с последующей традиционной эхинококкэктомией. Выявленные при ревизии остаточной полости желчные свищи лигировали коагулированием и ушиванием. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. После операции лапароскопически оперированные больные активизировались на 1-2 сутки, средняя продолжительность пребывания их в стационаре составила  $7,6 \pm 0,6$  к/дней.

Выводы. Таким образом, при осложненных эхинококковых кистах печени в 90% случаях лапароскопическая эхинококкэктомия была успешной.

Использование лапароскопической эхинококкэктомии, при осложнении эхинококковой кисты печени нагноением, позволило нам расширить показания к эндовизуальным эхинококкэктомиям. На наш взгляд, нагноившиеся эхинококковые кисты печени можно отнести к относительным противопоказаниям к лапароскопической эхинококкэктомии.

## **ОПТОВОЛОКОННЫЙ 1,56 И 1,9 МКМ ЛАЗЕР В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ И АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ**

*Абушкин И.А., Лапин В.О., Денис А.Г., Галиулин М.Я., Романова О.А. (Челябинск)*

Введение: До настоящего времени результаты лечения венозной (ВМ) и артерио-венозной (АВМ) мальформации часто не удовлетворительные.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения ВМ и АВМ за счет разработки и внедрения малоинвазивных технологий с использованием 1,56 +1,9 мкм-лазерного излучения.



Материалы и методы: В 2015-2019 годах пролечен 51 пациент в возрасте от 4 месяцев до 66 лет, из них ВМ – 18, АВМ – 33 больных. Преимущественной, более 60%, локализацией была голова и шея. Дети в возрасте до 18 лет составили 75%. Лазерная внутритканевая термотерапия (ЛИТТ) проводилась под контролем УЗИ интерстициально и под визуальным контролем – бесконтактно. Эффективность лечения оценивали по удовлетворенности пациента или его родителей остаточным косметическим дефектом, уменьшению или исчезновению болевого синдрома. У всех больных обезболивание было общим (севоран). Отдаленные результаты прослежены в срок до 4 лет.

Результаты: Хороший клинический результат (существенное уменьшение косметического дефекта, отсутствие болей) получен у 86% больных. Неудовлетворительный результат получен у двух детей: одной пациентки с АВМ расположенной в области выхода ветвей тройничного нерва: n. infraorbitalis et buccalis. В дальнейшем мальформацию успешно склерозировали Блеомицином. У второй больной обширная ВМ поражала стенку прямой кишки, что приводило к повторным кровотечениям. Только лечение Сирилимусом позволило прекратить кровотечения, однако объем мальформации не изменился. В целом переход на 1,56 и 1,9 мкм лазерное излучение позволил сократить число повторных сеансов лечения по сравнению с 0,97 мкм-лазером (Abushkin I.A. at all., 2012). более чем в 2 раза

Выводы: 1,56 и 1,9 мкм-лазерная термотерапия под контролем УЗИ эффективна в лечении венозной и артерио-венозной мальформации и может быть рекомендована к широкому клиническому применению у детей и взрослых с данной патологией.

## **ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПЕРАЦИИ ЦИРКУМЦИЗИО У ДЕТЕЙ**

*Азизов А.А., Шамсзода Х.А., Султонов Ш.Р., Займуудинов Б.М., Зарифов Х.З. (Душанбе)*

Актуальность. У детей первых месяцев жизни особую опасность представляют переход врожденного фимоза в патологический, гнойный фимоз. Это возраст, когда любая инфекция, особенно восходящая мочева, может принять генерализованную форму (уросепсис) и в ряде случаев стать причиной летального исхода. По данным авторов: Пулатова А.Т. (2005), Муртузаалиева З.Н. (с соавт. 2018), G. Anderson (1989), послеоперационные осложнения при циркумцизии составляют от 0,1 до 35%.

Материал и методы. За последний год на обследовании и лечении находилось 437 больных с различными формами фимоза и осложнениями после циркумцизии. Возраст больных колебался от рождения до 15 лет. В возрасте от рождения до 40 дней - 62 (14,1%) больных; от 40 дней до 1 года - было 100 (22,8%) пациентов; от 1 до 3 лет – 112 (25,5%) больных; от 3 до 6 лет – 129 (29,4%) больных; от 6 до 10 лет – 26 (5,9%); от 10 до 15 лет – 8 (1,8%) детей.

При поступлении у 318 (72,5%) больных был выявлен фимоз, у 50 (11,4%) – синдром длинной крайней плоти, у 6 (1,3%) – парафимоз, у 31 (7,1%) – баланопостит, у 16 (3,6%) – рубцовый фимоз после циркумцизии, у 7 (1,6%) – кровотечение с ДВС, у 2 (0,45%) – дефект кожи полового члена с инфицированным свищом уретры, у 7 (1,6%) – сужение наружного отверстия мочеиспускательного канала.

Результаты и обсуждение. Всем больным после обследования по показаниям были произведены следующие операции: циркумцизии - 369 (84,1%) больных - расправление парафимоза, 5 (1,1%) пациентам – расширение наружного отверстия крайней плоти консервативным путём при баланопостите, гипотрофии, 31 (7,1%) больных – повторные циркумцизии - рубцовый фимоз, 16 (3,6%) больных – остановка кровотечения с ДВС, 7 (1,6%) пациентам – дермопластика дефекта полового члена, у 2 (0,45%) и 7 (1,6%) больных - меатотомия при рубцовых сужениях наружного отверстия уретры.

Проанализированы осложнения после операции обрезания вне медицинских учреждений со стороны народных обрядчиков и других специалистов - медиков (общих хирургов, семейных врачей, анестезиологов), составляющих 7,2% (32), а у больных, прооперированных в нашей клинике осложнения составляли 1,5% (7).

Выводы. Таким образом, анализ осложнения после обрезания у детей показал, что недооценка формы, вариантов фимоза и проведенных операций – циркумцизии вне медицинских учреждений и некомпетентными специалистами, увеличивает процент осложнений и неудовлетворительных результатов.

## **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВАРИАНТОВ ШВА ТОЛСТОЙ КИШКИ**

*Айрапетян М.И., Морозов Д.А. (Москва)*

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

Материалы и методы: Исследование проводили на 108 кроликах-самцах породы "Шиншилла" в возрасте 5-6 месяцев массой тела 3-3,5кг. Животные были разделены на 3 равные группы. Все животные были разделены на 3 группы: I группа (36) – модифицированный однорядный непрерывный серозно-мышечно-подслизистый шов без захвата слизистой оболочки с визуальным контролем по всей окружности кишки. II группа (36) - однорядный безслизистый шов с укреплением отдельными узловыми швами условно "критических" зон. III группа (36) - однорядный шов через все слои. Каждая группа была поделена на две равные подгруппы, в зависимости от используемого шовного материала с антибактериальным покрытием (IAB, IIAB, IIIB) и без (IB, IIB, IIB). Проводилась микроскопическая и морфологическая оценка зон анастомоза на 3, 7, 14, 21 послеоперационные сутки.

Результаты: Наиболее выраженный инфильтративно-спаечный процесс был представлен в подгруппе III, в I группе в 50% случаев отмечалась 0 степень по D.Evans. Установлено наибольшее значение индекса стенозирования при сквозном проколе стенки толстой кишки на всех сроках исследования ( $M \pm m = 35.2 \pm 1.9\%$ ), которое было в 2-4 раза выше, чем в сравниваемых группах. В I группе, даже при использовании нити без антибактериального покрытия, индекс стенозирования не превысил 15% (подгруппа IAB  $M \pm m = 9.1 \pm 1.2\%$ , подгруппа IB  $M \pm m = 14.9 \pm 0.9\%$ ). Отмечен незначительный тренд отличия выраженности зон

некроза подгруппы IB от подгруппы IAB ( $p=0.1112$ ), подгруппы IIAB ( $p=0.1189$ ) и статистически достоверное отличие от подгруппы IIIB ( $p=0.0032$ ). Регистрировали достоверное отличие интенсивности воспалительного процесса подгруппы IAB от подгруппы IIB ( $p=0.0032$ ) и IIIB ( $p<0.0001$ ), а также наименьшее количество нарушений регенерации эпителия при анализе данной модели, в которой этот признак был статистически достоверно менее выражен, чем в подгруппе IIB ( $p=0.0114$ ) и определялся тренд в сравнении с подгруппой IIIB ( $p=0.0715$ ).

Выводы: Формирование толстокишечных анастомозов швом по оригинальной методике продемонстрировало наименьший инфильтративно-спаечный процесс и не приводило к значимому стенозированию просвета кишки. Использование монофиламентного биодеградирующего шовного материала с антибактериальным покрытием показало наименьшую воспалительную реакцию в зоне сформированного межкишечного соустья.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ САЛЬПИНГООФОРИТОВ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ**

*Акмоллаев Д.С., Притуло Л.Ф., Ионичева Е.В., Рыбников А.П. (Симферополь)*

Актуальность. Воспалительные заболевания внутренних гениталий в детском возрасте – наиболее частая патология, составляющая от 1 до 5 % всех острых хирургических заболеваний брюшной полости. Сочетания воспаления маточных труб и червеобразного отростка наблюдается у 28% девочек, которым проведена аппендэктомия. Существует несколько возрастных пиков заболевания острым сальпингоофоритом, которые совпадают с максимумами заболевания острым аппендицитом: в 3-5, 11-13 лет. Несмотря на своевременную диагностику и лечение сохраняется высокая частота функциональных нарушений репродуктивной системы.

Цель исследования: изучить особенности клинической картины и течения сальпингоофоритов у детей с острым аппендицитом, определить оптимальные методы реабилитации.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 28 детей в возрасте от 7 до 15 лет с острым аппендицитом (у 18 – деструктивные формы), у которых диагностирован сальпингоофорит (у 5 – двусторонний, у 13 – правосторонний, у 10 – левосторонний).

Результаты и обсуждения. Основными клиническими симптомами являлись боли в животе различного характера и локализации. Порой болевой синдром носил неинтенсивный характер в виде повторяющихся приступов (изменялась локализация болей в разных частях живота). Важным симптомом воспаления придатков были боли внизу живота на фоне повышения температуры тела до 38-40. Вторым важным симптомом – выделения из половых органов. Обращало внимание неяркое начало заболевания, когда клиническая картина проявлялась постепенно на фоне общего здоровья с последующим нарастанием симптомов. Нередко в анамнезе отмечались невыраженные самостоятельно купирующиеся боли в животе. Важным



признаком воспаления придатков являлся выпот в малом тазу, определяемым при ультразвуковом исследовании брюшной полости. В послеоперационном периоде сохранялись боли в животе, нарушения менструальной функции, что являлось показанием для санаторно-курортного лечения с использованием индивидуального комплекса лечебных мероприятий с учетом характера и обширности воспалительного процесса.

Выводы и рекомендации. Абдоминальный синдром у девочек является частой причиной острой хирургической патологии брюшной полости. Дифференциальная диагностика заболеваний органов брюшной полости и малого таза затруднительна. А в послеоперационном периоде сохраняются нарушения репродуктивного здоровья девочек, что требует санаторно-курортной реабилитации.

## **СПОСОБ ФИКСАЦИИ ТРОАКАРОВ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ**

*Аксельров М.А., Евдокимов В.Н., Свезян В.В., Сахаров С.П., Емельянова В.А., Мальчевский В.А., Столяр А.В., Горохов П.А. (Тюмень)*

Актуальность. Проблема фиксации троакаров при эндоскопических операциях остается актуальной, как миграция гильз создает не только неудобства выполнения вмешательства, но и может служить причиной осложнений.

Цель: разработать способ быстрого и атравматичного фиксирования троакара в мягких тканях пациента при лапароскопических операциях у детей.

Материал и методы исследования. На клинической базе кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ были сформированы контрольная и опытная группы: в первую вошли пациенты, оперативное вмешательство которых проходило без специальной фиксации троакара (n=27). Во вторую вошли 26 детей которым троакар фиксировался введенной рядом с ним по игле петлей охватывающей шток и завязанный вокруг с противоположной стороны от места вкола.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что в ходе оперативных вмешательств у пациентов опытной группы отмечался положительный результат (92%) от использования данной фиксации, заключающегося не только в удобстве работы, но и быстром по времени и безопасном для больного исключении миграции троакара при выполнении необходимых хирургических манипуляций

Заключение и выводы. Разработанный способ фиксации троакара позволяет максимально быстро по времени и безопасно для пациента исключить выскальзывание и миграцию троакара из области оперативного вмешательства снижает риск возникновения раневых послеоперационных осложнений.

## **ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА В СТРУКТУРЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ**

*Алейникова Н.Г., Степанова Н.М., Сыркин Н.В., Поваринцев К.О., Смирнов О.Г., Иргит, Нахапетян Р.Л. (Иркутск)*

Актуальность. В структуре ранней неонатальной смертности врожденные пороки развития занимают 2 место, при этом на долю кардиальной патологии приходится около 50%

летальности. Комбинация пороков сердца с некардиальными аномалиями обуславливает особую степень тяжести состояния, приводит к необходимости проведения многоэтапной хирургической коррекции, удлинению сроков госпитализации, сопровождается высоким риском летального исхода.

Цель исследования. Оценить частоту ВПС в составе комбинированных пороков развития, результативность антенатального скрининга, а также влияние характера ВПР на уровень летальности и длительность госпитализации.

Материалы и методы. Когортный ретроспективный анализ карт 175 детей, находившихся на лечении в ГИМДКБ г. Иркутска с января 2017 по декабрь 2018 года. Пациенты были разделены на 3 группы: I группа – дети с изолированными ВПС (19), II группа – младенцы с ВПР без ВПС (91), III группа – больные с комбинацией некардиального ВПР и ВПС (65).

Результаты. Изолированные ВПС составили 10,8%, некардиальные пороки – 52%, комбинированные пороки (ЦНС, ЖКТ, МВС, системы дыхания) и ВПС – 37,2% от всех врожденных пороков развития. Среди включенных в исследование доношенных детей - 127 (72,6%), недоношенных – 48 (27,4%). Гендерный состав: мальчики - 96 (54,8%), девочки - 79 (45,2%). Большинство пациентов поступило в ГИМДКБ до 1 месяца жизни - 141 (80,6%). Внутриутробная верификация аномалий развития составила в I группе – 8 (42,1%), во II – 77 (84,8%), в III – некардиальный ВПР - 52 (80,1%), ВПС – 10 (15,4%). Средняя длительность пребывания в стационаре: в I группе составила 12,6 к/д, во II группе – 14,8 к/д, в III группе – 22,8 к/д. Уровень летальности составил в I группе – 5% (1), во II – 1,1% (1), в III – 6,7% (4). Хирургическое лечение пороков проведено в I группе у 3 младенцев (15,8%) во II группе – у 70 (76,9%), в III группе – у 48 (73,8%) по поводу некардиального ВПР, у 5 (7,7%) по поводу ВПС.

Выводы. Выявлена высокая частота встречаемости ВПС в структуре ВПР. Низкий уровень антенатальной диагностики ВПС в комбинации с некардиальными аномалиями приводит к рождению младенцев, требующих проведения многоэтапных оперативных вмешательств, длительной госпитализации и имеющих наивысший риск неблагоприятного исхода.

## **РЕТИНОПАТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ: ФАКТОРЫ РИСКА**

*Алейникова Н.Г. , Степанова Н.М. , Сыркин Н.В. , Поваринцев К.О. , Смирнов О.Г. , Иргит , Жигулин Г.М. (Иркутск)*

Актуальность. Прогресс медицинских технологий привел, с одной стороны, к снижению младенческой смертности, с другой - к росту заболеваемости в данной возрастной группе. Одной из серьезнейших проблем является ретинопатия, в ряде случаев приводящая к глубокой инвалидизации пациентов.

Цель исследования. Выявить влияние срока гестации, длительности проведения респираторной терапии, сопутствующих заболеваний у детей и экстрагенитальной патологии у матерей на риск развития и тяжесть ретинопатии. Материалы и методы. Проведено когортное ретроспективное исследование 870 карт за период с января 2014 года по декабрь 2018 года. Возраст пациентов от 1 суток до 4 месяцев, гестационный возраст - от 22 до 32 недель.

Результаты. Гендерный состав: мальчики - 50,57%, девочки - 49,42%. Частота ретинопатии в зависимости от срока гестации: 22 – 25 нед - 100%, 26-27 нед - 85%, 28-29 нед - 70%, 30-31 нед - 10%, 32 нед - 1%. Среди детей с ретинопатией экстремально низкая масса тела (до 1000 гр) отмечена у 78,16% пациентов, очень низкая масса тела (1000 - 1500 гр) - 17,24%, низкая масса тела (1500 - 2500 гр) – 4,59 %. В группе новорожденных с ретинопатией максимальная продолжительность респираторной терапии отмечена у детей с гестационным сроком 22-26 нед (в среднем -75 дней). Сопутствующая патология встречалась в 100%: бронхо-легочная дисплазия–77,01%, пневмония - 50,57%, перинатальное поражение ЦНС – 80,45%, открытый артериальный проток - 31,03% некротизирующий энтероколит - 10,34%, анемия – 71,26% детей. Исход ретинопатии: отслойка сетчатки развилась у 19,5% пациентов, из них дети с экстремально низкой массой тела - 88,23%, очень низкой массой тела - 11,77%. Длительность пребывания в ОАРИТ пациентов с экстремально низкой массой составила в среднем 32,8 сут, очень низкой массой -18 сут, низкой массой - 10 сут. Экстрагенитальная патология отмечена у 79,3% матерей.

Выводы. Основными факторами, влияющими на риск развития и тяжесть ретинопатии, являются степень недоношенности и низкая масса тела при рождении. Глубокая морфофункциональная незрелость, необходимость респираторной терапии и наличие специфических для неонатального периода заболеваний усугубляют степень поражения сетчатки глаза с развитием в последующем слепоты. Экстрагенитальная патология у матери является неблагоприятным фактором, оказывающим влияние на срок беременности и риск преждевременных родов.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ**

*Алибаев А.К., Парамонов В.А., Исламова Л.Р. (Уфа)*

Актуальность: Башкортостан является эндемическим регионом России по эхинококкозу, поэтому заболеваемость эхинококкозом остается важной проблемой, несмотря на активную выявляемость и проведение санитарно-эпидемиологических мероприятий.

Материалы и методы: За последние 5 лет в клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета на базе Республиканской детской клинической больницы находились 72 пациента с эхинококкозом легкого, печени и селезенки.

Результаты и обсуждение: Возраст больных колебался от 5 до 18 лет. 3-7 лет – 2 (2,8%); 7-9 лет – 6 (8,6%); 9-12 – 9 (13%); 12-15 лет – 23 (33,3%); 15-17 лет – 29 (42%). Мальчиков было 37 (53%), девочек 32 (47%). Жалобы на умеренные боли в правой подреберной области, утомляемость, отставание в физическом развитии. В анализе крови анемия – у 27 детей, лейкоцитоз – у 16, СОЭ – у 33, эозинофилия - у 54. В диагностике эхинококкоза основную роль у детей отводим ультразвуковому исследованию, точность диагностики составляет 97%. Для более четкого уточнения размеров, отношения кисты с соседними органами проводили компьютерную томографию. Данные КТ дают возможность выбрать способ операции. Предоперационная подготовка включала проведение десенсибилизирующей и дезинтоксикационной терапии в течение 3-5 дней. По нашим данным, эхинококкэктомия проведена 69 пациентам, из них поражение печени – у 43 (62,3%); легких – у 22(31,8 %); селезенки – у 2 (2,8%); сочетанные поражения легких и печени - у 2 (2,8 %). Консервативное



лечение – в 3 случаях, когда размер кист не превышал 3 см в диаметре. Оперативное лечение проводили традиционным способом 61 пациентом, из них (52%) приходится на 6-7 сегмент, (23%) на 1-2 сегмент. Остальные 25 % приходится на другие сегменты печени. Лапароскопическим способом эхинококкэктомия печени проведена 8 детям: 8 сегмент в 4-х случаях ( 50%); левая доля - в 2 (25%), в 1 сегменте – 2 (25%). Показаниями к лапароскопическому удалению являлись расположение кист поверхностно, в передних отделах печени и размер кист, не превышающих 10 см в диаметре.

Выводы: Использование предложенных методов диагностики и оперативного лечения, назначение в послеоперационном периоде противопаразитарных препаратов позволило избежать рецидивов

## **КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ**

*Алянгин В.Г., Сатаев В.У., Гумеров А.А., Садретдинов М.М., Мухаметзянов А.М. (Уфа)*

При травмах органов грудной клетки, хирург всегда остается перед выбором: позволяет состояние произвести видеоторакоскопию (ВТС) или нет, так как основным условием выполнения ВТС является гемодинамическая стабильность пострадавшего.

В связи с этим поставлена цель исследования - определение возможности прогнозирования выполнения ВТС при травмах грудной клетки у детей с использованием шокового индекса Альговера (SIA).

На основании ретроспективной оценки гемодинамических показателей, выраженных в SIA, нами изучена и дана оценка целесообразности применения ВТС у детей с различной тяжестью шока при травмах грудной клетки.

В клиники детской хирургии БГМУ, ГДУБ 17 и РДКБ, за период 1996-2018 гг. с травмами грудной клетки различной тяжести и локализации поступило 65 детей. С сочетанной травмой грудной клетки был 41 ребенок. Торакотомия выполнена 8 детям, 31-у выполнены ВТС оперативные вмешательства. Возраст составил от 3 до 17 лет. Проведен ретроспективный анализ лечения 41 детей с сочетанными травмами.

В результате исследования были получены следующие выводы.

Лечебную ВТС целесообразно выполнять пострадавшим с  $SIA < 1,0$ . При ретроспективном анализе в этой группе отсутствовали конверсии.

У пациентов с  $SIA = 1,0-1,5$  в 25% случаев лечебная ВТС выполнялась с необоснованным риском и желание однозначно закончить операцию эндохирургическим способом может привести к неблагоприятным последствиям для больного. Поэтому при данном индексе SIA при появлении малейших трудностей при выполнении ВТС необходимо сразу выполнять конверсию.

Выполнение лечебной ВТС противопоказано при индексе  $SIA > 1,5$  так как при данном состоянии, как правило, имеются грубые объемные травмы в грудной полости не

позволяющие выполнить операцию эндохирургическим способом и время для оказания адекватной хирургической помощи будет упущено.

Таким образом, в результате ретроспективного анализа применения различных хирургических доступов, тяжести имеющихся повреждений и возможности их устранения показано, что шоковый индекс Альговера позволяет достаточно объективно прогнозировать возможность выполнения лечебной ВТС у детей с сочетанной травмой грудной клетки.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА НУТРИТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ В КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ**

*Алянгин В.Г., Сатаев В.У., Салимгареев А.А., Гизатуллин Р.Х., Мухаметзянов А.М. (Уфа)*

Выживаемость пациентов в критических состояниях с тяжелой патологией напрямую зависит от проводимой своевременной и адекватной нутритивной поддержки. На сегодня известны основные потребности организма в нутриентах, критерии нутритивной недостаточности и прогнозируемый риск ее развития. В связи с этим, вопросы разработки методов организации нутритивной поддержки детей нуждающихся в данных мероприятиях, являются очень актуальными.

В Городской детской клинической больнице №17, в отделении анестезиологии – реанимации за период с 2000 по 2018 гг., разработана и успешно применяется, методика эндоскопической установки назогастроудоденального зонда для проведения нутритивной поддержки детям после оперативных вмешательств на органах брюшной полости и центральной нервной системы. Данная методика использована у 138 пациентов, возраст которых составил от 1 года до 17 лет.

Для выполнения данной манипуляции использовались педиатрические модели эндоскопов «OLYMPUS» серии GIF- PQ20 с рабочим каналом 2.8 мм и оригинальный рентгеноконтрастный поливинилхлоридный зонд диаметром 2,0 мм. С помощью эндоскопа через инструментальный канал зонд заводился и устанавливался за связку Трейца в начальный отдел тощей кишки, а проксимальный конец выводился через носовой ход с помощью назофарингеального проводника, после чего зонд подключался к системе дозированной подачи питательной смеси. На рентгеновских снимках органов брюшной полости, которые выполнялись по поводу основного заболевания, положение зонда оставалось постоянным в проекции нижней горизонтальной части 12-ти перстной кишки и связки Трейца.

В раннем послеоперационном периоде, у данной группы больных отмечалось значительно раннее купирование пареза кишечника, сокращение объемов застойного отделяемого, улучшение общего состояния, стабилизация лабораторных показателей, сокращение послеоперационного пребывания в отделении реанимации.

Таким образом, ранняя и адекватная нутритивная поддержка является важнейшим компонентом в послеоперационном ведении детей с тяжелой хирургической патологией, а эндоскопическая методика организации питания является оптимальным и

легковоспроизводимым решением и может являться методом выбора у данной категории детей.

## **ХИРУРГИЧЕСКИЙ КАТАМНЕЗ В ТЕЧЕНИИ 32 ЛЕТ ПОСЛЕ АТРЕЗИИ ТОНКОЙ КИШКИ**

*Антоненко Ф.Ф., Марухно Н.И., Вилисова Л.В., Иванова С.В. (Москва)*

Актуальность: реконструктивные операция при атрезии тонкой кишки в случае несостоятельности анастомозов заканчиваются перитонитом, который до 72% может привести к летальному исходу, особенно у недоношенных новорожденных. Мы впервые решили поделиться нестандартным подходом к этой операции из личной практики, так как в литературе не нашли аналогичных наблюдений.

Материал и методы: 32 года назад в 1987 г. в клинике детской хирургии Владивостокского Государственного медицинского университета мы успешно прооперировали двух новорожденных с атрезией тонкой кишки. Одному ребенку по экстренным показаниям была выполнена лапаротомия, резекция патологической части тонкой кишки и наложен анастомоз конец в конец. На 4 день наступила несостоятельность анастомоза и развился перитонит. Выполнена повторная операция и наложен анастомоз бок в бок. Вновь на 5 сутки наступил перитонит в виду несостоятельности швов. Третья операция заключалась в том, что проксимальный отдел кишки был выведен в виде свища на переднюю брюшную стенку, а дистальный инвагинирован в проксимальный под острым углом и подшит. Тонкокишечный свищ в течение месяца уменьшился в диаметре от 5 до 1 см. и был внебрюшинно закрыт. Второму новорожденному сразу при первой операции был выполнен у-образный анастомоз с выведением проксимального отдела тонкой кишки на переднюю брюшную стенку. Также свищ был хирургически закрыт через 23 дня.

Результаты и обсуждения: операция с резекцией патологической части тонкой кишки и выведением проксимального конца на переднюю брюшную стенку с подшиванием к ней дистального отдела под острым углом по типу у-образного анастомоза занимает по времени не более 30 мин., гарантировано позволяет избежать несостоятельности швов. Стул у больных появляется на 5-7 день, широкий свищ в виде тонкой кишки в течении 20 дней уменьшается до 1 см. в диаметре. Через 7 лет одному из них была выполнена реконструктивная плановая операция - лапаротомия с резекцией выросшего до 15 см. проксимального участка тонкой кишки. Состояние пациентов до настоящего времени удовлетворительное.

Выводы и рекомендации: предложенный анастомоз при атрезии тонкой кишки с выведением проксимальной ее части в виде свища, может быть применен как гарантированное хирургическое пособие при несостоятельности анастомозов и у недоношенных новорожденных, так как выполняется в течение 30 минут и гарантирует от перитонита.

## **АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ГАСТРО-ДУОДЕНИТАХ И ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ**

*Антоненко Ф.Ф., Марухно Н.И., Лемза О.В., Нелюбов И.В., Сиченава З.А. (Москва)*



Актуальность: боль в животе при гастро-дуодените у детей до 30 % случаев симулирует острый аппендицит и может быть причиной не нужных операций при так называемом «остром катаральном аппендиците». Перфоративная язва желудка вызывает перитонит и в последние годы встречается чаще, в том числе у детей раннего возраста.

Материал и методы: с 1979 года на базах клиник детской хирургии Владивостокского Государственного медицинского университета выполняются фиброгастроуденоскопии (ФГДС) у детей. Используется оборудование фирмы «Олимпус» (Япония) с диаметром рабочей части от 5,5 мм. до 7,5 мм. Ежегодно по СМП госпитализируется с подозрением на острую ургентную патологию органов брюшной полости до 500 детей, из которых до 65% оперируются и у 35% показаний к операции не обнаруживают. Мы провели анализ ФГДС у 1270 с «ложным острым животом» и обнаружили у 57% из них эрозивный и в 43% эрозивно-язвенный гастродуоденит, с кровоточивостью и налет фибрина у 67 (5,6%)

Результаты и обсуждение: у 42 детей ФГДС была выполнена после операции по поводу «катарального аппендицита» и обнаружен эрозивно-язвенный гастродуоденит. Двое больных (мальчики в возрасте 6 и 14 лет) были оперированы по поводу перфоративной язвы желудка, что составило 0,17 % от 1200 больных с гастро-дуоденитом. В анамнезе они не имели заболеваний ЖКТ и перфоративные язвы развились у них на фоне стрессов. Диагноз был установлен клинически и рентгенологически (свободный газ под куполом диафрагмы). Обе операции были «открытыми», выполнены через 2 час. от поступления, длились 74 мин. Пациенты переведены на 12 день в соматические отделения.

Выводы и рекомендации: 1. Перфоративные язвы желудка у детей не связаны с длительным анамнезом гастро-дуоденитов, а возникают в стрессовых ситуациях 2. Диагноз перфоративной язвы желудка у детей должен быть установлен за 1-2 часа от момента поступления больного к хирургу, включая УЗИ, рентген и лапароскопию 3. ФГДС показана после операции при гистологическим диагнозе «простой аппендицит». Целесообразно эти положения ввести в Российские клинические рекомендации.

## **ПРОБЛЕМА ОСТАТОЧНЫХ КИСТ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ**

*Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Калинина Ю.А., Митькина Н.Н., Маклакова Р.В. (Оренбург)*

Эхинококкоз – самое распространенное паразитарное заболевание, требующее хирургического вмешательства. В ряде случаев после проведения оперативного лечения образуются остаточные кисты в печени и легких, в связи с чем пациентам показано динамическое наблюдение и лечение.

Материал и методы За 2014 – 2018 гг в стационаре пролечено 83 пациента страдающих эхинококкозом. Локализация паразитарных кист: в печени у 48 больных (57,8%), в легких – у 26 пациентов (32,3%), сочетанное поражение печени и легких – у 9 больных (9,9%). Более чем в 60% случаев эхинококковые кисты множественные. Размер паразитарных кист: до 3 см – у 4 пациентов (4,8%), от 3 до 5 см – у 46 (53,0%), от 5 до 10 см – у 28 пациентов (33,7%), более 10 см – у 7 (8,5%). Прооперировано 80 больных. Всем выполнена эхинококкэктомия с удалением хитиновой и герминативной оболочек паразита. При каждом оперативном вмешательстве, при наличии технической возможности, проводился капитонаж фиброзной

полости путем наложения швов, сближающих края, в случае невыполнения капитонажа – наружное дренирование. После проведенного вмешательства и выписки из стационара пациенты наблюдались в течение 3 лет с проведением УЗИ брюшной полости и рентгенографии грудной клетки по следующей схеме: через 3 и 6 месяцев после операции, далее – через каждые 6 месяцев.

Результаты. Остаточные полости после эхинококкэктомии выявлены у 13 детей, все – в печени (22,8% от числа пациентов с этой локализацией паразитарных кист). При динамическом наблюдении у 7 больных размер кистозной полости прогрессивно уменьшался, клиника отсутствовала. У 4 пациентов размер кистозных образований увеличивался, имелся абдоминальный болевой синдром, локализованный в правом подреберье, у 1 ребенка – желтуха. В этой группе пациентов капитонаж фиброзной полости не был проведен вследствие сложной анатомической локализации кисты или был минимальным. Все 5 пациентов были прооперированы. У 4 – хороший результат (уменьшение размера остаточной полости), 1 – передан во взрослую службу.

Выводы: 1. После проведенной эхинококкэктомии показано динамическое наблюдение не менее 3 лет. 2. В ходе эхинококкэктомии необходимо проведение тщательного капитонажа полости или длительного наружного дренирования. 3. Ряд пациентов нуждается в проведении операций по поводу остаточных кист после эхинококкэктомии.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ (ЭКМО) У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Арзин Д.Н., Филатов В.С., Поспелов М.С., Закиров И.И., Петрушенко Д.Ю., Румянцева И.В., Костромин А.А., Амерханов Н.З. (Казань)*

Актуальность. Острые респираторные вирусные заболевания могут приводить к развитию серьезных осложнений и характеризуется высокой летальностью. Особую группу риска представляют дети до 2-х лет. Наличие сопутствующей патологии со стороны органов дыхания, неврологическая патология значительно повышают риск развития грозных осложнений при лечении.

Материал и методы. Больной Г. 9 месяцев, доставлен в клинику в тяжелом состоянии из городской больницы. Тяжесть состояния обусловлена течением H1N1, выраженной дыхательной недостаточностью (ДН) на фоне правостороннего (дренированного) пневмоторакса. Гемодинамические показатели стабильны. На обзорном рентгеновском снимке и компьютерной томографии органов грудной клетки – явления инфильтрации, буллезные изменения с обеих сторон. В динамике отмечается нарастание явлений ДН, переведен на высокопоточный СРАР, в последующем – тахипное, десатурация, тахикардия, проведена интубация трахеи, перевод на ИВЛ. На обзорном снимке – увеличение булл слева, проведено дренирование левой плевральной полости. В анализах нарастание лейкоцитоза, артериальная гипоксемия. В дальнейшем – двухсторонний пневмоторакс, нарастание ДН, гипоксемии, угнетение гемодинамики. Попытки подбора адекватных параметров аппарата

ИВЛ, перевод на высокочастотную вентиляцию эффекта не имели. На 4 сутки нахождения в клинике ребенок переведен на ЭКМО.

Результаты и обсуждение. После подключения аппарата ЭКМО отмечается устранение гипоксемии, стабилизация гемодинамики. Получает энтеральное питание, усваивает. Диурез сохранен. Со вторых суток проведения ЭКМО отмечается нарастание анемии, тромбоцитопении, снижение диуреза. На 5 сутки процедуры ЭКМО начато проведение ультрагемофильтрации и плазмофереза, подключением в контур ЭКМО. В анализах крови – стабилизация рСО<sub>2</sub> и рО<sub>2</sub> в пределах нормы. На контрольных рентгенограммах – уменьшение инфильтрации, купирование явлений пневмоторакса, исчезновение булл. Проведено переключение респираторной поддержки с ЭКМО на ВЧ ИВЛ с последующим переходом к традиционной ИВЛ. На 23 сутки – полное отключение ЭКМО, деканюляция. Ребенок переведен на вспомогательную вентиляцию в режиме СРАР, затем экстубирован (51 день ИВЛ). На самостоятельном дыхании переведен в отделение реабилитации (59 сутки лечения).

Выводы. Процедура ЭКМО, в случае неэффективности базового лечения, включая респираторную терапию, в условиях реанимации у пациентов с острым повреждением лёгких должно быть неотъемлемой частью современного проводимого комплексного лечения.

## **БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПРОТЯЖЕННЫХ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА**

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

Сложность лечения протяженных ПРСП в значительной мере связана с ее длиной и, как правило, несколькими пораженными отделами пищевода.

Цель - изучить возможность применения метода баллонной дилатации для лечения протяженных ПРСП и особенно его диагностическую значимость для выявления неоднородности рубцовые стриктуры и определения дальнейшей тактики лечения больных.

Материал и методы. Нами проведена баллонная дилатация у 15 детей с протяженных ПРСП, из них 8 мальчиков и 7 девочек в возрасте от 1 года до 8 лет.

Рентгенологическая длина рубцовой стриктуры, практически у всех пациентов была значительной, и часто захватывала два и более отделов пищевода.

У четырех из пятнадцати пациентов при обращении была полная дисфагия, у пяти проходила только жидкость, только шесть из пятнадцати пациентов могли как-то принимать пищу. Все пациенты были со сниженной массой тела.

Результаты. Уже с первых попыток дилатации у больных с ПРСП мы установили, что рубцовые стриктура - неоднородное образование, состоит из нескольких частей, которые значительно отличаются плотностью - ригидностью. Чаще всего, даже большой длины рентгенологическая стриктура, содержит лишь один ригидный участок значительной плотности, и значительно меньший по длине, чем вся стриктура в целом. Встречаются также



случаи отдельного поражения нескольких участков пищевода на значительном расстоянии друг от друга.

Собственно на эти плотные, ригидные участки стриктур нами и производилось воздействие во время дилатации, позволившее в конечном счете добиться расширения стриктуры в целом.

Надо заметить, что мы не останавливаемся на достигнутом результате и, при необходимости, повторяем процедуру баллонной дилатации два или более раз, постепенно достигая максимального для данного больного диаметра пищевода.

У нас не было не одного случая перфорации пищевода, таким образом процедура баллонной дилатации является достаточно безопасной при лечении ПРСП.

Таким образом, баллонная дилатация может применяться для лечения протяженных ПРСП, как достаточно безопасный метод с хорошими результатами и дает много дополнительной информации о состоянии ПРСП, о наличии участков различной плотности и об их плотности.

## **КИСТЫ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ**

*Асфандияров Б.Ф., Зайнуллин Р.Р., Семенова Е.С. (Уфа)*

**Актуальность:** Кистозные образования селезенки подразделяются: паразитарные и непаразитарные. Среди паразитарных кист чаще встречаются эхинококковые. При этом селезенка страдает очень редко (лишь в 2-5% случаев) по сравнению с 70-80% случаев заражения печени.

**Материалы и методы:** в клинике детской хирургии РДКБ г.Уфа за последние 10 лет наблюдались 30 детей с паразитарными и непаразитарными кистами селезенки. Возраст больных от 4 до 16 лет. Девочек было 16, мальчиков-14.

**Результаты и обсуждение:** клинические проявления отмечены у 18 больных-периодические боли в левом подреберье, нередко возникавшие после физической нагрузки, у 1 ребенка отмечалось повышение температуры тела до 38°C. У 11 детей заболевание протекало бессимптомно. Кистозные образования обнаружены при УЗИ брюшной полости во время диспансеризации у 12 больных; у 18 явилось случайной находкой по другим причинам. На УЗИ в верхнем полюсе селезенки киста обнаружена у 16 детей, в средней трети-4, нижней трети-10, диаметр кист варьировал от 5 до 16 см. В зависимости от размера и локализации кист избирался доступ и тактика последующего оперативного лечения. В большинстве случаев (18) проводилось лапароскопическое иссечение кист, конверсия (7) была в связи с трудной доступностью кисты. Лапаротомия (5) выбрана из-за больших размеров кист, труднодоступным расположением. В 1 случае, при традиционном доступе, обнаружена эхинококковая киста селезенки, как случайная находка. После визуализации кисты проводили иссечение свободной от паренхимы капсулы аппаратом LigaSure, с разрушением внутренних перегородок кисты и коагуляцией стенок биполярной и аргоноплазменной коагуляцией. Осложнений не было. При эхинококковой инвазии селезенки, после удаления хитиновой оболочки, в полость кисты введен 80% глицерин нагретый до 60°C, в объеме 100 мл, время экспозиции 10 мин. С помощью аппарата LigaShur произведена резекция крыши

кисты. Поверхность стенки кисты обработана Аргоноплазменной коагуляцией. Послеоперационный койко-день от 5 до 28 суток.

Заключение: непаразитарные кисты селезенки встречаются чаще, чем паразитарные. Не стоит забывать об эхинококковой инвазии селезенки. Основным методом диагностики кист селезенки является УЗИ. Лапароскопическое лечение кист селезенки является основным и эффективным методом лечения с хорошими результатами.

## **ПАТОМОРФОЗ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ**

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

Актуальность. По многолетним наблюдениям у нас складывается впечатление о «положительном» патоморфозе ряда гнойно-воспалительных заболеваний детского возраста. Прежде всего бросается в глаза снижение заболеваемости острым гематогенным остеомиелитом у детей Оренбургской области, особенно, в раннем возрасте.

Цель исследования. Сопоставить особенности течения и характер микрофлоры у детей с острым гематогенным остеомиелитом в 1995-2000 и в 2010 - 2015 годах.

Материалы и методы. Проведены сравнительные наблюдения клинического течения и бактериологические исследования 110 детям различного возраста по общепринятым бактериологическим методикам с использованием элективных и дифференциально - диагностических сред. 68 больных лечились в клинике в конце XX века, а 42 – в настоящее время.

Результаты. Анализируя локализацию процесса в группах, мы обнаружили, что уменьшилось число случаев поражения крупных костей (бедренная, большеберцовая), но участилась заболеваемость малоберцовой кости, костей предплечья и мелких костей кисти и стопы. Сопоставляя клинические проявления, свойственные больным гематогенным остеомиелитом в настоящее время, с таковыми у больных, лечившихся в 1995-2000 гг., можно отметить, что клиническая картина острого остеомиелита стала менее четкой, потеряна зависимость тяжести клинических проявлений от срока начала лечения болезни, септические формы чаще стали выявляться в отсроченные периоды течения заболевания. Исследования, проведенные в 1995-2000 гг. выявили, что в 87% был высеян золотистый стафилококк, а в 13% - грамотрицательная флора. У детей, лечившихся в 2010-15 гг. стафилококк обнаружен лишь в 29% в монокультуре и в 58% в ассоциации с другими возбудителями, что согласуется с результатами других исследователей.

Вывод. Подводя итоги, отметим, что в современный период заметна тенденция поражения более мелких костей остеомиелитическим процессом, стертости клинической картины, не позволяющей уже в ранние сроки выявлять септические формы заболевания. Заметен сдвиг и в этиологической структуре острого остеомиелита – золотистый стафилококк безусловный лидер в 1995 – 2000 г.г. в настоящее время в монокультуре встретился лишь в трети случаев, а в ассоциациях с другими возбудителями – в двух третях наблюдений.

## **НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ.**

***Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Курбанов Ж.Ж., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.  
(Узбекистан, г.Самарканд)***

Целью исследования явилось изучение наших результатов лапароскопического лечения различных форм острого аппендицита у детей.

Материал и методы исследования. За последние 2 года проведено лапароскопическое лечение острого аппендицита с различными формами у 136 детей, в возрасте от 2 до 18 лет. Девочек было 52, мальчиков –84. Всем больным проведена лапароскопическая аппендэктомия. У 8 больных с гангренозно-перфоративным аппендицитом, осложненным разлитым гнойным перитонитом произведена конверсия и аппендэктомия открытым доступом. Острый катаральный аппендицит был у 8 больных (5,9%), флегмонозный - у 102 больных (75%), гангренозно-перфоративный аппендицит с перитонитом – у 26 больных, которые составили 19,1 %.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде оценивали продолжительность болевого синдрома, активность больного, время первой самостоятельной дефекации, частоту послеоперационных осложнений. После лапароскопической аппендэктомии 80 % больных к концу первых суток перестали жаловаться на боль. Большинство больных начинали ходить через 10-12 часов после операции. Самостоятельный стул у большинства пациентов был отмечен на 2-3 сутки после оперативного вмешательства. Послеоперационные осложнения в виде межкишечного абсцесса и абсцесса дугласового пространства были отмечены у 3 больных с гангренозно-перфоративным аппендицитом, осложненным разлитым гнойным перитонитом.

Средняя продолжительность госпитализации больных после лапароскопических операций сократилась до 3,5 суток.

Выводы: лапароскопическая аппендэктомия является наиболее эффективным методом лечения острого аппендицита. Лапароскопический доступ практически исключает нагноение раны, расхождение ее краев и развитие спаек. Преимуществами лапароскопической аппендэктомии являются раннее восстановление нормального состояния больного, уменьшение болевого синдрома, отличный косметический результат и меньшая частота послеоперационных осложнений.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ**

***Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А. (Узбекистан, г.Самарканд)***

Пациенты. В основу работы положен анализ комплексного лечения 183 детей с врожденным мегауретером (код по МКБ Q62.2 - Врожденное расширение мочеточника [врожденный мегалоуретер], Q62.7 - Врожденный пузырно-мочеточниково-почечный рефлюкс, N13.4 - Гидроуретер). Врожденный мегауретер в зависимости от причины был разделен на обструктивный – 94 больных и рефлюксирующий – 89 пациента. Левосторонний мегауретер диагностирован у 58 детей, правосторонний - у 51 и двусторонний - у 74 больных, что составило 32%, 29% и 41 % соответственно. I степень диагностирована у 5 детей, II степень у 53 больных и III степень – у пациентов. При обструктивном мегауретере мальчики болели в 2 раза чаще, однако при врожденном рефлюксирующем уретерогидронефрозе

девочки составили большинство. С обструктивным МУ мальчиков было 67 (17%), а девочек 27 (6%) соответственно. При рефлюксирующем МУ мальчиков было 35 (7%), девочек 54 (11%).

Методы. 183 детям с врожденным мегауретером было произведено 135 (73,8%) хирургических вмешательств. Из них 66 (49%) операций выполнено при рефлюксирующем мегауретере и 69 (51%) при обструктивном типе. Для лечения детей с двухсторонним уретерогидронефрозом нами использована модифицированная методика уретероцистоанастомоза по Коэну. Независимо от причины врожденного уретерогидронефроза, также использована новая методика экстравезикального уретероцистоанастомоза без широкого вскрытия мочевого пузыря, не имеющих выше указанных недостатков. В последние годы нами также применялось эндоскопическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса - заключающееся в трансуретральной цистоскопической инъекции объемобразующей субстанции в зону устья рефлюксирующего мочеточника с целью устранения регургитации мочи.

Результаты пластических операций были следующие. При обструктивном мегауретере хороший результат наблюдался в 80% случаев, при хирургической коррекции рефлюксирующего мегауретера в 69% получен хороший результат. Применение эндоурологического метода позволила повысить до 80% хорошего результата при лечении рефлюксирующего мегауретра.

Выводы. Таким образом, выполнение эндоскопической коррекции является эффективным способом устранения ПМР. Малая инвазивность метода и отсутствие осложнений являются достоинствами эндоскопической коррекции.

## **АПЕНДИЦИТ НА ПОЧВЕ ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИИ**

*Аишурбеков В.Т., Мадани Туре. (Махачкала-Бамако)*

Актуальность: глистное поражение червеобразного отростка – весьма старая и практически значимая проблема. В литературе мало сообщений, освещающих эту проблему.

Целью нашего исследования явилось выявление глистной инвазии в генезе острого и хронического аппендицита.

Материал и методика: В детской хирургической клинике госпиталя Габриеля Туре оперировано 10 подростков с острым и хроническим рецидивирующим аппендицитом. Мальчики – 7, девочки -3.

С картиной острого аппендицита поступили 7 детей через 20-30 часов от начала заболевания. Возраст детей 8 -14 лет. С хроническим рецидивирующим аппендицитом поступило 3 детей.

Результаты и обсуждение: все дети оперированы – аппендэктомия. С острым аппендицитом гистологический диагноз – острый гнойный аппендицит на почве аскаридоза. С хроническим рецидивирующим аппендицитом, во время операции выявлены рыхлые спайки с терминальной петлей повздошной кишки. Аппендэктомия. Гистологический диагноз – флегмонозный аппендицит. В просвете выявлены аскариды. Течение послеоперационного периода гладкое.



Выводы: Паразитарный фактор, как один из этиологических факторов острого и хронического аппендицита, не утратил своего значения. Основным принцип профилактики хирургических осложнений аскаридоза заключается в плановой, комплексной и радикальной дегельминтизации детского и взрослого населения.

## **ЭХИНОКОККОЗ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ**

*Ашурбеков В.Т., Патахов С.П., Махачев Б.М., Магомедов А.Д. (Махачкала)*

Актуальность: удельный вес эхинококкоза у детей остается высоким, особенно в эндемических зонах.

Цель исследования: выработка алгоритма обследования и лечения.

Материал и методика: за последние 10 лет в клинике находилось 127 детей с эхинококкозом: печени – 117, селезенки -6, почек -4. Возраст от 5 до 16 лет. Осложненный эхинококк печени – 12. (нагноение- 6, прорыв в желчные пути -4, в брюшную полость -2). Решающим в диагностике явились УЗИ, КТ, ИФА.

Результаты и обсуждение: из 117 детей с поражением печени оперировано 103 (кистэктомия – 95, атипичная резекция печени с кистой – 8). Селезенки – 6 (кистэктомия -5, спленэктомия – 1). Почки – 4. 14 детей лечились консервативно – проводили антипаразитарную химиотерапию. Рецидивы кист печени – 1. Осложнения – 5 (нагноение остаточной полости - 2, раны -3).

Выводы и рекомендации. Для успешного лечения детей необходимо проводить комплексное обследование и адекватное лечение. Необходимо усилить роль диспансеризации, особенно в первичном звене.

## **ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ**

*Бабиц И.И., Мельников Ю.Н. (Ростов-на-Дону)*

Актуальность: Удельный вес спаечной кишечной непроходимости составляет от 40 до 60 % среди прочих видов приобретенной кишечной непроходимости и не имеет тенденции к снижению.

Материалы и методы: в клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» с 2010 г по 2018 г на лечение по поводу поздней спаечной кишечной непроходимости состояло 73 пациента.

Жизнеспособность кишки вовлеченной в патологический процесс во всех случаях определялась с помощью разработанного нами способа определения зоны локального некроза и уровня резекции кишки. Решение о выдаче патента РФ от 5.04.19г по заявке на изобретение от 14 декабря 2017 г № 2017143990.

Результаты и обсуждение: В 46, 5 % случаев (34 пациента), в связи с неэффективностью консервативных методов лечения, а также при наличии положительных перитонеальных знаков, было показано оперативное лечение после проведения предоперационной подготовки. Всем пациентам выполнялась диагностическая лапароскопия. После выполнения

лапароскопического адгезиолизиса в 24 % случаев (18 пациентов) жизнеспособность кишки вовлеченной в патологический процесс подвергалась сомнениям. Данным пациентам выполнялась конверсия с последующей лапаротомией. С целью определения жизнеспособности кишки к центральной части сомнительного участка прикладывался электрод нейростимулятора "Стимулекс 12". При этом, появление характерного воронкообразного углубления достоверно свидетельствовало о развитии некроза и являлось показанием к резекции. Уровень резекции определялся поэтапным перемещением наконечника электрода от центральной части патологически измененной области в проксимальном и дистальном направлении до момента появления циркулярного сокращения кишечной трубки. Резекция пораженного участка кишки выполнялась на расстоянии 2 см от зоны циркулярного сокращения.

Таким образом, в 39 % случаев (7 пациентов) кишка была признана жизнеспособной, в 61 % (11 пациентов) выполнялась резекция в пределах здоровых тканей с формированием двойной энтеростомы.

Выводы: Разработанный способ позволяет выполнить максимально экономную резекцию пораженного участка кишки в пределах здоровых тканей, тем самым способствовать предотвращению развития энтеральной недостаточности в дальнейшем, а также избежать осложнений, требующих хирургической коррекции.

## **СПОСОБ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ОРУЖЕЙНЫХ РАНЕНИЯХ**

*Бабич И.И., Багновский И.О. (Ростов-на-Дону)*

Актуальность: Одной из главных задач при лечении пострадавших с оружейными ранениями является обеспечение интраоперационного гемостаза на всем протяжении раневого канала. В хирургии используется множество разнообразных способов остановки кровотечения: механические, химические физические и биологические методы гемостаза. Недостатком существующих методик является длительность и травматичность с возможностью повреждения желчных ходов, большая интраоперационная кровопотеря, а также риск развития вторичного кровотечения. Поэтому разработка нового малотравматичного способа гемостаза раневых каналов является актуальной проблемой медицины.

Целью настоящего исследования является улучшить результаты лечения пациентов с оружейными ранениями путем разработки нового способа интраоперационного гемостаза раневых каналов паренхиматозных органов брюшной полости.

Материалы и методы: объектами исследования были 17 пациентов с оружейными ранениями паренхиматозных органов брюшной полости в возрасте от 8 до 17 лет, которые поступили в хирургическое отделение «ОДКБ» г. Ростова-на-Дону в период с 2001 по 2018 гг. Из них 9 (52,9%) больным было проведено оперативное лечение с применением традиционных методов гемостаза (электрокоагуляция и гемостатическая губка). В 8 (47,1%) случаях (основная группа) больным интраоперационный гемостаз осуществляли по предложенному нами способу: раневые каналы заполняются жидким гемостатическим материалом. Для этого во входное отверстие раненого органа на всю глубину раны вводится катетер не превышающий диаметр раневого канала. Катетер подключается к шприцу с жидким

гемостатическим материалом «Ивисел» и осуществляется тампонада всего раневого канала. По мере заполнения раневого канала гемостатическим материалом катетер подтягивается к входному отверстию и удаляется (Патент РФ на изобретение № 2662144 от 23.07.2018г.)

Результаты и обсуждения: При сравнительном анализе двух групп пациентов выявлено: в основной группе пациентов отсроченных кровотечений в раннем и позднем послеоперационном периоде не наблюдалось, в то время как в контрольной группе повторный оперативные вмешательства, связанные с открывшимся кровотечением понадобились 3(33,3%) пациентам.

Вывод: разработанный способ остановки кровотечения при оружейных ранениях является минимально травматичным, позволяет радикально остановить кровотечение на всем протяжении раневого канала и исключает повторные оперативные вмешательства.

## **ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ НАЧАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЩЕЙ КИШКИ.**

*Бабошко П.Г., Базалий В.Н., Царева В.В. (Челябинск)*

Лечение больных с атрезией начального отдела тощей кишки является сложной проблемой, поскольку внутриутробно выключается из пассажа практически все отделы кишечника: приводящий отдел представлен выраженным мегадуоденумом со значительным нарушением функции, а отводящий отдел находится в состоянии атрофии и начало его функционирования сразу после восстановления целостности кишечной трубки затруднено.

Нами за период с 2010 по май 2019 пролечено 17 пациентов с атрезией начального отдела тощей кишки. У всех пациентов наблюдалась атрезия тощей кишки I - II – IIIа - IV типов. В период с 2010 по 2014 год было пролечено 9 детей. Всем при обнаружении данной патологии проводилось оперативное лечение - наложение энтеро-энтеро анастомоза. У 5 (56%) детей восстановление пассажа так и не было получено и дети погибли с срок от 30 до 57 суток после оперативного лечения. Во всех случаях причиной летального исхода явилось отсутствие пассажа по кишечнику с последующим развитием септического состояния. С 2015 года нами была пересмотрена тактика ведения таких пациентов. При обнаружении атрезии начального отдела тощей кишки мы накладывали отдельную еюностому. В послеоперационном периоде ребенок находился на полном парентеральном питании, а в отводящую кишку вводилась гидролизированная молочная смесь, что позволяло включить в пассаж тонкую кишку, ранее не участвующую в нем. В срок не ранее 3 недель (3-5 недель) проводилось оперативное лечение – наложение энтеро-энтеро анастомоза конец в конец. Таким методом пролечено 8 пациентов. Летальных исходов не было.

Выводы: по результатам нашего при лечении пациентов с атрезией начальных отделов тощей кишки преимущество за двухэтапным оперативным лечением: первоначально – наложение отдельной еюностомы, а через 3-5 недель - наложение энтеро-энтеро анастомоза.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ПЕРИТОНИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Бабошко П.Г., Ростовцев Н.М., Котляров А.Н., Лапин О.В., Базалий В.Н., Царева В.В. (Челябинск)**

За анализируемый период (2000-2018 гг.) в клинике находился на лечении 131 новорожденный с НЭК, осложнившимся перфорациями желудочно-кишечного тракта. Гестационный период колебался от 28 до 36 недель, а масса тела от 610 до 2000 гр. Сопутствующая патология: множественные пороки развития (6), тяжелая натальная травма центральной нервной системы (29), 4 ребенка были из монохориальной двойни. Всем пациентам выполнялся комплекс клинично-лабораторных и функциональных исследований гомеостаза, УЗИ и рентгенодиагностика (КТ, МРТ), бактериологический контроль. Объем и сроки предоперационной подготовки определялись тяжестью состояния, степенью выраженности расстройств гомеостаза, характером основной патологии. 18 новорожденным с уже развившимся перитонеальным шоком и перитонитом, как промежуточный этап, использовался лапароцентез с дренированием брюшной полости, продолжительность которого составляла от 6 часов до 3-х суток.

Дети оперированы в возрасте от 1 дня до 23 суток. Множественные перфорации обнаружены у 47 (35,9%), единичные – у 84 (70,1%) пациентов. Тотальное поражение тонкого и толстого кишечника выявили у 7, перфорацию и некроз желудка – у 9, 12-перстной кишки – у 4, перфорация тощей кишки отмечена в 24 наблюдениях, подвздошной – у 67 и толстой – у 20.

Характер операции определялся индивидуально с учетом операционных находок. Среди первичных операций у 15 пациентов (11,4%) проведено ушивание дефекта или резекция участка кишки с формированием анастомоза «конец в конец», наложение Т-образного кишечного соустья с выведением разгрузочного кишечного свища и перитонеальное дренирование. Остальным (116) новорожденным выполнялась концевая или двойная энтеро-, и/или колостомия. Технические погрешности при наложении стомы отмечены у 6 пациентов. Резэнтеростомия и реколоностомия потребовалась 9 (10,7%), кишечное кровотечение было у 4, спаечная кишечная непроходимость – у 5, абсцесс брюшной полости у 3, панкреатит, флегмона забрюшинного пространства – у 2, острый холецистит и аппендицит – у 2. 34 пациента из 131 умерли. Показатель общей летальности составил 25,9%.

Выводы. При хирургическом лечении осложнений у недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела и перитонитом, когда требуется резекция участка кишки, одним из вариантов операции является формирование временного кишечного свища, что позволяет уменьшить количество осложнений и улучшить результаты лечения.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ**

**Байрамгулов Р.Р., Махонин В.Б., Гумеров А.А., Нартайлаков М.А., Зайнуллин Р.Р., Алибаев А.К. (Уфа)**

Актуальность 57% первичных новообразований печени у детей являются злокачественными, из них 66% представлено гепатобластомой, 33% гепатоцеллюлярным раком. При отсутствии стандартизированных подходов в лечении они обуславливают высокий уровень смертности.



Цель Анализ результатов лечения детей с злокачественными новообразованиями печени (ЗНОП).

Материалы и методы За период с 31.04.09 по 31.09.18 в нашем центре получили лечение 15 детей с ЗНОП. Пациенты получали лечение по протоколу SIOPEL-3, которое предполагало биопсию и/или лабораторно-визуализационную диагностику для детей от 6 месяцев до 3 лет, предоперационную, послеоперационную химиотерапию на основе цисплатина, доксорубина, хирургию печени.

Результаты Медиана возраста составила 2,7 лет (0-15,75 лет). Мужской пол был представлен 9 пациентами, женский 6 пациентами (соотношение по полу 1,5:1). Гепатобластома (ГБ) диагностирована в 10 случаях (66,7%), гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) в 3 случаях (20%), гистология не верифицирована в 2 случаях (13,3%). 8 пациентов (53,3%) имело поражение левой доли печени, 3 (20%) правой доли, билобарная локализация опухоли выявлена у 4 пациентов (26,7%). PRETEXT I стадия опухоли задокументирована в 2 случаях (13,3%), II в 5 (33,3%), III в 3 (20%), IV в 5 случаев (13,3%). Первичная биопсия проведена у 7 пациентов (46,7%), другим детям диагноз устанавливался на основании повышенного уровня альфа-фетопротеина, наличия опухолевых масс в печени. 7 пациентов (46,6%) отнесены к группе стандартного риска, 4 (26,7%) к группе высокого риска. 4 пациента (26,7%) не стратифицированы на группы риска и получали симптоматическое лечение. Комбинированное лечение (химиотерапия, хирургия) завершили 9 пациентов (60%), 2 пациента (13,3%) начали предоперационную химиотерапию. Из 15 пациентов 9 детей живы, умерло 6. Все пациенты с PRETEXT I, II живы. Из 3 пациентов с PRETEXT III жив 1 (33,3%), 5 пациентов с PRETEXT IV жив 1 (20%). Из 10 пациентов с ГБ живы 8 (80%), 3 с ГЦР жив 1 (33,3%), все пациенты с неверифицированным диагнозом умерли. Общая выживаемость составила 60%, выживаемость без прогрессирования 46,6% с медианой наблюдения 4,83 лет (0,58-10 лет).

Выводы Предикторами хорошего результата лечения являются гистология гепатобластомы, PRETEXT стадия I, II, возможность выполнения хирургической резекции печени, завершенность комбинированного лечения, включающего хирургию, химиотерапию.

Ключевые слова: гепатобластома, гепатоцеллюлярный рак, PRETEXT, резекция печени, химиотерапия, дети

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ**

*Барова Н.К., Тараканов В.А., Убилава И.А., Юдаев В.П., Шумливая Т.П., Масько Д.И. (Краснодар)*

Цель. Оценка диагностической значимости различных методов исследования и методов лечения у детей с острой бактериально-деструктивной пневмонией (ОБДП).

Материалы и методы. Обобщен опыт лечения 411 детей с ОБДП. Возраст – 0÷17 лет. Использованные диагностические методы: клинические, лабораторные, инструментальные (РТ ОГК, УЗИ легких и плевральной полости (ПП), МСКТ ОГК); методы лечения: консервативные (при мелкоочаговой и буллезной формах ОБДП, стадии преддеструкции и в

случаях дренирующихся через бронх абсцессах легкого) и хирургические: дренирование ПП, ВТС, ВТС в комбинации с ультразвуковой кавитацией ПП и легких (ВТС УЗК), торакотомия, санация, дренирование ПП, трансторакальное дренирование под контролем УЗИ.

Результаты и обсуждение: Легочно-плевральная форма (ЛПФ) ОБДП диагностирована у 326(79,32%) и легочная форма у 85(20,68%). Пик заболеваемости - 1÷3 лет - 195 (47,44%). Первичный тип поражения выявлен у 395(95,86%). Чувствительность РТ ОГК относительно деструктивного процесса в легких - 88%, чувствительность и специфичность КТ ОГК - 98% и 97% соответственно. Чувствительность УЗИ ПП - 99%. У 3(3,52%) с мелкоочаговой формой деструкции сформировались внутрилегочные абсцессы, и у 5 с буллезной формой деструкции - напряженные буллы - дренированы под УЗ контролем. Эффект санации при дренирующихся через бронх абсцессах легких достигнут методом этапных ФБС № 3±7. УЗ навигация позволила достичь оптимального расположения дренажа в патологической полости и безопасное промывание. При диаметре полости  $\geq 5$  см. оперативное пособие дополнялось УЗ кавитацией. Основным хирургическим методом лечения ЛПФ ОБДП была ВТС УЗК ПП и легких, позволившая во всех случаях достичь сокращения сроков купирования интоксикации, ДН, болевого синдрома, длительности а/б терапии, среднего пребывания на койке, следовательно и экономических затрат на лечение. Торакотомия использована у 5 (1,53%) пациентов с двусторонним процессом в легких и сепсисом.

Выводы. В структуре ОБДП преобладают ЛПФ поражения (79,72%) с пиком заболеваемости 1÷3 года - 195(47,97%). Преобладает первичный тип поражения (95,94%). Основными критериями в постановке диагноза и мониторинга являются РТ ОГК, УЗИ и КТ ОГК. Методом выбора хирургического лечения периферических абсцессов легких и внутривнутриплевральных патологических осумкований – трансторакальное дренирование под УЗ контролем. ВТС УЗК - наиболее эффективный и экономически оправданный метод хирургического вмешательства при ЛПФ ОБДП на современном этапе.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ**

*Барская М.А., Быков Д.В., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Леонтьев А.В., Мазнова А.В., Родионов В.Г. (Самара)*

Закрытая травма органов брюшной полости у детей составляет 3-5 % всех повреждений. Чаще всего отмечается повреждение паренхиматозных органов (селезенки, печени, поджелудочной железы), при этом более, чем в 50 %, страдает селезенка. Среди пострадавших отмечается преобладание мальчиков школьного возраста.

Под нашим наблюдением находилось 26 пациентов с повреждениями селезенки. Абсолютное большинство составили мальчики (19), при этом в возрасте от 7 до 15 лет было 16 пациентом и 3 в возрасте 5-6 лет. В 4 наблюдениях отмечалась сочетанная травма: повреждение селезенки, черепно-мозговая травма, множественные ушибы мягких тканей туловища и конечностей – 1; повреждения селезенки в сочетании с ЧМТ и ушибом грудного отдела позвоночника – 1; повреждение селезенки, ЧМТ, перелом ребер – 1; повреждение селезенки, перелом ребер. У одного пострадавшего диагностирована множественная травма:

повреждение селезенки, печени и большого сальника. В остальных (21) отмечалась изолированная травма селезенки.

В 2 наблюдениях повреждения были получены в результате падения с высоты (кататравмы), в 10 – в результате ДТП, 7 пациентов пострадали во время неорганизованных занятиях спортом, у 7 детей травма была бытовой.

При диагностике повреждений использованы следующие методы: клиническое обследование, ультразвуковое, КТ (2), лабораторные, рентгенологический, лапароскопия.

Консервативное лечение проведено 16 пациентам (строгий постельный режим, гемостатическая терапия, антибиотикотерапия, динамика клиники, УЗИ и лабораторное исследование в динамике).

Хирургическое лечение выполнено в 10 наблюдениях:

- срединная лапаротомия, спленэктомия с имплантацией селезеночной ткани в большой сальник- 2;
- срединная лапаротомия, применение гемостатического препарата «Тахокомб» в области повреждения селезенки- 2;
- лапароскопия, резекция селезенки- 1;
- лапароскопия, ревизия и дренирование брюшной полости-5.

Осложнений и летальных исходов не наблюдалось. Среднее пребывание в стационаре составило 9,9 дней.

Таким образом, чаще встречаются изолированные повреждения селезенки, пострадавшими в основном являются мальчики школьного возраста, в лечении преобладают консервативные методы

## **УРЕТРОПЛАСТИКА TIP С ПРЕПУЦИОПЛАСТИКОЙ: TIPS AND TRICKS**

*Батрутдинов Р.Т., Морозова С.В., Александров С.В. (Санкт-Петербург)*

Видеосессия «Как я это делаю» Цель: выполнить пошаговый анализ метода оперативного пособия и результатов лечения дистальных и средних форм гипоспадии в сочетании с препуциопластикой.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование вошли 255 пациентов с первичной формой гипоспадии, прооперированных в период с 2008 по 2018 гг. Возраст пациентов варьировал от 7 мес до 6 лет (средний 18 мес). Модификация операции состояла, главным образом, из добавления спонгиопластики, использования вентральной t. dartos в качестве барьерного листка и препуциопластики к оригинальному описанию операции. Критериями для отбора к операции послужили: отсутствие выраженного искривления и ротации пениса, уретральная площадка хорошего качества, уровень бифуркации спонгиозной ткани уретры дистальнее пениско-скротального угла. Дорзальная пликация белочной оболочки потребовалась только в 17 случаях (6.66%). Для оценки отдаленных результатов использовались модифицированные шкалы HOPE-score и HOSE-score.

Результаты: Период наблюдения составил от 6 месяцев до 10 лет (в среднем 30 мес). Осложнения: кожно-уретральные свищи имелись в 14 случаях (5.5%), частичное расхождение крайней плоти было выявлено у 7 пациентов (2.7%), фимоз - 3 пациента (1.2%) и в 2 случаях развился меатостеноз (0.78%).

Выводы: Уретропластика ТПР с препуциопластикой при дистальных и средних формах гипоспадии дает хорошие косметические и функциональные результаты. Частота осложнений при препуциопластике сопоставима с таковой при уретропластике, сопровождающейся *circumcisio*. Спонгиопластика и препуциопластика воссоздают анатомо-физиологические параметры полового члена. Спонгиопластика и укрытие линии швов *t. dartos ventralis* минимизирует вероятность образования свищей уретры, а мобилизация спонгиозной ткани также устраняет умеренное искривление пениса

### **УРЕТРОПЛАСТИКА INLAY ПРИ ПЕРВИЧНОЙ И ПОВТОРНОЙ ГИПОСПАДИИ: ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ С ПОМОЩЬЮ ОБЪЕКТИВНЫХ БАЛЛЬНЫХ СИСТЕМ NOPE-SCORE И NOSE-SCORE**

*Батрутдинов Р.Т., Морозова С.В., Александров С.В. (Санкт-Петербург)*

Цель: внедрение балльных систем оценки результатов лечения уретропластики inlay (graft tubularised incised plate urethroplasty) при первичной и повторной гипоспадии.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование вошли 40 пациентов с гипоспадией, прооперированных в период с 2010 по 2018 гг. В группе с первичной гипоспадией (группа 1) было 18 пациентов (45%) с неудовлетворительной уретральной площадкой и в группе с повторной гипоспадией (группа 2) – 22 пациента (55%). Возраст пациентов варьировал от 8 мес до 14 лет (средний 16 мес). Для оценки результатов лечения использовалась модифицированная балльная система NOPE-score и NOSE-score.

Результаты: Период наблюдения составил от 2 месяцев до 8 лет (в среднем 18 мес). Осложнения: в группе N1: кожно-уретральный свищ в 2 случаях из 18 (11%). Других осложнений не было. В группе N2: свищ уретры у 2 пациентов из 22 (9%); стриктура уретры в 1 случае (4.5%). Все осложнения успешно устранены. Общий процент осложнений составил в 1 группе – 11% и во 2 группе – 13.5%.

Выводы: Уретропластика Inlay – эффективный метод коррекции при первичной и повторной гипоспадии, дающий хорошие косметические и функциональные результаты с низким уровнем осложнений. Использование балльной системы оценки NOPE- и NOSE-score позволяет более объективно валидизировать отдаленные и среднесрочные косметические и функциональные результаты операций при гипоспадии.

### **НЕГАЗООБМЕННАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

*Баходуров Д.Ж.Т., Ибодов Х., Абдулалиев А., Икромов Т.Ш., Рофиев Р. (Душанбе)*

Цель. Изучить нарушение негазообменной функции легких у детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких (ХНЗЛ).



Материал и методы исследования. Негазообменная функция легких (НГФЛ) изучена у 87 детей с ХНЗЛ: хронический деформирующий бронхит (ХДБ) - 18 (20,6%), односторонняя бронхоэктазия – 32 (36,7%), двусторонняя бронхоэктазия – 10 (11,4%), хронический абсцесс легких (ХАЛ) – 15 (17,2%), хроническая эмпиема плевры (ХЭП) - 12 (13,7%). Возраст детей: от 2 до 15 лет. Незабообменная функция легких (НГФЛ) изучена в смешанной венозной крови (СВК), притекающей к легким и в оттекающей артериальной крови (ОАК).

Результаты исследования. Из 87 больных ХНЗЛ отмечены нарушения ги-покоагуляционной функции легких (ГКФЛ) у 62 (71,1%) больных. У 18 (20%) из 62 больных ХНЗЛ отмечалось снижение концентрации глюкозы и веноартериальная разница (В-А)  $0,3 \pm 0,05$ , а уровень глюкозы в ОАК в пределах нормальных величин ( $4,3 \pm 0,3$  ммоль/л). Это явление имеет компенсаторный характер, так как исходный уровень сахара в СВК у 5 больных не превышал  $4,0$  ммоль/л. У 24 (38,7%) больных ХНЗЛ из 2-ой группы, уровень глюкозы в СВК и ОАК был почти одинаковый (В-А-  $2,2 \pm 0,3\%$ ). У этих групп больных НФЛ характеризуется тем, что легкие теряют функциональную способность использовать глюкозу в процессе метаболизма. Характер нарушений НФЛ оценивался в стадии субкомпенсации. У 20 (32,2%) больных ХНЗЛ уровень глюкозы в ОАК оказался выше, чем в СВК. В СВК её уровень  $4,2 \pm 0,2$ , а в ОАК  $5,1 \pm 0,3$  ммоль/л. В-А-  $0,90 \pm 0,15$ . Уровень глюкозы в ОАК на 12% выше, чем в СВК, то есть нарушение метаболизма глюкозы соответствует стадии декомпенсации. У 18 (29,0%) из 62 больных ХНЗЛ отмечались нарушения НФЛ в стадии декомпенсации.

Об участии легких в жировом обмене можно судить по показателям В-А разницы холестерина и бета-липопротеидов. У 20 (32,2%) из 62 больных ХНЗЛ нарушения НФЛ в липидном обмене оказались в стадии компенсации. Субкомпенсаторную стадию составили 18 (29,0%) больных с нарушениями липидного обмена. У 24 (38,7%) отмечена декомпенсаторная стадия нарушения в липидном обмене.

Детоксикационная функция легких изучена по показателям молекул средних масс (МСМ) и продолжительности жизни парамидий (ПЖП). ПЖП в ОАК была увеличена на 8%. Все это доказывает объективное участие легких в детоксикации. У 19 (30,6%) из 62 больных ХНЗЛ выявлены нарушения детоксикационной функции легких в стадии компенсации, у 17 (27,4%) субкомпенсации, у 26 (41,9%) стадия декомпенсации.

## **ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕКРУЧИВАНИЯ НОЖКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК**

*Бикбаева Р.Р., Муслимова С.Ю., Лукманова Л.Х., Парамонов В.А. (Уфа)*

Актуальность: Диагностика перекручивания ножки новообразования яичника вызывает затруднения у врачей, особенно в тех случаях, когда это осложнение случается у девочек младшего возраста. Так как ведущим симптомом при этой патологии является боль в нижних отделах живота, то эти пациентки поступают в хирургические клиники.

Материалы и методы: Нами был проведен ретроспективный анализ 235 историй болезни девочек в возрасте от 0 до 17 лет, которые поступали первично в Республиканскую детскую клиническую больницу г. Уфы или были переведены после лечения в других лечебных учреждениях Республики Башкортостан с диагнозом перекручивание ножки новообразования яичника за период с 1992 по 2018 годы.

Результаты и обсуждение: Все девочки, кроме новорожденных, с перекручиванием ножки новообразования яичника уже в первые сутки обращались в медицинское учреждение из-за выраженного болевого синдрома. Из 64 новорожденных с осложненными новообразованиями яичников клинические проявления мы наблюдали только у 14: в 9 случаях - увеличение и изменение формы живота, в 6 - выраженное беспокойство, в 3 – частое срыгивание. Ни у одной из 21 девочки периода детства перекрут ножки новообразования яичника не был диагностирован при обращении за медицинской помощью. Несмотря на типичную клинику (внезапные сильные боли в животе, тошнота, многократная рвота) девочки наблюдались амбулаторно или в стационаре от 3 суток до 6 месяцев. Трех девочкам были выполнены напрасные аппендэктомии, у 8 больных неправильное лечение привело к образованию воспалительных инфильтратов брюшной полости. Из 46 девочек препубертатного периода правильный диагноз в течение первых 6 часов был поставлен только 5, в течение первых суток - 8, остальные пациентки наблюдались у врачей различного профиля – от 3 до 60 суток. Воспалительные инфильтраты брюшной полости и малого таза сформировались у 5 девочек. Из 87 девочек пубертатного периода правильный диагноз в первые часы заболевания был поставлен в 11 случаях, в первые сутки – в 18, у остальных пациенток в течение 2 – 42 суток. Воспалительные инфильтраты брюшной полости и малого таза сформировались у 3 больных.

Выводы: Таким образом, несоблюдение алгоритма обследования девочек с острыми болями в животе приводят к высокой частоте диагностических ошибок, запоздалым и неадекватным хирургическим вмешательствам, наносящим непоправимый ущерб репродуктивной функции юной пациентки.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

*Богданов И.Ю., Караваева С.А., Котин А.Н., Попова Е.Б. (Санкт-Петербург)*

Цель работы - представить современные возможности консервативного и хирургического лечения синдрома короткой кишки.

Материалы и методы. За истекшие 5 лет в Центре патологии новорожденных на базе детской городской больницы №1 Санкт-Петербурга лечились 17 детей с синдромом короткой кишки в возрасте от первого месяца жизни до 5 лет. Из них - два ребенка с синдромом хронической интестинальной псевдообструкции, трое детей с гастрошизисом и множественными атрезиями тонкой кишки, в 4х случаях причиной синдрома короткой кишки явилась осложненная форма синдрома Ледда, в 3х – нейрональная дисплазия кишечника, в 2х - тотальный аганглиоз кишечника, у 3х детей мекониевый перитонит, фибroadгезивная и генерализованная форма. В острый период и период субкомпенсации все дети от 4 месяцев до 1 года находились на полном, затем частичном парентеральном питании с добавлением лечебного энтерального питания гидролизованными смесями.

Результаты. Адаптация к синдрому короткой кишки достигнута у 9 детей в возрасте 11 мес.- 1,5 лет. Эти дети переведены на питание по возрасту, посещают детские дошкольные учреждения, физическое развитие соответствует нижней границе нормы, умственное развитие не страдает. Трех пациентам в возрасте 1 года выполнена

энтеротрансверзопластика. Пять пациентов находятся на домашнем парентеральном питании. Летальности нет.

Обсуждение. Результаты лечения СКК до сих пор не могут удовлетворять врачей. Со всеми этими проблемами необходимо бороться с помощью команды специалистов, профессионализм которых позволяет выходить малыша и добиться для него оптимального качества жизни.

#### **Выводы**

1. Успешность лечения синдрома короткой кишки зависит от своевременности диагностики и адекватного объема проводимой терапии
2. Эффективный спонтанного роста кишечной трубки позволяет отказаться от оперативного лечения.
3. При сохранении симптомов хронического расстройства питания показана хирургическая элонгация кишечной трубки.

## **ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ОСТЕОПОРОЗОМ**

*Васильев О.В., Притуло Л.Ф., Рыбников А.П., Ионичева Е.В. (Симферополь)*

Актуальность. При переломах костей у детей отмечаются случаи замедленной консолидации отломков. При оценке проблем репаративных процессов у детей на основе клинической и рентгенологической картин, лабораторного и инструментального обследования выявляется остеопенический синдром.

Цель. Раннее выявление остеопороза у детей с переломами костей и определение основных патогенетически обоснованных способов лечения и реабилитации.

Материал и методы. Нами проведено исследование за период с 2017 по 2018 гг. 530 детей с различными переломами костей. Из них переломы костей верхней конечности – 325, переломы костей нижней конечности – 205.

Диагноз основывался на сборе анамнеза с оценкой имеющихся факторов риска, выявления достаточно неспецифичных и скудных для данной патологии клинических проявлений, остеоденситометрии, проведение общеклинических методов исследования с акцентом на показатели, отражающие фосфорно-кальциевый обмен, анализ маркёров костного метаболизма и проведения дифференциальной диагностики.

Результаты и обсуждение. Денситометрическое исследование мы проводили у 83 больных, перенесших переломы костей с сочетанием нескольких факторов риска остеопороза, с рентгенологическими признаками остеопении, с продолжительной иммобилизацией, с повторными переломами, с сопутствующими патологиями – деформациями позвоночника, хроническими воспалительными заболеваниями. У 19 детей были выявлены явления остеопении, снижение костной массы более 10%.

Консервативное лечение использовалось у 7 детей с остеопорозом.

Погружной накостный остеосинтез использовался у 5 детей с остеопорозом. У всех получен хороший результат – уменьшились средние сроки консолидации отломков с 3 – 4,5 месяцев до 2 – 3 месяцев, сроки реабилитации больных сократились в 1,6 – 2 раза.

Наружный чрескостный остеосинтез применяли у 2 детей с переломами костей голени. Результат лечения расценивали как удовлетворительный.

Всем детям с остеопеническим синдромом проводилась медикаментозная терапия препаратами кальция и витамина Д.

Выводы. Остеопеническое состояние является не редкой патологией у детей с переломами костей, сопровождается задержкой остеогенеза и требует индивидуального подхода на этапах лечения и реабилитации детей.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

*Великанов А.В., Цап Н.А., Чукреев В.И., Макаров П.А., Огарков И.П., Чукреев А.В., Шаруда Е.В., Рокина Л.В., Виниченко М.М. (Екатеринбург)*

Актуальность: несмотря на значительную частоту встречаемости язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) в детском возрасте, количество осложнений остается несущественным, что и обуславливает трудности своевременной диагностики и выбора верной лечебной тактики.

Цель работы: выявить частоту развития осложнений при ЯБЖ и ЯБ ДПК, оценить необходимость инвазивных вмешательств при осложненном течении заболевания, обосновать востребованность ФГДС при наличии желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК).

Материалы и методы: В клинике неотложной хирургии за последние 5 лет пролечено 247 детей в возрасте от 1 до 17 лет: ЯБЖ-85(34,4%), ЯБ ДПК-162(65,6%), при этом осложненное течение заболевания с развитием перфорации, либо ЖКК возникло у 17 пациентов (6,9%). При ЯБЖ осложнение в 5 случаях (6 %), при ЯБ ДПК–12 (7,5%).

