

ISSN 2219-4061 (Print)
ISSN 2587-6554 (Online)

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

Медицинский рецензируемый научно-практический журнал

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

RUSSIAN JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY, ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE

The peer-review medical journal



ТОМ 10
Приложение

VOLUME 10
Supplement

2020

2020

Том 10

Спецвыпуск

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

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

Учредители:

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

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России. 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Журнал зарегистрирован

Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия, свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77–39022 от 9 марта 2010 г.

Журнал реферируется РЖ ВИНТИ

Рекомендован ВАК

Индексация:

РИНЦ (Science Index)
Google Scholar
СОЦИОНЕТ
Base
Cyberleninka

Контакты:

Адрес: 123001, Москва, ул. Садовая-Кудринская, стр. 15, к. 4
Тел. +7(495)518-43-18, факс. +7(499)256-83-56
e-mail: rps@eco-vector.com

Распространяется по подписке:

Подписной индекс 13173 в Объединенном каталоге «Пресса России»,

Формат 60 × 84/8. Усл.-печ. л. 26,04.

Оригинал-макет изготовлен ООО «Эко-Вектор», 191186, Санкт-Петербург, Аптекарский переулок, 3А, 1Н.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции, ссылка на журнал обязательна

© Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация детских хирургов», 2020

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Владимир Михайлович Розин — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, Заслуженный врач Республики Северная Осетия — Алания, руководитель Университетской клиники хирургии детского возраста ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный хирург ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского» (Москва, Россия)

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Андрей Устинович Лекманов — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела хирургии детского возраста НИИ клинической хирургии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский анестезиолог-реаниматолог Центрального федерального округа Российской Федерации (Москва, Россия)

Сергей Николаевич Николаев — доктор медицинских наук, профессор, заведующий нефроурологическим центром КДЦ ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова» (Москва, Россия)

Александр Юрьевич Разумовский — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, заведующий торакальным отделением ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова», главный детский хирург Департамента здравоохранения г. Москвы, главный внештатный детский хирург Центрального федерального округа Российской Федерации (Москва, Россия)

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Владимир Ильич Петлах — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела хирургии детского возраста НИИ клинической хирургии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия). E-mail: vestnik@childsurgeon.ru

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Галина Игоревна Кузовлева — кандидат медицинских наук, детский уролог-андролог ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского» (Москва, Россия). E-mail: rps@eco-vector.com

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Юрий Станиславович Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии и неотложной педиатрии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (Санкт-Петербург, Россия)

Саидхасан Магомедович Батаев — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела хирургии детского возраста НИИ клинической хирургии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия)

Людмила Иасоновна Будкевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель ожогового центра ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского», главный научный сотрудник отдела хирургии детского возраста НИИ клинической хирургии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия)

Лукас Мари Вессель — доктор медицины, профессор, заведующий отделением детской хирургии Университетской клиники Гейдельберг (Мангейм, Германия)

Сергей Валентинович Виссарионов — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт имени Г.И. Турнера», профессор кафедры детской травматологии и ортопедии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» (Санкт-Петербург, Россия)

Вадим Георгиевич Гельдт — доктор медицинских наук, профессор, консультант отделения урологии ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского», (Москва, Россия)

Олег Сергеевич Горбачев — кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, (Москва, Россия)

Александр Вадимович Губин — доктор медицинских наук, директор Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, (Москва, Россия)

Анатолий Федорович Дронов — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, профессор кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия)

Дмитрий Владиславович Заболотский — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии, реаниматологии и неотложной педиатрии им. профессора В.И. Гордеева ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Юлия Владимировна Ершалева — доктор медицинских наук, главный специалист по клиническому питанию ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского» (Москва, Россия)

Юрий Андреевич Козлов — доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии Иркутского государственного медицинского университета,

заведующий центром хирургии и реанимации новорожденных Ивано-Матренинской детской клинической больницы, главный детский хирург Сибирского федерального округа (Иркутск, Россия)

Анатолий Александрович Корсунский — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой педиатрии и детских инфекций ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Москва, Россия)

Владимир Викторович Лазарев — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской анестезиологии и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия)

Сергей Викторович Минаев — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, (Ставрополь, Россия)

Петр Иванович Мионов — доктор медицинских наук, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Уфа, Россия)

Дмитрий Анатольевич Морозов — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Москва, Россия)

Стивен Мултон — доктор медицины, профессор хирургии, директор травматологического центра детского госпиталя Университета Колорадо (Калифорния, США)

Владимир Георгиевич Поляков — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заведующий кафедрой детской онкологии имени академика Л.А. Дурново ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» (Москва, Россия)

Иван Анатольевич Савин — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения реанимации ФГБУ «НИИ нейрохирургии им. Н.И. Бурденко» Минздрава России (Москва, Россия)

Юрий Юрьевич Соколов — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» (Москва, Россия)

Сергей Михайлович Степаненко — доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог Минздрава России (Москва, Россия)

Тимур Ахмедович Шароев — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ГБУЗ «НПЦ медицинской помощи детям» ДЗ Москвы, профессор кафедры педиатрии ГБУЗ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Василий Иванович Аверин — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Белорусского государственного медицинского университета, главный внештатный специалист по детской хирургии Министерства здравоохранения Республики Беларусь (Минск, Беларусь)

Владимир Алекси-Месхишвили — доктор медицины, профессор, сердечно-торакальный хирург, консультант Немецкого кардиологического института (Берлин, Германия)

Алексей Георгиевич Баицурашвили — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, заслуженный врач Российской Федерации, президент ФГБУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт имени Г.И. Турнера», профессор кафедры детской травматологии и ортопедии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, главный детский травматолог-ортопед Санкт-Петербурга (Санкт-Петербург, Россия)

Валерий Федорович Бландинский — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ярославль, Россия)

Сергей Федорович Гончаров — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, Заслуженный врач Российской Федерации, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, директор ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России, главный внештатный специалист по медицине катастроф Минздрава России (Москва, Россия)

Игорь Николаевич Гризович — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, заведующий кафедрой педиатрии и детской хирургии Петрозаводского государственного университета, главный детский хирург Министерства здравоохранения Республики Карелия (Петрозаводск, Россия)

Аитбай Ахметович Гумеров — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, заведующий кафедрой детской хирургии, ортопедии и анестезиологии с курсом ИДПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Уфа, Россия)

Игорь Шамильевич Джелиев — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России (Владикавказ, Россия)

Кейт Джергесон — доктор медицины, хирург в Детском госпитале Алабамы (Бирмингем, США)

Игорь Алексеевич Комиссаров — доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней детского возраста ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Татьяна Константиновна Немилова — доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный детский хирург Санкт-Петербурга (Санкт-Петербург, Россия)

Владимир Александрович Новожилов — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный врач ОГАУЗ «Ивано-Матренинская детская клиническая больница» (Иркутск, Россия)

Вячеслав Владимирович Паришков — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России (Н.-Новгород, Россия)

Андрей Валерьевич Пискалов — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России (Омск, Россия)

Владимир Иванович Снисарь — доктор медицинских наук, профессор, декан факультета последипломного образования Днепропетровской медицинской академии (Днепропетровск, Украина)

Наталья Александровна Цап — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный детский специалист-хирург Уральского федерального округа (Екатеринбург, Россия)

Геннадий Иванович Чепурной — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России» (Ростов-на-Дону, Россия)

Михаил Борисович Ярустовский — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заместитель директора по научной работе Института кардиохирургии имени В.И. Бураковского ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России (Москва, Россия)

2020
Volume 10
Supplement

RUSSIAN JOURNAL
OF PEDIATRIC SURGERY, ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE

(Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii)

The peer-review medical journal of Russian Association of Pediatric Surgeons and Russian Pediatric Anesthesiologists and Reanimatologists Association
Published since 2010. Publication frequency: 4 issues per year

Founders

Russian Association of Pediatric Surgeons

Indexation

Russian Science Citation Index (RSCI)
Google Scholar
СОЦИОНЕТ
Base
Cyberleninka

Editorial contact

Address: 15–4, ul. Sadovaya-Kudrinskaya,
Moscow, Russian
Federation, 123001
E-mail: rps@eco-vector.com
Phone: +7(925)518–43–18

Registered by the Federal Service for Supervision
of Communications, Information Technology and
Mass Media Registration number:
ПИИ No. ФС 77–39022 as of March 09, 2010.

PUBLICATION ETHICS

The journal is compliant with publication ethics
standards by:

ICMJE — International Committee of Medical
Journal Editors
WAME — World association of medical editors
COPE — Committee on publication ethics
ORI — The office of research integrity
CSE — Councill of science editors
EASE — European Association of Science Editors

See journal's code of conduct:
<https://rps-journals.ru/jour/about/editorialPolicies#custom-1>

Subscription index 13173 in "Russian Media"
Union Catalog,

Publisher

LLC "Eco-Vector"
Aptekarskiy lane 3, A,
office 1H, Saint Petersburg,
Russia, 191186
Phone: +7(812)648–83–67
E-mail: info@eco-vector.com

EDITOR-IN-CHIEF

Vladimir M. Rozinov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Honored Doctor of the Republic of North Ossetia-Alania, Head of the University Clinic of Pediatric Surgery Pirogov Russian National Research Medical University, Chief surgeon Speransky Children's Hospital № 9 (Moscow, Russia)

DEPUTY EDITORS-IN-CHIEF

Andrey U. Lekmanov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Chief Researcher of Department of Pediatric Surgery of Research Institute Clinical Surgery Pirogov Russian National Research Medical University, Chief Pediatric Anesthetist- Resuscitator of the Central Federal District (Moscow, Russia)

Sergei N. Nikolaev — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Nephro-Urology Center of Filatov Children's Hospital No. 13 (Moscow, Russia)

Alexander Yu. Razumovsky — Dr. Sci. (Med.), Professor, Corresponding member Russian Academy of Science, Head of the Department of Pediatric Surgery of Pirogov Russian National Research Medical University, Head of the Department Thoracic Surgery of Filatov Children's Hospital No. 13, Chief Pediatric Surgeon of Moscow Department of Health, Chief Pediatric Surgeon of Central Federal District of Russia (Moscow, Russia)

SCIENCE EDITOR

Vladimir I. Petlakh — Dr. Sci. (Med.), Chief Researcher of Department Pediatric Surgery of Research Institute Clinical Surgery Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia). E-mail: vestnik@childsurgeon.ru

Galina I. Kuzovleva — Cand. Sci. (Med.), pediatric urologist of Speransky Children's Hospital No. 9 (Moscow, Russia)). E-mail: rps@eco-vector.com

EDITORIAL BOARD

Yuri S. Aleksandrovich — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Anesthesiology-Reanimatology and Emergency Pediatrics St. Petersburg State Pediatric Medical University (St. Petersburg, Russia)

Saidhasan M. Bataev — Dr. Sci. (Med.), Chief Researcher of Department Pediatric Surgery of Research Institute Clinical Surgery Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia) (Moscow, Russia)

Lyudmila I. Budkevich — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Burn Center of Speransky Children's Hospital No. 9, Chief Researcher of Department Pediatric Surgery Research Institute Clinical Surgery Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia)

Lucas M. Wessel — MD, Professor, head of the Department of Pediatric Surgery, University Clinic Heidelberg (Mannheim, Germany)

Sergey V. Vissarionov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Corresponding member Russian Academy of Sciences, Director of Turner Scientific Research Pediatric Orthopedic Institute, professor of the Department of Pediatric Traumatology and Orthopedics of Mechnikov North-West State Medical University (St. Petersburg, Russia)

Vadim G. Geldt — Dr. Sci. (Med.), Professor, consultant of the Urology Department Speransky Children's Hospital No. 9 (Moscow, Russia)

Oleg S. Gorbachev — Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery of Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia)

Alexander V. Gubin — Dr. Sci. (Med.), Director of Priorov National Medical Research Center of Traumatology and Orthopedics, (Moscow, Russia)

Anatoly F. Dronov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Professor of Department of Pediatric Surgery Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia)

Dmitry V. Zabolotsky — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Pediatrics St. Petersburg State Pediatric Medical University (St. Petersburg, Russia)

Julia V. Erpuleva — Dr. Sci. (Med.), Chief Specialist in Clinical Nutrition of Speransky Children's Hospital No. 9 (Moscow, Russia)

Yuri A. Kozlov — Dr. Sci. (Med.), Professor of Department of Pediatric Surgery Irkutsk State Medical University, Head of the Center for Surgery and Resuscitation of Newborns Ivano-Matreninsky Children's Clinical Hospital, Chief Pediatric Surgeon of the Siberian Federal District (Irkutsk, Russia)

Anatoly A. Korsunsky — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the department of Pediatrics and Childhood infections of Sechenov First Moscow State Medical University, Director Speransky Children's Hospital No. 9 (Moscow, Russia)

Vladimir V. Lazarev — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Anesthesiology and Intensive Care of Faculty of Advanced Medical Education Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia)

Sergei V. Minaev — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery Stavropol State Medical University (Stavropol, Russia)

Petr I. Mironov — Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Pediatric Anesthesiology and Intensive Care Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Dmitry A. Morozov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow, Russia)

Stephen Moulton — MD, PhD, Professor of Surgery, FACS, FAAP Director of the Trauma Center Children's Hospital University Colorado (California, USA)

Vladimir G. Polyakov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of Pediatric Oncology Russian Medical Academy of Professional Education (Moscow, Russia)

Ivan A. Savin — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Intensive Care Unit of Burdenko Research Institute of Neurosurgery (Moscow, Russia)

Yuriy Yu. Sokolov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery Russian Medical Academy of Professional Education (Moscow, Russia)

Sergey M. Stepanenko — Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Pediatric Surgery Pirogov Russian National Research Medical University, Chief pediatric anesthetist-resuscitator of the Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow, Russia)

Timur A. Sharoev — Dr. Sci. (Med.), Professor, Deputy Director for Research "Scientific and Practical Center for Medical Care to Children" Moscow Department of Health, Professor of Department Pediatrics Faculty of Advanced Medical Education Vladimirovsky Moscow Regional Clinical Research Institute (Moscow, Russia)

EDITORIAL COUNCIL

Vasily I. Averin — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery, Belarusian State Medical University, Chief Pediatric surgeon of the Ministry of Health of the Republic of Belarus (Minsk, Belarus)

Vladimir Aleks-Meskhisvili — MD, PhD, Professor, Surgeon — Cardiothoracic, German Heart Institute (Berlin, Germany)

Alexey G. Baidurashvili — Dr. Sci. (Med.), Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Doctor of the Russian Federation, President of the Turner Scientific Research Pediatric Orthopedic Institute, Head of the Department of Pediatric Traumatology and Orthopedics Mechnikov North-West State Medical University, Chief pediatric traumatologist-orthopedist of St. Petersburg (St. Petersburg, Russia)

Valery F. Blandinsky — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery, Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl, Russia)

Sergey F. Goncharov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, Honored Doctor of the Russian Federation, Director of the All-Russian Center for Disaster Medicine "Zashita", Chief Specialist in Disaster Medicine of the Russian Ministry of Health (Moscow, Russia)

Igor N. Grigovich — Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Honored Worker of the Higher School of the Russian Federation, Head of the Department of Pediatrics and Pediatric Surgery at Petrozavodsk State University, Chief Pediatric Surgeon of the Ministry of Health of the Republic of Karelia (Petrozavodsk, Russia)

Aitbay A. Gumerov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Pediatric Surgery, Orthopedics and Anesthesiology, Bashkir State Medical University (Ufa, Russia)

Igor Sh. Dzheliev — Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Pediatric Surgical Diseases North Ossetian State Medical

Academy (Vladikavkaz, Russia)

Kate Jergheson — MD, PhD, surgeon in Alabama Children's Hospital (Birmingham, USA)

Igor A. Komissarov — Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Surgical Diseases of Children St. Petersburg State Pediatric Medical University (St. Petersburg, Russia)

Tatyana K. Nemilova — Dr. Sci. (Med.), Professor of Pavlov St. Petersburg State Medical University, Chief Pediatric Surgeon of St. Petersburg (St. Petersburg, Russia)

Vladimir A. Novozhilov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery Irkutsk State Medical University, Director Ivano-Matreninsky Children's Clinical Hospital (Irkutsk, Russia)

Vyacheslav V. Parshikov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department Privolzhsky Research Medical University (Nizhny Novgorod, Russia)

Andrey V. Pisklakov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery, Omsk State Medical University (Omsk, Russia)

Vladimir I. Snisar — Dr. Sci. (Med.), Professor, Dean of the Faculty of Postgraduate Education Dnepropetrovsk Medical Academy (Dnepropetrovsk, Ukraine)

Natalya A. Tsap — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery Ural State Medical University, Chief Pediatric Surgeon Ural Federal District (Yekaterinburg, Russia)

Gennady I. Chepurnoy — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery Rostov State Medical University (Rostov-on-Don, Russia)

Mikhail B. Yarustovsky — Dr. Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member Russian Academy of Science, Deputy Director Burakovsky Research Institute of Cardiac Surgery in Bakulev Research Center for Cardiovascular Surgery (Moscow, Russia)



«Российская ассоциация детских хирургов»

www.radh.ru

МАТЕРИАЛЫ

VI Форума детских хирургов России

23–24 и 30–31 октября 2020 года,
г. Москва

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

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Абушкин И.А., Денис А.Г., Лапин В.О., Галиулин М.Я.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Актуальность. Проблема лечения сосудистых мальформаций далека до разрешения.

Цель: Изучение эффективности лечения сосудистых мальформаций у детей с использованием оптоволоконных лазеров, склерозирования, иссечения и их комбинации.

Методы. В период с 2015 по 2020 годы лечили 278 пациентов с различными сосудистыми мальформациями. У 90 (32,4 %) детей мальформация была лимфатической, у 83 (29,9 %) — венозной, у 76 (27,3 %) — артерио-венозной. Пороки развития всех сосудов или только артерий были более редкими — 7,2 и 3,2 %, соответственно. Возраст детей при первичном обращении составил от 3 дней до 16 лет. Наиболее рано, в первые месяцы жизни, поступали дети с лимфатической мальформацией и комбинированными артерио-венозно-лимфатическими мальформациями — 26,7 и 40 %, соответственно. При венозной и артерио-венозной мальформации около 70 % детей впервые обращались только в возрасте 3 и более лет. Диагностика обязательно включала УЗИ с ЦДК, а при необходимости КТ и МРТ. Лечение состояло из активного наблюдения, лазерной внутритканевой коагуляции излучением 1,5 и 1,9 мкм, склеротерапии Пицибанилом или Блеомицином, иссечения и их комбинации. Активному наблюдению подвергнуты 10–12 % детей первых месяцев жизни. Склерозирование в целом проведено у 69 (24,8 %) пациентов, из них у 23 Пицибанилом, а у 46 — Блеомицином. Лазерная коагуляция в монотерапии наиболее часто проведена у детей с венозной (77,1 %), артериальной (66,7 %) и артерио-венозной мальформацией (56,6 %). Только склерозирования наиболее часто (23,3 %) было достаточно при крупнокистозной лимфатической мальформации. При необходимости лечение повторяли. При комбинированных пороках у 60 % пациентов этапно использованы все методы лечения — лазерная коагуляция, склерозирование и иссечение. При других мальформациях комбинированное лечение проведено у 11–25 % детей. Отдаленные результаты прослежены в срок от 0,5 до 5 лет.

Результаты. Хороший клинический результат (незначительный косметический дефект, отсутствие болей) получен у 93,1 % больных. Улучшение наблюдали при обширных комбинированных мальформациях и у ребенка с венозной мальформацией орбиты глаза. У одной пациентки с артериальной мальформацией задней группы мышц голени несмотря на лечение развилась контрактура голеностопного сустава.

Выводы. 1) Сосудистые мальформации отличаются большим разнообразием даже внутри одной нозологии, что требует персонализированного подхода к их лечению. 2) Использование современных склерозантов, нового поколения оптоволоконных лазеров с излучением 1,5 и 1,9 мкм, наряду с хирургическим методом, позволяет получить хорошие результаты лечения этой сложной группы больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Авраменко В.В., Салихов М.Р., Кемкин В.В., Васильева О.Н.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет

В зарубежной и отечественной литературе достаточно много противоречивой информации, согласно которой, как анатомическая, так и транстибиальная реконструкция передней крестообразной связки (ПКС), при прочих равных условиях, позволяют получить хорошие функциональные результаты лечения. Однако, сравнительная эффективность и перспективность отдельных методов реконструкции ПКС остаются весьма актуальными темами. Необходимость проанализировать возможности и преимущества анатомических технологий реконструкции ПКС и определила цель настоящего исследования.

Цель исследования — сравнительный анализ результатов реконструкции передней крестообразной связки у детей подросткового возраста различными методами.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 94 артроскопических реконструкций передней крестообразной связки у детей подросткового возраста. Все пациенты разделены на три группы. В 1-ю группу включили 32 пациента (34 %), которым выполняли изометрическую пластику ПКС, при которой бедренный канал формировали транстибиальной методикой. Во 2-ю группу (30 наблюдений, или 32 %) включили пациентов, которым выполнялась анатомическая пластика ПКС с формированием бедренного канала через дополнительный переднемедиальный артроскопический доступ. В 3-ю группу включили 32 пациента (34 %) с анатомической методикой реконструкции ПКС по типу “all inside” — все изнутри.

Результаты. Проведя сравнительный анализ результатов реконструкции передней крестообразной связки у детей подросткового возраста установлено, что у пациентов 3-й группы переднезадняя и ротационная стабильность коленного сустава оказались выше нежели у пациентов 1-й и 2-й групп. У пациентов 3-й группы значительно реже регистрировали положительный pivot — shift тест (0 степень — 87,5 %; I + степень — 12,5 %), чем у пациентов 1-й (0 степень — 46,8 %; I + степень — 25 %); II + степень — 21,9 %; III + степень — 6,3 %), и чем у пациентов 2-й группы (0 степень — 86,6 %; I + степень — 6,7 %; II + степень — 6,7 %).

Заключение. Несмотря на то, что существует множество описанных процедур реконструкции ПКС, включая как физиосохраняющие, так и трансфизарные методы, все еще существуют значительные разногласия относительно оптимального хирургического варианта для скелетно незрелого пациента. Продолжающиеся исследования будут уточнять показания, преимущества и недостатки каждого метода реконструкции ПКС.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ВВЕДЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВЫХ КАТЕТЕРОВ — СТЕНТОВ С ОТКРЫТЫМ КОНЦОМ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

*Аврасин А.Л., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Бурчёнкова Н.В.,
Медведев А.А., Долинина М.В.*

Детская областная клиническая больница, Тверь

Актуальность. Стентирование мочеточника и лоханки широко используется при лечении детей с врожденным гидронефрозом, обструктивным мегауретером, мочекаменной болезнью. При необходимости проведения стента через патологические сужения мочеточника наиболее целесообразно использование стентов с открытым почечным концом, по струне-проводнику. Отсутствие на металлическом проводнике меток, позволяющих визуально отслеживать на какое расстояние от устья он введён в мочеточник диктует необходимость рентгеноскопического контроля за проведением проводника и далее стента, что требует наличия специального рентгеновского аппарата в операционной, подвергает лучевой нагрузке, как пациента, так и персонал. В тоже время отказ от рентгеноскопического контроля повышает риск перфорации почки или установкой стента ниже чашечно-лоханочной системы, что не обеспечивает в дальнейшем адекватного отведения мочи и требует повторения манипуляции.

Целью настоящего исследования является разработка и внедрение в клиническую практику метода установки мочеточниковых стентов с открытым почечным концом, без использования рентгеноскопического контроля.

Материалы и методы. Нами изменены стандартные этапы эндоскопического введения стентов с открытым почечным концом. Собирается комплекс: проводник — стент — толкатель — зажим, причём в отличии от известной методики, это выполняется до введения проводника через эндоскоп в мочеточник. Проводник проводится через толкатель и стент, причём его «мягкий» конец выводится через открытый почечный конец стента до начала «твёрдой» части проводника. Таким образом, полностью выпрямляется на проводнике почечный конец стента, а выступающий из него гибкий «мягкий» конец проводника, легко может быть проведён через сужения и изгибы мочеточника, задавая направление стенту. Комплекс стабилизируется наложением зажима у дистального конца толкателя. При данном соотношении проводника и стента, положение стента и проводника, относительно устья» легко прослеживается по стандартным меткам на стенте, с учётом несложной формулы $L_m + L_z + L_p = L$, где: L_m — длина «мягкой» части стента выступающей из проводника (стандартная для данного вида изделия); L_z — длина выпрямленного завитка стента (стандартная для данного вида изделия); L_p длина прямой части стента по данным метки на стенте (хирургом визуализируется метка у устья мочеточника); L расстояние от переднего конца проводника до метки у устья мочеточника. Дополнительный контроль положения почечного конца стента проводится путём УЗС чашечно-лоханочной системы во время введения стента и при удалении проводника.

Результаты. В урологическом отделении ДОКБ с 2016 по 2019 гг. описанный метод выполнен у 54 пациентов в возрасте от 1,5 мес. до 17 лет в качестве самостоятельного способа лечения или подготовки к хирургическому вмешательству. Осложнений не наблюдалось.

Заключение. Модифицированный метод позволяет избежать лучевой нагрузки пациентов и медицинскому персоналу, не требует оснащения операционной рентгеновским аппаратом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ СТЕПЕНЯМИ ДИСПЛАЗИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН

Азаров М.В., Купатадзе Д.Д., Кочарян С.М., Набоков В.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность. Лечение тяжелых степеней дисплазии магистральных вен является не решенной проблемой мировой ангиологии. Заболевание может вызвать потерю конечности, а в некоторых случаях создать угрозу для жизни. Наиболее частая локализация — нижние конечности.

Материал и методы. Оперативные вмешательства выполнены у 40 пациентов (24 детям с тяжелой формой, и 16 детям с крайне тяжелой формой). Показания к хирургическому лечению являлись: нарушение функции конечности, распространенная гипоплазия и аплазия магистральных вен, контрактура и не опороспособность конечности, распространенный ДВС синдром. Наиболее тяжелыми были сочетания вышеперечисленных факторов с дисплазиями сосудов органов малого таза (дисплазия вен прямой кишки и мочевого пузыря). Хирургическая тактика обсуждалась индивидуально для каждого случая, решения принимались совместно с родителями.

Результаты и обсуждение. С целью хирургического лечения было улучшение магистрального оттока и ликвидация патологического венозного бассейна, от которых зависит функция конечности и степень выраженности ДВС синдрома. Ангиохирургические операции включали вмешательства на поверхностных венах (удаление — склерозирование эмбриональных вен, перевязку пепфорантных вен — 21), в зоне глубоких вен (ревизия, флеболлиз, реконструктивные операции — 14), микрохирургическое наложение лимфовенозных и лимфонодовенозных анастомозов (2 операции), ортопедические операции и вмешательства на мягких тканях (22 операции), ампутации конечности выполнены 7 больным.

Выводы. Диагностика и лечение больных с дисплазией магистральных вен (врожденным пороками развития сосудов) должно проводиться в раннем возрасте от 1–4-х лет. Данные флебографии точно определяют хирургическую анатомию сосудов у больных с дисплазией магистральных вен, практически в 100 % случаях совпадают с интраоперационными находками. Последнее позволяет выработать оптимальную тактику операций (ангиохирургические, ортопедические). Лечение должно быть комплексным и включать в себя консервативные мероприятия (пневмомассаж, эластическое бинтование) и этапные операции, на базе ангио-микрохирургических отделений, специалистами, имеющими подготовку по флебологии и хирургии артерий.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОСЛОЖНЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Асадов Ш.Я.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последние годы заметно возрос интерес к изучению ЯБЖ и двенадцатиперстной кишки у детей, так как в детском возрасте она перестала считаться редким заболеванием и встречается с частотой 3,4 % среди городских жителей и 1,9 % — в сельской местности.

Цель. Унификация общих принципов диагностики, клинических симптомов, тактики хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением у детей.

Материал и методы. В нашем наблюдении с гастродуоденальными кровотечениями находились 82 детей на стационарном лечении отделения детской хирургии РНЦЭМП с 2005 по 2017 гг. Мальчиков было — 50 (61 %), девочек — 32 (39 %) в возрасте от 6 до 18 лет. Распределения больных по классификации (Forrest). F IA — 4 (4,8 %) случаях, F IB — 10 (12,1 %), F IIA — 15 (18,2 %), F IIB — 18 (22,0 %) случаях, F IIC — 17 (20,7 %), F III — 18 (22,0 %). Из 4 (4,8 %) случаев с кровотечением F-1A в трех случаях удалось остановить кровотечение при первичном осмотре путем коагуляции кровоточащей язвы с последующим обкалыванием 70 % спиртом. Больным с кровотечением F — 1B в 10 (12,1 %) случаях удалось остановить кровотечение при первичном осмотре путем аргонноплазменной коагуляции язвы. Больным с кровотечением F-2A в 18 (22,0 %) случаях удалось остановить кровотечение при первичном осмотре обкалыванием 70 % спиртом. Больным с кровотечением F-2B в 18 случаях (22,0 %) удалось остановить кровотечение при первичном осмотре с дополнительным обкалыванием 70 % спиртом источника кровотечения.

Оперированы 6 (9,6 %) больных, из них в двух случаях при безуспешности эндоскопического гемостаза произведено дуоденотомия и ушивание кровоточащей язвы. В остальных 4 (6,4 %) случаях с хроническими язвами показанием к оперативному вмешательству явились частые рецидивы кровотечения, у этих больных произведена резекция желудка.

Выводы. Таким образом, в диагностике и определении тактики лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями незаменимое место занимает эндоскопия. Эндоскопические методы позволяют активно влиять на источник кровотечения путем лечебных мероприятий, а также эндоскопия в динамике позволяет определить риск возможного рецидива кровотечения и согласовать дальнейшую тактику ведения данной категории больных.

КОЭФФИЦИЕНТ РОСТА КИСТЫ ПОЧКИ КАК ОДИН ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Акрамов Н.Р.

Казанский государственный медицинский университет

До сих пор нет показаний для хирургического лечения и выбора способа детей с простыми кистами почек. Множество методов коррекции, нередкие осложнения при лапароскопии и ретроперитонеоскопии, рецидив кист после чрескожных пункционных методов говорит о наличии вопросов в хирургическом лечении кистозных заболеваний почек.

В условиях Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ за период с 2011 г. по 2020 г. в процессе наблюдения детей с солитарными кистами почек анализировалась динамика кист. В группе сравнения ретроспективно, а в исследуемой группе проспективно оценивалось изменение кист по отношению к размерам почки. Данное соотношение было обозначено как коэффициент роста кисты (КРК) почки. С целью определения оптимального способа расчета КРК почки было изучено отношение объема, площади и длины кисты к соответствующим параметрам почки с проведением ультразвуковой оценки почек через 12 и 24 месяцев от даты выявления. Для чего нами были отобраны по 20 пациентов из обеих групп, со сроком наблюдения от двух лет.

При оценке динамики изменения объёма, площади и длины кисты почки по результатам ультразвуковых исследований почек с простыми солитарными кистами у 20 пациентов группы сравнения и 20 — исследуемой группы нами были получены статистически недостоверные различия (в группе сравнения: $p > 0,05$; $\chi_2 = 0,00-0,15$; в исследуемой группе: $p > 0,05$; $\chi_2 = 0,00-2,30$). Вывод: наиболее простым и эффективным способом расчета КРК почки является его оценка по длине и целесообразным считаем использование формулы:

$$\text{КРКЛ} = [\text{LK2/LR2} - \text{LK1/LR1}] * 100 \%$$

По литературным данным, где показано, что до 95 % кист почек имеют интенсивный рост в первые два года после выявления и увеличиваются в среднем на 3,9–4,2 %, а также с учетом полученных результатов в процессе проведения диагностических исследований изучаемые группы были разделены на подгруппы с интенсивным ростом кисты почки, где КРК > 5 % в течение двух лет наблюдения и медленным ростом кисты — с КРК < 5 %. При проведении статистического анализа 227 пациентов, пролеченных по разным алгоритмам, нами выявлено, что в группе сравнения (140), пациенты в большинстве случаев оперированы в первые два года наблюдения — 69 детей (49,29 %). В исследуемой группе (87) в первые два года оперированы лишь 25 детей (28,74 %) ($p < 0,05$; $\chi_2 = 4,03$). В связи с чем мы стали использовать в практике измененный алгоритм показаний для хирургического лечения простых кист почек у детей: при наличии мочевого, гипертензивного и/или болевого синдромов, и при наличии прогрессирующего роста кисты не менее чем на 5 % по отношению к размерам почки в течение не менее двух лет устанавливались показания для фенестрации кисты почки.

Алгоритм диагностики кистозных заболеваний почек у детей с определением КРК позволил отказаться от необоснованного хирургического лечения у 56,32 % пациентов. В обследование детей с кистозными заболеваниями почек достаточно включить ультразвуковой скрининг почек с интервалом 6–12 месяцев и компьютерную томографию с контрастированием как определяющее диагностическое исследование перед операцией, позволяющее дифференцировать кистозные заболевания почек между собой.

ТРАНССКРОТАЛЬНАЯ ОРХОПЕКСИЯ ПРИ ПАХОВЫХ ФОРМАХ ДВУХСТОРОННЕГО КРИПТОРХИЗМА

Акрамов Н.Р., Сизонов В.В., Исроилов А.А.

Казанский государственный медицинский университет

Лечение крипторхизма у детей в настоящее время является социально значимым. Существующие методы хирургической коррекции крипторхизма, несмотря на достигнутые значительные успехи имеют рецидивы и осложнения. Описаны способы трансскротальной орхопексии. Однако, публикаций в отечественной литературе недостаточно для формирования алгоритма применения трансскротального доступа при двухстороннем крипторхизме у мальчиков.

Целью работы явилась определение возможности использования трансскротального доступа при орхопексии у мальчиков с крипторхизмом.