Результаты: Средний возраст пациентов составил 10,5 лет. Преобладают мальчики-12 человек (70%). Только у одного пациента 15 лет ЯБ ДПК имела хронический характер, и на момент поступления было кровотечение. У остальных детей диагноз был установлен впервые. При этом отмечено, что возрастной ценз пациентов с ЯБЖ 13-17 лет, в то время как пациенты с ЯБ ДПК встречаются уже с 1 года. Лишь у 5 детей из группы ЯБ ДПК на этапе приемного покоя выполнена ФГДС. У 3 детей ФГДС выполнялась на следующие сутки после поступления, еще 3 получали более длительное консервативное лечение в районах области по поводу ЖКК неясной этиологии без выполнения ФГДС. Всем детям с перфоративной язвой желудка выполнялось лапароскопическое ушивание. Конверсий и несостоятельности швов не было.

У 11 пациентов осложнение ЯБ ДПК проявилось в виде ЖКК, у одной пациентки из этой группы после проведения аргон-плазменной коагуляции через четверо суток произошла перфорация язвы, что потребовало ушивания. У остальных 10 детей кровотечение на момент



проведения ФГДС остановилось, и не требовалось проведения инвазивных манипуляций. Рецидивов кровотечения не было. У одного пациента язва ДПК проявилась перфорацией, ушита. Летальных исходов не было.

Выводы: Осложненное течение язвенной болезни желудка и ДПК требует настороженности врачей первичного звена. При появлении желудочно-кишечного кровотечения вне зависимости от сроков заболевания обоснованным является проведение ФГДС, причем приоритет должен отдаваться срочному исследованию. В большинстве случаев устанавливается факт остановившегося кровотечения, что не требует инвазивных манипуляций и не влияет на частоту рецидивов.

## **СТРУКТУРА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБРАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ**

*Винокурова Н.В., Лукашина Н.А., Цап Н.А. (Екатеринбург)*

Актуальность исследования. Проблема выбора оперативной тактики при болезни Гиршпрунга (БГ) остается актуальной и до настоящего времени, несмотря на более чем 20 различных методик. При этом каждая методика имеет специфические осложнения в послеоперационном периоде. За последние годы имеется тенденция внедрения новых малоинвазивных методов хирургического лечения, которые требуют анализа послеоперационного периода, в связи с чем проведена оценка раннего и позднего послеоперационного периода у детей с БГ с применением трансанальных (1; 5,6%), резекций.

Материалы и методы. Наша работа основана на опыте лечения 43 детей с болезнью Гиршпрунга от периода новорожденности до 8 лет, за период 2014-2018 гг. По методу лечения сформированы 2 группы исследования: I группа - одномоментная трансанальная мобилизация, резекция зоны аганглиоза, формирование анастомоза – 18 детей (41,9%), II группа - мобилизация толстой кишки лапаротомным (16%) и лапароскопическим доступом (84%), трансанальное низведение толстой кишки, резекция зоны аганглиоза, формирование анастомоза - 25 детей (58,1%).

Результаты и обсуждение.

В обеих группах отмечены ранние послеоперационные осложнения: I гр. – несостоятельность анастомоза, перитонит (1; 5,6%), повторно оперирован; II гр. – абсцесс цилиндра (1; 4,0%) после оперативного лечения ребенка с тотальной формой БГ методом Соаве. Течение послеоперационного псевдомембранозного энтерита у 2 детей (по одному из I и II группы) потребовало интенсивной консервативной терапии.

В отдаленный период оценивали эвакуаторно-резервуарную функцию кишечника по результатам клинико-инструментального обследования. В структуре осложнений превалировал стеноз колоректоанастомоза: I гр. – (6; 33,3%), II гр. – (6; 24%). Только двум детям требуется повторное оперативное лечение. Остаточная зона аганглиоза выявлена у 2 детей из I группы, иссечена. У одного ребенка после трансанальной мобилизации толстой кишки отмечено формирование ишемического колита.

Выводы.

1. Ранние и поздние послеоперационные осложнения развились в обеих группах исследования, но более благоприятное течение отмечается во II группе.
2. Превентивные меры профилактики типичных послеоперационных осложнений – приоритет на интраоперационном этапе.
2. Лапароскопически-ассистированная методика помогает сохранить магистральные сосуды во время мобилизации и низведения толстой кишки, более достоверно определить зону резекции, что позволяет избежать ишемии низведенной кишки и остаточной зоны аганглиоза.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО УЛЬТРАЗВУКА ПРИ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ**

*Гагина Д.В., Плечев В.В., Николаева И.Е., Гумеров А.А., Онорато Е., Бузаев И.В., Дмитриев И.В. (Уфа)*

Актуальность: Наиболее современный метод коррекции вторичных ДМПП - эндоваскулярная имплантация окклюдеров. Чаще всего их установка проводится под контролем ЭхоКГ. Недостатки:недостаточный угол обзора, затруднено выявление сопутствующих состояний. Также, используют ЧПЭхоКГ. Недостатки:проведение наркоза и интубации.

В 2010 году профессором Е. Онорато (Италия) был разработан новый метод имплантации под контролем внутрикardiального ультразвукового исследования (ВКУЗИ). Этот метод активно внедряется в европейских клиниках.

Цель: оценить результаты эндоваскулярного закрытия ДМПП под контролем внутрикardiального ЭхоКГ.

Материалы и методы: для проведения ВКУЗИ был использован аппарат iLab Boston Scientific и датчик ULTRA-ICE. Для подбора окклюдера необходимы два измерения овальной ямки.

Первое измерение получают, заводя датчик в верхнюю полую вену и проводя его вертикально вниз, сканируя структуры сердца. Измеряем:длину перегородки, длину овальной ямки, задненижний и верхнепередний мышечные края. Измерения проводятся в диастолу.

Второе измерение получают при расположении датчика под углом 90° к первому (аналог четырехкамерной проекции ЭхоКГ). Измеряем:длину перегородки, ширину и мышечные края овальной ямки.

После проводится подбор окклюдера по формуле Онорато:

$D = \sqrt{(A * B)}$ , где а и b размеры овальной ямки в ортогональных проекциях.

Перед имплантацией мы можем убедиться в оптимальном положении устройства.

Финальный этап - установка окклюдера и проведение проб фиксации. Визуализация не уступает ЭхоКГ.

Результаты: прооперировано 14 пациентов, из них мужского пола - 4. Средний возраст составил 14,64±9,75лет.

При аускультации у всех пациентов выслушивался систоло-диастолический шум слева от грудины во 2-3 межреберье. В 2 случаях были диагностированы множественные ДМПП.

Использованы окклюдеры Occlutec Figula Flex 2, с учетом их преимуществ.

В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. При осмотре через 6 месяцев отмечено хорошее состояние пациентов, в одном случае сохранялся сброс 0,4см при множественном ДМПП.

Условием для ВКУЗИ является достаточный размер вен для датчика 8,5F. Отпадает необходимость использования сайзинг-баллона.

Выводы:

ВКУЗИ позволяет визуализировать структуры сердца и размеры дефекта, не используя баллонный катетер.

Проведение возможно под местной анестезией.

Помогает выявлять сопутствующие особенности (частично аномальный дренаж легочных вен, аномальная евстахиева заслонка).

Возможность установить окклюдер без трансторакальной ЭхоКГ.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБОВ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ**

*Гасанов Д.А., Барская М.А., Терёхин С.С., Мелкумова Е.Г., Алексеева И.Н. (Самара)*

Актуальность: Частота встречаемости врожденного гидронефроза составляет 1:800 новорождённых. За последние 10 лет на территории Самарской области постоянно возрастает количество детей, с диагнозом врождённый гидронефроз.

Цель исследования: Провести анализ эффективности хирургического лечения детей с врождённым гидронефрозом на базе отделения урологии педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина.

Материалы и методы: С 2013 – 2017гг. прооперировано 170 детей с врожденным гидронефрозом, из них мальчиков – 58% (99 детей), девочек – 42% (71 ребёнок). Односторонний гидронефроз выявлен у 96% (163 ребёнок), двусторонний гидронефроз у 4% (7 детей). Возраст детей составлял от 1 месяца до 14 лет. Средний возраст 8 месяцев. Все дети прооперированы по методике Хайнса – Андерсена. Выделены 2 группы детей, в зависимости от способа дренирования мочевых путей в послеоперационном периоде. В первую группу (N – 93) вошли дети с использованием пузырьно – почечного стента. Во вторую группу (N – 77) вошли дети, у которых дренирование осуществлялось интубационной трубкой Ch6 – 8, с дополнительной установкой пиелостомы. «Бездренажное» ведение послеоперационного периода нами использовано не было.

Результаты: У детей 1 группы в раннем послеоперационном периоде осложнение, в виде мочевого затёка отмечено у 3% (2 детей). После удаления уретрального дренажа, в сроки 5 – 7 дней, у 30% (28 детей, возраст всех детей до 3 лет) отмечалось обострение вторичного пиелонефрита. Выздоровление отмечено у 97% (90 детей). Рецидив гидронефроза отмечен у 3% (3 детей).

Во второй группе детей, в раннем послеоперационном периоде осложнений в виде мочевого затёка и гематому нами отмечено не было. Выздоровление отмечено у 99% (76 детей). Рецидив гидронефроза отмечен в 1% (1 ребёнок). Обострение вторичного пиелонефрита в послеоперационном периоде отмечено у 8% (6 детей).

#### Выводы

1. Выздоровление детей с врождённым гидронефрозом при разных способах дренирования ЧЛС практически не отличается и составило 98 – 99%, что свидетельствует о высокой эффективности оперативного метода лечения
2. У детей до 3 лет при постановке пузырно – почечного стента целесообразно оставлять уретральный дренаж на весь срок дренирования, учитывая высокий процент обострения пиелонефрита, из – за рефлюкса мочи по стенту.
3. Рецидивы гидронефроза обусловлены наличием дисплазии мочеточника на протяжении и технической невозможностью удалить весь участок во время операции.

## **ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ**

*Гасанов Д.А., Барская М.А., Терёхин С.С., Узинцева А.А. (Самара)*

Актуальность: За последние 30 лет частота рождения детей с гипоспадией возросла с 1:450-500 до 1:125-150 новорожденных. Сохраняется высокий процент послеоперационных осложнений, который, по данным ряда авторов, достигает 30%.

Цель исследования: Оценка отдаленных результатов хирургического лечения гипоспадии у детей с использованием различных методик на базе урологического отделения педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина.

Материалы и методы: С 2009 по 2017 гг. в отделении урологии ПК прооперировано 338 детей с гипоспадией, средний возраст 4,6 года. Распределение по возрасту: 2 – 3 года (34 ребенка) – 10%, 3 – 4 года (116 детей) – 34%, 4 – 5 лет (110 детей) – 33%, 5 – 6 лет (30 детей) – 9%, 6 – 7 лет (28 детей) – 8%, старше 7 лет (20 детей) – 6%. По форме гипоспадии: головчатая (15 детей) – 4%, подголовчатая (105 детей) – 29%, стволовая (187 детей) – 52%, членомошоночная (35 детей) – 10%, промежностная (16 детей) – 4%. Использованы методики операций: Faizyllin II (165 детей) – 49%, Snodgrass (65 детей) – 19%, Mathieu (38 детей) – 11%, Duplay (40 детей) – 12%, Hodson III (28 детей) – 8%, Duckett (2 ребенка) – 1%. Дети с проксимальной формой гипоспадии были прооперированы одноэтапно (Hodson III, Duckett) (30 операций) – 32% и двухэтапно (Duplay) (40 операций) – 68%.

Результаты: После оперативного лечения по методикам: Faizyllin II – выздоровление (устранение искривления полового члена, наружное отверстие уретры на вершине головки полового члена, свободно пропускающее катетер Ch 8 – 10, отсутствие мочевого свища) – 92% (152 ребенка), свищ уретры – 6% (10 детей), дивертикул уретры – 1% (1 ребенок), меатостеноз – 1% (2 ребенка); Snodgrass – полное выздоровление – 74% (48 детей), свищ уретры – 20% (13 детей), меатостеноз – 6% (4 ребенка); Mathieu – полное выздоровление –

79% (30 детей), свищ уретры – 21% (8 детей); Hodson III – выздоровление – 79% (22 ребенка), стриктура уретры – 18% (5 детей), дивертикул уретры – 4% (1 ребенок); Duplay – выздоровление – 80% (32 ребенка), свищ уретры – 20% (8 детей); Duckett – выздоровление – 100% (2 ребенка).

Выводы: Методики Faizyllin II и Snodgrass показаны при дистальных формах гипоспадии. Методики Hodgson III, Duckett показаны при проксимальных формах гипоспадии и искривлении полового члена, когда необходимо пересекать уретральную дорожку. Осложнения в виде стриктуры уретры и дивертикула уретры обусловлены большим протяжением неоуретры и несоблюдением диаметра создаваемого тубуляризованного лоскута.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЛИТАРНЫХ КИСТ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ**

*Гасанов Д.А., Терёхин С.С., Барская М.А., Смолин С.Е., Бастраков А.Н. (Самара)*

Актуальность: Долгое время солитарные кисты почек (СКП) у детей были редким заболеванием в детской урологии, что обусловлено относительно редкой выявляемостью заболевания. С внедрением скрининговых УЗИ выявляемость солитарных кист почек возрасла в несколько раз. В последние годы внедрены малоинвазивные методы хирургического лечения СКП у детей

Цель работы: Оценить результаты хирургического лечения СКП у детей в урологическом отделении педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина

Материалы и методы: С 2012 – 2017 гг. в урологическом отделении педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина прооперировано 69 детей с солитарными кистами почек. Возраст детей составил от 8 месяцев до 15 лет, средний возраст 3,6 лет. Основную часть составляют мальчики – 58% (40 детей), девочек – 42% (29 детей). Хирургическое лечение осуществлялось при размерах кист более 30 мм. Все дети распределены на 3 группы, в зависимости от вида хирургического лечения. Чрезкожное пункционное склерозирование под УЗИ контролем выполнена у 58% (40 детей), лапароскопическая фенестрация кисты у 22% (15 детей), открытое иссечение кисты почки у 20% (14 детей). При пункционном лечении и размерах кисты более 50 мм., после пункции в полости кисты оставлялся дренаж и склерозант (96% раствор этилового спирта) вводился трёхкратно, в течение 3 дней.

Результаты: В 1 группе выздоровление отмечалось у 90% (36 детей), остаточная полость кисты, на 50% меньше исходной, у 5% (2 детей), которая не требовала повторного вмешательства; рецидив отмечался у 5% (2 детей), который потребовал повторной операции. Осложнений в виде гематомы и мочевого затека нами отмечено не было. Во 2 группе выздоровление отмечалось в 100% (15 детей), рецидивов не было. В 3 группе выздоровление отмечалось у 98% (14 детей), в 1% (1 ребёнок) отмечалось развитие гематомы в послеоперационном периоде, которая не потребовала повторного оперативного вмешательства.



Выводы: Хирургическому лечению подлежат солитарные кисты почек более 30 мм в диаметре, за счёт угрозы сдавления почечной ткани. Иссечение кисты почки с использованием лапароскопической техники является высокоэффективным методом лечения, эффективность приближается к 100%. Пункционный метод лечения кист почек под УЗ - контролем является малоинвазивным и доступным методом лечения, эффективность метода составляет около 90%, а при этапном склерозировании кисты эффективность приближается к 100%.

## **ПРИМЕНЕНИЕ VAC-СИСТЕМ В ЛЕЧЕНИИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Гацуцын В.В., Ким Л.А., Кузьмичев В.А., Наливкин А.Е., Пыхтеев Д.А. (Москва)*

Цель исследования: улучшение результатов лечения послеоперационных ран после малоинвазивных торакопластик.

Материалы и методы: С 2006 по 2018 год в ДХО МОНИКИ проведены малоинвазивные коррекции у 215 пациентов в возрасте от 4 до 17 лет (КДГК-8, ВДГК-207). Все пациенты оперированы методами малоинвазивной коррекции по Нассу и по Абрамсону. Для коррекции использовались стандартные корригирующие пластины (КП) и стабилизаторы из титанового сплава VT6. Фиксация КП осуществлялась при помощи нитей «Fiberwire№5» и PDSII 1. Послеоперационные раневые осложнения отмечены у 11 пациентов, что составило 5,1% от общего количества оперированных. По степени тяжести нарушений пациентов можно разделить на 2 группы: 1 группа - нарушение эпителизации раны без ее раскрытия и экстеризации пластины (6 пациентов) и 2 группа – раскрытие раны и наличие доступной для осмотра или инструментальной пальпации пластины (5 пациентов). До 2014г. лечение данных ран проводили традиционными методами, с удалением КП. С 2014г. стали использовать «VAC-системы». Они применены у 4 пациентов первой и 4 второй групп, традиционное лечение применено у 2 пациентов в первой и 1 в второй группах.

Смена повязок и контроль заживления ран происходил раз в 3 дня. В дополнении проводили антибактериальную терапию, использование НПВС и антигистаминных препаратов.

Результаты: В первой группе заживление раны достигнуто у всех пациентов независимо от метода лечения. Использование VAC-систем существенно ускорило время полной эпителизации раны. Во второй группе у 1 пациента с традиционным методом лечения, эффекта заживления раны не было достигнуто, КП была удалена. У 3 пациентов второй группы, с применением VAC-системы, удалось достичь полного заживления. Заживление происходило путем вторичного затягивания и рубцевания раны под вакуумной повязкой. Воздействие локального вакуума приводило к улучшению микроциркуляции в области раны, и способствовало резорбции сацинируемого отделяемого. Курс лечения занял 7-21 дней в зависимости от степени и распространенности пораженного участка. У 1 пациента пластину пришлось удалить. В отличие от успешно пролеченных пациентов применение вакуума у последнего пациента начато отсрочено, после применения традиционных методов на первом этапе.

Заключение: Адекватное и правильное использование VAC-систем при лечении трудно заживающих и инфицированных ран при наличии в ране инородного тела (пластины) приводит к полному заживлению раны, без удаления корригирующей пластины.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

*Герасименко И.Н., Минаев С.В., Григорова А.Н., Быков Н.И., Тимофеев С.В., Обедин Н.А. (Ставрополь)*

Актуальность. С развитием лапароскопии происходит расширение количества и видов оперативных вмешательств при большом количестве интраабдоминальных нозологий. Не остается в стороне и хирургия эхинококкоза печени. В связи с вышеизложенным, цель нашей работы - оценка эффективности новых лапароскопических устройств в хирургическом лечении эхинококковых кист печени у детей.

Материал и методы. В исследование вошло 25 детей с кистами печени различной этиологии. Размер кисты  $\geq 3$  см., расположение в V, IV, VII сегменте печени. За период с 2014 по 2019 год. Средний возраст составил  $9,7 \pm 2,8$  года. Мальчиков было 16, девочек - 9. Оперативное лечение всем детям проводили при помощи многопортовой лапароскопической методикой. в зависимости от выбранного девайса больные разделены на 3 группы: группа №1 с применением классического эндомешок; группа №2 использовался мешок типа «Сочок»; группа №3 с использованием вакуумного эндоконтейнера ("Устройство для эндоскопического извлечения инфицированного биологического материала" Патент на полезную модель №170304).

Результаты и обсуждения. Время выполнения лапароскопии в группе №1 составило  $120 \pm 1,2$  минут; в группе №2 -  $92 \pm 3,3$  минут; в группе №3 -  $75 \pm 1,7$  минут. Длительность оперативного вмешательства наименьшее было в группе №3 -  $68 \pm 3,5$  минут, также как и длительность болевого синдрома  $2 \pm 0,7$  дней. Интраоперационные осложнения в группе №3 не отмечались. Рецидивов не отмечается. Благодаря закруглению проксимального конца эндоконтейнера, избегается травматизация тканей и уменьшается площадь работы при проведении эндохирургического вмешательства. Кроме того, за счет герметичного соприкосновения обеспечивается полное удаление компонентов кисты. Для его использования необходим один доступ в брюшную полость над патологическим очагом.

Выводы. Лапароскопическая эхинококкоэктомия с применением вакуумного эндомешка и с обработкой остаточной полости аргонплазменной коагуляцией является эффективной операцией при кистах печени у детей.

## **ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ АТРЕЗИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ И ТОЩЕЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННОЙ ДЕВОЧКИ**

*Гоциенко М.А., Караваева С.А., Патрикеева Т.В., Соловьёва О.А., Леваднев Ю.В., Иванов С.Л. (Санкт-Петербург)*

Цель: представить случай редкого сочетания атрезии двенадцатиперстной кишки с атрезией тощей кишки, вызвавшего трудности в своевременной постановке правильного диагноза, что затянуло и усложнило лечение.

Признаки высокой кишечной непроходимости были выявлены у девочки пренатально по УЗИ с 37 недели. Выраженное многоводие потребовало родоразрешения путём Кесарева сечения (вес – 2500 г). В 1-е сутки жизни клинически и рентгенологически – картина полной высокой кишечной непроходимости. Оперирована по месту жительства: выявлена атрезия первой петли тощей кишки (по вскрытии приводящего отдела получено окрашенное содержимое, в отводящем – слизь). Наложен еюноеюноанастомоз. В течение последующих 18 суток пассаж по ЖКТ не восстанавливался, оперирована повторно. Выявлен спаечный процесс и стеноз зоны анастомоза (выполнена энтеропластика по Микуличу). После операции – без динамики. Через 4 дня оперирована в 3-й раз: трактовка картины та же, реконструирован первоначальный анастомоз и наложен дополнительно обходной дуоденоеюноанастомоз. Эффекта не последовало, за последующие 1,5 месяца – без динамики. На всех рентгенограммах после 1-й операции сохранялся симптом «double bubble» с отсутствием пневматизации ниже.

В 2,5 месяца оперирована в ДГБ 1 Санкт-Петербурга. Была выявлена и устранена сочетанная атрезия двенадцатиперстной кишки (с кольцевидной поджелудочной железой), которая располагалась проксимальнее зоны предыдущих вмешательств и не была распознана и ликвидирована ранее. Фатеров сосок открывался в отводящем (изначально – «промежуточном») отделе, что, по-видимому, и послужило причиной ошибки на первой операции: «промежуточный» слепо замкнутый с обеих сторон отдел был перерастянут желчью и производил впечатление «приводящего» отдела на уровне атрезии тощей кишки.

После четвёртой операции пассаж восстановился, исход благоприятный.

Выводы. При врождённой кишечной непроходимости, даже при выявлении на операции «очевидной» её причины, целесообразно проведение ревизии всего кишечника. Это позволит не пропустить возможные сочетанные пороки развития.

Сохраняющийся в послеоперационном периоде рентгенологический симптом «double bubble» должен наводить на мысль о наличии неустранённой основной причины непроходимости.

## **АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

*Гоциенко М.А., Немилова Т.К., Караваева С.А., Котин А.Н., Попова Е.Б., (Санкт-Петербург)*

Цель: проанализировать особенности хирургической тактики при атрезии пищевода (АП) у новорождённых с низкой массой тела (< 2000 г) на основании опыта последних 6 лет.

Материалы и методы. С 2013 по 2018 гг. в ДГБ № 1 Санкт-Петербурга поступил 131 новорождённый с АП, 32 из них (24%) – с массой при рождении менее 2000 г (890 – 1960 г, срок гестации 26 – 37 недель). У 27 детей (81%) отмечалась АП с нижним трахеопищеводным

свищом (НТПС), в 3 случаях – изолированная форма (11 %), в 2 случаях – более редкие формы порока. У 15 детей выявлены множественные сочетанные пороки развития, у 5 из них – в структуре синдрома Эдвардса.

Результаты и обсуждение. Все дети оперированы в возрасте 1-3 суток жизни. При изолированной форме АП первый этап хирургического лечения предполагал гастростомию, что не отличалось от тактики у полновесных детей.

При наличии НТПС большинству пациентов (71%) удалось наложить первичный анастомоз пищевода. У 8 детей (25%) это оказалось невозможным (у 1 - по тяжести состояния ввиду недоношенности, у 7 – из-за непреодолимого диастаза между сегментами). Этим детям произведена ликвидация свища и гастростомия по Кадеру. В дальнейшем 2 детям наложен отсроченный анастомоз торакоскопически (в 3 месяца), 1 выполнена заградунная пластика пищевода сегментом толстой кишки (в 10 месяцев), 4 погибли до этапа реконструктивной операции. У 5 пациентов отмечалась несостоятельность анастомоза, всем произведена гастростомия, повторное вмешательство на пищеводе потребовалось только одному из них. У 4 детей исход благоприятный, 1 ребёнок погиб. Рецидив трахеопищеводного свища выявлен у 1 ребёнка, который прооперирован повторно с благоприятным исходом. Летальность -10 детей (31 %).

Выводы.

1. Недоношенным при АП с НТПС удаётся наложить первичный анастомоз пищевода с хорошими конечными результатами, даже в случае возникновения осложнений.
2. Низкая масса тела не может являться единственным определяющим критерием при выборе хирургической тактики у новорождённых с АП.

## **ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

*Горелик А.Л., Карасёва О.В., Харитонова А.Ю., Уткина К.Е., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е. (Москва)*

Актуальность: Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у детей могут иметь различный генез и являться источником жизнеугрожающих осложнений, таких как кровотечение и перфорация стенки органа с развитием перитонита, а также могут значительно утяжелять состояние пациентов, находящихся в критических состояниях.

Цель: оптимизация протокола диагностики и лечения детей с эрозивно-язвенными поражениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также их осложнений.

Материал и методы: В исследование было включено 152 ребенка с эрозивно-язвенными поражениями верхних отделов ЖКТ, получавших лечение в НИИНДХиТ в период 2014-2019 гг. Этиология эрозивно-язвенных поражений была различна: 57 детей (37,5%) поступили с течением язвенной болезни, из них у 21 ребенка выявлены осложнения: кровотечение у 13 детей и перфорация стенки желудка у 8 детей. У 93 детей (61,1%) эрозивно-язвенные поражения ЖКТ выявлены во время лечения в ОАР по поводу различных критических

состояний: 79,6% - при тяжелой механической травме, 12,9% - при повреждениях головного мозга (опухоль/ОНМК/постгипоксические поражения), 7,5% - при развитии сепсиса. В ОАР осложненное течение заболевания в виде желудочно-кишечного кровотечения выявлено в 37,6 % случаев. Помимо указанных патологий в нашем наблюдении представлены казуистические случаи: ребенок с язвенного поражения желудка на фоне трихобезоара и ребенок с течением болезни Делафуа.

Результаты: Всем детям при выявленных перфорация полого органа выполнялась лапароскопия, ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости. При выявлении продолженного кровотечения или высоком риске возобновления состоявшегося кровотечения выполнялся комбинированный, эндоскопический гемостаз. При лечении болезни Делафуа выполнялось лапароскопическое прошивание стенки желудка, эндоскопический комбинированный гемостаз. Открытых операций за указанный период не выполнялось.

Заключение: Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов ЖКТ, помимо самостоятельного заболевания, могут быть осложнением различных критических состояний, что диктует необходимость эндоскопического мониторинга у тяжелых пациентов для предотвращения осложнений (прежде всего кровотечений). Своевременная диагностика, а также лечение, основанное на малоинвазивных технологиях (эндоскопические методики, комбинированный гемостаз) являются эффективными и безопасными способами лечения данной патологии.

## **ПУНКЦИОННО-ДИЛЯТАЦИОННАЯ ТРАХЕОСТОМИЯ У ДЕТЕЙ.**

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

Актуальность: Обеспечения проходимости дыхательных путей и защита от аспирации в детской реанимации (ОАР) в настоящее время является стандартом оказания помощи при целом ряде заболеваний и критических состояний. Выбор метода протекции дыхательных путей может зависеть от опыта врачей принимающих решение, владения методиками выполнения процедур и оперативных вмешательств, от технических возможностей стационара. Однако в ряде ситуаций трахеостомия не имеет альтернатив, а сроки выполнения трахеостомии существенно меняют качество лечения и позволяют предотвратить осложнения от длительной интубации.

Цель: демонстрация малоинвазивных методик трахеостомии у детей как безопасного и эффективного способа протекции дыхательных путей.

Материал и методы: В исследование было включено 192 ребенка (59,7 % мальчики, 40,3% девочки). Средний возраст составил  $9,8 \pm 4,6$  лет. Показаниями для выполнения трахеостомии являлись: необходимость обеспечения проходимости дыхательных путей при краниофациальной травме нижней зоны лица, низкий уровень сознания и предполагаемый длительный период восстановления при тяжелых повреждениях мозга, наличие бульбарной/псевдобульбарной симптоматики, необходимость длительной респираторной



поддержки (сепсис); сопутствующая и развившаяся патология трахеи (стенозы, язвы, ожоги, пролежни и др.); нарушение механики внешнего дыхания у детей с высоким спинальным повреждением, миодистрофические заболевания.

Результаты: В 96,4% случаев была выполнена пункционно-дилатационная трахеостомия с эндоскопическим контролем. При этом в 88,6% случаев была выполнена трахеостомия по методике Григза, в 11,4% - по методике Сигла. При применении данных малоинвазивных операций значительно сократилось время трахеостомии в сравнении с открытой методикой (среднее время операции  $4,0 \pm 0,7$  мин), не выявлено интраоперационных осложнений (кровотечение, перфорация задней стенки трахеи, паратрахеальная установка конюли, повреждение перстневидного хряща, аспирации крови). Также за время лечения и в катамнезе не отмечено таких отсроченных осложнений, как стеноз трахеи, развитие раневой инфекции.

Заключение: Пункционно-дилатационная трахеостомия является безопасным методом трахеостомии у детей. Дифференцированный подход к трахеостомии позволяет сократить длительность ИВЛ и предотвратить фатальные осложнения у наиболее тяжелого контингента больных.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕВОЙ ФОРМЫ ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ.**

*Горшков А.Ю., Сергеев С.П., Портенко Ю.Г., Алехова Е.Л., Михайлова С.И. (Тверь)*

Цель работы. Острый парапроктит в младенческом и грудном возрасте встречается значительно чаще, чем в других возрастных группах, причем среди этих пациентов дети первых месяцев жизни составляют более 50%. Целью работы явился анализ выработанной лечебно-диагностической тактики у детей младшей возрастной группы с парапроктитом.

Материалы и методы. Настоящая работа основана на анализе лечения 27 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года, находившихся на обследовании и лечении в отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери с 2016 по 2018 годы. Среди них мальчиков 16 (59,3%), девочек 11 (40,7%). Все пациенты имели хроническую свищевую форму парапроктита. Больные поступали в сроки свыше 3-х суток от начала обострения заболевания (20 чел. – 74%). Поздняя госпитализация связана с необоснованным консервативным лечением патологии на амбулаторном этапе. Во всех случаях диагностирован подкожный или подслизистый парапроктит с отеком и гиперемией воспаленной крипты. Важно определить крипту несущую свищ. У части больных при ректальном исследовании и одновременном надавливании на инфильтрат в области одной из крипт появляется капля гноя. Все это указывает на первичность происхождения параректального свища, что позволяло прогнозировать дальнейшую тактику хирургического лечения. Всем пациентам алгоритм обследования включал: сбор анамнеза, клиническое наблюдение с динамическим объективным исследованием ребенка от момента его поступления в стационар до выписки, инструментальные методы исследования, включающие осмотр анального канала с помощью ректального зеркала и ультразвуковое исследование свища.

Результаты и обсуждение. Всем больным осуществлялось раннее хирургическое вмешательство. На первом этапе вскрывался и дренировался абсцесс. На втором, через 2-3 недели по снятии воспаления, проводилось рассечение свища с использованием аппарата Surgetron с ушиванием раны. У всех пациентов наступило выздоровление.

Выводы. Анализ результатов лечения и отсутствие рецидивов заболевания свидетельствуют о правильности выбранной тактики. Диспансерное наблюдение проводится амбулаторно не менее 1 года с вызовом для проведения осмотра каждые 3-4 месяца.

## **ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ**

*Гумеров А.А., Сатаев В.У., Парамонов В.А., Гумеров Р.А. (г.Уфа)*

Цель доклада: методы диагностики, показания, противопоказания и сроки проведения торакоскопической санации плевральной полости при различных стадиях эмпиемы плевры у детей.

В клинике детской хирургии БГМУ с 1995 года видеоторакоскопическое лечение эмпиемы плевры проведено 329 детям.

Всем детям проводилось рентгенологическое обследование органов грудной клетки в прямой проекции. Для верификации стадий заболевания детям с эмпиемой плевры проводилась ультрасонография и компьютерная томография плевральной полости. Операция производилась в условиях тотальной внутривенной анестезии с двулегочной вентиляцией легких и наложением карбокситоракса с целью коллабировать легкое.

На основании проведенных исследований выработаны показания к видеоторакоскопической санации при эмпиеме плевры: неэффективность от проводимого пункционного лечения или дренирования плевральной полости, сохранение клинических и рентгенологических признаков эмпиемы плевры на фоне проводимого лечения, выявление при ультразвуковом исследовании плевральной полости признаков эмпиемы плевры в гнойно-фибринозной стадии или стадии организации. В решении о проведении торакоскопической санации плевральной полости крайне важным моментом являются время, прошедшее от развития плевральных осложнений, которое не должно превышать 10 – 14 дней. В более отдаленные сроки происходит организация и уплотнение фибрина, что крайне затрудняет и так же делает невозможным проведение торакоскопической санации плевральной полости.

Первый троакар устанавливался в стандартной точке в области угла лопатки. Накладывается карбокситоракс с давлением 8,0 мм рт.ст. Вокруг троакара разрушаются фибриновые наложения, и определяется возможное место установки второго троакара. Второй троакар устанавливается под визуальным контролем ближе к диафрагме. Гнойное содержимое и фибриновые наложения на париетальной и висцеральной плевре механически удаляются. Дренирование плевральной полости производили через один из троакарных доступов под визуальным контролем.

Средняя продолжительность видеоторакоскопической санации плевральной полости при эмпиеме плевры у детей составила  $34,4 \pm 11,3$  мин. Продолжительность пребывания больных в хирургическом отделении составила  $32,25 \pm 2,46$ .

Выводы: предлагаемая тактика диагностики и оперативного лечения позволяет улучшить результаты лечения эмпиемы плевры у детей.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*Гумеров А.А., Зайнуллин Р.Р., Шарипов Н.Н., Нафикова Р.А., Алибаев И.А. (г.Уфа)*

Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и её осложнения у детей до настоящего времени остается актуальной и нерешенной проблемой.

Цель работы - анализ результатов лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии БГМУ на базе Республиканской детской клинической больницы за последние 18 лет (2000-2018) находилось 61 пациентов с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки такими, как перфорация – у 41 пациента, рубцовая деформация - у 9, кровотечения – у 8, пенетрация - у 3, так же у 3 больных имело место сочетание осложнений, так у одного из них имела рубцовая деформация с кровотечением, у 2-х рубцовая деформация с пенетрацией.

Возраст пациентов колебался от 2 до 17 лет, соотношение мальчиков и девочек составило 10:1 соответственно.

Все дети поступали в клинику в период времени от нескольких часов до 2-х суток от момента перфорации. В большинстве случаев пациенты были направлены с диагнозом острый аппендицит, перитонит (49), что свидетельствует о сложности диагностики.

Среди 41 пациента с перфоративной язвой желудка и 12-ти перстной кишки в 35,3% случаев симптом серпа был положительным, в анализах крови лейкоцитоз выше  $10 \times 10^9/\text{л}$  выявлен у 63,7% пациентов.

В 19 случаях использовалась диагностическая и лечебная лапаротомия. При стенозе пилородуоденальной области наряду с ФГДС использовано рентген контрастное исследование желудочно-кишечного тракта. Основным методом диагностики кровотечения явилась ФГДС.

Все пациенты с осложнениями гастродуоденальной области оперированы. Выбор метода лечения зависел от характера осложнения. Наиболее часто перфорационное отверстие локализовалось в пилорическом отделе желудка – 23, по малой кривизне -11, реже в передней стенке 12-перстной кишки – 7. Ушивание производилось через все слои в один или два ряда. Операции выполнены традиционными (23) и эндоскопическими (18) способами.

При пилородуоденальных стенозах, а также при пенетрации произведена резекция желудка по Бильроту II. Из 6 детей с кровотечениями в 2-х случаях оно остановлено консервативным способом, у 4-х выполнена резекция по Бильроту I.

Таким образом, наиболее частым осложнением язвенной болезни и двенадцатиперстной кишки является перфорация. Диагностика перфорации, особенно прикрытой представляет значительные сложности.

## **СРОКИ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Гумеров А.А (Уфа)*

В настоящее время остается проблемой высокий процент рецидивов эхинококкоза печени (рэл). «ранними» считают рецидивы в сроки до 3 лет, «поздние» – развиваются через 3 года

после операции. Разные сроки возникновения рецидивов объясняют отличиями в этиологии рецидивных кист. Ранние - связывают с резидуальным происхождением (не распознанные из-за неравномерного развития кист при сочетанном и множественном эхинококкозе), а поздние – с имплантационным (при диссеминации зародышевых элементов во время операции), метастатическим (при миграции протосколексов) или реинвазионным. Такое распределение объясняют быстрым ростом резидуальных и медленным – остальных кист.

Цель исследования: изучение сроков развития рецидивных эхинококковых кист после хирургического лечения.

Материал и методы. Проведен анализ сроков обнаружения рецидивных эхинококковых кист после хирургического лечения у пациентов, поступивших в детскую республиканскую клиническую больницу (дркб) и республиканский центр хирургической гепатологии (рцхг, г.уфа). Всего было проанализировано 48 случаев заболевания рэп. Среди них 20 - пациенты дркб в возрасте 3–17 лет и 28 – из рцхг в возрасте 18–70 лет. Рэп развивался в 67% случаев у пациентов, у которых первичная киста была локализована только в печени (первично-солитарный и первично-множественный). У 33% пациентов с рэп локализация первичных кист была в печени и других органах (первично-сочетанный эхинококкоз).

Результаты. Большинство рэп обнаруживали в сроки до 3 лет после пэп. Проведенный анализ данных 48 пациентов с рэп показал, что рецидивы после первой операции через 0,5-3 года (ранние) были диагностированы у 87,5% (среди них у 24 взрослых и 18 детей) больных, а (поздние) – более 3-х лет после хирургического лечения у 12,5% (среди них 4 взрослых и 2 детей). Чаще всего рэп выявляли в первые полтора года 52% после операции. Среди исследуемых больных с рэп у 7(14,5%) наблюдался солитарный рецидив, у 23(47,9%) были выявлены 2 или более кист в печени, у 18(37,5%) – сочетанная форма рэп.

Вывод. Проведенный нами анализ показал, что рецидивы после первой операции чаще были диагностированы в ранние сроки. Эти результаты позволили предположить, что роль имплантационного и метастатического происхождения рецидива не так велика, как резидуального.

## **ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ПРОМЕЖНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ**

*Дегтярев Ю.Г., Аверин В.И., Никифоров А.Н., Новицкая С.К. (Минск)*

Актуальность. Несмотря на совершенствование хирургических методов лечения, повторные операции по коррекции послеоперационных осложнений, возникших при первичном хирургическом вмешательстве, врожденных пороков аноректальной области (ВПП АРО) проводятся в 5–25% случаях.

Цель: Выяснить виды, частоту, причины осложнений, приводящих к повторным операциям при хирургическом лечении ВПП АРО и разработать методы их устранения.

Материал и методы. Проведен анализ оказания медицинской помощи 525 пациентам (294 мальчикам и 231 девочке) с ВПП АРО в Республике Беларусь с 1970 по 2014 г. Для оценки

функционального состояния аноректальной зоны применялись: ирригоскопия, электроидентификация мышц анального сфинктера, манометрия и электромиография. Повторные операции потребовались 52 пациентам, у которых выявлены 68 осложнений. У пациентов диагностировано от одного до четырех видов осложнений.

Результаты и обсуждение. Проведен анализ 68 (100%) случаев послеоперационных осложнений после первичной проктопластики. Выявлены следующие осложнения: дислокация низведенной кишки 15 (22,10%), деформация и смещение наружных половых органов 4 (5,88%), распространенный рубцовый процесс на коже промежности 12 (17,65%), выпадение слизистой или всей стенки прямой кишки 18 (26,47%), деформации анального отверстия; зияние, сужение, облитерация 10 (14,70%), свищи около анального отверстия с кишечным, гнойным отделяемым 9 (13,20%). При выполнении повторных реконструктивных операций оптимальной является концевая энтеростомия, т.к. отметили невозможность выполнения у шести пациентов повторной реконструктивной планируемой операции, в случае превентивно выполненной сигмостомии. Качество жизни как эффект хирургического лечения оценивали через 6 месяцев – 14 лет после вмешательства у пациентов в возрасте 14-18 лет. Устранение хирургических осложнений обеспечило увеличение показателей качества жизни детей в послеоперационном периоде.

Выводы и рекомендации. Лечение пороков развития аноректальной области целесообразно проводить в специализированных стационарах. При дислокациях прямой кишки наиболее приемлемый метод – заднесагиттальная проктопластика. При протяженных стенозах считаем методом выбора проведение реконструктивной проктопластики брюшнопромежностным доступом.

## **ОБСТРУКЦИЯ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА: ТАК ЛИ ВСЁ ОДНОЗНАЧНО? ЧТО МЫ ЛЕЧИМ?**

*Демидов А.А., Ростовская В.В., Казанская И.В., Староверов О.ВЗ (Москва)*

Использование УЗ-скрининга беременных и современные методы визуализации привели к более ранней диагностике гидронефроза (ГН), одной из причин которого является обструкция пиелоуретерального сегмента (ОПУС).

Цель: представить современное состояние проблемы диагностики и лечения антенатально выявленного гидронефроза (АНГ) и определить важные направления будущих исследований.

Материал и методы: анализ 140 отечественных (база данных elibrary.ru) и 270 зарубежных источников (PubMed)

Результаты: среди медицинского сообщества детских урологов отсутствует консенсус, что приводит к различным стратегиям постнатального управления АНГ. Причиной разногласий является отсутствие точных диагностических тестов для дифференциации обструктивного и необструктивного ГН, прогнозирования клинической значимости и реализации ОПУС.

Рекомендации ESPU по выбору тактики ведения основаны на данных УЗИ (APD, SFU степень ГН), статической нефросцинтиграфии и диуретической ренографии не лишены



погрешностей в оценке уродинамики ВМП у пациентов первых трех лет жизни, для которых характерна морфофункциональная незрелость структур почки. Данные мета-анализа эффективности ранней пиелопластики свидетельствуют о высоком проценте сохранения расширения ЧЛС, нарушения уродинамики, а в некоторых случаях – ухудшения функции паренхимы. Мало известно о факторах, которые могут быть связаны с послеоперационными результатами разных способов коррекции ОПУС. Возникают вопросы: действительно ли улучшение функции и уродинамики почки связано с пиелопластикой? с чем связано ухудшение функции паренхимы после операции? не усугубляем ли мы процесс созревания почек? была ли обструкция ПУС? как объяснить улучшение или полное разрешение ГН 3 степени SFU? Для объективизации выбора лечебной тактики проводятся фундаментальные и экспериментальные исследования молекулярно-генетических механизмов возникновения и прогрессирования ГН, используются достижения «ОМИКС» технологий для создания панели белковых маркеров. Создаются математические модели прогнозирования течения ГН на основе множественной линейной регрессии, нейронной сети.

Заключение. Проблема врожденного гидронефроза не решена. Подходы к диагностике требуют уточнения и пересмотра. Необходимо определить оптимальное время и необходимость в целом проведения хирургического вмешательства в период младенчества. Исследования не должны ограничиваться только изучением морфологического варианта заболевания, следует изучать факторы, определяющие уродинамику ВМП.

## **СОЛИДНАЯ ОПУХОЛЬ ШЕИ, ЭМИТИРУЮЩАЯ СОСУДИСТУЮ МАЛЬФОРМАЦИЮ**

*Денис А.Г., Рехвиашвили М.Г., Полуэктов Д.С., Базина И.Г., Абушкин И.А, Кузнецова Ю.А., Томина В.О., Таранова Ю.А., Шалатонин М.П., Каражова Э.Ф., Стародубова А.А (Москва)*

Мальчик 29 дней, поступил в отделение неонатологии и неонатальной хирургии Морозовской городской клинической больницы с диагнозом: образование шеи неясной этиологии: сосудистая мальформация? Из анамнеза: ребенок от III беременности протекавшей с токсикозом в первом триместре, во втором триместре, по данным УЗ-скрининга, заподозрена генетическая патология, проведен амниоцентез, патология не выявлена. Роды на 39-40 недели, с весом 3090 гр, ростом 52 см. Образование в области шеи справа с рождения, выписаны с роддома на 4-е сутки жизни, под наблюдение педиатра по месту жительства. В возрасте 25 суток жизни, при плановом обращении в районную поликлинику, выполнено УЗИ мягких тканей, на котором выявлено образование неясной этиологии, сосудистое образование? ребенок направлен в широкопрофильный стационар. Ребенок госпитализирован по экстренным показаниям. В отделение с выполнено УЗИ мягких тканей: в проекции боковой поверхности шеи, под правой m.sternocleidomastoideus определяется объемное образование размерами 41\*20 мм, представленное солидным компонентом, неоднородное по структуре, при ЦДК обильно васкуляризировано. Окружающие мягкие ткани, включая регионарные лимфоузлы, - без особенностей. Ребенку проведено КТ с внутривенным болюсным контрастным усилением. Заключение: КТ-картина объемного паравертебрального образования мягких тканей шеи справа без достоверных

данных за инвазию в окружающие структуры. В проведенном лабораторном мониторинге онкомаркеры, на момент поступления в стационар: AFP/ Альфафетопротеин 1 970,75 МЕ/мл, b-ХГЧ 2,00 мМЕ/мл. Ребенок консультирован онкологом, принято решение о проведении радикального удаления новообразования шеи. Оперативное лечение протекало без особенностей. При проведении гистологического и иммуно-гистохимического анализа удаленного материала использовались реакции и окраски: HE, ИHC CD 56, Chromogaphin A, Ki – 67, S 100, Sinaptophysin, Vimentin. Заключение: низкодифференцированная нейробластома с низким МКИ. Послеоперационный период без особенностей. Ребенок находится на этапном лечении и наблюдении отделения онкологии.

Выводы: Таким образом, нейробластома может встречаться уже с рождения, в том числе и при более редкой ее локализации на шее. Необходимо ранняя, перинатальная диагностика и привлечение смежных специалистов для составления специализированной тактики лечения. Для установления диагноза показано проведение иммуногистохимического исследования, которое имеет определенное сочетание экспрессии антител.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА**

*Дженалаев Б.К., Котловский В.И., Досмагамбетов С.П., Ергалиев А.Е., Кенжалина Р.А., Жалмуханбетов К.К., Сивак И.Д. (Казахстан, Актобе)*

Актуальность. Вопросы хирургического лечения и реабилитации детей с болезнью Гиршпрунга до настоящего времени остаются актуальными в детской хирургии.

Материал и методы. Проведено изучение качества жизни детей с болезнью Гиршпрунга, которым проводилась хирургическая коррекция порока развития 2 различными способами: операция Соаве-Лёнюшкина и лапароскопически ассистированная операция Джорджсона.

Обследовано 117 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 16 лет (лиц мужского пола было 94, женского – 23), которые получали реабилитационную терапию в хирургическом отделении детского стационара Актюбинского медицинского центра. Распределение детей на две группы: по методике Соаве-Лёнюшкина оперированы 83 ребенка, 34 детям выполнена операция Джорджсона.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных пациентов отличные результаты отмечены у 75 (64%), хорошие – 34 (29%), удовлетворительные – 8 (7%), неудовлетворительных результатов не было.

В группе детей оперированных по методике Соаве-Лёнюшкина отличные результаты получены у 54 (65%), хорошие – у 24 (29%), удовлетворительные – у 5 (6%) детей. Распределение результатов в группе детей с оперативной коррекцией по методике Джорджсона – отличные результаты – у 21 (61%), удовлетворительные – у 10 (29%), удовлетворительные – у 3 (8%) детей. Неудовлетворительных результатов в обеих группах не отмечено.

Среди пациентов регулярные реабилитационные мероприятия проводились у 47, нерегулярно и не в полной мере – у 54, однократно у 16 детей.

Выводы. Проведенный анализ показывает, что лишь 54% детей можно считать полностью здоровыми к концу 2 года после операции. В остальных наблюдениях адаптационно-компенсаторные процессы развиваются более медленно, к концу 3-го года – 27%, в течение 5 лет после операции – 15%, более 5 лет – 4%. Больные, которые получали реабилитационные мероприятия регулярно и не ограничивались терапией в условиях стационара, нормализация функции кишечника клинически наступала в более короткие сроки. В остальных наблюдениях адаптационно-компенсаторные процессы развиваются более медленно. Это подтверждают рентгенологические исследования: нормализация диаметра толстой кишки и ее тонуса происходит постепенно в течение нескольких лет.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОГО МОРЦЕЛЛЯТОРА ДЛЯ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭКСТРАКЦИИ БЕЗОАРОВ У ДЕТЕЙ**

*Дженалаев Б.К., Роскидайло Е.В., Сатыбалдиев К.Ж., Герасимова М.В., Зевреев Р.И. (Казахстан, Актобе)*

Актуальность. Безоары желудочно-кишечного тракта являются редкими заболеваниями детского возраста. Наиболее часто у детей встречаются трихобезоары, которые в большинстве случаев формируются в желудке, реже в тонкой кишке.

Материалы и методы. В период 2007-2018 гг. нами пролечено 4 детей с безоарами в возрасте от 6 лет до 14-ти лет, 1 мальчик и 3 девочки. Всем детям был проведен комплекс диагностических исследований: УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, обзорная рентгенография органов брюшной полости, МРТ абдоминального сегмента, общеклинические анализы. У мальчика диагностирован – спонгиобезоар желудка, у 2 девочек – трихобезоар желудка и у 1 пациентки – трихобезоар подвздошной кишки.

Результаты. Все дети были прооперированы. При этом, трое пациентов - в плановом порядке, 1 девочка оперирована в экстренном порядке по поводу кишечной непроходимости, вызванной трихобезоаром подвздошной кишки. Одной пациентке выполнена лапаротомия, гастротомия, удаление инородного тела ввиду больших размеров трихобезоара 12,0 x 9,0 см. Двое пациентов прооперированы лапароскопическим доступом. В обоих случаях безоары были извлечены из желудка через гастротомный разрез передней стенке тела желудка. Для их извлечения из брюшной полости был использован механический морциллятор "ROTOCUT" компании "Karl Storz" диаметром 15 мм. При этом морцилляция трихобезоара оказалась неэффективной. Инородное тело было удалено через дополнительный минилапаротомный доступ, выполненный в гипогастральной области. Для экстракции спонгиобезоара механическая морцилляция была применена весьма успешно. Спонгиобезоар после его извлечения из желудка был помещен в пластиковый мешок EndoBag. После чего морциллирован 15 мм морциллятором. Послеоперационный период протекал без осложнений. Средняя продолжительность пребывания в стационаре при применении лапароскопической методике составила 10 дней, при открытой гастротомии – в среднем 14 дней. Осложнений в течении первого месяца отмечались у одной пациентки с трихобезоаром подвздошной кишки в виде ранней спаечной болезни брюшной полости, механической кишечной непроходимости. Процент кровотечений во всех случаях 0%. Выводы. Таким образом, применение лапароскопического доступа для удаления безоаров желудочно-кишечного

тракта является весьма эффективным. Однако, использование морцелляции механическим морциллятором "ROTOCUT" для экстракции трихобезоаров не целесообразно. Морцилляция весьма эффективна лишь для извлечения спонгибозоаров

## **ТЕРАТОИДНЫЕ ОПУХОЛИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ**

*Дияров Н.А., Эргашев Н.Ш., Турабаева З.К. (Узбекистан, Ташкент)*

Актуальность. Тератоидные опухоли(ТО) составляют 5,9% всех опухолей у детей, а у новорожденных детей (НД) и грудных детей(ГД) они обнаруживаются в 22,4% наблюдений. Частота составляет 1 на 35000 живорожденных детей. Частота озлокачествления опухоли прямо пропорциональна возрасту. Риск малигнизации у НД не превышает 5%, у детей до 1 года он составляет уже более 60%, у детей старше 1 года превышает 75%. Цель работы – анализ результатов хирургического лечения(ХЛ) детей (ТРЛ). Материал и методы. С 2008 по 2018г. на кафедре ГДХ ТашПМИ и ТФТМА на лечении находилось 67 больных с ТРЛ. Тератомы крестцово-копчиковой (ККТ) области диагностированы - у 50 (74,6%); перикард – у 3 (4,4%); брыжейки кишечника – у 5 (7,6%); яичников – у 3 (4,4%); яичек – у 2 (3,0%); желудка – у 2 (3,0%), забрюшинно-поясничной области – у 2 (3,0%). Зрелые тератомы встречались у 64 детей (95,6%), тератобластомы – у 3 (4,4%). Возраст колебался от 1 мес. до 14 лет. Девочек 41 (61,2%), мальчиков 26 (38,8%).

Результаты и обсуждение. (ККТ) – самая частая локализация тератомы у детей. В наших наблюдениях ККТ встречались у 50 (74,6%) больных. Всем детям с ККТ выполняли полное удаление опухоли с резекцией копчика. У 3 больных с ККТ наблюдалось метастазирование опухоли и летальный исход. С тератомой яичников наблюдалось у 3 ребенка. Симптоматика опухолей этой локализации имела свои особенности. У больных в динамике наблюдалось выраженное усиление интенсивности болевого синдрома. После проведенного обследования больные были оперированы. ТО яичек выявлены у 2 детей. Пациентам выполнена орхофуникулэктомия. Дети выздоровели. ТО брюшной полости диагностированы у 5 детей. ТО обнаружена по брыжейке толстой кишки, была плотной консистенции, ограниченно подвижной. После операции наступило выздоровление. ТО грудной клетки выявлены у 3 больных. ТО желудка отмечали у 2 детей, что составило 3,0% среди всех наблюдаемых больных с ТО. Заболевание проявлялось болью в эпигастральной области, изменениями со стороны ЖКТ. Больные оперированы. Дети выздоровели. У 2х больных отмечена ТО исходящая из забрюшинного пространства в поясничную область.

Заключение. Наиболее чаще встречаются ККТ. При обнаружении ТО во избежание осложнений и предотвращения малигнизации необходимо раннее радикальное оперативное вмешательство.

## **ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА С «БОЛЬШИМ ДИАСТАЗОМ».**

*Емельянова В.А., Аксельров М.А., Супрунец С.Н., Евдокимов В.Н., Мальчевский В.А., Сергиенко Т.В., Аксельров А.М., Связан В.В., Сахаров С.П., Вешкурцева И.М. (Тюмень)*

Современные технологии выхаживания новорожденных, в том числе и недоношенных детей, способствуют тому, что выживаемость пациентов с атрезией пищевода, имеющих массу тела

более 1500 гр. и без пороков сердца достигает 99%. У детей с атрезией пищевода одним из прогностически неблагоприятных факторов является «большой диастаз» между сегментами. В связи с этим изучение катамнеза детей, перенесших оперативное вмешательство по поводу атрезии пищевода с «большим диастазом».

Цель: изучить качество жизни детей, оперированных по поводу атрезии пищевода с применением удлиняющих методик для наложения анастомоза.

Материал и методы: В клинике детской хирургии Тюменского ГМУ с 2008 по 2018 г. оперировано 20 детей с атрезией пищевода, у которых диастаз между сегментами расценен как большой. Для наложения прямого анастомоза им выполнено 9 миотомий и 11 вытяжений пищевода (элонгация по Foker). Из 20 детей к моменту проведения анкетирования были живы 12.

Оценку качества жизни проводили путем анкетирования родителей. Оценивалось: состояние здоровья детей на момент анкетирования; какую и как принимает пищу; состоит ли на диспансерном учете; как часто болеет ОРЗ; имеется ли синдром бронхообструкции; посещает ли детские организованные коллективы (детский сад, школа); занимается ли в спортивных, художественных секциях. Так же проводилась оценка массо-ростовых показателей. Анкеты с ответами получены от 9 родителей.

Результаты: 8 из 9 родителей оценили здоровье своих детей как «удовлетворительное», 1 как «полностью здоров». Все дети принимали пищу через рот. 7 из 9 ели любую пищу, 1 ребенок протертую (возраст на момент анкетирования 1 год 8 мес), 1 измельченную блендером (1 год). 1 ребенок имел дефицит массы тела (ниже 10 перцентиля для своего возраста), остальные 7 детей имели нормальные показатели физического развития. Ребенок с отставание массы тела имел тяжелое органическое поражение ЦНС, родился глубоко недоношенным, с массой тела менее 1000 г, в раннем неонатальном периоде перенес внутрижелудочковое кровоизлияние с прорывом с формированием окклюзионной гидроцефалии, потребовавшей шунтирования вентрикулярной системы головного мозга. Отставание в нервно-психическом развитии отмечено 4 родителями.

Выводы: Требуется дальнейшее изучение данного направления, однако первое впечатление, что выполнение удлиняющих методик для наложения анастомоза не сказывается отрицательно как на конечном результате лечения, так и не увеличивает число пациентов неудовлетворенных качеством жизни.

## **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С УДВОЕНИЕМ ПОЧЕК ПРИ НАЛИЧИИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ**

*Ерохина Н.О., Меновщикова Л.Б., Шумихин В.С., Левитская М.В. (Москва)*

Цель. Разработать перинатальный протокол ведения детей с удвоением почек при наличии уретероцеле.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 75 детей за 2008 – 2017 гг. Сравнивались антенатальные ультразвуковые исследования детей с удвоением почки и уретероцеле и с простым врожденным мегауретером (по 15 в каждой группе). После рождения при выраженной обструкции (лоханка >25 мм, мочеточник >15 мм), инфекционных



осложнениях и инфравезикальной обструкции - дети сразу переводились в стационар, остальные – в плановом порядке в возрасте 1 – 2 месяцев. Возраст госпитализации 1 – 187 дней (51±47). Первично выполнялось трансуретральное вскрытие уретероцеле (ТУВ). Оценивались результаты трансуретрального дренирования уретероцеле (проведена коррекция методики). Через 4 – 6 месяцев оценивалась функция сегмента и решался вопрос о дальнейшем лечении. На основании оценки отдаленных результатов проводился выявлялись предикторы гибели верхнего сегмента почки.

Результаты. Антенатально диагноз установлен в 63 случаях (84%). При оценке по критериям визуализация перешейка (в группе удвоения – 15, в группе мегауретера 0), наличие кист в верхнем сегменте почки (5/0) и визуализация анэхогенного образования в мочевом пузыре (11/0), размеры >95 центиля 14/12, расширение лоханки 10/13, расширение мочеточника 11/10. Трансуретральное дренирование выполнено 60 детям. Прирост паренхимы и улучшение кровотока отмечено в 32%. Утрата функции сегмента 33 (55%). При наличии кистозной дисплазии – гибель сегмента произошла в 100% случаев. При выявленном исходно спавшегося уретероцеле – в 60%, при исходной толщине паренхимы менее 5 мм – 50 %, 5 и более мм – функция сохранна в 100% случаев. Не выявлено достоверной корреляции сохранности функции сегмента и возраста стартового лечения. Вторичные оперативные вмешательства выполнены 24 детям (40%): уретероцистонеоимплантация – (из них 5 мочеточника нижнего сегмента в сочетании с эпигеминефруретерэктомией), геминефруретерэктомия 9, нефрэктомия 4, эндоскопическая коорекция ПМР – 6.

Выводы. Достоверными критериями антенатальной диагностики являются визуализация перешейка паренхимы, кист в верхнем сегменте почки и визуализация анэхогенного образования в мочевом пузыре. Стартовым методом лечения должно быть ТУВ уретероцеле, что позволяет отложить или полностью отказаться от проведения оперативных вмешательств. При выставлении показаний к радикальным оперативным вмешательствам необходимо учитывать, что достоверным предиктором гибели сегмента в отсроченном периоде является кистозная дисплазия сегмента, вероятными – исходно спавшееся уретероцеле, исходная толщина паренхимы менее 5 мм. Утрата функции сегментом не коррелирует с возрастом начала лечения, а зависит от степени исходной дисплазии почечной ткани.

## **ЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ**

*Есеналина Н.С., Жанзакова А.Ж., (Казахстан, Актобе)*

Актуальность. Врожденный гидронефроз является актуальной проблемой в детской урологии, причинами нарушения оттока мочи из лоханки в детском возрасте, являются врожденные изменения в зоне ПУС, связанные с аномальным развитием мочеточника и почечных сосудов. Врожденный гидронефроз встречается с частотой от 3 до 4,7 % на 1000 новорожденных. В настоящее время хирургическая тактика при врожденном гидронефрозе изменилась в сторону малоинвазивных вмешательств, что в первую очередь связано с внедрением лапароскопической техники

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения детей с врожденным гидронефрозом.

Материалы и методы. Проведен анализ 50 детей с врожденным гидронефрозом, находившиеся на лечении в отделении детской урологии АМЦ г. Актобе с 2014 по 2018 годы. Возраст пациентов от 8-и месяцев до 16-ти лет.

Левосторонний гидронефроз наблюдался у 29-ти (58%) детей, правосторонний у 16-ти (32%), двусторонний у 3-х(6%), гидронефроз единственной почки отмечен у 2-х (4%) детей.

Были сформированы основная (I) группа - дети, которым применена лапароскопическая пиелопластика 37-и (74%) случаях, в группе сравнения (II) детей оперированных традиционным способом 13- ти (26%) случаях.

Послеоперационном периоде всем детям проводилась инфузионная, антибактериальная, симптоматическая терапия, ежедневные перевязки послеоперационных ран, лабораторные обследования, УЗИ и КТ обследования. Все пациенты в удовлетворительном состоянии, были выписаны на амбулаторное лечение с рекомендациями. Мочеточниковый стент всем пациентам был удален через 1-1,5 месяца.

Результаты и обсуждение. Все операции были выполнены без осложнения. Длительность оперативного вмешательства в I группе составило 120 ( $\pm 10$ ) мин, II группе 155 ( $\pm 20$ ) мин. Пребывание в ОРИТ I группе 1,0 ( $\pm 1$ ) сутки, II группе 2,5 ( $\pm 1,0$ ) суток. Пребывание в стационаре составило в I группе 12 ( $\pm 1$ ) суток, II группе 14 ( $\pm 2$ ) суток. Обострение пиелонефрита в I группе не было, II группе в 3-х случаях. В I группе антибактериальная, симптоматическая терапия сокращена и не требовала повышенных доз. На контрольном урологическом обследовании через 6 месяцев, рецидива гидронефроза в обеих случаях не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, применение лапароскопической пиелопластики показал ряд преимуществ, по сравнению со стандартным методом открытой пиелопластики. Сокращения длительности операции, длительности пребывания в отделении реанимации, койко-дней, ранняя реабилитация.

## **ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Ефременков А.М., Туманян Г.Т., Акопян М.К., Ахматов Р.А., Антонов Д.В. (Москва)*

Интраабдоминальные кистозные образования у детей могут локализоваться в поджелудочной железе (ПЖ). Необходимость оперативного лечения, а также объем операции зависит от этиологии, размеров кист и клинического течения заболевания. Совершенствование эндоскопических методик позволило применить лапароскопический метод при кистозных образованиях ПЖ в детской хирургии. Приводим наш опыт применения лапароскопии у детей с кистозными поражениями ПЖ.

Материал и методы. На клинических базах кафедры детской хирургии РМАНПО за последние 5 лет было выполнено 29 ЛС операций на ПЖ детям в возрасте от 3 месяцев до 17 лет. Из них у 12 (41,4%) диагностированы псевдокисты ПЖ, у 9 (31%) пациентов неопухолевые истинные кисты: удвоение желудка – у 3 (10,3%), врожденные интрапаренхиматозные кисты – у 3 (10,3%), лимфангиомы – у 2 (6,9%), эхинококковая киста

– у 1 (3,4%) пациента. Солидная псевдопапиллярная опухоль (СППО) с преобладанием кистозного компонента выявлена в 8 (27,6%) клинических наблюдениях.

При панкреатических псевдокистах выполнены лапароскопические операции: наложение цистоеюноанастомоза с отключённой по Ру петлей (n-6), цистэктомия с дистальным (n-2) и продольным панкреатоеюноанастомозами (n-2), наружное дренирование полости кисты (n-2).

Пациентам с истинными неопухольевыми кистами проведены 9 лапароскопических вмешательств: экстирпация кистозных образований (n-5), энуклеация кист (n-2), фенестрация эхинококковой кисты (n-1) и дистальная резекция ПЖ с сохранением селезёнки (n-1).

Детям с СППО ПЖ выполнены: энуклеация опухоли (n-2), дистальная резекция ПЖ с сохранением селезёнки (n-2), центральная резекция ПЖ с дистальным панкреатоеюноанастомозом (n-2) и панкреатогастроанастомозом (n-1).

Результаты: Конверсия отмечена в 2 (6,9%) случаях и была связана с большими размерами СППО в первом случае и с выраженным спаечным процессом в сальниковой сумке во втором. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 2 (6,9%) больных: панкреатический свищ – у одного ребенка и спаечная кишечная непроходимость – у другого. В отдаленные сроки после эхинококкэктомии сформировалась панкреатическая киста, что потребовало открытого наложения цистоеюноанастомоза с выключенной по Ру петлей.

Выводы. Лапароскопические операции являются эффективными и малотравматичными для лечения кистозных образований ПЖ у детей. Объем операции определяется этиологией кистозного образования, его размерами и локализацией в ПЖ, а также возрастом больных и наличием осложнений.

## **ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ С КИСТАМИ ХОЛЕДОХА**

*Ефременков А.М., Туманян Г.Т., Акопян М.К., Уткина Т.В., Антонов Д.В. (Москва)*

Кисты холедоха – редкие врожденные аномалии, характеризующиеся дилатацией желчных протоков и требующее оперативного лечения. В последние годы отмечается активное внедрение лапароскопических операций у детей с данной патологией.

Материалы и методы. С 2009 г. по 2018 г., на клинических базах кафедры детской хирургии РМАНПО проведено 63 ЛС операций по поводу кист холедоха. Возраст пациентов – от 2 месяцев до 17 лет. Девочек – 44 (69,8%), мальчиков – 19 (30,2%). Диагностический алгоритм включал УЗИ и магнитно-резонансную холангиографию (n-63; 100%), ретроградную холангиографию (n-12; 19%), интраоперационную холецистохолангиографию (n-4; 6,3%). Предварительная лапароскопическая холецистостомия потребовалась 5 пациентам с механической желтухой. Одному ребёнку выполнена чрескожная, чреспечёночная наружная холангиостомия.

Всем детям проведена радикальная операция удаления кисты холедоха с формированием: гепатоеюноанастомоза с отключённой по Ру кишкой (n-53; 84,1%) и гепатодуоденоанастомоза (n-10; 15,9%). Формирование R-петли производилось как в тотально лапароскопическом варианте (n-16; 25,4%), так и – лапароскопически-ассистированном, через расширенный окологупочный доступ (n-37; 58,7%).

Результаты. Интраоперационных осложнений и конверсий не было. В раннем послеоперационном периоде у 5 (7,9 %) пациентов возникли осложнения, связанные с непроходимостью отводящей петли межкишечного анастомоза, что потребовало минилапаротомии и реконструкции соустья (n-3; 4,8 %) и релапароскопии разделения спаек

(n-2; 3,2 %). Несостоятельность гепатикоеюноанастомоза установлена у 4 (6,3 %) пациентов, произведено повторное наложение анастомоза в ходе релапароскопии (n-2; 3,2 %) и лапаротомии (n-2; 3,2 %). Стеноз гепатикоеюноанастомоза возник у 2 (3,2 %), что потребовало его реконструкции из лапаротомного доступа.

Таким образом, лапароскопические вмешательства у детей с кистами холедоха эффективны и малотравматичны. Эффективность и отдалённые послеоперационные результаты наложения гепатикодуоденоанастомоза требуют дальнейшего изучения.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АТРЕЗИИ ТОНКОЙ КИШКИ**

*Железнов А.С., Плохарский Н.А., Ермолаева Н.С. (Нижний Новгород)*

Актуальность. В настоящее время в мире нет единой тактики анастомозирования при врожденной тонкокишечной непроходимости.

Материалы и методы: проанализировано 45 случаев врожденной тонкокишечной непроходимости за период с 2011 с 2017 год в НОДКБ. Из них у 26 детей (58%) была низкая кишечная непроходимость и 19 (44%) - высокая. Низкая кишечная непроходимость чаще была у мальчиков (69%), высокая – у девочек (63,2%).

Среди причин низкой кишечной непроходимости самой частой явилась еюнальная атрезия (26,9%), а среди высокой - атрезия двенадцатиперстной кишки (52,6%).

Результаты и обсуждение:

По срокам гестации, данным акушерского анамнеза, а так же основным послеоперационным показателям (самостоятельный стул и адаптация к энтеральной нагрузке) у пациентов с высокой и низкой непроходимостью статистически значимых различий не выявлено. При врожденной дуоденальной непроходимости основным видом соустья был дуодено-дуоденоанастомоз по Кимура (59%), анастомоз «бок–в-бок» (27%), дуоденотомия с иссечением мембраны проведена в 14%. При хирургической коррекции еюнальной атрезии основным видом был адаптированный энтероэнтероанастомоз по Denis-Brown (57%) однорядным непрерывным кишечным швом, при дистальной атрезии подвздошной кишки - илеоасцендоанастомоз «конец-в-бок» (24,6%), при множественной атрезии (2,2%) и дисконгруэнтности сегментов более 4:1 (11,8%) использовали соустье по Bishop-Кооп. В 4,4 % случаев был использован «пликационный» анастомоз deLorimier-Harrison, выполненный однорядным швом. Экспериментально доказана идентичность степени стенозирования, гидродинамических и морфологических показателей у анастомозов deLorimier-Harrison и «конец -в -конец».

Осложнениями были задержка функции анастомоза (3 больных с еюнальной атрезией и 1 - с дуоденальной), несостоятельность анастомоза и спаечно – обтурационная непроходимость (2 пациента с еюнальной атрезией). Летальность составила 10,9%.

Выводы и рекомендации: Для каждого вида врожденной патологии кишечника существует наиболее эффективный способ хирургической коррекции. Осложнений, связанных с нарушением целостности анастомоза в послеоперационное время минимально, основная проблема лежит

в плоскости задержки функции анастомозов за счет гипомоторики приводящего сегмента, что создает угрозу длительной энтеральной недостаточности у ребенка.

## **ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ НА БАЗЕ РАЙОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

*Жиронкина В.К., Петров А.В., Армашов В.П., Мирошников Д.А., Лаврик Ю.Г., Шапоренко А.Г. (Москва)*

Актуальность: Лапароскопическая герниорафия становится все более востребованным методом лечения паховых грыж у детей. Преимущества лапароскопического доступа состоят в возможности выявления изменений с контрлатеральной стороны и оценке интактности семенного канатика. Несмотря на это, до настоящего времени ведутся серьезные споры относительно отдаленных результатов проводимого подобным способом оперативного лечения. Целью данной работы явилась оценка собственного опыта лечения паховых грыж у детей традиционным и миниинвазивным методами на базе районной клинической больницы. Материал и методы: С мая 2018 года по май 2019 года в условиях ГБУЗ МО «Видновская районная клиническая больница» было пролечено 50 детей с паховыми грыжами. Все пациенты были оперированы в плановом порядке в условиях общей комбинированной анестезии. Использовался набор стандартных эндохирургических инструментов диаметром 5 мм. Ретроспективное исследование включало сбор данных о распределении по полу и возрасту, стороне выполнения вмешательства, методе хирургической коррекции, длительности выполнения операции, наличии осложнений и рецидивов.

Результаты: У 50 детей было выполнено 52 операции, 33 мальчика и 17 девочек, средних возраст пациентов составил 4 года и 6 месяцев. Из них у 28 (56,0%) имелась правосторонняя паховая грыжа, 20 (40,0%) – левосторонняя, у 2 (4,0%) – двухсторонние грыжи. В 17 случаях вмешательство было выполнено лапароскопическим способом, в 35 – открытым. Среднее время выполнения лапароскопической герниорафии составило  $26,4 \pm 12,0$  минуты, а традиционной открытой операции –  $31,5 \pm 16,6$  минуты ( $P < 0,01$ ). Средний койко-день после лапароскопического лечения составил  $4,7 \pm 1,2$ , а после открытого вмешательства –  $4,9 \pm 1,5$ . Ни в одном случае в ближайшем послеоперационном периоде осложнений выявлено не было. Что касается рецидивов, то он был выявлен в отдаленном периоде после открытой герниорафии в 1 случае (3,0%).

Заключение: Лапароскопическая герниорафия при сравнении с традиционным методом лечения обладает преимуществами по таким критериям, как время затрачиваемое на выполнение операции и количество рецидивов, что позволяет считать данное вмешательство методом выбора при лечении паховых грыж у детей.

## **СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИГАНТСКОЙ ЮВЕНИЛЬНОЙ КСАНТОГРАНУЛЕМЫ У РЕБЕНКА 5 МЕСЯЦЕВ**

*Жиронкина В.К., Петров А.В., Армашов В.П., Устинов Ф.С., Елисеева М.Е., Павленко В.В. (Москва)*

Введение. Ювенильная ксантогранулёма (ЮКГ) относится к группе нелангергансоклеточных гистиоцитозов (НЛКГ) - гистиоцитоз класса II, это обширная группа родственных



заболеваний, характеризующихся пролиферацией гистиоцитов отличных от клеток Лангерганса. Патогенез НЛКГ неизвестен. Большинство его форм считаются реактивными заболеваниями без клинических признаков злокачественного перерождения, но некоторые формы, как при гистиоцитозе класса I, могут быть инвазивными. В 80% случаев ЮКГ проявляется на первом году жизни, имеет доброкачественное течение с самопроизвольным разрешением в течение нескольких лет.

Описание клинического случая. Девочка Я., 5 месяцев. Из анамнеза известно, что образование выявлено в один месяц во время прохождения профилактического осмотра. Ребенок наблюдался у хирурга по месту жительства с диагнозом гемангиома передней брюшной стенки. В январе 2019 года родители ребенка обратилась в клинко-диагностический центр с жалобами на интенсивный рост образования в течение последнего месяца. При осмотре в правом мезогастррии визуализировалось опухолевидное образование овальной формы, розоватого цвета, с гладкой блестящей поверхностью, размерами 2,0 на 1,5 на 1,0 см, расположенное преимущественно на коже. Капиллярная реакция отрицательная. По данным УЗИ образование аваскулярное, локализуется подкожно. Так как клиническая картина не соответствовала диагнозу, ребенок был направлен на консультацию к онкологу. Дифференциальная диагностика проводилась между гемангиомой и дерматофибросаркомой. Онкологом рекомендовано удаление образования с последующим морфологическим исследованием. Интраоперационно образование мягко-эластичной консистенции, неинкапсулированное, располагалось не глубже подкожно-жировой клетчатки, поверхностную фасцию не прорастало. Выполнено иссечение в пределах неизмененных тканей отступая на 0,5 см от краев. По результатам гистологического исследования образование состояло из густого лимфоидного инфильтрата, с множеством гигантских многоядерных клеток (по типу клеток Тугона) без признаков митотической активности. Для более достоверной верификации также было проведено иммуногистохимическое исследование. Образование соответствовало ювенильной ксантогрануле.

Заключение. Диагностировать узловатую форму ЮКГ порой достаточно сложно, так как необходимо проводить дифференциальную диагностику с множеством новообразований кожи и подкожно-жировой клетчатки. Постановке правильного диагноза способствует привлечение врачей смежных специальностей.

## **АНТИГИПОКСАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ**

*Завьялкин В.А., Варламов А.В., Бородин Р.В. (Самара)*

Несмотря на внедрение современных антибактериальных препаратов, усовершенствование методик хирургических вмешательств, лечение детей с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями заболеваний органов брюшной полости является одной из актуальных проблем в хирургии

Целью исследования является изучение результатов лечения распространенного гнойного перитонита у детей в инфузионной терапии которых включено использование комбинированных препаратов: антигипоксанта Реамберина и Ремаксола.

Были изучены результаты лечения 327 детей с распространенным гнойным перитонитом различной этиологии находившихся на лечении в детских хирургических отделениях г.Самары с 2001 по 2018 год.

Исследование комплекса интим-медиа вывило, что у пациентов, перенесших распространенный гнойный перитонит в дальнейшем развиваются признаки эндотелиальной дисфункции (значительное статистически достоверное утолщение комплекса Интим-Медиа по сравнению с возрастными нормами). А соответственно у них значительно выше риск развития в последующем сосудистой патологии.

Изучение сравнимых показателей основной и контрольной групп обнаружили более быстрое снижение симптомов интоксикации, таких, как лейкоцитоз, лейкоцитарной индекс интоксикации; исчезновение симптомов энтеральной недостаточности, более быстрое восстановление белковой синтетической функции печени уменьшение цитолитического и мезенхимально воспалительного синдрома у пациентов в терапии которых применялись антигипоксантаы.

Анализ толщины комплекса интим-медиа у детей основной группы выявило его практически полное восстановление до возрастной нормы по сравнению с пациентами контрольной группы.

Таким образом, внедрение комбинированных препаратов: антигипоксанта Реамберина и гепатопротектора Ремаксол, в терапию позволяет добиться лучших результатов лечения распространенных перитонитов различного генеза.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ ПРИ 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)*

Гидронефроз в детском возрасте остаётся одним из самых частых заболеваний хирургического профиля, являющийся причиной нарушения функции почек. Современные эндовидеохирургические методы лечения гидронефроза у детей приобретают все больше сторонников. Наибольшее распространение, в настоящее время, получил трансперитонеальный доступ, однако нет существенных объективных критериев при выборе оптимального доступа.

К примеру, ретроперитонеоскопический доступ может предложить хирургу ряд преимуществ, отсутствие необходимости мобилизации кишечника или вскрытия брыжейки кишки, прямой доступ к задней поверхности почки или оптимальную визуализацию пиелоуретерального сегмента при ротации почки. Предыдущие операции на органах брюшной полости или наличие перитонеального шунта, подвигают к выбору трансперитонеального доступа.

Методы: С 2008г. по 2019 г. в отделение урологии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова по поводу гидронефроза выполнено 427 эндоскопических операций у 433 детей (124 девочек, 309 мальчик) в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, Трансперитонеальный доступ использовался у 396 детей, а ретроперитонеальный доступ у 37детей.

Трансперитонеальный доступ и Ретроперитонеальный доступ начинался в положении больного на боку, путем искусственного формирования паранефрального рабочего пространства. После установки трех троакаров, мобилизовывался пиелоуретеральный сегмент и выполнялась частичная резекция лоханки с продольным рассечением мочеточника (принцип Anderson - Hynes). Пиелоуретеральный анастомоз накладывался с помощью непрерывного шва. Дренирование осуществлялось путем антеградной или ретроградной установки JJ - стента. Контрольное УЗИ проводилось на 2 и 5 сутки после операции.

Результаты: Дальнейшее наблюдение за детьми осуществлялось на уровне амбулаторного урологического центра. Кратность обследования составила 1-3-6-12 месяцев. При УЗИ у всех детей отмечено сокращение размеров ЧЛС, при доплерографической оценке внутривисцерального кровотока признаков его ухудшения не зарегистрировано, сохранность почечной функции подтверждена и данными радиоизотопной ренографии. Результаты обследования демонстрируют адекватный пассаж мочи через пиелоуретеральный сегмент и могут быть расценены как хорошие.

Заключение: При сравнительной оценки эффективности ретроперитонеального и трансперитонеального доступа при гидронефрозе у детей, можно сделать вывод о сопоставимости методов в результатах лечения.

## **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ У ДЕТЕЙ**

*Зоркин С.Н., Шахновский Д.С. (Москва)*

Актуальность. Сегодня во всем мире предпочтение при лечении гидронефроза у детей отдается минимально инвазивным методикам. Эффективность эндоскопической баллонной дилатации была доказана при краткосрочном наблюдении. Целью нашего исследования было оценить долгосрочную эффективность этой операции для лечения детей с гидронефрозом.

Материалы и методы. С 2015 по 2017 год 83 детям (56 мальчиков и 27 девочек) в возрасте от 2 месяцев до 7 лет (средний возраст 10 месяцев) была проведена эндоскопическая баллонная дилатация высокого давления. В исследование были включены пациенты с односторонним гидронефрозом. Мы использовали полужесткие баллоны диаметром 4 мм. Результаты оценивались с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) и МАГ-3 ренограммы через 6 месяцев. Положительным результатом мы считалось уменьшение переднезаднего диаметра лоханки и улучшение пассажа мочи по данным ренограммы.