За период с 2011 г. по 2020 г. было оперировано 72 мальчика с различными паховыми формами двухстороннего крипторхизма с использованием трансскротального доступа. Из них 5 имели высокую паховую ретенцию яичка (у внутреннего отверстия пахового канала), 30 — низкую паховую ретенцию, 35 — паховую эктопию и 2 — бедренную эктопию. У всех мальчиков была выполнена одномоментная двухсторонняя трансскротальная орхопексия. Орхопексия выполнялась из доступа по срединной линии мошонки. Данный доступ позволял из одного разреза проводить двухстороннюю орхопексию. Результаты лечения оценивали через 2, 6 и 12 месяцев после операции. Осложнения были выявлены у 7 мальчиков: у 1 — односторонний рецидив крипторхизма, у 1 — односторонняя гипотрофия яичка и у 5 — в виде подкожной гематомы мошонки, которая самостоятельно купировалась в течение двух месяцев. Рецидив крипторхизма и гипотрофия яичка возникли при использовании трансскротального доступа у мальчиков с высокой паховой ретенцией яичка.

Таким образом, двухстороннюю трансскротальную орхопексию целесообразно использовать у мальчиков с низкими паховыми формами, паховой и бедренной эктопией яичка. Данный доступ нецелесообразно использовать при высокой паховой ретенции яичка.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТКАНЕВОГО АКРИЛАТНОГО КЛЕЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Акрамов Н.Р., Хаертдинов Э.И.

Казанский государственный медицинский университет

Активное развитие и внедрение новых методов лечения гипоспадии связаны не только со стремлением улучшить результаты и снизить количество осложнений, но и добиться более предсказуемого и менее болезненного послеоперационного периода. Поэтому вопросы послеоперационного ведения и лечения пациентов с гипоспадией приобретают все большую актуальность. Одним из наиболее спорных аспектов лечения является выбор соответствующей послеоперационной повязки. Повязка должна быть проста в использовании, контролировать отек, предотвращать образование гематомы и предупреждать возможные осложнения. Однако при использовании стандартных повязок отсутствует адекватный хирургический контроль за послеоперационной раной, а также есть необходимость в периодических перевязках и их удалении. Мы представляем опыт применения акрилатного апплицирования полового члена при коррекции дистальных форм гипоспадии у детей.

В условиях урологического отделения ММЦ «КОРЛ» и «ДРКБ» МЗ РТ с января 2018 по февраль 2020 года у мальчиков с дистальными формами гипоспадии выполнено 62 перемещающие уретропластики с нерасчлняющей спонгиопластикой с использованием акрилатного клея — N-бутил-2-цианоакрилат (Histoacryl). Производилось стандартное ушивание ран с последующим акрилатным апплицированием, то есть нанесение в несколько слоев тканевого клея на половой член. Какие-либо повязки не использовались.

Осложнений при использовании клея нами не отмечено. Клей самостоятельно отпадал на 7–14 сутки после операции. Отмечался хороший визуальный контроль за послеоперационной раной, а так же отсутствие выраженного отека полового члена и необходимость в перевязках. Все без исключения пациенты и их родители отмечали комфортное самочувствие пациентов в послеоперационном периоде. При использовании перемещающей уретропластики с нерасчлняющей спонгиопластикой из осложнений потребовавших хирургического лечения отмечались два случая меатального стеноза уретры (3,23 %) и один случай свища уретры (1,61 %).

Использование акрилатного апплицирования является хорошей альтернативной повязкам в лечении гипоспадии. Акрилатный клей непроницаем для мочи и стула, уменьшает вероятность возникновения отека и гематом. Неоспоримым преимуществом является отсутствие необходимости его удаления и выполнения перевязок. Способ перемещающей уретропластики с нерасчлняющей спонгиопластикой позволяет сформировать меатус в физиологическом положении без уретрального шва, с максимальным сохранением перфузии спонгиозного тела уретры. Таким образом, перемещающая уретропластика с нерасчлняющей спонгиопластикой в сочетании с акрилатным апплицированием полового члена имеет значительные перспективы применения при хирургической коррекции дистальных форм гипоспадии у детей.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ МАССИВНОМ АРТЕРИАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ

Алешин И.Ю., Комиссаров И.А., Комиссаров М.И.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность. Артериальное легочное (ЛК) и верхнее желудочно-кишечное (ЖК) кровотечение представляет собой жизнеугрожающее состояние и не во всех случаях может быть остановлено консервативно, хирургически или эндоскопически. Так как, его источник может быть недоступен или для гемостаза необходимо обширное хирургическое вмешательство. У взрослых пациентов, с этой целью, широко применяются методы рентгенэндоваскулярной окклюзии (РЭО) поражённых сосудов. Однако в литературе имеются немногочисленные сообщения об их использовании у детей, что делает настоящую работу актуальной.

Цель. Улучшить результаты лечения кровотечений у детей

Материалы и методы. За период с 2007 по 2020 гг. мы наблюдали 17 детей (в возрасте от 5 мес. до 17 лет.) с массивным артериальным кровотечением. Причинами ЛК (11 больных) были: деструктивная пневмония — 4, системный васкулит — 3, пороки сосудов лёгких — 1, папилломатоз гортани и трахеи — 1, травма — 1, муковисцидоз — 1. С ЖКК было 6 детей: синдром Дъелафуа — 3, язвенная болезнь желудка — 1, коагулопатия на фоне химиотерапии у 2 пациентов. Во всех случаях отмечали выпавшие клинические и лабораторные признаки острого кровотечения. Всем больным был проведён полный комплекс консервативных мероприятий и попытки эндоскопического гемостаза. При неэффективности этих методов проводили ангиографию с целью выявления источника кровотечения и эмболизации питающих артерий. При ЛК эмболизировали бронхиальные артерии, при ЖКК — ветви чревного ствола и, в одном случае, пищеводные ветви грудной аорты. В качестве эмболизационного материала использовали микроэмболы и эмболизационные спирали. После вмешательства всегда выполняли эндоскопическое исследование с целью контроля гемостаза.

Результаты и обсуждение. У 16 пациентов отмечали полную остановку кровотечения. У 1 ребёнка с верхним ЖКК из язвы Дъелафуа желудка потребовалась повторная эмболизация, через сутки, в связи с наличием коллатерального кровотока из бассейна пищеводных ветвей аорты. Один пациент с системным васкулитом и ЛК умер в первые сутки после вмешательства на фоне полиорганной недостаточности, обусловленной основным заболеванием.

Выводы. Во всех случаях после РЭО отмечали полную остановку кровотечения. Эту методику можно считать эффективной и безопасной для применения у детей. Она является малоинвазивной альтернативой открытому хирургическому вмешательству, а в некоторых случаях, единственно возможной. Необходимо использование гибридного подхода — одновременного проведения эндоскопии и рентгенэндоваскулярного вмешательства в условиях рентгеноперационной, с целью точного определения места кровотечения и контроля гемостаза после эмболизации.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ С РАЗРЫВОМ ПЕЧЕНИ У РЕБЁНКА 17 ЛЕТ

*Алибаев А.К., Абсалямова Н.Т., Гилязова Г.Р., Солдатов П.Ю.,
Валеева Г.Р., Хабибулин Т.М.*

Городская детская клиническая больница №17, Уфа

Пациентка А., 17 лет была доставлена в ГДКБ№17 экипажем скорой медицинской помощи через 30 минут от момента получения травмы. Со слов медперсонала и очевидцев, девочка упала с дерева, с высоты порядка 5 метров, ударившись животом о металлическое ограждение вокруг клумбы и погнув его. Ребёнок осмотрен совместно детским хирургом, травматологом, нейрохирургом, реаниматологом. АД 95/60 мм. рт. ст., SaO₂ 98 %, ЧСС 100, ЧД 18, Hb 102 г/л, Ht 29,3 %, лейкоциты 15,3 × 10⁹/л. Жалобы на боли в животе, трудности при дыхании. Состояние при поступлении тяжелое, оглушение (13 баллов шкалы комы Глазго). Положение лёжа на щите, обращает на себя внимание поперечная полоса ссадин в правой боковой области брюшной стенки. Отмечается отставание в дыхании правой половины грудной клетки, ослабление дыхания справа в нижних отделах, положительный френикус-симптом справа. Гемодинамика стабильная. Живот не вздут, напряжен, диффузно болезненный, больше в правой половине. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Учитывая высокую энергетичность травмы, отсутствие реанимационных синдромов и отсутствие врача УЗИ в вечернее время, принято решение о компьютерной томографии (КТ) черепа, брюшной полости (ОБП) и грудной клетки (ОГК). По данным КТ выявлены ушиб правого лёгкого, перелом 9 и 10 рёбер справа; со стороны органов брюшной полости и черепа патологии не выявлено. После проведения КТ ребёнок поднят в реанимационное отделение для проведения интенсивной посиндромной терапии, Щелочная фосфатаза 114,7 Ед/л; Аланинаминотрансфераза 293,7 Ед/л; Амилаза крови 22,1 Ед/л; Аспартатаминотрансфераза 452,8 Ед/л; Билирубин общий 16,7 мкмоль/л, прямой 8,6 мкмоль/л; Креатинин 52,8 мкмоль/л; Общий белок 60,7 г/л; Мочевина 3,17 ммоль/л; Лактатдегидрогеназа 787 Ед/л. С целью исключения травмы органов брюшной полости, ребёнку выполнена диагностическая лапароскопия, выявившая большое количество свободной крови в брюшной полости. Конверсия на верхне-срединную лапаротомию. Выявлен разрыв с разрозненными краями 6 и 7 сегментов печени глубиной до 4 см и протяжённостью 15 см по передне-боковой поверхности в косовосходящем направлении с переходом на диафрагмальную поверхность, с диффузным кровотечением и желчеистечением (класс III AAST). Эвакуировано 800 мл крови со сгустками. Учитывая размеры разрыва, риск дополнительной травматизации при ушивании, принято решение о тактике «damage control», выполнена тампонада разрыва пластиной «ТахоКомб» и двумя «метровыми» салфетками. Дальнейшая ревизия не выявила иных повреждений органов брюшной полости. Рана ушита, оставлен страховочный дренаж под печенью. Строгий постельный режим в условиях РАО, контрольные УЗИ ОБП и ОГК, КТ ОБП и ОГК через сутки. На третьи сутки выполнено повторное вмешательство, на котором салфетки удалены, разрыв повторно укрыт пластиной «ТахоКомб» и ушит отдельными швами. Оставлены страховочные дренажи под печенью, в правом боковом канале и малом тазу, удалённые ещё через 3 суток. Дальнейшее течение благоприятное. Ребёнок выписан на 17 сутки.

КОРРЕКЦИЯ АНОМАЛИИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ ЭПИСПАДИИ И ЭКСТРОФИИ, ОПЫТ 187 ОПЕРАЦИЙ. МЕТОДЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Алиев Д.К., Рудин Ю.Э., Марухненко Д.В.

НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина — филиал НМИЦ радиологии, Москва

Аномалия полового члена при эписпадии и экстрофии характеризуется незаращением уретры (частичным или тотальным), укорочением полового члена, дорсальной деформацией кавернозных тел, а также в некоторых случаях инконтиненцией. Частыми осложнениями после оперативного лечения являются свищи и стриктуры уретры, остаточная деформация кавернозных тел, сохранение недержания мочи. Достичь искомым результатов удается только при комплексном подходе и соблюдении этапности хирургического лечения.

За период с 2010 по 2019 годы в детском отделении НИИ урологии оперировано 187 мальчика: 108 (57,8 %) с экстрофией и 79 (42,2 %) с эписпадией в возрасте от 1 до 17 лет. Первичных больных было 146 (78,1 %), ранее оперированных — 41 (21,9 %). У больных с экстрофией первым этапом выполняли закрытие пузыря с пластикой шейки, мобилизацией ножек полового члена и сведением лонных костей. В возрасте 1–2 лет выполняли пластику уретры по Cantwell с применением техники неполной разборки полового члена (дизэмблинг), нанесением множественных поверхностных насечек на белочную оболочку и мобилизации ножек кавернозных тел от седалищных костей.

С целью профилактики вторичной деформации кавернозных тел выполнялось полное выделение кавернозных тел, иссечение остатков дорсальной хорды, а также устранение диспропорции дорсальной и вентральной частей кавернозных тел путем нанесения множественных поперечных послабляющих насечек или вставки лоскутов препуция на дорсальной поверхности. При выполнении неполного дизэмблинга пенис разделялся на 3 части: правое и левое кавернозные тела, а также головка с уретральной площадкой, подлежащим спонгиозным телом и сосудистой ножкой. В последующем кавернозные тела ротировались внутрь и сводились путем сшивания по дорсальной поверхности. Так как пенис разделен на составляющие, внутренней ротации кавернозных тел было достаточно для коррекции девиации. Формировали уретры из уретральной площадки при первичных операциях или тубуляризованным лоскутом крайней плоти при замещении дефицита уретры. Уретру перемещали под кавернозные тела. Важным этапом операции считается сохранение сосудисто-нервного пучка, отвечающего за кровоснабжение головки пениса и эрекцию. Далее формировали контур полового члена. Мочевой пузырь дренировали уретральным катетером.

Осложнения в виде свищей уретры наблюдали у 39 пациентов (20,9 %). Повторные операции были успешны. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 мес. до 8 лет. Мы сравнили длину пениса у больных, которым не сводили лонные кости и не проводили представленный комплекс лечения, с нашими результатами. Размер полового члена у больных получивших комплексное лечение оказался длиннее в среднем на 27 %.

Таким образом, мобилизация кавернозных тел на протяжении пенильного отдела уретры с устранением деформации с помощью множественных насечек или графтинга в сочетании с пластикой уретры тубуляризованным лоскутом в случае дефицита уретры позволяет снизить число осложнений и увеличить длину члена на 27 %.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ 1 ПАЛЬЦА КИСТИ

Алпатов В.Н., Грабовский М.Б.

Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

Врожденные пороки 1 пальца кисти представляют собой сложную проблему в детской ортопедии. Функция кисти на 50 % зависит от функции 1 пальца. По-прежнему отсутствует единый подход к тактике лечения, дискутируется вопрос об оптимальном возрасте для оперативного лечения, сохраняется относительно большое количество осложнений.

В ДГБ №19 им. Т.С. Зацепина и ДГКБ св. Владимира за последние 30 лет было пролечено 237 больных с пороком развития 1 пальца на 275 кистях, на которых выполнено 305 операций. Дети были распределены на следующие группы: полидактилия — 171 больной (195 кистей), клинодактилия — 41 (55 кистей) и гипоплазия 1 пальца — 25 пациентов (25 кистей). В работе применялись следующие методы исследования: клинический, рентгенологический, ангиография.

Основная масса пациентов пролечена в дошкольном возрасте. При лечении полидактилии чаще всего удаляли дополнительные пальцы. Одновременно, выполняли моделирующую резекцию выступающей части пястной кости, пластику связки заинтересованного сустава, коррекцию оси основного пальца.

Симметричное удвоение I-х пальцев служило показанием к формированию одного пальца из двух путем продольной резекции обращенной друг к другу части фаланг в возрасте 2–3 лет. Во всех случаях получен хороший результат.

В группе больных с клинодактилией выполнено 59 операций. Удаление рудиментарной средней фаланги I пальца в 2–3 года во всех 37 случаях было эффективным, так как наступило ремоделирование суставных поверхностей и восстановился полный объем движений. Если средняя фаланга была достаточно длинной, то это потребовало резекции одного из межфаланговых суставов. Корректирующая остеотомия искривленной фаланги 1 пальца с исправлением его оси в 22 случаях была эффективной. Показанием к операции было искривление оси пальца на 15–200 и более.

При гипоплазии или аплазии большого пальца нами в 15 случаях с успехом применялась операция полицизации II-го пальца по Бак-Грамко с хорошим функциональным результатом.

В заключение необходимо отметить, что хирургическое лечение врожденных пороков 1 пальца кисти у детей является сложной проблемой с относительно большим количеством осложнений в отдаленном периоде. Поэтому лечение данной категории больных необходимо проводить в условиях специализированного отделения.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Аляутдинова Д.А.¹, Рожденкин Е.А.¹, Киреева Н.Б.²

¹Нижегородская областная детская клиническая больница

²Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Распространённость лимфангиом у детей раннего возраста составляет 1 на 60 000, тогда как для старших детей она всего 1/200 000–250 000. Из них абдоминальные и ретроперитонеальные лимфангиомы наблюдаются в 2 % случаев. Как правило заболевание протекает бессимптомно, однако возможны осложнения, требующие ургентной помощи.

Цель. Анализ клинических наблюдений мезентериальных лимфангиом у детей.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 11 детей с лимфангиомами брюшной полости и забрюшинного пространства, поступивших в ГБУЗ НО «НОДКБ» в период с 2010 по март 2020 года. Из них 6 мальчиков, 5 девочек. Средний возраст детей составил 5 л. 6 мес. С хроническими болями в животе на плановое обследование поступили 4 больных. У 2 детей кистозные образования брюшной полости обнаружены при профилактическом осмотре по данным УЗИ, у 2 — при обследовании по поводу других заболеваний. Один ребёнок госпитализирован в экстренном порядке с подозрением на кишечную непроходимость, одна девочка с лимфангиомой забрюшинного пространства — с клиникой острой задержки мочи, один пациент — с синдромом пальпируемой опухоли.

Всем пациентам проведены рутинные лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Пациенту с подозрением на кишечную непроходимость выполнена обзорная рентгенография брюшной полости, девочке с острой задержкой мочи — МСКТ урография. МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства проведена 9 пациентам (81 %), одной девочке — МСКТ органов брюшной полости.

Результаты. Всем детям после установления диагноза проведено оперативное лечение. 4-м пациентам выполнено лапароскопическое удаление опухоли. Осложнений в послеоперационном периоде не было. 7-ми больным с образованиями больших размеров и расположенными в непосредственной близости от стенки кишки проведена лапаротомия с удалением опухоли. По данным морфологии имели место кавернозные и кистозные лимфангиомы с поражением брыжейки тонкой кишки, у девочки с забрюшинной локализацией опухоли — кавернозная гемлимфангиома.

Выводы: 1) Несмотря на доброкачественный характер лимфангиом, они могут стать причиной ургентного состояния, что имеет место у трети больных с данной патологией; 2) Применение УЗИ в сочетании с МСКТ/МРТ позволяет с высокой точностью определить локализацию и размеры образования, выбрать тактику лечения. 3) Малоинвазивное хирургическое лечение является методом выбора в лечении мезентериальных лимфангиом независимо от их размера.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ РАННЕЙ ОДНОМОМЕНТНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ У ДЕВОЧЕК С ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Аникиев А.В.¹, Бровин Д.Н.¹, Колодкина А.А.¹, Володько Е.А.², Окулов А.Б.²

¹ Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Актуальность. История развития ранней диагностики и лечения врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) в нашей стране связана с именем Э.П. Касаткиной (1964). Одним из первых о положительных результатах оперативного лечения этого сложного состояния сообщили в 1973 г. Ю.И. Барашнев, А.Б. Окулов, Н.И. Ахмина и А.Н. Макарова. В настоящее время ранняя, в возрасте до 12 месяцев, одномоментная феминизирующая пластика наружных половых органов (НПО) у девочек с ВДКН включена в международные рекомендации 2017 г. Предложено несколько технических приемов для хирургической коррекции данного порока, которые успешно используются в руках авторов. Однако показания к их применению в литературе описаны недостаточно.

Цель. Оптимизация методов феминизирующей пластики в зависимости от строения патологически развитых НПО послужила целью нашего исследования.

Материалы и методы. Хирургическое лечение проведено 15 пациенткам с различными формами ВДКН в возрасте от 6 до 18 месяцев. Вмешательство выполняли в объеме пластики гипертрофированного клитора с сохранением головки, дорсального сосудисто-нервного пучка, пластики малых половых губ и различных способов интроитопластики в зависимости от высоты уретровагинального слияния (УВС).

Результаты. Результаты операций оценены в сроки от 6 месяцев до 1,5 лет. Осложнения (гипоспадия и уретровагинальный свищ) выявлены у трех девочек (20 %). На наш взгляд показания к проведению одномоментных феминизирующих пластик в младенческом и раннем возрасте ограничены.

Выводы. Хирургическое вмешательство целесообразно выполнять при рецидивирующей инфекции мочевых путей и нарушения уродинамики (уретровагинальный рефлюкс) нижних мочевых путей. Важным фактором, влияющим на успешность оперативного лечения, является длительная глюкокортикоидная и минералокортикоидная компенсация, которая достигается в результате подбора адекватной гормональной терапии. Хороший результат операции у пациенток младенческого и раннего возраста может быть достигнут с учетом особенностей строения малого таза. При низкой и средней высоте УВС целесообразно использовать фартукообразный слизистый лоскут по типу Пазорини. Высокое УВС является показанием к применению урогенитальной мобилизации. Учитывая, что отдаленные результаты ранних одномоментных феминизирующих операции могут быть оценены не менее чем через 15 лет, девочки с ВДКН требуют длительной реабилитации с участием детских специалистов, в том числе эндокринологов и урологов.

СИНДРОМОМ ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА КАК УГРОЗА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ОНКОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

*Антоненко Ф.Ф.¹, Кравцов Ю.А.², Иванова С.В.³, Марухно Н.И.²,
Сичинава З.А.⁴, Рысипан Ю.Д.¹*

¹ Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва

² Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

³ Московский областной медицинский колледж №2, Москва

⁴ Дальневосточный федеральный университет, Владивосток

Актуальность. Несмотря на то, что впервые синдром был описан Голландским терапевтом И. Пейтцом в 1921 г. и подробно изучен американским врачом Х. Егерсом в 1949 г., это редкое генетическое заболевание, недостаточно изучено и его комплексное лечение пока не разработано. Синдром вызывается мутацией гена STK 11 19-хромосомы и имеет аутосомно-доминантный тип передачи по наследству. Характерным для пациентов является разрастание в желудочно-кишечном тракте гематромных полипов, которые могут стать причиной кишечной непроходимости, кровотечений и опухолей.

Материал и методы. На консультацию к детскому хирургу мама привела свою 11 летнюю дочь с жалобой на периодические схваткообразные боли в животе. При этом она обратила внимание на то, что сама была трижды оперирована по поводу кишечной непроходимости и полипов в кишечнике. В двух случаях ей были выполнены обширные резекции тонкой кишки в связи с некрозом инвагината и «большой» опухоли, которая оказалась полипом. Учитывая, что у дочери появились похожие боли в животе, мама предположила возможность такой же болезни. Действительно, при осмотре обращал на себя внимание главный клинический признак синдрома Пейтца-Егерса — на кожно-слизистой оболочке губ у мамы и дочери были характерные темно-коричневые пятна размером до 3–5 см. При фиброгастроскопии и колоноскопии патологии не выявлено. В плановом порядке была выполнена срединная лапаротомия. При ревизии пальпаторно в тонкой кишке на протяжении 40 см от илео-цекального угла было обнаружено 6 полипов размером от 1,0 см до 3,0 см. Все полипы имели широкую ножку, легко определяли визуально, так как создавали небольшие инвагинаты за счет перистальтики. Через энтеротомные разрезы полипы отсечены. Еюнотомические отверстия ушиты двухрядным швом. Морфологическое заключение — во всех 6 препаратах обнаружена картина гиперпластических полипов, без малигнизации. Пациентка выписана на 12 сутки в удовлетворительном состоянии. Наблюдалась в течении 22 лет — здорова.

Результаты и обсуждения. Нами представлен клинический случай возможности ранней диагностики синдрома Пейтца-Егерса у детей по клиническим симптомам и своевременной плановой операции полипов кишечника. Вместе с тем, такие больные, как правило, переносят множество хирургических вмешательств, начиная с детского возраста по удалению полипов и их осложнений. Средняя продолжительность жизни таких пациентов не превышает 60 лет, и умирают они чаще от рака органов желудочно-кишечного тракта (85 %) и рака молочной железы (45 %).

Заключение и рекомендации. Алгоритм диагностики синдрома Пейтца-Егерса в детском возрасте должен включать анамнез полипоза ЖКТ и пигментные пятна на губах у родителей и у детей. Все дети оперированные с полипами ЖКТ должны быть направлены к медицинскому генетику для мутацией гена STK 11 19-хромосомы для верификации синдрома Пейтца-Егерса и к детскому онкологу для диспансерного учета и показаний к исследованию онкомаркеров в крови — карциоэмбрионального антигена.

СЛУЧАИ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ ФРАНЦА У ДЕТЕЙ

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

Областная клиническая больница №2, Тюмень

За период с декабря 2019 по февраль 2020 в нашей клинике лечились двое детей с опухолями поджелудочной железы. Оба направлены онкологом для оперативного лечения.

Пациент Т, 13 лет, заболел около 4 лет назад, когда впервые при обследовании выявлено кистозное образование хвоста поджелудочной железы.

Объективный статус при поступлении не страдает.

Компьютерная томография органов брюшной полости. Поджелудочная железа обычной формы и размеров. В проекции тела поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности (близкой к жидкостной) примерными размерами 3,0×2,6×3,0 см, без признаков накопления контрастного вещества.

После обследования выполнено оперативное лечение. В теле поджелудочной железы определяется плотное образование 3,0 см. Железа мобилизована, отделена от селезеночных сосудов. Образование резецировано вместе частью ткани поджелудочной железы циркулярно. Перешеек поджелудочной железы ушит.

С дистальным отрезком поджелудочной железы сформирован панкреато-энтероанатомоз по Ру. Послеоперационный период без особенностей.

Гистологическое заключение: С учетом ИГХ-исследования морфологическая картина соответствует солидно-псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы. Резекция опухоли в пределах здоровых тканей.

Выписан в удовлетворительном состоянии. Провел в стационаре 27 койко-дней.

Пациент Н, 9 лет, поступила с диагнозом: Образование забрюшинного пространства. Больна в течение 2 лет, когда выявлено образование хвоста поджелудочной железы.

Соматический статус так же без особенностей.

КТ органов брюшной полости. В проекции тела и хвоста поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности, с четкими ровными контурами, без признаков накопления контрастного примерными размерами 5,5×4,5×4,5 см.

После обследования выполнена срединная лапаротомия. Образование темного цвета, плотное, расположено в толще поджелудочной железы. Последняя мобилизована, отделена от нижней брыжеечной вены. Определено, что процессом поражены тело и хвост поджелудочной железы. Выполнена корпорокаудальная резекция поджелудочной железы, спленэктомия.

Послеоперационный период без осложнений.

Ежедневно проводился контроль сахара крови — от 2,87 ммоль/л до 11,9 ммоль/л, в основном на нормальных цифрах. Эндокринологом консультирована, в коррекции инсулином не нуждается.

Морфологическое заключение: солидно-псевдопапиллярная карцинома поджелудочной железы.

Выписана в удовлетворительном состоянии. Провела в стационаре 31 койко-день.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

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

Областная клиническая больница №2, Тюмень

За период с февраля 2018 года по декабрь 2019 года в нашей клинике находились на лечении три ребенка с осложненным течением кишечной инфекции.

Все трое предварительно получали лечение в инфекционной больнице.

Ребенок В, 6 месяцев, поступил в крайне тяжелом состоянии с диагнозом: септический шок. В экстренном порядке выполнена лапаротомия. На операции: кишечник в виде инфильтрата, с неснимаемыми налетами фибрина (бак.посев — синегнойная палочка). Санация брюшной полости, лапаротомостомия. В последующем воспалительный процесс в кишечнике привел к некрозу, перфорации слепой кишки, что потребовало ее резекции, выведения энтеростомы. После этапных санаций брюшная полость ушита. Послеоперационный период протекал тяжело на фоне септического шока (гемокультура—синегнойная палочка), полиорганной недостаточности.

Диагноз при выписке: Энтероколит. Некроз, перфорация слепой кишки. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Абдоминальный септический шок. Полиорганная недостаточность (Дыхательная, сердечно-сосудистая, печеночно-почечная, кишечная, ДВС-синдром). Отек головного мозга. Легочное кровотечение. Двусторонняя септическая пневмония. Койко-день составил 42.

Через 6 месяцев закрыта энтеростома, сформирован илеоасцендоанастомоз.

Пациентка Г, 2 лет, переведена с клиникой острого живота. На операции прямая кишка, сигмовидная, нисходящий и поперечный отделы толстой кишки багрово-синюшного цвета, стенка кишки отечна, инфильтрирована (условно жизнеспособна). В правой подвздошной области выведена концевая энтеростома для отключения толстой кишки. Операция закончена лапаростомой. При последующей ревизии брюшной полости обнаружен некроз левой половины толстой кишки, выполнена ее резекция, колостомия. После санации брюшная полость ушита.

Выписана с диагнозом: Флегмона толстой кишки. Кишечный сепсис. Полиорганная недостаточность (печеночная, сердечно-сосудистая, почечная, церебральная (отек головного мозга)). ДВС-синдром. Двусторонний гидроторакс.

Через 7 месяцев одновременно закрыты энтеро- и колостома. Койко-день составил 31.

Пациентка К, 8 мес, переведена с клиникой кишечной непроходимости.

В экстренном порядке выполнена лапароскопия — при ревизии в малом тазу и по боковым каналам опалесцирующий выпот (бак.посев — эпидермальный стафилококк). Осмотрена тонкая кишка до связки Трейтца — стенка ее отечна, перистальтика сохранена. Единичные налеты легко снимаемого фибрина. Брюшная полость санирована.

Послеоперационный период без особенностей.

Выписана с диагнозом: Острый энтероколит, предположительно вирусной этиологии. Серозно-фибринозный перитонит. Абдоминальный сепсис. СПОН: кишечная, дыхательная, сердечно-сосудистая, почечная, полисерозит (асцит, двусторонний плеврит). Койко-день составил 20.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ХОЛЕДОХА

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

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Кисты холедоха — это врожденное расширение внепеченочных желчных протоков, встречающееся у детей в старшей возрастной группе и крайне редко у взрослых. Около 60 % пациентов составляют дети, девочки в полтора раза чаще страдают этой патологией. У одного из 150 000 больных, оперированных на желчных путях, встречается данная патология. Это заболевание наиболее распространено в Восточной Азии, на долю Японии приходится более 50 % описанных случаев.

Цель исследования: изучить клинику и диагностики кист холедоха.

Материалы и методы исследования. В отделение детской хирургии ОДМПМЦ города Самарканда на обследовании и лечении находилось 9 детей с диагнозом киста холедоха. Из них 4 мальчиков и 5 девочек. Возраст детей составил от 1 года до 3 лет.

Результаты. При поступлении в нашу клинику в клинической картине выделялось у всех больных триада симптомов: боль в животе, наличие кистозного образования, желтуха. Боли преимущественно неинтенсивного характера, локализовались в правом верхнем квадранте живота. При пальпации определялась опухоль, локализуемая в подпеченочном пространстве туго эластической консистенции, умеренно болезненная, неподвижная. В лабораторных анализах крови маркеры гепатитов не определяются. На УЗИ киста холедоха. Компьютерная томография полностью подтверждает данные, полученные при сонографии. У всех больных выполнено хирургическое лечение до развития осложнений (холангит, абсцессы печени, желчный перитонит и т.д.). Считалось целесообразным выполнить холедоходуо-деноюноанастомоз.

Приводим клиническое наблюдение. Больная А. 3 лет поступила в отделение с жалобами на постоянную ноющую спастическую боль в эпигастрии и правом подреберье. Объективно в эпигастрии пальпаторно определяется болезненное небольшое эластичное образование. Желтуха была периодическая, а также отмечалось периодическое повышение температуры тела до 38 °С. В клинических и биохимических анализах крови изменений не было. По данным УЗИ: печень не увеличена, поверхность гладкая. Структура и плотность паренхимы обычная. Желчный пузырь неправильной формы, стенки уплотнены. Подпеченочно в области ворот печени, но несвязанное с ней обнаружено малоподвижное полостное образование 72×40×50 мм, тонкостенное. Содержимое кисты прозрачное. Вероятность, что киста исходит из поджелудочной железы, мала. Заключение: киста брюшной полости (возможно киста холедоха). С помощью консервативной терапии удалось купировать острый воспалительный процесс.

После предоперационной подготовки больной выполнена операция: Лапаротомия. Холецистэктомия, цистохоледоходуоденостомия,

Выводы. При кистах холедоха наиболее оптимальным вариантом хирургического лечение является: холецистэктомия с дренированием холедоха по Аббе и резекция кисты холедоха с наложением холедоходуоденоанастомоза с Браунским соустьем.

ГРЫЖА ПУПОЧНОГО КАНАТИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ашурбеков В.Т.¹, Мадани Т.²

¹ Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

² Госпиталь Габриэля Туре, Бамако, Республика Мали

Актуальность. Пороки развития брюшной стенки — грыжа пупочного канатика, представляют определенные трудности в лечении, если не было проведено перинатальная диагностика. Имеет значение и своевременная госпитализация ребенка в хирургический стационар, дифференцированный подход к методу лечения, наличие осложнений и сопутствующих пороков развития. Исходя из всего этого вырабатывается тактика лечения.

Материал и методика. В детском хирургическом отделении госпиталя Габриэля Туре находилось на лечении 11 новорожденных с грыжей пупочного канатика — фетальный вариант. Мальчики — 7 (63,6 %), девочки 4 (36,4 %). В первые сутки поступило — 8 (72,7 %), вторые — 3 (27,3 %). Изолированный порок выявлен у 6 (54,5 %). У 5 (45,5 %) — имелись сопутствующие пороки сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, конечностей. У 5 (45,6 %) детей выявлена грыжа малых размеров, у 3 (27,3 %) — средних и у 3 (27,3 %) больших размеров. Двое (18,2 %) новорожденных поступили с осложнениями — разрывом оболочек. Они были оперированы в срочном порядке — грыжесечение и пластика местными тканями. Четверо (36,4 %) детей были оперированы в плановом порядке в ближайшие сутки после рождения. Пятеро (45,6 %) детей были подвергнуты консервативному лечению.

Результаты и обсуждения. У двоих оперированных детей, на 4–5 сутки выявлена эвисцерация. Раны ушиты. У них же был выявлен тяжелый порок сердца. Дети умерли. Ребенок, который находился на консервативном методе лечения, умер от острой почечной недостаточности. Таким образом, летальность составила 3 (27,2 %). Послеоперационная летальность — 33,3 %. Остальные дети были выписаны под диспансерным наблюдением. Через 2 недели после выписки, госпитализирован ребенок с большой грыжей пупочного канатика, который лечился консервативно, поступил в тяжелом состоянии. Умер на третьи сутки вследствие полиорганной недостаточности. Общая летальность составила 36,4 %. Для улучшения результатов лечения имеет значение сроки поступления больных, выбор правильной тактики лечения и своевременное выявление степени тяжести сопутствующих пороков.

Выводы и рекомендации. Грыжа пупочного канатика — тяжелый порок. Ситуация усложняется при наличии тяжелых сопутствующих пороков. Имеет значение возможность ранней перинатальной диагностики, отдаленность периферических центров, оснащенность, возможность диагностики, уровень медицинской грамотности населения. После рождения ребенка — диагностика, оказание неотложной помощи, компетентность врачей, транспортировка и выбор правильной тактики лечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Ашурбеков В.Т.¹, Мадани Т.²

¹Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

²Госпиталь Габриэля Туре, Бамако, Республика Мали

Актуальность. осложнения дивертикула Меккеля обусловлена многообразной клинической картиной и трудностью диагностики при острых заболеваниях органов брюшной полости. Даже само выявление наличия дивертикула не всегда представляется возможным. Поэтому, анализ методов диагностики и лечения дивертикула Меккеля у детей является актуальной задачей.

Материал и методика. В детском хирургическом госпитале Габриэля Туре оперировано 30 детей с дивертикулом Меккеля. Осложнённые формы выявлены у 26 (86,6 %). Мальчиков 15 (57,6 %), девочек 11 (42,3 %). По возрасту: до 3 лет — 5 (19,3 %), 3–7 лет — 12 (46,2 %), 7–10 лет — 6 (23 %), свыше 10 лет — 3 (11,5 %). Давность заболевания: до 24 ч — 16 (61,5 %), 24–48 ч — 8 (30,7 %), свыше 48 ч — 2 (7,8 %). У 14 (53,8 %) клиника протекала по типу острого аппендицита. Выявлено: флегмонозный дивертикулит — 8, гангренозный — 6. Кишечная непроходимость выявлена у 3 (11,5 %), инвагинация дивертикула — 2 (7,8 %), кровотечение — 6 (23,1 %), перфорация стенки — 1 (3,8 %). У 5 (19,2 %) больных выявлен оментит в сочетании с дивертикулитом. В диагностике, кроме общеклинических методов, применяли обзорную рентгенографию, УЗИ, КТ. Все больные были оперированы. В основном проводилась клиновидная резекция дивертикула. У 3 больных проведена резекция части подвздошной кишки с анастомозом конец в конец.

Результаты и обсуждения. У 1 больного (3,8 %) с анастомозом подвздошной кишки, произошла несостоятельность, проведена лапаротомия и илиостома, которая была закрыта через 23 дня. Ранняя спаечная кишечная непроходимость — 2 (7,7 %), нагноение раны — 2 (7,7 %). Эти осложнения подверглись консервативному лечению успешно. Все оперированные дети были выписаны с выздоровлением. Через год поступил больной 7 лет со спаечной кишечной непроходимостью. Была произведена лапаротомия и рассечение спаек. Наложение анастомоза при резекции подвздошной кишки, остается дискуссионным.

Выводы и рекомендации. Диагностика дивертикула Меккеля и его осложнений — трудная, но разрешимая задача. Часто эти осложнения выявляются интроперационно. Хирургам экстренных отделений нельзя забывать о возможности наличия у больного дивертикула и его осложнения. Своевременная диагностика, квалифицированное оперативное вмешательство и интенсивное лечение в послеоперационном периоде позволяет улучшить результаты лечения. Оперированные больные должны находиться на диспансерном наблюдении.

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Ашурбеков В.Т., Патахов С.П., Мейланова Ф.В.

Детская Республиканская клиническая больница, Махачкала

Актуальность. Острый аппендицит — заболевание, которое представляет большую опасность своими осложнениями, особенно у новорожденных и детей раннего грудного возраста. Наличие их связано со многочисленными факторами — в основном трудностью диагностики, поздним обращением в хирургический стационар.

Материал и методика. В отделении плановой хирургии и новорожденных, в разное время поступило двое новорожденных, с паховым лимфаденитом. Возраст 17 и 21 день. Дежурные хирурги провели вскрытие гнойников. Эвакуировано 7–10 мл густого гноя с резким колибациллярным запахом. Полость промыта 3 % раствором перекиси водорода и фурацилином, дренирована, назначены антибиотики. На 3–4 сутки, во время смены повязки, выявлено выделение кишечного содержимого. При коллегиальном осмотре выявлено, что гнойник расположен более медиально, ни в области лимфоузлов. Заподозрен кишечный свищ, вследствие ущемления петли тонкой кишки, некроза и перфорации, или же червеобразного отростка. После формирования свища, на 10–12 сутки проведена фистулография и УЗИ обследование. Заподозрено ущемление и некроз червеобразного отростка в вагинальном отростке и формирование абсцесса. На 16 сутки проведена лапаротомия. При этом — слепая кишка спаяна с окружающими тканями в подвздошно — паховой области. Проведено мобилизация купола слепой кишки с червеобразным отростком. Аппендэктомия. Ушивание раны брюшной стенки. Дренаж в области свища.

Результаты и обсуждения. На 6–7 сутки свищ закрылся. Рана брюшной стенки зажила первичным натяжением. И после снятия швов, дети выписаны с выздоровлением. Дети осмотрены через 3 и 6 месяцев — набирают вес, жалоб со стороны родителей нет. Между этими двумя наблюдениями 3 года. Первое наблюдение прошло, особо не обсуждали. После второго наблюдения — врачам отделения было указано на несоответствие клинической картины и диагноза. Необходимо помнить анатомию и топографию паховой области. В принципе, тактика была правильной — вскрытие гнойника, дренирование и лечение. Диагноз не соответствовал найденной патологии.

Заключение и рекомендации. Исходя из наших наблюдений, можно сделать вывод, что ущемление в паховой грыже червеобразного отростка не очень редкая патология. Встречается и ущемление купола слепой кишки с червеобразным отростком. В любом случае, врачам экстренных отделений необходимо помнить, что и у новорожденных встречается такая патология. Нужно проводить дифференциальную диагностику исходя из клинической картины.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ РАЗРЫВОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

*Бабич И.И.¹, Новошинов Г.В.¹, Чепурной М.Г.¹, Сизонов В.В.²,
Волкова Л.П.², Мельников Ю.Н.²*

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

² Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону

Актуальность. Травмы поджелудочной железы у детей являются следствием прямого удара в мезогастральную область и сочетаются при этом с повреждениями селезенки. Летальность при этом составляет от 1 до 5 %. Количество послеоперационных осложнений в виде перитонита, панкреатических свищей и ложных свищей составляет до 55–70 %.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с травматическими разрывами поджелудочной железы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 2000 по 2020 год находилось 34 пациента в возрасте от 5 до 18 лет с разрывами поджелудочной железы. В 28 наблюдениях (82 % случаев) при операции обнаруживалась фрагментация хвоста поджелудочной железы в сочетании с центральным разрывом селезенки. В остальных наблюдениях определялись поперечные разрывы непосредственно головки и тела поджелудочной железы. До 2015 года у 20 пациентов контрольной группы (59 % случаев) при фрагментации хвоста поджелудочной железы выполнялась контрикал — новокаиновая блокада, останавливалось кровотечение из сосудов гематомы, полость малого сальника дренировалась через левую поясничную область силиконовой трубкой с внутренним диаметром 4–5 мм. При линейных разрывах тела поджелудочной железы осуществлялось ушивание капсулы и дренирование полости малого сальника. В основной группе у 14 пациентов (41 % случаев) применялась следующая хирургическая тактика: при фрагментации хвоста поджелудочной железы полностью удалялись все фрагменты, останавливалось кровотечение, культя ПЖ герметизировалась Z-образным вворачивающимся швом с последующей герметизацией линии шва клеем «Evicel». Аналогичная тактика применялась при линейных разрывах тела и головки поджелудочной железы. При этом, выполнялось ушивание разрыва с последующей герметизацией клеем «Evicel».

Результаты и обсуждение. В группе сравнения у 12 пациентов (60 % случаев) наблюдалось образование свищей с обильным панкреатическим отделяемым, которые нуждались в дополнительной хирургической коррекции. У 3 пациентов (15 % случаев) отмечалось образование ложных кист, также с последующим оперативным лечением. Данные пациенты требовали неоднократного госпитального лечения, средняя продолжительность которого составила 47 дней. В основной группе панкреатический свищ наблюдался у 1 пациента (7 % случаев), который самостоятельно закрылся через 2 месяца, ложных кист при этом не выявлено.

Выводы и рекомендации. Таким образом, при разрывах поджелудочной железы и фрагментации её дистальной части, более радикальная методика, заключающаяся в удалении всех фрагментов, даже имеющих сохраненное кровообращение, с последующим ушиванием культи или линейного разрыва вворачивающимся швом с дополнительной герметизацией клеем «Evicel», позволяет в значительной степени улучшить результаты лечения больных с данной патологией.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ, РЕАБИЛИТАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Барова Н.К.¹, Тараканов В.А.², Убилава И.А.¹, Ереджибокова М.Ю.¹

¹ Детская краевая клиническая больница, Краснодар

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Актуальность. Согласно данным наших исследований заболеваемость острой деструктивной пневмонией (ОДП) имеет тенденцию к росту в нашем регионе. Характер, распространенность, локализация патологического процесса в легочной ткани и плевральной полости, имеют ведущее значение в выборе лечебной тактики. Ранее проведение реабилитационных мероприятий имеет большое значение для прогноза ОДП.

Цель. Улучшение результатов лечения детей с ОДП.

Материалы и методы. Располагаем опытом лечения 182 детей с ОДП в острой фазе воспаления в возрасте от 0 до 17 лет. Период исследования — 2016–2019 гг. С целью верификации диагноза нами использованы следующие основные методы диагностики: анамнез, данные объективного статуса, лабораторно-инструментальные методы исследования (Rg-графия и МСКТ органов грудной клетки, УЗИ плевральной полости и легких). Легочно-плевральная форма ОДП диагностирована у 120 детей (65,9 %), внутрилегочная у 62 детей (34,1 %). Структура выявленных внутрилегочных поражений распределилась следующим образом: дети с мелкоочаговой и буллезной формой деструкции 31 (49,1 %) — пролечены консервативно. Дренирующийся через бронх абсцесс 22 (36,2 %) — лечение консервативное с этапными ФБС. Периферический абсцесс легкого — 9 (15,7 %) — выполнены пункция, дренирование под ультразвуковым контролем — 4 случая. При диаметре абсцесса более 7 см произведена видеоторакоскопия (ВТС) с ультразвуковой кавитацией полости — 5 случаев. Легочно-плевральные формы подвергались хирургическим методам лечения — ВТС в сочетании с обработкой легких и плевры ультразвуком низкой частоты (УЗНЧ). Комплексная интенсивная терапия включала в себя антибактериальную, дезинтоксикационную, противогрибковую, бронхомуколитическую, антикоагулянты, симптоматическую терапию. Респираторная поддержка и экстракорпоральные методы детоксикации. использовались по показаниям. Реабилитационные мероприятия подключались в ранние сроки послеоперационного периода и включали в себя физиотерапевтические методы (УВЧ № 5–7, электрофорез с КИ, магнитотерапия), кинезотерапия, дыхательная гимнастика и применялась у всех пациентов.

Результаты. Комплексность многокомпонентной терапии, дифференцированный подход в лечении, применение предложенного комплекса реабилитации позволили достичь у всех пациентов клинического выздоровления, подтвержденного лучевыми методами исследования. Клинически это выразилось в более быстром купировании интоксикационного синдрома ($p < 0,001$) и регрессе дыхательных расстройств ($p < 0,001$).

Выводы. Выбор тактики ведения детей с острой деструктивной пневмонией определяется установленной формой поражения. Преимущественное большинство легочных форм не требует хирургического лечения. ВТС в сочетании с УЗНЧ является по нашим данным наиболее эффективным хирургическим методом лечения. Ранее назначение комплекса реабилитации способствует улучшению состояния больных на 3–4-е сутки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КАЗАБАХ-МЕРРИТТ

Баязитов Р.Р.¹, Гурская А.С.¹, Дьяконова Е.Ю.¹, Наковкин О.Н.¹, Сулавко М.А.¹, Хагуров Р.А.², Александров А.В.², Рыбченко В.В.², Шумихин В.С.², Петрова Л.В.²

¹Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

²Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва

Актуальность. Синдром Казабаха–Мерритт (СКМ) — редкая жизнеугрожающая патология, характеризующаяся наличием агрессивной сосудистой опухоли (капошиформная гемангиоэндотелиома/пучкообразная ангиома), гемолетической анемией, коагулопатией и тромбоцитопенией потребления. В настоящее время не существует универсальной монотерапии в лечении данной патологии, а из-за потенциально опасного для жизни состояния лечение сложное, незамедлительное и может включать в себя различные методы: медикаментозную терапию (гормонотерапия, бета-блокаторы, интерфероны, химиотерапия), эмболизацию, лучевую терапию и хирургическое удаление. В качестве одного из потенциальных терапевтических агентов рассматривается сиролимус — mTOR-ингибитор рапамицина, снижающий ангиогенез и опухолевую прогрессию.

Материалы и методы. Настоящее исследование проведено на базе ДГКБ№13 им. Н.Ф. Филатова и НМИЦ Здоровья Детей с 2009 г. по 2020 г. с целью оценки эффективности и безопасности проведения специфической иммуносупрессивной терапии препаратом сиролимус (рапамун) с СКМ у детей. Терапию сиролимусом в суспензии получили 6 пациентов с СКМ. Возраст пациентов до начала терапии варьировался от 17 дней жизни до 8 месяцев. Сосудистые опухоли имели прогрессивный рост; сопровождалась тяжелой тромбоцитопенией (до $5 \times 10^9/\text{л}$) и коагулопатией потребления (гипофибриногенемия, повышенный уровень Д-димера), в связи с чем, хирургическое лечение этим пациентам не проводилось. У 4 пациентов отмечалась микроангиопатическая анемия, обусловленная внутрисосудистым гемолизом, о котором свидетельствуют фрагментация эритроцитов, гипербилирубинемия и повышение активности лактатдегидрогеназы. Стоит отметить, что все 6 пациентов не отреагировали на проводимую ранее медикаментозную терапию с использованием преднизолона, анаприлина, винкристина, винбластина. Сиролимус назначался перорально в виде суспензии, из расчета $2 \times 0,8 \text{ мг/м}^2$, с достижением последующей целевой концентрации в крови 8 — 13 нг/мл. С целью профилактики пневмоцистной пневмонии назначался бисептол (триметоприм) 3 раза в неделю.

Результаты. Результат лечения проводился через 7–14 дней с начала терапии, далее каждые 1, 3, 6, 12 месяцев. Оценивались размеры опухоли, выраженность и наличие геморрагического синдрома, количество тромбоцитов, фибриногена и Д-димера. Также проводился инструментальный контроль: УЗИ с доплером, МСКТ с в/в контрастированием. У всех пациентов отмечено достижение клинико-лабораторной ремиссии в среднем через 3 месяца от начала терапии, а уменьшение размеров опухоли уже к концу 3 недели от начала терапии.

Выводы. Таким образом, наш опыт показал эффективность и безопасность применения сиролимуса (рапамуна) в лечении детей с синдромом Казабах-Мерритт, при невосприимчивости к другим медикаментозным методам лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГАСТРОШИЗИСОМ В ФГАУ «НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»

*Баязитов Р.Р., Дьяконова Е.Ю., Мокрушина О.Г., Гурская А.С., Наковкин О.Н.,
Ахмедова Д.М., Шукина А.А., Тарзян А.О., Сулавко М.А.*

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Распространенность гастрошизиса (ГШ) составляет 3–4 на 10 000 новорожденных. В РФ нет статистических данных о результатах лечения пациентов с ГШ.

Материалы и методы. На базе хирургического отделения новорожденных и детей грудного возраста «НМИЦ здоровья детей» с 2017 по 2019 гг. находилось на лечении 25 пациентов с ГШ.

Результаты. В центре разработан алгоритм пренатального консультирования и маршрутизации пациентов с врожденными пороками развития, в том числе с ГШ. В группе детей, поступивших сразу после рождения ($n = 15$), выживаемость составила 94 %. Первичная радикальная пластика передней брюшной стенки выполнена у 8 пациентов (53 %), у 6 пациентов (47 %) в связи с наличием висцеро-абдоминальной диспропорции выполнена отсроченная пластика после создания «временной» брюшной полости. Срок погружения эвентрированных органов составил 6 ± 1 сут. Средний возраст начала энтеральной нагрузки — 8 ± 2 сут. Среднее время полной отмены инфузионной терапии — 18 ± 5 сут. В 1 случае (6 %) отмечался неблагоприятный исход (пациент с ОНМТ и отягощенной соматической патологией). У 1 пациента на фоне течения инфекционного процесса возникла перфорация тощей кишки на 6 сут после первичной пластики передней брюшной стенки, а впоследствии возникла поздняя спаечная кишечная непроходимость в возрасте 3 мес. У 1 пациента в связи с течением рецидивирующего НЭК сформировалась функциональная кишечная непроходимость, в связи с чем была выведена кишечная стома. После купирования воспалительного процесса, в возрасте 3 мес. кишечная стома была закрыта с формированием межкишечного анастомоза. У 1 ребенка выполнено оперативное лечение двусторонней паховой грыжи в возрасте 3 мес. эндоскопическим способом, спаечного процесса в брюшной полости не отмечалось. В данной группе пациентов с синдромом короткой кишки (СКК) не было. В группе пациентов, поступивших после первого этапа лечения по месту жительства ($n = 10$), 5 пациентов (50 %) поступили с клиникой спаечной кишечной непроходимости (4 детям выполнен адгезиолизис, в 1 случае применена консервативная терапия), а 5 пациентов (50 %) поступили с кишечными стомами и подозрением на порок развития толстой кишки. В период предоперационной подготовки перед закрытием кишечных стом пациентам выполнена ректальная биопсия (нормальное строение стенки). Затем интраоперационно перед наложением межкишечного анастомоза проводилась полнослойная экспресс-биопсия. Во всех случаях порок развития стенки толстой кишки исключен. В данной группе у 4 пациентов (40 %) имелся пострезекционный СКК. В 1 случае отмечался неблагоприятный исход (10 %) в возрасте 1 года по месту жительства на фоне катетер-ассоциированной инфекции.

Заключение. Выявление и наблюдение пациентов с ГШ должно начинаться с этапа пренатальной диагностики. Оперативное лечение необходимо проводиться в условиях профильных клиник, имеющих опыт ведения пациентов с данной патологией, что позволяет снизить число послеоперационных осложнений и инвалидизацию пациентов.

УСТРАНЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Бессонов С.Н., Мельник А.О.

Ярославский государственный медицинский университет

Актуальность. Практически все односторонние расщелины верхней губы (даже скрытые) и более 80 % двусторонних расщелин сопровождаются деформацией носа, которая обусловлена недоразвитием и деформацией его костно-хрящевого отдела, которые усугубляются недоразвитием верхней челюсти, нарушением мышечного баланса по обе стороны от расщелины и развитием послеоперационного рубцового процесса в области дна носового хода

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 168 пациентов в сроки до 20 лет. В исследовании использовались методы: клинический, рентгенологический и статистический, которые позволили решить поставленные задачи, опираясь на принципы доказательной медицины.

Результаты и обсуждение. В возрасте 4–6 месяцев детям с врожденной односторонней или двусторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба выполняли первичную ринохейлопластику. В зависимости от вида расщелины уранопластику проводили в возрасте 1–2 года. Если у пациентов сохранялась деформация носа или верхней губы, корректирующую операцию выполняли в дошкольном возрасте (5–6 лет) или предпубертатном периоде (10–12 лет), часто одновременно с костной пластикой альвеолярного отростка. Окончательную коррекцию всех измененных структур носа с использованием приемов пластической эстетической хирургии проводится после завершения роста лицевого скелета (16 лет и старше). При деформации лицевого скелета симультанно выполняли ортогнатические операции.

Выводы. Устранение врожденных, остаточных и вторичных деформаций лица позволяет улучшить внешний вид пациентов, функции дыхания, приема пищи и речи, способствует их лучшей социальной адаптации в обществе и уменьшает вероятность психологической травмы, особенно в детском и подростковом возрасте, когда психика неустойчива и очень ранима.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Бибикова Е.Е., Соколов Ю.Ю., Донской Д.В., Ефременков А.М., Уткина Т.В.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Лимфатические мальформации (ЛМ) — порок развития лимфатических сосудов, формирующийся в раннем эмбриогенезе. Интраабдоминальные и забрюшинные ЛМ очень редки и составляют от 4 % всех наблюдений ЛМ.

Цель исследования: уточнить эффективность миниинвазивных хирургических вмешательств у детей с абдоминальными ЛМ.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2020 г. с абдоминальными ЛМ были оперированы 38 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 17 лет. По полу пациенты распределялись практически поровну (18 девочек и 20 мальчиков — 47,4 % и 52,6 % соответственно). Большая часть пациентов госпитализирована в стационар по экстренным показаниям с клиническими проявлениями «острого живота». Мезентериальные ЛМ выявлены у 26 (68,4 %) детей, ЛМ большого сальника — у 7 (18,4 %), забрюшинные ЛМ — у 6 (15,7 %) пациентов. Размеры кистозных полостей варьировали от 4,5 до 20 см (в среднем — 10,0 см).

Результаты. Тотальное лапароскопическое иссечение ЛМ брыжейки и сальника было выполнено 22 (57,8 %) детям, из них в 2 случаях использовали PlasmaJet с целью более деликатной диссекции кистозных полостей и уменьшения глубины воздействия на окружающие ткани. Видеоассистированные вмешательства выполнены 12 (31,5 %) больным младшего возраста с мезентериальными ЛМ тонкой кишки и малыми размерами брюшной полости. При этом резекция подлежащего к ЛМ участка кишки с наложением межкишечного анастомоза потребовалась у 7 (18,4 %) больных. Лапароскопическое иссечение забрюшинных ЛМ было выполнено 6 (15,7 %) больным, из них в 1 случае был оставлен фрагмент задней стенки кисты, интимно спаянный с почечными сосудами и мочеточником. Конверсия потребовалась в 2 (5,2 %) случаях детям с обширными кавернозными мезентериальными ЛМ. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений во всех случаях. В отдаленные сроки рецидив ЛМ сальника выявлен в 1 (3,8 %) наблюдении, что потребовало повторного лапароскопического вмешательства. Летальных исходов не было.

Выводы. Оптимальным объемом миниинвазивных операций при мезентериальных ЛМ считаем лапароскопическое иссечение стенок кистозного образования с сохранением радиальных мезентериальных сосудов и подлежащего сегмента кишки. При высоком риске нарушения кровоснабжения стенки кишки возможна лапароскопически-ассистированная резекция сегмента кишки с формированием межкишечного анастомоза. При забрюшинной локализации ЛМ и близком расположении крупных сосудов, почек и мочеточников может потребоваться конверсия на лапаротомию. Внедрение миниинвазивных операций у детей с абдоминальными ЛМ позволяет уменьшить операционную травму, ускорить восстановительный период, а также улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АНОМАЛАДА РОБЕНА

*Благих О.Е., Комелягин Д.Ю., Дубин С.А., Петухов А.В., Владимиров Ф.И., Яматина С.В.,
Громова Т.Н., Стрига Е.В.*

Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

Аннотация. В ДГКБ св. Владимира проведены операции 80 детям в возрасте до 1 года с аномаладом Робена. С тяжёлой степенью синдрома дыхательной обструкции было 39 детей, со средней — 28, с лёгкой — 13. В работе описан опыт применения пренатального ультразвукового исследования плода для ранней диагностики аномалада Робена.

Цель: оценить влияние пренатального ультразвукового исследования плода на сроки и эффективность лечения детей с аномаладом Робена.

Материалы и методы. Проведён компрессионно-дистракционный остеосинтез 80 детям в возрасте до 1 года с аномаладом Робена и синдромом дыхательной обструкции. У 12 детей диагноз аномалада Робена был установлен пренатально с помощью ультразвукового исследования, у 32 детей — в первую неделю жизни, у 18 — в период от 7 до 28 дней, у 18 — от 28 дней до 6 месяцев.

Все дети были поделены на 2 группы. В первую группу вошли 44 ребёнка, у которых аномалад Робена был установлен пренатально или в первую неделю жизни ввиду отсутствия значимых отличий в сроках лечения, во вторую группу — остальные 36 детей.

Носителями трахеостомы были 19 детей. Из них у 4 аномалада Робена был диагностирован в период от 1 недели до 1 месяца, у 15 в более поздние сроки. До операции пневмонию перенесли 28 детей, из них 19 — носители трахеостомы.

Длительность госпитального этапа лечения рассчитывалась как сумма койко-дней всех госпитализаций до устранения синдрома дыхательной обструкции.

Результаты и обсуждение. У всех 80 детей синдром дыхательной обструкции был устранён после дистракции нижней челюсти.

У всех детей первой группы двусторонняя остеотомия нижней челюсти с наложением компрессионно-дистракционных аппаратов была проведена в возрасте до 14 дней. Ни одному ребёнку не потребовалось наложение трахеостомы. Ни у одного ребёнка не зафиксировано пневмонии, связанной с обструкцией. Средняя длительность госпитального этапа лечения составила 21 день.

У детей второй группы двусторонняя остеотомия нижней челюсти с наложением компрессионно-дистракционных аппаратов была проведена в возрасте от 14 дней до 1 года. 19 детям до компрессионно-дистракционного остеосинтеза была наложена трахеостома. 28 детей перенесли пневмонию. Средняя длительность госпитального этапа лечения составила 54 дня.

Выводы и рекомендации. Пренатальное ультразвуковое исследование плода зарекомендовало себя как эффективный метод диагностики аномалада Робена, что снизило число осложнений, связанных с синдромом дыхательной обструкции, и сократило сроки госпитального этапа лечения. Рекомендуется консультация челюстно-лицевого хирурга до рождения ребёнка при выявлении аномалада Робена.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЙРОННОЙ СЕТИ

Бондаренко С.Г.

Клиническая больница скорой медицинской помощи № 7, Волгоград

Прогнозирование представляет собой сложную область клинической медицины. Это связано с необходимостью предусмотреть все возможные варианты развития заболевания, определить, как может измениться состояние больного, если вообще не проводить лечебные действия или если выбрать какой-либо из методов медицинского вмешательства. Анализ литературы, посвященный прогнозированию результатов лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у детей, показывает гетерогенность мнений исследователей, что связано с тем, что выбранные предикторы не могут являться независимыми (неоднозначная интерпретация диагностических тестов из-за многослойности (стратифицированности) предикторов, отражающих уровень хирургических навыков врача, разных социально-экономических условий пациентов и другое).

В данном исследовании представлен результат использования искусственной нейронной сети в прогнозировании результатов консервативного и эндоскопического методов лечения ПМР. Для анализа использованы данные 741 пациентов, находившихся на лечении в детском урологическом отделении ГУЗ КБ № 7 города Волгограда и получивших консервативное или эндоскопическое лечение ПМР различной степени тяжести. Для выявления прогностической способности нейронной сети выбран многослойный перцептрон с минимальным количеством слоев равных трем. Использован модуль нейронных сетей, инкорпорированный в статистическую программу IBM SPSS Statistics 22. Нейронная сеть строилась многократно до появления стабильных результатов значимости каждого предиктора и после этого оценки синаптических весов нейронов НИС сохранялись в XML файле для использования с целью скоринга. Полученная предикторная модель применялась для прогнозирования результатов лечения ПМР в двух клиниках РФ.

В результате исследования установлено, что прогностическая модель в 80 % случаев смогла прогнозировать результат лечения.

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ У ДЕТЕЙ. ОПЫТ НИИ УРОЛОГИИ ЗА 10 ЛЕТ

Вардак А.Б. Рудин Ю.Э. Меренов Д.С. Арустамов Л.Д.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал НМИЦ радиологии, Москва

Актуальность. Из всех детей с нефролитиазом, госпитализированных в НИИ урологии, в 35 % выполнена перкутанная нефролитотрипсия. Целью исследования было изучение эффективности перкутанной нефролитотрипсии, при лечении мочекаменной болезни у детей.

Материалы и методы. За период с 2008 по 2019 год в детском уроandroлогическом отделении ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России нефролитотрипсия выполнена 342 детям в возрасте от 1 до 17-и лет. Средний возраст составил 6 лет 5 месяцев. Из них 202 (59 %) мальчиков и 140 (41 %) девочек. 187 (54,6 %) пациентов были с коралловидными камнями, у остальных 155 (45,4 %) пациентов были камни лоханки. Средний размер камня составил — 25,9 мм (15–58 мм). 89(26 %) ребенка имели билатеральное камнеобразование.

Оперативное вмешательство проводилось по стандартной методике, все детям выполнялась цистоскопия, катетеризация мочеточника. В положении на животе под ультразвуковым и рентгенологическим наведением осуществлялась пункция чашечно-лоханочной системы. В 217-х случаях (63,4 %) пункция осуществлялась через нижнюю чашечку, в 97-и (28,3 %) через среднюю и 28 (8,3 %) через верхнюю группу чашечек. У 279-х (81,5 %) детей вмешательство выполнено с помощью мини-нефроскопа с тубусами 12, 15 и 16,5 Сн и для дезинтеграции камня использовался гольмиевый лазер «Auriga» с волокном диаметром 365 и 600 мкм. И только в 63 (18,5 %) случаях, когда позволял размер почки, использовался стандартный нефроскоп 24 Сн и комбинированная литотрипсия (ультразвуковая и пневметическая). 38-и (11,1 %) детям выполнена бездренажная перкутанная нефролитотрипсия, в остальных случаях устанавливался нефростомический дренаж. Длительность операции составила от 25 до 137 минут, в среднем 73,8 минут. В послеоперационном периоде всем пациентам выполнялась инфузионная и антибактериальная терапия по результатам бактериологического исследования мочи. После активизации больных на 1–3 сутки выполнялись обзорная урография и антеградная пиелоуретерография. При отсутствии резидуальных камней и нарушений пассажа мочи — нефростомический дренаж удалялся.

Результаты. Эффективность нефролитотрипсии у этих пациентов составила 80,1 % (274 детей). Остальным 68 (19,9 %) пациентам с резидуальными камнями в ближайшем послеоперационном периоде была выполнена дистанционная литотрипсия. В 38(11,2 %) случаях выполнялась эндопиелотомия. Из осложнений можно отметить явления макрогематурии у 13 пациентов (3,8 %), гипертермия 38 пациентов (11,1 %). Более грозные осложнения, такие как, перфорация ЧЛС, переливание препаратов крови, селективная эмбилизация нами не отмечены. Повторно, по поводу рецидива камнеобразования, оперировано 43(13 %) пациента.

Заключение. Мини-перкутанная нефролитотрипсия у детей с крупными у коралловидными конкрементами является предпочтительным и эффективным методом лечения нефролитиаза.

СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕНИСКОВ У ДЕТЕЙ

Воробьев Д.А., Басаргин Д.Ю., Серова Н.Ю., Никишов С.О., Мельников И.А., Рошаль Л.М.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы,
Москва

Роль менискового аппарата в работе коленного сустава велика, поскольку, отвечает за конгруэнтность, стабильное состояние коленного сустава, распределение и амортизацию опорной нагрузки. Высокоточные методы лучевого обследования на ранних сроках после травмы подтверждают указанное повреждение. В 32 % случаев показанием к хирургическому артроскопическому оперативному вмешательству служат повреждения менисков. В настоящее время в лечении актуально малотравматическое артроскопическое органосохраняющее вмешательство, предотвращающее развитие необратимых процессов и профилактику раннего возникновения артроза коленного сустава. Цель исследования — улучшение результатов лечения детей при травме коленного сустава с повреждением менисков. За последние 3 года в НИИ НДХ и Т нами было госпитализировано 1739 пациента с травмой коленного сустава, из них у 247 детей, в возрасте от 5 до 17 лет, диагностировано повреждение менисков. Сроки наблюдения на 7 сутки, через 3 недели, 3, 6 и 12 месяцев после оперативного вмешательства. С 1990 года в лечебную работу травматологического отделения НИИ НДХ и Т внедрено артроскопическое вмешательство, уменьшающее число миниартротомии при повреждениях коленного сустава. В настоящее время врачи отделения владеют всеми видами оперативных техник. Отмечено преимущество органосохраняющих оперативных вмешательств с использованием швов мениска и/или анкерных систем перед резекциями с артротомиями. Всего в 2017–2019 гг. нами выполнено 788 артроскопических вмешательств по поводу травм коленного сустава, каждая третья операция (31,7 %) — при сочетанном и изолированном повреждении менисков: латерального в 66 случаях (26,7 %), медиального — у 107 пациентов (43,3 %), обоих менисков — у 74 (29,9 %). Позднее обращение с застарелыми разрывами было отмечено в 56 % случаев (у 138 пациентов). Органосохраняющее ушивание выполнено в большинстве случаев: ушивание разрыва по типу «ручки — лейки» 56 пациентам (22,6 %), ушивание радиального разрыва — 17 больным (6,8 %), оперативное лечение дискоидного мениска 18 детям (7,3 %), использование анкерной фиксации мениска у 13 детей (5,2 %) с повреждением корня мениска, в остальных случаях, при невозможности сохранения мениска ушиванием, потребовалась менискэктомия. Осложнения отмечены в двух случаях из-за несостоятельности швов, ввиду невыполнения рекомендаций по ограничению физических нагрузок, потребовавшие повторное артроскопическое вмешательство. Таким образом, лучевые методы исследования являются взаимодополняющими.