Результаты. Медиана продолжительности операции составила 28 минут (диапазон 22-38). Интраоперационных осложнений не отмечалось. Через 6 месяцев наблюдения у 61 из 83 пациентов (73,5%) отмечена необструктивная кривая и увеличение удельной функции почки на ренограмме. Также отмечалось уменьшение диаметра лоханки по данным УЗИ. Эффект сохранялся в течение первого года наблюдения. Медиана наблюдения составила 1 год 8

месяцев (от 1 года 2 месяцев до 2 лет 3 месяцев). Диаметр лоханки через 6 месяцев после операции (медиана 8 мм, диапазон 3 мм-35 мм) был значительно ниже, чем до операции (медиана 24 мм, диапазон 14 мм-36 мм.,  $p < 0,0001$ ). Индекс выведения на ренограмме через 6 месяцев после операции (в среднем 60%, диапазон 16-88%) показал значительное увеличение по сравнению с дооперационными показателями (в среднем 39%, диапазон 14% -71%, значение  $p < 0,0001$ ). Также мы наблюдали значительное увеличение удельной функции почки через 6 месяцев после операции (медиана 46%, диапазон 29% -56%, значение  $p < 0,0001$ ).

**Выводы.** Результаты этого исследования подтверждают, что эндоскопическая баллонная дилатация высокого давления является безопасной техникой лечения гидронефроза у детей. Отмечается устойчивый долгосрочный результат без существенных осложнений. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы доказать устойчивость положительного результата в течение более длительного периода времени.

## **ЭХИНОКОКК ПЕЧЕНИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ: ДОСТУП И МЕТОДЫ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ**

*Ибодов Х., Мирзоев Д.С., Давлатов С.Б., Рофиев Р. (Таджикистан, Душанбе)*

**Цель исследования.** Выбор оптимальных вариантов хирургического доступа и способов ликвидации остаточной полости (ЛОП) при эхинококкэктомии печени поддиафрагмальной локализации у детей.

**Материал и методы.** Работа основана на результатах комплексного исследования и лечения 122 больных детей эхинококкозом печени поддиафрагмальной локализации (ЭППЛ). Возрастной диапазон от 2 до 16 лет. Одиночные ЭК у 70 (57,4%), множественные у 32 (26,2%) и сочетанные поражения легкого и печени наблюдались у 20 (16,4%) детей. Малые ЭК – 23 (14,5%), средние – 57 (36,1%), большие и гигантские ЭК – 78 (49,4%). Последовательность методов диагностики: ультразвуковое сканирование, обзорная рентгенография органов грудной полости в двух проекциях, по показаниям, радиоизотопное сканирование, КТ, ангиография и лапароскопия.

**Результаты исследования.** Среди детей с ЭППЛ в 85,5% случаев наблюдались средние, большие и гигантские ЭК, только в 14,5% случаев отмечался малый объем ЭК. Нами были использованы три доступа: торакофреникальный - 12; полная поперечная лапаротомия – 16; полная поперечная лапаротомия с продолжением разреза по VIII или IX межреберью внеплеврально до средней подмышечной линии -94. Применялись 6 способов ЛОП: по Дельбе (12); по Н.Ф. Березкину (15); в виде рулета и пломбировкой ОП дубликатурой большого сальника на сосудистой ножке по А.Т Пулатову (18); ЛОП пломбировкой лоскутом диафрагмы ко дну ОП печени (10); уменьшение объема глубокой полости инвагинацией ФК (12). ЛОП у 12 (9,8%) из 122 больных сочеталась с дренированием под-диафрагмального пространства трубками с активной аспирацией ОП (4). Для ЛОП центрально расположенных средних, больших и гигантских ЭК печени с поддиафрагмальной локализацией нами

применялся метод ЛОП ЭК выкроенными лоскутами из ФК кисты. Для свободного подшивания лоскутов ФК ко дну ОП и ликвидации их полувогнутой поверхности. После удаления центрально расположенных средних, больших и гигантских ЭК за счет снижения давления и напряжения в стенке ОП, дно стенки ПФК на глубине 2-3 см поверхности смыкается. Сомкнувшиеся поверхности стенки дна ПФК с целью профилактики накопления патологической жидкости или образования ОП ушиваются между собой узловыми швами. Оставшаяся ОП глубиной от 5 до 10 см ликвидируется узловыми швами образованных лоскутов ФК, сначала к стенке и потом ко дну ПФК и в последующем друг на друга. После ЛОП по вышеуказанному способу в ближайшем послеоперационном периоде осложнения не наблюдались.

## **ГИПЕРВОЛЕМИЧЕСКАЯ ГЕМОДИЛЮЦИЯ И ГИПЕРОКСИЧЕСКАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫМИ ЭХИНОКОККОВЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ**

*Ибодов Х., Мирзоев Д.С., Икромов Т.Ш., Давлатов С.Б., Рофиев Р.Р. (Таджикистан, Душанбе)*

Цель исследования. Изучить эффективность применения умеренно-гиперволемической гемодилюции (УГГ) в сочетании с гипероксической вентиляцией легких (ГВЛ) при эхинококкэктомии печени поддиафрагмальной локализации.

Материал и методы исследования. Управляемая умеренно-гиперволемическая гемодилюция в сочетании с гипероксической вентиляцией легких осуществлена у 70 детям в возрасте от 3 до 15 лет. Эхинококковые кисты объемом были: средние (22), большие (33) и гигантские (15). Кисты локализовались в VII (28), VIII (32) и II (12) сегментах печени. У 14 детей кисты были множественные с локализацией в IV (12) и (по 2 кисты) в VI, V и III сегментах печени.

Результаты исследования. УГГ осуществлялась внутривенным введением плазмозамещающих и белковых растворов. За 40-50 мин. до начала операции осуществлялась ГВЛ 50% чистым кислородом через кислородную палатку и УГГ внутривенным струйным введением гемодилютантов (нативная концентрированная плазма, реосорбилакт или сорбилакт из расчета 12 мл/кг массы тела ребенка), предварительно восполняя существующую гиповолемию в процессе предоперационной подготовки. После УГГ и ГВЛ концентрация гемоглобина в периферической крови, по сравнению с исходным уровнем, снижалась в среднем на  $18,4 \pm 3,2\%$ , показатели гематокрита - на  $19,5 \pm 1,9\%$ , периферическое сопротивление сосудов - на  $13,5 \pm 2,6\%$ , вязкость крови - на  $7,8 \pm 1,1\%$ . Содержание эритроцитов почти не изменилось (исходные эритроциты -  $3,8 \pm 0,6 \times 10^{12}/л$  и после УГГ -  $3,6 \pm 0,8 \times 10^{12}/л$ ). Отмечалось увеличение ударного (на  $14,7 \pm 1,9\%$ ) и минутного (на  $12,3 \pm 1,4\%$ ) объемов сердца, печеночного (на  $8,5 \pm 1,0\%$ ) и почечного (на  $8,4 \pm 2,2\%$ ) кровотока и минутного диуреза (на  $18,6 \pm 2,1\%$ ).  $PO_2$  было  $185 \pm 7,3$  мм рт. ст.,  $PCO_2$  -  $30,6 \pm 2,3\%$  мм рт.ст., Sat.  $O_2$  -  $98,5 \pm 0,78\%$ . Темп УГГ в интраоперационном периоде регулировался контролем величины гематокрита в пределах 30-33%. ГВЛ в условиях искусственной вентиляции легких



осуществлялась высокочастотным способом. PO<sub>2</sub> крови поддерживалось на уровне не менее 140 мм рт.ст.

Заключение. При УГГ и ГВЛ кислородная емкость крови остается вполне достаточной, а ее реологические свойства значительно улучшаются. Уменьшается истинная кровопотеря за счет потери разведенной крови с сохранением глобулярного компонента. Снижено послеоперационное транс-фузионное осложнение до минимума.

## **РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛЁГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПОДРОСТКА, ВЫЗВАННОЕ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ СОСУДОВ ЛЁГКОГО**

*Иванов Г.В., Табанакова И.А., Зверев О.Г., Ти А.Д., Кондрашов И.А., Иванова А.А. (Санкт-Петербург)*

Легочные кровотечения и кровохарканье - редкие симптомы в детском возрасте. В данной статье представлен случай кровотечения из артериовенозной мальформации (AVM) сосудов лёгкого у подростка. Подобные кровотечения практически не встречаются у детей.

Клинический случай:

Юноша, 16 лет был доставлен в ДГКБ №5 им. Н.Ф. Филатова в удовлетворительном состоянии с жалобами на кратковременный эпизод кашля с прожилками крови в мокроте. Рентгенограмма органов грудной клетки и осмотр ЛОР-врачом не выявили возможный источник кровотечения. Пациент был госпитализирован для дообследования. Во время диагностических фиброларингоскопии, фибробронхоскопии и эзофагогастродуоденоскопии-источник или признаки состоявшегося кровотечения не выявлены. Было выполнено КТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, на котором выявлены интерстициальные изменения S5,S8,S9,S10 правого лёгкого по типу «матового стекла» и заподозрена сложная аномалия сосудов правого лёгкого - AVM. На 3и сутки госпитализации у пациента возникло массивное легочное кровотечение. Была выполнена бронхоскопия по экстренным показаниям на которой выявлен источник кровотечения — мелкий возвышающийся эрозированный участок слизистой базального бронха справа дистальнее отхождения S7, из которого выделялась пульсирующая струя крови. Во время бронхоскопии в базальный бронх были установлены 2 губчатых бронхообтуратора и кровотечение остановлено. После достижения гемостаза пациент был переведён в НИИ Фтизиопульмонологии, где выполнена ангиопульмонография и выявлена мальформация источником которой являлась извитая абберантная межрёберная ветвь с массивным «диапедезным» сбросом крови в систему легочной артерии. Во время ангиопульмонографии выполнена эмболизация эмбосферами 700-900мкм, кровотечение остановлено. Нахождение губчатых бронхообтураторов не привело к развитию ателектаза. Пациент выписан с выздоровлением и за прошедший год эпизодов кровохарканья не повторялось.

Выводы:

- 1) Примесь любого количества крови в отделяемой мокроте у ребёнка является показанием к госпитализации.
- 2) Малоинвазивные (эндоскопические и рентген-эндоваскулярные) методики

гемостаза могут быть эффективными в лечении детей с лёгочными кровотечениями.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ КОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ РУБЦОВ ПЛАСТЫРЕМ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ**

*Ивченко А.А., Минаев С.В., Герасименко И.Н., Быков Н.И., Обедин А.Н., Ивченко Г.С., Ракутина Е.Н., Шамадаев Э.З., Зеленская М.В., Погасян А.А. (Ставрополь)*

Рубец – это «след от зажившей раны». Лечение и профилактика рубцов многообразна. В лечении гипертрофических и келоидных рубцов используется компрессионная терапия. Длительность применения компрессионной терапии у каждого пациента индивидуальна. В настоящее время начал использоваться пластырь пролонгированного действия Контрактубекс, имеющий двуслойную структуру, дающую возможность высвободиться активным ингредиентам, создавая эффект давления и окклюзии, предотвращая потерю влаги.

Цель исследования: сравнение эффективности различных методик компрессии пластырем пролонгированного действия на послеоперационные рубцы.

Материал и методы. В исследовании были включены 21 пациент в возрасте  $3,6 \pm 1,7$  лет, имевших рубцы после оперативных вмешательств по поводу удаления образований кожных покровов. Мальчиков было 8, девочек - 13. Больные были разделены на две группы: группа №1 (11 пациентов) с продольным наложением пластыря пролонгированного действия Контрактубекс по общепринятой методике; группа №2 (10 пациентов) - поперечное наложение пластыря на послеоперационный рубец (по авторской методике). Длительность использования пластыря в обеих группах составила 3 месяца. Динамическое наблюдение проводили на 10, 30 и 90-е сутки исследования. Проводили осмотр и фотографическую фиксацию состояния рубца при каждом осмотре с его оценкой по Ванкуверской шкале.

Результаты. На 10-е сутки послеоперационного периода во время первой оценки все рубцы по всем исследуемым показателям имели нулевую оценку. На 30 и 90-е сутки отмечалось менее выраженное изменение со стороны рубца в группе №1. У 20 (95,5%) пациентов отмечали хорошую комплаентность. К 90-м суткам после оперативного вмешательства ширина рубца в группе №1 была достоверно больше, чем в группе №2, составляя  $2,5 \pm 0,15$  и  $2,0 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Таким образом, эффективность предложенной методики поперечного наложения пролонгированного пластыря Контрактубекс после оперативных вмешательств подтверждалась хорошим косметическим и функциональным результатом формирования рубца.

## **АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

*Изосимов А.Н., Шакиров В.В., Изосимов А.А. (Ттти)*

Актуальность: инвагинация кишечника (ИК) является самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей, особенно часто встречается в возрасте от 4 до 9 месяцев (85 – 90% случаев), а проблемы её диагностики и лечения до сегодняшнего дня до конца не решены.

Материал и методы

В своей практике, наряду с УЗИ, мы применяем автоматизированный метод диагностики и лечения ИК с помощью электронной системы «АЭСДИ-ОМП». Прибор предназначен для безлучевой автоматизированной диагностики и консервативного лечения ИК у детей. На основании изменений показателей ВКД делается заключение о наличии, или отсутствии инвагинации, или ее расправлении, что является руководством в дальнейшей тактике ведения пациента. Расчетный объем воздуха вводится в просвет кишечника автоматически. Постепенно повышая ВКД, визуально отслеживают изменение его параметров на дисплее прибора. Когда воздух встретит препятствие, в виде головки инвагината, ВКД достигает 80-90 мм рт. ст., что подтверждает наличие инвагинации. Диагностическая манипуляция переходит в лечебную. При дальнейшем нагнетании воздуха происходит расправление инвагината, что сопровождается падением ВКД. Расправление инвагината наступает, как правило, при ВКД 80-90 мм рт.ст. Если ВКД не снижается - инвагинация кишечника сохраняется, ставят показание к оперативному вмешательству. Для диагностики инвагинации кишечника прибор «АЭСДИ-ОМП» применялся у 43 пациентов. Положительный эффект консервативной дезинвагинации составил 98-99%.

#### Результаты и обсуждение

У наших пациентов лучевые методы диагностики не применялись. У всех больных удалась консервативная дезинвагинация. Осложнений и ошибок не отмечено. У 1 пациента – оперативное лечение.

#### Выводы и рекомендации

1. прибор «АЭСДИ-ОМП» позволяет без лучевой нагрузки на пациента и медицинский персонал, осуществить диагностику, а также произвести расправление инвагинации без хирургического лечения;
2. автоматизация исследования создает удобство для манипуляций, позволяет записывать результаты исследования на электронные носители;
4. прибор не заменим для ранней диагностики и лечения кишечной инвагинации, в т.ч. в труднодоступных, отдаленных от областных центров районах, а также при возникновении ЧС.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.**

*Индрикова С.Б., Смирнова А.Р., Смирнов В.А., Молов А.Р. (Нальчик)*

Цель работы. Изучить эффективность методов обследования и лечения детей с осложненными формами деструктивного аппендицита. Материалы и методы. Проведен анализ лечения 76 детей в возрасте от 2 до 17 лет, находившихся на лечении в отделении хирургии ГБУЗ РДКБ Минздрава КБР с 2014 по 2018 годы. Среди них было 43 девочки и 33 мальчика. Все пациенты имели деструктивные формы аппендицита с перитонитом. Более 90 % детей поступили - в сроки до 2-3 суток. Причины поздней госпитализации - позднее обращение родителей, в 9 случаях дети были переведены из стационаров других ЛПУ.

Обследование детей проводилось с обязательными: , ультразвуковым исследованием брюшной полости, биохимическим анализом крови, коагулограммой. Все дети до операции получили предоперационную подготовку от 2 до 6 часов, в зависимости от степени токсикоза. Тактика оперативного вмешательства определялась результатами обследования и тяжестью состояния ребенка. Результаты. 57 детям было произведено лапароскопическое вмешательство, в ходе которого проводилась санация брюшной полости, аппендэктомия, дренирование брюшной полости. В 2-х случаях не удалось произвести аппендэктомию в связи с выраженными инфильтративными изменениями в илео-цекальном углу. Остальные 17 детей были оперированы открыто: разрез в правой подвздошной области, санация межкишечных гнойников, свободной брюшной полости, дренирование брюшной полости широкими трубками или перчаточной резиной в обеих подвздошных областях. Промывание брюшной полости не проводилось. В послеоперационном периоде все дети получали лечение в реанимационном отделении. Всем детям проводилось эпидуральное обезболивание 1% р-ром наропина. Необходимо отметить, что при введении 1% р-ра наропина в эпидуральное пространство при открытых и лапароскопических операциях отмечали быстрое восстановление перистальтики кишечника- на 2е -3и сутки. Дети, оперированные лапароскопическим методом не поступали в стационар с подозрением на спаечную непроходимость кишечника. Выводы. Использование лапароскопического метода санации брюшной полости при перитоните является высокоэффективным методом лечения осложненных форм острого аппендицита у детей. Использование эпидурального обезболивания в послеоперационном периоде значительно снижает болевой синдром, позволяет ускорить выздоровление больного и эффективно снижает послеоперационные осложнения в виде ранней и поздней спаечной кишечной непроходимости.

## **САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ**

*Ионичева Е.В., Акмоллаев Д.С., Васильев О.В. (Симферополь)*

Актуальность. Купирование и стойкая ремиссия инфекционных осложнений пузырно-мочеточникового рефлюкса является основой терапии данной патологии.

Цель. Проведение сравнительной оценки двух групп детей, которые получали санаторно-курортное и амбулаторное лечение при пузырно-мочеточниковом рефлюксе.

Материалы и методы. В течение 5 лет в хирургическом отделении ГБУЗ РК Республиканская детская клиническая больница г.Симферополя выполнена эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у 86 детей. II степень пузырно-мочеточникового рефлюкса была у 48 детей (55%), III степень – 33 ребенка (38%), IV степень – 5 детей (7%).

Результаты и обсуждение. Дети разделены на 2 группы. Первая группа детей, 52 ребенка (60%), получала амбулаторное лечение в объеме фитотерапия, физиотерапия, режим мочеиспусканий. Вторая группа, 34 ребенка (40%) получала санаторно-курортное лечение в санатории «Морской» г.Евпатория, где выполнялась терапия, направленная на улучшение трофики мочевого пузыря (импульс-терапия, теплые ванны, рефлексогенный массаж, лечебная гимнастика, водолечение). Распределение степеней пузырно-мочеточникового

рефлюкса по двум группам пациентов было идентичным. Детям обеих групп выполнялись общий анализ мочи 1 раз в две недели в течение одного года после эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса. В первой группе детей в течение одного года отмечалось в среднем по 1-2 эпизода обострения вторичного пиелонефрита, бессимптомная лейкоцитурия. Во второй группе обострений, инфекций мочевыделительной системы не наблюдалось.

Выводы и рекомендации. Лечение детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом в санаторно-курортных условиях является эффективной профилактикой обострений вторичной инфекции мочевыделительной системы после эндоскопической коррекции патологии.

## **СПЕКТР ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА И АТРЕЗИЙ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ**

*Ионов А.Л., Сулавко Я.П., Пичугина М.В. (Москва)*

Актуальность. До настоящего времени вопросы хирургического лечения болезни Гиршпрунга и НИД, а также вариантов атрезий ануса и прямой кишки остаются актуальным. Объясняется этот факт сложностью оперативных вмешательств и наличием ряда послеоперационных осложнений.

Цель: дать характеристику осложнениям, возникающим после различных видов хирургического лечения данной патологии.

Материалы и методы.Аналізу подвергнуты осложненные результаты лечения детей с болезнью Гиршпрунга, НИД, атрезией ануса и прямой кишки, полученные в клиниках РФ и поступившие в отделение хирургической колопроктологии РДКБ и собственные осложнения после аналогичных операций. За период с 2013 по 2018 год проанализировано: 30 случаев хирургического лечения болезни Гиршпрунга и НИД с осложненным исходом, 128 осложнений после операций по поводу атрезий ануса и прямой кишки.

Результаты.Анализируя технические аспекты операций при болезни Гиршпрунга и НИД, надо сказать, что все они сопряжены с наложением кишечного анастомоза в полости малого таза, то есть угрожаемы в плане развития его несостоятельности. Исключение составляет операция Соаве, которая не подразумевает наложение подобного анастомоза в ходе выполнения первичного вмешательства. Наиболее тяжелыми следует признать осложнения, связанные с несостоятельностью колоректального анастомоза и ишемией низведенной кишки с формированием различных свищей (4) и протяженным стенозом (7 случаев). У 13 – выявлена остаточная зона, 6 – оперированы в связи с наличием деформации низведенной толстой кишки. Оперативное вмешательство с использованием лапароскопической техники не исключает выше указанных осложнений. Осложнения после хирургического лечения атрезии ануса и прямой кишки: избыточная слизистая низведенной кишки (42), стеноз ануса (36), рубцовое перерождение наружного сфинктера (29), внесфинктерное низведение (5), рецидив свища (16).

Выводы.Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга и НИД характеризуется проведением сложных первичных операций и возможным развитием тяжелых осложнений, требующих



повторных операций. Осложнения, возникающие после хирургического лечения атрезии ануса и прямой кишки, в подавляющем большинстве не являются тяжелыми в своем клиническом проявлении и коррекция относительно не сложна. Гораздо реже, чем при болезни Гиршпрунга возникает ретракция низведенной кишки и значимый протяженный некроз или стеноз низведенной кишки. Наиболее серьезным осложнением в этой группе больных является рецидив ректоуретрального свища.

## **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ ВИДАМИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

*Исламов С.А., Афанасьева Н.В., Псянчин Т.С. Юнусов Д.И. (Уфа)*

У детей течение и прогноз тяжелой сочетанной травмы определяются тяжестью повреждений, возрастом пациента и качеством медицинской помощи на этапах лечения. Выбор адекватного тактического решения определяет не только объем и очередность лечебных и диагностических мероприятий но и уменьшает сроки лечения ребенка, и предупреждает осложнения в позднем периоде.

Целью настоящей работы является прогнозирование исхода и лечение сочетанной травмы у детей и непрерывное наблюдение за пострадавшими с сочетанной травмой.

Материал и методы исследования: Изучен клинический материал с 2010 по 2018 годы. В разработку включены 216 детей с сочетанной травмой. Среди исследуемых детей преобладали дети старше 7 лет – 159 (73,61 %), от трех до 7 лет – 46 (21,3%). Мальчиков было 137 (63,43 %), девочек 79 (36,57%). По видам травматизма преобладал транспортный – у 164 (75,93%) детей, бытовые травмы у 23 (10,65 %), уличные – у 24 (11,11%), к прочим отнесены повреждения у 5 (2,31%) подростков. Большинство детей 183 (84,72%) доставлено в стационар в течение первого часа после травмы, до 3 часов – 26 (12,04%), позже 3 часов лишь 7 (3,24%). По механизму травмы – это высокоэнергетические воздействия в результате кататравм (37,4%) и ДТП (62,6%).

Результаты: Сочетание повреждения у детей имеет однотипность в зависимости вида травмы и момента полученной травмы. Хорошие результаты достигнуты у всех прооперированных детей с сочетанной травмой. Произведены восстановление анатомических взаимоотношений в сегментах конечностей, реабилитационные мероприятия и предупреждения ранних и поздних осложнений.

Обсуждения: У пострадавших детей особенностью политравмы является сочетание различных по тяжести и локализации повреждений опорно-двигательной системы. Применена реабилитационная карта пострадавших с различными видами травматических воздействий на этапах оказания медицинской помощи, позволяющая предвидеть и предупредить все возможные ранние и поздние осложнения.

Выводы:

1. Полное анатомическое восстановление в пораженных сегментах у детей с сочетанной травмой способствует проведению ранней медицинской, психологической реабилитации, способствует ускорению репаративного процесса.
2. Оценка и наблюдение состояния пострадавшего ребенка с использованием карты наблюдения в динамике позволяет выявить предполагаемые, скрытые повреждения при различных механизмах получения травмы, что позволяет уменьшить количество неблагоприятных исходов.

## **СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГИБЕЛИ И ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ КАТАТРАВМЫ**

*Исламов С.А., Латыпова Г.Г., Псянчин Т.С., Юнусов Д.И., Сатаев В.У., Шангареева Р.Х.  
(Уфа)*

Падение с высоты как причина смертности и инвалидности детей по данным литературы является очень актуальной и до сих пор не решенной проблемой в России. Особое место в причинах падений с высоты занимают суицидальные попытки детей и подростков, имеется тенденция к росту суицидальных попыток у детей на территории России. В 2014 году зарегистрировано около 400 суицидальных попыток; в 2015 – уже 504; в 2016 – 720 самоубийств среди детей.

Цель работы: изучить причины падения детей с высоты, выявить характер повреждений в результате полученной травмы, летальность в зависимости от высоты падения.

Материал и методы исследования: данные, предоставленные Госкомитетом по ЧС РБ за 2016-2018 г, истории болезни детей, поступившие по поводу травм вследствие падений с высоты в РДКБ (г. Уфа). Всего зафиксировано 20 падений с высоты детей в возрасте от 2 до 17 лет. Из них пострадавших детей было 12, погибших в результате падений с высоты 8. Причиной гибели детей вследствие суицидальной попытки выявлено у 5 детей в возрасте 14-17 лет. 3 ребенка в возрасте от 2 до 5 лет выпали с окна в результате несчастного случая. Выявлено, что суицидальные попытки вызваны следующими причинами: отсутствие доверительных отношений и разногласия с родителями, проблемы с учебой в школе, сложность общения со сверстниками, материальные проблемы и компьютерные игры агрессивного характера в интернете. Несчастные случаи падения детей в возрасте от 2 до 5 лет вызваны в результате ненадлежащего контроля со стороны родителей.

Результаты и обсуждения: смертность в результате падения с высоты среди детей по сравнению с взрослым населением значительно ниже, но остается на высоком уровне и имеет тенденцию к росту. Тяжесть механической травмы в результате кататравмы, выживаемость напрямую зависят от высоты падения, и плотности поверхности при ударе и положения тела при падении. Всем поступившим детям проведены реконструктивные оперативные. Хорошие

результаты достигнуты у всех прооперированных детей. Проведены реабилитационные мероприятия, консультации и лечение детского психолога и психотерапевта.

Выводы:

1. Количество падений с высоты и смертность в результате кататравм имеет за 2016-2018 г остаётся на высоком уровне и имеет тенденцию к росту.
2. Необходимо разработать социальную программу, позволяющую предотвратить суицидальные попытки среди подростков, усилить контроль и блокирование сайтов, влияющие на поведение и психику подростков.

## **МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА**

*Израелян Р.Э., Бойко А.В. (Барнаул)*

Актуальность: болезнь Гиршпрунга является врожденной патологией толстой кишки, встречающейся, как у детей, так и у взрослых. Основное проявление недуга – постоянные запоры. Болезнь проявляет себя с первых дней жизни и имеет наследственный характер, мальчики по статистике болеют в 4-5 раз чаще девочек. Лечение болезни осуществляется с помощью оперативного вмешательства, так как консервативная терапия не приносит требуемой эффективности. В связи с этим, сохраняется необходимость совершенствования медицинской помощи детям с хроническими запорами.

На данное время предложенные методы хирургической коррекции данного порока, позволяют снизить количество послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни. Видеоассистированные операции позволяют выполнять щадящую радикальную коррекцию данного заболевания в один этап.

Материалы и методы: на базе КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г. Барнаул», с 2015г до 2018г прооперировано 13 детей с болезнью Гиршпрунга, в возрасте от 3 месяцев до 5 лет. Из них один пациент был с ректальной формой, три - с тотальной и восемь с ректосигмоидной формой. Открытых оперативных вмешательств с выведением кишечной стомы было проведено семи пациентам (53,8%). Остальным шести детям (46,2%) проведена лапароскопически ассистированная операция трансанального эндоректального низведения толстой кишки по De la Torre-Mondragon.

Результаты и обсуждения: средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции составила: при открытом вмешательстве с выведением кишечной стомы - 18,5 дней, при операции De la Torre-Mondragon – 8 дней. Перистальтика кишечника после использования способа De la Torre-Mondragon отмечалась в первые сутки, после открытого вмешательства- на 3 сутки.

Выводы: при ректальной и ректосигмоидной формах болезни методом выбора является трансанальное эндоректальное низведение по методике De la Torre-Mondragon, где наблюдается наибольший процент хороших результатов. Малоинвазивная операция у детей с

болезнью Гиршпрунга являются более обоснованной и менее травматичной, способствующая уменьшению суммарных сроков медицинской и социальной реабилитации больных.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КИСТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ**

*Калинина Ю.А., Кузнецов А.С., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Шаранова О.Н. (Оренбург)*

Введение. На сегодняшний день проведено достаточно большое количество исследований, посвященных малоинвазивным методам лечения кистозных трансформаций почек, в том числе пункционным под ультразвуковым наведением и лапароскопическим. Они отличаются низкой травматичностью и широко внедряются в арсенал детских урологов.

Цель исследования. Анализ результатов лапароскопических операций при кистозных поражениях почек.

Материалы и методы. В исследование было включено 103 ребенка с различными кистозными поражениями почек, находившимися на обследовании и лечении в ЦДХ г.Оренбурга. Возраст больных варьировал от 4 месяцев до 16 лет. По нозологиям пациенты распределились следующим образом: мультикистозное поражение почек – 36, солитарная киста почки – 57, поликистоз почек – 10 детей.

Результаты. При солитарных кистах почек 4 (7%) больным выполнена пункция кисты под контролем УЗИ. После максимальной эвакуации содержимого кисты в её полость вводился этиловый спирт в половинном объеме от эвакуированной жидкости. Рецидив, потребовавший оперативного вмешательства, случился у одного ребенка. Лапароскопическая резекция кист почек произведена у 20 (35%) пациентов. Интраоперационных осложнений не было, но у одного больного возник рецидив. Остальным 33 детям (58%) оперативное вмешательство не потребовалось из-за небольших размеров кистозных включений.

С 2015 года открытые оперативные вмешательства при кистах почек не применялись. Лапароскопическая нефрэктомия без интраоперационных осложнений выполнена все 36 пациентам с мультикистозной трансформацией почек. У всех детей отмечено гладкое течение послеоперационного периода и сокращение сроков пребывания в стационаре.

Вывод. Опыт использования лапароскопического вмешательства при кистозных поражениях почек у детей показал высокую эффективность метода благодаря минимальной травматичности, отсутствию потребности в длительном обезболивании, раннему восстановлению двигательной активности пациентов и сокращению сроков стационарного лечения.

## **АНАЛИЗ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК В ПРАКТИКЕ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ**

*Камкалина Д.В., Морозов В.И., Яфясов Р.Я. (Казань)*

Ведущее место среди заболеваний репродуктивной системы у девочек, приводящих к снижению репродуктивной функции, занимают новообразования яичников. Именно поэтому важна своевременная диагностика и оптимальная тактика ведения девочек с данной патологией.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование 192 историй болезни детей в возрасте от 2 месяцев до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении №1 в ГАУЗ "ДРКБ" МЗ РТ с 2014 по 2018 гг. по поводу новообразований придатков матки. Из них 123 (64%) пациентки были прооперированы в плановом порядке и 68(36%)-в экстренном порядке.

Результаты и обсуждение: В результате проведенных исследований установлено, что средний возраст планово поступивших девочек составил 13 лет 4 месяца. Средний возраст неотложно поступивших девочек - 11 лет 9 месяцев. Наиболее часто встречаемые осложнения: апоплексия и перекрут яичника с некрозом. За период с 2014 по 2018 г.г. было проведено 192 оперативных вмешательства, из них 94(49%)- лапароскопическое удаление новообразования, и 98(51%)- удаление произведено открытым способом, посредством срединной лапаротомии. При изучении структуры объемных образований было выявлено, что большую часть составили простые кисты 94 (49%), параовариальные кисты встречались в 27(14%) случаев, герминогенные опухоли (дермоидные кисты, строма яичника)-25(13%). Эпителиальные опухоли (серозные, муцинозные) были выявлены в 9(4,7%) случаев, фолликулярные кисты в 3(1,6%) случаях, опухоли стромы полового тяжа(текомы) в 1(0,5%) случае. При изучении преимущественной локализации патологического процесса было установлено, что в 64% случаев новообразования локализовались в правых придатках матки, в левых- в 33% случаев, и, лишь, в 3% случаев новообразования локализовались с двух сторон одновременно.

Выводы: Нами были выявлены следующие особенности. Во-первых, средний возраст пациентов с данной патологией приходится преимущественно на подростковый период. Во-вторых, в трети случаев наблюдаются острые хирургические осложнения, которые требуют проведения неотложных мероприятий. В-третьих, многочисленную группу составляют простые кисты придатков матки, которые оперируются, чаще всего, в плановом порядке лапароскопическим методом. В ходе исследования было установлено, что средний возраст пациенток, прооперированных планово и экстренно, составил 11,9-13,4 лет. Из чего следует вывод о необходимости более раннего проведения УЗИ ОБП у девочек в возрасте 12-14 лет.

#### **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ**

*Карасева О.В., Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Уткина К.Е., Ахадов Т.А., Мельников И.А. (Москва)*

Актуальность. С ростом миграции населения отмечается расширение границ эндемических регионов и увеличение заболеваемости эхинококкозом печени в неэндемических районах.

Материалы и методы. За период 2010-2019гг. в НИИ НДХиТ пролечены 3 пациента с эхинококковыми кистами печени. Во всех наблюдениях это были мальчики, средний возраст составил 15 + 1,4 года. У всех трех детей был кистозный эхинококкоз печени, без личиночных метастазов. С диагностической целью выполняли УЗИ, МРТ/КТ живота исследование крови на эхинококкоз (ИФА).

Результаты. Все дети на момент обращения проживали в г. Москве, двое - являлись мигрантами из неэндемичных регионов России и не имели типичного эпидемиологического анамнеза. Двое детей были направлены в НИИ НДХиТ в плановом порядке с диагнозом: Киста печени. Диагноз эхинококкоза был установлен при обследовании до операции по



данным визуализации. Причем в обоих наблюдениях АТ к эхинококку не были выявлены. Один ребенок был доставлен бригадой СМП в экстренном порядке с клиникой острого живота и токсико-аллергической реакцией. По данным визуализации (УЗИ, КТ) был диагностирован разрыв эхинококковой кисты печени. Всем детям были выполнены лапароскопические операции. При неосложненном течении первым этапом выполняли пункцию образования с аспирацией и микроскопией эхинококковой жидкости. Затем в полость кисты вводили 96% спирт или 10% NaCl с обязательной экспозицией не менее 10 мин. Вторым этапом выполняли фенестрацию фиброзной капсулы кисты с последующим удалением хитинового пузыря с помощью эндомешка. Третьим этапом проводили обработку полости аргоноплазменной коагуляцией. У одного ребенка при разрыве кисты 7-8 сегмента печени хитиновый пузырь был удален при помощи эндомешка, остаточная полость кисты локально орошена 96% спиртом с последующей аспирацией, фиброзная капсула частично иссечена, выпот в брюшной полости аспирирован и установлен дренаж в поддиафрагмальное пространство. В послеоперационном периоде все дети получали альбендазол курсами под контролем биохимического анализа крови. При катамнестическом осмотре рецидивов и метастатических поражений не выявлено.

**Выводы.** Современные методы визуализации позволяют заподозрить эхинококковый генез кистозных образований печени даже при отрицательных результатах серологического анализа. Лапароскопия позволяет выполнить все обязательные этапы операции, включая обработку полости кисты, как при неосложненном течении, так и при разрыве кисты.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВНУТРИПРОСВЕТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА У ДЕТЕЙ**

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

Наличие трахеопищеводного свища (ТПС) является абсолютным показанием к оперативному лечению. Редкие попытки лечить подобные свищи консервативно заканчивались безрезультатно. Но непосредственные результаты оперативного лечения ТПС нельзя признать удовлетворительными, так как средняя цифра летальности равна 18 %, а у новорожденных около 30 %. Причины столь неблагоприятных результатов и актуальность проблемы объясняют наш инновационный подход.

**Цель.** Оценить эффективность внутрипросветного лечения с подслизистым введением объемообразующего геля DAM+.

**Материал и методы.** Подслизистое введение в устья свища объемообразующего геля использовано в лечении 9 детей с ТПС в возрасте от 1,5 года до 8 лет. Использовали одноразовый инжектор NM-600 NeedleMaster, видеогастроскоп “Pentax” и объемообразующий гель DAM+. При эзофагоскопии дистальный конец световода проводили в трахеопищеводный свищ и прокалывали в область устья иглой для эндоскопических инъекций с последующим введением до 1,5 – 2,0 мл геля DAM+.

**Результаты.** У одного ребенка ТПС был врожденным, у одного ребенка ТПС был постожоговым осложнением (батарейка), еще у одного ребенка ТПС был посттравматическим, у 6 детей сочетался с атрезией пищевода. Всем детям с атрезией

пищевода на первые-вторые сутки после рождения был наложен эзофагоэзофагоанастомоз с разобщением ТПС.

Было выполнено 11 процедур эндоскопических инъекций. После проведенного лечения положительный эффект с закрытием свища получен у 7 детей с диаметром устья не больше 3 мм. У одного ребенка с посттравматическим свищом после эндоскопической инъекций ТПС с диаметром устья более 5 мм был рецидив и потребовалась повторные процедуры. ТПС не закрылся и после второго сеанса.

**Заключение:** Подслизистое введение объемообразующего геля DAM+ является эффективным методом лечения различной этиологии и наиболее эффективна при диаметре устья не более 3,0-4,0 мм. Метод не травматичен и позволяет закрыть свищ, без применения хирургического вмешательства.

## **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

*Каримов К. Р., Мансуров А.Б., Каримов Р.К. ( Узбекистан, Бухара)*

Оказание экстренной хирургической, травматологической, нейрохирургической помощи детям при отдельных патологиях и при сочетанных травмах является актуальной проблемой современного здравоохранения. С целью оказания современной и качественной хирургической помощи при сочетанных повреждениях и патологиях организовано отделение хирургии повреждений детского возраста.

За 2 года в отделение лечились 3185 детей. Из них 2196-68,9% с хирургической патологией, 603-18,9% травматологическое и 386-12,1% нейрохирургические повреждения. Сочетанной травмой доставлены 6-0,2% больных: в 4-66,6% травмы черепа сочетались с переломами костей в 2-33,3% закрытой травмой грудной и брюшной полости.

Основная часть хирургической патологии составляют:

Острые аппендициты 854-38,8%;

Острые заболевания яичника 268-12,2%;

Ущемленные грыжи паховой области и пупочного кольца 213-9,6%.

Закрытые травмы живота с повреждением печени (2), селезенки

(3), поджелудочной железы (3), и повреждение брыжейки тонкого кишечника(1), что составляет 9- 0,4%, инвагинация кишечника и частичная спаечная кишечная непроходимость в 8-0,3% случаях со странгуляционной кишечной непроходимостью обратились 7-0,3% больных. Инородные тела дыхательных путей и желудочно -кишечного тракта составили 48-2,1%.

Из 603 больных с травматологическими повреждениями опорно-двигательного аппарата 426-70,6% составляют переломы и вывихи верхних конечностей и ключицы, 177-29,4% переломы костей нижних конечностей и переломы костей таза. У 413-68,4% доставленных травмы конечностей сочетались с ушибами грудной клетки, живота и одновременно обследовались и наблюдались детским хирургом. Оперативное лечение по поводу закрытых и открытых переломов костей проводилась 286-47,4% больным.

Таким образом, организация отделения хирургии повреждений детского возраста способствует своевременной диагностики, оказания экстренной хирургической помощи и улучшения результатов лечения.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ**

*Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Молчанова Д.В., Балюра М.Г. (Нижний Новгород)*

Вентральные грыжи (ВГ) – это выбухание округлой формы, локализующиеся на передней брюшной стенке (ПБС), причину которого составляет дефект в мышечном и апоневротическом слоях. Содержимым ВГ являются внутренние органы (петли кишечника, желудок, печень).

В клинике детской хирургии Приволжского исследовательского медицинского университета с 2007 по 2019гг. пролечено 16 пациентов с вентральными грыжами, из них врожденную наблюдали у 2 детей, приобретенный вариант грыж, как следствие лечения пороков развития ПБС (омфалоцеле, гастрошизис) корригировали в 9 случаях, вентральные грыжи, возникшие после срединных лапаротомий, диагностировали у 5 детей.

Возраст пациентов варьировал от 11 месяцев до 15 лет. Мальчиков было 10, девочек - 6.

Этапные операционные вмешательства выполняли в разные сроки, в зависимости от варианта первичного заболевания. Детей с врожденными ВГ оперировали в 1 год, больным с патологией, сформированной в результате больших размеров омфалоцеле и гастрошизиса, хирургическое лечение проводили в  $3,5 \pm 4,7$  года, при дефектах возникших после лапаротомий операции осуществляли в  $8,7 \pm 2,5$  лет.

Пластики ПБС выполняли в плановом порядке после предоперационного обследования (лабораторный контроль, УЗИ органов брюшной полости, МРТ, КТ брюшного сегмента), подготовки кишечника (очистительные клизмы), антибактериальной профилактики.

Во всех случаях операционная коррекция заключалась в иссечении послеоперационного рубца над грыжевым образованием. С учетом высокого риска подпаянности петель кишечника к п/операционному рубцу, проводили ревизию брюшной полости с последующей сепарацией кожи от прямых мышц живота, на заключительном этапе оценивали диастаз между слоями.

Во всех случаях пластику осуществляли собственными тканями. Одному пациенту 5 лет с целью укрепления ПБС была вшита полипропиленовая сетка Optilene-Mesh Elastic.

В послеоперационном периоде назначали симптоматическую терапию, осложнений в процессе лечения не отмечали. Средний к/день составил  $17,6 \pm 3,4$ .

Таким образом, проблема вентральных грыж в детской хирургической практике актуальна, так как в 31% случаев возникновение дефекта в ПБС является результатом неадекватного сопоставления и ушивания слоев операционной раны.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ТОРАКОСКОПИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ**

*Карпова И.Ю., Стриженок Д.С., Мясников Д.А., Филькин А.А. (Нижний Новгород)*

Торакоскопические операции — безопасные и эффективные процедуры, которые применяются при широком спектре заболеваний у новорожденных и детей старшего возраста, имеющие низкий процент конверсий в торакотомию.

В клинике Приволжского исследовательского медицинского университета на базе детской городской клинической больницы №1 с 2018 по 2019гг. пролечено 8 пациентов с различными

заболеваниями грудной клетки. Все пациенты были мальчики в возрасте от нескольких суток жизни до 17 лет.

Врожденные пороки развития прооперировали с помощью торакоскопии 5 младенцам, из них у 4 новорожденных наблюдали атрезию пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом.

У всех больных был выявлен допустимый диастаз (0,5-2,0см), что позволило наложить прямой эзофаго-эзофагоанастомоз. Длительность операции составила  $2,15 \pm 0,47$  часа. Истинную диафрагмальную грыжу слева у ребенка 5 месяцев выполнили за 2час.35 минут. Патология была сформирована за счет щелевидного дефекта в пояснично-реберном отделе диафрагмы (щель Богдалека). Благодаря удовлетворительно сформированным мышечным валикам дефект ушили отдельными узловыми швами нитью «Ti-cron» 2/0 с экстракорпоральным завязыванием.

Двум больным в возрасте 16 и 17 лет с рецидивирующими спонтанными пневмотораксами провели торакоскопический плевродез висцеральной плевры верхних долей легких. На операциях выявлены участки с блябами размером 3-4 см в диаметре, которые коагулировали и направили на гистологию. Время операции не превысило 50 минут.

Торакоскопическую атипичную сегментарную резекцию верхней доли левого легкого провели пациенту 5 мес. по поводу врожденной лобарной эмфиземы. Операционное вмешательство осуществили с помощью линейного сшивающего аппарата Endo Gia Ultra Universal (Covident) 12 мм, который был введен в плевральную полость через порт для рабочего троакара. Использовали картриджи Endo Gia с технологией Tri-Staple, с последующим удалением резецированной ткани легкого через порт для рабочего троакара. Операционное вмешательство было выполнено в течение 2 часов.

Таким образом, преимуществами минимально инвазивного доступа при патологии грудной клетки является отсутствие косметических и функциональных осложнений, снижение интенсивности послеоперационных болей и быстрое выздоровление после операции.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ**

*Карташев В.Н., Аврасин А.Л., Долинина М.В. (Тверь)*

Актуальность: В последние годы методом выбора лечения детей с уретероцеле (УЦ) является эндоскопический, поскольку эффективно устраняет обструкцию и приводит к восстановлению уродинамики. По данным литературы наиболее частым осложнением после рассечения УЦ является возникновение пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). Цель: анализ осложнений, возникающих после эндохирургического лечения уретероцеле. Материалы и методы: В исследование включены 26 пациентов (15 девочек и 11 мальчиков) с УЦ, в возрасте от 1 мес. до 17 лет, проходивших лечение в урологическом отделении ДОКБ в 2007-2018 гг. Уретероцеле солитарной почки диагностировано у 13 больных, верхнего сегмента удвоенной почки у 13. Тяжесть нарушения уродинамики на стороне поражения и контрлатеральной почки зависели от размеров и локализации УЦ. Наблюдалось сочетание УЦ верхнего сегмента почки с ПМР в нижний сегмент (1 пациент) и гидронефрозом нижнего сегмента (1 пациент). Всем больным выполнено эндоскопическое рассечение УЦ поперечным или продольным разрезом. Установка катетера-стента потребовалась двум пациентам, у которых после рассечения обнаружен стеноз дистального отдела мочеточника. Отдаленные результаты лечения в сроки от 6 мес. до 10 лет прослежены у всех больных. После

оперативного лечения все больные с УЦ находились под наблюдением уролога-андролога, стационарное обследование проводилось через 3-6-12 мес., далее 1 раз в год. Результаты: Восстановление уродинамики верхних мочевых путей и отсутствие послеоперационных осложнений отмечено у 22 (84,6 %) детей. ПМР 2-3 степени диагностирован у 4 детей в сроки 3-6 мес. после рассечения УЦ и был купирован эндоскопически. Обострений пиелонефрита в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдалось.

Выводы: Эндоскопическое рассечение УЦ позволяет добиться хороших результатов у большинства больных. Возникновение ПМР чаще диагностируется после рассечения больших и эктопических УЦ.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЕ ВРОСШЕГО НОГТЯ У ДЕТЕЙ**

*Касьян А.Р. Сатаев В.У. (Уфа)*

Вросший ноготь (ВН).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения пациентов с ВН с 2017 по 2019 год которым была выполнена: А-операция Винограда А.М. с механической деструкцией ростковой зоны удаляемой части ногтевой пластинки(47 пациента). В-Операция Винограда, дополненной лазерной деструкцией зоны роста удаляемой части ногтевой пластинки, иссечением грануляций и измененной воспалительной ткани бокового ногтевого валика лазером (50 пациентов). С- Операция Ванденбосса. (7 пациентов). D-консервативная терапия с изоляцией вросшего края ногтевой пластинки от бокового ногтевого валика ватной турундой фиксированной цианокрилатным клеем (25 пациентов).

Результаты и обсуждение. В группе А – У пациентов со 2-3 стадией ВН по Heifetz (47 пациентов) после лечения было 2 случая рецидива – 4,25%. Период заживления послеоперационной раны 12,25+1,24 суток. В группе В – Пациенты со 2-3 стадией ВН по Heifetz (50 пациентов) после лечения было 1 случай рецидива – 2%. Период заживления послеоперационной раны 17,3+2.05 дней. В группе С – Пациенты со 3 стадией ВН по Heifetz (7 пациентов) рецидивов не было. Период заживления послеоперационной раны 25,25+0.816 суток. В группе D – Пациенты с 1-2 стадией ВН по Heifetz (25 пациентов) рецидивов не было. Период заживления послеоперационной раны 21,2+2.05 суток.

Выводы и рекомендации. Проведенное исследование показывает, что пациентам с первой степенью ВН с успехом может применяться консервативное лечение с изоляцией вросшего края ногтевой пластинки от бокового ногтевого валика ватной турундой фиксированной цианокрилатным клеем. Пациентам со второй степенью ВН достаточно выполнить краевую резекцию ногтевой пластинки в классическом виде, с качественным механическим кюретажем зоны роста. Пациентам с третьей степенью ВН и выраженным инфекционным процессом, а также с рецидивом ВН, но без выраженной гипертрофии боковых валиков авторы рекомендуют дополнять операцию Винограда лазерной матриксэктомией. Соответственно при выраженной гипертрофии боковых ногтевых валиков применить операцию Ванденбосса.

## **ПОКАЗАНИЯ К КОЛОСТОМИИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА**

*Кесаева Т.В., Караваева С.А., Котин А.Н. (Санкт-Петербург)*



Введение. Радикальное лечение болезни Гиршпрунга (БГ) может быть выполнено в любом возрасте. Современная тенденция - лечение заболевания в периоде новорожденности. Колостомия - операция, направленная на стабилизацию состояния ребенка с БГ и подготовку к основному этапу оперативного вмешательства. Она может выполняться как при тяжелом состоянии ребенка, так и при трудностях диагностики. Имеются крайние точки зрения на выбор метода лечения от первично радикального до этапного с наложением колостомы и последующим радикальным оперативным вмешательством.

Актуальность. Обоснование показаний к колостомии у детей с БГ.

Материалы и методы. С 2008 г. по 2018г. в ДГБ№1 г. пролечено 70 детей в возрасте от 2 суток до 3 лет с различными формами БГ (исключая тотальный аганглиоз): 53 - с ректосигмоидной, 17 - с длинной зоной (из них у 4 - субтотальная). Колостома была наложена 21 ребенку. Из 17 детей с длинной зоной аганглиоза у троих колостома не накладывалась. Остальным детям колостомия выполнена в раннем возрасте в связи с неэффективностью клизм и сохраняющейся клиникой кишечной непроходимости. У 7 детей с ректосигмоидной формой показания для хирургической декомпрессии кишечника были следующими: 1 ребенок с аганглиозом в ректосигмоидном отделе страдал синдромом кишечной псевдообструкции и рецидивирующей кишечной непроходимостью, одному колостома наложена на 6-е сутки жизни в связи с клиникой токсического мегаколона, 2 детям колостомия выполнена в других учреждениях в связи с отсутствием опыта радикальных вмешательств, 3 ребенка оперированы по поводу кишечной непроходимости в возрасте после полугода.

Результаты и обсуждение. 1 ребенок погиб через 2 суток после наложения стомы (токсический мегаколон с тромбозом мезентериальных сосудов). Остальные 20 пациентов радикально оперированы через 3-6 месяцев после первого этапа. 2 детям с длинной зоной аганглиоза потребовалось реколостомия в связи с неправильным выбором уровня наложения стомы (в 1 случае выведена аганглионарная кишка, в другом – отключено 15 см “здоровой” кишки, которую удалось сохранить).

Выводы. Радикальное лечение детей с короткой формой БГ возможно в любом возрасте. Колостомия показана при неэффективности консервативной терапии в течение 2-3 дней, невозможности проведения высокого промывания кишки у детей с длинной зоной аганглиоза. Относительным показанием к колостомии может быть тяжелая сопутствующая патология (поражение ЦНС, ВПС), а также отсутствие опыта проведения радикальной операции.

## **ГИПЕРТОНУС АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА КАК ПРИЧИНА ЗАПОРОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*Киргизов И.В., Апросимова С.И., Шишкин И.А. (Москва)*

Актуальность: Число детей с хроническими запорами неуклонно растет год от года. По нашим наблюдениям, у 50% детей с хроническими запорами отмечается гипертонус анального сфинктера

Материалы: За 8 лет обследовано 302 ребенка со стойкими хроническими запорами, в возрасте от 1 года до 17 лет. Всем детям проведено обследование, выполнены клинические анализы крови, сфинктерометрия, профилометрия, ирригография, копрология и дисбактериоз кала. У 117 детей (38,7%) выявлена хирургическая патология (идиопатический мегаректум, болезнь Гиршпрунга, стеноз анального канала), детям проведено хирургическое лечение. Остальным 185 детям (61,3%) проведено консервативное лечение, включающее в себя послабляющую диету, медикаментозную коррекцию запоров (слабительные препараты, препараты корригирующие моторику толстой кишки), очистительные клизмы, физиотерапию и ЛФК.

Дети, получавшие консервативную терапию (n=185), разделены на 2 группы – I группу составили дети с гипертонусом анального сфинктера (56,7%) и во II группу включены дети без проктогенных причин запоров (43,3%). На фоне проводимой терапии в группе I в 25% получен удовлетворительный результат, с восстановлением акта дефекации, отсутствием жалоб на болезненность при дефекации. В 75% случаев в группе I выполнена дивульсия анального сфинктера, данная процедура выполняется под наркозом, длительностью 5-7 минут. При повторной сфинктерометрии через полгода только у 3 пациентов определялся гипертонус анальных сфинктеров, требующий повторной дивульсии. В группе II по результатам консервативной терапии положительный эффект достигнут практически в 100 % случаев, но при контроле через полгода у 61 ребенка отмечались запоры продолжительностью до 2-3 дней, периодически отмечались боли в животе. Что потребовало проведения повторного курса консервативной терапии, далее курсы проводили каждые 4 месяца. Через год при катамнезе в группе II у 15 детей (8,1%) сохранялись запоры до 2-3 дней, но учитывая общее самочувствие пациентов, данные контрольных исследований пациентами рекомендовано продолжить курсовое лечение, в группе I у всех детей наблюдался удовлетворительный результат

Заключение: У детей с хроническими запорами, важно определять их причину. При наличии проктогенных запоров, вызванных гипертонусом анального сфинктера, консервативная терапия, даже комплексная, не всегда эффективна. Проведение дивульсии ануса при стойком гипертонусе анального сфинктера зарекомендовало себя как клинически достоверный метод лечения проктогенных запоров.

## **МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ**

*Киреева Н.Б., Хафизова Л.А., Заугаров М.Ю., Тибилев А.З. (Нижний Новгород)*

Кистозные поражения почек диагностируют в 12 - 15 % случаев всех урологических заболеваний. В настоящее время чрескожное пункционное склерозирование соли-тарных кист почек у детей с успехом применяют в различных хирургических клиниках, в том числе и в качестве альтернативы эндоскопическому методу лечения.

Целью нашего исследования явился анализ пункционного метода лечения кист почек у детей на базе ГБУЗ НО «НОДКБ» г. Нижнего Новгорода.

Материал и методы: с 2016 по 2019гг. в стационаре получали лечение 11 детей с кистами почек, из них 4 мальчика и 7 девочек. Правосторонняя локализация имела место у 7 детей, левосторонняя - у 4. Солитарные кисты были у 10 детей, в одном случае имела место послеоперационная киста верхнего полюса почки после верхней геминефруретер-эктомии. Возраст детей варьировал от 6 мес. до 16 л. Кисты верхнего полюса были у 5 детей, нижнего - у 3, средней трети почки - у 2, у одного ребёнка была парапелльвикальная киста. Субкортикальные кисты были у 7 детей, интрапаренхиматозные - у 3. Размеры кист варьировали от 3 до 9см в диаметре.

В большинстве случаев обнаружение кисты было "случайной" находкой при проведении планового УЗИ. У трёх детей поводом для проведения УЗИ явились боли в животе без определённой локализации, одного ребёнка обследовали в связи с инфекцией мочевых путей.

В диагностике всем детям выполнили УЗИ почек и внутривенную урографию (при этом определяли полулунную деформацию, оттеснение или раздвигание чашечек; у двоих детей анатомических изменений не выявили). В 4-х случаях проводили МСКТ с контрастированием: при больших размерах кисты, её инфицировании, ребёнку с парапелльвикальной кистой.

Результаты: всем детям проведена операция: пункция или пункция и дренирование, склерозирование кисты под УЗ-контролем нефростомическим набором МИТ и Rush 6-8 «0». В качестве склерозанта вводили 96% этиловый спирт с экспозицией 5-10 мин. в объёме не менее 50 % от удалённого содержимого, которое подвергалось цитологическому исследованию. Дренаж фиксировали, и в послеоперационном периоде проводили по-вторное склерозирование от 2 до 4 раз. В 10 случаях киста исчезла или значительно сократилась в размерах. Рецидив кисты наблюдали у девочки 14 л., что потребовало по-вторного склерозирования с хорошим эффектом. Осложнений не было.

Выводы: лечение солитарных и послеоперационных кист почек путём их склерозирования является высоко результативным, мало инвазивным методом выбора.

## **ВАРИАНТЫ МАЛЬРОТАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

*Кирсанов А.С., Ольхова Е.Б., Пачес О.А., Дзядчик А.В., Ефременков А.М. (Москва)*

Мальротация кишечника (МК) - трудно диагностируемая врожденная патология кишечника среди больных с кишечной непроходимостью. Разнообразие МК, отсутствие специфических проявлений, неверная интерпретация дополнительных методов обследования обуславливают постановку ошибочных диагнозов, что ведет к запоздалой хирургической коррекции данного порока развития.

Цель исследования: демонстрация различных вариантов МК у детей всех возрастных групп с выбором дальнейшей тактики хирургической коррекции порока.

Материалы и методы: под наблюдением находились 97 детей с МК в возрасте от 1 суток жизни до 17 лет. По возрасту преобладали новорожденные - 65 (67%), от 1 мес до 1 года - 5 (5,2%), старше 1 года - 27 (27,8%) детей. У каждого третьего ребенка с МК имели место множественные (19,6%) и сочетанные (8,2%) пороки развития. Все больные поступали с

явлениями высокой кишечной непроходимости. Ведущим специфическим критерием в постановке диагноза синдрома Ледда (СЛ) было выявление при УЗ-исследовании в эпигастральной области whirlpool-sign с дилатированными до 10 мм венами в своей структуре. В дополнении проводилось обзорное и контрастное рентгенологическое обследование ЖКТ.

Результаты исследования. СЛ как вариант МК был диагностирован у 76 (78,3%) больных, в том числе у всех новорожденных детей и 11 больных старше 1 месяца. Отмечено полное совпадение УЗ-картины и интраоперационных находок у детей с СЛ. Открытая операция Ледда проведена всем новорожденным, а также 5 детям с СЛ в возрасте старше 1 месяца и 9 больным с МК без заворота с сочетанными пороками развития, потребовавшими выполнения симультанных операций. Послеоперационный период в большинстве случаев (86,2%) протекал гладко. Осложнения в ранний послеоперационный период отмечены у 5 (7,7%) новорожденных. Летальный исход имел место у 2 новорожденных с СЛ, имевших заворот кишки с закритичным нарушением мезентериального кровообращения и тотальным некрозом кишки. Лапароскопическая операция Ледда выполнена 6 детям с СЛ в возрасте старше 1 месяца со среднетяжелым течением и 12 больным с МК без заворота с отсутствием послеоперационных осложнений.

Выводы. В период новорожденности часто как вариант МК встречается СЛ, у детей старше 1 месяца - МК без заворота. Достоверным, безопасным способом диагностики СЛ является УЗ-исследование. Детям старше периода новорожденности показано более широкое выполнение лапароскопической коррекции порока.

## **ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕПАТИКОДУОДЕНОСТОМИИ**

*Ковальков К.А., Козлов Ю.А., Распутин А.А., Барадиева П.А. (Кемерово)*

Актуальность. Обсуждаются технические аспекты лапароскопической гепатикодуоденостомии (ГД), предназначенной для лечения кист общего желчного протока у детей.

Материал и методы. На протяжении 4 лет, начиная с января 2013 г., в Центре хирургии новорожденных г. Иркутска находилось на лечении 11 пациентов с диагнозом «киста общего желчного протока», которым произведена лапароскопическая ГД. Были оценены ранние результаты (длительность операции, восстановление кишечного транзита, утечка анастомоза, длительность госпитализации) и отдаленные последствия (стеноз анастомоза, холангит, дуоденогастральный рефлюкс) хирургических операций.

Результаты. Средний возраст пациентов (7 девочек и 4 мальчика) на момент операции составил 6,36 мес, средний вес – 8,360 г. Диаметр кисты составлял в среднем 5 см. Длительность операции составила в среднем 120±10 мин. Начало энтерального питания стало возможно в среднем через 2,73 сут, переход на полное энтеральное питание – на 5-е сутки после операции. Интраоперационные осложнения в виде кровопотери отсутствовали. Послеоперационное пребывание в госпитале составило в среднем 7,45 сут. В отдаленном периоде наблюдений мы не регистрировали случаев обструктивной желтухи, холангита и заброса желчи в желудок.

Выводы. Лапароскопическая ГД является безопасным и эффективным хирургическим вмешательством при лечении кист общего желчного протока у детей.

## **ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИТОМИЯ (ПОЭМ) У ПОДРОСТКА С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА**

*Ковальков К.А. , Козлов Ю.А., Распутин А.А., Барадиева П.А., Смирнов А.А. ( Кемерово, Иркутск)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Ахалазия пищевода у детей традиционно лечится с использованием лапароскопической миотомии Хеллера. В качестве альтернативы хирургической миотомии для лечения ахалазии пищевода была предложена новая методика - пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ). В исследовании мы демонстрируем технику и краткосрочные результаты ПОЭМ, выполненной у подростка.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Пероральная эндоскопическая миотомия была впервые проведена в нашей больнице в августе 2018 года. Пациент - подросток мужского пола в возрасте 17 лет, вес которого составлял 36 кг. После тщательного обследования пациента с использованием контрастной эзофагографии и эндоскопии был установлен диагноз ахалазии пищевода. В возрасте 16 лет он подвергся эндоскопической баллонной дилатации пищевода. Однако, после этой процедуры по-прежнему сохранялась дисфагия и рвота.

Пациенту была выполнена пероральная эндоскопическая миотомия. Техника этой операции заключалась в создании подслизистого туннеля и рассечении гипертрофированного циркулярного мышечного слоя с помощью электрокоагуляционного ножа. После окончания операции было выполнено закрытие разреза слизистой оболочки с использованием специальных зажимов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Оперативное время составило 65 минут. Интраоперационные осложнения - кровотечение и перфорация слизистой оболочки - отсутствовали. Пациент начал принимать пищу через 24 часа после операции. Он был выписан из больницы на 5 послеоперационный день в хорошем состоянии. Во время наблюдения мы не регистрировали ранние и поздние послеоперационные осложнения. Через год после операции симптомы ахалазии полностью отсутствовали. Рост и вес пациента увеличились, как ожидалось, и составили - 175 см и вес 56 кг.

**ВЫВОДЫ.** Наше сообщение показало, что ПОЭМ - безопасная и эффективная эндоскопическая процедура в педиатрической популяции пациентов с ахалазией пищевода.

## **СОЛИТАРНЫЕ КИСТОЗНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.**

*Коварский С.Л., Захаров А.И., Скларова Т.А., Соттаева З.З., Струянский К.А., Текотов А.Н., Гумбатова А.Ф. (г. Москва)*

**Актуальность:** Солитарные кистозные поражения почек относятся к аномалиям структуры и в преобладающем числе являются случайной клинической находкой. Частота выявления их среди детского населения с возрастом увеличивается (от 0,22% до 0,55%). За последние 10



лет появились статьи, указывающие о более ранней малигнизации кист почек, в связи с чем критерии диагностики и лечения могут быть пересмотрены. К тому же остаются спорными вопросы лечения чашечно-лоханочных дивертикулов, в связи с сохраняющимся процентом осложнений в послеоперационном периоде.

**Материалы и методы:** На базе ДГКБ № 13 за период с января 2012 по декабрь 2018 г. обследовано 88 детей с кистозными поражениями почек. Проведены ретроспективный анализ историй болезни пациентов и оценка результатов лечения в катамнезе.

**Результаты:** Средний возраст детей составил 9.9 лет (от 5 месяцев до 17 лет). Средний максимальный размер кист составил 37 мм (от 15 до 117 мм). По данным обследования у 80 детей (90,90%) выявлены простые кисты, у 8 детей (9,09%) – чашечковые дивертикулы. 11 детям (12,50%) выполнена лапароскопическая резекция, 2 детям (2,27%) проведена пункция кисты, 24 детям (27,27%) выполнялась пункция с последующим склерозированием 96% раствором этилового спирта, 21 ребенку (23,86%) – пункция со склерозированием 1% этоксисклеролом, 30 пациентам (34,09%) выполнялось УЗ-исследование в динамике без хирургического лечения. Средний период катамнестического наблюдения составил 4 года (от 1 года до 7 лет). В группе наблюдения средний прирост паренхимы почки в год по данным инструментального обследования составил 1.4 мм (6,4%).

**Выводы:** По результатам исследования разработан алгоритм лечения кист в зависимости от объема, наличия сообщения с коллекторной системой, и вида используемого склерозанта. Внедрение этоксисклерола в качестве склерозанта показало удовлетворительные результаты, наряду с широко используемым этиловым спиртом. Лапароскопическая декорткация рекомендуется для лечения кист больших размеров. Чашечковые дивертикулы требуют полноценного инструментального обследования и разработки более узких показаний к склерозированию в связи с сохраняющимся процентом осложнений.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ**

*Коварский С.Л., Захаров А.И., Склярова Т.А., Соттаева З.З., Струянский К.А., Петрухина Ю.В. (Москва)*

Актуальность. К врожденным образованиями мочевого пузыря и уретры относятся в том числе дивертикулы мочевого пузыря и урогенитальный синус. Дивертикулы образуются в результате неполной облитерации мочевого протока и состоят из всех слоев пузырной стенки, соединяясь с полостью пузыря более или менее узкой шейкой. При больших размерах дивертикула мочеточник нередко впадает непосредственно в его стенку. Истинные дивертикулы могут существовать бессимптомно и только при возникновении цистита, пиелонефрита или образования камней в полости дивертикула могут проявляться дизурией или изменениями в анализах мочи. Для диагностики используется УЗИ, цистография, диагностическая цистоскопия.

Sinus urogenitalis возникает как результат персистенции мюллеровых протоков и обозначается в мировой литературе как киста мюллерового протока. Часто сопровождают проксимальные формы гипоспадии.

Материалы и методы. В нашей клинике в 2018 г было оперировано 3 детей с врожденными дивертикулами мочевого пузыря и один ребенок с урогенитальным синусом. У всех детей использовался лапароскопический метод и постоянная внутривезикулярная визуализация дивертикула с помощью цистоскопии с целью определения локализации мочеточника и предотвращения его повреждения.

Обязательным условием иссечения дивертикула является полное выделение его шейки. У одного ребенка дивертикул был резецирован, а дефект был ушит отдельными узловыми швами. У второго ребенка с узкой шейкой дивертикула была использована петля Редера. А в третьем случае при широкой шейке дивертикула был использован сшивающий аппарат.

Хирургическое лечение урогенитального синуса применяется при наличии симптомов нарушения мочеиспускания или при постоянно рецидивирующей мочевой инфекции.

При цистоскопии в проекции долженствующего семенного бугорка визуализировалось отверстие диаметром 0,5 см, ведущее в широкую полость глубиной 5-6 см. Затем с помощью лапароскопии синус мобилизован до мембранозного отдела уретры и удален.

Выводы: Лапароскопические методы лечения являются наименее травматичными у детей с врожденными образованиями мочевого пузыря и уретры и являются методом выбора у этой сложной группы больных.

## **ВОЗМОЖНОСТИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С МИЕЛОДИСПЛАЗИЕЙ И ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ**

*Коварский С.Л., Николаев С.Н., Меновщикова Л.Б., Склярова Т.А., Захаров А.И., Соттаева З.З. (г Москва)*

Актуальность. Расстройства функции нижних мочевых путей у больных с миелодисплазией характеризуется нарушением резервуарных и адаптационных свойств детрузора, нарушением замыкательной функции сфинктера и разнообразными сочетаниями указанных нарушений, а расстройства мочеиспускания еще больше усугубляют тяжесть состояния пациента, нарушая качество его жизни.

Материалы и методы. Наблюдались 82 ребенка с явлениями спинального дизрафизма в возрасте от 2 месяцев и до 8 лет с сочетанными расстройствами функции мочевого пузыря, прямой кишки и диафрагмы таза, разнообразные варианты обструктивных уропатий и инфекционными осложнениями. Восстановление резервуарной и адаптационной функций детрузора включало фармакотерапию М-холинолитиками, физиолечение и периодическую катетеризацию. У 64 детей в связи с неэффективностью лечения использована химическая денервация детрузора с помощью внутривезикулярное и внутрисфинктерное введение ботулинического токсина типа А (БТТА).

Результаты. Введением БТГА у 57 (89%) пациентов удалось добиться стойкого восстановления резервуарной и адаптационной функций мочевого пузыря и улучшение уродинамики верхних мочевых путей, что связано с нормализацией внутривезикулярного давления и более благоприятной уродинамической ситуацией. Но адекватная эвакуаторная функция восстановилась лишь у 11 детей (17%).

Инъекции БТГА при высоком внутривезикулярном давлении позволили восстановить эффективный объем мочевого пузыря, увеличить сухие промежутки, минимизировать мочевой синдром. Эффект стойко сохранялся от 6 мес до 1,5 лет.

Заключение. Таким образом, метод внутривезикулярного и внутрисфинктерного введения БТГА является высокоэффективным для коррекции различных нарушений функции нижних мочевых путей. Временная хемоденервация с полным или частичным подавлением нейрональной активности, приводящая к расслаблению мышечных структур нижних мочевых путей, может быть достигнута с минимальным риском для ребенка.

## **ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА С АБЕРРАНТНЫМ СОСУДОМ**

*Коварский С.Л., Агеева Н.А., Захаров А.И., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Склярова Т.А., Струянский К.А. (Москва)*

Актуальность: Врожденный гидронефроз является наиболее распространенным заболеванием среди обструктивных уропатий. Помимо структурной патологии в стенке мочеточника, одной из причин врожденного гидронефроза служит aberrantный сосуд. Предложено несколько хирургических методик лечения вазоуретерального конфликта. Необходимо определить тактику хирургического лечения детей с врожденным гидронефрозом, обусловленного наличием aberrantного сосуда.

Материал и методы: В отделении урологии и плановой хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова за последние 5 лет находилось 83 детей с вазоуретеральным конфликтом, из них 47 мальчика и 36 девочки. 69 детям выполнили разобщающую пиелопластику с формированием антевазального анастомоза, средний возраст детей 7,97 лет. 14 детям проведена неразобщающая пиелопластика с транспозицией и фиксацией aberrantного сосуда, возраст пациентов в этой группе – 14,2 года. Выполнение лапароскопической вазопексии возможно при соблюдении дооперационных и интраоперационных критериев отбора детей. Дооперационные критерии включают: отсутствие антенатального выявления, манифестация в более старшем возрасте 10-16 лет, периодические боли в животе и поясничной области, гематурия, интермиттирующий гидронефроз. Ультразвуковые показатели: большая почечная лоханка и при умеренном расширении чашечек, сохраненная почечная функция. Интраоперационные критерии: констатация aberrantного сосуда, отсутствие видимых изменений лоханочно-мочеточникового сегмента, перистальтика в области пиелоуретерального сегмента, отрицательная диуретическая проба после

перемещения сосуда. Если критерии не соблюдены необходимо выполнять разобщающую пиелопластику с формированием антевазального анастомоза.

Результаты и обсуждение: Средняя продолжительность операции составила 60 минут (40-120 мин). Внутреннее дренирование J-J стентом проводилось первым трем детям. Далее все дети велись бездренажно. Послеоперационное пребывание в стационаре составило в среднем полтора дня (1-3 дней). Длительность катамнеза составила 5 лет. У одного ребенка возник рецидив гидронефроза.

Выводы и рекомендации: Применение вазопексии при строгом соблюдении дооперационных и интраоперационных критериев отбора детей для выполнения этой методики, позволяет достичь хороших результатов лечения врожденного гидронефроза у детей, причиной которого является aberrantный сосуд.

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ДИАГНОСТИКИ АБЕРРАНТНОГО СОСУДА ПОЧКИ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ**

*Коварский С.Л., Агеева Н.А., Захаров А.И., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Склярова Т.А., Струянский К.А. (Москва)*

Актуальность: Обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента, вызванная aberrantным сосудом составляет от 10 до 58% от всего гидронефроза у детей в зависимости от возраста. Использование привычного алгоритма диагностики гидронефроза не всегда позволяет диагностировать нижнеполярный сосуд. Цель данной работы - определить доступные методы исследования вазоуретерального конфликта у детей.

Материал и методы: В отделении урологии и плановой хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова за последние 5 лет находилось 83 детей с вазоуретеральным конфликтом, из них 47 мальчика и 36 девочек. Всем детям выполнялось ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей с цветным доплеровским картированием. У 69 детей ультразвуковая картина соответствовала простому гидронефрозу, вазоуретеральный конфликт не диагностирован. Но у 40 из них при проведении мультиспиральной компьютерной томографии обнаружен aberrantный сосуд. У остальных 29 aberrantный сосуд был диагностирован только интраоперационно. У 14 детей старше 10-12 лет впервые диагностировано интерметтирующее расширение лоханки и заподозрен aberrantный сосуд, который подтвердился при дальнейших исследованиях. В 5 случаях для выявления нижнеполярного сосуда выполнена селективная ангиография почек с 3Д реконструкцией.

Результаты и обсуждение: Прицельное ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей с доплерографией у детей с поздней манифестацией гидронефроза является исследованием выбора. Второй ступенью диагностики и определения пространственного взаимоположения aberrantного сосуда проводится мультиспиральная компьютерная томография. Визуальная трехмерная реконструкция достигнута при применении МСКТ и селективной ангиографии почек с 3Д реконструкцией у 54 детей. Преимуществом МСКТ перед селективной ангиографией служит отсутствие хирургической манипуляции, детей старше 10-12 лет отсутствие седации, меньшая лучевая нагрузка.

Выводы и рекомендации: Выбор тактики хирургического лечения гидронефроза с вазоуретеральным конфликтом, зависит от дооперационной диагностики нижнеполярного сосуда.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АНАСТОМОЗ ПРИ АТРЕЗИИ ТОНКОЙ КИШКИ**

*Козлов Ю.А., Распутин А.А., Барадиева П.А., Ковальков К.А. (Иркутск)*

Актуальность. Атрезия тонкой кишки у новорожденных встречается достаточно редко. Хирургическое лечение этой аномалии заключается в наложении кишечного анастомоза. Сообщения о лапароскопическом лечении атрезии тонкой кишки у детей отсутствуют. Мы представляем клинический случай выполнения полностью лапароскопического анастомоза у новорожденного ребенка.

Материал и методы. В статье представлено описание клинического случая лечения атрезии тощей кишки с использованием лапароскопии. Техника операции состоит в идентификации сегмента кишки, несущего атрезию, резекцию слепых сегментов и наложение однорядного анастомоза по типу «рыбьего рта». Исследованы ранние и отдаленные результаты лапароскопических операций.

Результаты. Полностью лапароскопический анастомоз тонкой кишки выполнен у новорожденного мальчика в возрасте 2 дней, родившегося в сроке 36 недель гестации, весом 2400 грамм. Первичный диагноз установлен при проведении постнатального рентгеновского и ультразвукового исследования. Лапароскопический подход был реализован без конверсии в открытую хирургию. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. В отдаленном периоде наблюдений не регистрировалось рецидивов заболевания.

Выводы. В исследовании представлена возможность выполнения лапароскопического анастомоза у новорожденных с атрезией тощей кишки. Было установлено, что лапароскопия - безопасный и эффективный метод лечения этого состояния.

## **ПЕРОРАЛЬНАЯ ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ МИОТОМИЯ ЖЕЛУДКА (G-РОЕМ) У ПАЦИЕНТА С ВРОЖДЕННЫМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ ПИЛОРОСТЕНОЗОМ – ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ**

*Козлов Ю.А., Смирнов А.А., Распутин А.А., Барадиева П.А., Ковальков К.А. (Иркутск)*

АКТУАЛЬНОСТЬ. Врожденный пилоростеноз у новорожденных и младенцев традиционно лечится с использованием лапароскопии. В качестве альтернативы хирургической пилоромиотомии для лечения врожденного пилоростеноза была предложена новая методика - пероральная подслизистая пилоромиотомия или пероральная эндоскопическая миотомия желудка (G-РОЕМ). Недавно эта эндоскопическая операция стала использоваться у взрослых пациентов для лечения пареза желудка. В исследовании мы впервые демонстрируем технику и краткосрочные результаты G-РОЕМ у младенца.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Пероральная подслизистая пилоромиотомия была впервые проведена в нашей больнице в августе 2018 года. Это был ребенок в возрасте 1 месяца, вес которого составлял 4200 граммов. При поступлении у него была рвота в течение 5 дней и незначительный дефицит массы тела. Диагноз пилоростеноза был подтвержден при



ультразвуковом исследовании брюшной полости. Толщина мышечного слоя привратника составила 7 мм. Пациенту была выполнена полная эндоскопическая пероральная подслизистая пилоромиотомия. Техника этой операции заключалась в создании подслизистого туннеля на расстоянии 4 см перед привратником и рассечении гипертрофированного мышечного слоя с помощью электрокоагуляционного ножа в виде разреза Рамштедта. По окончании операции было выполнено закрытие разреза слизистой оболочки с использованием специальных зажимов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Оперативное время составило 65 минут. Интраоперационные осложнения - кровотечение и перфорация слизистой оболочки - отсутствовали. Пациент начал принимать пищу через 6 часов после операции. Время перехода на полное энтеральное питание составило 24 часа. Младенец был выписан из больницы на следующий послеоперационный день в хорошем состоянии. Во время наблюдения мы не регистрировали ранние и поздние послеоперационные осложнения - рецидив и неполную миотомию. На теле пациента отсутствовали даже минимальные рубцы.

**ВЫВОДЫ.** Пероральная подслизистая пилоромиотомия представляет собой технически осуществимую, безопасную и успешную процедуру лечения врожденного гипертрофированного пилоростеноза у новорожденных и младенцев. Необходимо провести дополнительное сравнительное исследование, чтобы сопоставить этот метод с лапароскопической пилоромиотомией.

## **ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАХЕОПЕКСИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРАХЕОМАЛЯЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА**

*Козлов Ю.А., Распутин А.А., Барадиева П.А., Ковальков К.А. (Иркутск, Кемерово)*

**Актуальность.** Трахеомаляция у новорожденных и младенцев представляет существенную хирургическую проблему. До настоящего времени существовал единственный эффективный метод лечения трахеомаляции – аортопексия. В настоящей научной работе представлен первоначальный опыт выполнения нового хирургического вмешательства у новорожденного с атрезией пищевода и трахеомаляцией - задней трахеопексии с использованием торакоскопии.

**Материал и методы.** В центре хирургии новорожденных Ивано-Матренинской детской клинической больницы города Иркутска находился на лечении новорожденный мальчик весом 2720 грамм, появившийся на свет в сроке гестации 40 недель. Диагноз аномалии пищевода был установлен пренатально на сроке гестации 33 недели. С момента рождения ребенок испытывал дыхательные расстройства, которые усиливались во времени. Трахеобронхоскопия установила, что респираторные проблемы, были обусловлены трахеомаляцией. Показанием для задней трахеопексии было наличие тяжелых респираторных нарушений, обусловленных полным пролапсом мембранозной части трахеи. Задняя трахеопексия выполнена путем наложения 2 швов PDSII 5/0 между мембранозной частью трахеи и передней продольной связкой позвоночного столба так, что задняя стенка трахеи фиксировалась к позвоночнику на протяжении около 1,0 см. Следующим этапом производилась наложение анастомоза пищевода.

Результаты. Операция одновременной торакоскопической коррекции атрезии пищевода и трахеомалиции не сопровождалась осложнениями. Продолжительность хирургического вмешательства составила 85 минут. Задняя трахеопексия не вызвала дополнительных трудностей при наложении анастомоза пищевода. Длительность искусственной вентиляции легких после операции составила 1 сутки. Деканюляция трахеи была выполнена на 3 сутки после операции. Питание через рот стартовало на 7 послеоперационный день. На 10 сутки жизни выполнена трахеобронхоскопия, которая продемонстрировала полное открытие просвета трахеи с минимальным пролапсом мембранозной части во втором сегменте трахеи. Наблюдение за пациентом на протяжении 5 месяцев не обнаружило у него нарастания симптомов дыхательных расстройств.

Выводы. Описание клинического случая продемонстрировало возможность выполнения задней трахеопексии для лечения трахеомалиции у пациентов с атрезией пищевода. Было показано, что эта операция может быть выполнена торакоскопическим способом одновременно с конструированием анастомоза пищевода.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЁННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

*Койнов Ю.Ю., Грамзин А.В., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Кривошеенко Н.В. (Новосибирск)*

Правильный подход к лечению детей с пилонидальными заболеваниями и приобретённой патологией аноректальной области уменьшает риски возникновения рецидивов и улучшает социальную адаптацию.

В детском хирургическом отделении в период с 2016 по 2018 гг. пролечено 103 ребёнка с различной патологией аноректальной области ( без учёта детей с атрезией прямой кишки). Среди них дети с эпителиальным копчиковым ходом-9, пилонидальной кистой- 2; дети с различными формами парапроктита- 31; пациенты с параректальными свищами- 45; хронический геморрой 3 стадии-6; выпадение слизистой прямой кишки -10 детей. Возраст: от 14 дней до 16 лет, из них -72 мальчика, 31 девочка. При лечении детей с пилонидальными заболеваниями выполнялось иссечение свища (кисты) с ушиванием раны. Рецидив в 1 случае, что потребовало повторной операции. Операция Габриэля выполнялась детям с острым парапроктитом ( подкожные и подслизистые формы). Преобладали дети периода новорожденности и грудного возраста. Рецидив в 3-х случаях, выполнены повторные операции. Детей с параректальными свищами-59. Все случаи после перенесённого острого парапроктита( без или с операцией). Консервативная терапия проводилась в том случае, если отсутствовала клиника непрерывно рецидивирующего парапроктита. Данная терапия была эффективна у 14 пациентов, которым не потребовалось хирургического вмешательства. Остальным выполнялось оперативное пособие- иссечение свища( 20 детей до 1 года , 11- после 1 г.). Хронический геморрой подвергался оперативному лечению в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии. Таких пациентов 6. Все дети в возрасте 13-16 лет. Оперативное пособие-геморроидэктомии по Миллигану-Моргану. 10 случаев выпадения слизистой прямой кишки 2-3 ст., потребовавшие выполнения склеротерапии параректальной клетчатки по Мезеневу 70 % этиловым спиртом. В 2-х случаях мы наблюдали рецидив, что потребовало повторной процедуры.

Таким образом, пилонидальные заболевания и хронический геморрой 3 ст. требуют только оперативного лечения. Консервативная терапия параректальных свищей эффективна в 30 % случаев и, в основном, у детей до 1 года. Детям с выпадением слизистой прямой кишки, при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течении 5-6 месяцев, показана склеротерапия параректальной клетчатки.

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

*Койнов Ю.Ю., Грамзин А.В., Цыганок В.Н., Кривошеенко Н.В., Павлушин П.М. (Новосибирск)*

Вопрос выбора метода оперативного лечения у детей с аноректальными мальформациями не потерял своей значимости. Встречаемость приблизительно 1:5000 новорожденных. Данные из литературных источников, свидетельствуют также о том, что неудовлетворительные результаты возникают вследствие неправильной диагностики, предоперационной подготовки и выборе объема хирургического вмешательства, что в результате приводит к диагностическим, тактическим и техническим ошибкам, и, как итог, влечет за собой необходимость проведения повторных операций. С 2016 по 2019 гг. в детском хирургическом отделении пролечено 11 детей с различными формами аноректальных мальформаций, ранее оперированные по различным методикам. Показаниями к повторной аноректопластике служили следующие данные: осмотр, идентификация наружного сфинктера с помощью миостимулятора, электромиография мышц тазового дна, ирригоскопия, МРТ или МСКТ органов малого таза. Результаты оценены согласно шкале оценки отдалённых результатов лечения аноректальных мальформаций (A.Holschneider). К неудовлетворительным результатам мы отнесли: отсутствие самостоятельного стула; консистенция стула; недержание кала постоянное; отсутствие позыва на дефекацию; отсутствие способности удерживать; необходимость в постоянном приёме препаратов. По гендерной принадлежности: 3 мальчика (2 ректопромежностные фистулы, 1 ректоуретральная фистула), и 8 девочек (ректовестибулярные фистулы). Возраст детей: 4-8 лет-5, 8-14 лет.-6. Оперативные вмешательства всем пациентам были выполнены в объёме аноректопластики из переднего сагиттального доступа. Послеоперационные осложнения наблюдались у 2-х пациентов: частичная несостоятельность швов промежности (выполнено наложение вторичных швов); ретракция прямой кишки (превентивная колостомия, повторная аноректопластика). Послеоперационные результаты оценены по той же шкале. Минимальные сроки наблюдения 6 месяцев, максимальные – 3 года. У 8 детей мы наблюдали хорошие результаты с хорошей социальной адаптацией (10-12 баллов), у 3-х детей-удовлетворительные результаты с ограниченной социальной адаптацией (8-9 б.). Таким образом, дети, ранее оперированные по поводу аноректальных мальформаций, но имеющие выраженные функциональные нарушения, относятся к сложной группе пациентов, которые требуют комплексного обследования и определения дальнейшей тактики. При выборе метода оперативного лечения у таких детей передняя сагиттальная аноректопластика является приемлемым методом с хорошими послеоперационными результатами.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АРТЕРИОВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

*Комелягин Д.Ю., Петухов А.В., Яматина С.В., Галибин И.Е., Иванов А.В., Дубин С.А., Владимиров Ф.И., Громова Т.Н., Благих О.Е. (Москва)*

Актуальность. Отсутствует алгоритм диагностики и лечения детей с артериовенозными мальформациями головы и шеи.

Материалы и методы. С 2013 по 2019 гг пролечено 9 детей, средний возраст больных - 9,7 лет. У 2 детей - одностороннее поражение мягких тканей головы и шеи, у 1 - одностороннее поражение мягких тканей лица, волосистой части головы, костей свода черепа, у 6 - одностороннее поражение мягких тканей и челюстных костей (1 пациент - поражение верхней челюсти, 5 - нижней челюсти). 1 ребёнок поступил по экстренным показаниям в связи с профузным кровотечением из полости рта, 2 - переведены из других больниц по срочным показаниям после перенесённого профузного кровотечения из полости рта, 6 - госпитализированы в плановом порядке. Обязательные методы обследования - исследование свёртывающей системы крови, УЗИ мягких тканей в области мальформации, ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи, транскраниальная доплерография, МРТ и КТ головы и шеи с в/в введением контрастного вещества. Завершающий этап обследования - каротидная ангиография. 1 ребёнку в экстренном порядке из-за профузного кровотечения из полости рта выполнялась внутритканевая эмболизация патологических костных полостей клеем гистоакрил с последующей эндоваскулярной окклюзией и операцией. 8 детей оперированы в плановом порядке, 6 из них - в два этапа. Первым этапом проводилась селективная эмболизация питающих патологический очаг сосудов. Вторым - удаление патологических тканей. Время между первым и вторым этапом - 1-2 дня.

Результаты и обсуждение. Хороший результат был достигнут у 8 детей (88,9%). 1 ребёнок умер в связи с развитием генерализованного отёка головного мозга. Хорошим считался результат, при котором патологические ткани удалены в максимально возможном полном объёме, отсутствовали кровотечения, функциональные нарушения.

Выводы и рекомендации. Лечение данной группы детей проводится сразу при постановке диагноза. Обследование и лечение таких детей должно проходить по строгому алгоритму и носить междисциплинарный характер.

### **ОРГАНИЗАЦИЯ ОТДЕЛЕНИЯ «ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ» МОРОЗОВСКОЙ ДГКБ г. МОСКВЫ**

*Корочкин М.В., Кравчук С.В., Поддубный Г.С., Тарусин Д.И., Мурчина А.Н., Гурзо Ю.Д., Корнюшко А.Ю., Гридина Л.Ю. (Москва)*

Стационар-замещающие формы организации и оказания медицинской помощи являются одним из прогрессивных ресурсосберегающих методов повышения качества и доступности медицинских услуг.

В нашей клинике организовано полноценное, полностью автономное отделение «Хирургический стационар кратковременного пребывания».

Госпитализация в отделение составляет 30 % от всей плановой хирургической госпитализации.

В нашем отделении представлено самое большое количество профилей оказания медицинской помощи: детская хирургия, детская урология-андрология, челюстно-лицевая хирургия, акушерство и гинекология, оториноларингология, офтальмология и травматология-ортопедия.

Для большей доступности специализированной плановой хирургической помощи график работы отделения организован по принципу «7 дней в неделю, 365 дней в году».

За период с февраля 2017 по январь 2019 года в отделении выполнено 5675 операций. Особенностью отделения является выполнение лапароскопических операций. Разработан собственный уникальный алгоритм анестезиологического пособия с использованием двухпросветной ларингеальной маски с портом для установки назогастрального зонда, без применения миорелаксантов и наркотических анальгетиков.

За отчетный период выполнено 1119 лапароскопических операций. Из них 414 операций детям с паховыми грыжами, 659 - по поводу варикоцеле, 46 по поводу синдрома непальпируемого яичка.

Преимуществами данной формы оказания медицинской помощи являются: минимальные сроки госпитализации (среднее время пребывания составляет 6-8 часов), самые современные методы хирургического лечения, безопасная анестезия, комфортное совместное пребывания родителей и детей, удобный график работы.

Еще одно очень важное обстоятельство, это оплата законченного случая госпитализации. Тарифное соглашение с фондом ОМС предусматривает оплату полной стоимости МЭСа, что имеет огромное значение для многопрофильного стационара, исключая финансовые потери при сокращении сроков госпитализации.

В связи с вышеизложенным, хирургический стационар кратковременного пребывания, на наш взгляд является «золотым стандартом» оказания специализированной помощи детям с плановой хирургической патологией.

## **НАШ ОПЫТ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ**

*Котловский В.И., Досмагамбетов С.П., Джениалаев Б.К., Роскидайло Е.В., Сатыбалдиев К.Ж. Гутарев А.А. (Казахстан, Актобе)*

Актуальность. К хирургическим заболеваниям диафрагмы детского возраста относятся истинные диафрагмальные грыжи (ИДГ), ложные диафрагмальные грыжи Богдалека (ЛДГ), парастеральные грыжи Морганьи (ПСГ) и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). С внедрением в детскую хирургическую практику эндовидеохирургических технологий возник интерес к эндохирургическим методам лечения заболеваний диафрагмы.

Цель исследования. Оценить возможности применения эндохирургических методов лечения заболеваний диафрагмы у детей.



Материалы и методы исследования. Всем пациентам проводилось тщательное клинико-лабораторное обследование. Ведущими для диагностики ДГ являлись: рентгенография грудной клетки, КТ, МРТ, при которых органы брюшной полости обнаруживались в плевральных полостях. При ГПОД кроме рентгенографии грудной клетки, КТ, МРТ, весьма информативной являлась фиброгастродуоденоскопия, при которой определялись явления эзофагита, зияние кардиального жома и его смещение выше ножек диафрагмы.

Результаты. В период с 2008 по 2019 год нами выполнено 42 эндохирургических вмешательств по поводу хирургических заболеваний диафрагмы у детей .

Таблица 1. Результаты

	Нозология	Кол-во	%	осложнения
1	Истинная диафрагмальная грыжа	10	(24%)	0
2	Ложная диафрагмальная грыжа	6	(14%)	Летальность - 2(4,7%) от общего числа ДГ 33% от всех ЛДГ
3	Парастеральная грыжа	2	(4,8%)	0
4	ГПОД	24	(57,2%)	Дисфагия - 1 пациент
5	Всего	42	100%	3 (7%)

Выводы. Эндохирургические методы представляет собой хорошую альтернативу «открытым» операциям. Они позволяют значительно снизить операционную нагрузку, улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов.

## **НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КИСТЕ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ**

*Котловский В.И., Ергалиев А.Е., Досмагамбетов С.П., Дженалаев Б.К., Роскидайло Е.В., Латыпов Н.И. (Казахстан, Актобе)*

Актуальность. Киста общего желчного протока является редким врожденным заболеванием детского возраста. Оно сопровождается мешковидным расширением гепатикохоледоха. Лечение хирургическое. Большинство авторов в настоящее время рекомендуют полное иссечение наружных желчевыводящих путей с формированием гепатико-еюно анастомоза на Руех-петле.

Материалы и методы исследования. Для постановки диагноза кисты холедоха наряду с клиническими данными выполнялось УЗИ, КТ с контрастированием, МРТ в режиме «холангио», рентгенологическое исследование желчевыводящих путей путем их прямого контрастирования. Оперативное вмешательство производилось с помощью эндохирургического оборудования компании “Karl Storz” с использованием видео системы “SPICE”. На первом этапе выделяли желчный пузырь. Используя его как «держалку», выделяли гепатикохоледох с кистой. Дистальную его часть у впадения в двенадцатиперстную кишку перевязывали и отсекали, проксимальную отсекали на 1-1,5 см дистальнее конфлюэнции. Затем пересекали тощую кишку на расстоянии 15 см от связки Трейца. На расстоянии 50-60 см отводящей петли тонкой кишки накладывали энтеро-энтеро анастомоз

«конец в бок» ручным экстракорпоральным однорядным узловым швом (монокрил 4/0). Заглушенный конец тощей кишки через окно в мезоколон подвели к воротам печени. Гепатико-еюно анастомоз формировали 8-10 узловыми, однорядными, экстракорпоральными, швами (PDS 5/0).

Результаты. За истекший период времени с применением лапароскопической техники нами выполнено 12 операций по поводу кисты холедоха. Возраст пациентов колебался от 6 месяцев до 14 лет. Из них 5 мальчиков и 7 девочек.

Вид операционного доступа	Количество пациентов	Среднее время операции	осложнения	Длительность пребывания в РО	Длительность пребывания в стационаре
1 Лапароскопия и мини разрез	5	3 часа 40 мин	Стриктур гепатико-еюно анастомоза - 1	6, 4 суток	26 суток
2 Лапароскопия	7	4 часа 10 мин	Стриктур гепатико-еюно анастомоза - 1	5, 2 суток	23 суток

Заключение. Удаление кисты холедоха у детей лапароскопическим и гибридным доступом является сложной реконструктивной операцией, требующей высокого уровня владения эндохирургической техникой оперирования. Преимущества лапароскопического доступа перед гибридным не является очевидным. Требуется накопление достаточного опыта подобных операций для преодоления кривой обучения и объективной сравнительной оценки ее результатов.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЕЛОПЛАСТИКА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ 2D, 3D, 4K ВИДЕОСИСТЕМ**

*Котловский В.И., Тусупкалиев А.Б., Мирманов А.А., Роскидайло Е.В. Жалмухамбетов К.К (Казахстан, Актобе)*

Актуальность. Врожденный гидронефроз встречается с частотой от 3 до 4,7% на 1000 новорожденных.. О первом успешном опыте лапароскопической пиелопластики сообщил в 1993 году Schuessler W.W. Первую лапароскопическую пиелопластику ребенку выполнили в 1995 году Peters С.А. с соавторами.

Цель исследования. Сравнить результаты лапароскопической пиелопластики у детей, выполненных с помощью 2D, 3D, 4K систем визуализации.

Материалы и методы. Операцию выполняли с помощью инструментов и оборудования компании “Karl Storz” (Германия). В качестве двухмерной видеосистемы использовали модуль, головку камеры, видеомонитор системы “SPIES” компании “Karl Storz”. Трехмерная эндовидеосистема компании “Karl Storz” использовалась нами с ноября 2015 года. С 2018 года нами выполнены пробные операции с использованием видеосистемы сверхвысокой четкости 4K UHD компании «Olympus».

Результаты. Лапароскопическая пиелопластика выполняется в нашей клинике с 2011 года. За рассматриваемый период времени произведено 68 подобных операций. При этом, в 36 случаях применены 2D видеокамеры, как SD, так и HD формата. У 30 пациентов

использовалась 3D Full HD видеосистема. Лапароскопические пиелопластики с применением эндовидеокамеры формате 4К выполнены 2 пациентам. Случаев конверсии не было. Клинически значимых интраоперационных и послеоперационных осложнений не отмечено. Рецидивов гидронефроза в рассматриваемой группе пациентов не наблюдали. Данные представлены в таблице.

Таблица. Результаты

№	Исследуемые показатели	2DSD	3DHD	4KUSD
1	Количество операций	36	30	2
2	Средний возраст пациентов	5,8 (±3,6) лет	6,0(±4,1) лет	28
3	Продолжительность операции	182 (±44) мин	157 (±32) мин	120
5	Пребывание в ОРИТ	2,6 (±1,2) суток	1,9 (±0,7) суток	-
6	Длительность пребывания на койке в п,о периоде	14,5 (±7,1)к/д	12,7 (±4,6) к/д	12 к/д
7	Длительность дренирования зоны анастомоза	7,6 (±3,1) сут	5,6 (±2,1) сут	6 сут
8	Интраоперационные осложнения	0	0	0
8	Обострение пиелонефрита	4	3	0
9	Рецидивы за 5 лет наблюдения	0	0	0

Выводы. Наш опыт выполнения лапароскопической пиелопластики с применением 2D, 3D, 4K эндовидеокамер показал, что новые системы визуализации 3D, 4K формата улучшают результаты лечения, позволяет сократить время операции и длительность пребывания на койке.

## **ПРИЧИНЫ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ**

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

Актуальность. В детской практике к резекции желудка прибегают редко. Показанием к ней у детей обычно бывают нарушения проходимости в пилорическом отделе (врожденные и приобретенные), кровотечения, не поддающиеся консервативной терапии, злокачественные опухоли желудка.

Цель работы. Анализ причин резекции желудка у детей.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом резекции желудка у 6 детей. Один ребенок имел врожденную патологию – удвоение желудка, двое - страдали нарушением проходимости в пилородуоденальном сфинктере на почве стеноза, развившегося после химического ожога желудка, у двух пациентов причиной резекции желудка явилось некупированное консервативными методами гастродуоденальное кровотечение (в одном случае с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы, а в другом – наличие множественных язв луковицы двенадцатиперстной кишки). У одного больного показанием к резекции послужила саркома желудка. Возраст детей колебался от 3 до 14 лет.

Результаты. В зависимости от патологии в дооперационном периоде детям проводилось обследование рентгенологическим методом с изучением рельефа слизистой желудка и динамики пассажа бария по пищеварительному тракту, фиброэзофагогастродуоденоскопия с определением рН в различных отделах желудка. У детей с язвенным кровотечением предпринимались попытки эндоскопической остановки кровотечения, эффект от которых был кратковременным.

Всем детям произведена резекция желудка по Бильрот – II в модификации Гофмейстера – Финстерера. В послеоперационном периоде умер один ребенок с саркомой желудка. Пятеро больных наблюдались после резекции желудка в течении 10 – 18 лет: качество жизни пациентов хорошее, осложнений, связанных с проведенной операцией, нет.

## **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТОМ У ДЕТЕЙ**

*Кошурников О.Ю., Потапенко В.Ю., Мизачева Л.В. (Екатеринбург)*

Актуальность: современное понимание вопроса стомирования диктует соблюдать принцип - достойное качество жизни пациента при необходимости длительного персистирувания стомы. Эвагинация стомы (пролапс) является одним из частых и серьезных осложнений, так как несет потенциальную угрозу жизнеспособности стенки кишечной стомы за счет острого циркуляторного нарушения и составляет до 40% среди осложнений у носителей стом.

Материал и методы: С 2014 по 2018г. формирование кишечной стомы на разных уровнях выполнено у 162 детей в возрасте от 2 суток до 17 лет. Преимущественно пациенты представлены мальчиками до 65%. Оперативные вмешательства с последующим формированием интестинальных стом выполняются по поводу различных нозологических форм: аноректальные мальформации, врожденные пороки развития кишечника (болезнь Гиршпрунга, атрезии кишечника), некротизирующий энтероколит и другие. С целью профилактики и лечения непрерывно рецидивирующей эвагинации стомы придерживаемся следующих принципиальных технических моментов: выбор сегмента кишки для стомы с наименьшей мобильностью ее брыжейки (например, переходная зона нисходящего и сигмовидного отдела толстой кишки), при необходимости выведения мобильной петли тонкой кишки применяем энтеропексию данной петли (фиксация участка стенки по противобрыжечному краю на расстоянии 4-6 см от устья стомы в проксимальном направлении), создание из стенки кишки «хоботка» по периметру кишечного отверстия.

Результат: Частота пролапса интестинальной стомы составляла до 20%, с 2017г. применяем энтеропексию, особенно при первичном формировании тонкокишечных стом и рецидиве пролапса стомы. После энтеропексии случаев пролапса кишечной стомы не наблюдалось.

Выводы: при первичном формировании интестинальных стом и лечении пролапса стомы соблюдение ряда принципов интраоперационного этапа, особенно энтеропексии, снижает риск пролапса.

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

*Кривошеенко Н.В., Грамзин А.В., Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Коробейников А.В., Койнов Ю.Ю. (Новосибирск)*

Патология органов грудной полости у детей, требующая оперативного лечения, являются актуальной проблемой детской хирургии. Целью работы послужил анализ количества выявленных заболеваний со стороны органов грудной клетки и количество прооперированных детей на базе ГБУЗ НСО «ГНОКБ»

В период с 2013 по 1 квартал 2019 гг. на базе детского хирургического отделения ГБУЗ НСО «ГНОКБ» прооперирован 221 ребенок с различными заболеваниями органов грудной клетки. Среди них диафрагмальная грыжа наблюдалась у 16 пациентов, 129 детей с гемодинамически значимым открытым артериальным протоком, 38 детей с атрезией пищевода, кистами средостения в 5-ти случаях, лобарная эмфизема в 7-ми случаях, кистозно-аденоматозная мальформация в 5-ти случаях, 2 тератомы средостения и секвестрация легкого по 2 случая, нейробластома средостения и гранулема левого главного бронха по 1 случаю,.

За последние 3 года в структуру оперативных вмешательств внедряются минимально инвазивные методы в диагностике и лечении различных заболеваний органов грудной клетки. Основное место в этом принципиально новом подходе к общепринятым операциям в торакальной хирургии детского возраста принадлежит торакоскопической хирургии. При оценке результатов 14 прооперированных детей торакоскопическим способом доказана эффективность данного способа по сравнению с традиционной торакотомией. Это снижение сроков пребывания в стационаре и короткий восстановительный период.

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

## **ВРОЖДЕННЫЙ ПЕРЕДНИЙ ВЫВИХ ГОЛЕНИ У МЕРТВОРОЖДЕННЫХ ПЛОДОВ: МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

*Круглов И. Ю., Румянцев Н. Ю., Клещ Д. С., Румянцева Н. Н. (Санкт-Петербург)*

Актуальность: врожденный передний вывих голени является очень редким заболеванием, и начальные морфологические изменения данного порока развития описаны плохо.

Материалы и методы: изучены 3 самопроизвольно прерванных плода с двусторонним врожденным передним вывихом голени. Первоначально была выполнена МРТ-оценка пораженных конечностей. Затем после фиксации формалином, декальцификации были выполнены гистологические срезы в сагиттальной плоскости.

Результаты: в целом и гистологически 2 коленных сустава являлись врожденными вывихами II степени (подвывих), а 4 коленных сустава были III степени (полный вывих). Коленная чашечка была меньше нормальной и смещена проксимально в суставах с вывихом III степени. Супрапателлярный сумка отсутствовала. Оценка четырехглавых мышц показала, что *m. vastus lateralis* и *m. intermedius* содержат значительный фиброз. Количество мышечных волокон уменьшилось, а их структура была дезорганизована. Передняя крестообразная связка была длиннее нормальной во всех случаях. Данные МРТ также показали комбинацию фиброза четырехглавой мышцы и укорочения.

Выводы: значительный фиброз и укорочение четырехглавой мышцы, недоразвитие супрапателлярной сумки и удлинение передней крестообразной связки были основными патологическими изменениями у плодов с врожденным передним вывихом голени.



## **ВРОЖДЕННЫЙ ПЕРЕДНИЙ ВЫВИХ ГОЛЕНИ: ОТ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И НЕМЕДЛЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДО ОБШИРНОЙ ХИРУРГИИ**

*Круглов И. Ю., Румянцев Н. Ю., Румянцева Н. Н. (Санкт-Петербург)*

**Актуальность:** Врожденный передний вывих голени (ВПВГ)-редкое заболевание, которое впервые описал Chatelaine в 1822 г. Данное состояние не является простым переразгибанием в коленном суставе. Частота встречаемости примерно 1 случай на 100 000 новорожденных. Целью данного исследования являлось рассмотреть возможность ультразвуковой диагностики ВПВГ, а также показать протокол лечения с минимальным использованием хирургических вмешательств.

**Материалы и методы:** В исследование было включено 27 детей (36 ВПВГ). О наличии ВПВГ мы узнавали ещё до рождения от беременных женщин, которым был поставлен этот диагноз по данным ультразвуковой диагностики, в остальных случаях нам поступал срочный звонок из родильного дома. Возраст начала лечения составил от 5 мин до 40 дней. Тяжесть оценивалась по шкалам Tarek и Seringe. Консервативное лечение заключалось в продолжительном вытяжении за голень и сгибании, достигнутый результат фиксировался гипсовой повязкой. При отсутствии вправления выполнялась простая тенотомия сухожилия четырёхглавой мышцы бедра в первые недели жизни. Для полностью невосправимых случаев использовался обширный передний релиз коленного сустава.

**Результаты:** Результаты оценивались на основании стабильности коленного сустава и объема движений. 29 коленных суставов были с отличным результатом, 4-с хорошим, 3- с удовлетворительным и 0 неудовлетворительных.

**Выводы:** Лечение ВПВГ должно быть начато в первые часы жизни. Возможность коррекции уменьшается с каждым днем. Продолжительное ручное вытяжение за голень и сгибание в коленном суставе с последующей гипсовой фиксацией являются методом выбора при немедленном лечении.

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ (КАТАМНЕЗ 25 И БОЛЕЕ ЛЕТ)**

*Круглов И. Ю., Румянцев Н. Ю., Эзрохи В. Е. (Санкт-Петербург)*

**Актуальность:** в настоящее время возрос интерес к проблеме врожденной косолапости. Отдаленные результаты на больших сроках наблюдения публикуются крайне редко. Целью данного исследования является изучить окончательные результаты лечения косолапости в одной группе пациентов с применением различных рейтинговых систем, а также оценить степень лояльности различных систем оценки отдалённых результатов коррекции косолапости.

**Материалы и методы:** 34 пациента с тяжёлой врождённой косолапостью (всего 50 стоп) включены в исследование. Первичные результаты у пациентов данной группы опубликованы в 1997 году. Во всех случаях коррекция начиналась в периоде новорожденности. Показаниями к операции были остаточные деформации стоп. Использовались операции на

мягких тканях из полного/разделённого поперечного доступа «Цинциннати», подтаранный сустав вскрывался не во всех случаях. Возраст пациентов в момент операции составлял от 6 до 16 месяцев. В дальнейшем дополнительные вмешательства были выполнены на 8 стопах (медиальное и/или заднее разьединение в сочетании с наложением аппарата Илизарова).

Результаты и обсуждение: процент отличных и хороших результатов варьировал от 8% до 96%, процент плохих результатов – от 0 до 30%. Использование различных рейтинговых систем для оценки результатов коррекции косолапости делает невозможным сравнение результатов различных серий пациентов. Один и тот же параметр в различных оценочных системах зачастую получает различное количество баллов. Сравнительная оценка нашей группы пациентов с аналогичными сериями других авторов показывает сходные результаты. Окончательное число отличных и хороших результатов коррекции косолапости во многом определяется используемой системой оценки.

Выводы: статистика окончательных результатов лечения косолапости определяется используемой для подсчёта рейтинговой системой. Системы McKay, Seringe и Magone являются наиболее жёсткими, в то время как системы Ghanem, Atar и Laaveg выглядят наиболее лояльными. Процент отличных и хороших результатов в нашей группе колебался от 8% до 96% в зависимости от жёсткости используемой оценочной системы. Исследование демонстрирует, что необходим дальнейший консенсус для выработки стандартов оценки результатов лечения врождённой косолапости. Большая объективность может быть достигнута, если авторы будут оценивать результаты минимум по двум шкалам одновременно: одна может быть более жёсткой (например, шкала Magon), а другая более мягкой (как вариант, шкала Laaveg).

## **ЭХИНОКОККОЗ ПОЧКИ У ДЕВОЧКИ 14 ЛЕТ**

*Кузовлева Г.И., Мусаев Г.Х., Федоров А.К., Салихов Е.Т. (Москва)*

Целью демонстрации клинического случая является акцентирование внимания, что больные с эхинококкозом нуждаются в длительном катamnестическом наблюдении.

Материалы и методы. Больная Э., 14 лет 5 мес. Анамнез: В возрасте 3 лет был контакт с домашними животными. В 2011 г. по месту жительства (г. Бишкек, Киргизия) установлен диагноз: Эхинококкоз легкого. Выполнена эхинококкэктомия правого легкого. Проведен курс противопаразитарной химиотерапии. Наблюдалась амбулаторно, проводилось серологическое обследование, результат проб отрицательный. В августе 2018 г – жалобы на боли в поясничной области слева, изменения качества мочи. В общем анализе крови - эозинофилия до 7,8%. При УЗИ левой почки: лоханка расширена до 23 мм, в паренхиме выявлены множественные анэхогенные образования 5-38 мм. Госпитализирована с диагнозом: инфекция мочевых путей. Множественные кисты левой почки. Пиелоектазия слева. При КТ с контрастированием: левая почка увеличена в размерах. Определяются три сливающихся между собой многокамерные жидкостные образования, с неровными контурами, размерами – 6, 3,5 и 4 см в диаметре. Секреторно-выделительная функция резко снижена. При иммунологическом исследовании на эхинококкоз – резко положительная реакция. Выполнено оперативное вмешательство: цистоуретроскопия; уретероскопия слева

(выявлена эхинококковая киста в просвете мочеточника, Дренировании лоханки левой почки внутренним стентом, люмботомия, эхинококкэктомия левой почки.

Противопаразитарная химиотерапия с 3 суток п/о периода Албендазолом в течение 3 мес.

Результаты: Проведен курс лечения, клинический эффект достигнут, больная выписана с выздоровлением из стационара с рекомендациями амбулаторного наблюдения (до 18 лет), регулярного серологического обследования и продленной химиотерапии. При контроле УЗИ через 6 мес - остаточных полостей в паренхиме не выявлено. Толщина паренхимы 12-15 мм, кровоток в почке не обеднен

Обсуждение: Эхинококкоз может рецидивировать через несколько лет после первичной инвазии в органы редкой локализации, несмотря на кажущееся выздоровление.

## **ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАПРОКТИТОВ И ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ**

*Кузьмин А.И., Мунин А.Г., Барская М.А., Терехина М.И., Скрипичин Н.А. (Самара)*

Дети с острыми и хроническими парапроктитами составляют до 3% от всех стационарных больных с гнойной хирургической инфекцией. Невозможно выбрать правильную тактику лечения без установления этиопатогенетического звена острого и хронического парапроктита у детей.

Проведен анализ лечения 218 детей с острыми парапроктитами и 39 – с хроническими, находившимися на лечении в отделении гнойной хирургии СОКБ в 2014-2018 г. Проводилось изучение анамнеза, идентификации возбудителя из очага парапроктита, исследования кала на условно-патогенную флору (УПФ), исследования грудного молока на стерильность, УЗИ и КТ перианальной области, гистологическое исследование операционного материала, фистулография.

Из 218 пациентов с острым парапроктитом в возрасте до 1 года было 142 ребенка, с хроническим – 13. От 1 года до 14 лет с острым парапроктитом было 76 детей, с хроническим – 26. Отмечалось преобладание пациентов с подкожным и подкожно-подслизистым парапроктитами – до 95,5%. Преимущественной локализацией свища при хроническом парапроктите являлась интрасфинктерная (26 детей). При микробиологическом исследовании из очага у детей с острым парапроктитом и хроническим парапроктитом преобладали *E.coli* (49,7%) и *Klebsiella* (18,3%), при исследовании кала на УПФ - *E.coli haemolit.* (28,2%) и *Klebsiella* (19,2%). Наличие дисбиоза с инфицированием в крипты и протоки анальных желез вызывало воспалительный процесс в околопрямокишечной клетчатке. Причиной хронизации парапроктита явилась реинфекция из внутреннего отверстия свища. Наиболее частая локализация гнойника и наружного отверстия параректального свища по циферблату на 3–5 часах и 7–9 часах. При УЗИ выявлялись образование неоднородной структуры без кровотока с наличием мелкодисперсной взвеси, при хроническом парапроктите – наличие трубчатого образования, связанного с прямой кишкой. Основным оперативным вмешательством у детей с острым парапроктитом являлась операция Габриэля, у 26 детей с хроническим парапроктитом – иссечение свища, консервативное лечение у 8 пациентов. У 5 больных с хроническим парапроктитом выполнялась операция Габриэля.

Рассматривая острый парапроктит как первый этап образования свищевого хода (свищевой абсцесс), операция Габриэля является патогенетически обоснованной, так как при этом исключается одно из звеньев патогенеза – развитие параректального свища.

Длительное существование параректального нагноительного процесса на фоне дисбиоза у детей грудного возраста является опасным для их здоровья и жизни.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИТОНИТОМ В САНАТОРИИ «КРАСНОУСОЛЬСК»**

*Кутуев Г.Р., Хакимова Л.С., Гумеров А.А., Алибаев А.К., Солдатов П.Ю. (г.Уфа)*

До настоящего времени уделялось недостаточное внимание использованию курортных факторов для реабилитации детей, оперированных по поводу аппендикулярного перитонита.

Целью нашей работы явилась оценка эффективности лечебных факторов санатория «Красноусольский» при реабилитации детей, оперированных по поводу аппендикулярного перитонита.

Материалы и методы. В исследование были включены 85 пациентов. Мальчиков было 46 и девочек – 39 оперированных в Республиканской детской клинической больнице.

В зависимости от проводимой реабилитационных мероприятий были выделены 2 группы больных сопоставимых по характеру и распространенности перитонита.

1-ую (основную) группу вошли 44 ребенка, которым реабилитация осуществлялась с использованием природных лечебных факторов курорта «Красноусольск».

2-ую (контрольную) группу составили 41 пациента, которым реабилитация проводилась с амбулаторных условиях по месту жительства с использованием медикаментов физиотерапевтических методов лечения.

Санаторно – курортная реабилитация включала климатотерапию, назначение лечебного питания, внутренний прием минеральной воды № 11 и 12 (слабоминеральная гидрокарбонатно-сульфатная кальцево-магниевая), минеральные ванны, грязевые аппликации, лечебную физкультуру, массаж, занятия в бассейне.

Во 2-й группе пациентов для реабилитации были использованы нестероидные противовоспалительные средства, а также физиотерапевтические процедуры и массаж в поликлинических условиях

После проведенного санаторно-курортного лечения во всех группах больных отмечена положительная динамика клинических и параклинических показателей, которая выразилась в улучшении субъективного состояния.

Сравнительное изучение показало, что более значимые изменения наблюдались у детей первой группы по сравнению со второй и третьей группами ( $p < 0,001$ ).

Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения аппендикулярного перитонита у детей указывает на преимущества санаторно-курортной реабилитации перед традиционными методами, о чем свидетельствует уменьшение спаечной непроходимости кишечника и спаечной болезни брюшины более чем в 3 раза, а также выявлены результаты: хорошие - у 65,1% основной, у 49,2% в контрольной группах, удовлетворительные - 34,8% и 42.1% соответственно.

Выводы. Использование местных природных целебных факторов для реабилитации пациентов с патологией после операции является более эффективным способом по сравнению с обычным амбулаторным лечением.

## **САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА**

*Кутуев Г.Р., Гумеров Р.А., Псянчин Т.С., Солдатов П.Ю. (г.Уфа)*

До настоящего времени расходятся мнения о целесообразности санаторно-курортного лечения болезни Пертеса в начальных стадиях. Многие авторы считают, что грязевые аппликации, минеральные ванны способствуют резорбтивным процессам и тем усугубляют развитие импрессии и фрагментации головки бедра.

Цель исследования: изучение влияния санаторно-курортных факторов и выявление особенностей результатов санаторно-курортного лечения в детской санатории «Красноусольский».

Материалы и методы. В работе представлен анализ результатов лечения 51 пациента с болезнью Пертеса до и после санаторно-курортного лечения в детской санатории «Красноусольский». Возраст больных колебался от 5 до 14 лет. Мальчиков было - 38, девочек - 13. Анализ клинических данных, результатов УЗИ, МРТ и рентгенографии при болезни Пертеса до и после санаторно-курортного лечения у 51 детей в возрасте от 6 до 14 лет.

Из них I стадия болезни наблюдалась у 6 детей, II - у 9, III - у 20, IV и V - у 16 детей. До поступления в санаторий все дети обследовались и проходили лечение в отделении ортопедии и травматологии РДКБ. Проводилась разгрузка тазобедренного сустава – ходьба на костылях с опорой на здоровую ногу, манжеточное вытяжение голени, массаж нижних конечностей, ЛФК, физиолечение (магнитотерапия, электрофорез), сосудистые препараты.

В санаторий поступили в сроки от 3 мес. до 1 года после выписки из стационара. Основными лечебными факторами санатория являются климатический фактор, грязевые аппликации, минеральные ванны, питьевая вода «Красноусольская», массаж. Для оценки эффективности санаторно-курортного лечения нами оценивались самочувствие и общее состояние детей, исчезновение или уменьшение астеноневротического синдрома, болей, сроки восстановления функции тазобедренного сустава.

После проведенного санаторно-курортного лечения у всех больных отмечена положительная динамика клинических и параклинических показателей, которая выразилась в улучшении субъективного состояния. У подавляющего большинства детей (82,4%) исчезли боли в тазобедренном суставе и хромота, увеличились объем движения. Только у 17,6% случаев сохранились жалобы на незначительные периодические боли, усиливающиеся при физической нагрузке.

Таким образом, разработанная комплексная санаторно-курортная терапия, включающая питьевую воду источника «Красноусольский» и бальнеогрязелечение, а также минеральные ванны, способствует уменьшению клинических проявлений болезни Пертеса и восстановлению функции тазобедренного сустава, а также структуры головки бедренной кости.

## **ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ**

*Кумарова А.Ж., Пиримбетов Н.А. (Казахстан, Актобе)*

Актуальность. Ожоги пищевода химическими соединениями у детей - самый частый вид травматического повреждения пищевода (Рукевич С.Г. и соавт., 2014). Этот вид травмы дает



зачастую серьезные осложнения - послеожоговые рубцовые сужения, и в некоторых случаях приводит к летальным исходам. Цель исследования: изучить влияния дексаметазона на частоту развития рубцовых сужений пищевода. Материалы и методы. Лечение детей с химическими ожогами пищевода проводилось по разработанной в клинике схеме, включающей в себя дезинтоксикационную, инфузионную и антибактериальную терапию. Комплекс лечения включал также применение дексаметазона из расчета 0,5 мг/кг/сутки 1 раз в сутки в течение 3-х дней. Кроме того, проводилось адекватное обезболивание, включающее блокаду 0,5% раствором новокаина тройничного нерва, с целью воздействия на поврежденную слизистую пищевода использовали Кызыл май. По указанной методике нами проведено лечение 14 больных детей в возрасте 1-3 года со 2-3 степенью ожога пищевода. В контрольную группу вошли 12 больных, такого же возраста, со 2-3 степенью ожога, получивших лечение, кроме дексаметазона. Эзофагоскопия проводилась на 7-14 дни после получения химического ожога пищевода. При химическом ожоге 2 степени 4 больных основной группы и 2 больных контрольной группы были выписаны после второй эзофагоскопии. При химическом ожоге пищевода 3 степени проводилось профилактическое бужирование пищевода возрастным бужом. Контроль эффективности проводимого лечения включал: эзофагоскопию, клинический анализ крови на 1-3-5-10 сутки с подсчетом ЛИИ по Кальф-Калифу, исследование С-реактивного белка на 1-5-10 сутки, исследование кортизола на 1-5-10 сутки. Результаты исследований. Уровень кортизола в крови у больных сразу после получения ожога в обеих группах был ниже нормы, но у больных основной группы отмечается на 5 и 10 день более отчетливое повышение кортизола в сравнении с больными контрольной группы. Рубцовое сужение пищевода развилось у 3 больных основной группы и 6 больных контрольной. Заместительная терапия недостаточности глюкокортикоидов уменьшает вероятность развития рубцовой ткани пищевода.

Заключение. Таким образом, предварительные наши результаты показывают, что применение дексаметазона в комплексном лечении химических ожогов пищевода может снизить частоту развития рубцовых сужений.

## **ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ЛИМФОРЕИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Кучеров Ю.И., Адлейба С.Р. (Москва)*

На базе хирургии новорожденных ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского за период с сентября 2017г по декабрь 2018г было 6 детей с лимфореей, из них 4 детей с хилотораксом, и 2 детей с хилоперитонеумом. Возраст детей от 2-х недель до 4-х месяцев.

При поступлении всем детям выполнялось УЗИ плевральной и брюшной полости. Количество жидкости в полостях в пределах от 80 до 500 мл. После подтверждения, наличия жидкости в плевральной или брюшной полости, выполнялось дренирование полостей с определением характера жидкости. При наличии в исследуемой жидкости лимфоцитов более 70%, триглицеридов более 1.1 ммоль/л. диагностировался хилезный характер отделяемого. Лечение начиналось с консервативных мероприятий, включающих: снятие ребенка с энтерального кормления, перевод на полное парентеральное питание, назначение октреатида (соматостатина), в начальной дозе 5 мкг/кг/час с постепенным увеличением при отсутствии эффекта до 12 мкг/кг/час. Положительным эффектом от консервативной терапии считалось уменьшение количества отделяемого из полостей. Энтеральное питание назначали детям только через неделю, после окончания истечения жидкости из полостей, расщепленными смесями, по 1-2 мл дробно, с постепенным увеличением объема кормления.

При отделении жидкости более 50 мл/кг/сут и/или неэффективности консервативной терапии в течении 2 недель, ставились показания к оперативному вмешательству. Выполнение оперативного вмешательства при хилотораксе из 4 пациентов потребовалось в 2-х случаях, выполнялось клипирование грудного лимфатического протока. При хилоперитонеуме из 2 детей оперативное вмешательство выполнено у одного.

Для клипирования грудного лимфатического протока выполнялась торакоскопия справа, в грудную полость устанавливались 2 -3 мм и 1-5 мм троакары, позади пищевода (сразу над диафрагмой) из окружающих тканей выделялся грудной лимфатический проток и накладывалась пластиковая клипса Hem-o-lock. В обоих случаях оперативное вмешательство прошло успешно, лимфорея полностью прекратилась на 3 сутки.

При выполнении оперативного вмешательства при хилоперитонеуме большие проблемы возникают при визуализации поврежденного лимфатического протока в брюшной полости. Введение жирорастворимых эмульсий с метиленовым синим через рот перед оперативным вмешательством, не помогает визуализации поврежденного лимфатического протока.

В последнем случае, при лечении хилоперитонеума, мы выполнили верхне-поперечную лапаротомию справа, мобилизацию 12 перстной кишки по Кохеру. В забрюшинном пространстве выделена нижняя полая вена и брюшной отдел аорты, визуализированы множественные нитевидные лимфатические протоки, которые были перевязаны. Место оперативного вмешательства обработано гемостатическим порошком PerClot. После операции состояние ребенка с положительной динамикой, истечение хилезной жидкости прекратилось.

Выводы: 1. При наличии хилоторакса или хилоперитонеума устанавливаются дренажи и проводится консервативная терапия в течении 2 нед, при положительной динамике в виде уменьшения лимфорей, консервативное лечение продолжается до 1 мес. 2. При большом количестве отделяемой хилезной жидкости, более 50 мл/кг/сут и невозможности компенсировать потери инфузионной терапией, ставятся показания к более раннему оперативному вмешательству. 3. Торакоскопия - метод выбора при клипировании грудного лимфатического протока.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ**

*Ли И.Б., Степанова Н.М., Кайгородова И.Н., Стальмахович В.Н., Страшинский А.С. (Иркутск)*

Хирургическое лечение опухолей печени у детей является самым эффективным и радикальным методом, определяющим прогноз заболевания.

Цель: анализ результатов хирургического лечения опухолей печени у детей.

Материалы и методы. 13 случаев оперированных опухолей печени по материалам ИГОДКБ за 2014-2019 г.г.

Результаты. Гендерный состав: мальчики 6(46 %), девочки - 7(54 %). Возраст: 2 мес - 15 лет. Средний возраст-5 лет. Злокачественные опухоли – 9(69%), доброкачественные – 4(31%). В 46% опухоль выявлена при скрининговом УЗИ, у 7(54%) пациентов жалобы на боли в животе, подъёмы температуры, пальпируемую опухоль. Этап обследования содержал УЗИ, МСКТ с болюсным контрастным усилением, кровь на альфа-фетопротеин. В 62% выполнена биопсия опухоли: пункционная под УЗ-навигацией – 5(38%), LAP-биопсия – 3(23%). В 5(38%) случаях выполнено первичное радикальное вмешательство: у 4(31%) детей предполагался доброкачественный характер; у 1 ребенка от биопсии решено воздержаться в связи с выраженной васкуляризацией опухоли. По результатам биопсии злокачественный генез опухоли установлен у 6 (46%) пациентов, что потребовало предоперационной

полихимиотерапии. В 2 случаях первично установленные доброкачественные опухоли (узловая гиперплазия, гамартома) в последующем были окончательно верифицированы как гепатоцеллюлярная карцинома и гепатобластома. Все операции выполнены из лапаротомного доступа: косо-поперечный в правом подреберье (9), поперечная (3) и срединная лапаротомия (1). Объёмы вмешательств: правосторонняя гемигепатэктомия – 1(8%), левосторонняя гемигепатэктомия – 4(31%), сегментэктомия, лобэктомия – 5(38%), атипичные резекции – 3(23%). Морфологическая структура верифицированных опухолей: гепатобластома – 53,8%(7); гепатоцеллюлярная карцинома – 15,4%(2); нодулярная гиперплазия – 15,4%(2); гамартома - 7,7%(1), гемангиома – 7,7%(1). В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Средний срок госпитализации – 22 к/д. Выживаемость в течение 3 лет – 100%.

Заключение. В детском возрасте среди объёмных образований печени чаще встречаются злокачественные опухоли. Совершенное знание сегментарной анатомии печени, предоперационный анализ результатов обследования (УЗДС, МСКТ с контрастным усилением), современное техническое операционное обеспечение (электролигирующее оборудование, ультразвуковая и аргоноплазменная коагуляции, оптическое увеличение) позволяют выполнить анатомические резекции печени при обширном поражении, что, на наш взгляд, являются предпочтительными.

## **АНАЛИЗ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ В РАМКАХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

*Линник А.В. (Пермь)*

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) по детской хирургии, оказываемой по полисам обязательного медицинского страхования (ОМС) заключается в регулярных ежемесячных проверках экспертом качества медицинской помощи по данной специальности случаев обращения по поводу заболеваний и профилактических посещений. ЭКМП проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности её оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата и основывается на выполнении стандартов медицинской помощи, разработанных и утверждённых на уровне Министерства здравоохранения РФ.

В 2018 г. нами была проведена ЭКМП 10232 случаев по детской хирургии во всех детских государственных бюджетных учреждениях здравоохранения г. Перми. В ходе проведения ЭКМП было выявлено 14,6 % дефектов медицинской помощи. На каждое нарушение заполнялись два документа: экспертное заключение и акт экспертизы качества медицинской помощи. Из них с наибольшей частотой (45 %) встречались случаи нарушения ведения медицинской документации (в том числе отсутствие анамнеза заболевания, обоснования клинического диагноза, назначение лекарственной терапии без указания курсовых доз и кратности применений препарата), неполное выполнение стандартов медицинской помощи - 33 %; необоснованное назначение лекарственных препаратов, в том числе не соответствующих возрасту ребёнка — 2%. Кроме того, обнаружено в количестве 20 (в процентном соотношении) технических ошибок операторов, например, некорректное применение тарифа посещения, требующее его замены.

Выводы: для улучшения качества медицинской помощи по детской хирургии необходимо усилить контроль за ведением медицинской документации, при проведении внутреннего контроля качества лечения продолжать выполнение установленных объёмов

диагностических и лечебных мероприятий, а при отсутствии стандартов пользоваться сложившейся клинической практикой.

## **ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКЦИОННОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Лолаева Б.М., Джелиев И.Ш., Макоев В.О. (Владикавказ)*

Цель: Определение тактики лечения при обструктивном мегауретере у детей раннего возраста.

Материалы и методы: За период с 2012 по 2018 годы обследованы 50 детей, у которых выявлен обструктивный мегауретер на первом году жизни. Девочек – 20, мальчиков – 30.

Результаты и обсуждения: В первой группе в процессе динамического наблюдения отмечалась положительная динамика. Обструкция в пузырно-мочеточниковом сегменте (ПМС) носила функциональный характер, воспалительного характера осложнений не наблюдалось. Им проводилось консервативное лечение направленное на дозревание мочевой системы с динамическим УЗИ-контролем. У второй группы (n=36) обструктивный мегауретер осложнился пиелонефритом, снижением функционального потенциала почек. Из них у 17 детей обструкция (ПМС) носила органический характер, у 19 детей – функциональный. Всем 36 детям на первом этапе лечения проводились эндоскопические методы лечения: внутреннее стентирование мочеточника без рассечения устья у 20 пациентов, с рассечением – у 10; 4 детям проводилось бужирование устья мочеточника; 2 детям – чрескожная пункционная нефростомия. У 3 группы (n=22) проведено хирургическое лечение на 30 мочеточниках. Из них у 17 детей в раннем грудном возрасте применялись эндоскопические методы лечения, а у 5 детей – первично хирургическое лечение. 14 детям произведена уретероцистонеостомия по Политано-Леадбеттеру, у 8 детей – по Козну. У всех 22 детей выявлена обструкция ПМС органического характера.

Выводы: 1. Консервативное лечение обструктивного мегауретера показано при функциональном нарушении эвакуаторной функции пузырно-мочеточникового сегмента. 2. Эндоскопические методы лечения обструктивного мегауретера дают положительный результат при функциональном характере обструкции, способствуют купированию пиелонефрита, сохранению функционального потенциала почек, дозреванию мочевой системы в раннем грудном возрасте.

3. Хирургическое лечение показано при обструктивном мегауретере органического характера.

## **КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЯЗВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЖКТ У ДЕТЕЙ**

*Лопатина Л.В., Иванов Г.В., Ти А.Д., Паролова Н.И., (Санкт-Петербург)*

Эозинофильные гастроинтестинальные нарушения (ЭГИН) - это группа прогрессивно распространяющихся интестинальных заболеваний. Клиническая манифестация эозинофильных поражений ЖКТ зависит от локализации и глубины поражения, и может, приводит к таким грозным осложнениям, как кровотечения и стенозы.

В работе представлены два клинических случая кровотечений из гастродуоденальной области при эозинофильных поражениях ЖКТ у детей, поступивших в наш стационар в 2018 году.

Клинический случай №1 – Девочка, 1г8мес поступила в отделение реанимации с клиникой желудочно-кишечного кровотечения (рвота «кофейной гущей», черный стул, бледность кожных покровов, анемия в анализах крови). При ЭГДС выявлено кровотечение из язвы луковицы ДПК (Forrest Пб), выполнен комбинированный эндоскопический гемостаз (инъекция, электрокоагуляция). Ребенок получал противоязвенную терапию и был выписан домой с выздоровлением. Но через 6 месяцев пациентка снова госпитализирована с рецидивом кровотечения. При ЭГДС выявлена циркулярная язва луковицы ДПК (Forrest Пс). При повторном гистологическом исследовании обнаружена избыточная эозинофильноклеточная инфильтрация собственной пластинки слизистой желудка и ДПК. Установлен диагноз эозинофильный гастродуоденит. В связи с этим пациентка получает гипоаллергенное питание, язвы эпителизовались и повторных кровотечений не было.

Клинический случай №1 - Мальчик 1г3мес, госпитализирован в отделение реанимации с клиникой желудочно-кишечного кровотечения и геморрагического шока (в клиническом анализе крови Hb 27г/л.). Из анамнеза известно, что в течение недели у ребенка отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, подъем температуры до 39 С. При ЭГДС выявлен стеноз привратника. Выполнена эндоскопическая баллонная дилатация привратника по экстренным показаниям. Выявлена язва пилорического канала (Forrest II a). Выполнен эндоскопический гемостаз (электрокоагуляция). В гистологическом материале – в теле и антральном отделе неравномерная, избыточная эозинофильноклеточная инфильтрация. Ребенок получил комбинированное лечение (гипоаллергенная диета, гормонотерапия). Повторных язвенных дефектов и кровотечений не было.

Вывод: Своевременная и точная диагностика причин, вызывающих желудочно-кишечные кровотечения, позволяет определиться с терапией, добиться выздоровления и избежать рецидивов.

## **ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМИ ЭХИНОКОККОЗНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ**

*Лукманов М.И. (Уфа)*

Республика Башкортостан является одним из эндемических регионов России по заболеваемости эхинококком печени. Рецидивы заболевания после хирургического лечения составляет 3-54 %. Известно, что широко используемый препарат альбендазол при лечении больных с рецидивными формами эхинококкоза печени не во всех случаях оказывается эффективным.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом печени путем химиотерапией (альбендазолом) на основе исследований полиморфизма гена CYP1a2, позволяющим персонализировано назначать дозы препарата.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование 164 больных с эхинококкозом печени за период с 2013 по 2016 годы (мужчин -77, женщин-87). Больные были в возрасте от 14 до 63-х лет. Основная группа (n=57) принимали альбендазол по



дифференцированной схеме, с учетом генотипа. Группа сравнения (n=107) принимали альбендозол по стандартной схеме (10-15 мг/кг). Генетические исследования заключались в исследовании полиморфизма \*IF(C-163A) 1 интрона гена CYP1A2 методом ПЦР ПД РФ анализа. После каждого курса лечения проводилось контрольное обследование, которое включало УЗИ, клинические данные, биохимические показатели функционального состояния печени (АЛТ, АСТ). Анализ частоты рецидива эхинококкоза печени проводился через 0,5-3 года.

Результаты исследования. В основной группе пациентов обнаружены генотипы : CYP1A2F1\*AA (AA) - 21 (36,8%), CYP1A2F1\*AC (AC) – 19 (33,4%), CYP1A2F1\*CC (CC) – 17 (29,8%). В соответствии с результатом генетического тестирования назначалась схема лечения альбендазолом. У больных из основной группы, имеющих генотип AA и «быстрый» фенотип - UM, препарат оказывал непродолжительное терапевтическое действие. Лицам с таким генотипом рекомендовали химиотерапию в максимальной допустимой суточной дозой - 20 мг/кг веса. Пациентам с генотипом CC и AC, имеющим фенотип EM – «нормального» метаболизма, назначена профилактика рецидива в стандартной минимальной дозе 10-15 мг/кг веса в сутки. Было установлено, что в группе сравнения частота рецидива заболевания была достоверно больше, чем основной группе в 3,2 раза ( $\chi^2=5,20$ ;  $p=0,02$ ).

Выводы. Тестирование генов метаболизма альбендазола у больных позволяет прогнозировать недостаточность химиотерапии, высокий риск развития рецидива после оперативного удаления первичной эхинококковой кисты и соответственно – назначить эффективную дозу альбендазола.

## **СИНДРОМ MAY-THURNER. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

*Лыбина И.П., Сухов М.Н., Нарбуттов А.Г., Серков И.И. (Москва)*

Введение: Патогенез варикозной трансформации вен таза является сложным мультифакторным процессом. В ортостазе венозное давление резко возрастает по сравнению с клиностазом, что клинически выражается увеличением диаметром вен малого таза. При влиянии предрасполагающих факторов, таких как статическая нагрузка или других, может произойти патологическая дилатация вен. Синдром May-Thurner возникает в результате сдавления левой общей подвздошной вены (ОПВ) между правой общей подвздошной артерией (ОПА) и поясничным позвонком. Предположили, что это комбинированное повреждение вены за счет ее механического сжатия и постоянной артериальной пульсации, что в последствии привело к изменениям в стенке вены. Описаны 3 стадии течения этого заболевания. Первая стадия- бессимптомная. Вторая стадия- развитие хронической венозной недостаточности и варикозного расширения вен малого таза. Третья стадия- развитие илиофemorальных тромбозов. Клинические проявления зависят от степени нарушения оттока из бассейна подвздошных вен.

Материалы и методы: В период с 2014 по 2018 год обследовано 24 пациентов с Синдромом May-Thurner в возрасте от 4-х до 16 лет, из которых у 9 (37,5%) больных при обследовании выявлена дилатация вен малого таза и хронические тазовые боли сопровождающиеся кровотечениями из органов малого таза.

Результаты: У детей с выраженными явлениями хронической венозной недостаточности и у детей с кровотечениями из тазовых органов проводился этап хирургического лечения: Транспозиция правой общей подвздошной артерии под левую общую подвздошную вену. По данным инструментальных методов обследования у пациентов после проведенного данного оперативного вмешательства отмечена выраженная регрессия расширения вен малого таза и купированы клинические проявления:

хронические тазовые боли и кровотечения из органов малого таза

Выводы и рекомендации: Пациентам, которым поставлен диагноз Синдромом May-Thurner и планируется транспозиция правой ОПА, данная операция показана только при постоянных кровотечениях, выраженной ХВН левой нижней конечности.

## **АОРТА-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.**

*Лывина И.П., Сухов М.Н., Нарбутов А.Г., Серков И.И. (Москва)*

Введение: Одной из наиболее сложных проблем в детской хирургии является варикозное расширение вен таза у детей с внепеченочной портальной гипертензии. Тазовый регион представлен множеством венозных стриктур. Здесь проходят мощные венозные магистрали и имеются сложные венозные сплетения. При влиянии предрасполагающих факторов, наличия аорто-мезентериальной компрессии, может произойти дилатация вен малого таза. Основным проявлением, которой у больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) являются варикоцеле и овариоцеле (венозная почечная гипертензия или варикоз вен малого таза).

Материал и методы: В период с 2014 по 2018 год обследовано 204 пациентов с внепеченочной портальной гипертензией в возрасте от 2-х до 16 лет, из которых у 87 больных (42,6%), из них 53 (60,9%) девочек и 34 (39%) мальчиков, при обследовании выявлена левосторонняя венозная почечная гипертензия вследствие аорто-мезентериальной компрессии. Из 87 больных у 51-ти (58,6%) одновременно выполнены операции по поводу ВПГ и проявлений флебогипертензии -ВВМТ (или варикоцеле). 14 (16%) пациентов оперированы по поводу ВПГ и ВВМТ в два этапа: первым этапом проведено портокавальное шунтирование, вторым этапом, через 5-6 лет операция по поводу ВВМТ или варикоцеле. 22 (25,2%) пациентов перенесли операции только по поводу ВПГ.

Результаты: По данным инструментальных методов обследования из 87 пациентов у 73 (83,9%) пациентов отмечена выраженная регрессия варикозного расширения вен малого таза и купированы клинические проявления: хронические тазовые боли, боли в мошонке, нормализация менструального цикла, у 8 (9,1%) больного отмечается отсутствие положительного результата и 6 (6,8%) больных выбыли из под наблюдения.

Выводы и рекомендации: При данной патологии наиболее простой и функционально адекватной шунтирующей операцией, по нашему мнению являются формирование гонадокавального (или гонадоилеального) анастомозов. Такие методы хирургического вмешательства способствуют эффективной декомпрессии левосторонней флелбореногипертензии с купированием варикоза вен малого таза.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ СИНДАКТИЛИИ КИСТИ У ДЕТЕЙ**

*Марасанов Н.С., Иванов Ю.Н., Крестьяшин В.М., Мурга В.В., Рассказов Л.В., Шалатов Н.Н. (Тверь)*

Синдактилия – врожденный порок развития, заключающийся в сращении двух или более пальцев, сопровождающийся косметическим дефектом и нарушением функции конечности. По данным разных авторов на долю синдактилии приходится более 50 % всех врожденных аномалий кисти. Частота встречаемости составляет 1:2000-1:4000. Лечение врожденной синдактилии наиболее эффективно в первые два года жизни. Синдактилия классифицируется по степени сращения на тотальную, субтотальную и базальную; по виду сращения на мягкотканую и костную формы; по состоянию пораженных пальцев на простую и сложную формы. В зависимости от этого может выбираться тот или иной метод коррекции данного порока.

В травматолого-ортопедическом отделении ДОКБ г.Твери с 2016 по 2018 год оперированы 15 детей с врожденной синдактилией в возрасте от 1 года до 15 лет, которым выполнено 19 операций. В 18 наблюдениях при формировании межпальцевых промежутков использовали местные ткани. В одном случае использовался свободный кожный лоскут, взятый с передней поверхности предплечья. При лечении неполной формы синдактилии использовали методику описанную Yamashita et. al.. В случае полной формы синдактилии нами использовались способы оперативного лечения, описанные Juan Liuet.al., Feng Niet. al., и P. Samson, B. Salazard. В послеоперационном периоде кисть фиксировали гипсовыми повязками. Для снижения травматичности перевязок применяли повязки с воскопраном. Швы снимали на 12-14 сутки. Осложнений, в виде некроза кожного лоскута или воспалительных проявлений, не было. У всех пациентов получен хороший анатомо-функциональный результат.

Заключение. Синдактилия является сложным пороком развития кисти, требующего дифференцированного подхода в выборе методик оперативной коррекции. Наиболее эффективными являются операции, которые позволяют проводить разделение сросшихся пальцев и формировать межпальцевые промежутки без использования свободных кожных лоскутов, взятых из других частей тела. Учитывая это, задачей врача-ортопеда является выбор оптимальной техники, которая станет наименее травматичной и более косметически выгодной.

## **ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ И КОНТРАТЕРАЛЬНОЙ ПОЧЕК**

*Матюшина К. М., Казанская И. В., Бабанин И.Л., Староверов О.В., (Москва)*

Актуальность: наиболее частой причиной гидронефроза у детей является обструкция пиелoureтерального сегмента (ПУС)

Цель: определить особенности функционирования ПУС в гидронефротической (ГН) и контрлатеральной (КЛ) почках.

Материалы и методы: исследования проведены с помощью усовершенствованной математической модели диуретической ультразвуковой пиелосонаграфии (ДУПГ) (в основе методика Бабанина И.Л. с соавт.) 26 детям с гидронефрозом, в возрасте от 3 месяцев до 8 лет, 16 измерений в динамике (всего 61). При расчете транзитного коэффициента пиелoureтерального сегмента ( $K_{pus}$ ) обращалось внимание на его значение в первую и последующих фазах опорожнения лоханки, и максимальные его величины ( $K_{pusmax}$ ).

Результаты: ПУС КЛ почки характеризовался нормальным  $K_{pus}$  (норма  $\geq 1$ ) в первую 2,15 (0,93; 6,36) и в дальнейшие фазы 3,92 (2,02; 10,53); при ГН у большинства детей  $K_{pus}$  был снижен в первую фазу 0,78 (0,36; 1,55), и в последующие  $K_{pusmax}$  0,91 (0,68; 2,05). В ГН почке прогнозируемый диаметр, необходимый для опорожнения исходного размера лоханки ( $D_{calc}$ ) 4,2 (2,2; 6,55)Ch, имеющийся диаметр ( $D_1$ ) не соответствовал прогнозируемому 2,7 (1,25; 5,7)Ch, максимальный диаметр ( $D_{max}$ ) в ряде случаев достигал необходимых величин 4,2 (2,5; 6,8)Ch. Дефицит  $D_1$  по отношению к  $D_{calc}$  при ГН составил в среднем 0,78Ch, максимально 11,1Ch. В КЛ почке размер диаметра ПУС в первую фазу ( $D_1$ ) соответствовал  $D_{calc}$  и не превышал 3,8Ch (0,6 (0,3;1)). При максимальном размере лоханки ( $D_{relv}$ ) расчетная медиана диаметра для ее опорожнения 1,2Ch, при этом дефицит диаметра в КЛ почке составил не более 3,3Ch а в ряде случаев мочеточник был шире необходимого на 2,3Ch. В ГН почке расчетная медиана диаметра для опорожнения расширенной лоханки достигла 10Ch, дефицит по прогнозируемому диаметру  $D_{relv}$  к максимальной величине имеющегося диаметра ( $D_{max}$ ) варьировал от нормы (без дефицита) до максимально 21,3Ch (3,81 (0; 7,4)). При анализе нормальной уродинамики КЛ почки установленный дефицит  $D$  ПУС не более 1,08 (0,3;1,3)Ch.

Выводы: Увеличение диаметра ПУС можно рассматривать как необходимое условие для опорожнения лоханки при ее расширении. В ГН почке прогнозируемый и имеющийся диаметр ПУС значительно больше, чем в норме, при диуретической нагрузке продолжается его увеличение, у 1/3 исследуемых пациентов для опорожнения лоханки этого не достаточно.

Рекомендации: полученные данные требуют пересмотра хирургической тактики и планирования лечения детей с гидронефрозом с учетом полученных характеристик.

## **ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКА ОСЛОЖНЕНИЙ**

**Махмудов З.М., Ж.А., Давранов Б.Л. (Узбекистан, г.Самарканд)**

Актуальность. Дивертикул Меккеля (ДМ) у детей является одной из частых врожденных заболеваний желудочно-кишечного тракта (2-4%) и причиной целого ряда тяжелых осложнений в брюшной полости.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2018 гг.в отделении экстренной хирургии 2-клиники СамМИ пролечено 25 ребенка с различными видами осложненного течения ДМ. Дети в возрасте от 5 мес до 1 года было 4 (16,6%), 1-3 года – 5 (20%), 3-7 лет – 7 (28%), 7-14 лет - 8 (32%). Преобладали мальчики (74%). Для диагностики, наряду с общеклиническими методами, использованы: обзорная рентгенография брюшной полости, контрастная рентгенография, УЗИ, по показаниям - сцинтиграфия и КТ.

Результаты. Клиническая симптоматика ДМ всегда проявлялась признаками его осложнений. Наиболее частым осложнением явилась странгуляционная кишечная непроходимость – у 10 (40%) больных. Типичными симптомами при этом были: схваткообразные боли в животе и многократная рвота, вздутие живота и видимая перистальтика кишечных петель, «шум плеска», в запущенных случаях имелись перитонеальные симптомы. Интраоперационно наиболее часто при данном осложнении выявлялась фиксация верхушки ДМ тяжом к брыжейке тонкой кишки и в образовавшемся при этом «окне» внедрялась и сдавливалась петля тонкой кишки (7), реже наблюдался заворот кишечника вокруг фиксированного с помощью тяжа к пупку ДМ (3). В 4 случаях у этих больных выявлен некроз кишечника.

У 5 (20%) больных наблюдали внедрение ДМ в просвет подвздошной кишки с последующим образованием подвздошно-ободочной инвагинации, при этом в 3-х случаях наблюдался некроз кишечной петли. Дивертикулит наблюдали у 7 (29%) больных, при этом у 4 больных клинические признаки были аналогичны острому аппендициту, у 3 больных с клиникой перитонита. К редким осложнениям ДМ относится перфорация инородными телами. Мы наблюдали 1 случай перфорации ДМ инородным телом (батарежкой) с развитием разлитого гнойно-калового перитонита.

Кровотечение из ДМ наблюдали у 2 детей в возрасте 7 мес. и 3 года, что проявлялось безболезненным обильным выделением из заднего прохода крови темно-вишневого цвета, тахикардией и коллапсом.

Тактика хирургического вмешательства определялась индивидуально в зависимости от вида патологии ДМ, анатомического варианта расположения ДМ и тяжести развившегося осложнения. Резекция ДМ выполнена в 16 случаях, резекция некротизированного участка кишечника с ДМ и наложением межкишечного анастомоза – 6, резекция с илеостомией – у 2. Летальных случаев не отмечали.



## **ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ- АНАЛИЗ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ**

*Махонин В.Б. , Байрамгулов Р.Р. ,Зайнуллин Р.Р.,Нартайлаков М.А. (Уфа)*

Актуальность. Злокачественные опухоли печени у детей представлены гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК) и гепатобластомой (ГБ), являются редкой патологией. На ее долю приходится 2-3% в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО). Наиболее плохой прогноз имеют запущенные ( III и IV стадии) случаи.

Цель: Проанализировать неблагоприятные исходы детей с ЗНО печени за 10-летний период.

Пациенты и методы: за период с2009-18 гг. в РДКБ г.Уфы наблюдались 15 пациентов с ЗНО печени в возрасте от 1 мес до 7 лет. Распределение по стадиям: I стадия -2, II-5, III-3, IV-4.

Результаты.С момента установки диагноза в сроки от 1 сут до 6 мес умерли 6 детей (40%). Среди них двое детей 3 и 15 лет ввиду отказа от лечения, без гистологической верификации получали симптоматическое лечение, прожили 3 и 4 мес, соответственно. Пациент 11 мес с ГБ прожил менее 1 сут ввиду развития арозивного кровотечения и прорастания в толстый кишечник. Пациент 5 лет с ГЦК после биопсии умер от желудочного кровотечения из варикозно расширенных вен. Двоим детям 9 и 1 года с ГЦК и ГБ после биопсии и начала ПХТ после отказа родителей от лечения умерли в сроки 6 и 2 мес, соответственно. Все умершие дети имели III и IVстадии болезни, до момента установки диагноза не имели жалоб, не проходили УЗИ, болезни дебютировала пальпируемыми абдоминальными массами. Остальные 9(15) пациентов получали комбинированное лечение по протоколам SIOPEL, наблюдаются в ремиссии в сроки от 7 до 120 мес.

Выводы: Поздняя выявляемость ЗНО печени у детей чаще ввиду скрытого течения болезни приводит к ухудшению прогноза. Все умершие дети имели распространенный процесс в печени, у 4(6)-отдаленные метастазы в легкие(5) и канцероматоз брюшины(1). Причинами смерти послужила полиорганная недостаточность у 4, кровотечения-у 2. Летальные исходы условно предотвратимы при более раннем выявлении ЗНО печени, которое было бы возможно при проведении УЗИ ОБП и наличии онкологической настороженности педиатра

## **ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ**

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

С 2020 года ожидается внедрение первичной специализированной аккредитации по направлению «Детская хирургия». Аккредитация будет проходить по типовой схеме и состоять из 3 этапов :тестов, станций «ОСКЭ» и кейсов с задачами. Учитывая отсутствие необходимой информации на официальном сайте Методического центра аккредитации, кафедра детской хирургии в качестве пилотного варианта для адаптации к формату аккредитации ведет симуляционный курс для студентов и ординаторов 1 и 2 года обучения. Первым этапом проходит тестирование, включающее в себя тесты по детской хирургии из базы fmza для первичной аккредитации по профилю «Педиатрия». Второй этап - это станции ОСКЭ, где были подготовлены не общие абстрактные задания, а те сценарии клинических ситуаций, которые имеют непосредственное отношение к специальности. Начинается

прохождение станций с расспроса и сбора жалоб на первичном приеме врача- детского хирурга, где подготовлены различные сценарии поведения родителей и пациентов при различных заболеваниях. Следующая станция это осмотр ребенка, который может быть как профилактическим, так и по жалобам у детей различного возраста. Роль пациентов здесь играют манекены высокого уровня реалистичности. На станции неотложной помощи аккредитуемому предлагается продемонстрировать такие навыки, как наложение транспортной иммобилизационной шины, повязок, артериального жгута, установки назогастрального зонда, катетеризации мочевого пузыря, первичной хирургической обработки ран. Предпоследняя станция является одной из самых сложных, так там требуются навыки экстренной помощи, которые соответствуют профессиональному стандарту врача-детского хирурга. Аккредитуемые демонстрируют навыки самостоятельной работы и в команде с другими специалистами. Заканчивается второй этап станцией базовой сердечно-легочной реанимации у детей различного возраста. На третьем этапе решаются ситуационные задачи, которые соответствуют профилю «Детская хирургия». Пилотный внутренний вариант позволяет адаптировать ординаторов к предстоящей специализированной аккредитации и оценить уровень освоенных навыков в ходе обучения.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПЕРВИЧНОГО ПМР У ДЕТЕЙ**

*Меновщикова Л.Б., Складорова Т.А. Захаров А.И., Коварский С.Л., Николаев С.Н., Текотов А.Н., Соттаева З.З., Петрухина Ю.В. (г Москва)*

Актуальность исследования. Высокая частота хронической болезни почек на фоне ПМР требует ранней его эндоскопической коррекции с помощью различных уроимплантов. Материалы и методы. За период с 2009 г по 2016 г эндоскопическая коррекция выполнена 897 детям. Оценивалась эффективность применения био- и небиodeградирующих имплантов с разными сроками действия: 7% раствор дермального бычьего коллагена, декстраномер, стабилизированный молекулами гиалуроновой кислоты (Urodex®), кополимер полиакрилового поливинилового спирта (Vantris®). Результаты и обсуждения. С помощью коллагена (1 группа) пролечено 535 больных. Лучшие результаты – купирование инфекции и исчезновение рефлюкса - получены у детей до 1 года. Значимых осложнений не было. Однако, через 6-8 месяцев в 32% случаев возобновился ПМР.. В 2-ю группу включены 155 пациентов, которым в качестве уроимпланта применен Urodex®. Положительный результат получен в 73,4%. Неудовлетворительные результаты после однократного применения были получены преимущественно при высоких степенях рефлюкса.. Осложнения: в 3% - нефебрильная, а в 0,6% - фебрильная инфекция мочевых путей. В 3-ю группу вошло 207 пациентов, у которых использовался стабильный уроимплант Vantris®. Положительный результат получен в 87,5% случаев. Объем вводимого вещества не превышал 0,3-1,0 мл. Из осложнений Vantris® мы встретились с: кратковременным субфебрилитетом – 2,4%, умеренная макрогематурия, которая потребовала дренирования мочевого пузыря, бессимптомная лейкоцитурия – 4%, у 4-х детей (1,93%) выявлена обструкция, которая в 2-х случаях разрешена путем установки низкого мочеточниковых стентов, двое детей были прооперированы. Заключение. Нестабильный уроимплант Коллаген целесообразно использовать у грудных детей. У детей старше года наилучшие результаты были получены при использовании двух уроимплантов: Urodex® в дошкольном возрасте со степенями

рефлюкса II-III-IV ст. и Vantris® у старшей возрастной группе II-III-IV ст., при обязательно доказанном отсутствии рефлюкс-стеноза.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

*Минаев С.В., Григорова А.Н., Герасименко И.Н., Быков Н.И., Тимофеев С.В., Обедин А.Н. (Ставрополь)*

Актуальность. С развитием лапароскопии происходит расширение количества и видов оперативных вмешательств при большом количестве интраабдоминальных нозологий. Не остается в стороне и хирургия эхинококкоза печени. В связи с вышеизложенным, цель нашей работы - оценка эффективности новых лапароскопических устройств в хирургическом лечении эхинококковых кист печени у детей.

Материал и методы. В исследование вошло 25 детей с кистами печени различной этиологии. Размер кисты  $\geq 3$  см., расположение в V, IV, VII сегменте печени. За период с 2014 по 2019 год. Средний возраст составил  $9,7 \pm 2,8$  года. Мальчиков было 16, девочек - 9. Оперативное лечение всем детям проводили при помощи многопортовой лапароскопической методикой. в зависимости от выбранного девайса больные разделены на 3 группы: группа №1 с применением классического эндомешок; группа №2 использовался мешок типа «Сочок»; группа №3 с использованием вакуумного эндоконтейнера ("Устройство для эндоскопического извлечения инфицированного биологического материала" Патент на полезную модель №170304).

Результаты и обсуждения. Время выполнения лапароскопии в группе №1 составило  $120 \pm 1,2$  минут; в группе №2 -  $92 \pm 3,3$  минут; в группе №3 -  $75 \pm 1,7$  минут. Длительность оперативного вмешательства наименьшее было в группе №3 -  $68 \pm 3,5$  минут, также как и длительность болевого синдрома  $2 \pm 0,7$  дней. Интраоперационные осложнения в группе №3 не отмечались. Рецидивов не отмечается. Благодаря закруглению проксимального конца эндоконтейнера, избегается травматизация тканей и уменьшается площадь работы при проведении эндохирургического вмешательства. Кроме того, за счет герметичного соприкосновения обеспечивается полное удаление компонентов кисты. Для его использования необходим один доступ в брюшную полость над патологическим очагом.

Выводы. Лапароскопическая эхинококкоэктомия с применением вакуумного эндомешка и с обработкой остаточной полости аргонплазменной коагуляцией является эффективной операцией при кистах печени у детей.

## **ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ**

*Минаев С.В., Григорова А.Н., Герасименко И.Н., Долгашова М.А. (Ставрополь)*

Актуальность. Эхинококкоз – паразитарное заболевание, поражающее человека разных возрастных групп, с образованием эхинококковых кист в различных органах и развитием

серьезных осложнений, приводящие к инвалидизации. Целью нашего исследования - изучение морфологических и иммуногистохимических особенностей различных структур эхинококковых кист печени.

**Материал и методы.** Проведено исследование участков 27 первичных и 12 вторичных эхинококковых кист, совместно с прилежащей паренхимой печени. Приготовление гистологического препарата стандартным методом в аппарате leica autostainer xl с окраской по Ван – Гизону. Иммуногистохимическое исследование выполнено на иммуногистостейнере Leica Bond MAX, с применением системы детекции Bond Polymer Refine Detection. Реакции проведены с антителами: CD3; CD4; CD8; CD5; CD20; CD79 $\alpha$ ; CD31; CD34; CD20; коллаген IV и I типа.

**Результаты и обсуждения.** При исследовании первичной формы эхинококкоза во всех случаях на полученных препаратах наблюдается разрастание соединительной ткани совместно с периваскулярным фиброзом, с появлением участков грануляционной ткани. Данные свидетельствуют о прямопропорциональных данных выраженности клинических проявлений и лабораторных данных, что несомненно играет роль в бессимптомном течение данного заболевания. Зародышевые пузыри придают герминативной оболочке зернистость диаметром 250–500 мкм наблюдались в 5 случаях, что необходимо учитывать при эхографической визуализации. В 2х случаях герминативная мембрана состоит из клеток, в которых отмечаются гранулы гликогена, также имеются крупные клетки с известковыми тельцами. В результате всех иммуногистохимических реакций отмечается яркая мембранная экспрессия Т-лимфоцитов в паренхиме печени первичных кист. Экспрессии В-лимфоцитов в структуре вторичных кистах, говорит о сформировавшемся иммунном ответе, что также показательно при определении IgG к эхинококкозу. Отмечено что наибольшая экспрессия коллагена IV типа во вторичных кистах. При вторичном эхинококкозе к паразиту прилежат некротический детрит и полиморфно-клеточный инфильтрат, в котором преобладают Т-лимфоциты, слабо выражена мезенхимальная реакция и отмечается обильная васкуляризация, при первичном эхинококкозе капсула представлена фиброзной гиалинизированной тканью с единичными инъекциями сосудистого русла.

**Выводы.** Знание гистологических и иммуногистохимических особенностей строения кисты печени играет роль в дальнейшем выборе тактики лечения эхинококкоза печени.

## **ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*Минаев С.В., Ивченко А.А., Быков Н.И., Ивченко Г.С., Анисимов И.Н., Бочнюк Е.А., Тимофеев С.В., Доронин Ф.В., Зеленская М.В., Погасян А.А., Шамадаев Э.З. (Ставрополь)*

Результатом заживления любой раны является рубец. Издавна используется компрессионная терапия для лечения келоидных и гипертрофических рубцов, которая не утратила своих позиций в хирургической практике. В настоящее время используется пластырь пролонгированного действия Контрактубекс, умеренное физиологическое давление которого на рубцовую ткань приводит к развитию нормального (нормотрофического) рубца.

Цель исследования: изучить эффективности компрессионной терапии пластырем пролонгированного действия Контрактубекс в формировании рубцов кожи в детском возрасте после оперативных вмешательств.

Материал и методы. В проспективном открытом рандомизированном исследовании участвовали 109 пациентов в возрасте  $5,3 \pm 2,1$  года после оперативного вмешательства (73 мальчика и 36 девочек). Пациенты были разделены на 2 группы: в основной группе (54 ребенка) выполнялось наложение пролонгированного пластыря Контрактубекс, в контрольной группе (55 пациентов) - динамическое наблюдение. Рубцовую деформацию оценивали по Ванкуверской шкале на 10, 30 и 90-е сутки после начала исследования.

Результаты. Показатель пигментации на 90-е сутки выявлено достоверное воздействие пролонгированного пластыря ( $0,07 \pm 0,03$  балла) в сравнении с динамическим наблюдением ( $0,3 \pm 0,09$  балла). Васкуляризация послеоперационного рубца: к 30-м суткам составлял в основной и контрольной группах  $0,09 \pm 0,05$  и  $0,45 \pm 0,1$  балла соответственно; к 90-м суткам -  $0,14 \pm 0,07$  и  $0,6 \pm 0,09$  балла соответственно. Показатель эластичности рубца к 30-м послеоперационным суткам в обеих группах демонстрировал его снижение.  $0,19 \pm 0,06$  и  $0,50 \pm 0,07$  балла соответственно. К 90-м суткам в основной группе отмечалось достоверное формирование рубцов с удовлетворительной эластичностью ( $0,32 \pm 0,1$  балла). В контрольной группе выявляли появление плотных, но легко перемещаемых рубцов. Высота рубца на 30 и 90-е послеоперационные сутки была также ниже в основной группе ( $0,11 \pm 0,04$  и  $0,27 \pm 0,06$  балла) в сравнении с контрольной группой ( $0,42 \pm 0,10$  и  $0,93 \pm 0,15$  балла).