Заключение. УЗИ зависит от опыта врача, магнитно-резонансная томография уточняет повреждение мениска в 85 % случаев, что требует от травматолога своевременной и правильной трактовки клинической картины. Резекция менисков нежелательна в детском возрасте, может быть проведена по строгим показаниям. Ушивание менисков вне зависимости от сроков и типов разрыва достоверно улучшает клинические и радиологические отдаленные результаты в сравнении с менискэктомией.

СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕРЕЛОМОМ ПОЗВОНОЧНИКА У РЕБЁНКА 10 ЛЕТ

*Гилязова Г.Р., Шангареева Р.Х., Абсалямова Н.Т., Стрепетков Е.В., Котриков Е.Б.,
Салимгареев А.А., Чендулаева И.Г., Нигаметьянов Р.А.*

Городская детская клиническая больница №17, Уфа

Пациентка Б., 10 лет, была доставлена в ГДКБ№17 экипажем скорой медицинской помощи через 1,5 часа после ДТП. Осмотрена детским хирургом, нейрохирургом, травматологом, выполнена компьютерная томография черепа, органов грудной клетки (ОГК) и брюшной полости (ОБП), ультразвуковое исследование (УЗИ) ОБП. Выявлен сгибательно-дистракционный перелом тела, дужек и остистого отростка LII позвонка с расхождением отломков до 6 мм, реактивные изменения печени и поджелудочной железы (ПЖ). Показатели общих анализов мочи и крови, биохимического анализа крови в пределах нормы. Данных за острую хирургическую патологию ОБП при поступлении и в последующие дни не выявлено. Через 10 часов от поступления, по срочным показаниям, выполнен транспедикулярный остеосинтез LI — LIII системой LEGASI. В послеоперационном периоде неврологических нарушений не выявлено. С 2 дня после операции, с началом энтерального кормления — выраженный болевой синдром, тошнота, многократная рвота. На 10 сутки от травмы КТ и УЗИ ОБП с признаками изменений ПЖ, амилаза крови 345 ЕД/л. Выставлены показания к оперативному вмешательству. Выполнена диагностическая лапароскопия, вскрытие и дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости; получено 700 мл панкреатического сока. Полное парентеральное питание 3 суток, антисекреторная терапия, физиотерапия, контроль УЗИ ОБП ежедневно, перевод на энтеральное питание с 13 дня от травмы, тогда же удалены контрольные дренажи из брюшной полости, оставлен дренаж в ложе поджелудочной железы. В послеоперационном периоде отмечено формирование псевдокисты поджелудочной железы, длительное оттеkanie панкреатического сока максимально — до 800 мл за сутки с постепенным уменьшением объёма на фоне проводимого лечения. Проводилась последовательная смена дренажей с 24Fr до 6Fr, склерозирование полости кисты. Дальнейшее течение благоприятное. Ребёнок переведён на 1 этап реабилитации с 23 суток от травмы, выписан на 85 сутки. Контрольное обследование через 2 месяца — жалоб нет, состояние удовлетворительное, УЗИ ОБП, лабораторные показатели в норме, неврологических нарушений нет.

РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 4 СТЕПЕНИ И ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА 3

Голиков Д.Е., Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Уткина К.Е., Харитонова А.Ю.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Актуальность. Сочетание травматического повреждения поджелудочной железы (ПЖЖ) 4 ст. и периаппендикулярного абсцесса (ПА) 3 мы встретили в своей практике впервые, причем не нашли подобных клинических наблюдений в доступной нам литературе.

Цель. Представить лечебно-диагностический алгоритм при сочетании травмы ПЖЖ с повреждением Вирсунгова протока и ПА 3.

Материалы и методы. Мальчик, 10 лет поступил в экстренном порядке через три часа после падения (ударился животом о деревянную планку) с жалобами на резкую боль в животе. При поступлении выполняли клинико-лабораторное обследование, УЗИ и СКТ брюшной полости

Результаты. На основании проведенного обследования был установлен диагноз: Закрытая травма живота. Разрыв ПЖ 4ст. Разрыв печени 2 ст. Малый гемоперитонеум. По данным СКТ диагностирован глубокий разрыв паренхимы ПЖЖ на границе головки и тела с повреждением Вирсунгова протока. В посттравматическом периоде проводили инфузионную, антибактериальную терапию, эпидуральную анестезию, зондовое кормление в тощую кишку, пункцию и дренирование оментобурсита под контролем УЗИ (получена серозно-геморрагическая жидкость с высоким уровнем амилазы). На 10 сутки посттравматического периода на фоне клинического благополучия при контрольной МР ХПГ помимо посттравматических изменений ПЖ выявлено формирование жидкостного образования с капсулой в правой подвздошной области, несвязанного с забрюшинными клетчаточными пространствами. Проводили дифференциальный диагноз между панкреатогенным и аппендикулярным абсцессом, который на фоне антибактериальной и обезболивающей терапии не имел клинических проявлений. При детальном УЗИ был визуализирован измененный червеобразный отросток в полости абсцесса. При пункции под контролем УЗИ получено 20 мл густого гноя с зловонным запахом, в полость абсцесса установлен дренаж 10 Fr. По данным микробиологического исследования получен рост E.coli. Дренаж из сальниковой сумки удален на 14 сутки после установки, из полости абсцесса — на 4-е сутки. На 16 сутки после травмы на фоне нормализации уровня амилазы крови удален назоинтестинальный зонд и начато кормление через рот. Ребенок был выписан домой на 25 сутки в удовлетворительном состоянии. В плановом порядке через 6 мес. выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Катамнез через 9 мес. — жалоб нет, при УЗИ брюшной полости патологических эхообразований не выявлено.

Заключение. Интенсивная терапия, проводимая по поводу тяжелого повреждения ПЖЖ, нивелировала клиническую картину острого аппендицита, осложнившегося формированием абсцесса. Использование современных диагностических и хирургических технологий позволило снизить хирургическую агрессию и добиться хороших результатов в лечении пациента.

МЕКОНИЕВЫЙ ИЛЕУС У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Гопиенко М.А., Караваева С.А., Котин А.Н., Попова Е.Б.,
Новопольцева О.Н., Симонова Т.В.*

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Цель — проанализировать особенности клинического проявления мекониевого илеуса недоношенных (МИН), выделить основные дифференциально-диагностические отличия между некротическим энтероколитом (НЭК) и МИН.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 гг. в ДГБ № 1 Санкт-Петербурга лечились 210 недоношенных детей, у которых был диагностирован МИН, 28 из них (13 %) имели очень низкую массу тела (VLBW) и 182 (87 %) — экстремально низкую массу (ELBW).

Результаты и обсуждение. МИН является заболеванием детей, родившихся на сроке 21–28 недель гестации. Клиническая картина МИН представлена обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной с одной стороны выраженной гипоперистальтикой кишечника у глубоко незрелого ребенка, с другой стороны высокой вязкостью мекония. В начальных стадиях заболевания МИН во многом напоминает НЭК. Однако при схожести клинической картины главными отличиями МИН от НЭК является отсутствие инфильтрации и признаков деструкции кишечной стенки при ультразвуковой диагностике, неравномерная пневматизация кишечных петель с отдельными резко расширенными петлями кишки с вялой маятникообразной перистальтикой. У детей с МИН в ранних стадиях заболевания отсутствует интоксикация, патологические изменения в лабораторных анализах, в том числе и в уровне белков острой фазы воспаления. В лечении МИН принята пошаговая консервативная терапия, целью которой является ликвидация обтурации кишки вязкими кишечными массами и восстановление пассажа. Для этого используется высокое промывание толстой кишки, пассаж омнипака по ЖКТ, но наиболее эффективной является процедура Накаока — микроирригация омнипаком толстой и терминального отдела тонкой кишки.

Консервативное лечение оказалось эффективным для 72 % детей с МИН, 59 пациентов (28 %) были прооперированы, из них 31 ребенок — из-за неэффективности консервативной терапии, и 28 детей на фоне возникшей перфорации кишки. Летальность составила — 5 % (10 детей).

Выводы. Лечение МИН должно быть преимущественно консервативным. Успешность консервативного лечения мекониевого илеуса недоношенных зависит от своевременности диагностики и адекватного объема проводимой терапии. Методом выбора консервативного лечения МИН является сегодня процедура Накаока

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАТОМ ШЕИ У НОВОРОЖДЁННЫХ

*Гопиенко М.А.^{1,2}, Караваяева С.А.^{1,2,3}, Попова Е.Б.¹, Белогурова М.Б.³,
Шац Л.И.¹, Леваднев Ю.В.¹*

¹ Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург

² Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

³ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Цель — проанализировать опыт лечения герминогенно-клеточных опухолей (ГКО) шеи у новорождённых.

Материалы и методы. За 15 лет (2005–2019) на лечении в ДГМКСЦВМТ (ранее — ДГБ 1) находились 69 новорождённых с ГКО (56 — крестцово-копчиковые, 13 — других локализаций). Опухоли шеи встречались редко — лишь в 4 случаях (2 мальчика и 2 девочки), но при этом заняли первое место по частоте среди ГКО неkopчиковой локализации (31 %). Один мальчик родился недоношенным (30 недель), масса пациентов при рождении составляла от 1100 г до 3850 г.

Результаты и обсуждение. Пренатально диагноз был установлен лишь в двух случаях (не ранее 28 недели), в одном случае УЗИ, проведённое даже в 39 недель, не выявило каких-либо особенностей развития плода. Во всех случаях опухоль располагалась преимущественно по передней поверхности шеи, содержала как кистозный, так и солидный компоненты, размеры образования составляли от 6 до 20 см в диаметре. У троих детей вскоре после рождения отмечены проявления дыхательной недостаточности из-за сдавления опухолью трахеи, что потребовало интубации. В одном случае, в связи с гигантскими размерами опухоли, выявленной пренатально, была успешно проведена запланированная EXIT-процедура, обеспечившая безопасную интубацию трахеи до перевязки пуповины. По тяжести состояния дети поступали в отделение реанимации новорождённых, где всем было проведено необходимое обследование — выполнены УЗИ и компьютерная томография. Все дети прооперированы в возрасте 3–9 суток жизни, им выполнено радикальное удаление опухоли, при этом щитовидная железа, как правило, входила в структуру опухоли, поэтому удалялась вместе с опухолевыми тканями. Во всех четырёх случаях гистологический диагноз звучал как «незрелая тератома» (Grade 3), все дети наблюдались онкологом. До 2011 года пациенты получали курсы полихимиотерапии, позже тактика была пересмотрена, и последняя девочка, оперированная в 2016 г., наблюдается онкологом амбулаторно. Курсы химиотерапии ей не проводились. Рецидив опухоли выявлен у одной пациентки через 2 месяца после первичной операции, девочка оперирована повторно, гистологическое заключение: зрелая тератома. На сегодняшний день все дети живы (возраст: 3,5 года — 13,5 лет), растут и развиваются по возрасту, по данным контрольных УЗИ у всех присутствует определённый объём ткани щитовидной железы, двое находятся на поддерживающей гормонотерапии в минимальных дозах.

Выводы. Шейная локализация тератом — вторая по частоте у новорождённых. Удаление опухоли этой локализации сопряжено с рядом трудностей, обусловленных сложной анатомической зоной. Своевременная пренатальная диагностика, радикальность удаления опухоли, а также мультидисциплинарный подход в лечении этих пациентов играют решающую роль в достижении успешного результата.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В СТРУКТУРЕ ПОЛИТРАВМЫ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

Горелик А.Л., Демин Н.В., Ладыгина Е.А., Карасева О.В.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Актуальность. Несмотря на возможности современных технологий полноценная и своевременная диагностика всех повреждений в структуре политравмы сохраняет свою актуальность

Цель. Демонстрация трудностей и ошибок в диагностике редких повреждений в структуре политравмы.

Материалы и методы. Мальчик, 5 лет был сбит автомобилем, в результате чего получил политравму (ISS-41) с превалированием торакоабдоминальных повреждений. В первичном стационаре были выполнены: дренирование правой плевральной полости (пневмоторакс); диагностическая лапароскопия (забрюшинная гематома справа); люмботомия справа, ревизия почки и дренирование паранефрального пространства (повреждений не выявлено). В НИИ НДХиТ ребенок переведен на 2 сутки после травмы.

Результаты. При поступлении выполнена СКТ (Whole body), на которой помимо ранее диагностированных повреждений выявлено высокое стояние левого купола диафрагмы и де-васкулязация верхнего полюса правой почки. Описанные повреждения были расценены, как травматический парез диафрагмы и травма правой почки 3 степени, принята консервативная тактика. Появление и увеличение объема мочи, отделяемой по дренажу из паранефрального пространства, к 3-м суткам посттравматического периода позволили диагностировать повреждение ЧЛС. Учитывая отсутствие отрицательной динамики по данным УЗИ почки было решено выполнить стентирование правого мочеточника для восстановления оттока мочи. При манипуляции выявлен свободный выход проводника за пределы мочеточника и контрастирование паранефрального пространства, что явилось показанием к оперативному лечению. При лапароскопической ревизии правой почки был диагностирован полный отрыв мочеточника в верхней трети. Поскольку восстановить мочеточник не представлялось возможным ввиду большого диастаза между его проксимальным и дистальным концом и выраженной инфильтрации тканей, выполнена пиелостомия. При лапароскопической ревизии достоверных признаков повреждения диафрагмы не выявлено. На 5-е сутки после травмы отмечена отрицательная динамика в виде появления и нарастания дыхательной недостаточности. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки диагностирован разрыв левого купола диафрагмы с миграцией желудка в левую плевральную полость. При торакоскопии разрыв левого купола диафрагмы, протяженностью более 10 см (травма 4 степени) был подтвержден, выполнена торакоскопическая пластика дефекта. Течение послеоперационного периода гладкое. Ребенок был выписан домой с пиелостомой. Через 4 мес. после травмы была выполнена лапароскопическая заместительная аппендикуретеропластика. В анамнезе (2 г.) функция правой почки сохранена, уродинамика верхних мочевых путей не нарушена.

Выводы. В структуре политравмы встречаются редкие и трудные для диагностики повреждения. Во избежание ошибок следует сохранять настороженность в отношении подобных травм, использовать полный диагностический арсенал, в том числе активнее применять инвазивные методы диагностики в сложных случаях.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ОСТРЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Горелик А.Л., Карасева О.В., Тимофеева А.В., Уткина К.Е., Голиков Д.Е., Ахадов Т.А., Батунина И.В., Харитонова А.Ю.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Актуальность. Повреждения поджелудочной железы как травматического, так и нетравматического генеза, протекающие в осложненной форме с развитием панкреатогенного перитонита, оментобурсита, перипанкреатического инфильтрата являются редкими в педиатрической практике. В настоящее время отсутствует единый протокол терапии подобных повреждений поджелудочной железы у детей и сохраняется настороженное отношение хирургов к эффективности малоинвазивных методик хирургического лечения.

Цель. Оптимизировать протокол лечения детей с осложненными формами повреждений поджелудочной железы.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2020 гг. в НИИ НДХиТ получали лечение 22 ребенка с осложненным течением повреждений поджелудочной железы. У 68,2 % (15) детей была травма поджелудочной железы с повреждением Вирсунгова протока: травма III степень — 73,3 % (11), IV степени — 26,7 % (4). В 31,8 % (7) наблюдений мы столкнулись с острым панкреатитом. Инструментальные методы обследования включали УЗИ — мониторинг, СКТ, МР-холангиографию.

Результаты. Все дети с осложненным течением повреждений поджелудочной железы получали комплексную интенсивную терапию: эпидуральную анестезию; продленное кормление в кишку по назоинтестинальному зонду полуэлементной смесью; антисекреторную (октреотид, омепразол), антибактериальную, инфузионную и симптоматическую терапию. Хирургическое лечение заключалось в малоинвазивных методиках, направленных на дренирование острых жидкостных скоплений. При панкреатогенном перитоните с средним/большим гидроперитонеумом выполняли лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости по Генералову. При развитии острого оментобурсита объемом более 100 мл с диаметром основного жидкостного скопления более 5 см выполняли чрезкожную пункцию и дренирование сальниковой сумки под ультразвуковым контролем с использованием троакар — катетеров (7–9 Fr). Консервативная терапия была эффективна в 22,7 % (5) наблюдений, в 77,3 % (17) — были использованы малоинвазивные технологии хирургического лечения: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости — 4,5 % (1); чрезкожное дренирование острого оментобурсита — 45,5 % (10); лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости с последующим чрезкожным дренированием острого оментобурсита — 27,3 % (6). Интраоперационных осложнений не было. Течение послеоперационного периода гладкое. Все дети были обследованы в катамнезе (более 1 года) — рецидивов панкреатита не отмечено, ложные кисты ПЖЖ не выявлены.

Выводы. Сочетание комплексной интенсивной терапии с малоинвазивными хирургическими методиками, направленными на дренирование острых жидкостных скоплений при осложненных формах повреждений поджелудочной железы различного генеза, приводит к хорошим клиническим результатам, снижает хирургическую агрессию, предупреждает развитие осложнений.

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

*Горелик А.Л., Карасева О.В., Харитонова А.Ю., Тимофеева А.В.,
Уткина К.Е., Голиков Д.Е., Ахадов Т.А.*

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы,
Москва

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) — одна из актуальных проблем неотложной хирургии. Основные заболевания, являющиеся причиной ЖКК у детей хорошо изучены. Однако в клинической практике мы столкнулись с несколькими наблюдениями длительного диагностического поиска источника ЖКК.

Цель. Демонстрация трудно диагностируемых причин рецидивирующих желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК).

Материалы и методы. В период с 2017 по 2020 гг. в НИИ НДХиТ получали лечение трое детей с клинической картиной ЖКК неясного генеза. Все дети имели длительный анамнез рецидивирующего ЖКК с развитием тяжелой постгеморрагической анемии, требовавшей повторных гемотрансфузий и были многократно обследованы в стационарах, но без верификации источника кровотечения. Выполнено комплексное обследование: УЗИ брюшной полости, эндоскопическое обследование (ЭГДС, ректосигмоколоноскопия, видеокапсульное исследование), мультифазная СКТ с внутривенным контрастированием, рентгенконтрастное исследование ЖКТ, у одному из этих пациентов обследование дополнено прямой ангиографией.

Результаты. Выбранный диагностический алгоритм позволил выявить источник кровотечения у всех детей. Во всех наблюдениях это были редкие заболевания, требующие дифференцированного подхода к выбору метода лечения.

1. Мальчик, 11 лет. Причиной ЖКК являлась кавернозная гемангиома тощей кишки. Выполнена лапароскопически ассистированная операция: резекция участка тощей кишки, несущего гемангиому с наложением анастомоза конец в конец минилапаротомным (расширенный пупочный) доступом.

2. Мальчик, 7 лет. В анамнезе был оперирован лапаротомным доступом по поводу острой спаечно-кишечной непроходимости, вызванной дивертикулом Меккеля. Выполнена лапароскопия — диагностирован порок развития кишечника в виде удвоения подвздошной кишки с явлениями язвенного илеита (в удвоенном отделе находился язвенный дефект слизистой, являющийся источником рецидивирующего кровотечения) и выраженная деформация кишечной трубки с участками стеноза и расширения вследствие предшествующей операции, что потребовало конверсии для завершения адгезиолизиса и выполнения резекции патологически измененного участка подвздошной кишки с наложением анастомоза конец в конец.

3. Мальчик, 3-х лет. Причиной рецидивирующего ЖКК был эрозивный эзофагит на фоне врожденной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы 3 степени. Выполнена лапароскопическая фундопликация по Ниссену, пластика грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Течение послеоперационного периода у всех детей гладкое. В катамнезе рецидивов ЖКК не было.

Выводы. В ряде случаев причиной желудочно-кишечных кровотечений могут быть редкие заболевания, сложные для диагностики. Комплексное обследование, включающее современные диагностические технологии (видеокапсульное исследование, КТ-ангиография и т.д.) позволяет установить причину подобных кровотечений и выбрать оптимальную хирургическую тактику.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУХСТОРОННЕЙ ТОТАЛЬНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВОЙ ПНЕВМОНИИ

Горелова Е.М., Лысов А.Е., Черников А.Н., Сниткин Н.А., Колчинцев Д.В.

Белгородская областная детская клиническая больница, Белгород

Представлен нетипичный случай тотальной вирусно-бактериально-аспергиллезной двусторонней деструктивной пневмонии (ДП), осложненной пиопневмотораксом у ребенка 2 лет.

Подходы к лечению ДП оформились более 30 лет назад. Появление современных антибиотиков актуальность проблемы снизили, но в течение последнего десятилетия деструктивные осложнения пневмоний участились, что обусловлено распространением мультирезистентной микрофлоры и микст-инфекциями. Приводим клинический случай.

Девочка 2 лет госпитализирована с жалобами на гипертермию, одышку, сухой кашель, слабость. Болея неделю, когда появились субфебрилитет и насморк. Лечились сами дома. Обратились к врачу в связи с ухудшением состояния. Госпитализированы в ЦРБ, откуда переведены в ОРИТ ДОКБ.

Ребенок без фоновой патологии, развит нормально. При поступлении 10.09.18 гипертермия до 39°C. Состояние тяжелое, вялая, сонлива. Кожа бледная, с серым оттенком. Выражен периоральный и периорбитальный цианоз, мраморность кожи. Слизистые бледные, чистые. Зев спокойный. ЧД 48–50/мин, ДН 2. SpO₂ 90–92 %. Дыхание ослаблено справа, перкуторный звук укорочен. Тоны сердца приглушены, 191/мин, ритмичны. Печень +2,5 см, селезенка +1. Живот не вздут, мягкий. По УЗИ — плевральный выпот справа до 300 мл. При пункции — серозно-геморрагический выпот. В посевах выделена *Candida albicans*, назначен микамин. 13.09.18 у ребенка нарастающая дыхательная недостаточность. Переведен на ИВЛ. На рентгенограмме — напряженный пневмоторакс. Установлен дренаж по Бюлау. Ввиду сохраняющегося на фоне плеврального дренажа пневмоторакса установлен дополнительный дренаж. Вечером 14.09.18 ввиду неэффективности ИВЛ ребенок переведен на ВЧАИВЛ. Утром 15.09.18 на фоне ВЧАИВЛ отмечается выраженная дыхательная недостаточность, легкое не расправилось. Налажена активная аспирация. К вечеру 15.09.18 легкое полностью расправилось. 18.09.18 ребенок переведен на объемную ИВЛ. 21.09.18 возобновлена ВЧАИВЛ, ввиду нарастания ДН. 22.09.18 по УЗИ обнаружено 190 мл гноя в левой плевральной полости, дренирована по Бюлау. 24.09.18 из плеврального выпота выделен мультирезистентный *Aspergillus fumigatus*. Замена микамина на вифенд. Дальнейшее течение болезни на фоне антибактериальной (цефтриаксон, амикацин, меропенем, ванкомицин, линезолид, зинforo, цiproфлоксацин курсами), инфузионной, иммунотерапии было благоприятным. 29.09.18 переведена на объемную ИВЛ. 02.10.18 дренажи удалены. 09.10.18 экстубирована. 30.10.18 переведена в педиатрическое отделение. 26.11.18 выписана домой. Наблюдается амбулаторно, отдаленных последствий перенесенной ДП не отмечается.

Выводы. 1) При ДП нередко встречаются случаи тяжелого течения болезни, требующие нестандартного подхода; 2) При тяжелых формах ДП целесообразна активная аспирация на фоне ВЧАИВЛ.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЕ КОПЧИКА

Горшков А.Ю., Карташев В.Н., Сергеев С.П., Михайлова С.И., Соколова И.А.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Актуальность. Пилонидальная киста копчика — распространенное, гнойно-воспалительное заболевание, встречающееся в разных возрастных группах детей. В 80–90 % случаев заболевание манифестирует острым воспалением (абсцессом) в крестцово-копчиковой области, что является поводом обращения в медицинское учреждение.

Цель. Разработать тактику ведения пациентов с нагноившейся пилонидальной кистой копчика.

Материалы и методы. В отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери в 2018–2020 гг. пролечено 40 детей с нагноившейся пилонидальной кистой копчика, 10 (25 %) девочек, 30 (75 %) мальчиков в возрасте от 11 до 17 лет.

Результаты. Больные с острым воспалением (средний возраст 15,5 лет) поступали в клинику с выраженной клинической картиной абсцесса крестцово-копчиковой области. Два и более эпизодов воспаления были у 16 (40 %). В 35 % случаев невозможно было определить предрасполагающие факторы развития острого воспаления, в остальных случаях ими были: трудности гигиены при избыточной массе тела, повышенное оволосение, потливость, мацерация кожи. Всем пациентам выполнялось ультразвуковое обследование для уточнения локализации гнойника, а затем его вскрытие и дренирование под местной анестезией. Больные получали антибактериальную терапию с применением антибиотиков широкого спектра действия, физиолечение. Выписывались пациенты с раневым дефектом, заживление которого купировалось в амбулаторных условиях, путем вторичного натяжения.

Перед радикальной операцией, через 1 месяц всем пациентам проводили компьютерную томографию с контрастированием свищевого хода и кисты с целью уточнения анатомии образования. Основным методом хирургического лечения, применяемого нами, является иссечение пилонидальной кисты с закрытием раны простым ушиванием (используем как узловые швы, так и шов по Донати). Резекции копчика не проводилось из-за отсутствия связи кисты с копчиковыми позвонками. Для дренирования «остаточной полости» устанавливаем резиновый выпускник через контрапертурный разрез. Длительность превентивной антибиотикотерапии составляло 7–10 дней. Швы снимаем на 14 день. Антибактериальная терапия 10 дней. Частота рецидивов заболевания снизилась с 20 % до 11 % в последний год за счет слежения за «остаточной полостью» с помощью УЗИ и своевременного опорожнения послеоперационной гематомы.

Заключение. Пилонидальная киста копчика склонна к инфицированию, с рецидивами нагноения и требует радикального хирургического лечения в период ремиссии с закрытием раны швом по Донати и дренированием «остаточной полости».

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ОШИБКИ И ТРУДНОСТИ

Гуз В.И., Веровский В.А., Полюдов С.А., Трамова Ж.Д.

Российская детская клиническая больница РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

Актуальность. Мы представили осложнения, возникшие во время операции у детей, ранее оперированных по поводу врожденного порока сердца и, как бывает, порой трудно предусмотреть возможные неблагоприятные риски.

Материал и методы. В торакальном отделении РДКБ за период с 2010 г. находились на лечении 5 детей в возрасте от 2,8 до 14 лет. 3 детей с атрезией пищевода и синдромами VATER и VACTERL (пороками). 2 детей с воронкообразной деформацией грудной клетки. Все оперированы в раннем возрасте по поводу врожденного порока сердца. Ребенок 4 лет в раннем возрасте оперирован по поводу атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом, дефекта межжелудочковой перегородки, разобщения клоаки, вагинопластики, проктопластики, операции Политано. Ребенку выполнена пластика пищевода толстой кишкой. Загрудинный тоннель для проведения трансплатата удалось сформировать. Ребенок 2,8 лет оперирован в раннем возрасте по поводу атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом, устранения дефекта межжелудочковой и межпредсердной перегородок, открытого артериального протока. Пациенту выполнена пластика пищевода толстой кишкой, трансплантат проведен за грудиной.

Ребенку 5 лет с атрезией пищевода и трахеопищеводным свищом выполнена операция по поводу врожденного порока сердца путем пластики туннельной заплатой дефекта МЖП с фенестрацией, инфундибулэктомией выходного отверстия правого желудочка гомографтом. Пациенту выполнена пластика пищевода толстой кишкой, однако при формировании туннеля за грудиной выявлен выраженный спаечный процесс не позволяющий провести трансплантат за грудиной, были сняты металлические скобы, пересечением грудины на всем протяжении шаг за шагом. Двое детей с приобретенными воронкообразными деформациями грудной клетки возникших после стернотомии и хирургической коррекции врожденного порока сердца. У одного ребенка во время формирования загрудинного тоннеля произошло ранение ушка правого предсердия. Кровотечение. Дефект ушит. Геморрагический шок, остановка сердца. Сердечная деятельность восстановлена, однако через 2 часа ребенок погиб в результате легочной недостаточности и геморрагического шока. Второй оперирован в 10 мес. по поводу дефекта межжелудочковой перегородки. Пластика межпредсердной перегородки ксеноперикардимальной заплатой. В 7 лет по настоятельной просьбе родителей торакопластика. Для оценки загрудинного пространства торакоскопия. Возникло кровотечение. Торакотомия, обнаружен спонтанно возникший дефект в области верхней полой вены, вколоченный в заднюю поверхность грудины. Кровотечение остановлено. Длительное лечение в отделении реанимации, последующая реабилитация. Ребенок выписан домой.

Заключение. В данной работе мы честно показали осложнения, которые могут встретиться у данной группы больных во время операции и возможные неблагоприятные исходы.

ЖЕНСКАЯ ЭПИСПАДИЯ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Демин Н.В., Ладыгина Е.А.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Введение. Женская эписпадия — редкая врожденная аномалия и частота ее встречаемости составляет 1 на 500 000 рожденных девочек. Поскольку внешние изменения при сведенных больших половых губах не сильно выражены, бывают случаи, что диагноз устанавливается не сразу. Известны наблюдения, когда девочки до пубертатного периода консервативно лечились от недержания мочи имея при этом эписпадию. Частота возникновения рефлюкса при данной патологии составляет от 30 до 70 %.

При двухэтапных методиках оперативного лечения вначале выполняется реконструкция уретры, что создает сопротивление на выходе и позволяет вырасти мочевому пузырю до приемлемых размеров. После достижения объема более 80 мл выполняется второй этап — реконструкция шейки мочевого пузыря.

Более современные одноэтапные методики при достаточной емкости мочевого пузыря позволяют удлинить уретру с одновременной пластикой шейки мочевого пузыря и имеют преимущества по сравнению с многоэтапными методами.

Цель работы. Продемонстрировать клиническое наблюдение пациента с женской эписпадией.

Материалы и методы. Проведено лечение пациента с тотальной женской эписпадией. Возраст пациента был на момент операции 1,5 года. Объем мочевого пузыря 120 мл. При проведении цистографии отмечался пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 степени с 2-х сторон, который был корригирован интраоперационно препаратом Vantris в объеме по 0,2 мл. с каждой стороны. Оперативное лечение было выполнено по одноэтапной методике, когда одновременно выполнена пластика шейки мочевого пузыря и удлинена уретра. Пластика шейки выполнялась при разведении лонного симфиза. Послеоперационный период протекал гладко. Уретральный катетер удален на 12 сутки, цистостома на 15 сутки.

Результаты. По результатам проведенного лечения отмечается полное удержание мочи.

Заключение. Женская эписпадия относится к очень редкой патологии мочевого пузыря и уретры. Наше клиническое наблюдение демонстрирует успешный результат лечения ребенка с данной патологией.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ БУККАЛЬНАЯ УРЕТРОПЛАСТИКА У ДЕВОЧКИ С ОТРЫВОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Демин Н.В., Ладыгина Е.А.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Введение. Повреждение женской уретры в результате перелома костей таза встречается крайне редко. Данные наблюдения у детей встречаются еще реже, чем у взрослых. Оперативное лечение данных пациентов представляет настоящий вызов для оперирующего хирурга.

В литературе представлены несколько работ по данной проблеме и отмечается, что дренирование мочевого пузыря и уретры в раннем периоде приводит к возникновению 65 % осложнений, основным из которых стриктура уретры. Первичный анастомоз дает самые хорошие результаты, а частота осложнений 21 %. Наиболее частые осложнения при этом уретровагинальный свищ и недержание мочи. При выполнении реконструкции уретры в отдаленном периоде частота осложнений достигает 48 %. Из осложнений можно выделить: недержание мочи, свищи и стриктуры уретры.

Цель работы. Демонстрация клинического наблюдения девочки 9 лет с посттравматическим отрывом мочевого пузыря.

Материалы и методы. Пациент поступил в НИИ НДХиТ на 11 сутки после травмы. Диагноз при поступлении: Тяжелая сочетанная травма. ISS — 26. Отрыв мочевого пузыря, разрыв передней стенки влагалища. Отмечалась установленная цистостома, проведение уретрального катетера в первичном стационаре не представлялось возможным. Также у ребенка отмечалась множественная скелетная травма, множественные переломы костей таза с нарушением целостности передних и задних полуколец, перелом с\3 правой бедренной кости со смещением. Был выполнен металлоостеосинтез пластинами костей таза и закрытая репозиция перелома бедра, металлоостеосинтез тенами. Учитывая сроки поступления в клинику, от первичной реконструкции мочевого пузыря и уретры решено было воздержаться. Выполнена цистоскопия через надлобковый свищ, на которой отмечалась облитерация шейки мочевого пузыря. Уретроскопия и кольпоскопия показали разрыв передней стенки влагалища и уретровагинальный свищ. Оставшийся дистальный конец уретры составлял около 1,5 см и проксимальный конец открывался во влагалище. С цистостомическим дренажом ребенок был выписан домой после стабилизации состояния. Повторно в клинику НИИ НДХиТ поступил в плановом порядке через 6 месяцев. После проведенного дообследования была выполнена заместительная буккальная уретропластика комбинированный доступом.

Результаты. Отмечается полное удержание мочи.

Заключение. Таким образом, лечение пациентов с отрывом мочевого пузыря в результате перелома костей таза представляет серьезнейшую проблему. В нашей клинике за последние 2 года было пролечено 4 девочки с повреждением уретры. Все больные потребовали разного подхода к оперативному лечению. Накопление дополнительного опыта позволит разработать персонифицированный подход к выбору тактики лечения в зависимости от тяжести повреждения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ УРЕТРЫ У РЕБЕНКА 17 ЛЕТ

Демин Н.В., Ладыгина Е.А.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы,
Москва

Цель работы. Описать редкий клинический случай пациента 17 лет с посттравматической венозной мальформацией уретры.

Материалы и методы. Пациент 17 лет, был доставлен в НИИ НДХиТ с жалобами на уретроррагию. На госпитальном этапе был проведен тщательный сбор анамнеза заболевания и жизни пациента, выполнен ряд дополнительных исследований: УЗИ полового члена, МРТ полового члена, уретроскопия, спонгиография.