Выводы. Таким образом, применение пролонгированного пластыря Контрактубекс в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде обеспечивало хороший косметический и функциональный результат при формировании послеоперационного рубца.

## **ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ С ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ**

*Минаев С.В., Филипьева Н.В., Лескин В.В., Садовая А.С., Загуменная И.Ю., Ростова Н.П., Григорова А.Н., Шамадаев Э.З. (Ставрополь)*

Целью исследования была оценка информативность применения лучевых методов диагностики у детей с гематогенным остеомиелитом (ГО) в клинике детской хирургии.

Материал и методы: В исследование вошло 64 пациента в возрасте 3-17 лет с ГО - 47 мальчиков и 17 девочек. Дети были разделены на две группы: 1-я группа - 49 детей, которым выполнялась рентгенография пораженной конечности; 2-я группа - 15 детей, которым выполнялась компьютерная томография (КТ) пораженной кости. Исследование проводилось при госпитализации, на 7, 21 и 45 сутки после операции. Диагностическую информативность лучевых методов оценивали по следующим параметрам: периостальное утолщение, литические повреждения, истончение эндооста, остеопения, потеря губчатой архитектоники кости, образование новых костных слоев, отслоение надкостницы и уплотнение мягких тканей.



Результаты: Сравнивая два лучевых метода исследования, мы убедились в том, что рентгенография на раннем этапе заболевания показала только уплотнение мягких тканей у 16 (32,6%) пациентов. Вместе с тем при КТ уплотнение мягких тканей отмечали у 15 (100%) ( $p < 0,05$ ), периостальное утолщение - у 15 (100%) ( $p < 0,05$ ) и истончение эндооста - у 3 (20%) детей. Начиная с 7 суток открывается возможность прогнозирования хронизации процесса, в то время как при рутинном рентгенографическом исследовании аналогичные изменения костной ткани выявились только на 21-45 сутки. Согласно статистической обработке данных, вероятность выявления признаков ГО с помощью КТ, определена чувствительность метода, которая составила - 86,6% и специфичность - 89,2%. Для модели, описывающей возможность диагностики ГО у детей с помощью рентгенографии чувствительность была - 64,4%, специфичность - 67,7%.

Таким образом, низкая вероятность ошибки и высокий уровень значимости показали предпочтительность КТ перед обзорной рентгенографией конечности в диагностике и прогнозировании развития осложнений гематогенного остеомиелита в детской хирургической практике.

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ**

*Минаев С.В., Филипьева Н.В., Садовая А.С., Королева Н.И., Иванова Е.Н., Мусеева Е.В., Загуменная И.Ю., Ростова Н.П. (Ставрополь)*

Цель: оценить информативность применения лучевых методов диагностики (обзорной рентгенографии и КТ) у детей с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО) в клинике детской хирургии.

Материал и методы: Под нашим наблюдением было 64 ребенка в возрасте 3-17 лет с ОГО - 47 мальчиков и 17 девочек. Дети были разделены на две группы: 1-я группа - 49 детей, которым выполнялась рентгенография пораженной конечности; 2-я группа - 15 детей, которым выполнялась компьютерная томография (КТ) пораженной кости. Исследование проводилось при госпитализации, на 7, 21 и 45 сутки после операции. Диагностическую информативность лучевых методов оценивали по следующим параметрам: периостальное утолщение, литические повреждения, истончение эндооста, остеопения, потеря губчатой архитектоники кости, образование новых костных слоев, отслоение надкостницы и уплотнение мягких тканей.

Результаты: Сравнивая два лучевых метода исследования мы убедились в том, что рентгенография на раннем этапе заболевания показала только уплотнение мягких тканей у 16 (32,6%) пациентов. Вместе с тем при КТ уплотнение мягких тканей отмечали у 15 (100%) ( $p < 0,05$ ), периостальное утолщение - у 15 (100%) ( $p < 0,05$ ) и истончение эндооста - у 3 (20%) детей. Начиная с 7 суток открывается возможность прогнозирования хронизации процесса, в то время как при рутинном рентгенографическом исследовании аналогичные изменения костной ткани выявились только на 21-45 сутки. Согласно статистической обработке данных, вероятность выявления признаков ОГО с помощью КТ, определена чувствительность метода, которая составила - 86,6% и специфичность - 89,2%. Для модели, описывающей возможность диагностики ОГО у детей с помощью рентгенографии чувствительность была - 64,4%, специфичность - 67,7%.

Выводы: Таким образом, высокий уровень значимости и низкая вероятность ошибки позволяют предпочесть КТ перед обзорной рентгенографией конечности в диагностике и прогнозировании развития осложнений ОГО у детей.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

*Михайлова С.И., Юсуфов А.А., Горшков А.Ю., Виноградова Т.А. (Тверь)*

Актуальность. Метаэпифизарный остеомиелит(МЭО)-тяжелое гнойно-септическое заболевание, составляет от 6 до 12 % в структуре гнойно-воспалительных заболеваний у детей. От 10.5 до 19.5% - новорожденные. Для предотвращения ортопедических осложнений и инвалидизации необходима своевременная диагностика заболевания.

Материалы и методы. С 2010 по 2018г с диагнозом: острый метаэпифизарный остеомиелит в ГБУЗ ДОКБ г. Твери госпитализировано 67 детей в возрасте от 0 до 3-х лет, преобладали мальчики 53.7%(n=36), девочки составили 46.3%(n=31). Превалировали дети I-го года жизни (n=53;79,1%), I-го месяца жизни-41,8% (n=28). От 2-х до 12 месяцев 37.31%(n=25), 20.8% пациентов (n=14)-от 1 года до 3-х лет. В I-е 3-е суток заболевания обратилось 15 человек(22.4%), на 4-7-е сутки-22(32.83%), на 8-14-е сутки-16(23.9%), на 15-19 сутки-14(20.89%). Поражались крупные трубчатые кости -бедренной(n=27;40.29%) и плечевой (n=22;32.8%). Методы лучевой диагностики: рентгенография, УЗИ, МРТ и КТ.

Результаты и обсуждение. Стандартизированный метод (n=67;100%)- рентгенография пораженного сегмента. Ранние признаки МЭО: утолщение мягких тканей на уровне поражения, расширение суставной щели, размытость контуров эпифиза, остеопороз края метафиза выявлены у 5 пациентов(7.4%) из 15 поступивших в интраэпифизарную фазу. Характерные рентгенологические признаки: периостальная реакция и очаги деструкции в метаэпифизарной зоне обнаружены у 24 пациентов (35,8%), поступивших в экстраэпифизарную фазу после 10-14 дня заболевания.

УЗИ в I-е сутки поступления -(n=67;100%). У пациентов в интраэпифизарной фазе (n=15;22.4%) обнаружены: отек параоссальных мягких тканей (n=9;60%), утолщение капсулы сустава(n=10;66.6%), жидкость в полости сустава(n=11;73.3%). В экстраэпифизарную фазу на 4-7 день МЭО: изменения эпифизарного хряща в виде участков повышенной эхогенности(n=14;63.3%), нечеткость контура метафиза (n=11;50%), утолщение надкостницы (n=9;40.9%).

МРТ выполнено у 15(22.3%) больных. В I-е 3 суток у 9(60%) обнаружены участки патологической гидратации, изменения суставных поверхностей и мягких тканей.

КТ проведена у 10 (14.9%) пациентов. У 6-ти (60%), поступивших на 4-7 сутки выявлено разрежение костной ткани, фрагментация и истончение кортикального слоя, плотность суставного выпота 10-45 ЕД.

Выводы и рекомендации. В интраэпифизарную фазу МЭО информативно УЗИ и МРТ. В экстраэпифизарную -УЗИ, КТ, РГ.

Рентгенография - стартовый метод. ( дифференциальной диагностика с заболеваниями опорно-двигательного аппарата).

## **ГИДРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**

*Молотов Р.С., Батаев С.М., Зурбаев Н.Т., Игнатьев Р.О., Афаунов М.В., Федоров А.К., Смирнова С.Е. (Москва)*

Актуальность. Несмотря на многообразие хирургических методов лечения легочно-плевральных форм острой деструктивной пневмонии, сохраняется группа пациентов, у которых развивается хронизация процесса, требующая повторных операций. В связи с этим применение гидрохирургических технологий в различные стадии заболевания представляет особую актуальность.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с легочно-плевральными формами деструктивной пневмонии за счет внедрения хирургической технологии.

Материал и методы. В ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского в период с 2015 по 2018 гг. находилось на лечении 423 ребенка с диагнозом внебольничная пневмония. У 60 пациентов (68,18%) диагностированы плевральные поражения. Пациенты были разделены на 4 подгруппы с различными методами оперативного лечения: IA подгруппа (n=15) – дренирование с промыванием плевральной полости физиологическим раствором; IB подгруппа (n=15) – дренирование плевральной полости без промывания плевральной полости физиологическим раствором; IIA подгруппа (n=15) - видеоторакоскопическая санация плевральной полости с использованием гидрохирургических технологий; IIB подгруппа (n=15) – традиционная видеоторакоскопическая санация плевральной полости.

Результаты. Фракционное промывание плевральной полости физиологическим раствором (подгруппа IA) в 1-ю стадию эмпиемы плевры позволяет уменьшить патологическое содержимое в очаге поражения на 13,33%, сократить пребывание пациентов в стационаре на 8,87%, а также снизить количество осложнений, связанных с формированием внутривнутриплевральных осумкований на 50% по сравнению с подгруппой IB.

Применение видеоассистированной гидрохирургической санации плевральной полости (подгруппа IIA) демонстрирует преимущества лечения при наиболее тяжелых формах деструктивной пневмонии (3-я стадия процесса) по сравнению с подгруппой IIB: сокращение длительности проведения антибактериальной терапии на 15,4%; сокращение болевого синдрома на 22,2%; уменьшение интоксикационного синдрома на 39%; сокращение сроков пребывания пациента в стационаре на 14,5%; реэкспансии легкого на 45,2%. Эффективность данной технологии также подтверждается отсутствием специфических интраоперационных и послеоперационных осложнений, повлиявших на результат лечения.

Выводы. Гидрохирургические методы лечения позволяют добиться более быстрой реэкспансии пораженного легкого, уменьшить длительность применения антибактериальной терапии и сократить пребывание пациента в стационаре по сравнению с группами сравнения.

## **НАТАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ**

*Морозов В.И., Подшивалин А.А., Чигвинцев Г.Е., Амачиев Ш.Ю. (Казань)*

Натальные повреждения висцеральных органов - патологическое состояние перинатального периода жизни новорожденного, сопровождающееся различными повреждениями внутренних органов.

Актуальность: Своевременная диагностика и лечение натальных повреждений висцеральных органов у новорожденных, выявляемые чаще при аутопсии, могут улучшить показатели младенческой смертности.

Цель: Совершенствовать диагностику и лечение натальных повреждений висцеральных органов у новорожденных.

Материалы: Проанализировано 15 случаев натальных травм в «ДРКБ МЗ РТ». Группа: 11 мальчиков и 4 девочки.

Результаты: Выявлены повреждения: разрыв печени – 5(33,3%); разрыв желудка – 1(6,7%); забрюшинная гематома – 3(20%); травма надпочечника – 5; разрыв яичка – 1.

У 100% детей отмечался отягощенный акушерский анамнез: патологическое предлежание плода – 5; акушерское пособие – 5; у всех детей асфиксия в родах разной степени (шкала Апгар 2-7 баллов); 4(26,6%) ребенка родились массой >4000г; 8(53,3%) новорожденных имели вес 1500-2700г; в 40% случаях роды были преждевременными.

У детей преобладала анемия неустановленной этиологии. Диагностика основывалась на: оценке перинатального анамнеза; УЗИ, КТ, МРТ брюшной полости; лапароскопии; лабораторных методах.

11 пациентов оперированы на сроке 3-10 суток. 6 из них экзитировали. На аутопсии - натальные повреждения висцеральных органов с признаками внутрибрюшного кровотечения.

Надо отметить, что за время наблюдения отмечалась эволюция в методах лечения. Если на заре исследования использовалась открытая операция, то в дальнейшем предпочтение отдавали лапароскопическому методу. А в наше время на базе ДРКБ МЗ РТ используется пункционный способ.

Заключение: Новорожденные с отягощенным акушерским анамнезом и анемией неустановленной этиологии должны осматриваться детским хирургом с проведением УЗИ брюшной полости.

## **КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО - КИСТОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ**

*Морозова В.С., Цыбин А.А., Кузьменко К.С., Слемзина М.Н., Ноевой И.И., Хачирова О.Ф. (Тула)*

Актуальность. Современная медицина предлагает большое количество методов лечения фиброзно-кистозной дисплазии костной ткани (ФКДКТ) у детей. Современная тенденция

заключается в отходе от тяжелых операций, в том числе костной пластики, из-за возможных рецидивов и осложнений, которые наблюдаются от 7-до 42%.

Материалы и методы. Хирургическое лечение проведено у 32 пациентов с монооссальной различной локализацией. Из них мальчиков – 19, девочек - 13, в возрасте от 2,5 лет до 15 лет. Представленный нами способ лечения был создан с учетом возможной этиологии и патогенеза ФКДКТ. Сроки дренирования увеличены в связи с большей длительностью регенерации костной ткани, нежели мягких тканей, что послужило основанием для применения методики длительного непрерывного аспирационного дренирования костного очага (ДНАДКО). Под общим обезболиванием была проведена хирургическая санация и дренирование с непрерывным разрежением в интервале от 0,2 до 0,35 мм рт. ст.. После снятия швов пациенты обучались уходу за дренажной системой и выписывались из отделения в среднем на 10-12-й день. Рентгенологический контроль проводился в 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Анализ проблемы установил, что лечение должно быть направлено на устранение внутрикостной гипертензии (ВКГ) на весь период лечения, нормализацию остеогенеза с формированием законченного типа костной структуры в зоне дефекта. В данной группе детей применялась краевая резекция с хирургической санацией очага, без использования костной пластики. При динамическом клиническом и рентгенологическом контроле детей с ФКДКТ отмечена положительная динамика восстановления кости в сроки от 3-х до 9-ти месяцев. В цитологических мазках исследуемого экссудата из дренажа отмечено стойкое присутствие остеобластов.

Выводы: Использование методики ДНАДКО может максимально исключить осложнения, связанные с использованием костной пластики, и повлиять на репаративные процессы в кости. Однако репаративные механизмы требуют дополнительных морфологических исследований.

## **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

*Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В. (Тула)*

Актуальность. Спаечная кишечная непроходимость является одним из распространенных и тяжелых заболеваний в абдоминальной хирургии. Удельный вес ее составляет около 39% от всех видов кишечной непроходимости у детей.

Цель. Описать случай консервативного лечения спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в апреле 2019 на базе ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина с диагнозом: Спаечная болезнь брюшной полости, подострая форма, находился ребенок Я., 10 лет.

Из анамнеза: в феврале 2019 мальчик был оперирован по поводу острого аппендицита с генерализованным перитонитом. На момент поступления в ДХО 18.04.2019 ребенок предъявлял жалобы на боли в животе, рвоту. Болен около 19 часов, когда появились боли в животе, спастические, периодические, многократная рвота. Стул последний раз 17.04.2019. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые. По органам грудной клетки без особенностей. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, поддут, болезненный при



пальпации в параумбиликальной области слева, дефанс активный. Симптом Щеткина отрицательный. ОАК от 18.04.2019 – лейкоциты  $9,2 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты  $5,27 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 131 г/л, СОЭ 16 мм/час. ОАМ от 19.04.2019 – в норме. Обзорная рентгенография органов брюшной полости при поступлении от 18.04.2019 – рентген-признаки кишечной непроходимости. Рентгенография органов брюшной полости через 6 часов после консервативной стимуляции, направленной на усиление перистальтики кишечника – единичные уровни «жидкость-газ» в проекции правого фланга брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости от 18.04.2019 – нельзя исключить спаечную кишечную непроходимость. Рентгенологический контроль органов брюшной полости после окончания консервативной стимуляции кишечника от 19.04.2019 - признаков кишечной непроходимости не определяется. Контрольное УЗИ органов брюшной полости от 19.04.2019 – без патологии.

Лечение: обезболивание, инфузионная терапия, антибактериальная терапия, симптоматическая терапия

Выписан в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Таким образом, данный клинический случай показывает, что целенаправленные активные консервативные мероприятия приводят к усилению перистальтики, восстановлению пассажа по кишечнику и ликвидации непроходимости.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ФОНЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ КИСТ БРЫЖЕЙКИ КИШЕЧНИКА**

*Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В. (Тула)*

Актуальность. Частота кист брыжейки кишечника составляет 1/100000 у взрослых и 1/20000 - 35000 у детей. Наиболее частая локализация кист - брыжейка тонкой кишки (70%), а среди отделов тонкой кишки чаще - брыжейка подвздошной кишки (50-60%). Они выявляются при развитии таких осложнений, как кишечная непроходимость, инфаркт стенки кишки, разрыв кисты в брюшную полость с развитием перитонита.

Цель. Описать клиническое наблюдение странгуляционной кишечной непроходимости на фоне множественных кист брыжейки кишечника.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением на базе ГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина с диагнозом: Странгуляционная кишечная непроходимость. Заворот кишечника. Врожденный порок развития: множественные кисты брыжейки. Местный неотграниченный перитонит, находилась девочка З., 7 лет.

Из анамнеза: поступила в ДХО 01.04.2019 в тяжелом состоянии, с жалобами на боли в животе, рвоту, отсутствие стула. Дыхание не нарушено. Живот мягкий, не увеличен, резко болезненный при пальпации во всех отделах, больше по ходу толстого кишечника, симптом Щеткина сомнительный. 30.03.2019 появились боли в животе. 31.03.2019 отмечалась однократная рвота. 01.04.2019 осмотрена хирургом - хронические запоры, долихомегаколон, подозрение на кишечную непроходимость, болезнь Гиршпрунга? Проведена рентгенография органов брюшной полости от 01.04.2019 – признаки кишечной непроходимости. Госпитализирована в ДХО. В отделении отмечалась рвота до 8 раз с примесью желчи, постоянные боли в животе. ОАК от 01.04.2019 – лейкоциты  $10,7 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты  $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 136 г/л, СОЭ 10 мм/час. ОАМ от 01.04.2019 – без патологии. УЗИ органов

брюшной полости от 01.04.2019 – УЗ-признаки пареза кишечника с перераздутыми петлями толстого кишечника. Реактивные изменения печени (периваскулярная реакция).

Лечение: инфузионная терапия, антибактериальная терапия (предоперационная подготовка), обезболивающие препараты.

Операция от 01.04.2019: диагностическая лапароскопия. Срединная лапаротомия. Ревизия органов брюшной полости. Дисторзия участка тощей кишки. Удаление кист брыжейки.

Санация, дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал гладко.

Гистологическое исследование - кисты брыжейки (порочное развитие лимфатических сосудов брыжейки) с реактивными изменениями вследствие механического повреждения, жировых некрозов.

Вывод. Таким образом, данное клиническое наблюдение подтверждает мысль о том, что кисты брыжейки в некоторых случаях могут привести к развитию кишечной непроходимости.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАНЫ «КОЛЛОСТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОЖНЫМИ ДЕФЕКТАМИ**

*Муртазалиев И.Ю., Линьков В.М., Подшивалин А.А., Зыкова М.А., Нугманов А.Ф. (Казань)*

Актуальность. Обширные дефекты кожи представляют значительные сложности в лечении, так как имеется большой дефицит донорских участков кожи. Данная проблема ведет к поиску новых решений для закрытия дефектов кожи. Одним из таких решений является применение мембраны «Коллост». «Коллост» - это натуральный коллаген на основе очищенного природного коллагена, максимально приближенный по составу к человеческому коллагену.

Материалы и методы. В ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» находились на лечении 3 пациента с различной патологией, требующей закрытия кожных дефектов.

1. Ребенок 15 лет, с обширной ожоговой раной площадью 70% кожных покровов, перенес этапные аутодермопластики. В результате длительного постельного режима в пяточных областях образовались пролежни. Учитывая дефицит донорских поверхностей, нами было принято решение о применении мембраны «Коллост». На гранулирующие раны были уложены мембраны «Коллост».

2. Новорожденный ребенок с внутриутробным артериальным тромбозом, с некрозом правой кисти и предплечья. При проведении ампутации на уровне верхней трети правого предплечья, для сохранения локтевого сустава, максимального сохранения тканей и формирования культи, дистальный отдел сформированной культи на предплечье закрыт мембраной «Коллост».

3. Ребенок, 3 месяца, рожденный с эмбриональной грыжей больших размеров. В связи с обширным дефектом и выраженной висцероабдоминальной диспропорцией проводилась консервативная терапия закрытия дефекта вторичной эпителизации. Эффекта от данной терапии не наблюдалось, в связи с чем было решено наложить на оболочки грыжи мембрану «Коллост» для закрытия дефекта размером 5,0х6,0 см.

Результаты и обсуждения. Через 2 недели у I и II пациента наступила полная эпителизация ран. У III пациента через 3 недели после перенесенной операции дефект полностью заместился кожей. Ребенок был выписан домой с последующим проведением отсроченной пластики передней брюшной стенки.

Выводы и рекомендации. Таким образом, препарат «Коллост» способствует хорошей стимуляции эпителизации раневой поверхности, способствует быстрому заживлению ран, тем самым снижает сроки нахождения пациентов в стационаре, которые приводят к снижению затрат на лечение больного. Коллагеновая мембрана «Коллост» возможна для применения при лечении детей с кожными дефектами различной локализации и вне зависимости от возраста ребенка, позволяет сохранить кожные покровы пациента при их дефиците, имеет хороший косметический эффект.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ**

*Некрасова Е.Г., Оленина Н.В., Мликова Т.В. (Екатеринбург)*

Актуальность. Врожденные воронкообразные деформации грудной клетки — наиболее часто встречающийся порок грудной клетки у детей, вызывающий косметические и функциональные нарушения внутренних органов.

Цель: уточнение показаний к оперативному лечению, выявление симптомов соединительнотканной недостаточности, анализ послеоперационных осложнений.

Материалы и методы: за 2008- 2018 г пролечено 227 больных с ВВДГК. Оперированы дети и подростки в возрасте от 4 до 18 лет. У мальчиков данная патология встречалась в 2 раза чаще, чем у девочек. У 30% больных операция проведена при 2 степени деформации в возрасте от 12 до 14 лет. Алгоритм предоперационной подготовки включал проведение обзорной рентгенографии органов грудной клетки, спирографии, ЭКГ. По показаниям проводилась КТ органов грудной клетки, сцинтиграфия легких, УЗИ сердца. Всем пациентам проведена операция - торакопластика с резекцией деформированных хрящевых участков ребер и фиксации грудины титановым металлофиксатором. 2 этап торакопластики — удаление заградительного металлофиксатора проводилось через 9 месяцев.

Результаты и обсуждение.

При проведении предоперационной подготовки выявлена следующая сопутствующая патология: нарушение осанки, сколиоз - 87%, плоскостопие - 37%, пороки развития почек - %, пороки развития сердца — 2%, синдром Марфана 8%. Проявления изолированного мочевого синдрома выявлены в 13% случаев, нарушения гемостаза в 68%. Функциональные нарушения со стороны органов грудной клетки выявлены в 26 % случаев в виде нарушения рестриктивной функции легких, изменения анатомо- топографического расположения внутренних органов на КТ установлено в 25 % при 2-3 степени. Интраоперационно диагностировано осложнение в виде пневмоторакса у 2 пациентов, пункционно пневмоторакс ликвидирован.

Выводы:

1. В проблеме диагностики и лечения детей с ВДГК комплексное предоперационное обследование является важнейшим этапом в формировании показаний и противопоказаний к торакопластике

2. Разработан алгоритм предоперационного обследования, включающий лабораторные, лучевые и функциональные методы
3. Результаты предоперационного обследования свидетельствуют, что воронкообразная деформация грудной клетки является клинически значимым пороком при синдроме недифференцированной соединительнотканной дисплазии.

## **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

*Некрасова Е.Г., Цап Н.А., Мликова Т.В., Оленина Н.В. (Екатеринбург)*

Актуальность. В настоящее время среди всех больных с болезнями органов дыхания пациенты с пороками легких составляют 10-20%. Диагностика пороков легких на современном этапе возможна благодаря применению высокотехнологичных методов обследования; оперативные технологии также изменились, что и побудило оценить результаты лечения врожденных аномалий легких за 12-летний период.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 198 детей с пороками легких, госпитализированных в отделение торакальной хирургии ОДКБ за период с 2006 по 2018 г.г. Подавляющее большинство составили мальчики – 55%, девочки – 45%. Возрастная категория пролеченных детей от 6 месяцев до 17 лет. Чаще патология выявлялась в подростковом периоде, что соответствовало проведению профилактических осмотров. Алгоритм предоперационного обследования включал в себя: обзорную рентгенографию грудной клетки, компьютерную томографию с внутривенным контрастированием, ультразвуковое исследование, бронхоскопию. По показаниям проводились функциональные методы диагностики: спирография, радиоизотопная скintiграфия легких.

Результаты и обсуждение. В большинстве случаев пороков развития легких протекали у наших пациентов бессимптомно. Клинически значимыми они становились при развитии осложнений. Доля нозологий в структуре аномалий весьма различна: кисты легких - 32%, врожденная лобарная эмфизема - 8%, гипоплазия легкого - 28%, секвестрация легкого - 9,5%, врожденная кистозно-аденоматозная мальформация легкого - 12%, буллы легкого - 10,5%. Объем оперативных вмешательств зависел от анатомо-топографических и функциональных изменений со стороны органов грудной полости: лобэктомия - 43%, торакоскопические операции – 18%, атипичные резекции легких - 5%, фенестрация кисты - 21%, цистэктомии - 8%, билобэктомия - 5%. Оперативное вмешательство завершали дренированием плевральной полости. В послеоперационном периоде применяем активную реабилитацию. Осложнений и летальных исходов не было.

Выводы. Применение высокотехнологичных методов диагностики позволяет установить точное анатомо-топографическое расположение и является гарантом успеха оперативного лечения и предупреждения интра- и послеоперационных осложнений. Функциональное состояние легких в послеоперационном периоде зависит от объема проведенной операции. Приоритетными являются органосохраняющие, малоинвазивные операции.

## **СПИНАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С МИЕЛОДИСПЛАЗИЕЙ С ПОЗИЦИЙ НЕЙРОУРОЛОГА**

*Николаев С.Н., Пискалов А.В. (г Москва)*

**Актуальность.** Лечение детей с пороками спинного мозга и его проводникового аппарата, до настоящего времени представляет собой сложнейшую задачу. Полиморфизм и тяжесть клинических проявлений, резистентность к традиционным методам лечения, отсутствие альтернативных методов реабилитации определяют применение целого комплекса терапевтических и хирургических мероприятий в основе которого лежат спинальные микрохирургические восстановительные операции.

**Материалы и методы.** За период с 1992 по 2016 гг. оперировано на проводниковом аппарате спинного мозга более 1500 детей с синдромом спинального дизрафизма. Полноценный катамнез прослежен у 656 детей, которым был произведен микрохирургический радикулолиз. Обследование включало исследование уродинамики нижних мочевых путей, рентгенурологические, электромиографические и другие функциональные аспекты.

**Результаты.** Снижение внутрипузырной гипертензии, интенсификация позыва на мочеиспускание, улучшение показателей сократительной способности детрузора отмечено у 438 детей (66,7%), частичное восстановление эвакуаторной функции толстого кишечника, удержание кала у 370 (56,4%), стабилизация мочевого синдрома у 300 (50%).

**Заключение.** Следует отказаться от операций у детей со спинномозговой грыжей в период новорожденности при отсутствии прямых показаний, так как слишком велико количество ятрогенных нарушений (до 30%). Безусловно, что при осложненном течении (разрыв оболочек грыжевого мешка, ликворея) показано экстренное оперативное пособие. Оптимальным для оперативного вмешательства является возраст ребенка старше 6 мес. При первичной герниопластике операции должны быть направлены на профилактику первично-фиксированного спинного мозга. Повторные операции по поводу интрадуральных липом, сращений, фиксации конечной нити и т.д. должны быть строго аргументированы. Основой успешного лечения детей со спинномозговыми грыжами является применение микрохирургической техники, что позволяет добиться более адекватного восстановления гемо- и ликвородинамики, снятия очагов патологической ирритативной импульсации, приводящей к некоординированной работе детрузорно-сфинктерного аппарата в том числе и тазового дна.

## **ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ ИМПУЛЬСНАЯ МАГНИТОТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГИДРОНЕФРОЗА**

*Новикова Е.В., Хан М.А., Николаев С.Н. (Москва)*

**Актуальность и социальная значимость** медицинской реабилитации детей с гидронефрозом обусловлены: высокой частотой встречаемости (7%) среди всех врожденных заболеваний детского возраста; возможностью развития хронической болезни почек и ранней инвалидизацией.



Успех оперативных вмешательств во многом зависит от проведения реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление уродинамики верхних и нижних мочевых путей, стимуляцию репаративных процессов, улучшения почечного кровотока. Вместе с тем, до настоящего времени нет научного обоснования о возможности применения физических факторов в ранний послеоперационный период у детей, оперированных по поводу гидронефроза.

Среди технологий медицинской реабилитации особое внимание в последние годы привлечено к высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии, оказывающей активное воздействие этого фактора на нервно-мышечный аппарат, вызывающей ритмические сокращения мышечных волокон, способствуя улучшению периферического кровообращения и трофики тканей.

Клинические наблюдения и специальные исследования, проведены у 80 детей с гидронефрозом, состоянием после операции, в возрасте от 3 до 15 лет. При этом основную группу составили 40 детей, получавших высокоинтенсивную импульсную магнитотерапию на фоне базисной терапии, 40 детей составили контрольную группу, получавших базисную терапию, включающую лечебную физкультуру и уросептики.

Комплексное восстановительное лечение с включением высокоинтенсивной магнитной стимуляции способствовало у 80% больных основной группы достоверному снижению протеинурии и лейкоцитурии.

Уменьшение выраженности пиелозктазии, сокращение размеров чашечек, по данным УЗИ почек, достоверно отмечалось в 90,0% случаев, что свидетельствовало о восстановлении уродинамики на уровне верхних мочевых путей. По данным доплерометрии интратенального кровотока у всех детей с обедненным почечным кровотоком отмечалось улучшение кровотока на уровне сосудов всех порядков до кортикальных отделов. На основании проведенных исследований впервые дано научное обоснование целесообразности включения высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии в комплексную медицинскую реабилитацию детей, оперированных по поводу гидронефроза. Доказана более высокая эффективность медицинской реабилитации с включением импульсной высокоинтенсивной магнитотерапии (87,5 %) детей, оперированных по поводу гидронефроза, чем в группе сравнения (62,5 %).

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЮАМЕЛЯ, ПРИЧИНЫ, МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ**

*Новицкая С.К., Дегтярев Ю.Г., Аверин В.И., Никифоров А.Н. (Минск)*

Цель: выявить ранние и поздние осложнения после операции Дюамеля, предложить методы их устранения.

Актуальность. Анализ литературных данных показывает большие колебания при оценке ранних и отдаленных после лечения болезни Гиршпрунга., однако причины их не выяснены.

Материал и методы: Проведен анализ лечения 398 пациентов, которым выполнена операция Дюамеля в различных модификациях с 1970 по 2018 гг. в условиях одного медицинского учреждения.

Результаты и обсуждение. По методике Дюамеля начали операции с 1970 г. Из 34 детей, оперированных классическим методом Дюамеля, у 15 (44 %) в раннем послеоперационном периоде развились осложнения: несостоятельность анастомоза — у 7, сужение входа в сигмовидную кишку — у 4. Причиной развития несостоятельности анастомоза с развитием перитонита явилось раннее отпадение зажимов Кохера, наложенных на «парус». Все эти дети оперированы повторно, один из них умер. В раннем послеоперационном периоде у 10 (45 %) из 22 оперированных детей по Дюамелю–Баирову (без рассечения внутреннего анального сфинктера) произошло отхождение задней стенки низведенной кишки с формированием тазового абсцесса у 4 и развитием перитонита у 2. Оба эти ребенка оперированы повторно. С 1983 года применяем модифицированную методику: для наложения колоректального анастомоза бок в бок применяли два аппарата НЖКА-60. С 2000- линейные сивающие аппараты зарубежных фирм. За период 1983 -2018 годы прооперировано 342 пациента. 158 6,6% оперировано в возрасте до 3 лет, 64 (20%) в возрасте до 1 года. Дети от 3 до 7 лет составили 23,4% и лишь 9% имели возраст старше 7 лет. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 9 больных, что составило 2,8%, причем у 5 (1,5%) из них они носили общехирургический характер. Низкий «парус» ликвидирован у 27 детей путем повторного наложения сшивающих аппаратов. С 2010 г. для профилактики этого осложнения 22 детям произведена операция Дюамеля-Мартина, при которой колоректальный анастомоз накладывается бок в бок на всем протяжении прямой кишки. Время лечения после радикальных операций составило  $15,4 \pm 0,63$  койко-дня. С 2009 года методом выбора в клинике является трансректальное низведение, но при осложнениях (4), длинной зоне аганглиозе (3) выполнялась операция Дюамеля.

Выводы. Осложнения после операции Дюамеля не сказывались на общем состоянии пациентов, поддавались устранению. Операция не потеряла свою «актуальность» и в настоящее время.

## **ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА**

*Новицкая С.К., Дегтярев Ю.Г., Аксенчик М. Г., Дружинин Г. В. (Минск)*

Актуальность: Измерение функциональных результатов с получением количественных характеристик являются объективным методом оценки результатов лечения.

Цель: разработать объективные методы измерения функции тазовых органов с получением количественных характеристик процессов.

Материал и методы: Для определения тяжести нарушений функции тазовых органов разработана балльная шкала оценки физиологических отпавлений, в котором учитываются показатели опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки. После выявления степени тяжести нарушений, определённых по дневнику физиологических отпавлений, выполняли

комплекс диагностических мероприятий: уродинамическое исследование, ирригоскопия, сфинктероманометрия, колоноскопия с выполнением биопсии слизистой толстой кишки. При аноректальной манометрии фиксировали следующие группы показателей: а) показатели покоя; б) показатели давления (попытка дефекации); в) показатели сокращения, сжатия анальных сфинктеров – определялись максимальное давление и длительность при их произвольном контролируемом сокращении; г) пробы с наполнением баллона, введенного в прямую кишку – определялся ректоанальный ингибиторный рефлекс. В заключении исследования проводили тест на выдавливание баллона: тест оценивает возможность пациента осуществить дефекацию, регистрирует динамику дефекации. По программе проведено обследование 20 пациентов.

Результаты: При анализе отдаленных результатов лечения пациентов после лечения врожденных аноректальных пороков, спинно-мозговой грыжи, синдрома каудальной регрессии мы пришли к выводу об необходимости использования системного функционального подхода к диагностике и лечению детей с нарушениями функции тазовых органов. Тяжесть нарушений разделяли на три степени и определяли по сумме баллов, набранных при оценке дневника физиологических отпражнений. При анальной манометрии в 70% случаев ректальная чувствительность у детей была снижена, иногда полностью отсутствовала; у 50% выявлена слабость анальных сфинктеров; у 100% пациентов отметили уменьшение максимального давления сжатия. У 50% выявлено снижение ректо-анального ингибиторного рефлекса, у 70% отмечено снижение порога ректальной чувствительности. У 30% пациентов тест выталкивания баллона был отрицательным.

Выводы: Каждый анатомический и функциональный результат индивидуален и может быть объективно оценен и контролироваться на протяжении длительного времени.

## **ПРЕВЕНТИВНЫЕ КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА**

*Новожиллов В.А. , Степанова Н.М. , Петров Е.М. , Милюкова Л.П. , Круталевич Ю. М. (Иркутск)*

Цель. Анализ использования кишечных стом в этапном лечении ряда хирургических заболеваний в детском возрасте.

Материалы и методы. Анализ историй болезни 89 детей с превентивными кишечными стомами, проходившими лечение в ОГАУЗ ГИМДКБ за период 2012-2017 гг.

Результаты. Гендерный состав: мальчики - 54(60,7%), девочки - 35(39,3%). Средний возраст на момент формирования стомы - 39 дней, средняя масса тела - 2780 грамм. Врожденные anomalies развития составили 43,8% (39): аноректальные пороки – 29,2% (26), мекониевый илеус – 4,5% (4), атрезия тонкой кишки – 2,3% (2), персистирующая клоака – 2,3% (2), гастрошизис-1,1%(1), болезнь Гиршпрунга – 1,1% (1), заворот тонкой кишки – 1,1% (1), нейрональная кишечная дисплазия - 1,1%(1), стеноз толстой кишки -1,1%(1). Приобретенные заболевания ЖКТ в 56,2% (50): спонтанные перфорации - 27%(24), НЭЖ – 27,0% (24), инфаркт тонкой кишки - 1,1%(1), неспецифический язвенный колит-1,1%(1). Структура сопутствующей патологии: со стороны ЦНС-37,3%(34), системы дыхания -18,7%(17), сердечно-сосудистой системы - 17,6%(16), МВС-13,2%(12), опорно-двигательной системы - 7,7%(7), генетические заболевания - 5,5%(5). Уровень формирования: тонкая кишка -

55(57,9%), толстая кишка - 40(42,1%), комбинация - 6(6,7%). Осложнения наблюдались у 16 (18%) пациентов: эвагинация - 31,25%(5), ретракция - 25%(4), перистомальный дерматит - 31,25%(5), параилеостомический свищ - 6,25%(1), некроз - 6,25%(1).

Вывод. Тщательный выбор уровня и способа формирования кишечной стомы должны строго соответствовать предназначению данного превентивного вмешательства. Безусловными критериями успешного формирования стомы являются правильный послеоперационный уход и своевременная коррекция стома-ассоциированных состояний. Важным считаем организацию в регионе стома-кабинета с целью медицинского, психологического и социального консультирования родителей и пациентов-носителей стом, подготовки последних к этапным реконструктивным вмешательствам.

## **ЭХИНОКОККОЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ**

*Огнёв С.И., Цап Н.А, Кошурников О.Ю., Винокурова Н.В. (Екатеринбург)*

Актуальность: эхинококкоз органов брюшной полости (ЭОБП), редко встречаемое заболевание у детей в Свердловской области. Данный регион РФ не является эндемичным по эхинококку, однако миграция населения, в частности из южных регионов, в т. ч. из стран Средней Азии ставит это заболевание в ряд актуальных.

Материалы и методы: с 2004 по 2019 гг. в клинике детской хирургии с ЭОПБ оперативно пролечено 13 детей. В гендерном аспекте 5 (38,4%) девочек и 8 (61,5%) мальчиков. Распределение по возрасту: от 0 до 5 лет 1 (7,6%) ребенок, от 5 до 10 лет 2 (15,3%) детей, от 10 и старше 10 (76,9%) детей. По локализации: в селезенке 2 (15,3%) случая, в печени 11 (81,6%), из них в правой доле 10, в левой 1 случай. Сочетанная локализация (печень и легкое) 1 пациент. Диагностика основана на клинических проявлениях, лучевых методах исследования (УЗИ, КТ, МРТ, сцинтиграфия) лабораторных, в частности серологический метод определения титра антител к эхинококку. Достоверность серологического метода составила 75%. По размерам кисты подразделялись: до 30 мм 1 (7,6%) ребенок, от 30 до 50 мм 4 (30,7%), от 50 до 70 мм 5 (38,4%) детей и более 70 мм 3 (23,3%) ребенка. Прямая связь контакта с животными выявлена в 5 случаях, ранее проживали в других регионах 6 детей.

Результаты и обсуждения: Оперативное вмешательство с использованием эндоскопических технологий выполнено у одного ребенка, лапаротомным доступом у 12 детей. В одном случае в связи с недостоверной интерпретацией данных лучевых методов диагностики первично выполнено чрезкожно-пункционное склерозирование с использованием 96% спирта, затем выполнена лапаротомия, выявлен погибший паразит. В остальных случаях выполнена лапаротомия по Федорову, эхинококкэктомия (1), у 10 детей выполнена пункция, в 9 случаях девитализация проводилась введением 2%-го раствора формалина, у одного ребенка использован глицерин 100%. Затем удаление хитиновой оболочки с широкой фенестрацией фиброзной капсулы и пошаговая обработка остаточной оболочки аргоновой плазмой. При эхинококкозе селезенки при локализации паразитарной кисты в её воротах была выполнена в одном случае спленэктомия, в другом случае - эхинококкэктомия. В послеоперационном периоде у 7 детей проводилась терапия Мебендазолом. В отдаленном периоде рецидивы не отмечены.

Выводы. При паразитарных кистах органов брюшной полости у детей разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм своевременной диагностики, оперативного вмешательства, мультидисциплинарного подхода к реабилитации.

## **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ТОНКОЙ КИШКИ**

*Павлушин П.М.1, Грамзин А.В.2, Койнов Ю.Ю.2, Кривошеев Н.В.2, Чикинев Ю.В.1 (Новосибирск)*

Атрезия двенадцатиперстной (ДПК) и тонкой кишок является одной из наиболее частых причин врожденной кишечной обструкции с частотой выявления около 1:5000 новорожденных, обуславливая высокую актуальность данной патологии.

В детском хирургическом отделении ГНОКБ в период 2014-2019 гг, был прооперирован 31 ребенок по поводу атрезии тонкой кишки. Данная когорта пациентов разной возрастной группы от 1 суток до 2 лет жизни, из них 17 мальчиков. Все дети оперированы по установлению диагноза. Летальных исходов не было. Нозологически данная группа представлена мембраной ДПК – 8 случаев, кольцевидной поджелудочной железой – 1 пациент, атрезией ДПК – 10 пациентов. Атрезия тонкой кишки выявилась в 12 случаях, из которых в 7 случаях была выявлена перфорация полого органа, из них 5 внутриутробно.

Хирургическая коррекция мембраны ДПК была произведена иссечением мембраны. При атрезии ДПК и кольцевидной поджелудочной железе – в 10 случаях наложен ромбовидный анастомоз, в одном случае выполнена дуодено-еюностомия бок-в-бок. При атрезиях тонкой кишки производилась резекция атрезированного участка и наложение первичного анастомоза у 3 пациентов, наложение анастомоза по Bishop-Koop в 5 случаях, двухствольной стомы у 4 пациентов, с последующим закрытием стомы, в среднем, в двухмесячный срок. Критерием выбора двухэтапного метода лечения были наличие множественных атрезий, наличие перфорации и выраженной диспропорции приводящего и отводящего сегментов кишки.

В одном случае у ребенка была выявлена острая кишечная непроходимость после ликвидации илеостомы, наложенной по поводу множественной атрезии подвздошной кишки с внутриутробной перфорацией, потребовавшая резекции зоны анастомоза с последующим наложением анастомоза конец-в-бок.

Когорта пациентов с врожденными пороками развития ЖКТ требует высокой хирургической настороженности в связи с высоким риском реализации гастроинтестинальной недостаточности, что является предрасполагающим фактором к развитию некротического энтероколита новорожденных, а так же возможными объёмными резекциями с последующим развитием синдрома короткой кишки. При наличии выраженной диспропорции сегментов кишки, а так же наличии множественных атрезий без перфорации, согласно нашему опыту, выбор хирургической коррекции необходимо принять в пользу наложения анастомоза по Bishop-Koop с последующей ликвидацией стомы, наложение первичного анастомоза нежелательно.



## **КИШЕЧНАЯ ДЕРИВАЦИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРОФИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

*Петрухина Ю.В., Коварский С.Л., Даренков С.П., Захаров А.И., Меновщикова Л.Б., Склярова Т.А., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Струянский К.А. (Москва)*

Комплекс Экстрофия мочевого пузыря\ эписпадия представляет собой спектр мочеполовых аномалий, варьирующих от эписпадии до классической экстрофии мочевого пузыря и экстрофии клоаки и является одним из наиболее сложных заболеваний в детской урологии. Это обусловлено сложной оперативной техникой, необходимой для коррекции тяжелых аномалий мочевого пузыря и деформации гениталий, а также комплексом проблем у детей с экстрофией, связанных с функцией почек, инфекцией мочевых путей, удержанием мочи и кала.

Одним из ключевых осложнений – проявлений экстрофии мочевого пузыря является недержание мочи. Для успешного лечения недержания мочи основным условием является создание замкнутого регулируемого мочевого тракта. Однако, у ряда больных не удается создать адекватную емкость мочевого пузыря и тем самым обеспечить удержание мочи.

Большинство хирургических вмешательств, направленные на восстановление функций накопления, удержания и изгнания мочи, используют в качестве пластического материала собственные ткани дистального отдела мочевого тракта.

Однако такая возможность встречается далеко не всегда, так как присутствующие патологические изменения нижних отделов мочевых путей настолько выражены, что для адекватной хирургической коррекции необходимо отведение мочи. Кишечная деривация мочи с полным разделением тока кала и мочи является формирование искусственного мочевого пузыря, главным принципом которого, является создание резервуара низкого давления, что достигается с помощью детубуляризации и реконфигурации сегмента кишки. В нашей клинике за последний год были проведены 2 операции по созданию искусственного мочевого пузыря детям с экстрофией мочевого пузыря, микроцистисом по методике Mainz pouch 1. При контрольном обследовании мы получили хорошие результаты.

Несмотря на хороший результат, мы считаем, что, что этот вид хирургической коррекции недержания мочи у детей является крайним вариантом. И его применение обосновано только после безуспешных попыток использования всех возможных видов оперативного вмешательства, обеспечивающих удержание мочи естественными механизмами.

## **НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ХРОМОСОМНОГО МОЗАИЦИЗМА**

*Петрухина Ю.В., Разумовский А.Ю., Захаров А.И., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Склярова Т.А., Ерохина Н.О., Блох С.П., Солониченко В.Г., Глыбина Т.М., Калинин Н.Ю. (Москва)*

Введение: Нарушение формирования пола — состояние, связанное с клинико-биохимическим проявлением несоответствия между генетическим, гонадным и

фенотипическим полом ребенка требующего детального обследования для окончательного выбора половой принадлежности.

Материалы и методы: Ребенок 2 месяцев жизни поступил для дообследования и лечения в отделение урологии ДГКБ №13 им. Филатова с неопределенным строением наружных половых органов: гипоплазированным половым органом вентрально деформированным, меат располагался проксимальнее головки, не сужен, мошонка гипоплазирована, расщеплена. Левая гонада пальпировалась в верхней трети мошонки, низводилась до верхней ее трети. Правая гонада в мошонке и по ходу пахового канала не определялась. Кариотип пациента 45XO/46XY/47XYY; при исследовании электролитов и гормонального спектра – данных за патологию надпочечников не получено.

По данным УЗИ было выявлено наличие матки, отсутствие предстательной железы и правой гонады. В ходе диагностического поиска ребенку была проведена лапароскопия и цистосуретровагитоскопия, на которых выявлены хорошо сформированная матка, левая гонада в верхней трети пахового канала, предположительно яичко, к которому подходила маточная труба; правая гонада, располагалась в малом тазу, предположительно яичник с прилегающей маточной трубой. В ходе уретероскопии обнаружено хорошо сформированное широкое влагалище глубиной 4 см, в его своде определялась шейка матки. Вход в уретру расположен вертикально, уретра 2 см.

Результаты: Был проведен консилиум в составе урологов, генетика, гинеколога, эндокринологов, решением которого, совместно с родителями, являлась рекомендация выбора женского паспортного пола. Выбор пола у ребенка был трудным и неоднозначным решением, в котором одним из ключевых фактором, явились данные цистоуретеровагиноскопии и диагностической лапароскопии. Выводы: Дети с НФП требуют проведения детального обследования и мультидисциплинарного подхода сразу после рождения для определения половой принадлежности и выбора тактики ведения. Выбор половой принадлежности у детей с редкими формами хромосомного мазайцизма до сих пор остается предметом дискуссии.

## **АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ ДЕТСКОГО КОЛОПРОКТОЛОГА. СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ, ТАКТИКА**

*Пименова Е.С., Гусева Н.Б., Королев Г.А. (Москва)*

Цель. Анализ амбулаторного приема детского-хирурга (колопроктолога) на базе университетской больницы за 2,5 года

Методы. Анализ обращений пациентов к детскому колопроктологу в ДГКБ №9 с 10.2016 по 04.2019. Анализировали возраст пациентов, жалобы, диагноз, назначенное лечение, повторные консультации.

Результаты. Обратились 352 пациента, 56 повторно (возраст 12дней-17 лет;Me7,7). Мальчиков 218(61,9%), девочек 134(38,1%). Структура патологии: хронический запор(ХЗ) 295/352(83,8%), из них вторичное недержание кала 126/295(42,7%), диссинергическая дефекация (ДД) 60/295(20,3%), анальные трещины 67/295(22,7%), выпадение прямой кишки 7/295 (2,4%), геморрой 32/295 (10,8%); аноректальные мальформации (АРМ) 14/352(4%),

болезнь Гиршпрунга(БГ) после операции 3/352(0,9%),полип толстой кишки 5/352(1,4%), спинальная патология(после операции)8/352(2,3%),спинальный дизрафизм 17/352(4,8%), другое-8/352(2,3%).Диагноз ХЗ ставили с учетом Римских критериев IV, ДД оценивали при пальцевом ректальном исследовании (ПРИ),подтверждали при аноректальной манометрии. Анальные трещины визуализировались лишь у 15/67(22,4%) детей, и у 20/67(29,9%) не сопровождались болью. Наружный геморрой чаще проявлялся на фоне ХЗ. Осложненный геморрой у 2/32(6,3%). Признаков портальной гипертензии не было. Лечение ХЗ:полиэтиленгликоль, клизмы, туалетный тренинг,диета,привели к купированию симптомов ХЗ и его осложнений почти у всех детей (повторный прием)47/48 (97,9%). Необходимость повторной консультации чаще у детей с ДД-37/48 (77%). При выпадении прямой кишки консервативная терапия успешна у 5/7 (71,4%). При полипе прямой кишки у всех детей диагноз поставлен при ПРИ. 25/352 (7,1%) детей с АРМ, БГ и спинальной патологией после операции имели неудовлетворительные функциональные результаты. Госпитализированы в стационар для обследования и лечения, включены в протокол программы "Контроль недержания кала", находятся на учете в клинике.

Выводы. На амбулаторном приеме большинство детей, 83,8%, с запором и его проявлениями - вторичным недержанием кала, анальным трещинами, геморроем. Консервативное лечение запора по современным протоколам было эффективным у 97,9% детей, однако при наличии ДД симптомы возобновились у 77% детей, повторно обратившихся. Выпадение слизистой прямой кишки купировано на фоне консервативной терапии у 71,4%. Пациентам после операций по поводу АРМ, БГ, спинальной патологии требовалось стационарное обследование для назначения адекватной терапии.

## **СОСТОЯНИЕ ЭНТЕРАЛЬНЫХ НЕРВНЫХ ГАНГЛИЕВ ПРИ ИШЕМИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

*Пименова Е.С., Корчагина Н.С., Зюзько Д.Д., Королев Г.А. (Москва)*

Цель: оценка состояния энтеральных ганглиев толстой кишки(ТК) при экспериментальной мезентериальной ишемии

Методы: Комитет по этике Сеченовского университета (№16-17,12.07.17). В эксперимент вошли 2 группы беспородных самцов крыс (возраст 14-20 мес.,Ме 17,5, вес 468-685г.,Ме 533). 1 гр- экспериментальная (n=10), 2гр контроля ("sham", n=10). Животных содержали в условиях вивария (заведующий А.В.Лузин) при свободном доступе к воде и пище. В 1 группе проводили лапаротомию, выделение ветви ободочной кишки, лишение участка кишки мезентериального кровотока, ушивание брюшной полости. Во 2 группе проводили лапаротомию, выжидали 30 минут, ушивали брюшную полость. Наркоз проводили комбинированным препаратом (тилетамина гидрохлорид+золазепам гидрохлорида) в/м 15мг/кг. После операции оценивали стул. Повторная лапаротомия на 7,9,12,14,21,42,53,62 сутки -ревизия, биопсия ТК в зоне ишемии и вышележащего отдела. Фиксация в 10% формалина, вырезка фрагментов по противобрыжеечному краю, заливка в парафин. Срезы толщиной не более 5 микрон окрашивали гематоксилином и эозином. Микроскопия с помощью аппарата Zeiss LAB lab.A1. Определяли число энтеральных ганглиев на 5 мм площади. Статистический анализ с помощью непараметрических методов (SAS-studio, Excel)

Результаты: В 1 группе после операции отмечено нарушение стула у 9 крыс (90%). При повторной лапаротомии: сужение кишки в зоне ишемии-у 2(20%). У половины животных отмечено отсутствие кишечного содержимого в зоне ишемии, при этом вышележащие отделы были расширены у 8 (80%). Выявлена сильная корреляционная связь между расширением здоровых отделов толстой кишки и отсутствием кала в зоне ишемии (+0,83, p<0,05). Кишка выше зоны ишемии дилатировалась за счет скопления кишечного содержимого у 50% крыс, выявлена сильная корреляционная связь застоя с дилатацией данных отделов ТК (+0,8, p<0,05). При анализе не выявили корреляции между степенью выраженности дилатации кишки и длительностью ишемии. В контрольной группе нарушений стула после операции и изменений кишечника при лапаротомии не отмечено.

Количество межмышечных ганглиев в зоне ишемии составило 10,5-18,5(Ме-11,3), в вышележащих отделах кишки-13-27, Ме-19 (p<0,05).

Выводы: у 90% крыс на фоне мезентериальной ишемии отмечена дисфункция кишечника, у 80% при повторной лапаротомии-признаки частичной кишечной непроходимости. На фоне хронической мезентериальной ишемии на сроках от 7 до 62 суток отмечено снижение количества энтеральных межмышечных ганглиев в стенке толстой кишки.

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФЕКАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ АУТОЖИРОМ У ДЕТЕЙ**

*Пинигин А.Г., Кузьмичев П.П (Хабаровск)*

Актуальность: Значительной проблемой в детской хирургической практике является лечение фекальной инконтиненции связанной со слабостью запирающего аппарата прямой кишки на фоне функциональной или органической задержки стула. Как правило, у больных детей этой группы рентгенологически выявляется увеличение или исчезновение аноректального угла, «провисание» пуборектальной мышцы и уменьшение длины ректального канала. Нами предложен в качестве объемообразующего агента, вводимого ретроректально с целью формирования аноректального угла и удлинения анального канала у детей, использовать жировую ткань пациента (патент №2539188 28.11.2014г). В дальнейшем, тонус пуборектальной мышцы и сфинктеров восстанавливались амбулаторно физиотерапевтическими методами. Проведен анализ отдаленных результатов лечения пролеченных больных.

Цель: Улучшить результаты комплексного лечения детей, страдающих фекальной инконтиненцией на фоне хронической задержки стула.

Материалы и методы: С 2011-2017 г в детском хирургическом отделении КГБУЗ ДККБ малоинвазивное хирургическое лечение проведено 31 ребенку. Средний возраст детей составил 8,5 лет. Показания к хирургическому лечению устанавливались исходя из клиники стойкой фекальной инконтиненции и признаков декомпенсации надсфинктерного аппарата держания выявляемого на СКТ толстого кишечника и мышц тазового дна. Забор жировой ткани производился с передней брюшной стенки или внутренних поверхностей бедер. Освобожденный от крови и введенный ретроректально объемообразующий агент (аутожир) поднимал заднюю стенку прямой кишки, восстанавливал аноректальный угол, удлинял и сужал анальный канал.

Результаты: Изучены отдаленные результаты лечения у 12 детей данной группы через 4-5 лет после проведенной операции. Полное отсутствие жалоб на фекальную инконтиненцию и задержку стула выявлено у 8 детей (67%). У 1 ребенка эпизоды фекальной инконтиненции

прекратились, но, при погрешности в диете, возникает задержка стула. У 3 детей (25%) после операции периодически появляется фекальная инконтиненция, но в значительной степени уменьшившаяся по частоте.

Выводы: Анализ отдаленных результатов предложенного малоинвазивного хирургического лечения – введение аутожира ретроректально в комплексе с консервативными методами показывает хорошую эффективность, устойчивость, безопасность, доступность, легко переносится больными, приводит к быстрому устранению фекальной инконтиненции, нормализации частоты стула и улучшению качества жизни.

## **КЛИНИКО - ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА САРАНСКА**

*Плешков С.А., Филиппова Е.А., Окунев Н.А., Окунева А.И., Кемаев А.Б., Солдатов О.М., (Саранск)*

Актуальность. В последние годы прослеживается тенденция к изменению форм осложнённых внебольничных пневмоний (ОВП), возбудителей, их чувствительности к антибиотикам, а также виды хирургического лечения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 27 историй болезни пациентов с ОВП в ГБУЗ Республики Мордовия «Детская Республиканская Клиническая Больница» г. Саранска за период 2016-2018 гг.

Результаты и обсуждения. Жалобы при ОВП: на повышение температуры тела-81%, одышку в покое-55%, малопродуктивный кашель-55%, выраженную слабость-26%, затрудненное дыхание-14%, боли в груди-7%, боли в животе-5%.

Длительность заболевания до госпитализации: 1-3 суток у 63%, 4-7 суток – у 22% и более 7 суток - у 15%.

По половому составу преобладали девочки-52%. Распределение по возрасту от 1 до 3 лет - 44%; от 4 до 6 лет -33%; от 7 до 15 лет -16%; от 0 до 1 года (1 ребенок -11 месяцев).

Сельское детское население болело чаще ОВП - 35%, чем городское - 15%. Заболеваемость ОВП в летний -33%, весенний -26%, осенний -22%, зимний период - 19%.

По результатам посевов и ПЦР диагностики: *S. Aureus* - 10%, микст-инфекция (*S. Aureus* + *Enterococcus* - 19%; *S. Aureus*+*Klebsiella Spp.* - 21%). Вторая по частоте: *Klebsiella Spp.* - 16% и микст-инфекция (*Klebsiella Spp.* + *Staphylococcus epidermidis* - 10%). В 50% лечение длилось от 2 до 4 недель, в 30% менее 2 - х недель. ОВП вызванные вирусом гриппа типа А - 12% и грибами (рода *Candida*) -12%, госпитализация более 6 недель.

В 2016 году пролечились с ОВП - 15 детей, в 2017 году - 8, в 2018 г. - 6. В 61% поступали в хирургическое отделение, в отделение реанимации - 39% обусловлено дыхательными расстройствами и нарушением общего гомеостаза.

По данным R-исследования правосторонняя-46%, левосторонняя-43% и в двусторонняя-11% ОВП.

Выявленные осложнения-плевральные: экссудативный плеврит-46%; пиоторакс-10%; пиопневмоторакс -5%; пневмоторакс -3%. Легочные: абсцесс сегмента или доли -26%; ателектаз сегмента-10%. В лечение: 44%-пункции плевральных полостей; 36%-дренирование плевральных полостей; дренаж по Бюлау-20%.

Заключение

1. Клинико-эпидемиологические особенности и заболеваемость ОВП в РМ соответствуют показателям западного региона РФ



2. Дети проживающие в сельской местности больше подвержены ОВП, в связи с удлинением периода первичной обрабатываемости и удаленности от специализированного стационара.
3. Снижение заболеваемости ОВП среди детей, обусловлено изменением возбудителя (*Klebsiella Spp* и ее микст-инфекцией).

## **ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМOM МЕЖМЫШЦЕЛКОВОГО ВОЗВЫШЕНИЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ**

*Плигина Е.Г., Буркин И.А., Ковалюнас И.С. (Москва)*

Перелом межмышцелкового возвышения большеберцовой кости у детей является эквивалентом полного разрыва передней крестообразной связки у взрослых больных и составляет от 2% до 5% среди всех травм коленного сустава у детей. Восстановление длины и натяжения передней крестообразной связки определяет необходимость оперативного лечения данного вида перелома при 2 и 3 его типах.

Цель исследования: обоснование выбора оптимального способа остеосинтеза межмышцелкового возвышения большеберцовой кости у детей.

Основу настоящего исследования составили данные обследования и лечения 58 детей с переломом межмышцелкового возвышения большеберцовой кости. У 16 детей смещения фрагмента большеберцовой кости выявлено не было. 2 тип перелома межмышцелкового возвышения диагностирован в 28 случаях, 3 тип - у 14 больных. Диагностика основывалась на данных рентгенографии, магнитно-резонансной и компьютерной томографии. Оперативное лечение – остеосинтез межмышцелкового возвышения большеберцовой кости при артроскопии коленного сустава выполнен в 42 случаях. Из 16 больных при отсутствии смещения костного фрагмента консервативное лечение получали 6 детей. Показанием к проведению артроскопии у 10 больных с переломом без смещения отломков послужили сопутствующие повреждения внутренних структур коленного сустава. Остеосинтез петлей произведен в 19 случаях, 2—мя спицами - у 10 больных. 5 детей оперировано с применением биодеградируемых винтов, металлические канюлированные винты использованы у 7 пациентов, фиксаторы “Chondral Dart” в 1 случае.

Результаты: Наиболее жесткая фиксация отмечалась в случае применения металлических канюлированных винтов. Внешняя иммобилизация не требовалась. При использовании рассасывающейся петли произошло вторичное смещение. Однако, нарушения функции сустава после полной консолидации не было. Применение спиц, петли, биодеградируемых винтов (в том числе “Chondral Dart”) потребовало иммобилизации конечности в послеоперационном периоде. Полное восстановление функции сустава отмечено в 100% наблюдений.

При применении канюлированных винтов достигается наиболее жесткая фиксация отломков, не требующая внешней иммобилизации. Недостатком данного метода остеосинтеза является необходимость повторной операции для удаления металлических имплантов, но выполнение артроскопии после консолидации позволяет объективно оценить состояние передней крестообразной связки и хряща в месте бывшего перелома.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ**

***Поверин Г.В., Королева М.А., Егорова О.О., Шаимова Д.В., Зимин С.Н. (Ижевск)***

Актуальность: Параректальные свищи являются частым гнойно-воспалительным заболеванием у детей раннего возраста. Они характеризуются длительным рецидивирующим течением.

Цель исследования: анализ результатов диагностики и оперативного метода лечения параректальных свищей

Пациенты и методы: Проанализированы результаты лечения 70 детей с параректальными свищами за 2017-2019 в возрасте от 4 мес лет до 9 лет включительно. Средний возраст 8 месяцев. Все больные поступали в плановом порядке через 3 месяца после наступления ремиссии. Проводилось клиническое обследование, применялись лабораторные, ультразвуковые методы исследования. У всех пациентов доказано сообщение между прямой кишкой и выходным отверстием свища. В 100% процентах случаев были внесфинктерные свищи, в 20% случаев свищи были множественными.

Результаты: Больным с единичными параректальными свищами в 100% случаев выполнялась операция Габриэля. Для ушивании раны использовался рассасывающий шовный материал (Monosyn Quick – 50% реабсорбция через 7 дней). В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (защищенные пенициллины), противовоспалительная терапия, физиолечение. У 3 пациентов (2.1%) в послеоперационном периоде наблюдалось нагноение раны, несостоятельность швов. При множественных свищах выполнялось склерозирование 5% спиртовым раствором йода. Среднее пребывание 7 дней. Все свищи направлены на гистологическое исследование, в 100% свищевой ход был выстлан эпидермисом. Рецидивов свищей за истекший период не наблюдалось.

Заключение:

- 1) Операцией выбора при единичных параректальных свищах является операция Габриэля, а при множественных склеротерапия.
- 2) Условием для хорошего результата лечения является: период ремиссии, тщательный уход за послеоперационной раной и антибактериальная терапия.

## **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С КИСТОЙ КОПЧИКА.**

***Поверин Г. В. (Ижевск)***

Актуальность. Киста копчика – распространенное, гнойно-воспалительное заболевание, встречающееся в разных возрастных группах детей. Не смотря на это, в современной литературе по детской хирургии она практически не представлена.

Цель исследования. Оптимизировать результаты лечения кист копчика у детей.

Пациенты и методы. С 2013 по 2018 годы пролечено 310 детей с кистой копчика. 95 (30,64%) девочек, 215 (69,36%) мальчиков. Согласно классификации больные разделены: киста

копчика с острым воспалением 78 (25,16%), без воспаления 54 (17,42%), с хроническим воспалением 178 (57,42%).

Результаты. Больные с острым воспалением (средний возраст 15 лет) поступали в клинику с выраженной клинической картиной. В 43% случаев не возможно было определить предрасполагающие факторы развития острого воспаления, в остальных случаях ими были: избыточная масса тела (34%), повышенное оволосение (67%), потливость, опрелости (74%). Всем выполнялось вскрытие, дренирование гнойника, в 91% под местной анестезией. Больные получали антибактериальную, противовоспалительную терапию, физиолечение. Кисты копчика без воспаления (средний возраст 13 лет) выявлялись при диспансерном осмотре, подтверждались на УЗИ крестцово-копчиковой области. Всем выполнено иссечение кисты, в 57% случаев с дренированием. В послеоперационном периоде антибактериальная терапия (защищенными пенициллинами), в 38% случаях антибиотикопрофилактика. Больным с хроническим воспалением поступали от 3 месяцев до 2 лет от начала заболевания, им проводилось обследование: УЗИ в 100%, в 57,32% СКТ. Выполнялось иссечение кисты, в 75% с дренированием. Антибактериальная терапия 5-7 дней. В 73% случаев радикальная операция выполнялась под спинномозговой анестезией. При закрытии раны в 85% накладывали швы по Донати, в 15% узловые швы. Лишь у 4 (1,72%) было нагноение раны.

#### Выводы

1. Инфицированные формы кисты копчика являются следствием своевременно не выявленной кисты в не осложненной стадии.
2. При остром воспалении кисты копчика вскрытие гнойника предпочтительно выполнять под местной анестезии, а радикальное оперативное лечение проводить под спинномозговой анестезией.
3. При закрытии раны предпочтительнее использовать швы по Донати.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЛИМФАТИЧЕСКИМИ СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ**

*Поддубный И. В., Рябов А. Б., Трунов В. О., Куркин А. П., Козлов М. Ю., Кубиров М. С., Хиженников А. В., Малащенко А. С., Мордвин П. А., Копылов И. В., Шалатонин М. П., Твердов И. В. (Москва)*

Цель исследования: оценить эффективность хирургического лечения лимфатических сосудистых мальформаций у детей.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 57 детей с лимфангиомами различной локализации с возрастным интервалом от 11 месяцев до 16 лет и средним возрастом – 39±4 мес за период с 2008 по 2019 год на базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ». Гендерное соотношение мальчики : девочки составило 2,5:1. Из общего числа больных по экстренным показаниям госпитализировано 11 (22,9%) пациентов, в связи с клинической картиной острого живота у 3 (6,3%), дыхательной недостаточности у 8 (16,7%) детей. 5 (10,4%) больным с дыхательной недостаточностью 2-й – 3-й степени выполнена пункция

лимфангиомы по экстренным показаниям под УЗИ-наведением с последующим проведением биопсии и иммуногистохимического исследования, подтвердившего диагноз – лимфангиома. У большинства пациентов лимфангиомы были расположены в области головы и шеи - 44%, в подмышечной области- 23%, шея и средостение - 15%, брюшная полость – 10%, забрюшинное пространство- 6%, конечности- 2 %. Основу лечения составило удаление образования в пределах здоровых тканей, при невозможности радикального вмешательства у 5 (10,4%) детей проводилась резекция опухоли с щадящей коагуляцией поверхности образования.

Результаты: инфекционные осложнения возникли у 3 (5,3%), лимфоррея – у 13-ти (23,2%) пациентов. Рецидивы лимфангиомы развились у 2 (3,5%) больных. В случае лимфорреи применялась выжидательная тактика и комплекс консервативных мероприятий в зависимости от расположения лимфангиомы. При рецидивах проводились повторные операции. Катамнестическое наблюдение составляет от 2 месяцев до 10 лет.

Выводы: радикальное удаление лимфангиом внутренних органов является наиболее эффективным способом лечения данного заболевания, однако анатомические особенности расположения образований не всегда позволяют выполнить радикальное вмешательство.

## **ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ДРКБ г. САРАНСКА**

*Подшивалова И.А., Окунев Н.А. Беголова Е.Г., Кемаев А.Б., Окунева А.И., Солдатов О.М. (Саранск)*

Актуальность. Пельвиоперитонит (ПП) занимает до 2% в структуре гинекологической патологии у девочек (дев.). Заболевание вызывает трудности в диагностике, ввиду схожести симптомов с острой хирургической патологией других отделов брюшной полости (б.п.). Несвоевременное лечение приводит к осложнениям.

Материалы и методы. В исследование включены 23 дев., находившиеся на лечении в ГБУЗ РМ «ДРКБ» г. Саранска с 2016 по 2018 год по поводу ПП.

Результаты. Дети, проживающие в городе- 70%, в селе- 30%. 14 дев. обратились за помощью в первые 12ч от начала заболевания, 5 дев. - 12-24ч, 4 дев. - свыше 35ч. Дети до 5 лет- 13%, 5-10 лет- 65%, старше 10 лет- 22%.

Клиника: боль в правой подвздошной области- 100%, рвота- 30%, напряжение мышц передней брюшной стенки- 30%, симптомы раздражения брюшины- 35%. Температура тела у 8 дев. - в пределах нормы, у 10- субфебрилитет, у 5- поднималась выше 38 °С.

Все дети госпитализированы в стационар для исключения острого аппендицита(ОА).

Проведено УЗИ органов б.п. у 22 дев. Выявлены реактивные изменения печени в 100%, свободная жидкость в б.п.- 35%. УЗИ органов малого таза (м.т.) проводилось у 10 дев., патологию органов не выявили, в 4 случаях- свободная жидкость в м.т.

В общем анализе крови - лейкоцитоз у 91%, из них у 70%- сдвиг лейкоцитарной формулы вправо, у 60%- лимфопения. Повышение СОЭ выявлено у 21%.

Осмотр гинеколога и взятие мазка на флору проведено у 86%, у 52% обнаружены воспалительные процессы наружных половых органов- хронические и острые вульвовагиниты. В мазках- кокковая флора, в 1 случае- диплококки.

В 12 случаях принято решение о проведении диагностической лапароскопии, т.к. дополнительные методы исследования не позволили исключить ОА. В ходе операции

обнаружен гнойный выпот у 3, слизистый тягучий выпот у 9. Проведена лапароскопическая санация б.п. В 4 случаях подтвержден диагноз «ПП. Вторичный катаральный аппендицит». Проведена лапароскопическая аппендэктомия. Все дев. получили лечение: 5 дней метронидазол 7,5 мг/кг внутрь утром и вечером + днем в/в капельно и азитромицин 10 мг/кг в сутки внутрь. У дев. с воспалением наружных половых органов назначено местно- метрогил гель + раствор хлоргексидина 2 раза/сутки. Все дети выписаны с выздоровлением, рекомендовано наблюдение у гинеколога.

Выводы

- 1) Чаще подвержены дети в возрасте 5-10 лет;
- 2) На 1 месте, как причина развития ПП- воспаление наружных половых органов;
- 3) Схема лечения, разработанная гинекологами совместно с хирургами, имеет доказанную эффективность.

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МАКРКЕРЫ В ТЕЧЕНИИ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ**

### **ГИПЕРТЕНЗИИ И СПОСОБЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ.**

*Полев А.В., Тараканов В.А., Терещенко О.А. (Краснодар)*

Гиперспленизм (ГС) - осложнение синдрома портальной гипертензии (СПГ). Лабораторные маркеры ГС характеризуются панцитопенией – (тромбоцитопения, лейкопения, анемия). Клинические проявления включают все признаки СПГ. Целью работы - определение эффективности и показаний к различным методам лечения ГС.

Материалы и методы. С 1997 по 2018 г. нами пролечено 172 пациента с СПГ. Из них осложнения заболевания в виде ГС отмечены у 65 детей (37,5 %). Применялись методы медикаментозного и оперативного лечения ГС. Лекарственная терапия включала: препараты  $\alpha$ -интерферона и его индукторов, лейкоцитарные колониестимулирующие факторы, эритропоэтины, глюкокортикоиды. Предлагаем собственную классификацию ГС на три формы: 1) компенсированную, 2) субкомпенсированную и 3) декомпенсированную. Результаты. Компенсированная форма ГС диагностирована у 25 детей (14,8 %). Проведённая медикаментозная терапия у всех больных привела к нормализации показателей гемограммы с купированием геморрагических явлений. Субкомпенсированная форма выявлена у 24 детей (13,9 %). Медикаментозная терапия в данном случае менее эффективна: у 11-и больных ГС переведён в компенсированную форму, у 13-и пациентов для поддержания стабильных показателей гемограммы требуются регулярные курсы фармакотерапии.

15 детей с субкомпенсированным ГС были оперированы.

Декомпенсированная форма ГС выставлена 13-и больным (7,8 Медикаментозное лечение у всех больных было безуспешным. Это явилось показанием к оперативному лечению. Спленэктомия выполнена 7 больным этой группы (в 4-х случаях в сочетании с проксимальным спленоренальным шунтированием, в 3-х случаях в сочетании с кардиоэзофагеальным разобщением). У 6 больных выполнена операция дистального спленоренального шунтирования с сохранением селезёнки. В послеоперационном периоде явления гиперспленизма были купированы полностью.



Выводы и рекомендации. 1. ГС как осложнение СПГ имеет компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную формы. 2. Медикаментозная коррекция эффективна при компенсированном и субкомпенсированном ГС. При декомпенсированном ГС показано оперативное лечение. 3. Проблема лечения детей с ГС на сегодняшний день до конца не решена и требует дальнейшего изучения.

## **КИСТЫ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ: НАБЛЮДЕНИЕ ИЛИ ОПЕРАЦИЯ**

*Поляков П.Н., Крицук В.Г., Александров С.В., Жарова Н.В., Козловская О.В., Лопатина С.А., Полякова Т.И. (Санкт-Петербург)*

Одной из наиболее распространенных локализацией для кист является почка (около 5%). В отношении риска злокачественности кист используют классификацию Bosniak. Самыми распространёнными у детей являются кисты почек 1 типа по Bosniak. Для их хирургического лечения используют пункционные методы и декортикацию кист различными доступами.

С 2014 по 2018 года в рамках стационара были обследованы 74 пациента в возрасте от 1 мес до 17 лет (средний возраст 10,8 лет), 47 из них мальчики. Для первичной диагностики у всех пациентов было использовано УЗИ. При значимых относительно возраста размерах кисты, нарушении уродинамики, инфицировании кист, многокамерных кистах, кистах нетипичного строения и для решения вопроса о необходимости хирургического лечения применялись внутривенная урография или КТ с внутривенным контрастированием и отсроченными рентгенограммами. Кисты почек 2 типа по Bosniak выявлены у 3 пациентов, у 1 пациента киста типа 2F. У 6 пациентов выявлены кисты чашечек почки. У 2 пациентов в чашечковых кистах выявлены бессимптомные конкременты.

В лечении простых кист почек избрана максимально консервативная тактика. Хирургическое лечение применялось при кистах вызывающих сдавление паренхимы, нарушение оттока мочи из почки. Диаметр кист у всех оперированных пациентов составил более 5 см, возраст от 2 до 16 лет (средний 12 лет). Всего выполнено 2 открытых и 3 лапароскопические операции, рецидивов и осложнений не отмечено.

При динамическом наблюдении осложнений в консервативном ведении пациентов с бессимптомными простыми кистами почек диаметром менее 5 см не отмечено.

## **ОПЫТ ВАКУУМНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ.**

*Поспелов М.С., Амерханов Н.З., Кутлюлова Л.К., Линьков В.М., Муртазалиев И.Ю., Нугманов А.Ф. (Казань)*

Актуальность: Обширные инфицированные раны конечностей в сочетании с костной травмой вызывают значительные сложности в лечении ввиду необходимости в реконструктивных операциях на костях, длительной комбинированной антибактериальной терапии, применении современного перевязочного материала. Все это приводит к поиску новых, более эффективных методов и способов лечения ран. Одним из таких современных методов является метод вакуумной терапии.

Материалы и методы: В хирургическом отделении №2 ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ за период 2017-2018 гг. находилось 2 пациента с обширными ранами нижних конечностей 14 и 16 лет. Оба ребенка получили множественные травмы с оскольчатыми переломами костей голени в

результате ДТП – падений со мотоциклов в результате столкновения. У I пациента имелась рана размером 25x15 см на передней поверхности левой голени в сочетании с открытым оскольчатым переломом левой большеберцовой кости. У II пациента рана размерами 28x18 см на передней и задней поверхностях правой голени в сочетании с открытыми оскольчатыми переломами костей правой голени. У обоих детей проводилось оперативное лечение: чрескожный остеосинтез аппаратом внешней фиксации. В течении 1 месяца происходило отторжение некротических тканей с гнойным отделяемым, проводились ежедневные перевязки. Учитывая большую площадь поражения, для очищения и уменьшения площади ран был наложен аппарат для вакуумной терапии ран. На протяжении 2 недель проводилась вакуумная терапия.

Результаты и обсуждения: Таким образом, в результате вакуумной терапии раны очистились, появились грануляции, началась активная краевая эпителизация, площади ран уменьшились, размер ран у I пациента составил 17x6 см, у II пациента – 21x12 см, что позволило выполнить закрытие тканевых дефектов с помощью аутодермопластики и перемещающих полнослойных лоскутов.

Выводы и рекомендации: Вакуумная терапия стимулирует пролиферацию грануляционной ткани и эффективно очищает и уменьшает площадь ран, что способствует более быстрому лечению ран. Вакуумная терапия имеет широкий диапазон показаний к применению и может использоваться при обширных сочетанных инфицированных ранах у детей.

## **МАЛОИНВАЗИВНАЯ ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ**

*Поспелов М.С., Подшивалин А.А., Зыкова М.А., Амерханов Н.З., Кутлюлова Л.К., Муртазалиев И.Ю., Нугманов А.Ф (Казань)*

Актуальность. С развитием эндовидеохирургии в настоящее время малоинвазивные операции все больше применяются в различных областях детской хирургии, в том числе и в торакальной хирургии. Они применяются не только для коррекции врожденных пороков развития органов грудной клетки, но и при приобретенных заболеваниях с лечебной и диагностической целью.

Материалы и методы. За период 2013-2019 годы в ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» прошло лечение 342 ребенка с патологией органов грудной клетки, которым была применены минимальноинвазивные торакоскопические операции. Возраст пациентов составил от 2 суток до 17 лет. Минимальный вес пациента составлял 1200 гр. Перечень оперативных вмешательств и нозологии: эзофагопластика, с резекцией НТПС – 89 пациентов, санация плевральной полости при плевропневмонии – 73, пластика диафрагмы при ложной диафрагмальной грыже -25 пациентов, удаление секвестров легкого 22 пациентов, лобэктомии - 21 пациентов, атипичная резекцией верхней доли с плеврэктомией при рецидивирующем пневмотораксе – 16, удаление бронхогенной кисты – 13, биопсия новообразований легких, средостения – 13, удаление бронхогенных кист – 12 пациента, удаление новообразований средостения, тератома, липома – 11, пластика диафрагмы при истинной диафрагмальной грыже -10 пациентов, резекция изолированных трахеопищеводных свищей – 9 пациентов, удаление доли легкого – 6, биопсии легких и новообразований – 5,

эзофагоэктомия при колоэзофагопластики – 2, удаление кисты легкого – 2, ушивание трахеопищеводного свища – 2, секвестрэктомия – 2, удаление целомической кисты перикарда -1, удаление нейробластомы правой плевральной полости – 1, дренирование абсцесса легкого – 1, удаление образования ребра – 1, фенестрация перикарда – 1, биопсия тела грудного позвонка – 1, ушивание разрыва главного бронха – 1, удаление лимфангиомы грудной полости – 1, плевродез – 1.

Результаты и обсуждения. Осложнений во время оперативных вмешательств не было. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии с выздоровлением.

Выводы. Таким образом, малоинвазивные вмешательства в торакальной хирургии могут с успехом применяться при различной патологии грудной клетки вне зависимости от возраста и веса пациента, а минимизация операционной травмы приводит к быстрейшему их выздоровлению.

## **СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

*Присуха И.Н., Аксельров М.А., Мальчевский В.А., Евдокимов В.Н. (Тюмень)*

Введение. Своевременная диагностика приобретенных острых процессов в брюшной полости у незрелых маловесных новорожденных является актуальной проблемой, так как выраженная морфофункциональная незрелость ведет к слабой ответной реакции. Поздняя установка диагноза и поздняя операция ведет к расширению объема резекции и как следствие ухудшение и так крайне тяжелого состояния.

Цель работы. Выработка интегральных критериев оценки новорожденных с экстремально низкой массой тела для принятия решения об оперативном вмешательстве.

Материалы и методы исследования. Основные показатели как клинические, так и рентгенологические и УЗИ были объединены в компьютерную программу BeforeSIPPPro (№ 2018612014 (RU); 09.02.2018). У 82 ребенка, получавшего лечение в Сургутском перинатальном центре (2013-2018г), оценены показатели с использованием данной программы. Дети страдали прогрессирующим НЭК: 41,5% (n=34), спонтанной перфорацией кишечника 10,97% (n=9) детей, обструкция кишки 30,5% (n=25), псевдо-обструкцией кишки 17,1% (n=14). Средний гестационный возраст детей составил 27±2недель. Средняя масса тела при рождении 970±200 гр. Мальчиков было 56,1%, девочек 43,9%.

Результаты и обсуждение. Интегральная оценка состояния позволила выполнить операцию до перфорации у 60 детей (74,1%). Хирургия на опережение позволила снизить летальность до 10,0% (n=6). По факту перфорации оперировано всего 25,9% (n=21), с летальностью 61,9% (n=13). Совершенствование диагностики, применение компьютерной программы, позволило снизить частоту «запоздалых» операций, проведенных на фоне перфорации кишечника, перитонита, сепсиса и повысить выживаемость глубоко недоношенных новорожденных.

Выводы. Разработанная компьютерная программа позволяет своевременно диагностировать состояния, предшествующие перфорации кишечника, облегчая принятие решения об

операции до развития катастрофы в брюшной полости у незрелых маловесных пациентов, что ведет к улучшению результатов лечения снижая летальность с 61,9% до 10%.

## **ОШИБКИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ И ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ**

*Пяттоев Ю.Г., Тимонина А.В., Гольденберг И.Г. (Петрозаводск)*

В настоящее время наряду с увеличением частоты язвенной болезни (ЯБ) желудка и 12-перстной кишки в детском возрасте, отмечается изменение морфогенеза течения заболевания (И.Ю. Мельникова и соавт., 2018). В ряде наблюдений (малосимптомный, безболевого варианты) при возникновении перфорации язвы, до 14% пациентов направляются на операцию с ошибочным диагнозом, что влечет за собой возникновение тяжелых послеоперационных осложнений (Кочергина Е.С., 2005).

В Карельском центре детской хирургии (КЦДХ), за последние 5 лет лечились два пациента (мальчики 15 лет) с перфоративной гастродуоденальной язвой. Первоначально оба были оперированы общими хирургами ЦРБ с подозрением на острый аппендицит. При первой операции червеобразный отросток оценивался как катарально измененный. В одном наблюдении, в связи с наличием в брюшной полости большого количества мутного выпота, хирург из операционной консультировал пациента с КЦДХ. После чего выполнялась лапаротомия, ушивание язвенного дефекта луковицы 12-перстной кишки и санация брюшной полости. Примечательно, что отец больного и его старшая сестра страдают ЯБ желудка. Другой пациент был переведен в КЦДХ на 4 сутки после аппендэктомии в тяжелом состоянии с клиникой разлитого перитонита. После подготовки выполнялась релапаротомия, где источником перитонита выявлена перфоративная язва желудка. Оба пациента в последующем были переведены в гастроэнтерологическое отделение для дальнейшего лечения, диспансерного наблюдения.

Таким образом, дифференциальный диагноз между перфоративной гастродуоденальной язвой и острым аппендицитом у детей в ряде случаев затруднителен. Необходимо внимательно анализировать характер жалоб и клинические проявления в самом начале заболевания. Важно выяснять наличие «желудочного анамнеза» как у пациента, так и у ближайших родственников. При клиническом обследовании больного обращать внимание на такие признаки, как «исчезновение печеночной тупости» и «притупление в отлогах местах». Не пренебрегать простейшим рентгенологическим исследованием – обзорной рентгенограммой брюшной полости в вертикальном положении больного (наличие пневмоперитонеума). Во время открытого оперативного вмешательства (аппендэктомии) обращать внимание на соответствие макроскопических изменений червеобразного отростка количеству и качеству выпота в брюшной полости.

С нашей точки зрения, при невозможности исключить острое хирургическое заболевание органов брюшной полости, пациенту необходимо выполнить диагностическую лапароскопию.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКЕ НАССА**

*Разумовский А. Ю., Алхасов А. Б., Митупов З. Б., Павлов А. А., Даллакян Д. Н., Савельева М. С., Чумакова Г. Ю. (Москва)*

Актуальность: во всем мире «золотым стандартом» коррекции воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК), является предложенный в 1998 году метод Дональда Насса. Помимо явных преимуществ метод имеет серьезные недостатки, связанные с риском фатальных осложнений. Авторами была разработана «модифицированная» методика Насса, позволяющая отказаться от торакоскопии и уменьшить риск развития потенциальных осложнений.

Материалы и методы: за период с 2001 по 2019 годы модифицированная торакопластика по Нассу была выполнена 620 больным. Возраст пациентов составил от 5 до 18 лет. Мальчиков было 414 (66,8%), девочек – 205 (33,2%). Больных с II степенью деформации было 420 (67,7%), с III степенью 200 (32,3%). У 149 (24%) больных выявлены синдромальные формы ВДГК.

Результаты: длительность операций в среднем составила 26,4±4,5 минут. Торакоскопия выполнялась у 9 (1,4%) больных. Продолжительность госпитализации составила в среднем 6,5 суток. Летальных исходов не было. В раннем послеоперационном периоде гемоторакс наблюдался у 25 (4%) пациентов. При этом дренирование плевральной полости потребовалось в 2-х (0,3%) случаях. Пневмоторакс диагностирован у 44 (7,1%) больных, у 3-х (0,5%) возникла необходимость дренирования плевральной полости. Смещение пластины наблюдалось у 3 (0,5%) пациентов.

Пластина удалена у 302 (48,7%) больных. При оценке отдаленных результатов отличный результат получен у 82,3% пациентов (510 детей), хороший результат у 13,2% пациентов (81 больной), удовлетворительный результат у 3,1% пациентов (19 больных), неудовлетворительный результат получен у 0,6% пациентов (4 больных). Гиперкоррекция выявлена у 7 (1,1%) детей. Остаточная деформация наблюдалась у 7 (1,1%) больных. Переустановка пластины выполнена у 3 (0,5%) больных. Ремоделирование пластины для продления сроков ношения пластины, с целью достижения лучшего косметического результата проведено в 5 (0,8%) случаях.

Прогноз хирургической коррекции ВДГК прежде всего зависит от вида деформации и наличия или отсутствия генетической патологии. Возраст пациента не оказывает влияния ни на течение послеоперационного периода, ни на отдаленные результаты.

Заключение: разработанная модифицированная методика Насса позволяет минимизировать риск развития осложнений и получать отличные косметические и функциональные результаты в подавляющем большинстве наблюдений.



## **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ**

*Разумовский А. Ю., Алхасов А. Б., Митупов З. Б., Шоминова А. О. (Москва)*

Актуальность. ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова является ведущей клиникой России по минимально инвазивной коррекции воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК). С 2001 года выполнено более 600 торакопластик по методу Насса. Несмотря на полученные результаты, продолжается поиск и внедрение новых способов лечения ВДГК. Однако, вопрос об эффективности и целесообразности консервативного лечения с использованием Vacuum Bell (VB) (вакуумного колокола) остается открытым.

Материалы и методы: Анализ результатов консервативного лечения выполнен у 33 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет (средний возраст  $12,2 \pm 3,4$  лет) с ВДГК, получавших лечение в период с 2015 по 2019 год. Подбор Vacuum Bell осуществлялся индивидуально в зависимости от роста и формы вентральной поверхности грудной клетки. Принцип действия VB основан на создании вакуума в устройстве и регулярном его ношении. Результат оценивался как удовлетворительный и неудовлетворительный на основании динамического измерения глубины деформации, анкетирования пациентов и визуальной оценки.

Результаты: Из 33 пациентов 9(27,3%) отказались от лечения из-за негативных отзывов и стоимости устройства. 2(8,3%) пациентки пубертатного возраста прервали лечение через 1 месяц из-за дискомфорта в молочных железах. Среди 22 детей, использовавших VB в течение от 3 до 26 месяцев, удовлетворительные результаты получены у 16 (72,7%) пациентов, неудовлетворительные у 6 (27,3%). У всех пациентов с удовлетворительным результатом деформация была симметричная, глубина от 1,5 см до 2,5 см, средний возраст  $10,1 \pm 3,1$  лет. Все пациенты в данной группе носили VB регулярно, в среднем  $4,8 \pm 2,25$  часов в день (от 2 до 9 час/день), в течении в среднем  $13,58 \pm 7,24$  месяцев. У пациентов с неудовлетворительными результатами основные показатели схожи, однако отсутствие эффекта связано с тем, что у 2 пациентов имелась ассиметричная деформация, 3 пациентов использовали VB нерегулярно, менее 2 часов в день, а 1 пациент начал лечение в возрасте 17 лет.

Выводы: Vacuum Bell является потенциальной альтернативой хирургическому лечению ВДГК. При этом оптимальный возраст с 9 до 11 лет, при длительном (min 5 часов в день на протяжении min 12 месяцев) и регулярном использовании. Податливость грудной клетки, длительность и регулярность применения устройства - основные факторы, определяющие прогноз консервативного лечения. Дискомфорт, длительность терапии и высокая стоимость VB являются основными причинами отказа от лечения.

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ: 30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ.**

*Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Алхасов А.Б., Галибин И.Е., Задвернюк А.С., Митупов З.Б., Степаненко Н.С., Феоктистова Е.В. (Москва)*

Портальная гипертензия (ПГ) является одной из основных причин тяжелых кровотечений из верхних отделов ЖКТ у детей. Наши исследования позволили разработать эффективный алгоритм хирургического лечения различных форм ПГ в детском возрасте.

Материалы и методы: С 1989 по 2019гг. 789 детей с диагнозом: «Портальная гипертензия», проходили лечение в ДГКБ №13 им. Филатова г. Москвы. Возраст детей варьировал от 2,5 мес до 16 лет. У 450 (57%) детей с ПГ кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка было манифестирующим симптомом. Наибольшую группу составили дети с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) - 702 (89%) пациентов. У 87 пациентов выявлены паренхиматозные формы ПГ: 48 детей с различными вариантами цирроза печени, 32 – с врожденным фиброзом печени и 7 детей с синдромом Бадда-Киари.

Результаты: У 752 детей были выполнены хирургические вмешательства. Всего было выполнено 617 операций портосистемного шунтирования (ПСШ), 108 – операция мезопортального шунтирования (МПШ), 27 – операции Sugiura. У 28 пациентов (3,7%) развились рецидивные кровотечения. Все эти дети оперированы повторно – риск кровотечений устранен. Наши исследования убедительно показали, что ПСШ у детей с ВПГ эффективно предотвращают кровотечения их варикозных вен пищевода. МПШ при ВПГ не только снижают риск кровотечения, но и восстанавливают нормальную портальную перфузию печени. У пациентов с паренхиматозными формами ПГ и признаками нарушения функции печени целесообразно использовать нешунтирующие методы лечения – операцию Sugiura или(и) эндоскопическое склерозирование.

Для изучения отдаленных результатов хирургического лечения 172 пациента в возрасте от 6 до 32 лет были обследованы в сроки более 5 лет после операции. Помимо анкетирования, направленного на изучение качества жизни пациентов в отдаленные сроки после операции, было проведено комплексное обследование, позволяющее объективизировать результаты. Наши исследование показала, что качество жизни пациентов, перенесших МПШ не отличается от здоровых детей, а после ПСШ стремится к удовлетворительному.

Выводы: Современный уровень оказания хирургической помощи при ПГ позволяет эффективно предотвратить риск кровотечений из варикозных вен, при этом обеспечивая хорошее качество жизни пациента в отдаленные сроки после операции.

## **МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ – ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ БОЛЕЕ 2000 ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

*Распутин А.А., Барадиева П.А., Ковальков К.А., Козлов Ю.А. (Иркутск)*

Актуальность. Цель настоящего научного исследования состоит в демонстрации того, что сложные эндоскопические процедуры возможны для коррекции широкого спектра аномалий и заболеваний у детей первых 3 месяцев жизни и приводят к результатам, которые превосходят итоги открытых операций.

Материал и методы. Научная работа основана на ретроспективном анализе результатов лечения 2828 пациентов с врожденными аномалиями развития органов грудной клетки и брюшной полости, которые находились в отделении хирургии новорожденных Ивано-Матренинской детской клинической больницы г. Иркутска с 1 января 2002 г. по 31 декабря 2017 г. Из них 2065 пациентам выполнены минимально инвазивные операции, а оставшимся 763 больным – открытые хирургические вмешательства. Все пациенты были сгруппированы в зависимости от области применения эндоскопических процедур, образуя когорту пациентов, у которых операции выполнялись на органах грудной клетки (418), и когорту больных, которым хирургические вмешательства производились на органах брюшной полости (1647). В каждой группе произведено формирование клинических подгрупп в зависимости от типа хирургических процедур.

Результаты. Пациенты сравниваемых групп имели сопоставимые дооперационные демографические параметры, касающиеся возраста больного, его веса, гендерного состава групп пациентов. Отличия при сравнении двух групп больных стали очевидны при исследовании интра- и послеоперационных параметров. Сокращение средней длительности эндохирургических операций произошло во всех сравниваемых группах. После выполнения торакоскопических операций отмечено быстрое восстановление функций дыхания и уменьшение длительности нахождения в палате интенсивной терапии. В результате использования лапароскопии произошло сокращение времени старта энтерального питания и времени перехода на полное энтеральное питание. Установлено 2-кратное уменьшение количества доз анальгетиков у пациентов после лапароскопических операций. Быстрое восстановление пациентов после минимально инвазивных операций привело к сокращения длительности пребывания пациентов в госпитале.

Выводы. Минимально инвазивные операции являются малотравматичными и эффективными вмешательствами для лечения детей с аномалиями развития органов грудной клетки и брюшной полости. Они позволяют выполнять процедуры любой сложности, снизить продолжительность хирургической операции, ускорить послеоперационное восстановление пациентов.

## **ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ**

*Рожденкин Е.А., Паршиков В.В., Изумнова В.Г., Кочкин А.В., Горицкова Ю.А. (Нижний Новгород)*

Актуальность. В настоящее время грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются наиболее изучаемой и в то же время неоднозначной проблемой

Цель. Провести анализ результатов диагностики и хирургического лечения детей с ГПОД.

Материалы и методы. В Нижегородской областной детской клинической больнице (НОДКБ) за период 2010-2019 гг пролечено 35 детей с ГПОД. Возраст пациентов варьировал от 6 месяцев до 16 лет. Из них 26 мальчиков и 9 девочек.

Ведущими симптомами при поступлении были: срыгивание, рвоты, плохая прибавка в весе, синдром "мокрой подушки". У 2 детей наблюдалась рвота по типу «кофейной гущи».

Всем пациентам с подозрением на ГПОД выполнялся клинический минимум обследования, ФЭГДС с инверсией, рентгеноскопическое контрастное исследование с водно-сифонной пробой.

Результаты и обсуждение. При установленной ГПОД была выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену у 32 пациентов (91,4%), из них задняя крурорафия выполнялась у 19 детей (59,4%), передняя у 4 (12,5%), крурорафия не выполнена у 9 детей (28,1%), что связано, по всей видимости, с гипердиагностикой ГПОД и сменой послеоперационного диагноза на гастро-эзофагеальную рефлюксную болезнь. Лапаротомным доступом оперировано 2 детей (5,7%): один через 8 лет после первичной операции, второй ребенок оперирован повторно через 6 месяцев после экстренной операции в другом регионе.

Из сопутствующей патологии наиболее часто встречалась анемия от легкой до тяжелой степени (1/5 случаев).

Изменения слизистой пищевода в виде эрозивно-язвенного процесса отмечены у 16 детей, фибринозного эзофагита - у 6 пациентов, пептический стеноз пищевода выявлен в 8 случаях (у 3/4 детей был стеноз нижней трети, у 1/4 - средней и верхней трети пищевода), изолированный гастроэзофагеальный рефлекс без видимых изменений слизистой зарегистрирован у 11 больных. Всем детям со стенозом пищевода предоперационно выполнялось бужирование по струне. Трем детям с выраженным стенозом проводилось повторное бужирование в течение 3-5 месяцев после операции.

Наблюдался 1 рецидив заболевания через 8 лет после первичного вмешательства, потребовавший повторной лапароскопической реконструкции манжеты по Ниссену.

Выводы и рекомендации. Основным методом диагностики ГПОД, наряду с ФЭГДС, остается рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка. Следует избегать гипердиагностики, особенно при изолированном использовании эндоскопического метода. Лапароскопическая коррекция ГПОД является методом выбора лечения данной патологии.

## **АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ КИСТОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ**

*Рожденкин Е.А., Ясковец Н.А., Петрова Н.А., Сулейманова М.М. (Нижегород)*

Актуальность. Частота встречаемости в детском возрасте кист селезенки за последние годы возросла (0,5-2%), что многие авторы связывают с совершенствованием методов диагностики, и, как следствие, более широким выявлением данной патологии.

Цель. Проанализировать случаи оперативного лечения кист селезенки у детей.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 40 историй болезней детей, получивших лечение в НОДКБ за последнее десятилетие по поводу кисты селезенки. В большинстве случаев основой для установления диагноза служило УЗИ(39), в 2 случаях диагноз подтвержден МРТ, спиральной КТ(1). Из исследования исключено 14 пациентов с единичными кистами менее 2см в диаметре и без тенденции к росту. По возрасту пациенты распределились от 5 до 17 лет одинаково, за исключением самой распространенной группы 16 лет(12). Гендерных различий не выявлено.

Среди пациентов 18 наблюдались амбулаторно и госпитализировались на оперативное лечение в связи с ростом кисты (в 2 раза) по данным УЗИ в динамике на 1-3мес наблюдения (5), через 6-12 мес(9) и через 1,5-2 года (4). 22 ребенка с большими размерами кист (более 5 см) госпитализированы при первичном обращении. В равном соотношении выявлялись кисты обоих полюсов селезенки, 36 располагались субкапсулярно или с выходом на капсулу, 4 – в толще паренхимы органа. У 1 пациента установлена паразитарная этиология заболевания (эхинококк), при этом наличие антител к эхинококку выявлялось предоперационно в 3 случаях. Одиночные кисты диагностированы в 35, множественные - в 4 случаях. У 3 пациентов отмечено сочетание патологии с кистами почек.

Большинству детей (37) выполнено лапароскопическое иссечение кисты с коагуляцией и последовательной обработкой оставшейся капсулы 5% йодом и 3% раствором перекиси водорода, по 1 случаю выполнялась спленэктомия и резекция 2/3 органа с сохранением нижнего полюса. Эхинококковая киста подверглась аспирации с экспозицией глицерином по принятой методике.

Результаты и обсуждение. Осложнений после операций не отмечено. Катамнез прослежен от 1 до 5 лет. При обследовании через 3 месяца определялась УЗ-картина кистоподобных остаточных полостей (10), гематомы (1), локального фиброза (27). В 2 случаях сохранялись остаточные полости при осмотре через полгода. При более поздних обследованиях нарушений структуры селезенки не выявлено.

Выводы. Лапароскопический метод лечения кист селезенки может рассматриваться как метод выбора в связи низкими рисками диагностических ошибок и развития осложнений.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ Nd:YAG 1064 NM ЛАЗЕРНЫХ СИСТЕМ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ**

*Романов Д.В., Сафин Д.А. (Москва)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** Венозные мальформации (ВМ) являются врожденным пороком развития венозной системы и представлены группой гетерогенных заболеваний. Основным методом лечения ВМ является склерозирование патологических сосудов, путём введения в просвет патологического сосуда различных химических веществ. Учитывая, что данные сосудистые образования могут располагаться не только в толще мышц, но так же поражать кожу и подкожно-жировую клетчатку, возможно использовать лазерные системы для обработки ВМ. Целью нашей работы было провести анализ эффективности чрезкожного лазерного лечения аппаратами Nd:YAG 1064 nm (Long Pulse) поверхностно расположенных ВМ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** В Центре Сосудистых Патологий (г.Москва) в период с май по сентябрь 2018 получили 48 детей с диагнозом «Венозная мальформация». Возраст детей составил от 4 мес. до 17 лет. Соотношение по полу составило, 23 мальчика и 25 девочки. Всем детям под общей анестезией выполнялись операции склерозирования, которое при расположении ВМ у кожи, дополнялось лазерной обработкой Nd:YAG 1064 nm (Long Pulse) лазерами (Cutera Excel V или Quanta System Light Evo). Для исследования отобраны операции, в которых выполнено сочетание склерозирования с лазерной коррекцией, а также операции с изолированной транскутанной обработкой ВМ лазером, общее число операций - 31.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ:** В отобранной группе больных из 31 пациента, результат лечения оценивался с интервалом 1, 3 и 6 месяцев. В указанные сроки проводились осмотры лечащим врачом, УЗИ и по показаниям выполнялось МРТ. Оценивались изменения размеров образования, цвета кожного покрова и динамика жалоб. Во всех случаях отмечено изменения цвета кожи, что выражалось в нормализации цвета кожи над ВМ, уменьшение размеров мальформации, у всех пациентов отмечена положительная динамика после операции.



Эффективность, данного метода обусловлена тем, что хромофором для Nd:YAG 1064 nm лазера является карбоксигемоглобин, который содержится в венозной крови, что определяет показания к его использованию – воздействие на сосуды, в которых содержится такая кровь.

**ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ:** Использование транскутанных Nd:YAG 1064 (Long Pulse) лазеров для лечения поверхностно расположенных ВМ эффективно и может применяться в практике. К недостаткам такого вида лечения следует отнести проведение процедуры под общей анестезией, высокую стоимость лазера и дополнительное обучение персонала.

## **ЭНДОВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

*Ростовцев Н.М., Котляров А.Н., Ядыкин М.Е., Мустакимов Б.Х., Ромасенко В.В. (Челябинск)*

Цель: обобщение собственного опыта более 80 торакоскопических операций при кистозных образованиях легких, сравнительная оценка результатов лечения.

Материалы и методы: за последние 20 лет в клинике Челябинской областной детской клинической больницы наблюдали 105 детей с пороками развития легких: бронхогенные и энтерогенные кисты (82), секвестрация легких (внутридолевая 4, внедолевая 12), кистоаденозная трансформация легких (7). Разработан и внедрен в практику диагностический алгоритм, повышающий эффективность хирургического лечения детей с врожденными заболеваниями легких. Он основан на применении УЗИ сканирования, КТ, МРТ с контрастным усилением, позволяющим на дооперационном этапе определить объем хирургического вмешательства

Результаты: открытым способом (торакотомия) оперировалось 19 детей, срок нахождения в стационаре в среднем составил 12 дней, пребывание в реанимационном отделении 2-3 дня. При проведении подобных операций эндовидеоторакоскопически у 86 детей больные находились в стационаре до 5 дней и нахождение в реанимации до 1 суток. Бронхогенные и энтерогенные кисты легких встречались у 79 больных. Открытым способом оперировали 5 больных из них 3 конверсии, что связано с малым возрастом (до 1 месяца), большими кистами. 74 больным проведена торакоскопическая операция - цистэктомии (53), атипичная резекция легких (12), при наличии периферически расположенных кист с выраженным спаечным процессом, и лобэктомия – у 9 детей. При операциях по поводу врожденной кисты легкого поверхностные кистозные образования иссекали. В местах удаления дефект герметизировали клипированием или коагуляцией. При сообщении полости кисты с бронхом, герметизм осуществляли с помощью клипирования или электрокоагуляцией. У ряда больных после выполнения торакоскопических операций отмечался сброс воздуха в дренажную систему, который затем самостоятельно прекратился. Нагноение бронхогенных кист наблюдали у 7 пациентов, при этом первоначально проводили бронхоскопию, затем пункцию кисты и дренирование по Мональди. После ее санирования проводилась торакоскопия и иссечение кисты.

Выводы: Миниинвазивные хирургические технологии являются методом выбора при лечении кистозных поражений легких. Внедрение торакоскопических операций позволило

снизить болевой синдром, сократить сроки пребывания в отделении интенсивной терапии и стационаре в 2 раза.

## **ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

*Ростовцев Н.М., Махалов А.А., Ядыкин М.Е., Котляров А.Н., Мустахимов Б.Х., Ромасенко В.В. (Челябинск)*

Наши исследования основаны на комплексном обследовании и лечении 73 пациентов с внепеченочной формой портальной гипертензии в возрасте от 6 месяцев до 17 лет. В план обследования, помимо общеклинических и лабораторных исследований, входили эхолокация с доплерографией крупных сосудов зоны интереса с измерением скорости кровотока, ФГС, ангиографические методики (ангиография, спленопортография, МСКТ с контрастированием сосудов, трансюгулярная ретроградная гепатография), внутрисосудистая ультрасонография с измерением венозного давления в вариксах, по разработанной нами методике. У 6 (8,2%) детей констатирован тромбоз основного ствола ВВ, у 3 (4,1%) – тромбоз долевых ветвей и у 64 (86,7%) ангиоматозная трансформация. Дуплексное сканирование с цветным доплеровским картированием выявило проходимость воротную вену у 64 больных, причем ее диаметр в 29 случаях был от 1,8 мм до 2,7 мм, а у остальных он колебался от 3,2 до 5,8 мм.

С продолжающимся или состоявшимся кровотечением из ВРВ пищевода и желудка поступило 87% больных. Неоднократные пищеводно-желудочные кровотечения в анамнезе перенесли 11 (15%) пациентов. Эндоскопические методы (склеротерапия, эндолигирование ВРВП) применены в экстренном порядке для остановки и профилактики пищеводных кровотечений у 60 больных. Определен риск развития кровотечения из ВРВП, с помощью разработанной нами методики у 49 пациентов. Верифицирован показатель повышения давления более 450 мм водного столба, при котором развивался рецидив кровотечения. Для профилактики первичного и рецидивного кровотечения из ВРВП II-IV степеней, выполнено 57 портокавальных шунтирований (ПКШ), в том числе CPA 28, операция Sigiura произведена 3 больным. 26 пациентам с функционирующей левой долевой ветвью воротной вены после ревизии ворот печени произведено мезентерикопортальное шунтирование.

Повторные исследования, проведенные в динамике от 6 месяцев до 11 лет после операции выявили снижение кровотока по селезеночным артериям и через шунт. Хорошая функция шунта наблюдалась у 90,3%, недостаточная – у 7,7 (проведено эндосклерозирование вен пищевода), тромбоз шунта отмечен в 2% случаев. Рецидив кровотечения наблюдали у 11,3% детей.

Выводы: разработанные критерии риска развития кровотечения из ВРВП позволяют не только расширить возможности прогноза, но и определяют выбор лечебно-профилактических мероприятий, осуществлять контроль эндоскопических и хирургических вмешательств и улучшить результаты лечения данной категории больных.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННЫХ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВ У ДЕТЕЙ**

*Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А., Минько Т.Н., Сергеев С.П. (Тверь)*

Актуальность: В последние годы отмечается рост частоты заболевания язвенной болезни (ЯБ) желудка и 12-перстной кишки (ДПК) у детей. По данным литературы осложнения ЯБ в детском возрасте возникают у 7-10% больных.

Цель: проанализировать особенности клинического течения и результаты лечения детей с осложненной язвенной болезнью, находившихся в ДОКБ города Твери с 2011 г по 2018 годы.

Материалы и методы: В хирургических отделениях ДОКБ г. Твери с 2010 по 2018 гг. находились на лечении 20 детей с осложненным течением ЯБ желудка (12 пациентов) и 12-типерстной кишки (8 пациентов): 15 мальчиков и 5 девочек в возрасте от 7 до 17 лет. Среди осложнений ЯБ желудка преобладали перфорации — 7 случаев, кровотечения — 5 случаев. Среди осложнений ЯБ 12-типерстной кишки преобладали кровотечения — 7 случаев, перфорация — у 1 пациента. Дети поступали с жалобами на боль в животе, рвоту с примесью крови, мелену, повышение температуры тела, слабость, головокружение. У большинства отсутствовал характерный язвенный анамнез. Диагноз кровотечения подтверждался по данным ФЭГДС. По классификации Форрест: F 1б – 3, F 2 а — 1, F2b — 4, F 2с — 4. Во всех случаях с кровотечением удалось справиться консервативными методами лечения: гемостатическая терапия, ингибиторы протонной помпы, антибактериальная терапия, препараты висмута. Диагноз перфоративной язвы подтверждался на обзорной рентгенограмме брюшной полости — наличие свободного газа. Все дети оперированы: лапаротомия и ушивание язвы желудка выполнена 5 пациентам, ушивание из лапароскопического доступа осуществлено 2 пациентам. Ребенку с перфоративной язвой 12-ти перстной кишки выполнена лапаротомия, дуоденотомия, ушивание язвы задней стенки луковицы ДПК.

Результаты: Все дети выписаны с выздоровлением с рекомендациями наблюдения у гастроэнтеролога.

Выводы: Осложненные формы ЯБ желудка и ДПК преобладают у лиц мужского пола в подростковом возрасте. Основными видами осложнений являются кровотечения и перфорации стенки желудка и ДПК. Визуализация патологического очага с обнаружением остановившегося кровотечения являлись объективными критериями для основания консервативной гемостатической терапии. В большинстве случаев дефект полого органа удалось ликвидировать путем ушивания.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ**

*Румянцева Г.Н., Карташёв В.Н., Бурчёнкова Н.В., Аврасин А.Л., Медведев А.А., (Тверь)*

Цель: анализ методов лечения гидронефроза и их результатов

Материалы и методы: в исследование включены пациенты с гидронефрозом 2 и 3 степени ( 92 ) в возрасте от 3-х месяцев до 17 лет, находившиеся на обследовании и лечении в

урологическом отделении ДОКБ в период с 2016 по 2018гг. Дизайн обследования составили следующие методы: лабораторные, ультразвуковое исследование почек с доплерографией, внутривенная урография или компьютерная томография с контрастным усилением, диуретическая ультрасонография, статическая нефросцинтиграфия, мочевого фактора нефросклероза(TGF) и гликозаминогликаны. Методом выбора оперативного лечения продолжает оставаться операция Хайнес – Андерсена –Кучеры (1-ая группа-67) . Бужирование прилоханочного отдела мочеточника, в качестве самостоятельного метода выполнено у 25 пациентов – 2 группа, из них у 14 детей младшего возраста. У 8 больных вначале выполнено бужирование интравезикального и прилоханочного сегментов мочеточниковым катетером Ch – 3,4,5 с последующей его заменой на JJ – стент Ch – 5 через 5-7 дней. Контроль за проходимостью стента проводился с использованием УЗИ МВС на 1-3 сутки после установки катетера – стента, через месяц, перед и после его удаления с оценкой размеров ЧЛС. Всем детям назначалась антибактериальная терапия в пред и послеоперационном периодах для предупреждения обострения вторичного пиелонефрита. Длительность стояния катетера-стента в мочевых путях составила 3±2 мес.

Результаты: Отдалённые результаты при применении различных методов лечения оценивались в сроки от 6 месяцев до 2 х лет с учётом ремиссии пиелонефрита, анатомо-функционального состояния МВС по данным УЗИ и диуретической ультрасонографии. Хорошие результаты после операции Хайнес –Андерсена –Кучеры достигнуты в 96%, у 2-ой группы пациентов в 68% . Показатель мочевого TGF через 1 год после перенесенного вмешательства в обеих группах в среднем уменьшился с 13,36±0,70 до 11,07±0,50, что свидетельствует об улучшении внутриорганной почечной гемодинамики.

Заключение: У детей младшего возраста с гидронефрозом 2-3 ст, наряду с операцией Хайнес – Андерсена - Кучера, должны при определенных показаниях применяться малоинвазивные эндоскопические технологии.

## **ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.**

*Румянцева Г.Н., Нганкам Леон, Горнаева Л.С., Аврасина Л.А. (Тверь)*

Актуальность. По данным литературы, в 30-80 % случаев спонтанные интракраниальные кровоизлияния у детей происходят на фоне разрыва артериовенозной мальформации (АВМ).

Цель: проанализировать результаты лечения спонтанных интракраниальных кровоизлияний у детей на фоне разрыва АВМ в Тверском регионе.

Материалы и методы. На базе Детской областной клинической больницы с 2013 по 2018 г.г. пролечено 11 детей в возрасте от 3 месяцев до 17 лет с обширными спонтанными интракраниальными кровоизлияниями на фоне разрыва АВМ (7 мальчиков, 4 девочки). У 9 детей заболевание началось с интенсивных головных болей, после чего отмечались рвота, судорожный синдром, угнетение сознания до комы (светлый промежуток практически отсутствовал). У 2 детей клиническая картина была сходна с ОРВИ (головные боли, тошнота, головокружение, слабость в течение 5-7 дней). Как правило, АВМ локализовалась в

бассейне среднемозговой артерии (10 детей). Всем пациентам проведено микрохирургическое удаление АВМ с последующей декомпрессивной краниэктомией в связи с выраженным отеком головного мозга. Через 2 недели после операции выполнялась краниопластика сохраненным в морозильной камере костным лоскутом. Непосредственные результаты лечения: 8 детей выписаны через 1 месяц, из них у 5 наблюдался монопарез до 3 баллов с контрлатеральной стороны; 2 ребенка - без неврологического дефицита, 1 – с тетрапарезом в вегетативном статусе. Умерло 3 пациента, доставленных в клинику через 1 сутки от начала заболевания, с присоединением осложнений в виде отека головного мозга, гипоталамо-гипофизарного синдрома, обширного поражения структур головного мозга на фоне кровоизлияния.

Выводы:

1. АВМ у детей является врожденной патологией, чаще встречающейся у мальчиков.
2. АВМ представляет угрозу для развития спонтанного интракраниального кровоизлияния, с характерной клинической картиной (цефалгия, судорожный синдром, отсутствие светлого промежутка) и высоким риском летального исхода.
3. Максимально своевременная диагностика и последующее оптимальное хирургическое лечение определяют исход заболевания.

## **НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ**

*Рыбников А.П., Притуло Л.Ф., Якубов Ю.К. (Симферополь)*

Актуальность. За последние 10 лет частота встречаемости такого паразитарного заболевания, как эхинококкоз, увеличилась более чем в 3 раза. Лечение детей с эхинококкозом всегда вызывает сложности, связанные с возрастом ребенка, локализацией процесса, характером патологических изменений в паразитарной кисте.

Цель. Определить оптимальные методы оперативного вмешательства, тактику ведения пациентов в послеоперационном периоде с эхинококкозом.

Материалы и методы. С периода 2001- 2018 гг. в ГБУЗ РК Республиканской детской клинической больнице г. Симферополя произведено оперативное лечение 52 детей с эхинококковым поражением различных органов в возрасте от 4 до 15 лет. С целью диагностики и лечения использовали методы ультразвукового исследования, рентгенографии, компьютерной томографии пораженных органов, методы иммуноферментного анализа к антигенам эхинококка, общеклинические и биохимические исследования крови.

Результаты и обсуждения. Источник эхинококкоза был выявлен в 80% случаев (собаки; «болезнь грязных рук»). По локализации в подавляющем количестве случаев- 55% отмечался изолированный эхинококкоз печени, у 23% -легких, у 15,3% детей - селезенки, у 5,7% - печени и селезенки.

У 38 больных произведены оперативные вмешательства различными методами. При выполнении эхинококкэктомии кист больших размеров, в труднодоступных местах печени



выполнялась операция открытым способом. В случае топографически легкодоступных мест, в небольших количествах использован закрытый способ, чаще использовали полузакрытые методы, а также лапароскопическую эхинококкэктомия.

Выбор метода также зависел от размеров кист. При поражении селезенки у 2 больных выполнялась операция полузакрытым методом, поскольку кисты были больших размеров и локализовались по верхнему полюсу. Эхинококковые кисты легких удалялись по методу Пулатова А.Т., при этом у 2 детей выполнена резекция доли легкого. В послеоперационном периоде больные в комплексном лечении получали альбендазол. Рецидивов эхинококкоза у оперированных детей не отмечалось в течение 5 лет наблюдения.

**Выводы.** Считаем, что все изложенные методы оперативных вмешательств правомерны, а их выбор зависит от локализации и размеров эхинококковой кисты. Хирургическое лечение данного заболевания необходимо сочетать с назначением альбендазола.

**Рекомендации.** Необходимо проводить инструментальные, серологические исследования раз в 6 месяцев на протяжении не менее 5 лет для исключения рецидива роста кист, раннего их выявления.

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С КИСТАМИ ПОЧЕК**

*Рыбников А.П., Притуло Л.Ф., Ионичева Е.В., Акмоллаев Д.С. (Симферополь)*

**Актуальность.** В современной хирургии лидирующие позиции лечения стали занимать оперативные вмешательства с минимальной операционной травмой.

**Цель.** Провести сравнительную оценку результатов хирургического лечения кист почек у детей методиками лапароскопической резекции и пункционного чрескожного склерозирования.

**Материалы и методы.** За 5-летний период в хирургическом отделении ГБУЗ РК Республиканская детская клиническая больница г.Симферополя прооперировано 18 детей с солитарной и мультилокулярной кистой почки в возрасте от 7 до 16 лет. Большая часть пациентов женского пола 13 человек (72,2%), с поражением преимущественно левой почки 15 человек (83,3%). Дети разделены на равные группы по 9 человек, одна из которых оперирована лапароскопически, другой проведено чрескожное пункционное склерозирование кисты 96% этанолом.

**Результаты.** Показанием к хирургическому лечению являлись кисты, склонные к прогрессивному росту с диаметром свыше 3 см. Выбором в пользу лапароскопической резекции были кисты с диаметром свыше 5 см, с преимущественно передней, наружной и нижней субкапсулярной локализацией. Склерозирование проводилось при небольшом диаметре кисты (до 5 см) и преимущественно верхне-задней и внутрипаренхиматозной локализацией.

Во всех случаях достигнут положительный результат. Рецидивов кист после лапароскопической резекции не отмечено. После склерозирования в течение первых 3-х месяцев у части пациентов сохранялась резидуальная полость кисты, с её постепенной редукцией в течение 6 месяцев.

Выводы и рекомендации. Опыт применения обоих методов лечения показал их высокую эффективность, относительную простоту и малотравматичность. Выбор в пользу одного из методов должен опираться прежде всего на анатомическое расположение и размер кистозного образования.

## **ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБОСНОВАННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ПРЕНАТАЛЬНО ВЫЯВЛЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ**

*Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Мифтяхетдинова О.В., Соболевский А.А. (Москва)*

Врожденный гидронефроз (ГН) – частая патология, причина проведения рентгеноурологического обследования у грудных детей. Существуют данные о том, что ГН может разрешиться на первом году жизни спонтанно.

Цель – разработать функционально обоснованный алгоритм ведения пациентов с пренатально выявленным ГН, нацеленный на сохранение функции почки и оптимизацию возраста оперативного лечения.

Материалы и методы: 24 пациента с ГН (20–односторонний, 4 двусторонний) SFU 3-5. УЗИ, статическая нефросцинтиграфия (НСГ) и цистография, ОФЭКТ с динамической нефросцинтиграфией (МАГЗ).

Результаты: 1 группа - 12 детей с односторонним ГН с сохранной секреторной функцией почек (СФП). Вторая: 2 - односторонний ГН с легкой степенью поражения паренхимы, 4 с тяжелой степенью повреждения, двусторонний ГН с симметричной секрецией с обеих сторон -2, с резким снижением СФП с одной стороны и сохранной с другой -2.

В 1 гр. динамическое наблюдение на протяжении 6мес. жизни установило отсутствие у 10 отрицательной динамики, а у 2 нарастание дилатации ВМП на 5-20% с симметричным ростом паренхимы, отсутствием отрицательной динамики со стороны СФП, несмотря на данные УЗИ, у 1 пациента отмечена асимптомная лейкоцитурия. Контроль на 9мес выявил увеличение дилатации ВМП на 10-20% у 6. СФП у 10 пациентов оставалась неизменной, а у 2 больных отмечен более активный роста размера функционирующей паренхимы контрлатеральной почки. Таким образом, 7 из 12 пациентов 1 группы оказались динамически нестабильными к возрасту 9мес, т.е. имели признаки ИМВП, прогрессию ГН и/или ухудшение СФП. Всем проведено ОФЭКТ с МАГЗ, по данным которого подтвержден диагноз обструктивного ГН и выполнена пластика ЛМС в возрасте 9-11мес. У 5 пациентов в возрасте после года отмечена положительная динамика с полным разрешением ГН к 2,5-3 годам.

Во 2 гр. из 6 пациентов с тяжелым повреждением СФП выполнено ЧПНС в возрасте от 2 до 10 месяцев, отсутствие восстановления функции почки отмечено в 4 случаях при исходном уменьшении ее размеров независимо от возраста и сроков дренирования. 6детей (8 почек) с умеренно сниженной и сохранной СФП были оперированы с возрасте 3-10мес.

Выводы: Динамическое наблюдение грудных детей с ГН возможно при сохранной СФП и отсутствии нарастания дилатации с вероятностью спонтанного разрешения 40%. Хирургическая коррекция в первые 10мес жизни ведет к сохранению функции почки

независимо от возраста операции. Восстановление резко сниженной СФП возможно при отсутствии признаков гипоплазии почки.

## **НАШ ОПЫТ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ У ДЕТЕЙ**

*Сагитов И.Ш., Николаева И.Е., Плечев В.В., Каюмова Л.М., Губаев К.И., Зайнуллина А.Р., Багаутдинов А.А., Кузбекова Н.Н., Бадыков М.Р., Дмитриев И.В. (Уфа)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** Пароксизмальные нарушения сердечного ритма занимают одно из первых мест в сердечно-сосудистой патологии у детей, конкурируя по частоте встречаемости с врожденными пороками сердца и представляют собой одну из наиболее серьезных проблем здравоохранения.

Выявляемость нарушений ритма сердца у детей остается крайне недостаточной. Во многом это связано с их бессимптомным течением и удовлетворительным самочувствием детей вплоть до развития тяжелых, нередко необратимых изменений в миокарде.

Наиболее распространенными электрофизиологическими механизмами суправентрикулярных тахикардий у детей являются синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (ВПУ) и АВ-узловые реципрокные тахикардии (АВУРТ).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** На сегодняшний день радиочастотная катетерная абляция (РЧА) является наиболее действенным способом терапии данных аритмий, которая позволяет пациенту полностью отказаться от приема антиаритмических препаратов.

В нашей практике за период с 2008 года по 05.2019 год были прооперированы 250 пациентов детского возраста с диагнозом пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия, из них 53 случая с АВУРТ (21,2%) и 197 с синдромом ВПУ (78,8%).

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** В 4 случаях (7.5%) АВУРТ и 20 случаях (10.1%) синдрома ВПУ потребовалась повторная РЧА в раннем послеоперационном периоде. У всех пациентов за период 6 месяцев после проведенной процедуры не было возврата клиники. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было.

Эффективность метода РЧА при АВУРТ и ВПУ составила 80 %.

**ВЫВОДЫ:**

Радиочастотная катетерная абляция является эффективным методом лечения пароксизмальных тахикардий.

Низкая частота послеоперационных осложнений.

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА В СТАДИИ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

*Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Асомова У.И. (Душанбе)*

**Актуальность.** Болезнь Крона (БК) в детском возрасте является одной из трудно диагностируемых и относительно редко встречающихся патологий желудочно-кишечного тракта. У детей заболевание может протекать без четкой симптоматики, когда единственным клиническим проявлением становится отставание в физическом развитии. По данным литературы, период постановки правильного диагноза с момента появления первых признаков заболевания составляет от 9 месяцев до 5-7 лет. БК у детей в большинстве случаев диагностируется при развитии осложнений для коррекции, которых необходимо хирургическое вмешательство.

**Материал и методы.** В основе работы положены опыт комплексного лечения 5-ти детей с БК осложнившейся непроходимостью кишечника и перитонитом. Возраст больных колебался от 3 до 13 лет. Из них девочек было 3. В 3-х случаях при поступлении больных в стационар был установлен перитонит с непроходимостью кишечника. В остальных 2 случаях основной диагноз до операции был общий перитонит. Длительность заболевания до возникновения осложнений составляла от 9 месяцев до 4 лет.

**Результаты и обсуждение.** Всем больным производилась срединная лапаротомия, при которой обнаружены древенистые изменения стенки тонкой кишки с сужением её просвета. В 2-х случаях производилась гемиколэктомия с энтероколостомией. В одном случае произведена высокая резекции тонкой кишки с наложением У-образного анастомоза с выведением конца последнего в виде энтеростомы.

У третьего и четвертого больных произведена резекция измененной части кишечника с выведением илеостомы. В пятом случае БК поразило всю тонкую кишку, начиная с 12-перстной кишки с охватом терминального отдела. Интраоперационно ткани этих участков кишечника резко отечны, гиперэмированы и инфильтрированы, брыжеечная часть имеет белый оттенок и плотную консистенцию. Подвздошная кишка также инфильтрирована и несколько сужена на расстоянии 20 см, но ее проходимость не нарушена. С целью лечебной декомпрессии тонкой кишки наложена цекостома и ее просвет дренирован силиконовой трубкой. В сроки наблюдения от 15 дней до года обострения БК не наблюдалось. Все больные выздоровели.

**Выводы.** Наиболее эффективными методами лечения хирургических осложнений БК у детей является лапаротомия с адекватной ликвидацией зоны поражения. При расположении зоны поражения в проксимальной и средней части тонкой кишки наиболее эффективным способом является формирование У-образного анастомоза по Майдлю после резекции кишечника.

## **СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕРЕБРЯНОЙ ПОЛИАКРИЛАТНОЙ МАТРИЦЫ («ГЕМОБЛОК») И БЛЕОМИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ.**

*Сафин Д.А., Романов Д.В., Плоткин А.В. (Москва)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** Склерозирование лимфатических мальформация (ЛМ) является эффективным и безопасным методом лечения данной патологии. В качестве склерозирующего вещества используются различные препараты: ОК-432, Доксциллин, Блеомицин. Цель данного исследования: сравнить результаты лечения лимфатических мальформация с применением препаратов блеомицин и серебряной полиакрилатной матрицы («Гемоблок»).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** В Центре Сосудистых Патологий (г.Москва) в период с май по октябрь 2018 получили 39 детей с диагнозом «Лимфатическая мальформация» различной локализации. Возраст детей составил от 1 мес. до 17 лет. Соотношение по полу составило, 18 мальчиков и 21 девочка. Всем детям под общей анестезией выполнялись операции склерозирование под контролем УЗИ, которое выполнялось с использованием блеомицина

(13 наблюдений) или серебряной полиакрилатной матрицы («Гемоблок») (26 наблюдений). Для исследования мы отобрали пациентов с крупно кистозными ЛМ, таких пациентов было 30, которым для лечения использовался блемицин или «Гемоблок», 13 и 17 операций, соответственно. Применение препаратов проводилось с информированного согласия родителей.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ:** В данной группе пациентов результат лечения оценивался с интервалом 1, 3 и 6 месяцев. В указанные сроки проводились осмотры лечащим врачом, УЗИ и по показаниям выполнялось МРТ. Оценивались изменения размеров образования и динамика жалоб. В случае использования препарата «Гемоблок» отмечено более быстрое и большее быстрое уменьшение размеров полостей, все пациенты отметили положительные изменения после операции.

Препарат «Гемоблок» образует сгусток с белками плазмы крови (альбумином), формирует полимерный комплекс. Также препарат содержит наночастицы серебра, которые имеют выраженное бактерицидное действие против большинства известных микроорганизмов. Препарат токсических действий. Данный препарат разрешён для использования в детской практике. Препарата блемицин является токсичным противоопухолевым антибиотиком, который используется для склерозирования сосудистых мальформаций.

**ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ:** Применение препарата «Гемоблок» в качестве склерозирующего вещества является эффективным и безопасным методом лечения лимфатических мальформаций у детей, особенно при крупно кистозных вариантах данного порока. В сравнении с использованием блемицина отмечается высокая эффективность. Следует отметить, что использование данного препарата, требует дальнейших исследований и совершенствованная методики лечения.

## **ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА**

*Сварич В.Г. (Сыктывкар)*

Актуальность. Без показателя качества жизни нельзя в полной мере оценивать и сравнивать различные способы оперативного лечения болезни Гиршпрунга у детей.

Материалы и методы. Изучение качества жизни проведено у 143 детей с ректальной, ректосигмоидной и субтотальной формой болезни Гиршпрунга, перед операцией, через 3 и 12 месяцев после окончания оперативного лечения. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от способа операции: группа 1 – пациенты, оперированные открытым способом; группа 2 – пациенты, оперированные лапароскопически.

Результаты и обсуждение. Сравнение параметров качества жизни в предоперационном периоде с такими же показателями у здоровых детей выявило их снижение без достоверных различий между 1 и 2 группами. Физическое функционирование было снижено на 29,5 % (очень большое изменение по шкале Ликерта). Эмоциональное функционирование было снижено на 23,4 %, социальное - на 37,7 %, ролевое - на 25,8 %. Общий балл также был меньше на 30,8 % у больных по сравнению со здоровыми детьми. Следовательно, в группах 1 и 2 в предоперационном периоде страдали все параметры качества жизни с очень большими



изменениями по шкале Ликерта. Сравнение параметров качества жизни в ближайшем послеоперационном периоде в группе 1 с такими же показателями у здоровых детей выявило их достоверное снижение по сравнению с нормой, однако имелось их умеренное увеличение, по сравнению с предоперационными показателями. В группе 2 показатели качества жизни приблизились к нормальным показателям и стали значительно лучше предоперационных показателей. Сравнение параметров качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде в группе 1 с такими же показателями у здоровых детей выявило их достоверное снижение по сравнению с нормой, однако, они достоверно и значительно увеличились, по сравнению с предоперационными показателями. В группе 2 в отдаленном послеоперационном периоде показатели качества жизни стали значительно лучше предоперационных показателей и вплотную приблизились к норме.

Выводы. Наихудшими оказались показатели физического и социального функционирования. После оперативного лечения отмечалась положительная динамика у всех пациентов, но в разной степени. Наилучшие показатели качества жизни в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде были достигнуты после лапароскопической операции (группа 2). Но даже в отдаленном послеоперационном периоде показатели качества жизни не достигли нормальных параметров ни в одной из вышеперечисленных групп.

## **СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТОЙКОГО СПОНТАННОГО ХИЛОТОРАКСА У РЕБЁНКА 3-Х ЛЕТ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИМИЧЕСКОГО ПЛЕВРОДЕЗА**

*Седнев С.И., Тен Ю.В., Кожевников В.А., Смирнов А.К., Беляев С.А., Герасименко К.И., Мамонтова Н.В. (Барнаул)*

Хилоторакс - скопление хилуса (лимфы) в плевральной полости. Возникает в результате различных патологических состояний. Его связывают с врождёнными пороками развития лимфатической системы, ятрогенными воздействиями (операции на сердце, лёгких, пищеводе, катетеризации подключичных вен и др.), генетическими пороками. Хилоторакс является редкой, но очень серьёзной патологией, приводящей к респираторным, обменным, иммунологическим нарушениям и является угрожающим жизни заболеванием. Сложно поддаётся лечению. Согласно литературным данным существует много способов консервативного лечения, включая длительное плевральное дренирование, применение сандостатина, низколипидная диета с применением смесей с содержанием среднецепочечных триглицеридов или голод с полным парентеральным питанием. Однако эти методы недостаточно эффективны и даже комбинированное лечение с применением параллельно всех методов не всегда приводят к быстрому, желаемому результату. Представляем случай успешного лечения пациента 3-х лет со стойким спонтанным хилотораксом. Пациент поступил экстренно с жалобами на кашель, боли в спине. Из анамнеза известно: данные жалобы беспокоят около 4 месяцев. На обзорной Rg-грамме тотальный гидроторакс справа в объёме около 1000 мл., аплазия задних отрезков 3, 4 рёбер справа. Произведено дренирование плевральной полости, удалено 1000 мл. хилуса. Назначена консервативная терапия (Октреотид, смеси с содержанием среднецепочечных триглицеридов, симптоматическая терапия). Санация плевральной полости Йодиолом. Через 1 неделю

отхождение хилуса сохранялось в больших объёмах (до 800 мл/сут.), переведен на голод с полным парентеральным питанием). Несмотря на лечение в течение двух недель отмечалось стойкое отхождение хилуса, от 150 до 800 мл/сут, с прогрессированием гипоальбуминемии, максимально до 27г/л. Произведена видеоторакоскопия, каких - либо патологических участков не выявлено. Произведен химический плевродез смесью 40% раствора Глюкозы (по 20 мл.) с Эритромицином, в течение 4 дней подряд с заглушкой дренажа на 2 часа. На вторые сутки активно удалён хилус до 50мл.. На четвёртые сутки отхождение прекратилось. Переведен на энтеральное питание. На одиннадцатые сутки после плевродеза выписан домой (белок 56 г/л.). На контрольном обследовании легочная ткань расправлена, хилоторакс купирован. В отдалённом периоде (через 6 мес, 1год, 2 года) полное расправление легочной ткани, отсутствие рецидива. Полноценное питание. Естественный прирост массы тела.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭХИНОКОККОЗА ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ У РЕБЕНКА 17 ЛЕТ**

*Семенова Е.С., Зайнуллин Р.Р., Еникеев М.Р. (Уфа)*

Актуальность: Республика Башкортостан (РБ) является эндемичным очагом по эхинококкозу (3,0 на 100тыс. детей). Уровень заболеваемости эхинококкозом превышает среднероссийские показатели в РБ в 3,6 раз.

Материалы и методы: анализ истории болезни ребенка Х.17 лет, с эхинококкозом правой доли печени.

Результаты и обсуждение: 17.01.19 больной Х. 17 лет, поступил в хирургическое отделение Республиканской детской клинической больницы с жалобами на умеренные боли в правой подреберной области. Из анамнеза:17.01.19 самостоятельно обратились в ЦРБ, где выявлено образование в правой доле печени с множественным внутренним перегородок с жидкостным содержанием со взвесью размером до 155x160 мм, с утолщенной стенкой до 6 мм. По линии РКЦ доставлен в РДКБ. При поступлении общее состояние тяжелое. Объективно: асимметрия живота, при пальпации живот напряжен и болезненный в правой подреберной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Со стороны других органов патологии нет. В общем анализе крови лейкоцитоз(15\*10<sup>9</sup>/л), СОЭ-41мм/ч, БХ крови-амилаза-1943. КТ ОБП -в правой доле печени занимающее субтотально определяется кистоподобное образование размерами 153,5x128x175,5 мм, с четко прослеживаемой оболочкой и множеством перемычек, паренхима правой доли в виде тонкой полоски в передних отделах. После предварительной консервативной терапии, проведено оперативное лечение. После обработки операционного поля, в подреберной области справа произведена лапаротомия длиной 25 см. Практически всю правую долю печени занимает кистозное образование диаметром около 20 см. Пункция кисты, получена прозрачная жидкость в объеме 300 мл. Фиброзная капсула надсечена, хитиновая оболочка, дочерние кисты (около 100) удалены. В полость кисты введен глицерин нагретый до 600 , в объеме 100 мл, время экспозиции 10 мин. С помощью аппарата LigaShug произведена резекция крыши кисты. Поверхность стенки кисты обработана Аргоноплазменной коагуляцией. Капитонаж остаточной полости. Установлена дренажная трубка под правую доли печени. Послойные швы на рану. В послеоперационном периоде ребенок получал симптоматическую и

антигельминтную терапию- Альбендазол 0,4 1раз в день. Дренажная трубка удалена на 7 сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии на 10 послеоперационные сутки, с рекомендацией продолжить прием Альбендазола.

## **ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА III- IV СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Сергеева С.В., Николаев С.Н., Меновщикова Л.Б., Гуревич А.И., Шумихин В.С., Левитская М.В., Ерохина Н.О. (Москва)*

Цель: оценить отдалённые результаты лечения гидронефроза III- IV степени у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 62 детей в возрасте до 1 года, находившихся на лечении в отделении хирургии новорожденных ДГКБ№13 им. Н.Ф.Филатова с 2014г. по 2018г с диагнозом гидронефроз III-IV степени (по классификации фетальных урологов). Соотношение мальчиков к девочкам 42:20 (68%:32%). Левая сторона: 43 (68%) случаев, правая – 18 (32%). Основные методы обследования: УЗИ органов мочевыделительной системы с доплерографией, микционная цистоуретрография, статическая нефросцинтиграфия. Все дети оперированы: 57 пациентам выполнена операция Хайнес-Андерсена-Кучера лапароскопическим доступом, 5 – лапароскопическая нефруретерэктомия, в связи с выраженным снижением или отсутствием функции пораженной почки. Во всех случаях выполнялось предварительное отведение мочи: 59 (95%) – пункционная нефростомия, 3 (5%) – лапароскопическая пиелостомия, в связи с техническими сложностями выполнения нефростомии. В послеоперационном периоде дренирование лоханки: 43 (75%) – JJ-стентом, 14 (25%) была оставлена пиелостомическая трубка.

Результаты. Отдалённые результаты изучены у всех больных. Критериями оценки эффективности лечения являлись данные контрольного ультразвукового исследования через 0,5-1-5лет после лапароскопической пиелопластики. Исследовали передне-задний размер (ПЗР) лоханки, толщину паренхимы, степень нарушения интратенального кровотока. У 36 детей оценены данные статической нефросцинтиграфии через год после пиелопластики. Прирост паренхимы оперированной почки составил в среднем 5,6 мм (+/- 3 мм), лоханка сократилась на 24 мм (+/- 13 мм). Восстановление интратенального кровотока отмечено у 48 детей (78%). Снижение секреторной функции в среднем на 18,5% (от 15 до 38%) отмечалось в 27 (75%) случаев. В 13 случаях (22%), не смотря на проведенное лечение, отмечается нарушение интратенального кровотока, и в 9 (25%) отмечалось снижение функции почки на 70-80%, что расценено нами как течение необратимого нефросклеротического процесса и ставит под сомнение необходимость выполнения радикального оперативного лечения всем детям с гидронефрозом III-IV степени.

Заключение: необходима выработка алгоритма обследования детей с гидронефрозом высоких степеней, включающего выявление предикторов нефросклероза с целью адекватного выставления показаний к реконструктивным вмешательствам в данной группе пациентов.

## **ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, КАК СЛЕДСТВИЕ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ**

*Серков И.И., Сухов М.Н., Лывина И.П., Нарбуттов А.Г. (Москва)*

**Введение:** к развитию артериальной гипертензии у детей, нередко, приводят патологии магистральных артерий, в частности почечных артерий. Такая гипертензия не купируется гипотензивными препаратами и является серьезной угрозой для жизни и здоровья ребенка. Частая причина развития вторичной артериальной гипертензии связана с патологией почечных артерий. К стенозам почечных артерий может приводить фибромускулярный стеноз, неспецифический аортоартериит. Так же к развитию вазоренальной гипертензии приводит аневризматическое расширение почечных артерий.

**Материалы:** С 2006 г. по 2019 г. в отделении микрохирургии N2 находилось 19 больных с патологией почечных артерий в возрасте от 2 до 16 лет. У всех больных отмечалась вазоренальная гипертензия при которой проводимая гипотензивная терапия не имела эффекта. По данным обследования у 15 детей выявлены стенозы почечных артерий. У 4-х пациентов стенозы отмечались двусторонние. У 4-х детей выявлены аневризмы одной из почечных артерий, которым выполнена резекция аневризмы, пластика почечной артерии. 4-м пациентам выполнена лапароскопическая односторонняя нефрэктомия в связи с отсутствием функции почки. 8-и детям выполнена резекция участка стеноза и пластика почечной артерии. 4-м детям проводилась баллонная эндоваскулярная ангиопластика с непротяженным стенозом.

**Результаты:** у всех детей отмечается положительная динамика в виде стабилизации артериального давления до нормальных цифр на фоне продолженной гипотензивной терапии. 3-м детям в последующем была отменена гипотензивная терапия, остальным уменьшена дозировка и количество препаратов. Один ребенок с хронической почечной недостаточностью выбыл из под наблюдения. Один ребенок готовится к пластике почечной артерии по поводу стеноза, после лапароскопической односторонней нефрэктомии в связи с критическим стенозом и отсутствием функции почки.

**Заключение:** при выявлении у детей артериальной гипертензии и отсутствие эффекта от гипотензивную терапию, необходимо в первую очередь исключить патологию почечных артерий. Ранняя диагностика и коррекция патологии позволяет избежать необратимых изменений органов мишеней и сохранить жизнь ребенка. В случае протяженного стеноза, аневризмы или неэффективности баллонной ангиопластики, методом выбора является хирургическая коррекция и пластика почечных артерий.

## **НЕКРОЗ И ПЕРФОРАЦИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ.**

*Скопец А.А., Караваева С.А., Акоюн А.С. (Санкт-Петербург)*

**Цель:** показать клинические характеристики, а также особенности диагностики и лечения новорожденных с некрозом и перфорацией двенадцатиперстной кишки (ДПК).

**Материалы и методы.** С 2006 по 2018 год в детской городской больнице №1 Санкт-Петербурга лечились 17 детей с некрозом и перфорацией ДПК, 16 из них родились недоношенными (94 %). В 82% случаев дети перенесли гипоксию в родах, у 33% зарегистрирована внутриамниотическая инфекция. Диагноз перфорации полого органа (пневмоперитонеум) изначально был установлен только у 67% больных. У остальных детей

преобладали симптомы желудочного кровотечения, кишечной непроходимости. В лабораторных анализах у 76% пациентов выявлена анемия, в 71% случаев метаболический ацидоз, тромбоцитопения, снижение АВЕ.

Результаты. Все дети прооперированы, у 88% больных был обнаружен некроз и перфорация передней стенки ДПК, выполнялось иссечение некротизированной ткани по краям дефекта стенки кишки, после чего дефект ушивался в поперечном направлении однорядным атравматическим швом Викрил 6/0. Двум детям, один из которых родился с экстремально низкой массой тела, а другой с множественными пороками развития (неполная VACTERL-ассоциация), кроме ушивания дефекта стенки кишки, была наложена холецистостома для временного отведения желчи. Выжили 6 детей (35%), в том числе оба ребенка с холецистостомой.

Обсуждение. Некроз и перфорация ДПК является редким заболеванием периода новорожденности, возникающим после перенесенной гипоксии в родах с централизацией кровообращения и (или) на фоне внутриамниотической инфекции, которое квалифицируется сегодня, как НЭЖкоподобное заболевание.

Выводы.

1. Некроз и перфорация ДПК является редкой и тяжелой патологией детей периода новорожденности и относится к НЭЖкоподобным заболеваниям
2. Благодаря высоким пластическим возможностям и хорошему кровоснабжению ДПК объем и функция органа у выживших детей восстановились полностью
3. Холецистостомия снижает риск несостоятельности швов или стенозирования ДПК после пластики зоны некроза.

## **ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ.**

*Слемзина М. Н., Цыбин А. А., Хачирова О.Ф., Ноевой И.И., Морозова В.С., Кузьменко К.С. (Тула)*

Актуальность. Остеомиелит – один из сложных вариантов неспецифического воспаления. Выздоровление составляет в среднем 64%. Рецидивы в последующие 5 лет в 27%, в 6% наблюдаются тяжелые осложнения. Локализации воспаления в метаэпифизе у детей, ведет зачастую к нерегулируемому процессу регенерации конечности (в 21,8%). Несмотря на появление новых методов, внедрение современных антибактериальных препаратов, процент инвалидизации, в том числе в практике детского хирурга, остается 10-18%.

Цель и задачи. Оценка эффективности длительного непрерывного аспирационного дренирования костного гнойного очага (ДНАДКГО) в сравнении с другими применяемыми методами лечения.

Материалы и методы. Работа составлена на основании ретроспективного и проспективного анализа у 664 детей с остеомиелитом различного генеза в течение последних 30 лет. В основном это больные с ГО (98%). 189 детей лечились традиционной операцией – остеоперфорация и фистулсеквестрнекрэктомия. 89 детей лечилось методикой ДНАДКГО.



Результаты и их обсуждение. Причиной длительного существования остеомиелитического очага является нарушение санации пораженной кости. Наличие очага сопровождается токсикозом, угнетением иммуногенеза и регенерации костной ткани. Такой вывод сделан на основании анализа динамики иммуноглобулинов в разные стадии заболевания.

На основании проведенного анализа была создана концептуальная модель и практическая схема патогенеза заболевания, в основе которой порочный круг, главные компоненты которого внутрикостная гипертензия в следствии плазморреи, ведущая к нарушению микроциркуляции и поддержанию очага воспаления. Применение ДНАДКГО разрывает этот порочный круг.

При классической схеме лечения в 70% требовалось повторное хирургическое вмешательство, в 12% отмечена генерализация инфекционного процесса. В результате применения ДНАДКГО у детей отсутствовали рецидивы заболевания. При применении в раннем периоде предупреждалась деструкция кости. В случаях наличия глубокой деструкции наблюдалось хорошее восстановление костной ткани.

Выводы и рекомендации. Метод ДНАДКГО устраняет основные звенья патогенеза в остром периоде болезни, и создает условия для восстановительных процессов в острой и хронической стадии, оптимизируя остеогенез. Предложенный метод имеет ряд преимуществ: сокращает сроки антибактериальной терапии, простота и дешевизна в применении, ранние сроки активизации и сокращение периода стационарного лечения.

## **ПОРТОСИСТЕМНЫЕ ШУНТЫ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ**

*Смолянкин А.А., Разумовский А.Ю., Галибин И.Е., Симакова М.В. (Москва)*

Введение. Врожденные портосистемные шунты (ВПШ) – аномальные соединения между сосудами воротной системы печени и нижней полрой веной или непарной веной. В связи с малым влиянием на гемодинамику, выявление портосистемных шунтов зачастую является случайной находкой на УЗИ, однако роль их в формировании печеночной энцефалопатии у детей велика.

Цель. Изучить патологическое влияние на организм ребенка функционирующего шунта и изменения после его окклюзии

Материалы и методы. За период с 2015 по 2018 гг. в ДГКБ №13 им Н.Ф. Филатова обратились 15 детей с направляющим диагнозом «Патология сосудов печени. Портальная гипертензия?». Возраст детей варьировал от 19 дней до 17 лет. У всех пациентов отмечалась следующая симптоматика: быстрая истощаемость, эмоциональная лабильность, неусидчивость. В биохимическом анализе крови: повышение уровня билирубина, аммиака, печеночных трансаминаз, снижение уровня креатинина. На МРТ головного мозга: симметричные зоны повышения интенсивности МР сигнала в T1 изображениях на уровне базальных ядер (globus pallidus et substantia nigra).

Результаты. Всем детям было выполнено ангиографическое исследование, при котором выявлялся патологический проток диаметром от 3 до 19 мм. 8 пациентам было произведено эндоваскулярное закрытие: трансъаремная имплантация окклюдера Amplatzer VascularPlug II.

Через 10 минут после установки выполнялась контрольная мезентерикография, при которой в 10 случаях уже визуализировались внутриспеченочные ветви воротной вены. В остальных случаях ток крови в данных ветвях был обнаружен на УЗИ к концу первых послеоперационных суток. Дети повторно обследовались каждые 3 месяца после оперативного вмешательства. На контрольной ангиографии отмечалось открытие внутриспеченочных ветвей воротной вены и полная окклюзия патологического шунта, нормализация биохимического анализа крови, значимое улучшение психоэмоционального состояния.

**Выводы.** Малоинвазивные интервенционные технологии позволяют не только выяснить диагностические нюансы порока развития сосудов печени, но и выполнить успешное лечение врожденных портосистемных шунтов. Дети с клиническими проявлениями задержки психомоторного развития, психомоторной расторможенностью, синдромом цитолиза, должны быть обследованы на наличие портосистемного шунта.

## **ВЫБОР МЕТОДА ПРОКТОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВЫСОКОЙ АТРЕЗИЕЙ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ**

*Соколов С.В., Ионов А.Л., Мызин А.В., Щербакова О.В., Герасимова Н.В., Сулавко Я.П. (Москва)*

**Актуальность.** При хирургическом лечении высоких форм атрезии ануса и прямой кишки мобилизацию терминального отдела с последующим низведением на промежность осуществляют интраабдоминально под визуальным контролем, во избежание деформации и нарушения кровотока в брыжейке. Данный этап может быть выполнен как путем лапаротомии, так и при помощи лапароскопии. Выбор оптимального метода до настоящего времени остается предметом дискуссии среди детских хирургов.

**Материал и методы.** Основу исследования составили результаты хирургического лечения 58 детей (38 (66%) мальчиков, 20 (34%) девочек) с высокой атрезией ануса и прямой кишки. Медиана возраста составила 19 месяцев, размах – 12-30 месяцев. Свищевые формы атрезии диагностированы у 39 (67%) пациентов. Превентивная колостомия была выполнена 38 (66%) детям. В основную группу (39 (67%) наблюдений) включены пациенты, которым была произведена брюшно-промежностная проктопластика с лапароскопически-ассистированным низведением кишки. В группе контроля 19 (33%) детям была выполнена брюшно-промежностная проктопластика по Ромуальди. Оценку особенностей операции и течения послеоперационного периода осуществляли на основании клинических и лабораторных данных.

**Результаты и обсуждение.** Продолжительность абдоминального этапа при лапароскопической операции ( $70 \pm 22$  минуты) была меньше ( $p < 0,05$ ) в сравнении с лапаротомным доступом ( $121 \pm 40$  минут). В основной группе частота проходящей брадикардии во время операции (11%), постгеморрагической анемии (30%), была ниже ( $p < 0,05$ ), чем в группе контроля (соответственно, 55% и 60%). Парез кишечника после лапароскопии сохранялся  $4,5 \pm 1,3$  дня, после лапаротомии –  $6,5 \pm 1,4$  дня ( $p < 0,05$ ). Осложнениями, потребовавшими хирургического лечения, были повреждение мочеточника у 1 ребенка во время лапароскопии, 1 случай ранения уретры при лапаротомном доступе. У 2 (11%) детей в контрольной группе ввиду некроза низведенной кишки была выполнена релапаротомия, резекция пораженного участка

и повторное низведение кишки с дополнительной мобилизацией. В контрольной группе были выше ( $p < 0,05$ ) длительность парентерального питания (на 1 день), антибактериальной терапии (на 2 дня) и госпитализации (на 4 дня).

Выводы и рекомендации. Лапароскопически-ассистированное низведение кишки при брюшно-промежностной проктопластике у детей с высокой атрезией ануса и прямой кишки имеет ряд преимуществ перед лапаротомным доступом, позволяющих рекомендовать применение лапароскопии при достаточном техническом оснащении и опыте хирурга.

## **РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ КОСТНОЙ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

*Соколов С.В., Николаева И.Е., Плечев В.В., Гумеров А.А., Чуйкин С.В., Бузаев И.В., Давлетшин Н.А., Тимошенко А.В., Ахметов Т.Ф., Ахметшин Р.З., Макушева Н.В., Дмитриев И.В. (Уфа)*

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** Аневризмальная киста нижней челюсти – крайне редкая патология. 50% аневризмальных кист наблюдаются в области длинных трубчатых костей, 20% в области позвонков, 12% область головы и всего лишь 2% из них – кости челюстей.

Лечение таких кист как правило хирургическое и заключается в удалении кисты и проведении костной пластики при значительном истончении кости челюсти.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** Девочка 8 лет из г. Стерлитамак. С жалобами на кровотечение из десны в области 4.6 зуба (ранее были незначительные кровянистые выделения). Через 3 дня данный зуб был удален стоматологом. После этого началось профузное, не прекращающееся кровотечение. Девочка была госпитализирована в Клиническую больницу №1 г.Стерлитамак. После эмболизации *a.alviolaris inferior* справа и тампонады лунки кровотечение было остановлено. Затем девочку переводят в РДКБ, где кровотечение открывается снова. Ребенка берут на оперативное лечение, проводят ревизию лунки 4.6 зуба и накладывают восковой тампон с его фиксацией металлической лигатурой вокруг нижней челюсти.

По данным КТ: состояние после окклюзии нижнеальвеолярной артерии справа, состояние после оперативного лечения, не исключается АВМ ветви нижней челюсти справа.

Через 2 дня пациентку привозят в РКЦ для проведения ангиографии. При поступлении уровень гемоглобина 80 г/л.

На ангиографии наружной сонной артерии справа: Высоковаскуляризированное образование нижней челюсти справа, кровоснабжающееся из *a.facialis*. *A.maxillaris* эмболизирована ранее и не контрастируется. Выполнена селективная эмболизация *a.facialis*.

Т.к. правое артериальное русло нижней челюсти хорошо анастомозирует с левым, было принято решение о выполнении селективной ангиографии наружной сонной артерии слева. Выявлено гипervasкулярное образование нижней челюсти справа, обильно питающееся через сеть коллатералей из левых *a.alviolaris inferior* и *a.facialis*. Выполнена селективная эмболизация этих артерий.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** После эмболизации девочка была переведена в РДКБ, где через 3 дня была выполнена расширенная биопсия кистозного образования нижней челюсти.

Кровотечений после нашей эмболизации больше не наблюдалось, а во время расширенной биопсии кровопотеря составила всего 10 мл. По данным биопсии образование являлось аневризмой костной кистой. Девочка пребывает в полном здравии.

**ВЫВОДЫ:** Возможность эндоваскулярного вмешательства является эффективной для остановки и профилактики кровотечений. Мы рекомендуем использовать данную методику.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ**

*Соколов Ю. Ю., Коровин С. А., Туманян Г. Т., Донской Д. В., Аюбян М.К., Аллахвердиев И. С., Дзядчик А. В., Стоногин С. В. (Москва)*

Цель работы: определить эффективность лапароскопических вмешательств у детей с перфоративными гастродуоденальными язвами.

Материалы и методы: С 2010 г. по 2019 г. с перфоративными гастродуоденальными язвами было оперировано 24 больных в возрасте от 2 до 18 лет. При поступлении были проведены ультразвуковое исследование (УЗИ) и обзорная рентгенография брюшной полости. Оперативное лечение предусматривало выполнение лапароскопии, в ходе которой определяли рациональный вид оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение: с остро возникшим болевым абдоминальным синдромом было госпитализировано 19(79%) больных. Развитие перфоративных язв на фоне длительной терапии по поводу интеркуррентных заболеваний было отмечено у 5(20,8%) больных. Средний возраст больных составил  $12,5 \pm 5,3$  года. Догоспитальный период длился в среднем  $26 \pm 16$  ч. Состояние больных при поступлении было тяжелым в 16 (66,7%) наблюдениях. В клинической картине превалировал выраженный болевой абдоминальный синдром в верхнем этаже брюшной полости. В ходе рентгенологического исследования брюшной полости свободный газ под диафрагмой обнаружен у 12 (50%), а признаки динамической кишечной непроходимости - у 7(29%) больных. При УЗИ брюшной полости ультразвуковые показатели «ургентности» были выявлены в 21 (87,5%) наблюдениях, а свободный газ под передней брюшной стенкой - у 8(33,3%) больных. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв было успешным в 19 (79%) наблюдениях. Конверсии выполнили в 3 (12,5%) случаях, «открытые» оперативные вмешательства - у 2 (8,3%) больных при тяжелом состоянии пациента (2) и слабой подготовленностью хирурга в области лапароскопических технологий (3).

Выводы. С учетом клинко-инструментальных данных дооперационный диагноз перфорации полого органа может быть установлен в 79% наблюдений. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв может быть эффективным у 79% больных.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ УДВОЕНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

*Соколов Ю.Ю., Зыкин А.П., Бибикина Е.Е., Ахматов Р.А., Кауфов М.Х., Уткина Т.В. (Москва)*

Цель. Улучшить результаты лечения детей с удвоениями пищеварительного тракта путем оптимизации внедрения эндохирургических методов лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный мультицентровой анализ, включающий 76 клинических наблюдений за период с 2006 по 2018 гг. Возраст больных составил от 2 суток до 17 лет (средний возраст составлял 1,4 года 95%ДИ 0,2 – 9,8 лет). Мальчики – 40 (52,6%); девочки – 36 (47,4%).

Бессимптоматичное течение наблюдалось у 30 (39,5%), симптоматичное – у 46 (60,5%), среди них осложнения – у 24 (31,6%).

Результаты и обсуждение. Удвоения пищевода присутствовали у 16 детей, желудка – 11, двенадцатиперстной кишки (ДПК) – 7, тонкой кишки – 28, толстой и прямой кишки – в 12 случаях, торако-абдоминальные (ТА) удвоения – 2 (исходили из ДПК – 1, из пищевода – 1).

Интрамуральные удвоения пищевода энуклеированы торакоскопически в 5 случаях, открыто – в 2. Изолированные кисты средостения эндовидеохирургически во всех случаях.

Интрамуральные удвоения желудка энуклеированы лапароскопически у всех больных.

Изолированные забрюшинные удвоения желудка выделены из окружающих тканей миниинвазивно у 3 детей. Удвоения пилорoduodenальной зоны были фенестрированы с демукозацией внутренней оболочки у 4 детей, энуклеированы у 3. При парафатеральных удвоениях ДПК была выполнена трансдуоденальная фенестрация стенки кисты в 1 и иссечение дивертикулярного удвоения — в 1 случае. Удвоения тонкой кишки эндовидеохирургически энуклеированы лапароскопически в 12 случаях, удалены видео-

ассистированно – в 14 случаях (энуклеация – 11, резекция участка кишки с удвоением – 2), открытая резекция потребовалась в 2 случаях. Удвоения толстой и прямой кишки

корректированы тотально лапароскопически в 5 случаях, с применением этапной лапароскопии – в 7. При ТА удвоениях в обоих случаях торако- и лапароскопические

вмешательства применены этапно, далее конверсия на традиционные открытые доступы.

В раннем послеоперационном периоде наблюдалось 2 осложнения (2,63%): в 1 случае присутствовала перфорация слизистой оболочки пищевода, ушита при повторном торакоскопическом вмешательстве; в 1 случае после иссечения гастродуоденального удвоения отмечена перфорация, выполнена лапаротомия с ушиванием дефекта стенки ДПК.

В остальных наблюдениях без осложнений.

Выводы. Эндовидеохирургические вмешательства у детей с удвоениями пищеварительного тракта являются малотравматичными, эффективными и могут быть применены в разных

возрастных группах больных при различных локализациях порока.



## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ**

*Старостин О.И., Сидорова Н.С. (Москва)*

**Введение.** В общей структуре ожоговой травмы в России электротравма составляет 1,3%. Тем не менее она занимает особое место ввиду тяжести состояния больных, обусловленной не только площадью и глубиной ожоговых ран, но и воздействием электрического тока на сердечно-сосудистую и дыхательную системы.

**Цель исследования.** Обзор работы 1-го ожогового отделения ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы по лечению детей с электротравмой с 2013 по 2018 годы. Демонстрация статистических данных по распределению пораженных по полу, возрасту, характеру поражающего агента, площади поражения, применение того или иного вида лечения, а также исходы заболевания.

**Материалы и методы.** В обзорном исследовании использовалось 119 историй болезни детей с электротравмой различной локализации, площади и глубины поражения (это все больные с травмой, полученной от электрического тока, которые находились на лечении в нашем отделении в указанный промежуток времени). Чаще всего здесь имели место травмы, полученные в домашних условиях. Наибольший интерес представили дети с электрическими ожогами током высокого напряжения. Эти пострадавшие получили тяжелые электротравмы с большой площадью поражения и глубиной ожоговых ран, а также серьезные осложнения в виде ожоговой болезни, нарушения деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, полиорганной недостаточности, сепсиса.

**Результаты.** Основная масса пострадавших имела площадь поражения не более 0,5%, которые получали консервативное лечение и, соответственно, гораздо меньшему количеству детей потребовались различные оперативные вмешательства. Это соотношение зависело от характеристик поразившего их электрического тока.

Оперативное вмешательство потребовалось в 29% больных электротравмой, пролеченных в нашем отделении за указанный промежуток времени. Из них 59% поражённых проводилось тангенциальное очищение, 24% - тангенциальная некрэктомия, 35% - фасциальная некрэктомия, 94% - аутодермопластика, 18% - ампутация конечностей, 9% - экзартикуляция

**Выводы.** Таким образом, большая часть пострадавших окончили лечение выздоровлением, но не обошлось без летального исхода, который составил 1,7% детей с электротравмой.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Степанова Н.М., Новожилов В.А., Милюкова Л.П., Латыпов В.Х., Петров Е.М., Мороз С.В., Халтанова Д.Ю. (Иркутск)*

**Актуальность.** Не сегодняшний одной из актуальных проблем является неуклонный рост детей с пищеводными и внепищеводными проявлениями ГЭРБ на фоне грубых неврологических заболеваний. Невозможность кормления через рот и хронические

респираторные нарушения обуславливают тяжесть состояния и проблемы ухода за данной категорией пациентов.