Результаты. С возраста 3-х лет у пациента отмечались жалобы на периодическую уретроррагию, по поводу чего он неоднократно находился на стационарном лечении. Каждый раз пациент получал консервативную терапию в виде катетеризации мочевого пузыря в течение 5–6 суток. В последнюю госпитализацию в связи с выраженными явлениями уретроррагии пациенту была выполнена уретроскопия, выявлен измененный участок слизистой с источником активного кровотечения и выполнена его коагуляция. При каждой госпитализации ребенку устанавливался диагноз: Травма уретры.

При поступлении в НИИ НДХиТ пациенту был установлен уретральный катетер, на фоне чего явления уретроррагии не прекратились и диагностический поиск начался с уретроскопии, на которой был выявлен участок измененной слизистой, который мы также приняли за посттравматический. Была продолжена консервативная терапия, но в связи с продолжающейся уретроррагией выполнили УЗИ и МРТ полового члена, которые не дали никакой конкретной информации. Также была выполнена спонгиография, на которой была визуализирована патологическая сосудистая сеть губчатого тела в области пениско-скротального угла.

Повторная уретроскопия во время эрекции позволила выявить изменения в уретре и спонгиозном теле в виде расширенных, пролабирующих в просвет уретры сосудов спонгиозного тела, которые являлись источником кровотечения. При механическом сдавливании полового члена эти сосуды запустевали.

В связи с возрастом пациента, локализацией патологического образования и его распространенностью, с учетом возможных рисков и осложнений, нами было принято решение о хирургическом методе лечения. Ребенку было выполнено оперативное лечение — резекция губчатого тела уретры с сохранением адвентициальной оболочки. Заместительная уретропластика с использованием препуциального графта.

В послеоперационном периоде в течение 10-ти суток пациент находился в стационаре с уретральным катетером. На контрольном обследовании, которое включало уретрограмму, уретроскопию и урофлоуметрию — не было выявлено каких-либо осложнений и рецидивов заболевания.

Заключение. Венозная мальформация уретры является редкой аномалией и может быть причиной рецидивирующей уретроррагии и гематоспермии.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ

Демин Н.В., Ладыгина Е.А.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Введение. Повреждения уретры у детей встречаются значительно реже, чем у взрослых пациентов. Наиболее часто повреждение уретры возникает при травматическом воздействии во время автодорожных происшествий, сопровождающихся переломами костей таза, тупой травмой промежности с возникновением частичного или полного разрыва уретры и возможным формированием в отдаленном периоде стриктуры уретры. Ятрогенное повреждение уретры у детей также может иметь место и проводить к возникновению коротких или протяженных стриктур, что, чаще всего, требует проведения сложных реконструктивных операций.

Цель работы. Улучшение результатов лечения детей с повреждениями мочеиспускательного канала.

Материалы и методы. С 2017 по 2020 год в НИИ НДХиТ было пролечено 10 детей с односторонними стриктурами передней уретры различной протяженности. Короткими мы считали стриктуры менее 1 см, средними от 1 до 2 см, длинными более 2 см. Стриктуры были посттравматические: у 6 пациентов была травма уретры в анамнезе, у 4 пациентов ятрогенная причина. Выполнились следующие виды операций: dorsal-onlay пластика уретры с использованием буккального трансплантата, операция Хольцова, эндоскопическое рассечение стриктуры уретры.

Результаты. У 8 пациентов после проведения операции Хольцова при коротких стриктурах и dorsal-onlay с использованием свободного трансплантата слизистой щеки результаты были хорошими. Одному больному потребовалось 3 операции при протяженной стриктуре уретры более 3,5 см. После пластики с использованием слизистой щеки возникла короткая стриктура в области дистального конца анастомоза протяженностью около 1 см., которую повторно рассекли эндоскопически. Через 6 месяцев у пациента снова возник рецидив и ему была выполнена анастомотическая уретропластика с хорошим результатом. Второму пациенту мы также выполняли эндоскопическую операцию при короткой стриктуре, которая рецидивировала через 4 месяца. Этому пациенту через 7 месяцев успешно выполнена операция Хольцова с хорошим результатом.

Заключение. Остается дискуссионным вопрос, какие методы лечения применять: эндоскопические или открытые операции с удалением всех измененных тканей, анастомотическая или заместительная уретропластика, а также определение показаний к тому или иному методу лечения у детей. Таким образом, проблема лечения детей с травматическими стриктурами уретры остается актуальной, так как встречается достаточно редко и требует большого опыта от уролога в проведении сложных реконструктивных операций на мочеиспускательном канале.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ

Демин Н.В., Ладыгина Е.А.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Введение. Гипоспадия — наиболее частый порок полового члена и уретры у мальчиков. По данным мировой литературы, количество детей, рожденных с данной проблемой, с каждым годом увеличивается. Результаты хирургической коррекции дистальных форм гипоспадии находятся на достаточно высоком уровне. Средний процент осложнений составляет 5–10 %. Лечение проксимальных форм остается до сих пор актуальной проблемой, так как количество осложнений может достигать 30 % в раннем послеоперационном периоде. Помимо ранних могут иметь место и отдаленные осложнения: стриктура уретры, дивертикул уретры, вторичное искривление кавернозных тел, свищ уретры, ВХО, бесплодие, эректильная дисфункция и др. В зависимости от опыта хирурга и предпочтений, хирургическая коррекция проводится с использованием либо одноэтапных, либо двухэтапных методик.

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения проксимальных форм гипоспадии.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2020 гг. было прооперировано большое количество пациентов с проксимальными формами гипоспадии. Всем пациентам уретральная площадка пересекалась. В зависимости от градуса искривления, размеров головки полового члена, запаса пластического материала пациенты были разделены на две группы. В первой группе использовалась одноэтапная и комбинированная методики коррекции гипоспадии. Во второй группе применялись двухэтапные методики с использованием графта слизистой щеки или крайней плоти. Расправление кавернозных тел проводилось по двум методикам: пликация и корпоротомия.

Результаты. В группе пациентов, оперированных с применением одноэтапных методик были разнообразные осложнения: свищи, дивертикулы уретры, расхождение краев головки, избытки кожи крайней плоти, смегмальные камни и др., что потребовало повторных операций. Из поздних осложнений отмечалось поражение уретры ВХО и формирование вторичной стриктуры.

Пациенты, оперированные двухэтапным методом по Bracka и использование в качестве свободного трансплантата слизистой щеки или крайней плоти, имели меньшее количество осложнений. Основными были свищи. Отмечалось незначительное расширение уретры во время мочеиспускания у некоторых больных, но гораздо меньше, чем при одноэтапном методе «onlay-tube».

Выводы. Таким образом, определение более точных показаний к использованию одноэтапных или двухэтапной методик, позволит сократить количество послеоперационных осложнений, получить лучший функциональный и косметический результат при коррекции проксимальных форм гипоспадии.

ЛЕЧЕНИЕ СРЕДИННЫХ КИСТ ШЕЙ У ДЕТЕЙ

Денис А.Г.¹, Базина И.Г.¹, Абушкин И.А.²

¹ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

² Центр медицинских лазерных технологий, Челябинск

Актуальность. Срединные кисты шеи у детей составляют 13–16 % всех бронхогенных кист данной локализации. Выявляются срединные кисты шеи преимущественно в возрасте 3–14 лет. Происхождение срединных кист шеи связывают с остатками нередуцированного эпителия, однако источником эпителия ряд авторов считает жаберные щели, другие исследователи связывают его с ductus thymopharyngeus или thyreoglossus.

Цель: улучшение результатов лечения срединных кист шеи у детей.

Методы. В период с 2018 по 2020 годы было пролечено 62 ребенка со срединной кистой шеи. Возраст детей составлял от 3 до 13 лет. 16 детей были госпитализированы по экстренным показаниям в связи с нагноением срединной кисты шеи. У всех пациентов при поступлении было выполнено ультразвуковое исследование с ЦДК, а при необходимости — МСКТ или МРТ с контрастированием. Диаметр кист составлял от 1,0 до 2,5 см. 46 больным, которые были госпитализированы в плановом порядке, выполнено радикальное удаление кисты с резекцией подъязычной кости. Детям, поступившим по экстренным показаниям, на первом этапе было выполнено вскрытие и дренирование гнойника и назначена антибактериальная терапия широкого спектра. На 5 сутки им выполнено радикальное удаление кисты с резекцией подъязычной кости. 30 пациентам резекция подъязычной кости выполнена с аргоновой коагуляцией оставшейся костной поверхности. Во всех случаях проводили патогистологическое исследование удаленного препарата.

Результаты. из 16 детей, поступивших по экстренным показаниям, у 4 после радикального удаления кисты образовалась серома, а у 2 пациентов наступил рецидив кисты. Следует отметить, что рецидив кисты наблюдали у детей, которым резекция подъязычной кости была выполнена без аргоновой коагуляции. Сроки выписки больных после радикального удаления кисты составили в среднем 5 суток.

При гистологическом исследовании кисты были представлены волокнистой соединительной ткани, подавляющее большинство клеточных элементов которой было представлено зрелыми клетками фибробластического ряда, а в околососудистых пространствах иногда выявлялись лимфоциты и плазмциты. У одного ребенка была выявлена ткань щитовидной железы. В нагноившихся кистах уплощенные эпителиоциты в большинстве случаев имели признаки дистрофических изменений, а в самом эпителиальном слое определялись участки их слущивания.

Выводы: 1) Радикальное удаление срединной кисты шеи предпочтительнее выполнять в плановом порядке; 2) Резекция подъязычной кости с аргоновой коагуляцией оставшейся костной поверхности способствует уменьшению частоты рецидивов срединной кисты шеи.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Денис А.Г.¹, Абушкин И.А.², Лапин В.О.², Галиулин М.Я.², Базина И.Г.¹

¹ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

² Центр медицинских лазерных технологий, Челябинск

Актуальность. Лимфатические мальформации (ЛМ) — редкие, доброкачественные, врожденные пороки развития лимфатических сосудов. Чаще всего локализуются в области головы и шеи. По данным разных авторов частота данной патологии коррелирует от 1,2 до 2,8 % на 100 000 новорожденных. Различают: макрокистозную, микрокистозную и смешанную форму.

Цель: выбор индивидуального метода лечения, в зависимости от формы ЛМ.

Методы. В период с 2015 по 2020 годы было пролечено 115 детей. Возраст детей при первом обращении составлял от 3 дней до 18 лет. У всех пациентов было выполнено ультразвуковое исследование с ЦДК и при необходимости МСКТ или МРТ с контрастированием. Тем самым было выделено по международной классификации сосудистых аномалий (ISSVA), три группы больных. 1 группа 47 % — смешанная форма, 2 группа 41 % — макрокистозная форма и 3 группу 12 % составила микрокистозная форма ЛМ. Лечение состояло из активного наблюдения, особенно в новорожденный период, склеротерапия препаратом Блеомицин и Пицибанил, лазерная интерстициальная коагуляция излучением 0,97 нм, хирургический метод и их комбинация. Пациенты 1 группы: 25,2 % — склеротерапия, 15,6 % выполнено склеротерапия и лазерная интерстициальная коагуляция, у 6,8 % склеротерапия в комбинации с иссечением. Пациенты 2 группы: 23,3 % было выполнена склеротерапия, 11,7 % — выполнено иссечение ЛМ и 3 % комбинация этих двух методов. 3 группа: всем пациентам была выполнена лазерная интерстициальная коагуляция микрокистозной ЛМ. Склерозирование в целом проведено у 69 (24,8 %) пациентов, из них у 23 Пицибанилом, а у 46 — Блеомицином.

Результаты. Отличный клинический результат мы получили при микрокистозной ЛМ с использованием лазерной деструкции. Отличный функциональный и хороший эстетический результат (постоперационный рубец) мы получили у макрокистозных и смешанных форм ЛМ у 92,8 % больных. У 1,8 % больных с обширными и сочетанными анатомическими областями шеи и средостения мы отмечали значительные улучшения и данная группа детей предстоит следующий этап лечения.

Выводы: 1) Для выбора тактики лечения, обязательно нужна функциональная и лучевая диагностика — УЗИ с ЦДК, МСКТ или МРТ с контрастированием, для выявления формы лимфатической мальформации; 2) На фоне выработанных нами тактик лечения, можно сделать вывод, что при микрокистозной форме ЛМ — которая чаще всего встречается в области языка и дна полости рта — показано лазерная деструкция. При макро и смешанной форме ЛМ рекомендовано начать с малоинвазивным методом лечения — склеротерапией.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д.Б.¹, Мустафинов Д.А.², Мамлин О.А.¹

¹ Корпоративный фонд “University Medical Center”, Нур-Султан, Республика Казахстан

² Национальный научный центр материнства и детства, Нур-Султан, Республика Казахстан

Гепатобилиарная хирургия до настоящего времени является одним из наиболее актуальных и сложных вопросов детской хирургии.

С развитием эндовидеохирургии стало возможным выполнение сложных реконструктивных вмешательств на желчевыводящих путях с использованием методов лапароскопической хирургии.

Целью данной работы сравнительная оценка результатов лечения пациентов с врожденными кистами общего желчного протока, оперированных «открытым» и эндовидеохирургическим способами.

С 2008 года в отделении детской хирургии Национального Научного центра материнства и детства находилось на лечении 47 пациентов с врожденными кистами общего желчного протока. Возраст пациентов колебался от шести месяцев до 13 лет.

В лечении 19 пациентов нами были использованы методы эндовидеохирургии (основная группа). Этим пациентам производили лапароскопическое иссечение кистозно-измененных желчных ходов с формированием гепатикоэнтероанастомоза по Ру. Кистозно-измененный общий печеночный проток пересекали максимально близко (0,5 см) к месту слияния правого и левого печеночного протоков. В остальных 28 случаях выполнялась традиционная, «открытая» операция.

В послеоперационном периоде всем детям проводилась стандартная антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия. В течение 3-х суток всем детям проводилось парентеральное питание, обезболивающая терапия.

Интра и послеоперационных осложнений в наших наблюдениях не отмечалось. Для проведения сравнительной оценки постагрессивной реакции организма на лапароскопическую и традиционные виды операций нами было изучено: — изменение динамики «стрессовых гормонов» (кортизол, пролактин) в ответ на операционную травму; — динамика двигательной активности и болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Как показали результаты исследования, перед операцией средние показатели «стрессовых гормонов» пребывали в пределах нормальных значений, не имея достоверных различий между собой. Интраоперационные показатели «стрессовых» гормонов в обеих группах существенно превышали средние величины нормальных показателей. Послеоперационные показатели в обеих группах были ниже интраоперационных значений, но более выраженное снижение было выражено в группе пациентов, которым проводилась лапароскопическая операция. Анализируя динамику болевого синдрома в послеоперационном периоде, можно отметить, что такая же динамика отмечалась и при анализе болевого синдрома и двигательной активности больных.

Таким образом, можно отметить, что выполнение лапароскопических вмешательств при хирургической коррекции кист общего желчного протока у детей вызывает меньшую степень хирургической агрессии организма в послеоперационном периоде по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами, что обуславливает более мягкое течение послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д.Б.¹, Мустафинов Д.А.², Мамлин О.А.¹, Рустемов Д.З.², Сакуов Ж.Н.²

¹ Корпоративный фонд “University Medical Center”, Нур-Султан, Республика Казахстан

² Национальный научный центр материнства и детства, Нур-Султан, Республика Казахстан

Хирургическая коррекция врожденных и приобретенных заболеваний легких остается одной из наиболее сложных и актуальных вопросов хирургии детского возраста.

С появлением и развитием эндовидеохирургии стало возможным выполнять многие хирургические операции на легких, избегая широкого торакомного доступа.

В отделе детской хирургии КФ “УМС” ННЦМД за период с 2013 года находилось на лечении 52 пациента, которым была выполнена торакоскопическая резекция легких. Возраст пациентов варьировал от 20 дней до 11 лет. У 26 пациентов были врожденные кисты легкого, у 16 — кистаденоматоз легких, у 4 — бронхоэктатическая болезнь, у 6 — секвестрация легкого.

Предоперационная подготовка не отличалась от таковой при открытой операции. Торакоскопические операции проводили под общей анестезией, в ряде случаев дополняли эпидуральной блокадой. Если позволяло состояние и возраст больного, проводили однолегочную вентиляцию с интубацией правого или левого главного бронха. Давление, создаваемое в плевральной полости при торакоскопических операциях, составляло 4–8 мм. рт. ст.

При внелегочной секвестрации проводили клипирование питающей артерии и секвестрированный участок легкого удаляли через отверстие троакара. При внутрилегочной секвестрации вначале этапом выполняли клипирование и пересечение питающей артерии. После клипирования аномального сосуда при помощи монополярной коагуляции, аппарата Naemolock и линейных сшивающих аппаратов выполняли резекцию патологического участка легкого.

При торакоскопической резекции доли мы не отступали от классических принципов хирургии легких, так как выполняли раздельную обработку элементов корня легкого в последовательности: артерии, вена и затем бронх удаляемой доли.

Паренхиму легкого рассекали по линии междолевой щели при помощи коагулятора. Центральный отдел сосудов клипировали и сосуды пересекали, после предварительной обработки (аппарат Ligasure) «уходящих» концов сосудов. После пересечения артериальных сосудов удаляемую долю отводили кзади и пересекали кардиальную связку. Затем выделяли легочную вену, которую дважды перевязывали лигатурами и пересекали. Далее скелетировали бронх нижней доли и пересекали коагулятором. В последнее время при пересечении крупных артериальных и венозных сосудов мы используем клипсы Hemolock, которыми можно надежно клипировать сосуды диаметром до 15 мм. Культю бронха ушивали отдельными узловыми швами. После ушивания просвета культи бронха интубационная трубка поднимали в трахею и увеличивали объем дыхания. Тем самым осуществлялся контроль герметичности шва бронха и раздувание оставшихся сегментов легкого с целью оценки их вентиляции. В плевральной полости под контролем эндовидеокамеры устанавливали силиконовую дренажную трубку.

Анализируя наш незначительный опыт проведения торакоскопических операций, можно отметить, что: 1) использование торакоскопии позволило нам снизить травматичность оперативного вмешательства; 2) в настоящее время торакоскопическая резекция легкого может считаться операцией выбора.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Д.Б.¹, Нагыманов Б.А.², Орловский В.Н.², Туреханов А.Т.², Жакилин А.Б.², Тегисбаев М.О.², Досов Ж.Г.²

¹Корпоративный фонд “University Medical Center”, Нур-Султан, Республика Казахстан

²Национальный научный центр материнства и детства, Нур-Султан, Республика Казахстан

Еще сравнительно недавно хирургическое лечение ВДГК подразумевало расширенные мобилизационно-резекционные вмешательства. В последнее десятилетие широко стала применяться малоинвазивная методика, разработанная D. Nuss.

С 2013 г. в отделениях ортопедии Национального научного центра материнства и детства находилось на лечении 285 пациентов с диагнозом «Воронкообразная деформация грудной клетки», в хирургической коррекции которых использовалась методика Nuss. Возраст пациентов — от 3 до 17 лет, мальчиков было 164, девочек — 121.

При выполнении метода основными моментами явились следующие: подбор пластины правильной длины: установленная пластина не должна выходить за пределы грудной клетки; антибиотикопрофилактика за 30 минут до начала операции путем введения суточной дозы антибактериального препарата (цефазолин); правильное положение пациента на операционном столе: руки оперируемого разогнуты во всех суставах и отведены от туловища на 70° — такое положение создает наилучшие условия для правильного проведения и закрепления пластины; формирование подкожного и подмышечного «туннелей»; пластина проводится вогнутой стороной к груди и затем переворачивается на 180°, при этом выпуклая сторона обращается к груди и выводит последнюю в правильное положение; фиксация пластины перикостальными швами и поперечным стабилизатором; эндоскопический (торакоскопия) контроль на всех этапах операции; мониторинг основных показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем; дренирование плевральной полости по Бюлау на 1 сутки, перед удалением дренажа — контрольная рентгенография; ранняя активизация пациентов; удаление пластины через 2 — 2,5 года.

Средняя длительность операции составила 45 минут. К сожалению, отмечался один летальный исход вследствие повреждения крупного сосуда у пациента, ранее оперированного по поводу порока сердца. Среди остальных 284 пациентов хороший косметический результат к концу операции отмечался у 274 пациентов (96 %). Необходимо отметить, что наилучший косметический результат отмечался у пациентов до 11–12 лет с эластичным реберным каркасом, хотя в наших наблюдениях большинство пациентов было более старшего возраста.

Поздние осложнения: рецидив после удаления пластины — 10 (3,5 %) — в первый год мы удаляли пластину через 6–12 месяцев, все рецидивы из данной группы пациентов, проведена повторная коррекция с хорошим отдаленным результатом.

Выводы. Данный способ выгодно отличается от других торакопластик малой инвазивностью, большой эффективностью вмешательства и направленностью на профилактику неблагоприятных последствий. Анализируя литературные данные и свой опыт, можно отметить, что четкое соблюдение алгоритма клинического обследования, определение и соблюдение диагностических и лечебных критериев позволят улучшить показатели положительных исходов после операции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ СОСУДИСТЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Донюш Е.К., Кондрашова З.А., Короткая Е.А., Абузин М.Н., Боярчук Н.Г., Малкова О.В., Гарбузов Р.В., Мыльников А.А., Голенищев А.И., Лывина И.П., Нарбутов А.Г., Серков И.И., Сухов М.Н., Поляев Ю.А., Быстров А.В., Фролов А.В.

Российская детская клиническая больница РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

Актуальность. Сосудистые аномалии (СА) у детей могут приводить к нарушению функции органов, ограничению физической активности, развитию хронического болевого синдрома, жизнеугрожающих коагулопатий и инфицирования. Адекватная хирургическая коррекция тяжелых СА невозможна вследствие обширности поражения, вовлечения критических анатомических структур, высокой частоты рецидивов заболевания после оперативного лечения. Единых протоколов и схем терапии тяжелых СА в настоящее время не разработано.

Цель. В данном исследовании проведена клиничко-лабораторно-инструментальная оценка эффективности и безопасности долгосрочной терапии сиролимусом у детей с тяжелыми СА.

Материал и методы. Сиролимус является специфическим и мощным ингибитором m-TOR-рецептора, обладающим антипролиферативными, антиангиогенными и антилимфангиогенными свойствами. В исследование 2014–2019 гг. включено 209 пациентов (111 девочек и 98 мальчиков) в возрасте от 2 мес. до 17 лет (средний возраст — 7,9 лет, медиана — 8 лет) с тяжелыми СА: капошиформная гемангиоэндотелиома, внутримышечная гемангиома, синдром Клиппель-Треноне, синдром Протея, CLOVES-синдром, фиброзно-адипозная сосудистая аномалия, сложные сосудистые мальформации (лимфо-венозные, капиллярно-венозные, капиллярно-артерио-венозные и другие). У всех пациентов СА приводили к развитию осложнений, включая болевой синдром, тромбозы, кровотечения, лимфоррею. У всех пациентов была невозможна радикальная хирургическая коррекция. Сиролимус назначался в дозе 0,125–4 мг/сутки в 2 приема не менее 12 недель. Терапевтическая концентрация препарата в крови составляла 6–15 нг/мл. До и во время терапии проводилась оценка гематологических, биохимических, коагулологических и иммунологических лабораторных показателей, а также инструментальный контроль СА по данным УЗИ, УЗДГ, КТ, МСКТ, МРТ. Все пациенты наблюдались сосудистым хирургом.

Результаты и обсуждение. У 88,7 % пациентов с СА на фоне терапии сиролимусом отмечался положительный эффект в виде уменьшения размеров сосудистого образования, купирования болевого синдрома, уменьшения/купирования кровотечений и связанной с ними сидеропении, уменьшения/купирования лимфорреи, нормализации/улучшения показателей коагулограммы, увеличения функциональной активности и качества жизни. Длительность приема сиролимуса составляла от 12 недель до 72 месяцев. Побочные эффекты на фоне терапии отмечались у 25,1 % детей в виде рецидивирующих стоматитов, дислипидемии, гиперхолестеринемии. Ни у одного пациента не зарегистрировано тяжелых побочных эффектов, требовавших отмены терапии.

Выводы и рекомендации. Сиролимус является эффективным средством в лечении детей с тяжелыми СА и может быть рекомендован при невозможности радикальной хирургической коррекции. Препарат хорошо переносится, не вызывает токсичности, значительно улучшает качество жизни и социальную адаптацию детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННОЙ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Евдокимов А.Н.¹, Александров А.В.², Рыбченко В.В.¹, Хагуров Р.А.², Смолянкин А.А.²

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

²Детская городская клиническая больница имени им. Н.Ф.Филатова, Москва

Актуальность. Приобретенная сосудистая патология, возникающая в следствии травмы или ятрогенных повреждений встречается редко, меньше 1 % от всех пациентов с педиатрической травмой. Даже за рубежом базы данных по сосудистой травме не обладают полнотой. Травма сосудов у детей наблюдалась редко и была значительно меньше чем у взрослых. Так у 0,6 % детей младше 16 лет наблюдалось повреждение магистральных сосудов, а у пациентов старше 16 лет эти повреждения встречались в 1,6 %.

Материалы и методы. За 5 лет нами пролечено 32 ребенка с ложными аневризмами магистральных сосудов и артериовенозными фистулами (АВФ), из которых 60 % с аневризмами и 40 % с АВФ. Возрастная группа от 1 года до 16 лет, из которых 67 % мальчики и 43 % девочки. Ятрогенные повреждения составили 60 %, последствия травмы 40 %. В группе последствий травм 98 % составили повреждения после пенетрирующих повреждений острыми предметами (колото-резанные раны, пулевые ранения) и всего 2 % после травм тупым предметом. Самой частой жалобой пациентов являлось наличие припухлости или опухолевидного образования в области травмы, операции или установки катетера. Всем больным на этапе обследования проводились инструментальные методы: УЗИ с доплером, МСКТ с в/в контрастированием. Наиболее характерными являются посткатетеризационные АВФ с локализацией в области локтевой ямки, области плеча, подколенной области, паховой области, области шеи. Больным с данной патологией мы проводили ангиографическое исследование, с помощью которого возможно оценить анатомию фистулы и объем сброса, который будет влиять на кровоснабжение и отток крови от дистально расположенных органов и тканей. Зачастую наблюдался характерный для данной группы больных симптом обкрадывания. Также во время ангиографического исследования в 23 процентах случаев при АВФ проводилось малоинвазивное лечение: склерозирование или закрытие шунта с помощью окклюдера. При невозможности малоинвазивного лечения выполняется оперативное вмешательство суть которого заключается в выделении фистулы и ее перевязки или удалении. Всем детям с ложной аневризмой выполнялось оперативное лечение- удаление аневризмы. В 37 %, в связи с дефектом артерии на протяжении, нам приходилось выполнить операцию с использованием аутовенозной пластики артерии. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия, гепаринотерапия, физиотерапия. Результаты лечения контролировались с помощью УЗИ, МСКТ и ангиографии. В 100 % случаев пациенты были вылечены полностью. Рецидивов и осложнений не наблюдалось.

Выводы. Благодаря квалификации и опыту врачей отделения микрохирургии, наличие современного оборудования, а также своевременной маршрутизации нам удается достичь высоких результатов в лечении детей с приобретенной сосудистой патологией.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА СТЕНОЗИРОВАНИЯ НЕОАНУССА АНАЛЬНОГО КАНАЛА У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Есаян М.О., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Старченко В.М., Надгериев В.М., Колесников Е.Г., Терещенко О.А., Полеев А.В., Пелипенко Н.В., Луняка В.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Актуальность проблемы послеоперационной реабилитации детей с аноректальными мальформациями обусловлена высокой частотой встречаемости 1:3000–4000 новорожденных. Частота послеоперационных стенозов неоануса и анального канала достигают 95 % наблюдений. Существующие методы бужирования не всегда удовлетворяют требованиям детских хирургов. До настоящего времени не существует единого мнения о сроках начала бужирования и тактике его проведения.

Целью работы является выбор оптимальных сроков, методов и тактики проведения бужирования у детей с аноректальными агенезиями.

Располагаем опытом лечения 139 детей с различными анатомическими вариантами аноректальных пороков развития. Из них были сформированы 2 группы больных идентичных по нозологии и возрастно-половым показателям. Основная группа — 74 ребёнка. Бужирование начинали проводить после выполнения промежуточного этапа оперативного лечения. Критериями для его начала являлось купирование общих, местных и лабораторных признаков воспаления. Бужирование проводилось цилиндрическими металлическими бужами с закруглённой рабочей поверхностью, откалиброванными через 1 мм. Кратность увеличения диаметра бужа — 21 день, под обязательным контролем детского хирурга. Противопоказаниями к увеличению диаметра бужа являлись — стойкий болевой синдром, подкравливание во время бужирования.

Контрольная группа — 65 пациентов. Бужирование проводилось по различным методикам (пальцевое, гинекологическими бужами, расширителями Гегара). Его начинали проводить после полного завершения всех этапов хирургического лечения. Кратность увеличения диаметра бужа колебалась от 14 — до 30 дней.

Внедрённые в нашей клинике показания и тактика проведения раннего бужирования позволяют начинать профилактику стенозирования неоануса и анального канала на 6–8 сутки после радикального этапа хирургического вмешательства, не дожидаясь полного восстановления проходимости по желудочно-кишечному тракту. Это обеспечивает раннее начало комплексной реабилитации с выигрышем по времени в 3–4 месяца. Сокращает общую продолжительность лечебно-профилактического бужирования в 2–2,5 раза в основной группе больных, по сравнению с контрольной.

Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанную программу профилактики стенозирования неоануса и анального канала для широкого клинического применения.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Журило И.П., Медведев А.И., Черногоров О.Л., Козьмин М.А., Сергиенко М.В.

Научно-клинический медицинский центр помощи матерям и детям им. З.И. Круглой, Орел

Цель: оценить результаты хирургического лечения детей с дивертикулом Меккеля и его осложнениями. Использование миниинвазивных технологий в лечении детей с данной патологией является актуальной проблемой хирургии детского возраста. За период с 2010 по 2019 год в хирургическом отделении НКМЦ им.З.И.Круглой г.Орла находилось на лечении 33 ребенка с дивертикулом Меккеля в возрасте от 4 суток до 17 лет (22 мальчика и 11 девочек). В 17 случаях имелся неосложненный дивертикул, который был выявлен при вмешательствах по поводу: острого аппендицита (9), гинекологической патологии (2), омфалоцеле (2), спаечной непроходимости (1) и при диагностической лапароскопии (3). У 16 детей отмечены осложнения, связанные с дивертикулом (инвагинация — 7, дивертикулит — 5, кишечное кровотечение — 2; стронгуляционная непроходимость — 2). Всего у 33 больных выполнено 38 оперативных вмешательств (14 открытых и 24 лапароскопических), 2 из которых были связаны с осложнениями открытых вмешательств (спаечная кишечная непроходимость) и 3 — отсроченные лапароскопические дивертикулэктомии. Во всех случаях выполняли гистологическое исследование удаленного материала.

Всего выполнено 33 дивертикулэктомии (21 лапароскопически и 12 открыто). Эндоскопическую резекцию дивертикула Меккеля осуществляли с помощью линейных сшивающих аппаратов ENDO GIA Universal 12 мм. Отсроченные лапароскопические дивертикулэктомии у 4-х больных с разлитым аппендикулярным перитонием и пельвиоперитонитом выполнили спустя 4 и 6 месяцев. Лишь в 4-х наблюдениях при гистологическом исследовании обнаружили эктопию желез желудка и поджелудочной железы в слизистую дивертикула. Средний срок пребывания детей в стационаре составил 7,4 койко-дня при лапароскопических и 9,2 — при открытых вмешательствах. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

В последние 5 лет дивертикулэктомии выполняли исключительно лапароскопически. При эндоскопической резекции дивертикула Меккеля с помощью линейных сшивающих аппаратов имеется вероятность наличия остаточной ткани желудка или поджелудочной в зоне механического шва. Прицельное гистологическое исследование краевой зоны резекции позволит прогнозировать возможность развития осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Земцова Т.А.¹, Барская М.А.¹, Хасянзянов А.К.², Осипов Н.Л.², Устинова Т.К.²

¹Самарский государственный медицинский университет, Самара

²Самарская областная детская клиническая больница им. Н.Н. Ивановой, Самара

Актуальность. Некротизирующий энтероколит (НЭК) — полиэтиологическое заболевание, обуславливающее высокую летальность. Встречается в основном у детей с низкой массой тела, подвергающихся воздействию стресса. По известной теории J.R. Lloyd (1969) этиология НЭК мультифакториальна. Мультифакториальность обусловлена несколькими компонентами: гипоксия, микробный агент и неадекватный характер питания.

Материалы и методы. На базе Самарской областной детской клинической больницы им. Н.Н. Ивановой проведено исследование по типу случай-контроль. Целью нашего исследования стал поиск взаимосвязи и закономерности между этиологическими и патогенетическими факторами и клинической картиной НЭК. Обследовано 32 ребенка (24 мальчика и 8 девочек), находившихся на лечении в период с 2016 по 2017 гг. Нами оценивались течение беременности и родов у матерей пациентов, наличие таких факторов риска, как гипоксия (зависимость от кислорода, ИВЛ, шок, травма, сопутствующая патология дыхательной и сердечно-сосудистой систем и т.д.), микробная контаминация (посев из кишечника, эндотрахеальной трубки (ЭТТ) и крови на стерильность), а также характер и режим вскармливания новорожденных.

Результаты и обсуждение. По результатам наших исследований были получены следующие данные. Срок пребывания детей в стационаре составил 17–127 койкодней. Поступление детей в хирургический стационар происходило на сроке от 1 до 48 суток с момента рождения. По клинической стадии НЭК (по класс. Т.В. Красовской) дети распределились следующим образом: I — 6 (18,75 %), II — 10 (31,25 %), III — 4 (12,5 %), IV — 12 (37,5 %). Масса неврожденных детей при рождении составила: 880 — 3960 г. В 26 случаях родоразрешение осуществлялось путем кесарева сечения, в 6 случаях отмечались самопроизвольные роды. 13 (41 %) из поступивших детей (I–II ст. НЭК) перенесли консервативное лечение, 19 (59 %) — оперативное. Нами было отмечено, что у матерей 90 % детей, перенесших НЭК, беременность протекала на фоне осложнений, напрямую или косвенно приводящих к гипоксии плода. Гипоксические нарушения отмечались у 100 % детей как во время беременности, так и после появления на свет (ХФПН, дети из двойни, ЗВУР, острая гипоксия в родах, ИВЛ (зависимость от кислорода после рождения), шок, сопутствующая патология дыхательной и сердечно-сосудистой систем). Микробная контаминация кишечника отмечалась в 26 случаях (80 %). Что касается оценки характера питания, как минимум 70 % детей с момента рождения находились на вскармливании питательными смесями.

Выводы и рекомендации. Исходя из вышесказанного, мы вынуждены отметить, что минимум два из трех перечисленных компонентов присутствовали в картине течения заболевания у каждого пациента. Также необходимо обратить внимание на то, что проявления гипоксии встречались в 92 % случаев, что позволяет нам сделать вывод о том, что гипоксия является основным звеном патогенеза заболевания (А.В. Подкаменев, 2008), что заставляет задуматься о потенциальной коррекции проводимого консервативного лечения.

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ

Зоркин С.Н., Шахновский Д.С.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. В настоящее время открытая реимплантация мочеточника считается золотым стандартом лечения обструкции пузырно-мочеточникового сегмента (ПМС). Целью данного исследования было оценить долгосрочную эффективность баллонной дилатации высокого давления для лечения обструкции ПМС у детей.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2019 год в общей сложности у 18 детей со средним возрастом 10 месяцев проведена баллонная дилатация высокого давления. Первоначальные результаты оценивались с помощью УЗИ, микционной цистографии и МАG-3 сцинтиграфии через 6 месяцев послеоперации. Затем все пациенты ежегодно проходили УЗИ обследование в течение 4 лет. Положительным результатом мы считали уменьшение диаметра лоханки и дистального отдела мочеточника и улучшение оттока мочи по данным сцинтиграфии.

Результаты. Мы не наблюдали интраоперационных осложнений. Диаметр лоханки по данным УЗИ после баллонной дилатации уменьшился (дельта, мм: $-10,4 \pm 7,1$. $P < 0,0001$). Сцинтиграфия с МАG-3 у всех пациентов показала необструктивную кривую через 6 месяцев наблюдения. Скорость выведения радиофармпрепарата увеличилась (дельта, %: $25,3 \pm 13,5$. $P < 0,0001$). Мы наблюдали также увеличение дифференциальной почечной функции после баллонной дилатации (дельта, %: $4,3 \pm 1,5$. $P < 0,0001$). В течение периода наблюдения мы обнаружили, что результаты баллонной дилатации были стабильными по данным УЗИ.

Выводы. Результаты этого исследования подтверждают, что баллонная дилатация доказала свою эффективность при обструкции ПМС, однако необходимы дальнейшие исследования с большим количеством пациентов, чтобы подтвердить долгосрочные положительные результаты.

ПНЕВМОВИЗИКОСКОПИЧЕСКАЯ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

*Каганцов И.М.¹, Сизонов В.В.², Дубров В.И.³, Бондаренко С.Г.⁴, Шмыров О.С.⁵,
Акрамов Н.Р.⁶, Пирогов А.В.⁷, Кулаев А.В.⁵*

¹ Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Соровского, Сыктывкар

² Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

³ 2-ая городская детская клиническая больница, Минск, Республика Беларусь

⁴ Клиническая больница скорой медицинской помощи №7, Волгоград

⁵ Морозовская городская детская клиническая больница, Москва

⁶ Детская республиканская клиническая больница, Казань

⁷ Областная детская клиническая больница им. Силищевой, Астрахань

Введение. Внедрение малоинвазивных технологий в лечение заболеваний мочевого пузыря у детей создало предпосылки для выполнения дивертикулэктомии с использованием везикоскопического и лапароскопического доступов. С целью уточнения показаний к применению каждого из доступов анализирован опыт лечения в 7 клиниках России и Белоруссии.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни 52 детей, оперированных с 2012 по 2019 гг. в 7 клиниках. Мальчиков оперировано 38 (73,1 %), девочек 14 (26,9 %). Средний возраст пациентов 64±42 месяцев. Локализация дивертикула справа отмечена у 23 (44,2 %) детей, слева 23 (44,2 %), с двух сторон у 6 (11,6 %). Дебютом заболевания у 45 (86,5 %) детей являлась острая инфекция мочевых путей, у 7 (13,5 %) проявления дисфункции мочеиспускания. У 18 (34,6 %) отмечался изолированный дивертикул мочевого пузыря, у 17 (32,7 %) парауретеральный в сочетании с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР), с обструкции уретерovesикального соустья (УВС) у 17 (32,7 %). В случаях изолированного дивертикула производилось его иссечение и восстановление стенки мочевого пузыря. При сочетании дивертикула с ПМР или обструкцией УВС дополнительно производилась неопластика мочеточника.

Результаты. Везикоскопический доступ (ВД) применен у 22 (42,3 %) детей, лапароскопический доступ (ЛД) у 30 (57,7 %) пациентов. Продолжительность операции при ВД — 145(75–270) мин, для ЛД — 138(50–240) мин. Конверсия выполнена в 3 (5,8 %) случаях ВД, все случаи конверсии отмечены у пациентов с дивертикулами больших размеров. Стент ассоциированный пиелонефрит после операции отмечен у 1 (4,5 %) пациента после ВД, и у 3 (10,0 %) после использования ЛД. Осложнений в сроки наблюдения от 6 месяцев до 6 лет не отмечено. У одного мальчика 1 (4,5 %) отмечен рецидив дивертикула размером до 1см без клинических проявлений после дивертикулэктомии с применением ВД.

Выводы. ВД и ЛД являются эффективными и безопасными при резекции дивертикула мочевого пузыря. Однако, большие размеры дивертикула мочевого пузыря являются ограничением для применения ВД.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СКРОТОТОМИЯ РЕВИЗИЯ МОШОНКИ С РАЗВИТИЕМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У РЕБЁНКА

Кадыркулов А.Ж., Накипов Р.Н Насыбуллин М.Н.

Камский детский медицинский центр, Набережные Челны

Инвагинация кишечника после абдоминальных, торакальных операций или произведенных по совсем иному поводу возникает крайне редко.

Цель: привлечение внимания, напоминание детским хирургам, урологам о существовании этого заболевания.

Клинический случай: Больной 6 л 8 м поступил в отделении урологии 17.12.2019 г. 22:01 с жалобами на боли ноющего характера, покраснение, отечность в области мошонки слева. Факт травмы отрицает. Болеет с 17.12.19 г 21.00 ч появились боли в мошонке слева, в динамике наблюдается гиперемия, отечность левой половины мошонки. Простудными заболеваниями болеет часто (болеет 4–5 раз в год). Перенес тонзиллит, ВЭБ, ЦМВИ. Status localis: В области мошонки справа яичко обычных размеров, слева отмечается отек, яичко подтянуто кверху, уплотненное, гиперемия, при пальпации болезненность 23:00 17.12.2019 г. проведено операция Скروتотомия слева. Ревизия левой половины мошонки, послеоперационный диагноз Острый эпидидимит слева. 18.12.2019 г. 20:35 у ребенка многократная рвота более 7 раз, жалобы на боли в животе, непостоянные, периодического характера. R-гр ОБП признаков непроходимости кишечника нет. 19.12.2019 г. 16:05 жалобы на боли в животе, слабость, рвоту. При осмотре язык влажный, кожные покровы чистые, без высыпаний. Живот обычной формы, при пальпации болезненность в эпигастрии, правой половине, патологических образований не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины положительные, стул без патологических примесей, газы отходят. Операция аппендэктомия аппендикулярным доступом 19.12.2019 г. Во время операции: при вскрытии брюшины получен серозно-геморрагический выпот 400,0 мл, червеобразный отросток катарально изменен. При ревизии терминальный отдел подвздошной кишки темно багрового цвета, расширена в диаметре, инфильтрированный, фиксирован в глубине брюшной полости, в рану не выводится. При пальцевом исследовании определяется опухолевидное образование, вывести и осмотреть не представляется возможным. Нижнесредняя лапаротомия. Ревизия брюшной полости, на расстоянии 30–40 см от илеоцекального угла обнаружен тонкотонкокишечный инвагинат, образованный петлями подвздошной кишки, протяженностью ~15,0 см. Выполнена блокада брыжейки подвздошной кишки (Sol.Novocaini 0,25 % — 10,0 ml), произведена мануальная дезинвагинация. В ходе наблюдения дезинвагинированный фрагмент кишечника порозовел, пульсация сосудов брыжейки удовлетворительная. Кишка жизнеспособная. Органической патологии, приведшей к инвагинации, не обнаружено. Кровоизлияний в брыжейку кишечника, брюшину нет. Послеоперационный период протекал гладко. 26.12.2019 г. Жалобы на сыпь нижних конечностях (на 9-е сутки от начала заболевания). Повторный осмотр педиатра 26.12.2019 г. диагноз: Геморрагический васкулит.

Выводы. Анализируя данный клинический случай, пришли к выводу что развитие инвагинации идиопатическое, учитывая факторы риска по отношению к васкулиту, литературные данные считаем, что проявление геморрагического васкулита как сопутствующая заболевания.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ЛИМФАНГИОМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Актуальность. В клинической практике помимо традиционных хирургических причин острого живота мы сталкиваемся с редкими заболеваниями, к которым с полным правом можно отнести кистозную лимфангиому. Выбор хирургической тактики при редко встречающейся патологии является крайне сложной и актуальной задачей для детского хирурга.

Цель. Продемонстрировать возможности лапароскопии в диагностике и лечении кистозных лимфангиом брюшной полости у детей.

Методы. За период 2017–2019 гг. по поводу кистозной лимфангиомы брюшной полости были прооперированы 6 детей. Соотношение мальчиков и девочек составило 3:3, средний возраст детей — 4,2+2,6 г. Все дети были госпитализированы в экстренном порядке с подозрением на острый аппендицит, с жалобами на схваткообразные боли, рвоту, задержку стула. Инструментальная диагностика включала УЗИ, СКТ и МРТ по показаниям. Во всех наблюдениях окончательная диагностика и хирургическое лечение были проведены с использованием лапароскопических технологий.

Результаты. У 5 (83,3 %) детей была диагностирована многокамерная лимфангиома брыжейки тонкой кишки, у одного ребенка — лимфангиома большого сальника. Осложненное течение имело место в 83,3 % наблюдений: частичная непроходимость кишечника (2); заворот подвздошной кишки с некрозом (1); подкрут с кровоизлиянием в кистозные полости (2).

Лапароскопию выполняли под эндотрахеальным наркозом в положении больного на спине по традиционной методике. Используем три троакара: 11 мм. (оптический) — в области пупка, 5 мм. (инструментальные) — в левой подвздошной области и над лоном. Для уменьшения объема кистозных полостей после входа в брюшную полость выполняем пункцию крупных кистозных образований. При значительных размерах кистозной полости возможна пункция через переднюю брюшную стенку под контролем УЗИ для свободного входа в брюшную полость. При кисте большого сальника (1) была выполнена его субтотальная резекция вместе с кистой с использованием ультразвукового диссектора. При многокамерных лимфангиомах брыжейки тонкой кишки (5) во всех наблюдениях была выполнена резекция участка кишки с интимно прилегающими полостями лимфангиомы в пределах здоровых тканей. В 3-х наблюдениях резекция кишки с наложением анастомоза конец в конец была выполнена лапароскопически, в 2-х — использовали минилапаротомный доступ для удаления лимфангиомы и наложения анастомоза. При лапароскопическом варианте операции лимфангиому с участком резецированной кишки удаляли после погружения в эндомешок через пупочный доступ. Интраоперационных осложнений не было. Течение послеоперационного периода у всех детей гладкое. Гистологическое исследование подтвердило диагноз. Все дети осмотрены в катамнезе (более 6 мес.) — рецидива не выявлено.

Заключение. При кистозных лимфангиомах брюшной полости лапароскопия позволяет не только подтвердить диагноз, но и полностью выполнить хирургическое лечение малоинвазивным путем.

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

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

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Актуальность. Тяжелые повреждения живота и осложненное течение гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости с развитием критического состояния ребенка требуют открытого ведения брюшной полости с программируемыми ревизиями. Широкое распространение методика «открытого живота» получила у взрослых пациентов и крайне редко используется у детей, что связано с трудностями коррекции водно-электролитных расстройств.

Цель: оценить эффективность вакуум-терапии брюшной полости в неотложной абдоминальной хирургии у детей.

Материалы. В НИИ НДХиТ за период с 2013 по 2020 гг. были пролечены 12 пациентов, у которых применяли вакуум-терапию брюшной полости: из них у 5 пациентов имели место травматические повреждения органов брюшной полости (в т.ч. огнестрельное ранение и травма ремнем безопасности), у 7 — осложненное течение хирургических заболеваний: аппендикулярный перитонит (1), некроз кишки в результате заворота кишок и ущемленной паховой грыжи (2), осложненная язва Кушинга двенадцатиперстной кишки после оперативного лечения по поводу опухоли ствола мозга (2), неокклюзионный ишемический энтероколит в остром и отдаленном периоде ТЧМТ (2). Из них 66,7 % составили мальчики, 33,3 % — девочки. Возраст пациентов варьировал от 1 месяца до 17 лет, средний возраст составил 10,5 + 3,7г.

Результаты. Для наложения вакуум-системы мы использовали специальные наборы VivanoMed Abdominal Kit, также в некоторых случаях самостоятельно собирали аналогичную систему из отдельных расходных материалов. На органы брюшной полости укладывали специальное сетчатое покрытие, препятствующее адгезии, затем — адаптированную по размеру раневого дефекта губку и перфорированную силиконовую трубку. После чего края лапаротомной раны без натяжения герметизировали пленкой и дренажную трубку подключали к активной вакуумной аспирации с давлением от 20 до 100 мм. рт. ст. (до втяжения губки). Число ревизий брюшной полости и, соответственно, замен вакуум-системы варьировало от 1 до 7 раз за период лечения.

Летальные исходы мы наблюдали в 41,7 % (5) случаях: 3 пациентов погибли из-за тяжести и протяженности ишемически-некротических повреждений кишечника, 2 пациента — в результате СПОН, несвязанного с абдоминальными причинами. У 58,3 % (7) пациентов итогом лечения стала успешная санация брюшной полости с выздоровлением.

Заключение. При открытом ведении живота использование вакуум-терапии является предпочтительной методикой, позволяющей сохранить герметичность брюшной полости, обеспечить условия для ее санации и своевременной хирургической коррекции отсроченных повреждений.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПРЕАКСИАЛЬНОЙ ПОЛИДАКТИЛИИ КИСТИ У ДЕТЕЙ

*Кардаш Е.В., Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Трусова Н.Г., Лозовая Ю.И.,
Лешкевич А.И., Шагинян А.К.*

Детская городская клиническая больница им Н.Ф. Филатова, Москва

Актуальность. Врожденные аномалии развития встречаются в 1–3 % случаев всех новорожденных. По данным некоторых авторов полидактилия вторая по распространенности в популяции аномалия (1 на 1000–3000 новорожденных). В повседневной практике чаще — преаксиальная форма полидактилии. И если еще 10 лет назад операции при данной патологии ограничивались удалением рудиментарного пальца, то в настоящее время изменился сам подход к хирургическому лечению. На современном этапе он заключается в выполнении реконструкции там, где раньше это казалось совершенно не нужным

Цель: представить опыт хирургического лечения преаксиальных форм полидактилии и оценить функциональные и косметические результаты.

Материалы и методы. За период с 1993 по 2019 гг. в отделении травматологии и ортопедии ДГКБ им.Н.Ф.Филатова было пролечено около 2200 детей с различной ортопедической патологией кисти и стопы. Наиболее часто оперативные вмешательства проводились при таком виде патологии, как удвоение 1 пальца кисти. Коррекция порока производилась в возрасте от 3–6 месяцев (при простых формах) до 1,5 лет. Максимальный возраст коррекции составил 2,8 лет. Как правило, деформации 1 пальца устранялись в возрасте 1 года, чтобы ребенок мог полноценно использовать 1 палец в своем развитии. Более половины детей с удвоением 1 пальца нуждались в реконструкции: моделирующей резекции, артропластике, корригирующей остеотомии. В ряде случаев, при полностью удвоенных фалангах имелось увеличение головки фаланги или пястной кости. И в этом случае делалась моделирующая резекция, ориентиром для которой было своеобразное углубление или борозда. При артропластике-обязательный перенос коллатеральных связок с фрагментом надкостницы и хряща рудиментарного пальца на основание фаланги основного пальца. Для избежания натяжения этого комплекса использовалось осевое проведение спицы и/или обязательная иммобилизация в послеоперационном периоде на срок до 4–6 недель. Корригирующие остеотомии мы выполняли при девиациях более 10–20 градусов. При симметричном удвоении 1 пальца классически применялась операция Бильхот, которая заключалась в продольной симметричной остеотомии. Но, применяя этот метод, мы не всегда получали удовлетворительный функциональный результат. Поэтому стали использовать модификацию метода

Результаты. Оценивая результаты лечения, мы увидели, что выполнение современных видов оперативной техники при удвоении 1 пальца кисти позволяет получить хорошие и отличные косметические и функциональные результаты

Выводы. При кажущейся простоте аномалий развития 1 пальца необходим комплексный подход к хирургическому лечению в каждом конкретном случае. Учитывая важную функцию кисти детям с пороками развития необходимо длительное катамнестическое наблюдение для своевременного выявления и коррекции возможных вторичных деформаций. Для получения более эффективных функциональных результатов необходимо развитие узко специализированных отделений или стационаров для реабилитации детей с аномалиями развития кисти

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Каримов Р.К., Каримов К.Р.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Узбекистан

Диагностика закрытых повреждений живота у детей, особенно при сочетанных травмах представляет значительные трудности и является актуальной.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения закрытых повреждений живота у детей.

За период 2011–2019 гг. в отделение хирургии повреждений детского возраста доставлены 52 детей с закрытыми травмами живота, что составляет 2,8 % из числа всех обратившихся. Со службой скорой помощи доставлены 38–73 %, на своем транспорте 13–25 %, на попутном транспорте 1–1,9 %. Сочетанная травма — 5–9,6 % (торакоабдоминальная 2, с травмой головы — 3), изолированная травма живота — 47 (90,3 %). Из них, множественная травма органов брюшной полости — 3–5,7 % (разрыв печени и отрыв брыжейки — 1, разрыв селезенки и поджелудочной железы — 2). В шоковое состояние поступили 6–11,5 %. По механизму получения травмы преобладали дорожно-транспортные происшествия — 41(78,8 %) и бытовая травма — 11(21,1 %).

Из травмированных у 16 (30 %) больных диагностирован разрыв печени, в 19 — (36,5 %) случаях разрыв селезенки, разрыв поджелудочной железы 6 — (11,5 %), повреждение брыжейки и кишечника — 8 (15,3 %), ушиб живота без повреждения органов брюшной полости — 3 (5,7 %).

Всем поступившим больным было обследовано уровень гемоглобина, гематокрита, лейкоцитов, анализ мочи. Показатели красной крови были от 6 до 11 г %.

УЗИ обследование больных в 39(75 %) случаях дал заключение повреждение паренхиматозных органов и наличие свободной жидкости в брюшной полости. Обзорная рентгенография живота проведена в 8(15,3 %) случаях.

Больные были оперированы в экстренном порядке после проведения противошоковых мероприятий. В 14 случаях раны печени ушиты «Z» образными швами и в 2 случаях проведено тампонада краевого повреждения печени сальником. При разрывах селезенки в 17 случаях произведена спленэктомия, 6 больным с повреждением поджелудочной железы произведена остановка кровотечения коагуляцией, санация, дренирование и тампонада полости малого сальника на 10–12 дней.

Таким образом, своевременная госпитализация и диагностика, ранее проведение реанимационных мероприятий и оперативное лечение способствует улучшению результатов лечения больных с закрытыми повреждениями живота.

РЕИМПЛАНТАЦИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Карпачев С.А., Зоркин С.Н., Гурская А.С., Тарзян А.О., Баязитов Р.Р., Жамынчиев Э.К.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Пневмозефалоскопическая реимплантация мочеточников зарекомендовала себя высокоэффективной методикой, не уступающей по результатам открытой реимплантации. Малая травматичность позволяет со временем конкурировать с такими вмешательствами, как эндоскопическая коррекция рефлюкса, стентирование и баллонная дилатация уретерovesикального сегмента. По данным большинства зарубежных и отечественных авторов выполнение пневмозефалоскопической реимплантации мочеточника показано при возрасте старше 2 лет и объеме мочевого пузыря не менее 100 мл.

Цель исследования. Оценить возможность пневмозефалоскопической реимплантации мочеточников у детей грудного возраста.

Материалы и методы. Было пролечено 7 детей в возрасте от 4 мес. до 1 года. От 4 до 6 мес. — 3 ребенка, с 6 мес. до 1 года — 4. Минимальный вес ребенка составил 4 кг. Детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом 5, с мегауретером 2. Все дети оперированы по методике Коэн. Двусторонняя реимплантация выполнена у 2 пациентов. Удаление парауретерального дивертикула в сочетании с реимплантацией мочеточника выполнено у 3 детей: у 2 — в группе от 4 до 6 мес. У детей грудного возраста заполнение мочевого пузыря при цистоскопии для установки первого порта выполнялось физиологическим раствором. Использование только 3 мм портов, как для рабочих инструментов, так и для оптики, позволило уменьшить травму мочевого пузыря, изменять положение оптики в условиях малого объема мочевого пузыря, уменьшить вероятность экстравазации мочи в послеоперационном периоде. Поддержание рабочего объема в мочевом пузыре осуществлялось инфузией CO₂ до 8 мм рт. ст. Окклюзия уретры катетером Фолея для устранения утечки воздуха потребовалась в одном случае.

Результаты и обсуждение. Длительность операции составила от 70 до 120 мин при одностороннем процессе, 150 и 180 мин при двусторонней реимплантации. Наличие парауретеральных дивертикулов значимо не сказалось на ходе, продолжительности и травматичности операции. Из интраоперационных осложнений у 4 детей отмечен пневмоперитонеум, купированный установкой в брюшную полость иглы Вериша. Конверсий не было. Мочеточники дренировались мочеточниковыми катетерами 5 Fr на 5–7 суток. Мочевой пузырь дренировался уретральным катетером Фолея на 6–10 суток. В послеоперационном периоде у 4 детей в течение 2–3 суток отмечалась умеренная гематурия, обезболивание выполнялось по требованию. Отсутствие обструктивных осложнений и купирование инфекции мочевой системы отмечено у всех больных. Цистография, констатирующая отсутствие рефлюкса выполнена 5 пациентам.

Выводы и рекомендации. Таким образом, при наличии показаний к реимплантации мочеточников, возраст, объем мочевого пузыря, наличие парауретеральных дивертикулов не являются ограничивающим фактором для выполнения операции с использованием пневмозефалоскопического доступа. Дальнейшее накопление опыта позволит пневмозефалоскопии занять свое место в хирургии уретерovesикального сегмента у детей грудного возраста.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Карпова И.Ю., Паршиков В.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Цель исследования: представить опыт лечения пациентов с гемангиомами толстой кишки.

На базе Нижегородской областной детской клинической больницы г. Нижнего Новгорода с 2015 г. по 2019 г. полечено 3 мальчика в возрасте 7, 8 и 13 лет с сосудистыми аномалиями толстой кишки. У двух детей дебют заболевания в виде кровотечений из прямой кишки проявился в возрасте 3 лет. В одном случае родителями отмечена связь с перенесенной ранее вирусно-бактериальной инфекцией с последующими функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, в другом — причиной явилась стрессовая ситуация (потеря отца). У больного 13 лет заболевание развилось остро с клиникой обильного кишечного кровотечения, что потребовало экстренной госпитализации.

Детям в плановом порядке выполнили фиброколоноскопии (ФКС) на которых, в двух случаях были обнаружены сосудистые образования 1,5 см до 3,0 см в диаметре в верхних отделах прямой кишки и у одного пациента диагностирована гемангиома размером до 2,5 см в сигмовидной кишке.

В дальнейшем пациенты были отправлены на медицинскую паузу с назначением курса противовоспалительного, гемостатического лечения и рекомендациями по питанию.

При этапной госпитализации у детей 7 и 8 лет патологию на ФКС не подтвердили, что свидетельствовало за спонтанную регрессию процесса. Мальчиков выписали в удовлетворительном состоянии домой под наблюдение гастроэнтеролога.

Оперативное вмешательство потребовалось ребенку 13 лет, в процессе которого с помощью мини-доступа в левой подвздошной области с помощью ФКС — навигации локализовали и клиновидно резецировали гемангиому в стенке сигмовидной кишки с последующим наложением двухрядного непрерывного и узлового швов. При гистологическом исследовании сосудистая патология была подтверждена.

В послеоперационном периоде осложнений не отмечали. На контрольных осмотрах состояния детей соответствовало удовлетворительному, кровотечений при дефекациях не было. Показатели гемоглобина, эритроцитов соответствовали возрастным нормам.

Таким образом, больные с гемангиомами толстой кишки требуют клинического наблюдения и ФКС-контроля, так как патологическое состояние, в ряде случаев, способно к спонтанной регрессии.

ПРОБЛЕМА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Карпова И.Ю.¹, Стриженок Д.С.²

¹Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

²Детская городская клиническая больница №1, Нижний Новгород

Цель: представить структуру пациентов с аппендикулярным перитонитом. Сообщить о методах диагностики и вариантах хирургического лечения.

На базе детской городской клинической больницы №1, г. Н. Новгорода с 2017 по 2019 гг. наблюдали 610 пациентов с разными формами острого аппендицита, из них 52 (8,5 %) ребенка пролечено с аппендикулярным перитонитом. Мальчиков было 30 (58 %), девочек — 22 (42 %). Возрастной пик составил $9,0 \pm 3,4$ лет (min = 2 г. 8 мес.; max = 17 л. 3 мес.).

Давность от начала заболевания варьировала от 6 до 52 часов.

В структуре патологии преобладали местные формы перитонита — 39 (75 %), диффузный вариант выявили у 5 (10 %) больных, распространенный — в 8 (15 %) случаях.

При госпитализации выполняли клиничко-лабораторный контроль (общий анализ крови, исследование биохимических показателей, анализ мочи), оценивали маркеры гнойно-септического процесса (С-реактивный белок, СОЭ, прокальцитонин), в рамках дифференциального диагноза проводили рентгенологическое обследование (обзорная рентгенография, экстреторная урография), ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

После предоперационной подготовки всем детям осуществляли оперативные вмешательства. Лапароскопическую технику применили 31 (60 %) пациенту, открытые варианты хирургических коррекций использовали в 21 (40 %) случае, из них: лапаротомии по Волковичу-Дьяконову (Мак-Бурнею) у 12 (23 %) больных и доступ Шпренгеля на 9 (17 %) операциях.

Интраоперационно выявлено, что гангренозно-перфоративные изменения в червеобразном отростке (ЧО) отмечены в 39 (75 %) случаях. В ряде наблюдений (42 %) ЧО был окутан рыхлым инфильтратом и располагался ретроцекально (26 %). Периаппендикулярные абсцессы у 12 (23 %) пациентов локализовались в полости малого таза, подпеченочное расположение отмечено на 3 (6 %) операциях. Из брюшной полости выполняли забор гнойного выпота на бактериологический посев. При исследовании высевали Грам +/- флору.

С учетом давности и выраженности гнойно-деструктивного процесса в животе формировался спаечный процесс — 11 (21 %), прядь большого сальника была вовлечена в воспаление у 28 (54 %) больных, что в последующем потребовало резекции последнего в пределах здоровых тканей. Перитонеальный дренаж поставили 22 (42 %) детям.

Релапаротомия проведена 1 ребенку. Методику открытого ведения живота выполняли у одного пациента, причиной для повторного формирования лапаростомии был продолжающийся распространенный перитонит. В послеоперационном периоде назначали курс инфузионной, дезинтоксикационной, иммуностимулирующей и антибактериальной терапии. Летальных исходов не было, сроки госпитализации составили $18 \pm 2,3$ суток.

За последние годы аппендикулярный перитонит чаще диагностировали у детей $9,0 \pm 3,4$ лет. Лапароскопический метод является предпочтительным в оперативном лечении, однако, в тяжелых случаях разлитого перитонита не исключается конверсия на срединную лапаротомию с возможным формированием лапаростомы.

ИСКУССТВЕННАЯ ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Кацуpeeв В.Б., Розин Б.Г., Чепурной М.Г., Чепурной Г.И., Малеева Т.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Актуальность. В последние годы в предоперационной подготовке больных с врождёнными диафрагмальными грыжами стала применяться методика искусственной высокочастотной вентиляции лёгких (ИВЧВЛ) в режиме 520–600 дыхательных движений в минуту с обнадеживающими результатами.

Материал и методы. На протяжении 3-летнего периода (2017–2020 гг.) в детской хирургической клинике РостГМУ было оперировано 17 больных с левосторонними врождёнными диафрагмальными грыжами с ИВЧВЛ на протяжении 1–1,5 суток перед операцией. Первую рентгенограмму органов грудной клетки выполняли через полчаса после подключения больного к аппарату ИВЧВЛ, вторую — получали через 24–36 часов.

Результаты и обсуждение. Сравнение этих рентгенограмм всегда показывало положительную динамику в расположении органов: наиболее мобильные желудок и петли тонкой кишки спускались под диафрагму, правое лёгкое полностью расправлялось, органы средостения занимали вертикальную позицию. Только селезёнка и заполненные меконием петли толстой кишки располагались над диафрагмой, когда размеры диафрагмального дефекта не позволяли опуститься этим органам под диафрагму. Такая миграция органов была отмечена у всех 17 больных.

Нет сомнения в том, что такой режим вентиляции лёгких является нефизиологичным и поэтому должен быть ограничен во времени. Эти вопросы требуют изучения. В нашей практике этот временной отрезок ограничен 1,5 сутками перед операцией и сутками в ближайшем послеоперационном периоде, что, как нам кажется, снимает напряжение на швы, наложенные на диафрагму, уменьшая риск их прорезывания. Следует признать, что мы не можем в настоящее время объяснить до конца механизм положительного влияния ИВЧВЛ на организм больного с врождёнными диафрагмальными грыжами. Со 2-х суток после операции переводим больных на режим вентиляции 36–40 дыхательных движений в мин. После операции летальных исходов не было. У 1 больного после операции развился хилоторакс, излеченный в течение 9 суток с помощью внутривенного введения сандостатина и 4-х плевральных пункций с введением в плевральную полость антибиотиков широкого спектра действия.

Выводы и рекомендации: 1) Подключение больного в течение 1–1,5 суток до операции к аппарату ИВЧВЛ приводит к погружению под диафрагму наиболее мобильных желудка и тонкокишечных петель, что сопровождается полным расправлением здорового лёгкого и смещением органов средостения в вертикальную позицию. 2) Продолжение вентиляции лёгких в первые сутки после операции в режиме ИВЧВЛ снимает напряжение на диафрагмальные швы и предупреждает их прорезывание. 3) Необходимо продолжить исследования по определению оптимальных сроков применения ИВЧВЛ у больных с врождёнными диафрагмальными грыжами.

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ИНВАГИНАЦИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Кирюхина К.О., Окунева А.И., Окунев Н.А.

Мордовский государственный университет им. Н.П.Огарёва, Саранск

Актуальность. Инвагинация кишечника является одной из самых частых патологий в неотложной детской хирургии. Данная проблема становится актуальной по причине учащения случаев возникновения у детей более старшего возраста по сравнению с имеющимися статистическими показателями прошлых лет. Особенностью данной патологии является то, что оно может развиваться вследствие имеющихся фоновых инфекционно-воспалительных заболеваний, чаще всего таких как мезаденит, ОРВИ, энтероколит.

Цель. Анализ клинической картины, методов диагностики и лечения инвагинации кишечника. Роль сопутствующей патологии в развитии заболевания. Материал и методы. В исследование, выполненное на базе ДРКБ №1 г. Саранска, вошли пациенты с диагнозом острая инвагинация кишечника за период 2018–2019 г. в количестве 41 человек.

Результаты и обсуждение. В работе проанализированы истории заболеваний 41 ребёнка в возрасте от 9 месяцев до 14 лет. Девочек — 9 (22 %), мальчиков — 32 (78 %). В возрасте: до 1 года — 6 (15 %), 1–2 года — 11 (27 %), 2–3 года — 10 (24 %), 3–4 года — 11 (27 %), >4 лет — 3 (7 %). УЗИ органов брюшной полости было выполнено всем детям, поступившим с подозрением на инвагинацию кишечника. Эффективность данного метода диагностики отмечена в 100 % случаев. Помимо инвагинации у 76 % пациентов был обнаружен брыжеечный лимфаденит. Средний возраст пациентов составил — 2 года 10 мес, что указывает на тенденцию к повышению возраста детей наиболее подверженных развитию инвагинации кишечника. В 83 % случаев отмечались фоновые инфекционно-воспалительные заболевания. Наблюдались дети с сочетанием следующих: инвагинация+мезаденит — у 18 больных (51 %); инвагинация+ОРВИ+мезаденит — в 11 случаях (31 %); инвагинация+энтероколит+мезаденит — у 2 пациентов (6 %); инвагинация+ОРВИ — в 2 случаях (6 %); инвагинация+энтероколит у одного больного (3 %). Чаще всего в качестве фона для инвагинации в ряде вышеописанных случаев стал мезаденит, который был выявлен у 31 пациента (76 %). В 40 случаях (96 %) начальная лечебная тактика заключалась в консервативной дезинвагинации, у одного пациента (2 %) наблюдался факт саморасправления. У 6 пациентов (10 %) консервативная дезинвагинация была неэффективна, 4 больным потребовалось хирургическое лечение (по клиническим показаниям), причём двум из них была произведена лапароскопическая дезинвагинация с положительным эффектом, двум других после лапароскопической визуализации была выполнена лапаротомия с резекцией тонкой кишки по причине развития некроза инвагината. Повторная пневмодезинвагинация была осуществлена в 2 случаях (5 %) с положительным эффектом.