Цель. Анализ хирургической стратегии лечения ГЭРБ у детей с грубой патологией ЦНС.

Материалы и метод. Проведено ретроспективное изучение 107 случаев оперированного ГЭРБ у детей с тяжелым неврологическим дефицитом по материалам ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска за период 2013-2018 г.г.

Результаты. Гендерный состав: мальчики 50(46,7%), девочки - 57 (53,2 %). Возрастной спектр: 1-12 мес 53,2% (57), 1-3 года 21,4% (23), 3-7 лет 15,8% (17). Средний возраст - 2,3 года. Структура неврологической патологии: ДЦП – 73,8% (79); гипоксически-ишемическое/травматическое поражение ЦНС – 29,9% (32); энцефалопатия - 24,2% (26). Аспирационные нарушения были выявлены у 88,7% (95) детей. Степени рефлюкс-эзофагита согласно классификации Savary-Miller: I-II степень-14,9% (16), III степень-73,8% (79), IV степень-11,2% (12). Лапароскопическое оперативное вмешательство по Ниссену было выполнено в 72,8% (78) случаев, по Талю - 25,2% (27), консервативное лечение - 1,8% (2). В 53,2% (57) фундопликация дополнена лапароскопической гастротомией, 18,6% (20) пилоромиотомией, 13% (14) трахеостомией. Рецидивы после фундопликации по Ниссену нами были отмечены в 12,8% (10) случаев, по Талю - в 14,8% (4). Причины рецидивов: ГПОД (2), дислокация манжеты (6), несостоятельность манжеты (2). Интраоперационных осложнений не было. Старт энтерального питания со 2 суток. Средний срок госпитализации - 12 к/д. Средний срок пребывания в ОАРИТ- 5 к/д, чаще по причине доминирующей сопутствующей патологии.

Заключение. Хирургическое лечение ГЭРБ у детей с тяжелым нейрододефицитом требует тщательного выбора объема вмешательств, улучшающих соматическое состояние и облегчающих уход как при условии домашнего пребывания, так и в условиях хосписа.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ**

*Степанова Н.М., Новожилов В.А., Петров Е.М., Латыпов В.Х., Мороз С.В., Халтанова Д.Ю., Милюкова Л.П. (Иркутск)*

Актуальность. На сегодняшний день не вызывает сомнений актуальность проблемы спайкообразования и оптимизации оперативных приемов лечения спаечной кишечной непроходимости (СКН) в детском возрасте. Использование минимально инвазивной хирургии в лечении СКН представляет ряд трудностей, сопряженных со степенью распространения спаечного процесса, причинной патологией, детским возрастом, и требует использования тщательной селекции пациентов для вмешательства.

Цель. Сравнить способы хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости у детей.

Материалы и методы. За период 2000-2018 г.г. на базе ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска находились 183 пациента, перенесших хирургическое лечение СКН. Группу исключения

составили дети с перитонитами и носители венстрикуло-перитонеального шунта. Группы сравнения: I – дети, которым операция выполнена лапаротомным доступом 82(44,8%), II – пациенты, оперированные лапароскопическим способом 101(55,2%).

Результаты: Средний возраст пациентов составил в I группе 6,78 лет, во II – 10,05 лет. Средний срок заболевания с момента появления первых клинических симптомов: I – 9,9, II – 11,64 часов. В обеих группах подавляющее большинство пациентов поступало с поздней СКН: I – 55(67,1%), II – 73(72,3%). Наиболее частой первичной причинной патологией являлся острый деструктивный аппендицит: в I группе – 55(67,1%), во II – 72(71,3%). Критериями селекции в стационаре принято считать расположение рубца, склонность к келлоидообразованию, результаты абдоминального УЗИ, данные анамнеза. В 56% случаев была верифицирована 2 степень распространенности спаечного процесса по классификации О.И. Блинникова (1988). В 41,8% случаев причиной СКН явился штранг. Наиболее часто объем вмешательства был представлен локальным адгезиолизисом и рассечением штранга. В 8,9% нами была предпринята конверсия в виду невозможности выполнения адгезиолизиса (инфильтрат) и по возникшим техническим причинам. Существенные различия были выявлены по числу рецидивов СКН (I – 12,2%, II – 1,0%) и частоте послеоперационных осложнений (I - 14,6%; II - 4,9%).

Вывод. Лапароскопия при СКН отличается высокой эффективностью при соблюдении строгих условий селекции. Немаловажное значение имеет профилактика рецидива и диспансерное наблюдение детей, перенесших вмешательства по поводу СКН.

## **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**

*Султонов Ш.Р., Гуломов Ф.М., Султонов М.С., Гуриев Х.Дж. (Таджикистан, Душанбе)*

Актуальность. Несмотря на современные достижения в абдоминальной хирургии детского возраста, среди большого количества детей оперированных по поводу различных патологий органов брюшной полости, обращает на себя внимание группа пациентов, у которых в послеоперационном периоде развивается картина спаечной болезни. В связи с этим возникает необходимость поиска путей новых методов лечения и профилактики спаечной болезни и ее осложнений у детей.

Материал и методы. За последние 10 лет пролечено 118 больных со спаечной болезнью и спаечной кишечной непроходимостью в возрасте от 1 года до 15 лет. Среди них мальчиков было 77(65,2%), девочек - 41(34,8%). В сроки от 3 до 6 часов обратились 42 (35,6%) больных, от 6 до 12 часов – 53(44,9%), позже 24 часов обратились 23(19,4) больных. Все больные со спаечной болезнью в анамнезе перенесли лапаротомию по поводу различных острых заболеваний органов брюшной полости. В лечении детей со спаечной болезнью и её осложнений использованы различные методы лечения. В случаи спаечной болезни со слабо выраженными клинико-рентгенологическими признаками кишечной непроходимости при поступлении в клинику лечение начали с проведения консервативной терапии.

Результаты и обсуждение. консервативное лечение оказалось эффективным у 27(22,9%) больных, которые в основном обратились до 12 часов от момента появления первых

признаков болезни. Оперативное лечение выполнено 91(77,1%) больному с выраженной клиникой острой спаечной кишечной непроходимости. Оперативное лечение с применением традиционных хирургических методов выполнено 52(57,1%) больным с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН). Лапароскопический метод лечения применен 39(42,9%) больным с ОСКН. Успешное проведение лапароскопического адгезиолизиса с ликвидацией кишечной непроходимости отмечено у 24(61,6%) больных, из них в 3 случаях потребовалась видеоассистенция, с целью формирования лечебных стом. Переход на конверсию отмечен в 15(38,4%) случаях, у которых развитие ОСКН было связано с ранее перенесенным распространенным перитонитом.

Выводы. Таким образом, диагностика и выбор метода лечения ОСКН в определенных ситуациях должен быть индивидуальным с учетом давности заболевания, перенесенной болезни в анамнезе, наличия выраженных клинико-рентгенологических признаков и количества перенесенных операций в брюшной полости. Применение лечебно-диагностической видеолапароскопии является приоритетным методом диагностики, лечения и профилактики спаечной болезни.

## **ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ**

*Султонов Ш.Р., Шарипов Н.Ш., Гуриев Х.Дж., Султонов Х.М. (Таджикистан, Душанбе)*

Актуальность. Эхинококкоз – широко распространенное заболевание во многих странах мира, что связано с большой миграцией людей земного шара в основном среди переселенцев из эндемических зон (Пулатов А.Т. 2004). Несмотря на определенные успехи достигнутые в диагностике и лечения, данная патология представляет серьезную медицинскую и экономическую проблему.

Материалы и методы. За последние 5 лет нами выполнено 18 лапароскопических эхинококкэктомий у детей в возрасте от 4 до 15 лет. По локализации эхинококковые кисты печени отмечены у 14 больных, в большом сальнике - у 2 больных, в придатке левой маточной трубы – у 1 больного и в области дугласового пространства - у 1 больного. Из них у одного больного был отмечен сочетанный эхинококкоз печени и придатка левой маточной трубы. Эхинококковые кисты (ЭК) среднего размера были отмечены у 12 детей, гигантские кисты - у 6 больных. Краевые расположения эхинококковых кист печени отмечены в 8 случаях. У остальных 8 больных кисты были локализованы в паренхиме печени. В области III-IV сегментах печени ЭК отмечены у 4 больных, в IV сегменте - у 5 больных, в V сегменте - у 3 больных, в проекции VI и VII сегментов у 3 больных.

Лапароскопическая эхинококкэктомия выполнялась следующим образом – под контролем камеры обкладывали кисту салфеткой, смоченной 96° этиловым спиртом, и с помощью иглы Вереша выполняли пункцию намеченной ЭК, не вынимая иглу, в полость, соответственно объёму полученной жидкости, вводили 96° этиловый спирт. Затем заново эвакуировали полость хитиновой оболочки и промывали его раствором декасана. После этого с помощью монополярного L-образного электрода осторожно вскрыли фиброзную капсулу и хитиновую оболочку эхинококка, перегрузили в специальный контейнер и эвакуировали. При

центральных расположениях ЭК печени после обработки и ликвидации желчных свищей остаточную полость тампонируют сальником с его фиксацией.

Результаты и обсуждение. Применение эндовидеохирургии при лечении эхинококкоза органов брюшной полости у детей позволило улучшить результаты лечения, сократить сроки пребывания больных в стационаре с хорошим косметическим результатом.

Выводы. Таким образом, применение эндовидеохирургии в лечении эхинококкоза органов брюшной полости следует признать как оптимальный метод лечения, который уменьшает риск спайкообразования, количество интра-и послеоперационных осложнений, наличие операционных и психических травм у детей, а также позволяет избежать проведение широких травматических лапаротомий.

## **ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С IDRF.**

*Талыпов С.Р., Ахаладзе Д.Г., Андреев Е.С., Меркулов Н.Н., Ускова Н.Г., Качанов Д.Ю., Шаманская Т.В. (Москва)*

Видеоэндоскопические операции у детей с локализованными нейрогенными опухолями торако-абдоминального расположения, в настоящее время являются золотым стандартом в детской онкологии. Показание к малоинвазивному вмешательству определяется с учетом хирургических рисков, устанавливаемых при проведении визуализации - МСКТ и МРТ (IDRF).

Цель: Показать возможности малоинвазивной хирургии у детей с нейрогенными опухолями торако-абдоминальной локализации, ассоциированными с факторами риска (IDRF).

Материалы и методы: С июня 2015 по февраль 2019 прооперировано 19 пациентов с нейрогенными опухолями средостения и забрюшинного пространства с выявленными факторами риска (IDRF): опухоли, распространявшиеся на две области тела (A2), вовлекавшие сосуды (C2, D1, E1), инфильтрировавшие реберно-позвоночный переход (D3) и другие структуры (H2, H3, H4). Возраст пациентов варьировал от 3 месяцев до 17 лет ( $\mu=3,4$  г), мальчиков было 7, девочек – 12. Торакоскопия выполнена 16 пациентам, лапароскопия – 3. При вовлечении в опухоль магистральных сосудов проводилась прецизионное их выделение циркулярно на протяжении. В двух случаях было циркулярное обрастание опухолью грудного отдела аорты, при этом у одного пациента была выполнена одномоментно торакоскопия сначала слева с выделением аорты, затем справа, так как опухоль распространялась в оба гемиторакса. Длительность операций составила от 1 ч 50 мин до 5 ч 30 мин ( $\mu=2,3$  ч). Максимальная кровопотеря во время операции - 18% ОЦК ( $\mu=4\%$ ).

Результаты: Интраоперационно было одно осложнение – ранение стенки общей подвздошной вены, что потребовало конверсии и ушивания повреждения дефекта (Clavien-Dindo IIIb). Пациенты в раннем послеоперационном периоде наблюдались в отделении реанимации. Пройодимость сосудов, выделенных интраоперационно из опухоли, контролировалась путем проведения УЗ-доплерографии сразу после завершения операции на операционном столе и в



динамике в первые послеоперационные сутки в условиях ОРИТ, далее по показаниям. Послеоперационные осложнения: хилоторакс (1 пациент), потребовавший консервативного лечения (С-D II), 3 - транзиторное усиление симптома Бернара-Горнера (С-D I).

Выводы: С накоплением опыта проведения обширных циторедуктивных операций, в том числе малоинвазивных, расширяются возможности проведения оперативных вмешательств, в том числе с макроскопически полным удалением опухоли. Эти возможности зависят от оснащённости клиники и опыта ведения подобных пациентов на уровне мультидисциплинарного взаимодействия.

## **ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ**

*Тен Ю.В., Елькова Д.А. (Барнаул)*

Актуальность: ранняя диагностика врожденной патологии влагалищного отростка брюшины и своевременное направление детей с паховыми грыжами в специализированный хирургический стационар позволяют снизить количество осложнений заболевания и минимизировать время оперативного вмешательства, а также количество послеоперационных осложнений.

Цель: систематизировать принципы диагностики и дифференциальной диагностики врожденных паховых грыж, подходы к выбору оперативного лечения врожденных паховых грыж.

Материалы и методы: выполнен ретроспективный анализ 2000 листов диспансеризации детей с выявленными патологиями влагалищного отростка: врожденными водянками яичек и паховыми грыжами, проведён сравнительный анализ по результатам лечения в стационаре. Также проведён ретроспективный анализ 710 историй болезни пациентов клиники детской хирургии г. Барнаула с врожденными паховыми грыжами за период 2013-2018гг.

Результаты. 3 ребёнка к моменту оперативного лечения достигли возраста 2-х лет и перенесли ущемление врожденных паховых грыж, так как был выставлен диагноз водянки оболочек яичка, велась выжидательная тактика. 560 детей с паховой грыжей пролечено открытым методом. В основу традиционного грыжесечения положена методика В. Дюамеля в модификации авторов. Выделение вагинального отростка брюшины происходило без вскрытия пахового канала, крайне редко требовалась пластика стенок пахового канала. 150 оперативных вмешательств выполнено при помощи эндоскопического преперитонеального лигирования вагинального отростка. Применялась стандартная методика SEAL, внедрённая Harrison и подразумевающая преперитонеальное проведение и подкожное завязывание проленовой нити вокруг внутреннего пахового кольца через просвет иглы Туохи, введённой чрескожно над элементами семенного канатика или круглой связки матки.

Выводы. Дифференциальная диагностика патологий влагалищного отростка брюшины позволяет своевременно выявить и отправить на лечение детей с врожденной паховой грыжей. Эндоскопическое преперитонеальное лигирование вагинального отростка предпочтительнее у детей до 3 лет, при двухсторонней паховой грыже, при сочетании

паховой и пупочной грыж, в случаях ущемленных грыж. Открытый традиционный способ лечения врожденных паховых грыж в авторской модификации позволяет снизить время на операцию и количество послеоперационных осложнений.

## **ВРОЖДЕННЫЙ ГИДРОНЕФРОЗ: ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ**

*Тен Ю.В., Тен К.Ю., Решетников А.Г. (Баранул)*

Цель: выявить особенности тактики лечения и проанализировать методы оперативных вмешательств при врожденном гидронефрозе у детей.

Материалы и методы: на базе КГБУЗ АККДБ с 2013г по 2019г находилось 149 ребенка от 2 месяцев до 17 лет с диагнозом врожденный гидронефроз.

Результаты: У мальчиков врожденный гидронефроз встречается чаще, чем у девочек (, 40% - женский пол). Чаще гидронефроз встречается слева (61% - слева, 36% - справа, 3% - двусторонний). Чаще всего встречались дети в возрасте от 1 года до 7 лет (62%).

104 пациентам (70%) произведена открытая пластика пиелoureтерального сегмента по Хайнес-Андерсен-Кучера, 33 пациентов (22%) – эндовидеохирургическая операция по Хайнес-Андерсен-Кучера, 11 пациентам (7%) произведена нефруретерэктомия, вследствие афункции почки и 1 пациенту (1%) - уретеролиз

Выводы: эндовидеохирургическая операция по Хайнес-Андерсен-Кучера отличается меньшей травматизацией. При увеличении времени операции в полтора раза, однако время пребывания больных в стационаре уменьшается практически в два раза.

## **ИСХОДЫ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ**

*Терехина М.И., Барская М.А., Кузьмин А.И., Мунин А.Г., Маркова М.Н. (Самара)*

Одной из актуальных проблем хирургии детского возраста остается вопрос своевременной диагностики и лечения нагноительных заболеваний легких и плевры.

Проанализированы результаты лечения 214 детей с различными формами острой гнойной деструктивной пневмонии (ОГДП), находившихся в детском гнойном хирургическом отделении ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина в 2015-2017 гг.

Абсолютное большинство составляли дети в возрасте до 6 лет - 140 человек (65,4%). Наиболее часто патологический процесс в легких локализовался справа - у 118 детей (56%). Преобладали легочно-плевральные формы - в 130 случаях (60,7%). Микробиологическому исследованию подвергались полученная при пункции плевральная жидкость, промывные воды бронхов, кровь. Среди верифицированных возбудителей преобладали микроорганизмы рода *Streptococcus* (65,4%), *Staphylococcus* (21%) и *Pseudomonas* (5,6%). Тактику лечения определяли по результатам физикальных, лабораторных и инструментальных (рентгенография и КТ органов грудной клетки; УЗИ плевральных полостей) методов исследования. Пункционный метод лечения применен у 62 детей (28,9%) с плевритом и пиотораксом. Дренирование плевральной полости выполнено 32 пациентам (14,9%) с пиотораксом, пневмотораксом и пиопневмотораксом. Торакоскопическая санация

плевральной полости выполнена 14 детям (6,5%) с фибринозно-гнойным характером экссудата. Санационная фибробронхоскопия была проведена 167 детям (77%). У всех пациентов лечение было комплексным с назначением инфузионной, антибактериальной дезэскалационной, патогенетической и симптоматической терапии. С хорошими результатами выписано 146 детей (68,2%). Удовлетворительные результаты отмечены у 68 детей (31,8%): постпневмонические кисты - 24 ребенка (11,2%), остаточные полости - 14 детей (6,6%), фибриноторакс - 30 детей (14%). Летальных случаев не было. 96 детей (44,4%) переведены после выписки в местный санаторий пульмонологического профиля для восстановительного лечения. Остальные пациенты выписаны на диспансерное наблюдение в поликлиниках по месту жительства. Все дети, выписанные с удовлетворительным результатом, наблюдались в нашем детском хирургическом отделении до 8 мес.

Таким образом, ОГДП - тяжелая патология, чаще встречающаяся у детей раннего возраста. Для достижения наилучших результатов в лечении деструктивных пневмоний у детей важна своевременная их диагностика и рациональное лечение, а также обязательное диспансерное наблюдение после выписки из стационара.

## **ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕНИ**

*Терещенко О.А., Тараканов В.А., Мазурова И.Г. (Краснодар)*

Актуальность: отмечается тенденция к увеличению числа осложнений ЯБ у детей

Материал и методы: До 8 % больных имеют осложненное течение ЯБ желудка и ДПК. С мая 2009 по май 2019 года в хирургические отделения ДККБ г. Краснодара поступило 8 детей с подозрением на язвенную болезнь желудка и ДПК. Возраст пациентов от 2 до 17 лет. Мальчиков 7 чел, девочка одна. 3 мальчика возраст от 2 до 2 лет и 7 мес. 5 человек от 16 лет 8 мес до 17 лет 11 мес – 4 мальчика, 1 девочка. Всем детям проводилось обшкелническое обследование, обзорная R-графия органов брюшной полости вертикально, ФГДС по показаниям. У детей младшей возрастной группы заболевание начиналось с инфекционного начала. Поступали с клиникой ЖК кровотечения. На ЭФГДС выявлены язвы луковицы ДПК (от 1 до 3). Двое пролечены консервативно. 1 ребенок 2 года 7 мес поступил с клиникой перитонита и свободным газом на обзорной рентгенограмме. После кратковременной предоперационной последнему выполнено оперативное лечение. В старшей возрастной группе дети все имели в анамнезе хронический гастрит или гастродуоденит. Один поступил из района, где был прооперирован по поводу перфоративной язвы луковицы ДПК в связи с выраженным парезом кишечника в после операционном периоде. Двое юношей поступили с жалобами на черный стул в течение нескольких дней, боли в эпигастрии и рвоту «кофейной гущей». На эндоскопии язвы луковицы 12 ПК, осложненные кровотечением. Пролечены консервативно. Двое поступали с диагнозом: острый аппендицит? Язва желудка, ДПК? Перфорация? Перитонит. На обзорных рентгенограммах брюшной полости выполненных вертикально при поступлении свободного газа не определялось. После эндоскопии в брюшной полости определялся свободный газ. Пациентке начали с лапароскопии, на которой был обнаружен инфильтрат включающий желудок, сальник поперечно-ободочную кишку и долю печени. После этого конверсия на верхне-срединную лапаротомию. Другому сразу выполнена верхне-срединная лапаротомия. В дальнейшем ход операций одинаковый-

ушивание язвы 2х рядным швом, перитонизация прядью сальника, дренировании подпеченного пространства и малого таза. Дренажи удалены на 5-6 сутки.

Результаты: все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы: 1. При своевременной диагностике прогноз лечения благоприятный. 2. У детей младшей возрастной группы язвенная болезнь возникает на фоне инфекции, в том числе кишечной. 3. Особую трудность диагностики составляют прикрытые перфорации.

## **ГАСТРОСТОМИЯ У ДЕТЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

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

Актуальность: Безопасное кормление остается актуальным вопросом лечения, реабилитации и социализации детей с патологией ЦНС.

Цель: Представить подход к стомированию детей в состоянии сниженного сознания, как одного из этапов хирургической реабилитации.

Материалы и методы: В исследование вошло 206 детей с патологией ЦНС, которым проведена операция гастростомии в НИИ НДХиТ с 2011 года. Мальчики составили 62,1%, девочки – 37,9%. Средний возраст детей --  $8,9 \pm 5,6$  лет. Показанием к гастростомии были: последствия ТЧМТ в 34,9%; органическое поражение ЦНС в 21,4%; ТЧМТ в 20,9%; ДЦП в 14,1%; ОНМК в 2,9%; нейроонкология в 2,4%; позвоночно-спинномозговая травма в 1,9% и тяжелая травма лицевого скелета в 1,5%. Гастростомию в 100% случаев выполняли с использованием готовых наборов малоинвазивными пункционными методиками под контролем ЭГДС.

Результаты: Решение о наложении гастростомы принимает мультидисциплинарная бригада. Основное показание – безопасное кормление в условиях сниженного сознания, глоточного и кашлевого рефлексов, а также зондовое кормление более 1 месяца. Ранняя гастростомия показана при эрозивно-язвенном эзофагите.

В 69,7% случаев накладывали гастростому по методике PEG, в 30,3% первично устанавливали низкопрофильную гастростому накожного уровня с использованием набора интродюсеров SAF-T-PEXY. Смена первичных гастростом на баллонные накожного уровня произведена 41 ребенку через 1-1,5 месяца под контролем ЭГДС. Средняя длительность операции при использовании PEG составила  $4,2 \pm 2,0$  против  $10,5 \pm 5,2$  мин.

В остром периоде ТЧМТ и ОНМК считаем целесообразным использование методики PEG. В гастростомии нуждались 22,6% пациентов от всех детей с ТЧМТ. При тяжелой степени дисфагии у пациентов паллиативного профиля отдаем предпочтение баллонной гастростоме накожного уровня. Методику PEG в этой группе следует использовать при наличии у ребенка деформаций скелета. С осторожностью нужно относиться к решению вопроса о гастростомии у детей с выраженной спастикой и судорогами.

Удаление гастростомы производим после полного восстановления глоточного и кашлевого рефлексов и возможности съесть через рот весь суточный объем кормления.

Абсолютных противопоказаний к малоинвазивным методикам нет.

Заключение: Пункционная гастростомия является важным этапом хирургической реабилитации больных в состоянии сниженного сознания. Своевременная установка гастростомы позволяет обеспечить безопасное восстановление больного и адаптацию в социуме, обеспечивая адекватное долгосрочное кормление.

## **ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ДИАФРАГМЫ ПЛАСТИНОЙ «КСЕНОПЕРИКАРД» ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ**

*Топилин О.Г., Куркин А.П., Куренков И.В., Манукян С.Р. (Москва)*

Актуальность: В настоящее время в лечении диафрагмальных грыж (ДГ) у детей удается достичь хороших результатов. В большинстве случаев дефект диафрагмы удается устранить, используя местные ткани. Однако в 10-30% пластика местными тканями невозможна или происходит с выраженным натяжением. Решением этой проблемы является использование протезов, либо пластика аутотрансплантатами. На сегодняшний день не существует идеального пластического материала и возникает ряд сложностей при их применении.

По литературным данным частота рецидивов без протезирования диафрагмы достигает 40%, а при использовании существующих методов протезирования до 25%. Авторами в данной работе представлен успешный опыт применения пластины «Ксеноперикард» для пластики диафрагмы у детей с ДГ.

Материалы и методы: С 2014 года в двух Московских клиниках (МДГКБ и ДГКБ св. Владимира) у 16 детей с различными формами диафрагмальных грыж протезирована диафрагма пластиной «ксеноперикард». На операции в случае выявления обширного дефекта диафрагмы или выраженного натяжения при попытке первичной пластики местными тканями, протезирование проводилось «ксеноперикардом». Возраст пациентов варьировал от 2 дней до 17 лет, из них 8 пациентов – новорожденные. Торакоскопическим доступом оперировано 13 детей. Торакотомия выполнена у трех детей. Техника торакоскопической операции при врожденных грыжах не отличается от общепринятой при ДГ. Пластина ксеноперикарда моделируется внутривнутриплеврально и фиксируется к мышечной части диафрагмы и нижним ребрам. При открытых операциях торакотомия производится в 7 межреберье, ксеноперикард вшивается аналогичным способом.

Результаты и обсуждение: У всех оперированных детей удалость восстановить целостность диафрагмы. Длительность операций в среднем составила 60 мин ± 20 мин. Конверсии не потребовалось. Летальных исходов не было. В группе новорожденных у 2 детей отмечался гидроторакс, что потребовало более продолжительного дренирования плевральной полости. У детей старшего возраста ранних послеоперационных осложнений не было. Осложнений в отдаленном послеоперационном периоде не наблюдалось.

Выводы. «Ксеноперикард» обладает рядом преимуществ и является хорошей альтернативой дорогостоящим имплантатам. Мы не наблюдали отторжения ксеноперикарда, отмечали хорошую переносимость процедуры и отдаленные послеоперационные результаты.

## **ХИРУРГИЯ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ**

*Тупоногов С.Н., Огнёв С.И., Чванова А.В., Орлов О.Г., Казанцев К.Б. (Екатеринбург)*

Актуальность: повсеместное распространение сонографического скрининга в детском возрасте, определяют раннюю диагностику опухолевого процесса в печени, в купе с современными подходами в химиотерапии, диктует радикальность оперативного лечения.



Материалы и методы: с 1995 по 2018 гг. в клинике детской хирургии с опухолью печени оперативно пролечен 41 ребенок. В гендерном аспекте 23(56,1%) девочки и 18(43,9%) мальчиков. Распределение по возрасту: от 0 до 1 года 5(12,1%) детей, от 1 года до 3 лет 9(21,9%) детей, от 3 до 7 лет 12(29,2%) детей, от 7 до 10 лет 2(4,8%) ребенка, от 10 до 15 лет 10(24,3%) детей, старше 15 лет 3(7,3%) пациента. Диагностика основана на лучевых методах исследования, гистологии, лабораторных, в частности онкомаркерах.

Результаты и обсуждения: после этапа программной химиотерапии по протоколу SIOPEL, в зависимости от морфологии, выполнялось оперативное лечение. У детей от 6 месяцев до 5 лет согласно протокола, при высоком уровне альфа-фетопротейна и ХГЧ, биопсия не проводилась. Всего выполнено 53 операции. Объем резекции определялся распространенностью опухолевого процесса. Сегментарная резекция - 8 случаев, бисегментарная - 5, типичная правосторонняя или левосторонняя резекция — 12, расширенная резекция — 7, биопсия - 18, с использованием АИК 1 случай, релапаротомия и герметизация швов 1 случай. В ранние и отдаленные сроки погибло 13 детей. 10 детей с 4-й стадией опухолевого процесса. Пятилетняя выживаемость 68,2%. По результатам морфологии 32 (78%) ребенка оперированы со злокачественным процессом, 8(19,5%) пациентов с доброкачественным процессом, в одном случае выявлен альвеококкоз (2,5%). Ряд оперативных вмешательств выполнено мультидисциплинарно в виду распространенности опухолевого процесса. Осложнения: неуправляемые кровотечения 3 случая, в силу различных причин, закончившиеся летальным исходом на операционном столе.

Выводы и рекомендации: сонографический скрининг значительно увеличил выявляемость опухолевого процесса в ранние сроки; ранняя диагностика определяет успех оперативного лечения; мультидисциплинарный подход в хирургическом лечении опухоли печени, дает возможность радикализма в случаях ранее считавшимися не операбельными, у детей с распространенным опухолевым тромбом в нижнюю полую вену и до правого предсердия.

## **ЭФФЕКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КОНТУЗИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ КИШЕЧНИКА С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА КОРОТКОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ**

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

Введение. В структуре тяжелой сочетанной травмы (ТСТ) у пассажиров автомобиля при ДТП часто преобладают абдоминальные повреждения за счет высокоэнергетического контузионного воздействия ремня безопасности. Для них в посттравматическом периоде характерно увеличение объема поврежденных зон, что приводит к ухудшению состояния, вплоть до критического. Подобный механизм при травмах кишечника требует обширных резекций и повышает риск синдрома короткой кишки (СКК), который удается снизить при правильном выборе хирургической тактики.

Цель: демонстрация варианта эффективного хирургического лечения при реализации контузионного механизма абдоминальной травмы у ребенка с ТСТ.

Материалы и методы. Девочка 12 лет, пострадавшая в ДТП (пассажир, пристегнута), была переведена в НИИ НДХиТ из первичного стационара (ЛПУ1) на 5сут. после травмы. В структуре ТСТ (ISS=38) преобладали отсроченные абдоминальные повреждения с множественными нарушениями целостности кишки.

Результаты: Указанные повреждения спровоцировали продолженный перитонит, по поводу чего на 4сут. в ЛПУ1 выполнили ревизию брюшной полости с резекцией поврежденных участков тонкой кишки и выведением множественных стом, в том числе "двустволки" для сохранения 40см отключенной петли. Одномоментная санация в условиях формирования отсроченных некрозов кишки была неэффективна, и с 7сут. мы применяли метод открытого ведения с вакуум-дренированием, этапными ревизиями и экономными резекциями нежизнеспособных фрагментов. Вакуум-система дала преимущество в лечении множественных размозженных ран брюшной стенки. Через 1мес. после окончательной санации брюшная полость и раневые дефекты закрыты местными тканями; сохранено 160см тонкой кишки.

Значимые водно-электролитные потери по еюностоме, нутритивная недостаточность и рецидивирующая флегмона забрюшинного пространства на фоне внутреннего кишечного свища обусловили необходимость ранней реконструктивной операции. Выполненная через 5мес. после травмы реконструкция даже в условиях выраженного спаечного процесса позволила полностью восстановить целостность и функцию 120см тонкой кишки. 3-летний катамнез демонстрирует высокое качество жизни ребенка, отсутствие СКК и иных инвалидизирующих последствий травмы.

Выводы: Открытое ведение брюшной полости с вакуум-дренированием основано на понимании патогенеза отсроченных повреждений при контузии тканей. Тактика эффективна и воспроизводима при аналогичных травмах у детей, а щадящий этапный подход к резекциям кишки позволяет избежать СКК.

## **ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НЕОНАТОЛОГА**

*Фахуртдинова Л.Г., Шустров В.А., Мунин А.Г., Солянова А.Л., Каганова М.А., Терехина М.И. (Самара)*

В ходе ежедневной практической работы мы наблюдаем, что клинически здоровые новорожденные, выписанные из родильных отделений на 3-5 сутки жизни, реализуют локализованные гнойно-воспалительные заболевания в возрасте от 6 суток до 1месяца 10 дней и требуют незамедлительной госпитализации.

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 75 новорожденных с локализованными гнойно-воспалительными заболеваниями, получавших лечение в отделении патологии новорожденных "СОКБ им. В.Д. Середавина" в 2018г.

Все дети были выписаны из роддома на 3-5 сутки жизни без проявлений локальных гнойно-воспалительных заболеваний, поступали по экстренным показаниям по направлению с поликлиники, либо самотекком в приемное отделение.

Из пролеченных 75 новорожденных с гнойно-воспалительными заболеваниями различных локализаций хирургическое лечение применялось у 21 ребенка (28%). В структуре заболеваний преобладают гнойные омфалиты - 38 детей (50.6%), из них у двоих детей имелась гранулема пупочной ранки (проводилось оперативное лечение); у 1 ребенка диагностирован поздний неонатальный сепсис: гнойный омфалит, тромбоз пупочной вены, флегмона передней брюшной стенки; у 1 ребенка имелся абсцесс пупочной области. На втором месте по встречаемости пиодермии - 11 случаев (14.6%), из них везикулопустулез (стафилококковый перипорит) - 4 случая, пузырчатка (пемфигус) диагностирована у 7 новорожденных, абсцессы различных локализаций - у 8 детей (10.6%), парапроктиты - 5 новорожденных (6.6%). Флегмоны различных областей встречались у 4 детей (5.3% от всех случаев), остеомиелит у 4 новорожденных (5.3%), артрит - 2 (2.6%), криптит - 2 (2.6%), гнойный мастит с оперативным лечением 1 (1.3%), эпителиально-копчиковая киста с оперативным лечением - 1 случай (1.3%), панариций и паронихии встречались как изолировано, так и в сочетании с ГВЗ других локализаций. Сочетание ГВЗ нескольких локализаций - 16 случаев (20.5%). Летальных случаев от ГВЗ в 2018г. не было.

При микробиологическом исследовании отделяемого из очагов преимущественно высеивался *Staphylococcus aureus*. Все новорожденные получали эмпирическую антибактериальную терапию с последующей коррекцией по антибиотикограмме.

При развитии локальной гнойной инфекции необходима своевременная консультация хирурга. Лечение локальной гнойной инфекции требует мультидисциплинарного подхода с участием хирурга и неонатолога.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ**

*Федулов А.В., Сигачев А.В., Филюшкин Ю.Н., Елин Л.М. (Москва)*

Актуальность. По данным литературы заболеваемость эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) в общей популяции составляет 26 на 100000 человек, с пиком, приходящимся на наиболее трудоспособный возраст, 15-30 лет. Соотношение мужчин к женщинам 3:1. Несмотря на большое количество исследований, посвященных лечению данной патологии, послеоперационные осложнения встречаются в 2,5% - 53%, а рецидивы заболевания в 2-40% случаев.

Материалы и методы. С 2013 по 2018 года в отделении детской хирургии МОНКИ было прооперировано 37 пациентов с эпителиальными копчиковыми ходами. Все пациенты были госпитализированы в плановом порядке, двое из них повторно. В большинстве случаев пациентам первоначально производилось вскрытие и дренирование ЭКХ в фазе абсцедирования, в поликлинике по месту жительства. План обследования включал рентгенографию крестцово-копчикового отдела, фистулографию и УЗИ крестцово-копчиковой области для исключения пресакральных кист и образований. После подтверждения диагноза и уточнения локализации и протяженности ходов выполнялось иссечение ЭКХ с ушиванием раны наглухо. Интраоперационно производилось окрашивание ходов раствором бриллиантовой зелени. Операционный материал отправлялся на гистологическое исследование. Швы снимались на 14 сутки.

Результаты и обсуждение. В 30 (81%) случаях имелись только свищевые ходы, в 3 (0,8%) пилонидальная киста и в 4 (1%) сочетание ходов с кистой. После иссечения ЭКХ с ушиванием раны наглухо прорезывания швов и нагноение раны наблюдалось у 4 (10%) пациентов, после проведения консервативных мероприятий раны зажили вторичным натяжением. Рецидив ЭКХ возник у 2 (5%) пациентов, им в дальнейшем выполнялась повторная операция с резекцией копчика с положительным результатом.

Выводы. Тщательно выверенный комплекс предоперационного обследования для правильного выбора вида оперативного вмешательства и совершенствование хирургической техники, позволяют добиться хороших результатов в лечении ЭКХ при разных формах данного заболевания.

## **КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ДРЕНИРОВАНИЯ ПОЧКИ В ЛЕЧЕНИИ ГИДРОНЕФРОЗА**

*Филатов А.И., Филатов И.А., Павлова О.С., Мехренин Т.Г. (Челябинск)*

Актуальность: Метод дренирования мочевых путей при операции по поводу гидронефроза остается неоднозначным. Сторонников внешнего дренирования становится всё меньше, так как малоинвазивные способы операции и использование современных материалов позволяют заканчивать операцию внутренним стентированием мочеточника или без дренирования.

Материалы и методы: За 5 лет из 235 больных операция по поводу гидронефроза II-III степени выполнена 194 пациентам.

Результаты: По видам операции представлены: геминефрэктомия при удвоении и терминальном гидронефрозе сегмента 13 пациентов, нефрэктомия – 13 пациентам. Пластика лоханки и мочеточника (резекционная пиелопластика) по Андерсону-Хайнсу выполнена 160 (82%). Из них 13 выполнен антевазальный уретеропиелоанастомоз. Антевазальный пиелопиелоанастомоз – 8 (4%). Пластика по Кюстнеру выполнена 2 (1%) больным. Уретеролиз выполнен 1(0,5%) больному. По методам дренирования почки: временная чрескожная нефростомия выполнена 7 младенцам, с последующей пластикой лоханки и мочеточника через 1-2 месяца. Интраоперационная пиелостомия выполнена 68 больным, нефростомия – 12. Внешнее стентирование – 12, внутреннее стентирование – 37, бездренажная операция – 32. При пластике лоханки и мочеточника соблюдалось щадящее выделение зоны резекции - *in situ*, использовались рассасывающие узловые и непрерывные швы викрил или ПДС 5-0 или 6-0 в зависимости от возраста. Резекция в/3 мочеточника могла достигать 3-4 см для достижения достаточного диаметра и с целью профилактики девиаций мочеточника. Резекция лоханки была только при ее выраженной атонии с целью профилактики образования «шпоры» в области анастомоза. В ходе анализа операционных протоколов критериями выбора вида операции и способа дренирования мочевых путей были: широкий мочеточник, 6-8 мм в диаметре и типичная резекционная пластика позволили закончить операцию у 32 больных бездренажно. Первичная пластика с наличием признаков гипоплазии мочеточника позволили использовать внутреннее стентирование. Атония лоханки и воспалительные ее изменения стенок предполагали использование внешних дренажей – пиелонефростомии и внешних стентов

Вывод: Таким образом, резекционная пиелопластика по Хайнсу-Андерсону является операцией самой оптимальной. Способ дренирования мочевых путей должен выбираться индивидуально, зависит от правильного понимания интраоперационных находок, а также от возможностей техники и опыта хирурга.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПЛАСТИКИ ЛОХАНКИ И МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ**

*Филатов А.И., Филатов И.А., Павлова О.С., Мехренин Т.Г. (Челябинск)*

У детей, особенно у младенцев, эффективность операции резекционной пиелопластики по Хайнсу-Андерсону «открытым» доступом 98,5% (К.У.Ашкрафт, Т.М.Холдер, 1997). Эффективность эндоскопических (трансабдоминальных и ретроперитонеоскопических) методов после периода освоения также высока. Принцип техники при любом доступе у детей на пиелоуретеральном сегменте остается прежним - резекционный. Баллонные дилатации ПУС или эндомиотомии у детей вызывают скептическое отношение, так как обструкция ПУС у детей носит врожденный характер, вследствие дисплазии.

Нами проанализированы 335 случаев госпитализации 235 пациентов с диагнозом гидронефроз. Мальчиков было 66%, девочек 34%.

Из 235 больных операция по поводу гидронефроза II-III степени выполнена 194 пациентам. Терминальные изменения почки даже после временного дренирования заставили выполнить 13 нефрэктомий и 13 геминефрэктомий. Операция по Хайнсу-Андерсону выполнена 160 (82%). Пластика по Кюстнеру - 2 (1%) больным. Уретеролиз - 1(0,5%) больному.

У 7 младенцев после временного наложения чрескожной нефростомы функция почки улучшилась, что позволило выполнить открытую операцию.

Эффективность операции оценивалась в разные периоды (от 1 месяца до 1-2 лет), и зависела от дооперационного состояния функции почки и степени расширения чашечно-лоханочной системы. В раннем периоде восстановление эвакуации мочи по анастомозу считали следующие признаки: 1. Отсутствие или малое количество остаточной мочи после удаления внешнего мочевого дренажа и быстрое закрытие свища. 2. Быстрая ликвидация инфекции мочевых путей, 3. Уменьшение или отсутствия нарастания расширения мочевых путей после удаления мочевого дренажа или стента. 4. Отсутствие обострений пиелонефрита.

Оценка эффективности операции в отдаленном периоде основывалась в основном на степени улучшения функции почки на фоне уменьшения ретенции мочевых путей. В случае дооперационных рубцовых изменениях форникальных структур, выраженном гидрокаликозе думать о регрессе гидронефроза после операции не приходится. Однако, даже в сохранении выраженности гидронефроза, показаний для повторной пластики не выставляли. Против повторной операции мы считали отсутствие инфекции мочевых путей, стабильность нарушенной функции и не нарастания расширения мочевых путей. Только у 3 (1,8%) детей выполнили повторную операцию резекцию ПУС с хорошим результатом.



Вывод: Мы считаем, что повторная пластика ПУС показана только при ухудшении функции почки и нарастание расширения мочевых путей.

## **КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРОСТЫХ БЕССИМПТОМНЫХ КИСТ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ**

*Хаертдинов Э.И., Акрамов Н.Р., Байбиков Р.С., Закиров А.К. (Казань)*

На сегодняшний день нет четких показаний к оперативному лечению простых бессимптомных кист почек у детей. Основными критериями считаются размер от 2 – 3 см и их быстрый рост. Учитывая литературные данные, до 95% кист почек имеют интенсивный рост в первые два года после выявления и увеличиваются в среднем на 4%.

Мы наблюдали 145 пациентов с простыми бессимптомными кистами почек. В процессе наблюдения детей анализировались рост, появление и/или исчезновение кист, изменение размеров кист по отношению к размерам почки. Данное соотношение было обозначено как коэффициент роста кисты (КПК) почки. С целью определения наиболее простого и эффективного способа расчета было изучено соотношение объема, площади и длины кисты к соответствующим параметрам почки с промежутком в проведении ультразвукового исследования через 12 и 24 месяцев от даты выявления кисты. Мы разработали и использовали следующие формулы:  $KPKV = [(LK2 \times BK2 \times CK2) / (LR2 \times BR2 \times CR2) - (LK1 \times BK1 \times CK1) / (LR1 \times BR1 \times CR1)] \times 100\%$ ;  $KPKS = [(LK2 \times BK2) / (LR2 \times BR2) - (LK1 \times BK1) / (LR1 \times BR1)] \times 100\%$ ;  $KPKL = [LK2 / LR2 - LK1 / LR1] \times 100\%$ , где КПКV – коэффициент роста кисты по объему; КПКS – коэффициент роста кисты по площади; КПКL – коэффициент роста кисты по длине; LK – размер кисты в длину; BK – размер кисты в ширину; CK – размер кисты в глубину; LR – размер почки в длину; BR – размер почки в ширину; CR – размер почки в толщину; 1 – исходные показатели; 2 – показатели через 12 или 24 месяца после получения исходных.

После обработки данных лучевых методов обследования пациентов в динамике, было выявлено, что различия между формулами статистически недостоверны. Таким образом, показатели КПК идентичны при использовании соотношения объема, площади и длины кисты. Поэтому нами определено, что наиболее простым и эффективным способом расчета КПК почки является его оценка по длине и целесообразным считаем использование формулы:  $KPKL = [LK2 / LR2 - LK1 / LR1] \times 100\%$ .

С учетом полученных результатов в процессе проведения диагностических исследований изучаемые пациенты разделены на подгруппы с интенсивным ростом кисты почки, где  $KPK \geq 5\%$  в течение двух лет наблюдения и медленным ростом кисты – с  $KPK < 5\%$ . Рентгеновская компьютерная томография служила методом дифференциальной диагностики и являлась определяющим методом в определении показаний для хирургического лечения.

Таким образом, критериями к определению показаний к оперативному лечению является не размер, а  $KPK \geq 5\%$ , наличие или присоединение осложнений, а также кисты, более 30% площади почки.

## **РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ**

*Халимов Э.Р., Николаева И.Е., Бузаев И.В., Дмитриев И.В. (Уфа)*

Актуальность: Варикоцеле - расширение вен семенного канатика, наибольшая частота приходится на период полового созревания 13-16-летний возраст до 18%. У детей до 10 лет варикоцеле встречается гораздо реже до 4% случаев.

Цель: Оценка эффективности эндоваскулярного лечения варикоцеле эмболизационными спиралями.

Материалы и методы: За период с 2016 по 2019 год в нашем отделении эндоваскулярно прооперировано 14 детей с левосторонним варикоцеле, возрастом от 5 до 18 лет. Средний возраст 15,5 лет. Диагностика до госпитализации включала обследование пациента, ультразвуковое исследование. Мы используем метод эмболизации спиралями Gianturco фирмы СООК с учетом преимуществ: простота использования, низкая частота рецидивов и осложнений. Существуют несколько методов катетеризации: пункционная катетеризация бедренной вены, подключичной вены по Иоффе или яремной вены под контролем УЗИ. Далее, через интродьюсер проводится катетер в яичковую вену, после чего производится эмболизация всей вены (от уровня паховой связки до уровня впадения в почечную вену) спиралями Gianturco. Финальный этап - контрольная флебография, удаление катетера и интродьюсера, гемостаз.

Результаты: УЗДГ через 2 месяца у всех пациентов после эмболизации не показало повторного расширения вен семенного канатика. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. Также, мы располагаем опытом нескольких случаев рецидива путем образования коллатералей после ранее проведенного лигирования. Мы рекомендуем использовать именно эндоваскулярный метод лечения варикоцеле.

Выводы: Очень низкая частота рецидива в сравнении со склерозированием и лигированием.

Эмболизация спиралями является высокоэффективным и безопасным методом лечения.

## **ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В КРИТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ.**

*Харитонов А.Ю., Карасева О.В., Капустин В.А., Горелик А.Л., Шавров А.А., Леонов Д.И. (Москва)*

Актуальность: тяжелая механическая травма (ТМТ) относится к видам детского травматизма с высокой летальностью. Одной из причин фатальных исходов являются кровотечения из острых язв желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые не только несут прямую угрозу жизни в результате кровопотери, но и являются факторами вторичного повреждения других органов и систем.

Цель: Разработать протокол эндоскопического мониторинга верхних отделов ЖКТ в критическом периоде тяжелой механической травмы у детей.

Материалы и методы: Обследовано 154 ребенка в возрасте от 0 до 18 лет. Тяжесть повреждений оценивали по шкале ISS. Среднее значение - 27,9+9,6 баллов. Эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) с осмотром начальных отделов тощей кишки выполняли на 7-10 сут. посттравматического периода. Детям с тяжелой позвоночно-спинномозговой травмой ЭГДС проводили на 1-2 сут. Оценивали: наличие патологических примесей, состояние слизистой оболочки, перистальтическую активность.

Полученные результаты: Эрозивно-язвенные поражения, осложнившиеся кровотечением, диагностированы в 15,7% случаев. У 75,6% детей кровотечения были сопряжены с развитием коагулопатии, причем у 19% пациентов эпизоды кровотечения были диагностированы непосредственно во время сеанса экстракорпоральной детоксикации. При диагностике кровотечений проводили комбинированный эндоскопический гемостаз, усиливали медикаментозную антисекреторную терапию.

Детализация структуры ведущего повреждения показала преобладание черепно-мозговой и абдоминальной травм - 43% и 38% соответственно.

Выводы: Для критического периода ТМТ характерны деструктивные изменения верхних отделов ЖКТ, осложняющиеся кровотечением, что определяет обязательное плановое проведение эзофагогастродуоденоскопии в период первичной адаптации (1-3 сутки) и в динамике (5-7 и 12-14 сутки), до выхода пациента в период клинической стабилизации.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ**

*Харитонова А.Ю., Шишин К.В., Карасева О.В., Шавров А.А., Капустин В.А., Багаев В.Г. (Москва)*

Актуальность: Ахалазия кардии - редкое идиопатическое нервно-мышечное заболевание с потерей способности кардии к расслаблению в ответ на акт глотания в сочетании с прогрессирующей атонией пищевода. Проявляется прогрессирующей дисфагией, регургитацией, потерей веса. Ведет к развитию склероза кардии с декомпенсированным расширением и S-образной деформацией просвета пищевода. Значительно ухудшает качество жизни и ведет к необходимости выполнения хирургического лечения.

Цель: демонстрация редкого клинического наблюдения эндоскопического лечения ахалазии кардии у ребенка 6 лет.

Материалы и методы: Девочка 6-ти лет находилась на лечении в НИИ НДХиТ с прогрессирующей дисфагией при приеме твердой и жидкой пищи, регургитацией, особенно в ночное время суток. Для верификации диагноза и определения объема оперативного вмешательства выполнены: эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), рентгенография пищевода с контрастом, МРТ органов средостения.

Полученные результаты: Была диагностирована ахалазия кардии 3 ст. 1 тип. Выполнена стандартная пероральная эндоскопическая миотомия (ПОЭМ) с формированием подслизистого тоннеля по задней стенке с с/3 пищевода переходящего на кардиальный

сфинктер и захватывающего 2-3 см. кардиального отдела желудка, поэтапной миотомией с пересечением циркулярных волокон внутреннего слоя пищевода, кардии и кардиального отдела желудка и клипированием входа в тоннель. Ранний послеоперационный периода гладкий, без осложнений. На следующие сутки после операции выполнен рентген-контроль с контрастом, разрешено употреблять протертую пищу. Выписана домой на 3 сутки. При катамнестическом обследовании через 3 и 12 мес. отмечается полное купирование симптомов дисфагии и регургитации. Восстановлен свободный пассаж из пищевода в желудок. Увеличение массы тела на 4 кг, отсутствие клинических и эндоскопических признаков гастроэзофагеального рефлюкса.

Выводы: Благодаря развитию эндоскопии и внедрению новых миниинвазивных методик, лечение некоторых заболеваний стало менее травматичным без значимого снижения эффективности. Внедрение ПОЭМ может заменить традиционное лапароскопическое вмешательство при лечении ахалазии кардии.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ**

*Хасанов Р.Р., Гумеров А.А., Вессель Л.М. (Уфа)*

Актуальность. Синдром короткой кишки (СКК) — это состояние, развивающееся после массивной резекции тонкой кишки, которое приводит к развитию кишечной недостаточности. Несмотря на то, что парентеральное питание является жизненно необходимым элементом лечения этих пациентов, данная терапия связана с риском развития серьезных осложнений и значительно снижает качество жизни. В связи с этим, максимально быстрый перевод больных на энтеральное питание (ЭП) является одной из первостепенных задач лечения СКК. Хирургическими методами лечения СКК являются операции по удлинению тонкой кишки, такие как продольное кишечное удлинение (LILT) и последовательная поперечная энтеропластика (STEP). Целью данного исследования было выявление факторов, влияющих на переход пациентов на полное ЭП после удлиняющих кишечник операций.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 42 пациента с СКК, которым были проведены удлиняющие кишечник операции LILT и STEP. Было исследовано влияние на скорость перевода больных на ЭП таких факторов, как тип операции, длина остаточного кишечника, первичное заболевание, наличие илеоцекального клапана и толстой кишки.

Результаты. У пациентов оперированных LILT и STEP факторами, влияющими на переход на ЭП явились наличие илеоцекального клапана и толстой кишки, а также первичное заболевание, по поводу которого выполнялась массивная резекция кишечника.

Обсуждение. Использование таких операции как LILT и STEP позволяет удлинить кишечник и устранить осложнения СКК. Наряду с этим практика показывает, что пациенты с СКК, имеющие сочетание тощей, подвздошной и толстой кишки, в 50-70% случаев достигают полного перехода на ЭП. В ходе нашего исследования было установлено, что на эффективность лечения пациентов оперированных LILT и STEP большую роль оказывают выявленные нами факторы.

Заключение. Критерием эффективности лечения пациентов с СКК считается возможность наиболее раннего перехода на ЭП. В результате нашего исследования было показано, что на результаты лечения у пациентов оперированных LILT и STEP, влияют такие факторы, как первичное заболевание, наличие илеоцекального клапана и остаточная длина толстой кишки.

## **ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ**

*Хачирова О.Ф., Цыбин А.А., Ноевой И.И., Слемзина М.Н., Морозова В.С., Кузьменко К.С. (Тула)*

Актуальность. Остеомиелит у детей – тяжелый гнойно-воспалительный процесс. Морфофункциональные изменения в динамике при гематогенном остеомиелите (ГО) у детей изучены недостаточно, а данные по гистоморфологическому исследованию очага ГО дают приблизительный прогноз о дальнейшей динамике воспалительного процесса (ВП).

Цель и задачи исследования. Изучение морфологической характеристики очага ГО, анализ и оценка ВП в очаге путем комплексного морфологического динамического контроля. Контроль эффективности лечения методом длительного непрерывного аспирационного дренирования костного гнойного очага (ДНАДКГО) на основании цитоморфологических изменений в отделяемом экссудате.

Материалы и методы исследования. В материалы исследования в I группе вошли 42 ребенка с ГО. Из них 22 ребенка в стадии обострения, 20 в стадии ремиссии ОП. Материал для гистологического исследования - кусочки костной ткани, взятые при биопсии пораженного сегмента. У II группы (20 пациентов) в лечении применялся метод ДНАДКГО. Материал для цитологического исследования - экссудат из дренажей и мазки-отпечатки из раны и свища.

Результаты исследований и их обсуждение. В период обострения ВП у больных I группы обнаружен некроз костной ткани и костного мозга, отек и резкое расширение сосудистых каналов, пролиферация остеобластов и наличие остеокластов. В составе воспалительного экссудата преобладали нейтрофилы и лимфоциты. В период ремиссии наблюдалось образование полей грануляционной ткани, значительные количества плазматических клеток и волокнистых структур, появление и увеличение количества остеобластов, гистиоцитов, фиброцитов и фиброзной ткани. Наряду с регенераторными элементами присутствуют клеточные элементы воспалительного и деструктивно-воспалительного процессов кости. Это говорит о необходимости дальнейшей санации и деконтаминации костного гнойного очага.

При изучении мазков отделяемого из дренажей и свищей во II группе выявлена выраженная фагоцитарная активность с/я нейтрофилов, определяемая по наличию бактерий в цитоплазме клеток. В динамике дренирования нарастало количество регенераторных элементов и уменьшалось количество остеокластов.

Выводы и рекомендации. Результаты цитоморфологического исследования подтверждают информативность и диагностическую ценность комплексного морфологического динамического контроля, который также позволяет объективно оценить санационную и регенераторную динамику лечения методом ДНАДКГО и указывает на необходимость длительного наружного дренирования.



## **МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТЕРАЛЬНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ ДО ТРЕХ ЛЕТ**

*Хватынец Н.А.1, Ростовская В.В.2, Старостина И.Е.2 (Москва)*

Использование методов математического моделирования является перспективным направлением в персонафицированной медицине.

Цель: разработать математическую модель прогнозирования эффективности трансуретерального бужирования и стентирования (ТУС) пиелоуретерального сегмента (ПУС) у детей грудного возраста и раннего детства с гидронефрозом.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ функциональной результативности эндоскопического способа коррекции обструкции ПУС у 70 пациентов в возрасте 1-36 мес со II-IV степенью гидронефроза по SFU. Из них в возрасте до 12 мес было – 43 детей (64%), от 12 до 36 мес – 24 (36%). Оценка эффективности ТУС - через 6, 12 и 24 мес. На основании анализа 25 исследуемых показателей, используя метод логистической регрессии, был построен итерационный алгоритм при помощи программных средств пакета MATLAB. Далее модель была перенесена в программный комплекс (прогностический калькулятор), отображающий в процентном отношении вероятность успеха ТУС.

Результаты: Эффективность через 6 мес - 88,5% (n=62), 12 мес - 71,5% (n=50) и 24 мес - 61% (n=43). Значимых различий в диагностических параметрах у пациентов с положительным исходом ТУС и отсутствием эффекта - не выявлено. Используя калькулятор в качестве инструмента ретроспективного анализа проведена оценка данных у пациентов двух групп. В первой группе детей (n=27), которым в течение 2 лет после ТУС была выполнена пиелопластика, вероятность успеха эндоскопического вмешательства не превышала 19%. В группе больных (n=43) с положительными результатами ТУС, вероятность успеха по данным расчетов составила более 76%.

Заключение: созданная математическая модель позволяет с доверительной точностью в 93,7% объективно определить вероятность успеха ТУС, а также определить формы заболевания, которые подлежат только оперативной коррекции.

## **АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» В 2012-2018 ГОДАХ**

*Цыганок В.Н., Грамзин А.В., Трушин П.В. (Новосибирск)*

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) остается одной из наиболее распространенных и актуальных проблем неонатальной хирургии. Благодаря интенсивному развитию акушерства, неонатологии и реаниматологии, имеется тенденция к увеличению доли недоношенных с экстремальной массой тела, что коррелирует с высокой заболеваемостью и летальностью, связанной с НЭК.

Цель. Послеоперационная смертность может достигать 30-50%, что послужило целью для анализа адекватности хирургической тактики детям с НЭК. Материалы и методы. Проанализировано 35 историй болезни детей с НЭК, получавших лечение в хирургическом отделении ГБУЗ НСО «ГНОКБ» г. Новосибирска в 2012-2018 годах. Оценивались: гендерная принадлежность, гестационный возраст, масса при рождении, срок манифестации, стадии процесса по классификации М. Белла, объем оперативного лечения, исход.

Результаты и обсуждение. В группе 21(60%) мальчик и 14(40%) девочек. Гестационный возраст 23-40 недель, 19 детей(51.4%) менее 28, 4(11.4%) 28-30, 3(8.5%) 31-33, 3(8.5%) 34-36, 6(17.1%) более 37. Итого, 29(82.9%) недоношенные. Масса при рождении 550-3600г, 16(45.7%) с массой менее 1000, 7(20%) 1000-1500, 3(8.5%) 1500 – 2000, 4(11.4%) 2000 – 2500, 5(14.2%) более 2500. Таким образом, 30 (85.7%) маловесные. У 31 ребенка (88.5%) НЭК манифестировал в первые 28 суток, у 15 из них (48.3%) в первые 8, у 3(8.5%) внутриутробно, у 1(2.85%) после 28. Объем лечения определялся исходя из стадии НЭК: I стадии у 1(2.85%); III стадии у 34(97.14%). Только лапароцентез проведен 3(8.5%): 1(2.85%) с НЭК I стадии и 2(5.7%) из-за отсутствия толерантности к радикальной операции. 32(91.4%) выполнена радикальная операция: 27(84.3%) энтеростомия, 1(3.1%) колостомия, 2(6.2%) энтеро- и колостомия, 1(3.1%) с одиночной перфорацией - ушивание дефекта, 1(3.1%) - санация и дренирование брюшной полости. У 12(34.2%) операции предшествовал лапароцентез. У 12(34.2%) летальный исход, из них 9(28.1%) после радикальной операции, 23 пациента (65.7%) выписаны в удовлетворительном состоянии с улучшением.

Выводы. Хирургическое лечение соответствовало стадии НЭК и учитывало тяжесть состояния. При низкой толерантности к оперативному лечению, проводился лапароцентез, для декомпрессии брюшной полости, позволяя стабилизировать кардио-респираторный статус. Летальные исходы были не предотвратимы и не связаны с качеством и объемом оперативного лечения. Летальность обусловлена развитием септического шока, синдрома полиорганной недостаточности, внутрижелудочковых кровоизлияний.

## **ОПЫТ ВИДЕОРЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ**

*Цырьяк А.Г., Алягин В.Г. Сатаев В.У., Мухаметзянов А.М., Гумеров А.А. (Уфа)*

При патологии мочевыводящих путей, в детской урологической практике, внедряются доступы с использованием эндовидеохирургической техники. Видеоретроперитонеоскопический (ВРПС) доступ является одним из них.

В клинике детской хирургии БГМУ на базе ГБУЗ ГДКБ № 17 с 2008 по 2018 г. оперированы 12 детей с гидронефрозом почки с использованием метода ВРПС. Возраст пациентов составил от 4 до 15 лет. С помощью разработанной нами оригинальной методики и запатентованного устройства для расслоения забрюшинной клетчатки, создавалось искусственное паранефральное «рабочее пространство». Во всех случаях пластика лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) выполнена по Андерсену. Причиной гидронефроза в 8 случаях служило сужение ЛМС, в 4 аберрантный сосуд. Средняя продолжительность операции составила 105±25 мин. Интраоперационная кровопотеря не

превышала 20±15 мл. Осложнений, как интра- так и послеоперационных не отмечалось. Переход на люмботомию был выполнен в одном случае. Контрольное ультразвуковое исследование почек производили через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции. Рецидивов не наблюдалось.

Таким образом, при гидронефрозе у детей, для выполнения пластики ЛМС, может быть использован ВРПС доступ, который считаем наиболее физиологичным, что позволяет выявить причину блока и малотравматично выполнить весь объем оперативного лечения.

## **ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ**

*Чудаков В.Б., Воложанина К.Э., Наумова О.А., Швалев Ф.М. (Екатеринбург)*

**Актуальность.** Лечение атрезии пищевода (АП) у детей с низкой массой тела при рождении является сложной задачей, особенно в сочетании с другими аномалиями. Массово-ростовые показатели и гестационный возраст могут считаться прогностическими факторами, определяющими исход лечения. В последние 10 лет достигнуты значительные успехи в лечении атрезии пищевода в связи с совершенствованием медицинских технологий, достижениями в неонатологии, детской хирургии, интенсивной терапии и анестезиологии новорожденных. Решено представить собственный опыт оперативного лечения пациентов с атрезией пищевода у детей с малым гестационным возрастном и низкой массой тела при рождении.

**Материалы и методы.** Ретроспективный обзор базы данных детей с АП проводился с 2015 по 2019 г.г. В клинический материал включены 32 новорожденных детей с гестационным возрастном от 27 до 36 недель и массой тела при рождении менее 2750 г. Распределение по половому признаку составило: 18 мальчиков и 14 девочек. Средний показатель массы тела при рождении составлял 1720 г в диапазоне от 520 до 2750 г.

**Результаты и обсуждение.** 30 (93,8%) новорожденных имели атрезию пищевода в сочетании с нижним трахеопищеводным свищем, им выполнено оперативное вмешательство в объеме перевязки трахеопищеводного свища, у 17 (56,7%) детей сформирован прямой эзофагоэзофагоанастомоз. 13 (43,3%) детей имели непреодолимый диастаз между сегментами пищевода. У двоих детей (6,3%) диагностирована изолированная форма атрезии пищевода, что потребовало наложение гастростомы и формирования эзофагостомы. В 56% случаев (18 детей) выявлены сопутствующие пороки развития, определяющие тяжесть состояния, 15% (5 детей) входили в состав VACTER - ассоциации. Общая выживаемость составила 80%. Наибольший показатель летальности наблюдается у детей, масса тела которых составила менее 1100 гр.

**Выводы.** Улучшение методов предоперационной подготовки, анестезиологического пособия, послеоперационной интенсивной терапии недоношенных новорожденными привело к улучшению результатов у всех новорожденных, включая детей с атрезией пищевода. Дети с массой тела до 1100 гр, учитывая наличие сопутствующих пороков, имели прогностически неблагоприятный исход.

## **ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ У ДЕТЕЙ**

*Чурсин В.А., Саруханян О.О., Телешов Н.В., Батунина И.В. (Москва)*

**Введение:** Несмотря на развитие современной медицины, широкое использование современных лечебно-диагностических комплексов, а именно: лапароскопия, ультразвуковое исследование, патология облитерации влагалищного отростка брюшины, на сегодняшний день остается актуальной по частоте встречаемости, послеоперационными осложнениями и рецидивами.

По данным отечественных авторов частота паховых грыж составляет от 1 до 5% в детском возрасте, а сообщающейся водянки оболочек яичка до 10% у новорожденных. Не опустившееся яичко встречается у 10-20 % недоношенных и незрелых детей и 2-3% детей в возрасте 1 года. По данным иностранной литературы процент рецидива и осложнений после хирургического лечения данной патологии составляет от 0 до 8%.

**Материалы и методы:** В НИИ НДХиТ с 2007 по 2017 год проходили лечение 1818 детей с патологией облитерации влагалищного отростка брюшины. Дети с паховыми грыжами составили 1258 (69,2%) человек, с водянками оболочек яичка 389 (21,4%), а с крипторхизмом 171 (9,4%) ребенка. Мальчиков было 1364 ребенка, девочек - 454. Среди всех поступивших детей были выявлены 32 ребенка с рецидивами и осложнениями, возникшими после хирургического лечения. Из них в НИИ НДХиТ первично были оперированы 17 детей, 15 детей в других стационарах (РФ, Украина). Из всего числа детей с рецидивами и осложнениями в подавляющем большинстве случаев были дети, прооперированные по поводу паховой грыжи – 22 ребенка, по поводу гидроцеле – 6 детей, крипторхизма 4 ребенка.

**Выводы:** Частота рецидивов или осложнений в НИИ НДХиТ после хирургического лечения детей с паховыми грыжами, гидроцеле и крипторхизмом составила от 0,57% до 0,77%.

Проведенный анализ показал, что основой профилактики рецидивов и осложнений является соблюдение всех этапов существующих методов оперативного лечения, как традиционных, так и лапароскопических (т.к. тщательное выделение влагалищного отростка брюшины до «воронки», сужение наружного пахового кольца при его значительном расширении (более 1,0 см). При лапароскопических операциях предпочтение следует отдавать PIRS методике.

## **АНТИДОТНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОТРАВЛЕНИЙ ПЕСТИЦИДАМИ У ДЕТЕЙ**

*Шамсзода Х.А., Мазабшоев С.А., Манонов Н.А., Назарова С.Ф. (Таджикистан, Душанбе)*

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современной медицины остается изучение токсического влияния на организм фосфорорганических пестицидов, применяемых в быту и сельском хозяйстве. Отравления фосфорорганическими соединениями (ФОС) занимают в общем числе экзотоксикозов одно из ведущих мест. Значимость этой патологии определяется тяжестью интоксикации и высокой летальностью. Следует отметить важную роль при

отравлении ФОС у детей, накопление ацетилхолина, который парализует проведение нервных импульсов в холинергических синапсах ЦНС.

Материал и методы. За 2015-2018 годы в клинику детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино поступило 23 (100%) ребенка с отравлениями фосфорорганическими соединениями (ФОС) из группы пестицидов. Возраст детей составлял от 1 до 3 лет – 5 (21,8%), от 3 до 7 лет – 7 (30,4%) и от 7 до 15 лет – 11(47,8%). При этом сельских было 13 детей (56,5 %), а городских 10 детей (43,5 %). Наиболее часто отравления ФОС встречались у девочек – 15 (65,2 %), частота у мальчиков составила 8 (34,8 %).

В исследование включены 23 ребёнка с отравлениями ФОС, которые были распределены на три группы в зависимости от тяжести состояния. Для купирования мускариноподобного действия ФОС вводили атропина сульфат внутримышечно (в/м) и внутривенно (в/в) до умеренной гиператропинизации. Выполнялись общеклинические анализы крови, показатели свёртывающей системы и мочи.

Результаты и обсуждение. При отравлениях легкой степени тяжести общая доза атропина сульфата составила в 1-й группе вначале 0,5 мг в/м, повторные введения проводили каждые 30 мин до 5 мг, поддерживая в таком состоянии в течении суток. Во 2-й группе при отравлениях средней степени вначале 2 мг в/м, повторные введения проводили каждые 15 мин до 20 мг, поддерживая в течении 2 суток. В 3-й группе – при отравлениях тяжёлой степени вначале 2 мг в/м, а также в/в капельное в течении часа до 10 мг, повторные введения проводили в/м до 50 мг, поддерживая более 2-х суток. Симптоматическая терапия направлена была на устранение гиповолемии и борьбу с шоком, во всех случаях прогноз был благоприятный.

Выводы. Наибольшее число отравлений ФОС связано с непреднамеренным энтеральным приемом фосфорорганических пестицидов. Успех в лечении острых отравлений ФОС зависит от дозированной антидотной терапии, а также количества отравляющего вещества попавшего в организм, наличия или отсутствия пищи в желудке и времени прошедшего от момента попадания яда в желудок до начала оказания помощи.

## **НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ**

*Шамсзода Х.А., Мазабшоев С.А., Султонов Ш.Р., Усмонов С.С. (Таджикистан, Душанбе)*

Актуальность. Высокий уровень распространенности патологии желудочно-кишечного тракта среди детей, более тяжелое их течение, развитие осложнений, одним из которых является желудочно-кишечное кровотечение, привлекает внимание исследователей. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) относятся к числу наиболее часто применяемых в настоящее время лекарственных средств. Эрозивно-язвенное кровотечение характеризуется волнообразным течением со сменой периодов повреждения и регенерации слизистой оболочки и подлежащих слоев.

Материал и методы. За 2015-2018 годы в клинику детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино поступило 24 (100%) ребенка с эрозивно-язвенными кровотечениями желудка. Возраст



детей составлял от 1 до 3 лет – 12 (50%), от 3 до 7 лет – 8 (33,3%) и от 7 до 15 лет – 4 (16,7%). При этом сельских было 18 детей (75%), а городских 6 детей (25%). Наиболее часто эрозивно-язвенные кровотечения встречались у мальчиков – 17 (70,8%), частота у девочек составила 7 (29,2%). Всем больным при поступлении была выполнена экстренная фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Тактика и объем лечебных мероприятий зависел от тяжести состояния. В реанимационном отделении больным проводилось комплексное лечение, включающее адекватную инфузионную поддержку, коррекцию гемостаза, антацидную и антибактериальную терапию, отмена энтерального питания.

**Результаты и обсуждение.** По результатам исследования отмечаются высокие показатели эрозивно-язвенных кровотечений после приёма нурофена – 20 детей, причём в младших возрастных группах наблюдались сильная гиперемия слизистой оболочки желудка (СОЖ), утолщение складок. Источником кровотечения у 17 больных были эрозии желудка, у 3 детей желудка и двенадцатиперстной кишки, у 4 язвы желудка, размером от 3 до 5 мм. Размеры и расположения эрозий были разные, у 15 больных было констатировано продолжающееся кровотечение, у 9 – подтекание крови из-под фиксированного сгустка. На основании полученных данных дети с эрозивно-язвенными кровотечениями желудка проводили в стационаре до 14 суток. Прогноз во всех случаях был благоприятный.

**Выводы.** Не стоит превышать курс лечения НПВС, который прописал врач, обычно не более 3 дней. Препарат необходимо принимать внутрь после еды. Следует использовать минимально эффективную дозу в течение наименьшего времени, необходимого для облегчения симптомов. Нельзя применять более 5 мл в течение 24 часов.

## **К ВОПРОСАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА**

*Шамсиев А.М., Зайниев С.С. (Узбекистан, Самарканд)*

**Актуальность.** Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит (ХРГО), характеризующийся длительным рецидивирующим течением продолжает оставаться одним из тяжелых и часто встречающихся гнойно-воспалительных заболеваний у детей. Несмотря на существующие методы комплексного лечения остается высокой частота повторных операций (12-31%) и рецидивов заболевания (22-78,4%), приводящих к инвалидности больных.

**Материал и методы.** Работа основана на анализе результатов лечения 180 больных с ХРГО, получивших лечение в 2-клинике СамМИ. Длительность анамнеза у 63,3% больных превышала 4 и более года, в том числе у 12,8% пациентов – 10 летний срок, в течение которого они переносили несколько хирургических вмешательств. 7,8% больных ранее перенесли однократную, 92,2% больных многократные секвестрнекрэктомии.

В зависимости от способа хирургического лечения все больные с ХРГО трубчатых костей были разделены на две клинические группы. В контрольной группе (74; 41,1%) больных хирургическая тактика как при первичных, так и при повторных оперативных вмешательствах заключалась в проведении локальной секвестрнекрэктомии в зоне

наибольшего поражения, определяемого по данным местного статуса и соответственно проекции и протяженности очага деструкции на обзорной рентгенограмме.

В основной группе (106; 58,9%) больных были коренным образом пересмотрены подходы к диагностике и хирургическому лечению ХРГО. В частности, в протокол комплексного обследования больных с этой патологией была включена компьютерная томография пораженной кости. Кроме этого, всем больным был применен разработанный способ хирургического лечения – методика расширенной секвестрнекрэктомии с реканализацией пораженной кости.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов лечения в отдаленном сроке от 2 до 20 лет показал, что при традиционном методе хирургического лечения сохраняется высокая частота рецидивов заболевания, достигающая 32,7%. В основной группе пациентов отмечается снижение рецидивов заболевания и сопутствующих осложнений с 32,7 до 1,2%.

Выводы. Таким образом, анализ результатов лечения свидетельствует об эффективности предложенной тактики хирургического лечения ХРГО.

## **МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА**

*Шамсиев А.М., Зайниев С.С. (Узбекистан, Самарканд)*

Актуальность. Патоморфологические изменения при гематогенном остеомиелите, особенно при острой и хронической стадии, в настоящее время изучены достаточно хорошо. Однако требования к диагностике и лечению часто рецидивирующего процесса и обострений хронической стадии диктуют необходимость нового осмысления этого вопроса.

Материал и методы. Исследуемым материалом явились фрагменты костной ткани, полученные во время операции из различных патологически изменённых отделов поражённых трубчатых костей у 40 больных с хроническим рецидивирующим гематогенным остеомиелитом (ХРГО). Морфологические исследования проводили методом трансмиссионной (ТЭМ) и сканирующей электронной микроскопии (СЭМ).

Результаты и обсуждение. Изучение патоморфологии участков деструкции костной ткани при ХРГО показали, что вокруг гаверсовых каналов отчётливо определяются концентрически расположенные костные пластинки, а также относительно хорошо сохранные интерстициальные пластинки. На наружной поверхности кости надкостница не определяется, встречаются гомогенные базофильные массы, представляющие костный детрит.

Важной морфологической особенностью ХРГО является наличие микроабсцессов с включениями детрита на поверхности крупных каверн трубчатых костей и в просвете расширенных гаверсовых каналцев. СЭМ области внутрикостных абсцессов показывает полную потерю характерной трёхмерной архитектоники кости. Отмечается обширный некроз с лизированными фрагментами костномозговой ткани, обилием гнойного экссудата, детритных масс, фибрина и разрастанием соединительнотканых элементов в поражённых фрагментах. Нарушения внутрикостного кровообращения на воспалительно-экссудативного

процесса, который при ХРГО прогрессирует и приводит к нарастанию внутрикостного давления и расширению ишемизированных зон и появлению новых микроскопических очагов некроза, лейкоцитарных инфильтратов и микроабсцессов на расстоянии от основного очага поражения. Именно эти аберрантные микроабсцессы, выявляемые при микроскопии, представляют морфологическую основу хронического рецидивного течения заболевания.

Выводы. Изучение патоморфологии участков деструкции костной ткани при ХРГО показало, что выявленный патоморфологический феномен наличия аберрантных, отдаленных от основного очага, внутрикостных гнойников требует расширения объема операции с целью санации всех очагов гнойно-воспалительной деструкции.

## **БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

*Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э. (Узбекистан, Самарканд)*

Оценивая по балльной системе нами оперировано 139 больных. Все больные были разделены на 3 основные группы. Пациентам 1-й группы с суммарным количеством набранных баллов до 5 выполняли лапароскопическую эхинококкэктомия (ЛЭЭ). Эту группу составили больные, у которых, как правило, имелись небольшие, не осложненные кисты с краевым расположением и не отмечалось выраженных спаек брюшной полости, отсутствовали сопутствующие заболевания. Таким больным производили абдоминализацию или только дренирование остаточной полости после обработки горячим глицерином подогретый до 70°C. Во 2-й группе с количеством баллов от 6 до 10, мы выполняли эхинококкэктомия из мини доступа. В частности, при поражении печени в зависимости от локализации кист мы использовали топические минидоступы в правом подреберье, в левом подреберье и срединный минидоступ. Так, показанием к правостороннему минидоступу являлось поражение сегментов правой доли и IV сегмента левой доли печени. Этот разрез использован у 83 (84,7%) больных. У 13 (13,3%) пациентов с поражением левой доли и V сегмент правой доли печени эхинококкэктомия выполнили через срединный минидоступ. Больные набранным количеством баллов от 11 до 20 вошли в 3-й группу. Для сравнения полученных результатов нами в качестве контрольной группы взяты 134 больных, которых оперировали по поводу эхинококкоза печени в плановом порядке без учета балльной оценки. Использовали те же методики, что и в основных группах.

Нами были проанализированы отдаленные результаты у 238 (87,2%) из 273 оперированных больных по поводу эхинококкоза печени. Для оценки отдаленных результатов больные подвергались тщательному анкетированию, амбулаторному и стационарному обследованию. Отдаленные результаты изучались в сроки от 1 года до 9 лет. При этом судьбу 172 (72,2%) больных удалось проследить в сроки более 3-х лет, достаточных для окончательного формирования клинически значимого рецидива заболевания. Из 238 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив эхинококкоза отмечен у 10 (4,2%). Благодаря применению вышеперечисленных инноваций и мер профилактики заболевания частоту рецидивов заболевания удалось свести к нулю в основной группе.

Таким образом балльная оценка факторов, влияющих на выбор операции у больных эхинококкозом печени позволяет выбрать оптимальный способ ЭЭ с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшить результаты лечения.

## **МЕТОД ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ПИЕЛО-УРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ**

*Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С. Холикулов О. (Узбекистан, Самарканд)*

Актуальность. На сегодняшний день “золотым стандартом” для коррекции проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента у детей с врожденным гидронефрозом остается расчленяющая пластика лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), предложенная J.Anderson и W.Hynes. Выбор метода послеоперационного дренирования чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почки после пластики прилоханочного отдела мочеточника остается спорным. Неадекватное дренирование мочевыводящих путей создает условия для несостоятельности анастомоза, попадания инфекции через стому, образования мочевого затека с последующим рубцеванием тканей и развитием стеноза.

Материал и методы. За период с 2010 по 2017 гг. в отделении детской урологии 2 - клиники Самаркандского Медицинского Института находился 141 пациент с врожденным гидронефрозом в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Мальчиков было -108, девочек -33, гидронефроз справа- 52, слева -84, двусторонний -8.

Из всех больных нами было произведено оперативное лечение 93 пациентам в виде операции – пластика ЛМС по J.Anderson и W. Hynes с использованием монофиламентного абсорбируемого шовного материала (PDS)5/0-6/0 без захвата слизистой оболочки. 50 пациентам для дренирования ЧЛС через пиелoureтеростому мы использовали интраоперационный универсальный стент производства фирмы «МИТ, Россия» (с завитком), один конец которого выводится через отдельный разрез наружу, конец закрыт, во избежание попадания инфекции. 43 пациентам мы применяли аналог стента готовящийся из обычного одноразового силиконового мочевого катетера с учетом индивидуального возрастного расчета.

Больные после выписки из стационара находились на диспансерном учете с контрольным осмотром каждые 2 месяца. У всех больных диагностировано улучшение функции почки.

Вывод. Таким образом, выбор рационального метода отведения мочи наряду со щадящей оперативной техникой с использованием современных шовных материалов мы считаем определяющими факторами успешного лечения детей с гидронефрозом. Использование пиелoureтеростомы целесообразно, так как последняя не травмирует паренхиму почки, снижает риск кровотечения и формирования кровяных сгустков.

## **АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

*Шангареева Р.Х. , Нигаметьянов Р.А, Валева Г.Р. , Чендулаева И.Г., Шаехова Л.А, Глухова Т.Н. (г Уфа)*

Актуальность: Заболевания органов дыхания у детей является частой патологией, в связи с этим вопросы своевременной диагностики и оптимальной тактики лечения не теряют своей актуальности.

Цель: анализ результатов лечения детей с острой деструктивной пневмонией.

Материал и методы: нами анализированы результаты диагностики и лечения 42 пациентов, госпитализированных в стационар с подозрением на острую деструктивную пневмонию за последние три года. Мальчиков 25, девочек 17. Из них у 15 детей выявлена стадия преддеструкции, у 22 – острая деструктивная пневмония, у 4 легочная форма туберкулеза, у 1 ребенка нагноившаяся врожденная киста легкого. Среди детей с ОДП у 8 пациентов отмечалась внутрилегочная форма (3 – недренирующийся абсцесс, 5-дренирующийся абсцесс). У 14 больных имелись легочно-плевральные осложнения: 6 – экссудативно-гнойный плеврит, пиоторакс у 5, пиопневмоторакс у 3.