Выводы: 1) Наблюдается тенденция к росту возраста детей с инвагинацией кишечника. Доля больных старше 1 года составляет 85 %. 2) В большинстве случаев инфекционно-воспалительные заболевания являются фактором развития инвагинации кишечника. Мезаденит — наиболее встречающаяся сопутствующая патология, наблюдающаяся в 76 %. 3) В типичных случаях, протекающих без осложнений, наилучшим методом лечения является консервативный.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА С ВАЗОУРЕТЕРАЛЬНЫМ КОНФЛИКТОМ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Коварский С.Л., Захаров А.И., Агеева Н.А., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Склярова Т.А., Струянский К.А., Петрухина Ю.В.

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

Материалы и методы. В отделении урологии и плановой хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова за последние 5 лет находилось 83 ребенка с вазоуретеральным конфликтом, из них 47 мальчиков и 36 девочек. 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, интермиттирующий гидронефроз. 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 (60–120 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.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ХИРУРГИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ ВИРИЛИЗАЦИИ НАРУЖНЫХ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Кожевников П.А.^{1,2}, Грамзин А.В.^{1,2}, Файко Е.Ю.², Тратонин А.А.², Феофилов И.В.²

¹ Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск

² Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Введение. Нарушение формирования пола (Disorders of Sex Development, DSD) встречается с частотой 1 случай на 4500 живорожденных детей. Как правило, у новорожденных девочек, имеющих 46XX набор хромосом и признаки вирилизации гениталий, обнаруживаются проявления врожденной гиперплазии надпочечников (ВГН). На сегодняшний день проблема хирургической коррекции наружных гениталий у девочек с ВГН остаётся актуальной в связи с отсутствием единого подхода в методе и сроках оперативного лечения, а также с мультидисциплинарностью данной патологии.

Материалы и методы. С 2017 по 2019 гг. на базе детского хирургического отделения ГНОКБ пролечено 7 девочек с ВГН и вирилизацией наружных гениталий. Согласно классификации A. Prader 5 девочек (71 %) имели III степень вирилизации, 2 девочки (29 %) — II степень. Все дети были осмотрены эндокринологом и гинекологом. В лабораторной диагностике оценивали уровень 17-ОНР, электролитные показатели плазмы крови, гормональный статус. Всем пациентам выполнено карiotипирование — 46XX. Параклинические обследования: УЗИ органов малого таза, почек и надпочечников, МРТ органов малого таза. После госпитализации в отделение, под общей анестезией выполнялось эндоскопическое исследование урогенитального синуса (УГС).

Результаты. На этапе освоения методики нами использовалась двухэтапная техника, где первый этап заключался в проведении клиторопластики с пластикой половых губ и рассечением УГС — выполнено 4 операции. Средняя длительность операции составила 146 мин. С 2019 г. начато применение одноэтапной техники — выполнено 3 таких операции. Средняя длительность составила 190 мин. Проводилась нейросберегающая редукционная клиторопластика с сохранением дорзального сосудисто-нервного пучка и резекцией головки клитора по латеральным сегментам с сохранением сенситивных зон головки. Малые половые губы формировались из кожи ствола гомолога полового члена. Пластика входа во влагалище выполнялась с помощью U-образного лоскута по Fortunoff. В послеоперационном периоде всем детям проводилась инфузионная, антибактериальная, симптоматическая и заместительная гормональная терапия. Уретральный катетер в мочевом пузыре держали в среднем 3–5 дней, антибактериальную терапию проводили в течение 5–7 дней. Косметический результат в большинстве случаев мы оценили как хороший. В 2 случаях в послеоперационном периоде отмечали образование гематом под лоскутами малых половых губ и их отек, что не повлияло на конечный косметический результат. В 1 случае отмечалось временное нарушение кровоснабжения клитора.

Выводы. Выполнение феминизирующей пластики наружных гениталий детей с DSD необходимо проводить в специализированном многопрофильном стационаре, имеющем возможность консультирования детей смежными специалистами, оснащенным отделением реабилитации. Важнейшим условием получения хорошего косметического и функционального результата является сохранение сосудисто-нервного пучка и сенситивных зон клитора, что обеспечивает нормальную психосексуальную адаптацию пациенток.

ЭТАПНАЯ ПЛАСТИКА УРЕТРЫ ПО ВРАСКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ЩЕКИ У ДЕТЕЙ С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ГИПОСПАДИИ

Козырев Г.В., Абдулкаримов Г.А., Абдуллаев Ф.К.

Российская детская клиническая больница, Москва

Введение. На тяжесть лечения проксимальных форм гипоспадии указывает высокая частота послеоперационных осложнений, достигающая 60 % по данным мировой литературы (Stanasel I, 2015; Pippi Salle JL, 2016, Snodgrass W, Bush N. 2011). Наиболее тяжелую группу пациентов составляют дети с проксимальными формами гипоспадии, после неудачных оперативных вмешательств. С целью лечения проксимальных форм гипоспадии у детей применяются одноэтапные и двухэтапные методы оперативных вмешательств. Двухэтапная пластика уретры с использованием лоскута слизистой щеки по А. Враска позволяет получить хороший результат лечения и снизить частоту послеоперационных осложнений как у первичных, так и у пациентов, перенесшие неудачные оперативные вмешательства, когда имеется несостоятельная искусственная уретра.

Целью нашей работы является оценка и улучшение результатов лечения детей с проксимальными формами гипоспадии, в том числе у пациентов после повторных неудачных операций.

Материалы и методы. В данной публикации выполнен анализ результатов лечения двухэтапным методом Враска с использованием лоскута слизистой щеки у 126 детей с проксимальными формами гипоспадии, проведенные с 2013 г. по 2019 г. на базе отделения уроандрологии ФГБОУ РДКБ МЗ. Пациенты были разделены на две группы: I Группа — 104 первичных пациента; II группа — 22 повторных пациента, ранее перенесшие от двух до 7 неудачных оперативных вмешательств.

Результаты. Количество осложнений в обеих группах составило 46 (37 %) случая. В I группе — 37 (36 %), во II группе — 9 (41 %). Положительные результаты получены всего у 84 (67 %) пациентов, в I группе — 71 (68 %) и во II группе — 13 (59 %) пациентах с тяжелыми формами гипоспадии. Размер и внешний вид был практически не отличим от естественного, и удовлетворял родителей. При наблюдении пациентов в отдаленном периоде спустя 5 лет, проблем функционального и косметического характера выявлено не было.

Заключение. Частота возникновения осложнений сопоставимы в обеих группах. Этапный метод уретропластики с использованием слизистой щеки позволяет получить положительные функциональные и косметические результаты лечения у 67 % (51 % хорошие и 16 % удовлетворительные) больных в ближайшем и отдаленном периоде, что указывает на перспективное направление применения метода у повторных пациентов.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОУМБИЛИКАЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОМФАЛОЦЕЛЕ НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

*Койнов Ю.Ю.¹, Грамзин А.В.^{1,2}, Кривошеев Н.В.¹, Павлушин П.М.¹,
Цыганок В.Н.¹, Чикинёв Ю.В.^{1,2}*

¹ Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск

² Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Введение. Омфалоцеле — врождённый порок развития, характеризующийся дефектом брюшной стенки с эвисцерацией внутренних органов с наличием или отсутствием эмбриональных оболочек. Распространенность порока, по данным литературы, составляет от 1:3000 до 1:5000 новорожденных. Лечение младенцев с омфалоцеле — предмет дискуссий в современном хирургическом мире. Методы хирургического лечения можно разделить на 2 группы: первичная радикальная пластика передней брюшной стенки и отсроченная.

Цель исследования — оценить результаты одномоментной неоумбиликальной пластики у новорождённых с омфалоцеле малых и средних размеров.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 12 новорожденных с омфалоцеле в период с 2015 по 2019 гг. в детском хирургическом отделении ГБУЗ НСО ГНОКБ. Среди пролеченных детей омфалоцеле больших размеров наблюдалось у 6 пациентов, у остальных младенцев наблюдались грыжи малых и средних размеров, не превышающих в диаметре 4 см. Средний гестационный возраст составил 34,1 неделя, средняя масса тела при рождении — 2685 грамм. Гендерная принадлежность — 7 мальчиков, 5 девочек. Детям с омфалоцеле больших размеров была выполнена этапная хирургическая коррекция с применением экстракорпорального силиконового резервуара (силопластика). Остальным детям выполнена первичная радикальная неоумбиликальная пластика.

Результаты. При исследовании выявлено, что данная методика применима у младенцев с дефектом брюшной стенки, не превышающий 4 см. Послеоперационных осложнений не было. Среднее время нахождения в стационаре составило 10±2 дня. Минимальный катамнез 8 месяцев, максимальный 2 года.

Выводы. В ходе анализа выявлена возможность применения первичной радикальной неоумбиликальной пластики у новорожденных с омфалоцеле небольших размеров с хорошим косметическим результатом.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Колтакова М.П., Вечёркин В.А., Баранов Д.А., Птицын В.А., Коряшкин П.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко

Актуальность. Качественная, оперативная оценка тяжести состояния ребенка с сочетанной травмой и выбор соответствующей тактики лечения — необходимо для благоприятного исхода.

Цель. Целью нашей работы стал анализ достоверности и чувствительности шкал тяжести состояния AIS и ISS в детской практике.

Материалы и методы. В клинике ВГМУ им.Н.Н.Бурденко с 2016 по 2019 год на лечении находился 251 ребенок с сочетанной травмой, из них 63 % — мальчиков, 37 % — девочек. Чаще травмы были получены при ДТП или в быту — по 33 %, на улице — 16 %. У 188 детей было зарегистрировано ясное сознание, 22 — доставлены в состоянии оглушения, 15 — сопора, 26 — в состоянии комы 1, 2, 3 степени. В нашей клинике при поступлении состояние 172 ребенка оценено как средней степени тяжести, 61 — тяжелое состояние, 18 — крайне тяжелое.

Результаты. После анализа степени тяжести состояния по шкалам AIS и ISS по Европейскому и Российскому варианту, которые несколько отличаются по границам областей тела, мы получили, что 40 % детей имели легкую степень повреждений, 19 % — среднетяжелые повреждения, 16 % — тяжелые, 13 % — крайне тяжелые, 12 % — не являлись сочетанными по Российскому варианту, тогда как по Европейскому варианту в данной группе оказались лишь 4 % детей.

Выводы. Сопоставив полученные результаты с данными, отраженными в историях болезни о тяжести при поступлении в приемное отделение, можно сделать Выводы. Шкалы AIS/ISS несут большую диагностическую и прогностическую значимость в оценке состояния при сочетанной травме и составлении плана лечения. Более чувствительным является Европейский вариант шкал AIS/ISS, так как содержит более детальный набор областей тела. Шкалы AIS/ISS подходят для использования в педиатрической практике, так как дают достоверные результаты, совпадающие с используемыми сейчас методами определения тяжести состояния, но при этом основывают на более объективных показателях.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОБШИРНЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ И ЛИМФОВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ГОЛОВЫ, ШЕИ, СРЕДОСТЕНИЯ

*Комелягин Д.Ю.^{1,3}, Петухов А.В.^{1,2}, Яматина С.В.¹, Хаспеков Д.В.¹, Дубин С.А.¹,
Владимиров Ф.И.^{1,2}, Благих О.Е.¹, Благих К.А.¹, Громова Т.Н.¹, Иванов А.В.¹,
Стрига Е.В.^{1,2}, Строгонов И.А.¹, Топольницкий О.З.², Вафина Х.Я.¹, Пасечников А.В.¹*

¹ Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

² Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова

³ НИИ хирургии детского возраста РНИМУ имени Н.И.Пирогова, Москва

Актуальность. Обширные лимфатические (ЛМ) и лимфовенозные (ЛВМ) мальформации головы, шеи, средостения являются тяжёлыми пороками развития лимфатических и венозных сосудов. Патологические ткани являются причиной выраженных функциональных и косметических нарушений. Единого подхода в лечении детей с ЛМ и ЛВМ головы, шеи и средостения нет.

Цель. Определить тактику лечения детей с обширными диффузными смешанными формами (ОДС) ЛМ и ЛВМ в области головы, шеи, средостения.

Материал и методы. С 2011 по 2019 год проведено хирургическое лечение 24 детей в возрасте от 1 месяца жизни до 13 лет. 15 больных было в возрасте до 4 лет, среди них 7 детей было до 1 года. ЛВМ определялась у 18 пациентов, ЛМ — у 6. У всех детей диагностировалась ОДС форма мальформаций. Одностороннее поражение головы и шеи было у 17 детей, из них у 3 патологические ткани распространялись в средостение; двустороннее — у 7 пациентов, из них у 3 поражалось средостение. Лечение ранее не проводилось 11 больным, 13 — раньше были оперированы (склерозирующая терапия, частичное удаление патологических тканей). Трахеоканулярами были 8 больных, из них 1 ребёнок являлся носителем гастростомы. Больные обследовались по алгоритму: УЗИ, МРТ, КТ, УЗДГ и ТКДГ, полисомнография, фиброларингоскопия, коагулограмма, тромбоэластография, тромбодинамика. Операции проводились по жизненным, функциональным показаниям. Удаление патологических тканей проводилось в максимально возможном объёме. Важной задачей в ходе операции было сохранение жизненно важных структур: артерий, вен, нервов, глотки, гортани, трахеи, пищевода. Устранение макроглоссии проведено 5 пациентам, ортогнатическая операция — 3 детям, наложение трахеостомы выполнено у 6 детей.

Результаты и обсуждение. Хороший результат был получен у 16 детей (67 %), удовлетворительный у 5 (21 %), неудовлетворительный — у 3 пациентов (12 %). Послеоперационные осложнения развились у 20 больных: лимфорея (11 больных), преходящий парез мимических мышц (14), нарушение глотания (9), краевой некроз кожного лоскута (11), развитие вторичной декомпенсированной кровящей глаукомы (1), синдром Горнера (3), гнилостно-некротическая флегмона тканей дна полости рта, септический шок (1). Большинство осложнений были обратимыми. Носители трахеостомы (4 из 14) были деканулированы, удаление гастростомы проведено у 1 пациента.

Выводы и рекомендации. У детей с ОДС ЛМ и ЛВМ головы, шеи и средостения операции проводятся по жизненным и функциональным показаниям независимо от возраста. Для получения хорошего результата важно удалять ткани мальформации в максимально возможном объёме. Первым этапом необходимо проводить удаление патологических тканей в области головы, шеи, средостения. При наличии макроглоссии вторым этапом проводится устранение последней. Третьим этапом устраняется деформация костей лицевого скелета. В последующем проводится ортодонтическое лечение. Трахеостома накладывается на любом из этапов хирургического лечения по показаниям.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ КЛЕЕВЫХ КОМПОЗИЦИЙ У ДЕТЕЙ

Комиссаров М.И., Купатадзе Д.Д., Алешин. И.Ю.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность. Артериовенозные мальформации (АВМ) конечностей составляют около 20 % из общего числа АВМ и у большинства пациентов могут вызывать серьёзные клинические проявления, такие как, локальный болевой синдром, гипертрофию конечности, хроническую артериальную, венозную и лимфатическую недостаточность, кровотечения и сердечную недостаточность. Наличие вышеперечисленных симптомов является показанием для хирургического лечения. Целью хирургического лечения является радикальное удаление ангиоматозных тканей. Однако на практике, ввиду локализации и распространения АВМ, это не выполнимо без потери функции органа. С развитием эндоваскулярных методик появилась возможность эмболизации АВМ, что помогает у части пациентов локализовать процесс или выполнить подготовку к оперативному лечению, а у некоторых пациентов практически полностью ликвидировать «центральный очаг». По мнению большинства специалистов радикально окклюзировать «центральный очаг» распространённой АВМ возможно только при использовании клеевых композиций. Опыт применения клеевых композиций при АВМ конечностей у детей актуален и мало изучен.

Цель. Улучшить результаты лечения детей в АВМ конечностей.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2020 гг., 21 ребёнку (в возрасте от 5 до 17 лет ср. возраст 13 лет $\pm 3,4$ г. девочек 7, мальчиков 14) с АВМ конечностей было выполнено 36 эмболизаций клеевой композицией. У 4 пациентов было поражение верхних конечностей у 17 нижних. Моносегментарное поражение было у 5, у 12 область АВМ распространялась на два сегмента и у четырёх на три сегмента. У всех пациентов отмечались жалобы на увеличение объёма конечности, локальную гипертрофию, пульсацию, кожные проявления и болевой синдром, у двух детей отмечали сердечную недостаточность. Пациентам проводили клиническое, лабораторное, ультразвуковое исследования и ангиографию сосудов конечности. По результатам определяли клинически значимые участки АВМ и проводили эмболизацию неадгезивной клеевой композицией Опух®, у 2 пациентов с макрофистулами использовали адгезивную клеевую композицию.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов отмечали окклюзию «центрального очага» АВМ. У 7 пациентов удалось достичь тотальной или субтотальной окклюзии после одного вмешательства, 11 сделали две процедуры для достижения значимого клинического эффекта и двум детям потребовалось 3 и 4 эмболизации. Осложнения: болевой синдром у 14 детей, трофическая язва у 2 пациентов, нецелевая эмболия в магистральные сосуды конечности у 2 детей (фрагменты удалены эндоваскулярно), и в лёгочную артерию у двоих детей без значимых клинических проявлений.

Выводы и рекомендации. Эмболизация клеевыми композициями является эффективным методом эндоваскулярной окклюзии периферических АВМ. Этот метод лечения может быть использован самостоятельно и в комплексе с открытыми операциями. Недостатками являются высокая стоимость расходных материалов и сложная методика, требующая высокой квалификации эндоваскулярного хирурга и опыта работы с клеевыми композициями.

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ

Комиссаров М.И., Осипов И.Б., Комиссаров И.А., Алешин. И.Ю.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность. Стенотическое поражение почечных артерий (ПА) у детей является редким и сложным для диагностики и лечения заболеванием. Распространённость стеноза ПА по различным данным варьирует от 20 до 150 случаев на 100000. Наиболее частыми причинами стеноза ПА являются фиброзно-мышечная дисплазия (ФМД), нейрофиброматоз, новообразования, Mid-Aortic синдром и аутоиммунные системные заболевания. Стеноз ПА клинически проявляется злокачественной вторичной артериальной гипертензией (АГ), при критических стенозах можно наблюдать признаки ишемической нефропатии. В литературе большинство авторов рекомендуют баллонную ангиопластику (БА), как первичное хирургическое пособие при стенозе ПА у детей. Однако, не определены: оптимальный диагностический алгоритм предоперационного обследования, тактика при множественных и билатеральных стенозах ПА, при рецидиве, ригидных поражениях и при интраоперационных осложнениях.

Цель. Улучшить результаты лечения детей с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2020 гг. 20 детям (от 4 до 17 лет, девочек 8, мальчиков 12) со стенозами ПА было выполнено 27 баллонных дилатаций почечных артерий. У 4 больных было билатеральное поражение основного ствола ПА, у 16 — монолатеральное из них у 8 — стеноз ствола ПА, у 4 — стеноз ветви второго порядка, у 2 — добавочной ПА и у 2 — множественные стенозы ПА в сочетании со стенозами подвздошно-бедренного сегмента. У 18 детей стеноз ПА был обусловлен ФМД и у 2 — нейрофиброматозом. До вмешательства всем пациентам проводили комплексное обследование, которое включало клиническое, лабораторное, гормональное, иммунологическое, ультразвуковое, лучевое и радиоизотопные исследования. Показаниями для выполнения ангиографии и БА были АГ второй стадии, повышение уровня ренина, стеноз ПА по КТ-ангиографии. Баллонную ангиопластику выполняли после ангиографии и измерения размеров стеноза и неизменённых участков ПА. Использовали периферические и коронарные баллонные катетеры высокого давления диаметром 2 — 7 мм и длиной 15–20 мм. Размер баллона подбирали в соответствии с неизменённым участком ПА.

Результаты и обсуждение. В 14 случаях после первой ангиопластики ПА мы отмечали нормализацию АД и лабораторных показателей в течение 2 лет. У 5 детей был рецидив стеноза ПА, им была выполнена повторная БА и 3 из них потребовалось стентирование ПА с хорошим результатом. У 1 девочки 5 лет было ригидное поражение ПА. БА при давлении 25 атм. была неэффективна. У одного ребёнка со стенозом добавочной ветви ПА размером 2 мм. отмечали разрыв сосуда и была выполнена его окклюзия, после эмболизации отмечали регрессию АГ.

Выводы и рекомендации. Баллонная ангиопластика при стенозе почечной артерии является эффективным и малоинвазивным методом. Её следует проводить после комплексного обследования ребёнка, направленного на исключение основных причин вторичной артериальной гипертензии и определения этиологии стеноза. В случаях рецидивирующих поражений может быть выполнено стентирование почечной артерии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ СИСТЕМНОЙ ПАТОЛОГИИ

Комолкин И.А., Афанасьев А.П., Щеголев Д.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность. Частота врожденной килевидной деформации грудной клетки (КДГК) составляет от 0,4 до 6 случаев на 1 000 (Lamas-Pinheiro R., et al., 2016). У подавляющего большинства пациентов патология носит косметический характер. Отдельную группу представляют дети, у которых КДГК является симптомом ряда синдромов: Марфана, нейрофиброматоз I типа (НФ I типа), Куррарино-Сильвермана, Жене (Joshua S.A. et al., 2013; Mejía R.R. et al., 2015; Mayer O., et al., 2016; Fraser S. et al., 2017). В данной группе больных функциональные нарушения доминируют над косметическими, и в ряде случаев требуют раннего хирургического вмешательства по сравнению с несиндромальными формами.

Материалы и методы. Ретроспективная группа пациентов с КДГК при врожденной системной патологии представлена 19 больными в возрасте от 3 до 17 лет, из них: с синдромом Марфана — 3 (КДГК+сколиоз), НФ I типа — 2 (КДГК+сколиоз+нейрофиброма передней стенки грудной клетки), синдромом Куррарино-Сильвермана — 10, синдромом Жене — 4.

Во всех случаях проведены физиологическое (ЭКГ, ЭХО-КГ, ФВД) и лучевое (рентгенологического и КТ) исследования. Оцениваемыми лучевыми характеристиками грудно-реберного каркаса являлись: состояние зон роста, угол деформации тела грудины, угол ротации грудины, индекс Халлера, индекс горизонтальной компрессии грудной клетки (ИГКГК). Также измеряли объем легочной ткани (при синдроме Жене). На основании проведенного обследования выполняли торакопластику в 3 основных вариантах.

Результаты и обсуждение. При сравнении пре- и послеоперационных лучевых индексов показатели индекса Халлера увеличились с $1,33 \pm 0,65$ до $2,48 \pm 0,22$, угол ротации и угол деформации тела грудины уменьшились с $25,66 \pm 16,77^\circ$ до $9,6 \pm 2,51^\circ$ и с $75,5 \pm 27,01^\circ$ до $17,5 \pm 9,47^\circ$ соответственно, ИГКГК (%) увеличился с $77,5 \pm 9,88$ до $94,25 \pm 4,03$. Прирост объема легочной ткани (%) составил $26,7 \pm 3,07$.

Выводы и рекомендации. Пациенты с синдромальными формами КДГК (НФ I типа, синдром Жене) требуют комплексного обследования специалистами различного профиля. Определение показаний к хирургическому лечению прежде всего зависит от выраженности функциональных нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной систем и сопутствующей ортопедической патологии без учета возраста пациента. При отсутствии функциональных нарушений коррекцию КДГК у пациентов с врожденной системной патологией целесообразно выполнять при закрытии зон роста грудно-реберного комплекса (15–17 лет).

ВАРИАНТЫ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С УРГЕНТНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Коровин С.А.^{1,2}, Дзядчик А.В.², Тимохович Е.В.², Коренькова О.В.², Стоногин С.В.², Любанская С.Ю.²

¹Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

²Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва

Анализ результатов лечения 649 детей с ургентными заболеваниями органов брюшной полости показал зависимость характера и частоты послеоперационных осложнений от ведущего клинического синдрома и тяжести заболевания.

В группе больных (311) с гнойно воспалительными заболеваниями органов брюшной полости возникновение 27 (8,7 %) осложнений было обусловлено: 1) технически затрудненными лапароскопическими вмешательствами (ЛС) вмешательствами у 18 детей с аппендикулярным перитонитом и инородными телами желудочно кишечного тракта, приведших к развитию послеоперационной спаечной кишечной непроходимости (8), отграниченных перитонитов (7), кишечных свищей (2), внутрибрюшного кровотечения (1); 2) нерациональным объемом первичного оперативного вмешательства у больного с АП, что обусловило развитие продолженного перитонита (1); 3) техническими погрешностями ЛС вмешательств у 8 больных с АП, приведших к развитию распространенного перитонита при ятрогенном повреждении тонкой кишки (1), гематом брюшной полости и передней брюшной стенки (4), нагноению операционных ран и развитию лигатурных свищей (3). Осложнения были скорректированы в ходе консервативных мероприятий (14), релапароскопий (10) и открытых вмешательств (3).

В группе больных (164) с кишечной непроходимостью 4 (2,4 %) осложнения были обусловлены: 1) Клинической стадией заболевания и протяженностью сегмента подвздошной кишки при кишечной инвагинации, приведших к развитию послеоперационной спаечной кишечной непроходимости (2); 2) Ятрогенным повреждением купола слепой кишки, обусловивших формирование абсцесса брюшной полости (1); 3) неадекватным объемом первичного оперативного вмешательства, что привело к развитию разлитого перитонита (1). Осложнения были скорректированы в ходе конверсий (4).

В группе больных (138) с острой ишемией органов брюшной полости послеоперационные осложнения в 4 (2,8 %) наблюдениях были обусловлены техническими затрудненными ЛС вмешательствами у детей с синдромом мальротации, приведших к развитию послеоперационной спаечной кишечной непроходимости (2) и рецидиву заворота средней кишки (2). Осложнения были скорректированы в ходе релапароскопий (3) и лапаротомии (1).

В группе больных (36) с желудочно-кишечными кровотечениями результатом ятрогенного повреждения кишечника стало развитие напряженного пневмоперитонеума, что потребовало у больного грудного возраста выполнения лапаротомии (1).

Таким образом, установлены три группы специфических ЛС осложнений у детей с ургентными заболеваниями органов брюшной полости, а также определены варианты коррекции последних соответственно в ходе консервативных мероприятий в 38,9 % наблюдений; релапароскопии в 36,1 % наблюдений и лапаротомии в 25 % наблюдений.

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Корочкин М.В.¹, Поддубный Г.С.¹, Мурчина А.Н.¹, Корнюшко А.Ю.¹, Гридина Л.Ю.¹, Жукова О.Н.¹, Манжос П.И.², Иманалиева А.А.¹

¹ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

² Российский университет дружбы народов, Москва

Актуальность. На сегодняшний день развитие стационарозамещающих технологий является одним из приоритетных направлений современного мирового здравоохранения. Это обусловлено как необходимостью повышения медико-социальной и медико-экономической эффективности лечебных учреждений, так и высокой потребностью населения в этом виде медицинских услуг. При этом вопросы организации и сравнительного анализа методов хирургического лечения взрослых пациентов в условиях «хирургии одного дня» более подробно проработаны и широко внедрены в практическую медицину по сравнению с применением стационарозамещающих технологий в хирургии детского возраста. Вышеизложенное определяет актуальность и необходимость дальнейших исследований, предоставляющих научное обоснование эффективности развития и использования стационарозамещающих технологий в детской хирургии.

Цель: оценить эффективность работы детского хирургического стационара кратковременного пребывания как структурного подразделения многопрофильного лечебного учреждения.

Материалы и методы. Проанализирована деятельность отделения «Хирургический стационар кратковременного пребывания» Морозовской ДГКБ. Стационар кратковременного пребывания, являясь структурным подразделением многопрофильного стационара, оказывает медицинскую помощь детям по следующим профилям: «Детская хирургия», «Детская урология-андрология», «Травматология и ортопедия», «Офтальмология», «Гинекология», «Оториноларингология», «Челюстно-лицевая хирургия». За период с февраля 2017 г. по февраль 2020 г. в отделении оперированы 10120 пациентов в возрасте от 1 месяца до 18 лет. Отличительной особенностью отделения является выполнение лапароскопических операций. Проведение подобных операций в условиях стационара кратковременного пребывания стало возможным благодаря разработанному уникальному безопасному алгоритму анестезиологического пособия с применением двухпросветной ларингеальной маски и без использования миорелаксантов и наркотических анальгетиков. За отчетный период было выполнено 1808 лапароскопических операций пациентам с паховой грыжей, варикоцеле, синдромом непальпируемого яичка.

Результаты. Продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 6–8 часов. За время работы отделения 1 пациенту потребовался перевод в круглосуточный стационар. Хирургических осложнений не отмечалось. Организация хирургического стационара кратковременного пребывания позволило кардинально улучшить доступность медицинской помощи детям и освободить высокоспециализированные круглосуточные хирургические койки, что значительно сократило очередь на плановую госпитализацию в профильные отделения пациентов, нуждающихся в длительном пребывании в стационаре

Выводы. На наш взгляд, хирургический стационар кратковременного пребывания, является «золотым стандартом» оказания специализированной помощи детям с плановой хирургической патологией, и дальнейшее развитие подобных стационарозамещающих технологий является весьма перспективным.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСАНАЛЬНЫХ ЭНДОРЕКТАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА

Котин А.Н., Караваева С.А., Кесаева Т.В.

Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург

Актуальность. Трансанальные эндоректальные операции у детей с болезнью Гиршпрунга в настоящее время наиболее широко используются в лечебной практике. Отсутствие единого мнения о результатах лечения, их зависимости от техники выполнения вмешательства, субъективность в оценке отдаленных результатов, делает изучение данной проблемы крайне актуальной.

Материал и методы. С 2008 по 2019 гг. на базе Детской городской больницы №1 прооперированы 77 пациентов от 14 дней до 3 лет с различными формами болезни Гиршпрунга, исключая тотальный аганглиоз. У всех детей диагноз подтвержден гистологически. Использовались три принципа эндоректальной диссекции — Soave, “Soavson”, Swenson. Отдаленные результаты изучены у 62 пациентов в возрасте от 2 до 9 лет. Для оценки особенностей дефекации использовалась шкала, предложенная Rintala (Bowel function score).

Результаты и обсуждение. Статистически достоверной разницы течения раннего послеоперационного периода у детей разного возраста, а также зависимости от вида эндоректальной диссекции не выявлено. Отдаленные Результаты. у 28 пациентов (45 %) — отличные, 24 (39 %) — хорошие, 8 (13 %) — удовлетворительные, 2 (3 %) — неудовлетворительные. У детей с отличными и хорошими результатами отсутствовали жалобы на случаи полного недержания кала, однако имелись жалобы на эпизоды каломазания и задержки стула, которые не требовали регулярного применения лечебных мероприятий и не влияли на социальную активность. Основной жалобой пациентов с удовлетворительными результатами было каломазание с эпизодами полного недержания стула не чаще 2–3 раз в неделю. Это требовало использования очистительных и тренировочных клизм, медикаментозных средств. У одного из двух детей с неудовлетворительными результатами имелось постоянное недержание кала. При обследовании выявлена полная утрата зубчатой линии. Второй пациент страдал стойкими запорами. По данным ректальной биопсии выявлена остаточная зона аганглиоза.

Выводы и рекомендации. Эндоректальные трансанальные вмешательства у детей с болезнью Гиршпрунга в большинстве случаев позволяют получить отличные и хорошие функциональные результаты. У детей до 3–5 лет могут отмечаться единичные эпизоды каломазания и склонность к запорам, не влияющие на социальную активность. Позыв к дефекации, способность к удержанию стула улучшаются с возрастом. Причиной неудовлетворительных результатов является нарушение техники вмешательства: значимое повреждение зубчатой линии в области анального отверстия, недостаточная резекция аганглионарной кишки. Улучшение функциональных результатов требует проведения реабилитационных мероприятий. При длительно сохраняющихся запорах, неэффективности консервативной терапии целесообразно выполнение ректальной биопсии для гистологической оценки низведенной кишки.

ЛЕЧЕНИЕ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

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

Оренбургский государственный медицинский университет

Неудовлетворенность первичными и отдаленными результатами хирургического лечения аноректальных аномалий явилась поводом для широкого обсуждения и принятия новых алгоритмов лечения. Итогом этого явились клинические рекомендации по лечению аноректальных мальформаций, составленные ведущими колопроктологами России.

Цель работы: оценить результаты как первичные, так и отдаленные (3–5 лет) лечения атрезии прямой кишки.

Материалы и методы. Проанализированы материалы лечения 54 детей за последние 5 лет, у которых в 42 случаях имелась атрезия прямой кишки без свищей, а у 12 новорожденных были выявлены свищи: у 4-х детей — вестибулярные свищи, а 8 новорожденных — промежностные.

Наиболее распространенными методами обследования у наших детей были ультразвуковое исследование (промежности, брюшной полости, забрюшинного пространства), инструментальное исследование (зондирование свищей и при необходимости, в последующем бужирование вестибулярных свищей). В 4-х случаях детям была проведена экскреторная урография. Все дети были оперированы в три этапа. 50 детям была выполнена превентивная раздельная сигмостома на нижнее колено кишки в первые два дня жизни. 4 детям, имеющим вестибулярные свищи, сигмостома выполнялась отсрочено (в среднем в 3–4-х месячном возрасте) и предшествовало радикальной операции. Радикальная операция была выполнена в возрасте 3–4 мес. у 50 детей, при этом заднесагитальным доступом была низведена кишка у 47 детей, а у 3 детей помимо промежностного доступа потребовался и брюшной этап. Двум девочкам с вестибулярным свищем наложение колостомы, произведено в 3-х месячном возрасте, а у 2-х — колостома была наложена в 4-х месячном возрасте. Радикальная операция по низведению прямой кишки и ликвидации вестибулярного свища им были выполнены в шестимесячном возрасте. Третий этап лечения заключался в закрытии колостомы и реабилитационных мероприятиях и был выполнен всем детям через 2–3 месяца после радикальной операции.