Результаты и обсуждение. У 4 пациентов с легочной формой туберкулеза заболевание начиналось также остро, как при деструктивной пневмонии - отмечалась выраженная интоксикация, фебрильная температура, сухой кашель. Трое больных на 2-3 сутки переведены в противотуберкулезный диспансер. У пациента в возрасте 17 лет реакция Манту и Диаскин-тест были отрицательные, лишь на 30 сутки в мокроте методом люминесцентной микроскопии были выявлены микобактерии туберкулеза. Больные с преддеструкцией и трое с дренирующимся абсцессом лечились в условиях соматического отделения, наблюдались детским хирургом, проводилась консервативная терапия с бронхоскопической санацией. Четирем пациентам с недренирующимся абсцессом проведено трансторакальное дренирование абсцесса, в том числе ребенку с нагноившейся врожденной кистой легкого. Пункция плевральной полости проведена 4 пациентам, дренирование плевральной полости 5, торакоскопическая санация плевральной полости выполнена 5 пациентам. Все больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Выводы: не редко начальная стадия туберкулеза легкого напоминает острую деструктивную пневмонию и определенный период протекает с ложноотрицательными специфическими тестами, что требует от детского хирурга настороженности. Эффективным методом лечения детей с недренирующимися абсцессами является трансторакальное дренирование.

## **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ**

*Шангареева Р.Х. , Шахмаева Т.М. , Арсланова М.Х., Тимербаева Э.К. (г. Уфа)*

Цель: анализ эффективности противопаразитарной химиотерапии при консервативном лечении детей с эхинококкозом печени.

Материал и методы: Химиотерапия в лечении гидатидозного эхинококкоза нами



применена у 29 пациентов как самостоятельный метод, из них у 20 при изолированном, у 9 при сочетанном поражении печени. Для противопаразитарной химиотерапии применялся препарат албендазол, который назначался по схеме из расчета 10 мг/кг в сутки.

Результаты и обсуждение: Показанием для консервативной терапии являлась ранняя стадия заболевания: эхинококковые кисты небольших размеров ( $30 \pm 5,7$  мм); интрапаренхиматозная локализация кисты. Консервативное лечение проводилось в амбулаторных условиях, дети жили в привычном режиме, посещали детский сад, школу. Длительность терапии в каждом случае решалась индивидуально. После каждого курса проводился контрольный осмотр с клинико-лабораторным исследованием и УЗИ. Оценивалось функциональное состояние печени. При ультразвуковом мониторинге выявлялись характерные изменения эхографической картины эхинококковой кисты в зависимости от срока лечения. Через 3-6 месяцев от начала терапии киста приобретала неправильно-овальную форму с двойным, неровным внутренним контуром за счет отслойки хитиновой оболочки, отмечалось уменьшение размеров кисты до  $24,5 \pm 4,8$  мм. В последующих этапах исследования прослеживалось дальнейшее сокращение размеров, определялись дегенеративные изменения, характеризующиеся неоднородностью структуры, за счет разрушения хитиновой оболочки и уменьшения жидкостного компонента. Через 8-10 месяцев на месте бывшей эхинококковой кисты определялся участок неоднородности паренхимы без четких контуров, размерами  $20,9 \pm 3,2$  мм,  $p < 0,01$  относительно исходных размеров. Через 12-18 месяцев у 13 пациентов определялся гиперэхогенный участок размерами  $11,4 \pm 2,8$  мм, у остальных изменения не выявлялись. У 9 детей с сочетанным эхинококкозом консервативное лечение являлось одним из этапов лечения, что позволило сократить количество операций.

Вывод. Консервативная терапия является радикальным методом лечения при интрапаренхиматозных эхинококковых кистах малых размеров.

## **МЕСТО ЛАПАРОСКОПИИ В ВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

*Шапкина А.Н. (Владивосток)*

Актуальность. В структуре повреждений живота у детей доминирует закрытая травма (ЗТЖ) – наиболее трудный для диагностики вид. В этой группе больных чаще всего допускаются ошибки, что влияет на результаты лечения. За последнее время изменились тактические установки при лечении детей с ЗТЖ. Лапароскопия при правильном выборе пациентов и наличии современной техники является не только диагностической, но и лечебной манипуляцией.

Цель исследования: выявить, как менялась роль лапароскопии в диагностике и лечении ЗТЖ в нашем стационаре.

Материалы и методы. В исследование включены дети, поступавшие с ЗТЖ в экстренное отделение КДКБ №1 г. Владивосток за 20 лет. Пациенты разделены на 2 группы: пролеченные в первые или вторые 10 лет. Оценивали возраст, пол, корреляцию с данными УЗИ, объем гемоперитонеума, лечение.

Результаты. Всего за 20 лет госпитализировано 173 ребенка с ЗТЖ. 114 с 1999 по 2008 гг. и 59 с 2009 по 2018 гг. В 1 группе средний возраст составил 9,6 лет, мальчиков было 70,2%, средний койко-день составил 19,6 суток, во второй – 9,03, 67,8%, 16,8 соответственно.

Лапароскопию проводим гемодинамически стабильным больным без явных признаков разрыва полого органа и продолжающегося кровотечения. В первой группе лапароскопия проведена 26 детям, причем в четырех случаях потребовалась конверсия (2 ушивания кишки, 1 резекция селезенки и 1 спленэктомия), т.е. вмешательство ограничилось лапароскопией у 22 (19,3%) пациентов, все – с разрывами, гематомами (3 случая) и ушибами (2) паренхиматозных органов. В случае разрыва: количество свободной жидкости 200-700 мл. Во 2 группе лапароскопия проведена 8 детям (13,6%), конверсий не было, пациенты: с разрывами паренхиматозных органов (7) и кишки (1). В случае гемоперитонеума количество свободной жидкости 250-1500 мл. Летальности после лапароскопий не было.

Выводы. По мере накопления опыта дежурные хирурги более верно подбирают пациентов, которым нужна лапароскопия, что приводит к уменьшению конверсий, операций при ушибах органов и возможности консервативного ведения. Объем гемоперитонеума, определенный до операции, перестает быть решающим фактором в выборе тактики ведения. Опыт позволяет проводить лапароскопическое ушивание при разрывах полых органов, что раньше было для нас абсолютным показанием к конверсии.

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОКТИТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

*Шерназаров И.Б., Давлатов С.Т., Гуриев Х.Д., Сатторов А.М. (Таджикистан, Душанбе)*

Актуальность. Парапроктит у новорожденных и детей раннего возраста среди гнойно-септических заболеваний составляет 0,16% (Ленюшкин А.И. с соавт, 1999), 4,1% (Пулатов А.Т соавт, 1994, 2000). Причиной парапроктита чаще всего является воспаление околопрямокишечной клетчатки вследствие проникновения гноеродной микрофлоры в врожденные проктодеальные ходы вокруг крипты.

Материал и методы. За 2008-2018 гг. в клинике детской хирургии ТГМУ наблюдалось 98 больных острым парапроктитом, что составило 4,1% от всех гнойно-воспалительных заболеваний детей грудного возраста. Из 98 больных только у одного ребенка был ишиоректальный острый парапроктит, у остальных- подкожный. Детей в возрасте до 3-х месяцев было 38, от 3 до 6 месяцев – 23, от 6 месяцев до одного года – 37. У наблюдавшихся нами детей острый парапроктит носил неспецифический характер. Внутреннее отверстие свища, как правило, локализовалось на передней или переднебоковой поверхности прямой кишки.

Результаты и обсуждение. С 1989 года при вскрытии острого парапроктита у детей грудного возраста мы, по возможности, стремимся к иссечению параректальной клетчатки (видоизмененный метод А. Н. Рыжих). Вскрытие парапроктита производится под общим обезболиванием. Вскрывается гнойник, выпускается гной. Зондированием дна раны у больных почти во всех случаях находят слепо заканчивающийся свищевой ход в проекции крипт или в подслизистом слое. Этот ход рассекается по желобоватому зонду. Параректальная клетчатка вместе с гнойником иссекается так, чтобы дном раны оказался сфинктер прямой кишки. При этом является обязательным иссечение анальной крипты (входных ворот инфекций). Операционной ране придается вид треугольника, острием обращенного в просвет прямой кишки. Рана при подкожной форме острого парапроктита обычно оказывается неглубокой. Такой вид раны способствует более быстрому заживлению раны без перехода в хроническую форму болезни. Кровотечение из раны останавливается с

помощью гемостатической губки или прижатием марлевого тампона, временной тампонадой турундой, смоченной перекисью водорода в течение 5 минут.

Выводы. В клинике за последние десять лет рецидивов парапроктита или перехода острого в хронической парапроктит у детей грудного возраста не отмечалось. Методика вскрытия парапроктита с иссечением вместе уплотненной воспалительной клетчаткой является профилактикой перехода острого парапроктита в хроническую.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

**Шерназаров И.Б., Давлатов С.Т., Гуриев Х.Д., Файзуллоев С.У., Разоков Д.З. (Таджикистан, Душанбе)**

Актуальность. Интерес к проблеме лечения ущемленных паховых грыж у детей раннего возраста не ослабевает, так как они часто встречаются у детей данной возрастной группы (Азизов.А.А., Шерназаров И.Б с соавт 2004). Хирургов беспокоит высокая летальность в этом возрасте (от 1,1% до 2,8%), а также высокий процент послеоперационных осложнений (Горбатьюк О.М. с соавт 2001., Нестеренко с соавт 1990).

Материал и методы. Согласно тактике, принятой в нашей клинике, срочной операции подлежат дети, у которых с момента ущемления прошло более 12 часов. Детям, поступившим с давностью до 12 часов от начала ущемления, проводится консервативное вправление ущемленных грыж. За последнее 10 лет в клинике детской хирургии Таджикского государственного медицинского университета оперировано 110 больных с паховыми грыжами. Из них мальчиков было 71 (64,5%), девочек- 39 (35,4%). Больные в возрасте до 1 – го года составили 65 (59,1%). Из 65 детей 49 (75,3%) составили дети в возрасте до 6 месяцев, из них 16 (32,6%) - в новорожденном возрасте.

Результаты и обсуждение. Дети с ущемленными грыжами- 22 (33,8%) больной - поступили в очень тяжелом состоянии, с выраженной интоксикацией. Во время операции у 18 (27,6%) из 65 больных ущемленными оказались петли тонкой кишки, их них у 12- илеоцекальный угол с баугиниевой заслонкой. У 6 больных отмечена скользящая грыжа (слепая кишка). Из 22 больных у 2 (9,1%) детей отмечен некроз петли тонкой (терминальный отдел) кишки, из них у 1 установлена флегмона мошонки и разлитый перитонит. У одного больного до обращения в стационар вскрылась флегмона мошонки и образовался кишечный свищ в области корня мошонки. У 17 (77,2%) больных произведена операция-пластика пахового канала по Ру-Краснобаеву; у 5 (22,7%) - по Мартынову (из них у 3 герниолапаротомия). Во всех случаях дренировали полость мошонки. Осложнение отмечено у 6 (27,2%) больных, из них в виде отека мошонки, нагноения раны - у 3 и воспалительные инфильтраты - у 3 больных. Рецидив грыжи не отмечен. Летальность отмечена у 1 (4,5%) больного с разлитым перитонитом из-за некроза кишечника, с давностью ущемления более 48 часов, с тяжелым соматическим фоном. Больной экзистировал из-за прогрессирования перитонита. Связь летальности с методикой пластики пахового канала не имеется.

Вывод. Больные дети раннего возраста с ущемленной грыжей относятся к категории тяжёлых больных. Чем младше ребенок и больше давность ущемления грыжи, тем вероятность послеоперационных осложнений увеличивается.

## **ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА**

*Шишкин И.А., Киргизов И.В., Апросимова С.И., Минаев С.В., Аксельров М.А., Григорова А.Н. (Ставрополь)*

Цель исследования: проведение ретроспективного анализа у детей с повторными оперативными вмешательствами при болезни Гиршпрунга (БГ).

Материалы и методы: С 2008 по 2018 гг. мы располагаем опытом оперативного лечения БГ у 22 детей с неудовлетворительными клинико-рентгенологическими результатами.

Результаты: 7 детям поведена трансанальная резекция левых отделов толстой кишки на различных уровнях в периоде новорожденности. С сохранением жалоб на стойкие запоры в возрасте 1 года при ирригографии выявлена остаточная аганглионарная зона длиной  $8\pm 2$  см. 9 детям в периоде новорожденности выведена илеостома при описываемой клинической форме субтотальной или ректо-сигмоидной форме с поражением левых отделов толстой кишки. Проведена брюшно-промежностная резекция предполагаемой аганглионарной зоны. В послеоперационном периоде отмечалась клинико-рентгенологическая картина остаточной аганглионарной зоны  $9\pm 1,8$  см. Выведение илеостомы нивелировало переходную зону, что привело к интраоперационной ошибке. 4 детям с длинным аганглионарным сегментом была выведена колостома на уровне супрастенотического расширения в периоде новорожденности. В дальнейшем проведена брюшно-промежностная резекция до уровня выведенной ранее колостомы с колоректальным анастомозом. В дальнейшем сформировалась остаточная аганглионарная зона длиной  $8,9\pm 2,1$  см, что потребовало повторной операции. 2 детей поступили с клиникой БГ после тотальной колэктомии по методике Стайта-Ребейна, с «умышленно» оставленной зоной аганглиоза до 5-10 см для профилактики синдрома короткой кишки. В дальнейшем у детей отмечалась клиника низкой частичной кишечной непроходимости с рецидивирующими энтероколитами, что привело к необходимости проведения повторной операции –удаления остаточной аганглионарной зоны.

Выводы: В периоде новорожденности аганглионарная зона не до конца сформирована, поэтому необходимо особо тщательное определение зоны предполагаемой резекции кишки или отложить операцию до возраста 6-8 месяцев жизни ребёнка. Выбор места выведения стомы в периоде новорожденности - уровень супрастенотического расширения (при протяженном аганглионарном сегменте) или илеостомы (при тотальном поражении). Не стоит накладывать илеостому при субтотальных и других «более дистальных» формах БГ. При последующей резекции толстой кишки граница резекции должна быть выше уровня ранее выведенной стомы на 5-7 см.

## **ГЕАНГИОМА ТОНКОЙ КИШКИ КАК ПРИЧИНА КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

*Щебеньков М.В., Кесаева Т.В., Соколова Н.Е., Тарасенко А.Н. (Санкт-Петербург)*

Актуальность. Редкость анатомических причин кишечной инвагинации у детей 1-го года жизни.

Материалы и методы. Девочка М. поступила в ДГБ№1 г. Санкт-Петербурга в возрасте 10 месяцев с клиникой кишечной непроходимости. С 1-го месяца жизни наблюдалась гематологом по поводу тяжелой анемии неясного генеза (снижение гемоглобина до 55 г/л). Проведено 12 гемотрансфузий с непродолжительным эффектом. Направлена на обследование в гематологический центр г. Санкт-Петербурга с подозрением на анемию Блекфона-Даймонда. Через неделю после госпитализации на фоне относительного благополучия у ребенка возникло приступообразное беспокойство, многократная рвота, в динамике выросла вялость. С подозрением на кишечную непроходимость ребенок переведен в хирургический стационар. При поступлении клинически и инструментально (УЗИ) диагностирована кишечная инвагинация. Под наркозом в брюшной полости пропальпировано опухолевидное образование размером 4х3 см. Попытка пневмодезинвагинации оказалась безуспешной. При лапароскопии выявлена тонко-тонкокишечная инвагинация на расстоянии 150 см от илеоцекального угла, расправлена. Отмечался умеренный отек стенки кишки, участвовавшей в инвагинате, признана жизнеспособной. Течение послеоперационного периода гладкое. Проведено гематологическое обследование. Патология костного мозга была исключена. При компьютерной томографии брюшной полости с контрастированием в проекции кишки выявлено патологическое накопление контрастного вещества. Заподозрена гемангиома кишки. При лапароскопии в средних отделах тонкой кишки (в зоне расположения инвагинации) обнаружено утолщение на протяжении 3-4 см. Выполнена видео-ассистированная резекция участка кишки, несущей образование. Гистологическое заключение – гемангиома тонкой кишки.

Результаты и обсуждение. Послеоперационный период гладкий. Отмечается хороший косметический результат. Уровень гемоглобина в пределах нормы. Выписана в удовлетворительном состоянии на диспансерное наблюдение.

Выводы. Анатомические причины кишечной инвагинации у детей могут встречаться в любом возрасте, особенно при тонко-тонкокишечной форме. Компьютерная томография брюшной полости с контрастированием может помочь в диагностике сосудистых новообразований кишечника. Лапароскопия – эффективный метод диагностики и лечения редких форм инвагинации у детей.

## **ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ВТОРИЧНОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Юльметов Г.А., Морозов В.И. (Казань)*

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в лечении нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (НДМП) у детей, для большинства специалистов, они остаются пока еще



малоутешительными. Большинство авторов признают главенствующую роль нервной системы в развитии заболевания, но акцент в лечении делается на стабилизацию функционального состояния мочевого пузыря различными методами симптоматической терапии. На наш взгляд, топическая диагностика этих поражений и целенаправленное терапевтическое воздействие на эти структуры нервной системы в сочетании с симптоматической терапией функциональных расстройств мочевого пузыря могут существенно улучшить результаты лечения данной патологии у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 133 ребенка с НДМП в возрасте от 3 до 14 лет (63 мальчика и 70 девочек): от 3 до 7 лет было 39, от 8 до 11 лет – 55, от 12 до 14 лет – 39 детей, у 52% из них наряду с НДМП определялся вторичный энурез.

Результаты и обсуждение. Критерии оценки эффективности проводимого лечения с учетом уровня поражения ЦНС основывались на катamnестическом обследовании не ранее одного года после завершения этапного лечения. При этом учитывались жалобы больного, клиническая симптоматика, данные лабораторного исследований, УФМ, УЗИ почек и мочевого пузыря. Инвазивные методы контрольной диагностики (МЦУГ, цистометрия и профилометрия уретры, цистоуретроскопия с калибровкой уретры) назначали строго по показаниям преимущественно, оперированным по поводу спинномозговых грыж.

Последующее этапное лечение, проводимое курсами через 3 мес., позволило значительно улучшить вышеизложенные показатели.

Наилучшие результаты лечения получены в группе больных с «высоким» уровнем поражения ЦНС и, прежде всего, у больных с последствиями натальной травмы шейного отдела позвоночника. Менее оптимистическими оказались результаты лечения за период катamnестического наблюдения до 3-х лет больных с миелодисплазией пояснично-крестцового отдела спинного мозга.

#### Выводы и рекомендации

Лечение НДМП у детей и подростков должно проводиться индивидуально у каждого больного с учетом уровня и характера поражения нервной системы, а также функционального состояния мочевого пузыря и мышц урогенитальной диафрагмы.

При лечении НДМП у детей и подростков основной или базисной должна быть терапия первичного очага поражения нервной системы.

Основой успешной реабилитации детей с НДМП должен быть принцип этапного лечения и преемственности этих больных при «передаче» их во взрослую сеть.

### **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ**

*Юнусов Д.И., Миронов П.И., Фатхулисламов Р.Р., Псянчин Т.С. (Уфа)*

Цель исследования : разработка алгоритма помощи детям с сочетанной травмой, полученной в отдаленных населенных пунктах .

Материал и методы. Проведен анализ лечения 130 детей. Возраст пациентов от 1 года до 15 лет. Средний балл по шкале ISS  $22,7 \pm 7,8$ , PTS  $6,1 \pm 2,1$ , GCS  $12,8 \pm 2,6$ . В состоянии шока находились 67,7% пострадавших. Все пострадавшие поступили первично в хирургические отделения муниципальных медицинских учреждений. 83,8% детей доставлены в течение первого часа после травмы. После постановки на учет проводилась первичная консультация врача центра санитарной авиации, предварительная дистанционная оценка тяжести травмы и состояния, определение предполагаемого ведущего типа повреждения, назначение обследований и рекомендаций по лечению, оценка возможностей ЦРБ, принятие коллегиального решения. При PTS < 8, GCS ≤ 13, ISS > 16: формирование и оснащение мультидисциплинарной бригады и выезд к пострадавшему. При PTS > 8, GCS > 13, ISS < 16: ведение в режиме круглосуточного дистанционного наблюдения. Результаты. Травма ОДА сочеталась ЧМТ у 90 детей (69%), сочетание повреждений ОДА, внутренних органов и ЧМТ – 36 (28%), повреждений ОДА и ВО – 4 (3%). Общее количество повреждений у 130 детей – 497. Преобладали переломы нижних конечностей 76,1%. Пострадавшим были проведены 27 операций, направленных на устранение жизнеугрожающих расстройств и фиксация переломов нижних конечностей и тазового кольца АНФ. Транспортировка пациентов в специализированный центр осуществлялась по стабилизации и улучшению тяжести состояния пострадавших. Перевод в центр осуществлялся на  $4,31 \pm 1,31$  сутки. На профильном этапе выполнены операции: остеосинтез эпиметафизарных переломов верхних и нижних конечностей спицами Киршнера и винтами – 68; лечение диафизарных переломов нижних конечностей по методике ESIN – 35, стандартный остеосинтез пластинами LCD и LCP – 50, МПО – 10, остеосинтез АНФ – 19, либо их комбинациях. При оценке оперативного лечения переломов по шкале Маттиса-Любошица-Шварцберга получены результаты у 75,2% детей – отличные и хорошие, 21,8% – удовлетворительные, 3% – неудовлетворительные..

Заключение. Таким образом применение балльной оценки тяжести повреждений и состояния пациентов, своевременный выезд мультидисциплинарной бригады специализированного центра, применение стержневых АНФ на реанимационном этапе, и малоинвазивных методов фиксации переломов на специализированном этапе позволило достоверно улучшить качество оказания помощи пострадавшим.

## **ФИКСАЦИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ**

*Юсупов Ш.А., А.М., Ж.А., Хасанов А.Б. (Узбекистан, Самарканд)*

Актуальность. Распространенный аппендикулярный перитонит (РАП) – это сложная и актуальная проблема в детской хирургии, летальность при данной патологии достигает до 20-30%.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе 2-й клиники СамГосМИ среди 55 детей с РАП. У всех больных с РАП оперативные вмешательства проводились по методу Волкович-Дьяконову. С целью предупреждения отхода цекостомы или аппендикостомы от

передней брюшной стенки у детей с РАП разработан способ временной фиксации слепой кишки при наложении кишечных стом (патент на изобретение №5992 от 12.10.1999). Способ заключается в наложения вокруг стомы на передней стенке слепой кишки 4-5 серозно-

мышечных П-образных шелковых швов, оба конца которых выводят на кожу и фиксируются в виде узлов. После удаления декомпрессионной трубки из тонкой кишки и закрытия аппендикосто-

или цекостомы снимаем фиксирующие серозно-мышечные швы купола слепой кишки, после чего последняя самостоятельно погружается вглубь брюшной полости.

Результаты и обсуждения. Предложенная методика позволила достоверно сократить сроки нахождения детей в ОРИТ на 2,8 суток и продолжительность послеоперационного обезболивания на 1,8 дня. Более быстрое нивелирование явлений перитонита благоприятно влияло и на сроки восстановления перистальтики кишечника и появления первого самостоятельного стула, который в среднем отмечался на 2,6 суток раньше, что позволило на 1 сутки раньше удалить желудочный зонд. Предлагаемые тактические и технические решения позволили уменьшить частоту раневых осложнений до 44,6%, внутрибрюшных осложнений – до 26,2%, релапаротомий – до 33,1% и летальности – в 9,3 раза.

Выводы и рекомендации. Предлагаемая методика способствует снижению частоты раневых осложнений, госпитализаций с целью проведения повторных релапаротомий и сокращению летальности.

## **АППЕНДИКО- И ЦЕКОЭНТЕРОСТОМИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ**

*Юсупов Ш.А., А.М., Атакулов Д.О., Хасанов А.Б. (Узбекистан, Самарканд)*

хирургического лечения распространенного аппендикулярного перитонита (РАП) у детей, направленная на устранение повышенного внутрикишечного и внутрибрюшного давления, обеспечение постоянной аспирации и санации токсического кишечного содержимого, улучшение микроциркуляции стенки, тем самым на быстрое восстановление моторики кишечника.

До настоящего времени нет единого мнения о наиболее приемлемом методе и оптимальных сроках декомпрессии кишечника. Опираясь на это, мы решили оценить эффективность разработанных нами способов декомпрессии кишечника у детей с функциональной недостаточностью при разлитом аппендикулярном перитоните.

Материалы и методы. Для нашего исследования было отобрано 79 больных с РАП, осложненным параличом кишечника, которым были проведены разработанные нами методы декомпрессии кишечника через аппендикостому – 55 (69,6%) и цекостому – 24 (30,4%).

Результаты и обсуждения. Предоперационная подготовка была проведена в течение 8-12 часов. Оперативное вмешательство начиналось через косо-переменный доступ по Волковичу-Дьяконову, что позволило провести удаление аппендикса и полноценную санацию всех отделов брюшной полости без перехода на срединный доступ. Санацию выполняли с помощью электроотсоса и марлевых салфеток, после чего брюшная полость озонировалась в течение 5 минут озоно-кислородной смесью. Далее проводились разработанные нами способы декомпрессии кишечника через аппендикостому или цекостому, которые

обусловлены следующими соображениями: вхождение зонда через слепую кишку не приводит к деформации кишечной трубки, отхождение цекостомы от передней брюшной стенки менее опасно, чем энтеростомы, отделяемое свища менее агрессивно и не мацерирует кожу, а свищ, как правило, закрывается самостоятельно.

Разработанные нами методы декомпрессии тонкого кишечника у детей с РАП способствовали более раннему восстановлению перистальтики кишечника и появлению первого самостоятельного стула (на 4-сутки), нормализации температуры тела на 4-5 сутки, сокращению сроков нахождения желудочного зонда (до 3 суток) и ранней активизации пациентов (2-3 сутки).

Выводы и рекомендации. Предлагаемые методы декомпрессии тонкой кишки при РАП у детей, отличаются малой травматичностью, технической простотой исполнения, приводят к быстрой ликвидации эндогенной интоксикации, раннему восстановлению перистальтики кишечника и не требуют повторных вмешательств по ликвидации кишечных стом.

## **ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОЙ МЕЛКОКИСТОЗНОЙ ФОРМЫ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ИЛИ ЛИМФОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ**

*Яматина С.В., Петухов А.В., Комелягин Д.Ю., Топольницкий О.З., Дубин С.А., Владимиров Ф.И., Громова Т.Н., Благих О.Е., Стрига Е.В. (Москва)*

Актуальность. Отсутствует алгоритм диагностики и лечения детей с поверхностной мелкокистозной формой лимфатической (ЛМ) или лимфовенозной (ЛВМ) мальформацией языка.

Материалы и методы. Пролечено 23 ребёнка в возрасте от 2 до 16 лет с ЛМ (13 пациентов) и ЛВМ (10 пациентов) языка. Обязательные методы обследования - УЗИ и МРТ патологических тканей в области головы и шеи. По данным МРТ выявляли степень поражения языка в зависимости от глубины распространения патологических тканей. Вне зависимости от глубины поражения, удаление поверхностной формы мальформации проводилось одним способом. Всем детям была выполнена операция: удаление патологических тканей с применением непрерывного или импульсно-периодического лазерного излучения. Использовался лазерный аппарат ЛСП-"ИРЭ-Полус", позволяющий работать в двух режимах: длина волны 1,55 мкм - для ЛМ, 0,97 мкм - для ЛВМ, мощность - 1-5 Вт. Все операции проводились под наркозом.

Результаты и обсуждение. У 17 (73,9%) больных диагностирована поверхностная и глубокая формы ЛМ и ЛВМ языка, у 6 (26,1%) - только поверхностная форма. Хороший результат был у 23 детей (100%). Осложнений не было. По данной методике получен патент на изобретение №2676832. Хорошим считался результат, при котором патологические ткани были удалены в полном объёме, отсутствовали функциональные нарушения, улучшалась социальная адаптированность ребёнка.

Выводы и рекомендации. Преимуществами метода: небольшая длительность операции; минимальный отёк тканей и отсутствие боли; сохранение вкусовой чувствительности. Вне

зависимости от глубины поражения языка патологическими тканями, у всех больных получен хороший клинический результат. Благодаря данному способу достигаются цели: снижение риска развития рецидива; уменьшение травматичности операции, а также сведение к минимуму интраоперационной кровопотери. Новое в способе - впервые применённое лазерное воздействие ЛМ и ЛВМ языка в двух различных режимах.

## **АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ**

**Яфясов Р.Я., Кутлююлова Л.К. (Казань)**

**Актуальность:** Острый аппендицит (ОА) является наиболее частой неотложной хирургической патологией и причиной обращаемости в хирургические стационары. Осложненные формы ОА требуют более длительного стационарного лечения, повышают риск осложнений (спаечная болезнь, бесплодие у девочек), поэтому своевременная постановка диагноза имеет важнейшую роль.

**Материалы и методы:** Проведен анализ историй болезни пациентов в ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ за 2013-2018 гг. с осложненными формами ОА. Учитывались следующие показатели: 1) количество больных, оперированных по поводу ОА; 2) распределение больных по формам перитонита; 3) распределение по возрастам; 4) время от начала заболевания до госпитализации; 5) время от момента госпитализации до операции.

**Результаты и обсуждения:** С 2013 по 2018 гг. пролечено 2913 детей с ОА. Осложненные формы ОА были у 328 больных (11,3 %). Местный перитонит – у 249 больных (76%), распространенный – у 70 (21,3 %), абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат – у 9 (2,7 %). Возраст детей: до 1г. – 0, 1-2 г. – 233 (8%), 3-6 л. – 612 (21%), 6-9 л. – 466 (16%). 10-15 л. – 180 (55%). По времени до госпитализации: до 6 ч – 0, от 6 до 12 ч – 30 детей (9,2%), 12-24 ч – 83 (25,2%), более 24 ч – 215 (65,6%). Ошибки на этапах диагностики были у 109 детей (33,2%), из них: на догоспитальном этапе - у 69 (21,2%), на госпитальном этапе у - 39 (12 %). Основные причины на догоспитальном этапе: 1) ошибки диагностики врачей и фельдшеров СМП, педиатров (низкая настороженность в отношении хирургической патологии) у 19 больных (27%); 2) отказ родителей при рекомендации врачей к госпитализации в хирургический стационар - 12 (18%); 3) несвоевременное обращение родителей (свыше 50%) при сроке заболевания более 1 суток). На госпитальном этапе – 1) ошибочное исключение острой хирургической патологии в приёмном отделении у 21 больного (54%); 2) непрофильная госпитализация в соматическое отделение под маской соматической патологии у 13 (33,2%); 3) длительное наблюдение в хирургическом отделении - 5 (12,8%).

**Выводы и рекомендации:** Причинами задержки диагностики ОА были: низкая санитарная грамотность населения, низкая настороженность медицинских работников в отношении хирургической патологии. Необходимо проводить санитарно-просветительную работу, инструктирование первичного звена, СМП, детских больниц о необходимости консультации хирургом детей с острыми болями в животе длительностью более 6 ч, соблюдение клинических рекомендаций по диагностике и лечению острого аппендицита у детей.



## **РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ**

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

Современный этап хирургической коррекции БГ характеризуется разработкой и широким внедрением малоинвазивных вмешательств и переходом к одноэтапному методу лечения.

Цель сообщения – обобщение начального опыта малоинвазивных вмешательств при болезни Гиршпрунга у детей.

За 2007-2017 гг. хирургическое лечение выполнено у 74 пациентов с болезнью Гиршпрунга. Возраст больных от 1 месяца до 14 лет. Трансанальная методика резекции и низведения выполнена у 41 пациента, лапароскопически ассистированная резекция и низведение - у 33. Длительность хирургического вмешательства составила от 1,5 до 6 часов. Интраоперационная кровопотеря была минимальной. Малая травматизация тканей позволила значительно снизить объем послеоперационной интенсивной терапии.

Пациенты выписаны из стационара на 7-10 сутки после хирургического вмешательства. К моменту выписки колоректальный анастомоз был проходим у всех пациентов. При контрольном осмотре, явления анастомозита отмечались у 37 пациентов, стеноз колоректального анастомоза сформировался - у 4.

Отдаленные результаты прослежены на сроках наблюдения до 10 лет. Хорошие результаты отмечены у 56 больных, удовлетворительные – у 11, неудовлетворительные – у 7. Двум пациентам со стенозом колоректального анастомоза выполнены повторные операции низведения.

Таким образом, результаты малоинвазивных вмешательств позволяют считать их операций выбора в лечении болезни Гиршпрунга у детей.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Элмурадов Ш.Х. Лапароскопическая эхинококкэктомия осложненных эхинококковых кист печени у детей .....	1
Абушкин И.А., Лапин В.О., Денис А.Г., Галиулин М.Я., Романова О.А.Оптоволоконный 1,56 и 1,9 мкм лазер в лечении венозных и артерио-венозных мальформаций .....	1
Азизов А.А., Шамсзода Х.А., Султонов Ш.Р., Займудинов Б.М., Зарифов Х.З. Причины осложнений циркумпизии у детей .....	2
Айрапетян М.И., Морозов Д.А. Экспериментальное исследование вариантов шва толстой кишки .....	3
Акмоллаев Д.С., Притуло Л.Ф., Ионичева Е.В., Рыбников А.П. Особенности клинического течения сальпингоофоритов у детей с острым аппендицитом и послеоперационной санаторно-курортной реабилитацией .....	4
Аксельров М.А., Евдокимов В.Н., Связан В.В., Сахаров С.П., Емельянова В.А., Мальчевский В.А., Столяр А.В., Горохов П.А. Способ фиксации троакаров при эндоскопических операциях .....	5
Алейникова Н.Г., Степанова Н.М., Сыркин Н.В., Поваринцев К.О., Смирнов О.Г., Иргит, Нахапетян Р. Л.Врожденные пороки сердца в структуре врожденных аномалий развития Алейникова Н.Г., Степанова Н.М., Сыркин Н.В., Поваринцев К.О., Смирнов О.Г., Иргит, Жигулин Г.М. Ретинопатия недоношенных: факторы риска .....	5
Алибаев А.К., Парамонов В.А., Исламова Л.Р.Результаты лечения эхинококкоза у детей ...	6
Алянгин В.Г., Сатаев В.У., Гумеров А.А., Садретдинов М.М., Мухаметзянов А.М.Критерии определения лечебно-диагностической тактики при травмах грудной клетки у детей .....	7
Алянгин В.Г., Сатаев В.У., Салимгареев А.А., Гизатуллин Р.Х., Мухаметзянов А.М. Эндоскопическая поддержка нутритивных мероприятий у детей в критических состояниях .....	8
Антоненко Ф.Ф., Марухно Н.И., Вилисова Л.В., Иванова С.В.Хирургический катамнез в течении 32 лет после атрезии тонкой кишки.....	9
Антоненко Ф.Ф., Марухно Н.И., Лемза О.В., Нелюбов И.В., Сиченава З.А. Абдоминальный синдром при гастро-дуоденитах и перфоративные язвы желудка у детей.....	10
Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Калинина Ю.А., Митькина Н.Н., Маклакова Р.В. Проблема остаточных кист после эхинококкэктомии .....	10
Арзин Д.Н., Филатов В.С., Пospelов М.С., Закиров И.И., Петрушенко Д.Ю., Румянцева И.В., Костромин А.А., Амерханов Н.З.Опыт применения экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) у пациента с тяжелой формой дыхательной недостаточности .....	11
Арифджанов Н.С., Алиев М.М., Тилавов У.Х., Каримов Б.А.Баллонная дилатация протяженных постожоговых рубцовых стриктур пищевода.....	12
Асфандияров Б.Ф., Зайнуллин Р.Р., Семенова Е.С. Кисты селезенки у детей .....	13
Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Мельцин И.И., Арестова С.В. Патоморфоз острого гематогенного остеомиелита у детей .....	14
Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Курбанов Ж.Ж., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А. Наш опыт лапароскопического лечения острого аппендицита у детей .....	15
Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А. Результаты лечения врожденного мегауретера у детей .....	16
Ашурбеков В.Т., Мадани Туре. Аппендицит на почве глистной инвазии .....	16
Ашурбеков В.Т., Патахов С.П., Махачев Б.М., Магомедов А.Д. Эхинококкоз паренхиматозных органов у детей .....	17
Бабич И.И., Мельников Ю.Н. Лечение осложнённых форм странгуляционной кишечной непроходимости у детей .....	18
Бабич И.И., Багновский И.О. Способ интраоперационного гемостаза паренхиматозных органов при оружейных ранениях .....	18
Бабошко П.Г., Базалий В.Н., Царева В.В. Лечение новорожденных с атрезией начального отдела тощей кишки. ....	19
Бабошко П.Г., Ростовцев Н.М., Котляров А.Н., Лапин О.В, Базалий В.Н., Царева В.В. Хирургическое лечение при прогрессирующем перитоните у новорожденных с некротизирующим энтероколитом с низкой и экстремально низкой массой тела .....	20
Байрамгулов Р.Р., Махонин В.Б., Гумеров А.А., Нартайлаков М.А., Зайнуллин Р.Р., Алибаев А.К. Результаты лечения злокачественных новообразований печени у детей .....	20
Алибаев А.К. Результаты лечения злокачественных новообразований печени у детей .....	21

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Барова Н.К., Тараканов В.А., Убилава И.А., Юдаев В.П., Шумливая Т.П., Масько Д.И. Современные методы диагностики и лечения бактериально-деструктивной пневмонии у детей .....	22
Барская М.А., Быков Д.В., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Леонтьев А.В., Мазнова А.В., Родионов В.Г. Опыт лечения закрытой травмы живота с повреждением селезенки .....	23
Батрутдинов Р.Т., Морозова С.В., Александров С.В. Уретропластика ГПР с препуциопластикой: TIPS AND TRICKS .....	24
Батрутдинов Р.Т., Морозова С.В., Александров С.В. Уретропластика Inlay при первичной и повторной гипоспадии: оценка результатов с помощью объективных балльных систем NOPE-score и NOSE-score .....	24
Баходуров ДЖ.Т., Ибодов Х., Абдулалиев А., Икромов Т.Ш., Рофиев Р. Негазообменная функция легких у детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких у детей ...	25
Бикбаева Р.Р., Муслимова С.Ю., Лукманова Л.Х., Парамонов В.А. Ошибки в диагностике и лечении перекручивания ножки новообразований яичников у девочек .....	26
Богданов И.Ю., Караваева С.А., Котин А.Н., Попова Е.Б. Опыт лечения детей с синдромом короткой кишки в Санкт-Петербурге .....	27
Васильев О.В., Притуло Л.Ф., Рыбников А.П., Ионичева Е.В. Особенности переломов костей у детей с остеопорозом .....	28
Великанов А.В., Цап Н.А., Чукреев В.И., Макаров П.А., Огарков И.П., Чукреев А.В., Шаруда Е.В., Рокина Л.В., Виниченко М.М. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки .....	29
Винокурова Н.В., Лукашина Н.А., Цап Н.А. Структура послеоперационных осложнений у детей с болезнью Гиршпрунга в зависимости от выбранной хирургической тактики .....	30
Гагина Д.В., Плечев В.В., Николаева И.Е., Гумеров А.А., Онорато Е., Бузаев И.В., Дмитриев И.В. Использование внутрисердечного ультразвука при рентгенохирургических операциях у детей .....	31
Гасанов Д.А., Барская М.А., Терёхин С.С., Мелкумова Е.Г., Алексеева И.Н. Эффективность хирургического лечения детей с врожденным гидронефрозом в зависимости от способов дренирования мочевых путей .....	32
Гасанов Д.А., Барская М.А., Терёхин С.С., Узинцева А.А. Отдаленные результаты хирургического лечения гипоспадии у детей .....	33
Гасанов Д.А., Терёхин С.С., Барская М.А., Смолин С.Е., Бастраков А.Н. Эффективность хирургического лечения солитарных кист почек у детей .....	34
Гацуцын В.В., Ким Л.А., Кузьмичев В.А., Наливкин А.Е., Пыхтеев Д.А. Применение вас-систем в лечении раневых осложнений после малоинвазивной хирургической коррекции деформации грудной клетки у детей и подростков .....	35
Герасименко И.Н., Минаев С.В., Григорова А.Н., Быков Н.И., Тимофеев С.В., Обедин Н.А. Применение лапароскопических устройств в хирургии эхинококкоза печени .....	36
Гопиенко М.А., Караваева С.А., Патрикеева Т.В., Соловьёва О.А., Леваднев Ю.В., Иванов С.Л. Трудности в диагностике и лечении сочетанной атрезии двенадцатиперстной и тощей кишки у новорожденной девочки .....	36
Гопиенко М.А., Немилова Т.К., Караваева С.А., Котин А.Н., Попова Е.Б., Атрезии пищевода у недоношенных детей .....	37
Горелик А.Л., Карасёва О.В., Харитонов А.Ю., Уткина К.Е., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е. Эрозивно-язвенные поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей .....	38
Горелик А.Л., Харитонов А.Ю., Уткина К.Е., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Карасёва О.В. Пункционно-дилатационная трахеостомия у детей .....	39
Горшков А.Ю., Сергеечев С.П., Портенко Ю.Г., Алехова Е.Л., Михайлова С.И. Особенности лечения свищевой формы парапроктита у детей младшей возрастной группы..	40
Гумеров А.А., Сатаев В.У., Парамонов В.А., Гумеров Р.А. Видеоторакоскопическое лечение эмпиемы плевры у детей .....	41
Гумеров А.А., Зайнуллин Р.Р., Шарипов Н.Н., Нафикова Р.А., Алибаев И.А. Осложнения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки .....	42
Гумеров А.А. Сроки развития рецидива эхинококкоза печени после хирургического лечения .....	42
Дегтярев Ю.Г., Аверин В.И., Никифоров А.Н., Новицкая С.К. Повторные операции на	

## ОГЛАВЛЕНИЕ

промежности при лечении врожденных аноректальных пороков .....	43
Демидов А.А., Ростовская В.В., Казанская И.В., Староверов О.В. Обструкция пиелоуретерального сегмента: Так ли всё однозначно? Что мы лечим? .....	44
Денис А.Г., Рехвиашвили М.Г., Полуэктов Д.С., Базина И.Г., Абушкин И.А., Кузнецова Ю.А., Томина В.О., Таранова Ю.А., Шалатонин М.П., Каражова Э.Ф., Стародубова А.А. Солидная опухоль шеи, эмитирующая сосудистую мальформацию. ....	45
Дженалаев Б.К., Котлобовский В.И., Досгагамбетов С.П., Ергалиев А.Е., Кенжалина Р.А., Жалмуханбетов К.К., Сивак И.Д. Результаты лечения детей с болезнью Гиршпрунга ...	46
Дженалаев Б.К., Роскидайло Е.В., Сатыбалдиев К.Ж., Герасимова М.В., Зевреев Р.И. Применение механического морцеллятора для эндохирургической экстракции безоаров у детей .....	47
Дияров Н.А., Эргашев Н.Ш., Турабаева З.К. Тератоидные опухоли различной локализации у детей .....	48
Емельянова В.А., Аксельров М.А., Супрунец С.Н., Евдокимов В.Н., Мальчевский В.А., Сергиенко Т.В., Аксельров А.М., Свазян В.В., Сахаров С.П., Вешкурцева И.М. Отдалённые результаты лечения детей, оперированных с атрезией пищевода с «большим диастазом»... ..	48
Ерохина Н.О., Меновщикова Л.Б., Шумихин В.С., Левитская М.В. Тактика ведения детей с удвоением почек при наличии уретероцеле .....	49
Есеналина Н.С., Жанзакова А.Ж., Оценка результатов хирургического лечения врожденного гидронефроза у детей .....	50
Ефременков А.М., Туманян Г.Т., Акопян М.К., Ахматов Р.А., Антонов Д.В. Эндовидеохирургические вмешательства у детей с кистозными образованиями поджелудочной железы .....	51
Ефременков А.М., Туманян Г.Т., Акопян М.К., Уткина Т.В., Антонов Д.В. Опыт лапароскопических операций у детей с кистами холедоха .....	52
Железнов А.С., Плохарский Н.А., Ермолаева Н.С. Хирургическая тактика при атрезии тонкой кишки .....	53
Жиронкина В.К., Петров А.В., Армашов В.П., Мирошников Д.А., Лаврик Ю.Г., Шапоренко А.Г. Опыт выполнения традиционной и лапароскопической герниопластики у детей на базе районной клинической больницы .....	54
Жиронкина В.К., Петров А.В., Армашов В.П., Устинов Ф.С., Елисеева М.Е., Павленко В.В. Сложности дифференциальной диагностики гигантской ювенильной ксантогранулемы у ребенка 5 месяцев .....	54
Завьялкин В.А., Варламов А.В., Бородин Р.В. Антигипоксанты в лечении распространенного гнойного перитонита у детей .....	55
Захаров А.И., Коварский С.Л., Струянский К.А., Скларова Т.А., Текотов А.Н., Соттаева З.З., Петрухина Ю.В. Сравнительная оценка эндовидеохирургических доступов при гидронефрозе у детей .....	56
Зоркин С.Н., Шахновский Д.С. Новые технологии в лечении обструктивной уропатии у детей .....	57
Ибодов Х., Мирзоев Д.С., Давлатов С.Б., Рофиев Р. Эхинококк печени поддиафрагмальной локализации: доступ и методы ликвидации остаточной полости у детей .....	58
Ибодов Х., Мирзоев Д.С., Икромов Т.Ш., Давлатов С.Б., Рофиев Р.Р. Гиперводемическая гемодилуция и гипероксическая вентиляция легких у детей с поддиафрагмальными эхинококковыми кистами печени .....	59
Иванов Г.В., Табанакова И.А., Зверев О.Г., Ти А.Д., Кондрашов И.А., Иванова А.А. Редкое наблюдение лёгочного кровотечения у подростка, вызванное пороком развития сосудов лёгкого .....	60
Ивченко А.А., Минаев С.В., Герасименко И.Н., Быков Н.И., Обедин А.Н., Ивченко Г.С., Ракитина Е.Н., Шамадаев Э.З., Зеленская М.В., Погасян А.А. Использование различных способов компрессионной терапии рубцов пластырем пролонгированного действия .....	61
Изосимов А.Н., Шакиров В.В., Изосимов А.А. Автоматизированная диагностика и консервативное лечение инвагинации кишечника у детей .....	61
Индроква С.Б., Смирнова А.Р., Смирнов В.А., Молов А.Р. Результаты лечения аппендикулярного перитонита у детей по материалам Республиканской детской	

## ОГЛАВЛЕНИЕ

клинической больницы .....	
Ионичева Е.В., Акмоллаев Д.С., Васильев О.В. Санаторно-курортное лечение детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом .....	62
Ионов А.Л., Сулавко Я.П., Пичугина М.В. Спектр хирургических осложнений в лечении болезни Гиршпрунга и атрезий ануса и прямой кишки у детей. ....	63
Исламов С.А., Афанасьева Н.В., Псянчин Т.С. Юнусов Д.И. Оказание помощи детям с высокоэнергетическими видами травматических воздействий на этапах медицинской помощи. ....	64
Исламов С.А., Латыпова Г.Г., Псянчин Т.С., Юнусов Д.И., Сатаев В.У., Шангареева Р.Х. Социальные проблемы гибели и инвалидности детей вследствие кататравмы. ....	65
Израелян Р.Э., к.м.н. Бойко А.В. Малоинвазивная хирургия в лечении болезни Гиршпрунга. ....	66
Калинина Ю.А., Кузнецов А.С., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Шарапова О.Н. Опыт применения лапароскопических операций при кистозных поражениях почек у детей .....	67
Камкалина Д.В., Морозов В.И., Яфясов Р.Я. Анализ новообразований придатков матки у девочек в практике детских хирургов .....	68
Карасева О.В., Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Уткина К.Е., Ахадов Т.А., Мельников И.А. Лапароскопическое лечение эхинококковых кист печени .....	68
Каримов Б.А., Алиев М.М., Тилавов У.Х., Арифджанов Н.С. Эндоскопическое внутрисветовое лечение трахеопищеводного свища у детей. ....	69
Каримов К. Р., Мансуров А.Б., Каримов Р.К. Деятельность отделения хирургии поврежденных детского возраста .....	70
Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Молчанова Д.В., Балюра М.Г. Опыт лечения вентральных грыж у детей .....	71
Карпова И.Ю., Стриженок Д.С., Мясников Д.А., Филькин А.А. Применение видеоассистированной торакокопии при коррекции различных заболеваний органов грудной клетки у детей .....	72
Карташев В.Н., Аврасин А.Л., Долинина М.В. Осложнения после эндоскопической коррекции уретероцеле. ....	73
Касьян А.Р. Сатаев В.У. Опыт лечение вросшего ногтя у детей. ....	73
Кесаева Т.В., Караваева С.А., Котин А.Н. Показания к колостомии у детей с болезнью Гиршпрунга. ....	74
Киргизов И.В., Апросимова С.И., Шишкин И.А. Гипертонус анального сфинктера, как причина запоров в детском возрасте .....	74
Киреева Н.Б., Хафизова Л.А., Заугаров М.Ю., Тибилев А.З. Малоинвазивное лечение кист почек у детей .....	75
Кирсанов А.С., Ольхова Е.Б., Пачес О.А., Дзядчик А.В., Ефременков А.М. Варианты мальротации кишечника у детей различных возрастных групп .....	76
Ковальков К.А., Козлов Ю.А., Распутин А.А., Барадиева П.А. Лечение кист холедоха у детей с использованием лапароскопической гепатикодуоденостомии .....	77
Ковальков К.А., Козлов Ю.А., Распутин А.А., Барадиева П.А., Смирнов А.А. Пероральная эндоскопическая миотомия (поэм) у подростка с ахалазией пищевода .....	78
Коварский С.Л., Захаров А.И., Склярова Т.А., Соттаева З.З., Струянский К.А., Текотов А.Н., Гумбатова А.Ф. Солитарные кистозные поражения почек у детей: диагностика и результаты лечения. ....	79
Коварский С.Л., Захаров А.И., Склярова Т.А., Соттаева З.З., Струянский К.А., Петрухина Ю.В. Лапароскопические методы лечения детей с врожденными образованиями мочевого пузыря и уретры .....	79
Коварский С.Л., Николаев С.Н., Меновщикова Л.Б., Склярова Т.А., Захаров А.И., Соттаева З.З. Возможности ботулинотерапии у детей с миелодисплазией и дисфункциональным мочеиспусканием .....	80
Коварский С.Л., Агеева Н.А., Захаров А.И., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Склярова Т.А., Струянский К.А. Выбор тактики хирургического лечения гидронефроза с aberrантным сосудом .....	81
Коварский С.Л., Агеева Н.А., Захаров А.И., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Склярова Т.А., Струянский К.А. Сравнительный анализ различных способов диагностики aberrантного .....	82



## ОГЛАВЛЕНИЕ

сосуда почки при гидронефрозе у детей .....	83
Козлов Ю.А, Распутин А.А., Барадиева П.А., Ковальков К.А. Лапароскопический анастомоз при атрезии тонкой кишки .....	84
Козлов Ю.А., Смирнов А.А., Распутин А.А., Барадиева П.А., Ковальков К.А. Пероральная эндоскопическая миотомия желудка (G-РОЕМ) у пациента с врожденным гипертрофическим пилоростенозом – первый клинический опыт .....	84
Козлов Ю.А., Распутин А.А., Барадиева П.А., Ковальков К.А. Торакоскопическая трахеопексия для лечения трахеомаляции у новорожденного ребенка .....	85
Койнов Ю.Ю., Грамзин А.В., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Кривошеенко Н.В. Опыт лечения детей с приобретёнными заболеваниями аноректальной зоны .....	86
Койнов Ю.Ю., Грамзин А.В., Цыганок В.Н., Кривошеенко Н.В., Павлушин П.М. Повторные операции у детей с аноректальными мальформациями .....	87
Комелягин Д.Ю., Петухов А.В., Яматина С.В., Галибин И.Е., Иванов А.В., Дубин С.А., Владимиров Ф.И., Громова Т.Н., Благих О.Е. Опыт лечения детей с артериовенозными мальформациями головы и шеи .....	88
Корочкин М.В., Кравчук С.В., Поддубный Г.С., Тарусин Д.И., Мурчина А.Н., Гурзо Ю.Д., Корнюшко А.Ю., Гридина Л.Ю. Организация отделения «Хирургический стационар кратковременного пребывания» Морозовской ДГКБ г. Москвы .....	88
Котлобовский В.И, Досмагамбетов С.П., Дженалаев Б.К., Роскидайло Е.В., Сатыбалдиев К.Ж. Гутарев А.А. Наш опыт эндохирургической коррекция заболеваний диафрагмы у детей .....	89
Котлобовский В.И., Ергалиев А.Е., Досмагамбетов С.П., Дженалаев Б.К., Роскидайло Е.В., Латыпов Н.И. Наш опыт лапароскопических операций при кисте холедоха у детей .....	90
Котлобовский В.И., Тусупкалиев А.Б., Мирманов А.А., Роскидайло Е.В. Жалмухамбетов К.К. Лапароскопическая пиелопластика при врожденном гидронефрозе у детей с применением 2D, 3D, 4K видеосистем .....	91
Котлубаев Р.С., Афуков И.В., Мельцин И.И., Калинина Ю.А. Причины резекции желудка у детей .....	92
Кошурников О.Ю., Потапенко В.Ю., Мигачева Л.В. Профилактика и лечение пролапса интестинальных стом у детей .....	92
Кривошеенко Н.В., Грамзин А.В., Чикинев Ю.В., Дробязгин Е.А., Коробейников А.В., Койнов Ю.Ю. Анализ структуры заболеваемости и опыт лечения патологии органов грудной клетки у детей .....	93
Круглов И. Ю., Румянцев Н. Ю., Клещ Д. С., Румянцева Н. Н. Врожденный передний вывих голени у мертворожденных плодов: морфологическое исследование .....	94
Круглов И. Ю., Румянцев Н. Ю., Румянцева Н. Н. Врожденный передний вывих голени: от пренатальной диагностики и немедленного лечения до обширной хирургии .....	95
Круглов И. Ю., Румянцев Н. Ю., Эрохи В. Е. Отдаленные результаты лечения врожденной косолапости (катамнез 25 и более лет) .....	95
Кузовлева Г.И., Мусаев Г.Х., Федоров А.К., Салихов Е.Т. Эхинококкоз почки у девочки 14 лет .....	96
Кузьмин А.И., Муни А.Г., Барская М.А., Терехина М.И., Скрипичин Н.А. Этиопатогенетические аспекты в лечении парапроктитов и параректальных свищей у детей .....	97
Кутуев Г.Р., Хакимова Л.С., Гумеров А.А., Алибаев А.К., Солдатов П.Ю. Реабилитация детей с перитонитом в санатории «Красноусольск» .....	98
Кутуев Г.Р., Хакимова Л.С., Гумеров А.А., Алибаев А.К., Солдатов П.Ю. Санаторно-курортное лечение детей с болезнью Пертеса .....	99
Кумарова А.Ж., Пиримбетов Н.А. Профилактика рубцовых стенозов пищевода у детей .....	99
Кучеров Ю.И., Адлейба С.Р. Подход в лечении лимфореи у новорожденных .....	100
Ли И.Б., Степанова Н.М., Кайгородова И.Н., Стальмахович В.Н., Страшинский А.С. Хирургическое лечение опухолей печени у детей .....	101
Линник А.В. Анализ качества медицинской помощи по профилю детская хирургия в рамках обязательного медицинского страхования .....	102
Лолаева Б.М., Джелиев И.Ш., Макоев В.О. Лечение обструкционного мегауретера у детей раннего возраста .....	103
Лопатина Л.В., Иванов Г.В., Ти А.Д., Паролова Н.И., Кровотечения из язв .....	103

## ОГЛАВЛЕНИЕ

гастродуоденальной области при эозинофильных поражениях ЖКТ у детей. ....	103
Лукманов М.И. Значение генетических исследований при профилактике и лечении больных рецидивными эхинококковыми кистами печени .....	104
Лывина И.П., Сухов М.Н., Нарбутов А.Г., Серков И.И. Синдром May-Thurner. Диагностика и лечение .....	105
Лывина И.П., Сухов М.Н., Нарбутов А.Г., Серков И.И. Аорта-мезентериальная компрессия у детей с внепеченочной портальной гипертензией .....	106
Марасанов Н.С., Иванов Ю.Н., Крестьяшин В.М., Мурга В.В., Рассказов Л.В., Шалатов Н.Н. Результаты лечения врожденной синдактилии кисти у детей .....	107
Матюшина К. М., Казанская И. В., Бабанин И.Л., Староверов О.В., Особенности функционального состояния пиелoureтерального сегмента гидронефротической и контрлатеральной почек .....	108
Махмудов З.М., Ж.А., Давранов Б.Л. Дивертикул Меккеля у детей: клиника осложнений... Махонин В.Б., Байрамгулов Р.Р., Зайнуллин Р.Р., Нартайлаков М.А. Злокачественные опухоли у детей- анализ неблагоприятных исходов .....	109
Мельцин И.И., Юдаева Ю.А., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Арестова С.В., Калинина Ю.А., Минибаева Я.Р., Пилотный проект первичной специализированной аккредитации детских хирургов .....	110
Меновщикова Л.Б., Склярова Т.А. Захаров А.И., Коварский С.Л., Николаев С.Н., Текотов А.Н., Соттаева З.З., Петрухина Ю.В. Дифференцированный подход к эндоскопической коррекции первичного пмр у детей .....	110
Минаев С.В., Григорова А.Н., Герасименко И.Н., Быков Н.И., Тимофеев С.В., Обедин А.Н. Применение лапароскопических устройств в хирургии эхинококкоза печени .....	111
Минаев С.В., Григорова А.Н., Герасименко И.Н., Долгашова М.А. Гистологические особенности строения эхинококковой кисты печени .....	112
Минаев С.В., Ивченко А.А., Быков Н.И., Ивченко Г.С., Анисимов И.Н., Бочнюк Е.А., Тимофеев С.В., Доронин Ф.В., Зеленская М.В., Погасян А.А., Шамадаев Э.З. Лечение послеоперационных рубцов в детском возрасте .....	112
Минаев С.В., Филипьева Н.В., Лескин В.В., Садовая А.С., Загуменная И.Ю., Ростова Н.П., Григорова А.Н., Шамадаев Э.З. Лучевые методы диагностики у детей с гематогенным остеомиелитом .....	113
Минаев С.В., Филипьева Н.В., Садовая А.С., Королева Н.И., Иванова Е.Н., Моисеева Е.В., Загуменная И.Ю., Ростова Н.П. Современные методы диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей .....	114
Михайлова С.И., Юсуфов А.А., Горшков А.Ю., Виноградова Т.А. Применение методов лучевой диагностики метаэпифизарного остеомиелита в зависимости от фазы заболевания. Молотов Р.С., Батаев С.М., Зурбаев Н.Т., Игнатьев Р.О., Афаунов М.В., Федоров А.К., Смирнова С.Е. Гидрохирургическое лечение деструктивных пневмоний у детей .....	115
Морозов В.И., Подшивалин А.А., Чигвинцев Г.Е., Амачиев Ш.Ю. Натальные повреждения висцеральных органов .....	116
Морозова В.С., Цыбин А.А., Кузьменко К.С., Слемзина М.Н., Ноевой И.И., Хачирова О.Ф. Концептуальный подход в лечении фиброзно - кистозной дисплазии костной ткани у детей. Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В. Консервативное лечение спаечной кишечной непроходимости .....	117
Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В. Клиническое наблюдение странгуляционной кишечной непроходимости на фоне множественных кист брыжейки кишечника .....	118
Муртазалиев И.Ю., Линьков В.М., Подшивалин А.А., Зыкова М.А., Нугманов А.Ф. Опыт применения мембраны «Коллост» при лечении больных с кожными дефектами .....	118
Некрасова Е.Г., Оленина Н.В., Мликова Т.В. Результаты хирургического лечения врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей .....	119
Некрасова Е.Г., Цап Н.А., Мликова Т.В., Оленина Н.В. Оперативное лечение пороков легких у детей .....	120
Николаев С.Н., Писклаков А.В. Спинальные хирургические вмешательства у детей с миелодисплазией с позиций нейроуролога .....	121
Новикова Е.В., Хан М.А., Николаев С.Н. Высокоинтенсивная импульсная магнитотерапия в лечении эпилепсии у детей .....	122
Новикова Е.В., Хан М.А., Николаев С.Н. Высокоинтенсивная импульсная магнитотерапия в лечении эпилепсии у детей .....	123
Новикова Е.В., Хан М.А., Николаев С.Н. Высокоинтенсивная импульсная магнитотерапия в лечении эпилепсии у детей .....	124

## ОГЛАВЛЕНИЕ

медицинской реабилитации детей, оперированных по поводу гидронефроза .....	124
Новицкая С.К., Дегтярев Ю.Г., Аверин В.И., Никифоров А.Н. Осложнения операции Дюамеля, причины, методы коррекции .....	125
Новицкая С.К., Дегтярев Ю.Г., Аксенчик М. Г., Дружинин Г. В. Объективизация определения функциональных результатов после лечения болезни Гиршпрунга .....	126
Новожилов В.А., Степанова Н.М., Петров Е.М., Милюкова Л.П., Круталевич Ю. М. Превентивные кишечные стомы в практике детского хирурга .....	127
Огнёв С.И., Цап Н.А, Кошурников О.Ю., Винокурова Н.В. Эхинококкоз органов брюшной полости у детей .....	128
Павлушин П.М., Грамзин А.В.2, Койнов Ю.Ю., Кривошеенко Н.В., Чикинев Ю.В. Опыт хирургической коррекции атрезии различных отделов тонкой кишки .....	129
Петрухина Ю.В., Коварский С.Л., Даренков С.П., Захаров А.И., Меновщикова Л.Б., Склярова Т.А., Соттаева З.З, Текотов А.Н., Струянский К.А. Кишечная деривация мочи у детей с экстрофией мочевого пузыря.....	130
Петрухина Ю.В., Разумовский А.Ю., Захаров А.И., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Склярова Т.А., Ерохина Н.О., Блох С.П., Солониченко В.Г., Глыбина Т.М., Калинин Н.Ю. Нарушение формирования пола. Редкий случай хромосомного мозаицизма.....	130
Пименова Е.С., Гусева Н.Б., Королев Г.А. Амбулаторный прием детского колопроктолога. Структура патологии, тактика .....	131
Пименова Е.С., Корчагина Н.С., Зюзько Д.Д., Королев Г.А. Состояние энтеральных нервных ганглиев при ишемии толстой кишки в эксперименте .....	132
Пинигин А.Г., Кузьмичев П.П. Отдаленные результаты малоинвазивного хирургического лечения фекальной инконтиненции аутожиром у детей.....	133
Плешков С.А., Филиппова Е.А., Окунев Н.А., Окунева А.И., Кемаев А.Б., Солдатов О.М., Клинико - эпидемиологические особенности осложненных внебольничных пневмоний у детей по данным Детской республиканской клинической больницы города Саранска .....	134
Плигина Е.Г., Буркин И.А., Ковалюнас И.С. Лечение детей с переломом межмышечкового возвышения большеберцовой кости .....	135
Поверин Г.В., Королева М.А., Егорова О.О., Шаимова Д.В., Зимин С.Н. Результаты лечения параректальных свищей у детей.....	136
Поверин Г. В. Тактика ведения детей с кистой копчика.....	136
Поддубный И. В., Рябов А. Б., Трунов В. О., Куркин А. П., Козлов М. Ю., Кубиров М. С., Хижников А. В., Малашенко А. С., Мордвин П. А., Копылов И. В., Шалатонин М. П., Твердов И. В. Хирургическое лечение детей с лимфатическими сосудистыми мальформациями .....	137
Подшивалова И.А., Окунев Н.А. Бегоулова Е.Г., Кемаев А.Б., Окунева А.И., Солдатов О.М. Пельвиоперитонит у детей по материалам ГБУЗ РМ ДРКБ г. Саранска .....	138
Полеев А.В., Тараканов В.А., Терещенко О.А. Клинико-лабораторные макрмеры в течении гиперспленизма у детей с синдромом портальной гипертензии и способы его коррекции..	139
Поляков П.Н., Крицук В.Г., Александров С.В., Жарова Н.В., Козловская О.В., Лопатина С.А., Полякова Т.И. Кисты почек у детей: наблюдение или операция.....	140
Поспелов М.С., Амерханов Н.З., Кутлююлова Л.К., Линьков В.М., Муртазалиев И.Ю., Нугманов А.Ф. Опыт вакуумного лечения обширных инфицированных ран конечностей у детей.....	140
Поспелов М.С., Подшивалин А.А., Зыкова М.А., Амерханов Н.З., Кутлююлова Л.К., Муртазалиев И.Ю., Нугманов А.Ф. Малоинвазивная торакальная хирургия: региональный опыт .....	141
Присуха И.Н., Аксельров М.А., Мальчевский В.А., Евдокимов В.Н. Способ определения показаний к операции у новорожденных с экстремально низкой массой тела .....	142
Пяттое Ю.Г., Тимонина А.В., Гольденберг И.Г. Ошибки дифференциальной диагностики перфоративной гастродуоденальной язвы и острого аппендицита у детей .....	143
Разумовский А. Ю., Алхасов А. Б., Митупов З. Б., Павлов А. А., Даллакян Д. Н., Савельева М. С., Чумакова Г. Ю. Результаты коррекции воронкообразной деформации грудной клетки по модифицированной методике Насса .....	144
Разумовский А. Ю., Алхасов А. Б., Митупов З. Б., Шоминова А. О. Консервативное лечение воронкообразной деформации грудной клетки у детей .....	144

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Алхасов А.Б., Галибин И.Е., Задвернюк А.С., Митупов З.Б., Степаненко Н.С., Феоктистова Е.В. Современные аспекты хирургического лечения портальной гипертензии у детей: 30-летний опыт.....	145
Распутин А.А., Барадиева П.А., Ковальков К.А., Козлов Ю.А. Минимально инвазивная хирургия новорожденных и младенцев – опыт выполнения более 2000 эндохирургических операций .....	145
Рожденкин Е.А., Паршиков В.В., Игумнова В.Г., Кочкин А.В., Горицкова Ю.А. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у детей .....	146
Рожденкин Е.А., Ясковец Н.А., Петрова Н.А., Сулейманова М.М. Анализ случаев кистозного поражения селезенки у детей .....	147
Романов Д.В., Сафин Д.А. Использование Nd:YAG 1064 nm лазерных систем в лечении венозных мальформаций у детей .....	148
Ростовцев Н.М., Котляров А.Н., Ядыкин М.Е., Мустакимов Б.Х., Ромасенко В.В. Эндовидеоторакоскопические вмешательства у детей с кистозными поражениями легких у детей .....	149
Ростовцев Н.М., Махалов А.А., Ядыкин М.Е., Котляров А.Н., Мустакимов Б.Х., Ромасенко В.В. Лечение и профилактика гастроэзофагеальных кровотечений у детей с внепеченочной формой портальной гипертензии .....	150
Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А., Минько Т.Н., Сергеев С.П. Диагностика и лечение осложнённых гастро-дуоденальных язв у детей .....	151
Румянцева Г.Н., Карташёв В.Н., Бурчёнкова Н.В., Аврасин А.Л., Медведев А.А., Результаты методов лечения гидронефроза у детей .....	152
Румянцева Г.Н., Нганкам Леон, Горнаева Л.С., Аврасина Л.А. Лечение артериовенозных мальформаций у детей супратенториальной локализации.....	152
Рыбников А.П., Притуло Л.Ф., Якубов Ю.К. Наш опыт лечения эхинококкоза у детей .....	153
Рыбников А.П., Притуло Л.Ф., Ионичева Е.В., Акмоллаев Д.С. Малоинвазивные операции у детей с кистами почек .....	154
Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Мифтяхетдинова О.В., Соболевский А.А. Функционально обоснованная тактика ведения пациентов грудного возраста с пренатально выявленным гидронефрозом.....	155
Сагитов И.Ш., Николаева И.Е., Плечев В.В., Каюмова Л.М., Губаев К.И., Зайнуллина А.Р., Багаутдинов А.А., Кузбекова Н.Н., Бадыков М.Р., Дмитриев И.В. Наш опыт катетерной радиочастотной абляции пароксизмальных наджелудочковых тахикардий у детей.....	156
Сафаров А.С., Сафаров Б.А., Асомова У.И. Лечение болезни Крона в стадии осложнений у детей .....	157
Сафин Д.А., Романов Д.В., Плоткин А.В. Сравнение эффективности использования серебряной полиакрилатной матрицы («Гемоблок») и блеомицина в лечении лимфатических мальформаций. ....	157
Сварич В.Г. Динамика качества жизни у детей, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга .....	158
Седнев С.И., Тен Ю.В., Кожевников В.А., Смирнов А.К., Беляев С.А., Герасименко К.И., Мамонтова Н.В. Случай успешного консервативного лечения стойкого спонтанного хилоторакса у ребёнка 3-х лет с применением химического плевродеза .....	159
Семенова Е.С., Зайнуллин Р.Р., Еникеев М.Р. Клинический случай эхинококкоза правой доли печени у ребенка 17 лет .....	160
Сергеева С.В., Николаев С.Н., Меновщикова Л.Б., Гуревич А.И., Шумихин В.С., Левитская М.В., Ерохина Н.О. Отдалённые результаты лечения гидронефроза III- IV степени у детей раннего возраста .....	161
Серков И.И., Сухов М.Н., Лывина И.П., Нарбутов А.Г. Вазоренальная гипертензия, как следствие патологии почечных артерий .....	162
Скопец А.А., Караваева С.А., Акопян А.С. Некроз и перфорация двенадцатиперстной кишки у новорожденных. Опыт лечения. ....	163
Слемзина М. Н., Цыбин А. А., Хачирова О.Ф., Ноевой И.И., Морозова В.С., Кузьменко К.С. Гематогенный остеомиелит у детей. Современный подход в лечении.....	163
Смолянкин А.А., Разумовский А.Ю., Галибин И.Е., Симакова М.В. Портосистемные шунты у детей: диагностика и эндоваскулярная окклюзия .....	164



## **ОГЛАВЛЕНИЕ**

Соколов С.В., Ионов А.Л., Мызин А.В., Щербакова О.В., Герасимова Н.В., Сулавко Я.П. Выбор метода проктопластики у детей с высокой атрезией ануса и прямой кишки .....	165
Соколов С.В., Николаева И.Е., Плечев В.В., Гумеров А.А., Чуйкин С.В., Бузаев И.В., Давлетшин Н.А., Тимошенко А.В., Ахметов Т.Ф., Ахметшин Р.З., Макушева Н.В., Дмитриев И.В. Рентгенохирургический гемостаз при кровотечении из костной кисты нижней челюсти .....	166
Соколов Ю. Ю., Коровин С. А., Туманян Г. Т., Донской Д. В. , Акопян М.К., Аллахвердиев И. С., Дзядчик А. В., Стоногин С. В. Лапароскопические вмешательства у детей с перфоративными гастродуоденальными язвами .....	167
Соколов Ю.Ю., Зыкин А.П., Бибикова Е.Е., Ахматов Р.А., Кауфов М.Х., Уткина Т.В. Хирургическая коррекция удвоений пищеварительного тракта у детей .....	168
Старостин О.И., Сидорова Н.С. Тактика лечения детей с электротравмой .....	169
Степанова Н.М., Новожилов В.А., Милюкова Л.П., Латыпов В.Х., Петров Е.М., Мороз С.В., Халтанова Д.Ю. Хирургическая стратегия лечения гастроэзофагеального рефлюкса у детей с тяжелыми неврологическими заболеваниями .....	170
Степанова Н.М. Новожилов В.А., Петров Е.М., Латыпов В.Х., Мороз С.В., Халтанова Д.Ю., Милюкова Л.П. Сравнительный анализ хирургической стратегии лечения спаечной кишечной непроходимости у детей? .....	170
Султонов Ш.Р., Гуломов Ф.М., Султонов М.С., Гуриев Х.Дж. Комплексное лечение спаечной болезни у детей .....	171
Султонов Ш.Р., Шарипов Н.Ш., Гуриев Х.Дж., Султонов Х.М. Лечение эхинококкоза органов брюшной полости у детей .....	172
Талыпов С.Р., Ахаладзе Д.Г., Андреев Е.С., Меркулов Н.Н., Ускова Н.Г., Качанов Д.Ю., Шаманская Т.В. Опыт малоинвазивных операций у детей с нейрогенными опухолями торако-абдоминальной локализации, ассоциированными с IDRF .....	173
Тен Ю.В., Елькова Д.А. Проблемы и пути их решения в диагностике и лечении паховых грыж у детей .....	174
Тен Ю.В., Тен К.Ю., Решетников А.Г. Врожденный гидронефроз: особенности тактики оперативных вмешательств у детей. ....	175
Терехина М.И., Барская М.А., Кузьмин А.И., Мунин А.Г., Маркова М.Н. Исходы острой гнойной деструктивной пневмонии у детей .....	176
Терещенко О.А., Тараканов В.А., Мазурова И.Г. Лечение осложненных форм язвенной болезни .....	176
Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Харитонов А.Ю., Капустин В.А., Карасева О.В. Гастростомия у детей в хирургическом стационаре .....	177
Топилин О.Г., Куркин А.П., Куренков И.В., Манукян С.Р. Протезирование диафрагмы пластиной «ксеноперикард» при диафрагмальных грыжах у детей .....	178
Тупоногов С.Н., Огнёв С.И., Чванова А.В., Орлов О.Г., Казанцев К.Б. Хирургия опухолей печени у детей .....	179
Уткина К.Е., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Тимофеева А.В., Карасева О.В. Эффективная хирургическая тактика при контузионном повреждении кишечника с высоким риском возникновения синдрома короткой кишки у ребенка 12 лет .....	179
Фахуртдинова Л.Г., Шустров В.А., Мунин А.Г., Солянова А.Л., Каганова М.А., Терехина М.И. Локализованные гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных в практике врача неонатолога .....	180
Федулов А.В., Сигачев А.В., Филюшкин Ю.Н., Елин Л.М. Опыт лечения эпителиального копчикового хода у детей .....	181
Филатов А.И., Филатов И.А., Павлова О.С. , Мехренин Т.Г. Критерии выбора метода дренирования почки в лечении гидронефроза .....	182
Филатов А.И., Филатов И.А., Павлова О.С. , Мехренин Т.Г. Оценка эффективности первичной пластики лоханки и мочеточника при гидронефрозе .....	183
Хаертдинов Э.И., Акрамов Н.Р., Байбиков Р.С., Закиров А.К. Критерии определения показаний к оперативному лечению простых бессимптомных кист почек у детей .....	184
Халимов Э.Р., Николаева И.Е., Бузаев И.В., Дмитриев И.В. Рентгенохирургическое лечение варикоцеле у детей .....	185
Харитонов А.Ю., Карасева О.В., Капустин В.А., Горелик А.Л., Шавров А.А., Леонов Д.И.	186



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Желудочно-кишечные кровотечения в критическом периоде тяжелой травмы у детей .....	186
Харитонов А.Ю., Шишин К.В., Карасева О.В., Шавров А.А., Капустин В.А., Багаев В.Г. Применение пероральной эндоскопической миотомии при лечении ахалазии кардии у ребенка 6 лет.....	187
Хасанов Р.Р., Гумеров А.А., Вессель Л.М. Хирургическое лечение детей с синдромом короткой кишки .....	188
Хачирова О.Ф., Цыбин А.А., Ноевой И.И., Слемзина М.Н., Морозова В.С., Кузьменко К.С. Особенности цитоморфологических изменений в динамике лечения при гематогенном остеомиелите у детей .....	189
Хватынец Н.А., Ростовская В.В., Старостина И.Е. Математическое моделирование эффективности трансуретрального стентирования у детей с врожденным гидронефрозом до трех лет .....	190
Цыганок В.Н., Грамзин А.В., Трушин П.В. Анализ хирургической тактики в лечении детей с некротизирующим энтероколитом в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» в 2012-2018 годах.....	190
Цырьяк А.Г., Алянгин В.Г. Сатаев В.У., Мухаметзянов А.М., Гумеров А.А. Опыт видеоретроперитонеоскопического лечения гидронефроза у детей .....	191
Чудаков В.Б., Воложанина К.Э., Наумова О.А., Швалев Ф.М. Лечение атрезии пищевода у недоношенных детей и определение прогностических факторов, влияющих на исход лечения .....	192
Чурсин В.А., Саруханян О.О., Телешов Н.В., Батунина И.В. Осложнения после хирургического лечения патологии влагалищного отростка брюшины у детей. ....	193
Шамсзода Х.А., Мазабшоев С.А., Манонов Н.А., Назарова С.Ф. Антидотная терапия в комплексном лечении отравлений пестицидами у детей .....	193
Шамсзода Х.А., Мазабшоев С.А., Султонов Ш.Р., Усмонов С.С. Некоторые причины эрозивно-язвенных кровотечений из желудка и двенадцатиперстной кишки у детей .....	194
Шамсиев А.М., Зайниев С.С. К вопросам хирургического лечения хронического рецидивирующего гематогенного остеомиелита .....	195
Шамсиев А.М., Зайниев С.С. Морфологическое обоснование тактики хирургического лечения хронического рецидивирующего гематогенного остеомиелита .....	196
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э. Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени .....	197
Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С. Холикулов О. Метод дренирования мочевыводящих путей после пластики пиело-уретерального сегмента при гидронефрозе у детей .....	198
Шангареева Р.Х., Нигаметьянов Р.А., Валева Г.Р., Чендулаева И.Г., Шаехова Л.А., Глухова Т.Н. Алгоритм диагностики и лечения детей с острой деструктивной пневмонией в условиях детского хирургического отделения .....	199
Шангареева Р.Х., Шахмаева Т.М., Арсланова М.Х., Тимербаева Э.К. Консервативное лечение детей с эхинококкозом печени .....	199
Шапкина А.Н. Место лапароскопии в ведении детей с закрытой травмой органов брюшной полости .....	200
Шерназаров И.Б., Давлатов С.Т., Гуриев Х.Д., Сатторов А.М. Тактика лечения парапроктита у детей грудного возраста .....	201
Шерназаров И.Б., Давлатов С.Т., Гуриев Х.Д., Файзуллоев С.У., Разаков Д.З. Результаты хирургического лечения ущемленных паховых грыж у детей грудного возраста .....	202
Шишкин И.А., Киргизов И.В., Апросимова С.И., Минаев С.В., Аксельров М.А., Григорова А.Н. Повторные оперативные вмешательства у детей с болезнью Гиршпрунга .....	203
Щебенков М.В., Кесаева Т.В., Соколова Н.Е., Тарасенко А.Н. Гемангиома тонкой кишки как причина кишечной инвагинации. Клиническое наблюдение.....	204
Юльметов Г.А., Морозов В.И. Лечение нейрогенной дисфункции мочевого пузыря и вторичного энуреза у детей и подростков .....	204
Юнусов Д.И., Миронов П.И., Фатхулисламов Р.Р., Псянчин Т.С. Тактика лечения детей с сочетанной травмой .....	205
Юсупов Ш.А., А.М., Ж.А., Хасанов А.Б. Фиксация кишечных стом при распространенном аппендикулярном перитоните у детей .....	206
Юсупов Ш.А., А.М., Атакулов Д.О., Хасанов А.Б. Аппендик- и цекоэнтеростомии в комплексном лечении разлитого аппендикулярного перитонита у детей .....	206

## **ОГЛАВЛЕНИЕ**

Яматина С.В., Петухов А.В., Комелягин Д.Ю., Топольницкий О.З., Дубин С.А., Владимиров Ф.И., Громова Т.Н., Благих О.Е., Стрига Е.В. Инновационный метод лечения поверхностной мелкокистозной формы лимфатической или лимфовенозной мальформации языка у детей .....	207
Яфясов Р.Я., Кутлююлова Л.К. Анализ случаев осложненных форм острого аппендицита у детей .....	208
Яфясов Р.Я., Морозов В.И., Магсумов А.М. Результаты малоинвазивных вмешательств при болезни Гиршпрунга у детей .....	209
	210

---

*\*Тексты материалов даны в авторском исполнении*

*Для цитирования:*

МАТЕРИАЛЫ V ФОРУМА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2019;9 (Приложение): 1-221

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

*Предпечатная обработка материалов: В.С. Шумихин, В.И. Петлах  
07.07.2019*