Результаты. летальных исходов не было. Имелись осложнения в виде частичного расхождения кожноанального анастомоза у 3х детей, в раннем периоде у 8 детей путем бужирования удалось предотвратить стенозирование ануса. В двух случаях имелась ранняя спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая лапаротомии и ликвидации спаек.

Функциональные результаты хорошими были у 46 детей, удовлетворительными у 8 детей, неудовлетворительных результатов не было.

Выводы. Трехэтапная тактика хирургического лечения в сочетании с заднесагитальным доступом является условием улучшения результатов лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ВНУТРИМЫШЕЧНЫХ И МЕЖМЫШЕЧНЫХ ВЕН У ДЕТЕЙ

Кочарян С.М., Купатадзе Д.Д., Азаров М.В., Махин Ю.Ю.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность. Венозные мальформации являются наиболее распространенным типом пороков развития сосудов. Они располагаются на коже лица, конечностей или туловища, также во внутренних органах, костях и в скелетных мышцах. Внутримышечные и межмышечные венозные дисплазии представляют собой сложную для дифференциальной диагностики и лечения группу поражений. При рождении выявляются у 2/3 пациентов, 1/3 в детстве и юности.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения у 88 пациентов в возрасте от 0 до 18 лет. Для диагностики использованы: УЗИ, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, пункционная флебография — варикография.

Результаты и обсуждение. Использовали следующую рабочую классификацию определения степени тяжести заболевания: 1. Поражение части анатомического сегмента (отдельные мышечные группы), нервы не поражены, нет болевого синдрома, контрактур, увеличения объема сегмента. 2. Поражение всего анатомического сегмента, отдельных нервов, имеются болевой синдром, контрактуры, увеличение объема пораженных тканей. 3. Поражена вся анатомическая область и все нервы сегмента. Выраженный постоянный болевой синдром, контрактуры, объем пораженного сегмента увеличен. Для каждой из этих групп использована различная тактика лечения. В первой — хирургическое лечение и склеротерапия (в основном склеротерапия). У пациентов 2-й группы чаще прибегали к хирургическому лечению. У пациентов 3-й группы (наиболее тяжелые случаи) по нашему опыту наиболее оптимальным является эластическая компрессия и коррекция гемокоагуляции. Хорошие и отличные результаты получены в первых двух группах пациентов. Оперативные вмешательства у детей третьей группы расценены как неудовлетворительные. У этих больных при грубом нарушении функций показаны операции тенолиза, невролиза и длительные курсы реабилитации.

Выводы и рекомендации. При лечении детей с внутри- и межмышечными дисплазиями следует учитывать степень поражения тканей (мышц и нервов). Хирургическое лечение и склеротерапия наиболее оптимальны у детей 1-й и 2-й групп. Дети с 3-й степенью поражения должны быть оперированы только при наличии контрактур и постоянного болевого синдрома, значительно нарушающих функцию. Наиболее оптимальными в этих ситуациях являются операции невролиза и тенолиза.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АНАЛОГ ОПЕРАЦИИ МАРМАРА ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кравцов Ю.А.¹, Антоненко Ф.Ф.², Сичинава З.А.³, Пахолук Ю.П.¹

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

² Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва

³ Дальневосточный федеральный университет, Владивосток

Актуальность. Современные лапароскопические способы лечения варикоцеле, по сути являются аналогами известных «открытых» операций. К примеру, лапароскопическая окклюзия яичковой вены выполняется по принципу операции Иванисевича (1918), при которой пересекаются и лигируются яичковые вены. Такой — же лапароскопический аналог существует и для операции Паломо. Минимум осложнений, минимальные сроки пребывания больных в стационаре и быстрое восстановление трудоспособности делают лапароскопию в последние 30 лет методом выбора при лечении варикоцеле. Однако, проведенные нами исследования, показывают более низкую эффективность лапароскопической окклюзии в плане развития рецидивов, по сравнению с операцией Мармара. Причина этого, на наш взгляд, кроется в принципе «высокого лигирования» яичковой вены, при которой не затрагиваются непосредственные участки варикоза, где имеются необратимые изменения в стенках вен гроздевидного сплетения.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения варикоцеле путем создания лапароскопического аналога варикоцелэктомии по Мармару.

Материал и методы. Метод основан на заявке на патент РФ № 2019145474/14(087787) от 27.12.2019 (авторы Ю.А. Кравцов, З.А. Сичинава, Ю.П. Пахолук). Сущность заявляемого способа состоит в лапароскопической окклюзии яичковой вены на протяжении, металлическими клипсами, с иссечением фрагмента вены, дополнительно проводят прокол кожи мошонки на границе с кожей живота, над семенным канатиком, и проводят склеротерапию вен гроздевидного сплетения как антеградно, так и ретроградно.

В отделении детской хирургии Краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи г. Владивостока, оперировано 18 пациентов с варикоцеле II–III ст. по способу «ЛАМ» и 50 пациентов в группе сравнения с варикоцеле- методом лапароскопической окклюзии яичковой вены слева. В качестве второй контрольной группы были взяты 30 пациентов с варикоцеле, оперированных по способу Мармара (микрохирургическая варикоцелэктомия). Возраст пациентов колебался от 11 до 19 лет.

Результаты и обсуждение. Результаты сравнения показали высокую эффективность лапароскопического варианта операции по поводу варикоцеле, выполненную по методике «ЛАМ», снижение порога болевых ощущений в ближайшие часы и дни послеоперационного периода, выявленное при опросе больных по шкале болевых ощущений (ВАШ). Рецидивов в сроки наблюдения до 1 года не выявлено. В контрольных группах рецидивы составили 2,35 % (способ Мармара) и 5,71 % (лапароскопическая окклюзия по Иванисевичу) соответственно.

Выводы и рекомендации. Предлагаемый для варикоцеле лапароскопический аналог операции Мармара (ЛАМ) является сопоставимым по эффективности и травматичности с известными современными способами оперативных вмешательств. Преимущество способа, названного нами «Лапароскопический аналог операции Мармара» (ЛАМ), заключается в том, что методика сочетания с забрюшинным лигированием вен обеспечивает полную окклюзию яичковой вены на всем протяжении.

РАСШИРЕНИЕ СПЕКТРА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ У ДЕТЕЙ

Крестьяшин И.В.¹, Шахнович В.А.², Крестьяшин В.М.¹, Ишутин А.А.², Гербутова М.Н.²

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

² Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва

Согласно определению экспертов ВОЗ (2002), паллиативная помощь — это подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семьи, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Однако, понятие «хоспис» объединяет в себе не только тип медико-социального учреждения и систему ухода за умирающими больными, но и оказания медико-социальной и психологической помощи им и их родственникам.

Из доклада ВОЗ «Global atlas of Palliative Care» 2014 по всему миру в паллиативной помощи нуждаются 377 из 100 000 взрослых и 63 из 100 000 детей. В России в паллиативной помощи по статистике нуждаются 360–460 из 100 000 населения.

На основании этого нами была сформулирована цель работы, являющаяся стремлением к практическому достижению улучшения качества жизни детей с угрожающим или сокращающим жизнь заболеваниями, проявлениями которых в том числе являются тяжелые спастические контрактуры верхних и нижних конечностей.

Основной базой для внедрения в клиническую практику разрабатываемых нами инновационных методик комплексной, нейроортопедической и мануальной коррекции текущего состояния детей, является Московский областной детский хоспис. г. Домодедово. Для дальнейшего улучшения показателей выведения пациентов из паллиативного состояния, относительно мировых тенденций (10–12 %) с перспективой их опережения, а также разработки клинических рекомендаций и алгоритмов ведения данной группы пациентов.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД АНТЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПОСТНАТАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИДРОНЕФРОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Левитская М.В., Мокрушина О.Г., Шумихин В.С., Гуревич А.И.,
Юдина Е.В., Ерохина Н.О., Сергеева С.В.*

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

Цель. Прогнозировать течение развития заболевания в антенатальном периоде и периоде новорожденности.

Материалы и методы. За последние 10 лет в отделении пренатальной диагностики ДГКБ им Н.Ф. Филатова проведено 3043 консультации беременных с пороками развития МВС у плода. Гидронефроз диагностирован у 760 плодов. Консультирование проводилось дважды: 21–22 неделя и 30–34 неделя гестации. Это позволяло выявить группу плодов с критическими расширениями лоханки. С 2012 по 2019 год проведено 423 операции коррекции гидронефроза. По степени тяжести гидронефроза, по классификации SFU выделены 2 группы больных: 1 гидронефроз 3 степени. Антенатальное расширение лоханки на 28–30 неделе гестации 18–22 мм, что постнатально реализовалось в ГН 3 степени. Мальчиков 276 (81,8 %), девочек 62 (18,2 %); левосторонний 236 (70 %), правосторонний 102 (30 %). Лоханка до операции составлял $27,4 \pm 2,53$ мм, истончение паренхимы до 4–5 мм, угнетение внутриорганного кровотока, повышение индекса периферического сопротивления, снижение функции почки составило от 30–40 % (99mTc-ДМСА у детей старше 1 мес.). 2 — ГН 4 степени, 85 детей (20,5 %), 73 (85 %) из которых поступили с антенатальной диагностики и у 12 (15 %) детей критические расширения лоханки выявлены после рождения. Лоханка в 3 триместре 22 мм — 54 мм. Мальчиков 55 (64 %), девочек 30 (36 %), левосторонний 59 (69 %), правосторонний 26 (31 %). Критерии для предварительного отведения мочи: размер лоханки $38,6 \pm 5,63$, толщина паренхимы 2–3 мм, выраженное угнетение кровотока, снижение функции почки ниже 60 % (99mTc-ДМСА у детей старше 1 мес.). Возраст 4 дня — 2 мес. Предварительное отведение мочи осуществлялось путем пункционной нефростомии, под контролем УЗИ-навигационной системы 80 детям (95 %) и лапароскопической пиелостомы 3 детей (5 %). Длительность дренирования $36,2 \pm 2,44$, адекватность дренирования в 100 % случаев.

Результаты. Критериями восстановления функции почки являлись: увеличение толщины паренхимы у 78 детей (91,3 %) в 2 и более раз, улучшение кровотока: не изменен 22 ребенка (26,3 %), оставался обедненным у 63 (73,7 %) детей. По 99mTc-ДМСА: восстановление функции почки до 95 % — 46 детей (54,3 %), до 70–80 % — 39 детей (45,7 %). У 7 детей (8,7 %) отмечалось прогрессивное снижение функции почки до 85 %, отсутствовал рост паренхимы и восстановление кровотока, выполнена оргауносящая операция. Пиелопластика проводилась трансперитонеальным доступом с резекцией лоханочно-мочеточникового сегмента у 84 детей, у 1 ребенка — через брыжейку ободочной кишки. Дренирование собирательной системы почки, осуществлялось с помощью установки интраоперационно пиелостомы или высокого мочеточникового стента FR 04 длиной 10 см, с помощью цистоскопии до операции. Преимуществом внутреннего стентирования является сокращение сроков пребывания в стационаре в 2,5 раза, длительность оперативного вмешательства практически не отличается при этих видах дренирования. Эффективность оперативного лечения оценивалась по следующим критериям: динамика сокращения собирательной системы почки, темпы роста толщины паренхимы, восстановление кровотока и как показатель нормализация индексов периферического сопротивления, наличие инфекционных осложнений. В группе ГН 3 степени (наружного отведения мочи и внутреннего стентирования) восстановления толщины паренхимы имеет

одинаковую тенденцию и составляет 7–8 мм к 1 году жизни, динамика сокращения лоханки 10–11 мм, восстановление кровотока также отмечено к 1 году жизни. Продленная пиелостомия потребовалась 10 детям и составила 6 мес, в связи с плохой сократимостью лоханки. Неудовлетворительный результат получен у 3 детей (0,9 %) формирование отсроченного стеноза прилоханочного отдела мочеточника, на фоне течения воспалительного процесса.

Заключение. Дифференцированный подход в лечении гидронефроза, позволяет снизить количество органоуносящих операций и оценить резервные возможности почки. Эффективность метода составила 91,3 %. Позволяет провести коррекцию порока с применением малоинвазивных технологий в раннем возрасте.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РЕФЛЮКС-СТЕНОЗОМ УРЕТЕРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

Левитская М.В., Шумихин В.С., Гуревич А.И., Ерохина Н.О.

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

Цель. Оценить результаты внедрения протокола лечения рефлюкс-стеноза уретеровешикального сегмента у детей первого года жизни с применением малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. С 2016 по 2019 гг. в отделении хирургии новорожденных и недоношенных детей на 40 коек ДГКБ им Н.Ф. Филатова, было пролечено 40 детей с рефлюкс-стенозом уретеровешикального сегмента. Девочек 14 (35 %), мальчиков 26 (65 %), по стороне: справа 6 (15,3 %), слева 20 (51,2 %), двустороний 13 (33,5 %). У 4 (10,2 %) детей рефлюкс-стеноз уретеровешикального сегмента единственной почки. Возраст детей при поступлении составил от 16 до 135 дней, в среднем 63 дня. Протокол обследования включал комплексную оценку анатомического состояния верхних и нижних мочевых путей, с целью исключения пузырно-зависимых форм мегауретера и включал: УЗИ почек в В-режиме без уретрального катетера и на уретральном катетере, исследование в энергетическом режиме с определением индекса резистентности, микционную цистоуретрографию, компьютерную томографию с контрастным усилением и отсроченными снимками 120 минут на уретральном катетере, статическую нефросцинтиграфию с $^{99m}\text{Tc-DMSA}$ у детей старше 1 мес. При проведении МЦУГ у всех детей определялся пузырно-мочеточниковый рефлюкс III — V степени, «симптом клюва», отсутствие сокращения мочеточника на уретральном катетере по данным УЗИ и отсутствие тонуса верхних мочевых путей по данным КТ с контрастным усилением. Нефросцинтиграфия выявила снижение функции почки на 25–40 %. При проведении диагностической цистоуретроскопии: устье мочеточника точечное, с трудом пропускает интубатор, не перистальтирует, интрамуральный отдел укорочен. 1 этап — бужирование и стентирование устья мочеточника низким мочеточниковым стентом. Длительность стентирования 1 мес. После удаления стента проводилась оценка функции мочевого пузыря, с помощью сбора ритма спонтанных мочеиспусканий, энерготропная, нефропротективная терапия и терапия направленная на лечение НДМП. При сохранении рефлюкса (контрольная ретроградная цистоуретрография через 4–5 месяцев) 2-этапом: введение объемобразующего вещества по технологии STING. При неэффективности проводимых мероприятий проводилось радикальное оперативное лечение: при сохранной функции — неоимплантация мочеточника, при утрате — лапароскопическая нефруретерэктомия.

Результаты. Уреэстроцистонеоимплантация потребовалось у 13 детей (32,5 %), нефруретерэктомия, после предварительного отведения мочи у 2 детей (5 %), введение объемобразующего вещества у 7 детей (17,5 %), у 18 детей (45 %) только стентирование уретеровешикального сегмента.

Заключение. Рефлюкс-стеноз — сложный, комбинированный порок развития, обследование в предоперационном периоде в обязательном порядке должно включать комплексную оценку анатомии верхних мочевых путей и функции нижних мочевых путей. В 45 % достаточно проведение малоинвазивной и высокотехнологичной операции — бужирование и стентирование устья мочеточника, в 55 % случаев необходимо этапное лечение, коррекция рефлюкса или радикальное оперативное лечение.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ли И.Б.¹, Степанова Н.М.², Страшинский А.С.¹, Кайгородова И.Н.¹, Сапухин Э.В.³,
Дмитриенко А.П.¹, Перловская В.В.³, Стальмахович В.Н.³

¹ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск

² Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

³ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Актуальность. Статистически доказанным фактором риска рецидива ГЭР у детей является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Поиск решения проблемы сводится к совершенствованию метода и техники хирургического вмешательства.

Цель: анализ метода и техники оперативного вмешательства при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) у детей с грубой неврологической патологией.

Материал и методы. 37 карт пациентов по материалам ИГОДКБ г. Иркутска за последние 5 лет.

Результаты. Гендерный состав: мальчики — 73 % (27), девочки — 27 % (10). Средний возраст — 9 лет. Патология ЦНС — 67,6 % детей. В 21 % догоспитальная диагностика ГПОД. Выделены 2 группы: I — 67,6 % (25) пациентов с тяжелыми неврологическими заболеваниями, II — 32,4 % (12) группа сравнения. Возрастной пик в I группе — дети старшего возраста (44 %), во II группе преобладали дети младшей (35 %) и старшей возрастной группы (42 %).

ГПОД как органическая причина ГЭР: в I группе в 56 % (14); во II — в 25 % (3). По результатам предоперационного обследования (ФЭГДС, Рентгеноскопия пищевода, желудка), ГПОД установлена в I группе в 50 % (7), во II — в 100 %. При наличии ГПОД, лапароскопическое вмешательство, заключалось: в оптимальной мобилизации пищеводного отверстия диафрагмы, дна желудка, иссечение грыжевого мешка, создание адекватной длины абдоминального отдела пищевода, ушивании ножек диафрагмы с наложением пищеводно-диафрагмальных швов по окружности пищевода, формирование и правильное позиционирование фундопликационной манжеты Ниссена. Конверсия предпринята в 16 % (4) по причине ограниченной видимости и значительных технических трудностей вследствие грубых деформаций позвоночника и многочисленных контрактур конечностей; ожирения; спаечного процесса после ранее перенесенной операции. В 48 % (12) симультантная гастростомия различными способами, несостоятельность которой отмечена в 12 %. В послеоперационном периоде в 4 % (1) пневмоторакс, потребовавший дренирования плевральной полости; 8 % (2) перфорация полого органа вследствие коагуляционного некроза и перфорации тонкой кишки в местах рассечения имеющих послеоперационных спаек у ранее оперированных детей. Рецидивы: I группа — 12 % (3), II группа — 8 % (1). Средний к/д — 24.

Выводы. У пациентов с ГЭР и неврологической патологией, с неустановленным диагнозом ГПОД, необходимо предполагать наличие ГПОД как причины ГЭР. Ключевыми моментами противорецидивной операции при ГПОД являются: оптимальная мобилизация пищеводного отверстия диафрагмы, дна желудка, формирование адекватной длины абдоминального отрезка пищевода; иссечение грыжевого мешка, чёткая идентификация гастроэзофагеального перехода и ретрэзофагеального пространства; круорография и наложение пищеводно-диафрагмальных швов по окружности пищевода (не менее 4-х швов на 8, 11, 13, 16 часов); формирование и правильное позиционирование (линия швов на 11 часах), фундопликационной «мягкой» манжеты Ниссена вокруг абдоминальной части пищевода.

СИНДРОМ ПОЛАНДА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Линник А.В.¹, Сырыгина Л.В.²

¹ Детская клиническая больница имени П.И.Пичугина, Пермь

² Городская детская клиническая поликлиника № 1, Пермь

Синдром Поланда (СП) в настоящее время встречается с частотой 1:30 000 — 1:32 000 новорожденных и характеризуется комплексом пороков, таких как отсутствие большой и малой грудной мышц, ателию или амастию, синдактилию, деформацию или отсутствие нескольких рёбер. Синдром этот в 80 % случаев бывает правосторонним. Хирургическое лечение СП до сих пор не потеряло свою актуальность, оно сложное в техническом плане и осуществляется в несколько этапов, одна из целей которого в нашем случае — реконструкция молочной железы и моделирование соска.

В условиях поликлиники мы наблюдали 2 пациенток с правосторонним СП в возрасте 15–17 лет. У обеих отмечалось отсутствие большой грудной мышцы и молочной железы справа с момента рождения, по данным компьютерной томографии грудной клетки патологических изменений костного скелета выявлено не было. По результатам ЭКГ у одной из пациенток диагностирована неполная блокада правой ветви пучка Гиса.

Обе пациентки оперированы в плановом порядке в отделении пластической и челюстно-лицевой хирургии, в обоих случаях была выполнена реконструкция правой молочной железы при помощи ротированной широчайшей мышцы спины с установкой тканевого экспандера.

Через 4 месяца выполнен второй этап операции — замена экспандера на эндопротез. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось, в течение 4–5 дней проводилась профилактическая антибактериальная терапия, швы сняты на 9–10 сутки после операции, после чего пациентки выписаны из отделения в удовлетворительном состоянии.

Больные осмотрены нами через 1 год после операций, жалобы не предъявляли, во всех двух случаях достигнут хороший косметический результат.

РОЛЬ АНТЕНАТАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Лолаева Б.М, Джелиев И.Ш, Дзуцева М.Р, Кесаева М.М, Габисова Ю.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Цель исследования: Определение УЗ-критериев у плода патологии МВС, и определение дальнейшей тактики ведения этих пациентов.

Материалы и методы. Обследованы 70 беременных при УЗИ патологией МВС у плода. Основными маркерами патологии МВС были пиелэктазии, уретерэктазии, мегацистис, структурные и анатомические аномалии почек. Пиелэктазия выявлена у 42 плодов; 36 — односторонняя, 6 — двусторонняя при сроке гестации 18–38 нед. Размеры лоханки варьировали от 8 до 36 мм. У 28 выявлены структурные пороки почек, мочевого пузыря; гипоплазия почки — 2, мультикистоз — 4, удвоение почки; одностороннее — 9, двустороннее — 4, поликистоз — 1, подковообразная почка — 1, агенезия почки — 1, экситрофия мочевого пузыря — 2, мегацистис — 2, мегауритер — 2. Течение беременности проходило на фоне отягощенного соматического, гинекологического и акушерского анамнеза. Характер нарушения уродинамики верхних мочевых путей при пиелэктазии — 10 и уретерэктазии — 2 определялся с помощью динамической пиелоцистометрии, а у 2-х плодов с применением диуретического теста.

Результаты и обсуждение. Из группы плодов с пиелэктазией (42), у 24 определена нестабильная пиелэктазия, которая к концу беременности у 7 саморазрешилась. У 18 плодов выявлена — стабильная пиелэктазия, у 2-х из них еще и уретерэктазия, обусловленная органическим характером обструкции. УЗ-критерии: При гипоплазии почки — уменьшение размеров почки, толщины паренхимы, ЧЛС, сосудов почки, экзогенность не нарушена; мультикистозе в проекции почки — кисты разных размеров, паренхима не определяется; удвоении почки — увеличение длины почки, редко определялась паренхиматозная перемычка между сегментами; подковообразной почке — длинные оси почек развернуты в краниальном направлении, нижние полюсы сближены, ЧЛС ратирована; агенезии почки — отсутствие органа в типичном месте; экстрафии мочевого пузыря — дефект передней брюшной стенки, отсутствие передней стенки мочевого пузыря; мегацистисе — увеличение размеров мочевого пузыря, неполное опорожнение. Все дети после рождения консультировались урологом, и определялась дальнейшая тактика ведения. Дети с непрогрессирующей пиелэктазией, односторонней гипоплазией почки, мультикистозом без нарастания размеров кист, удвоением почки без клинических проявлений, подковообразной почкой, односторонней агенезией почки наблюдались амбулаторно с динамическим УЗ-контролем и контролем анализа мочи. При нарастании пиелэктазии, уретерэктазии, поликистозом, мегацистисом, экстрафией мочевого пузыря госпитализированы в стационар, где определялось дальнейшая тактика обследования и лечения.

Заключение. Антенатальная УЗ-диагностика органов МВС, изучение патогенетических причин их формирования позволяют определить необходимость коррекции их в раннем постнатальном периоде.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ДЕТЕЙ ПРИ ВТОРИЧНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Лолаева Б.М., Джелиев И.Ш., Дзуцева М.Р., Кесаева М.М.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Введение. Воспаление почек при различных врожденных пороках развития является главной причиной инвалидизации детей, даже после коррекции порока. Доказаны генетическое детерминирование склерозирования почки и роль иммунной системы в этом процессе. Цитокины регулируют как гуморальные, так и клеточные компоненты иммунной реакции, моделируют воспалительные реакции в живом организме.

Цель исследования: Определение значения уровня цитокинов в плазме крови при вторичном пиелонефрите у детей.

Материалы и методы. За период 2014 — 2019 гг. нами проведено исследование сывороточного уровня цитокинов у 56 детей с врожденной патологией почек, осложненной пиелонефритом и 20 детей, не имевших признаков острого воспалительного процесса. Возраст детей от 3-х до 16 месяцев. Первая группа (56), дети с врожденной патологией почек (гидронефроз, удвоение почки, подковообразная почка, дистопия почки, гипоплазия, поликистоз), осложненной вторичным пиелонефритом.

Вторая группа (контрольная) — 20 детей, оперированных в клинике по поводу патологии, не связанной с мочевыделительной системой и без признаков острого воспалительного процесса. У пациентов обеих групп производился забор крови для определения сывороточного уровня цитокинов. Содержания в сыворотке TNF — α , CTNF — R1, IL — 6 и IL — 8 определялось с использованием количественного иммуноферментного анализа (метод ELISA, реактивы Quantikine, R&DS systems, США), специфического для каждого цитокина. Для иммуноанализа использовали моноклональные антитела к цитокинам.

Результаты и обсуждения. При сравнении сывороточного уровня IL — 6 в 1 группе пациентов ($1,798 \pm 4,638$ пг/мл, медиана 3,253 пг/мл) с контрольной группой ($1,531 \pm 2,078$ пг/мл, медиана 1,798 пг/мл) выявлено его значительное увеличение у детей с пиелонефритом. Это же соотношение между двумя группами наблюдалось при определении содержания в сыворотках TNF — α (группа 1: $8,501 \pm 14,471$ пг/мл, медиана 13,183 пг/мл; группа 2: $6,746 \pm 13,344$ пг/мл, медиана — 7,671 пг/мл), и CTNF-R1 (группа 1: — $5780,74 \pm 690,34$ пг/мл, медиана 1197,38 пг/мл; группа 2: $312,49 \pm 636,33$ пг/мл, медиана 504,17 пг/мл). Особенно отмечено, что характерным морфологическим признаком при гидронефрозе, осложненном пиелонефритом является обнаружение мононуклеарного воспалительного инфильтрата, что приводит к деструктивным изменениям в канальцах и развитию фиброза в интерстиции. Существенное повышение уровня циркулирующего IL-6, TNF- α и CTNF-R1, в группе детей с гидронефрозом говорит о возможном начале развития поражения почечной паренхимы уже в раннем возрасте, что возможно связано с обструктивным процессом.

Заключение. Определение уровня цитокинов в сыворотке крови способствует для выяснения иммунологических механизмов, участвующих в повреждении почек у детей с вторичным пиелонефритом.

АОРТО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лыбина И.П., Сухов М.Н., Нарбуттов А.Г., Серков И.И.

Российская детская клиническая больница, Москва

Актуальность. В последние годы изучение одной из сложных проблем в детской хирургии является варикозное расширение вен таза у детей с внепеченочной портальной гипертензией. 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 2015 по 2019 год обследовано 149 пациентов с внепеченочной портальной гипертензией в возрасте от 2-х до 16 лет, из которых у 59 больных (39,5 %), из них 41 (70,4 %) девочек и 17 (29,6 %) мальчиков, при обследовании выявлена левосторонняя венозная почечная гипертензия вследствие аорто-мезентериальной компрессии.

Из 59 больных у 18-ти (30,5 %) одновременно выполнены операции по поводу ВПГ и проявлений флебогипертензии — ВВМТ (или варикоцеле). 28 (47,3 %) 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.

13 (22,2 %) пациентов перенесли операции только по поводу ВПГ.

Результаты. По данным инструментальных методов обследования из 59 пациентов у 42 (71,2 %) пациентов отмечена выраженная регрессия варикозного расширения вен малого таза и купированы клинические проявления: хронические тазовые боли, боли в мошонке, нормализация менструального цикла, у 11 (18,7 %) больного отмечается отсутствие положительного результата и 6 (10,1 %) 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. Разработанные способы хирургического лечения у больных с ВПГ предупреждают развитие патологических изменений почки и позволяют избежать развитие варикоцеле у мальчиков и варикоз вен малого таза у девочек.

НАША ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

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

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования. Анализ результатов лечения ущемленных паховых грыж у детей.

Материал и методы исследования. С диагнозом ущемленная паховая грыжа поступило 747 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, Мальчиков было 617, девочек 130. Всем девочкам независимо от времени ущемления была произведена операция «Экстренное грыжесечение». В 27 случаях ущемленным органом явились яичники и придатки матки, в 1 случае матка и оба яичника, в остальных случаях органы брюшной полости.

Результаты. В 338 случаях детям удалось вправить грыжу без операции. 229 детям выполнено плановое хирургическое лечение. Больные были разделены на 2 группы. 1 группа — дети в возрасте до 5 лет — 98 больных. Апоневроз наружной косой мышцы у данной категории пациентов не рассекали, а ограничивались высоким пересечением и перевязкой шейки грыжевого мешка через наружное паховое кольцо. Если размеры грыжевых ворот были невелики, а апоневротические и мышечные образования соответствовали возрастным нормативам, пластика пахового канала не выполнялась. 2 группа — дети старше 5 лет — 131 пациентов. В этой группе путем создания «окна» в апоневрозе над глубоким паховым кольцом с непосредственным выходом на брюшную воронку и с последующей ее обработкой. Анатомическую целостность паховой области восстанавливали без дополнительной апоневротической пластики. Так как влагалищный отросток брюшины интимно связан с элементами семенного канатика, окружающего его с разных сторон, во всех случаях дистальную часть грыжевого мешка не удаляли. Если же грыжевые ворота были большими, а апоневроз был дряблым, нами выполнялась пластика пахового канала по Черни (Ру-Краснобаева). Остальные дети были выписаны домой под наблюдение педиатра и детского хирурга по месту жительства. По стабилизации соматического фона этим детям также были проведены операции «Грыжесечение».

В 118 случаях, несмотря на проведения ряда консервативных мероприятий вправить грыжевое содержимое в брюшную полость не удалось. 157 детей поступили в стационар, когда время от момента ущемления было свыше 12 часов, либо анамнез был не точным. Данной категории пациентов после соответствующей предоперационной подготовки была произведена операция «экстренное грыжесечение с пластикой передней стенки пахового канала по Мартынову». В одном случае была произведена «Herniolaratomia с резекцией отдела тонкой кишки и наложением кишечного анастомоза по типу конец в конец».

Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения грыж у детей были хорошими, летальных случаев и рецидивов не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, соблюдение ряда положений таких как: в паховом грыжесечении основным являются высокое полное поперечное пересечение и перевязка шейки грыжевого мешка с оставлением его дистальной части, доступ к брюшной воронке и метод пластики пахового канала избирают в зависимости от возраста ребенка, состояния грыжевого мешка, выраженности общих и местных диспластических процессов, позволили добиться наилучших результатов лечения

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Мавлянова З.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Согласно мировой статистике, отмечается рост заболеваемости детским церебральным параличом (ДЦП), составляя 2,5 случая на 1000 детей. Ведущим симптомом ДЦП являются двигательные нарушения, приводящие к целому ряду ортопедических осложнений, в формировании которых прослеживается определенная этапность: задержка редукции врожденных рефлексов и нарушение мышечного тонуса приводят к патологической установке конечностей и формированию вторичных контрактур и деформации скелета. Однако, зачастую при построении индивидуальной реабилитационной программы у детей с церебральным параличом не учитываются сопутствующие ортопедические осложнения.

Цель. Провести анализ возможных ортопедических осложнений у детей с церебральным параличом.

Материал и методы. Было обследовано 65 детей в возрасте от 3 до 15 лет, средний возраст составил $11 \pm 1,2$ лет. Больные были разделены на пять подгрупп на основании Международной классификации ДЦП, как наиболее употребляемой в научной литературе. 67,7 % составляли спастические формы: тетрапарез (I-я подгруппа) — 14 пациентов (21,5 %); спастическая диплегия (II-я подгруппа) — 15 случаев (23,1 %); гемипаретическая форма — 15 больных (III-я подгруппа, 23,1 %). IV-ю и V-ю подгруппы составили больные с дискинетической и атактической формами (16,9 % и 15,4 % соответственно).

Результаты и обсуждение. Для выявления степени поражения опорно-двигательного аппарата (в том числе контрактуры суставов или риска их возникновения), мышечной спастичности, мышечного укорочения, у больных проведен ряд диагностических тестов. При наблюдениях за свободным положением головы пациента и её пассивно выполняемых поворотах в сторону диагностирована мышечная кривошея в виде асимметричного повышения тонуса в m. sternocleidomastoideus: в IV-ой подгруппе больных в 54,5 % случаев и в 42,9 % наблюдений в I-ой подгруппе. У детей со спастическими формами заболевания в 85,7 % случаев в I-ой подгруппе и 60 % в III-ей подгруппе диагностирована сгибательно-пронаторная установка верхних конечностей, проявляющаяся чаще всего в виде сочетания приведения и внутренней ротации плеча, пронации предплечья, а также сгибания в лучезапястном суставе с локтевой девиацией кисти. Паттерны спастичности в нижних конечностях выявлены у 84,1 % больных со спастическими формами ДЦП и проявлялись сгибательной установкой бедра в тазобедренном суставе. При этом тест Томаса был положителен у 45,5 %, а тест Дункан-Эли у 40,9 % обследованных детей. У 43,2 % детей диагностирована сгибательная установка коленных суставов (Хамстринг-синдром) и у 25 % приведение и внутренняя ротация бедер (Грацилис-синдром).

Выводы и рекомендации. Ортопедические осложнения ДЦП зачастую являются первичными по отношению к двигательным нарушениям. Поэтому построение реабилитационной программы, с учетом коррекции ортопедических последствий, занимает особое место в общем процессе абилитации больных с ДЦП.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОШИЗИСОМ

Мейланова Ф.В.¹, Магомедов А.Д.², Магомедов Р.И.², Ашурбеков В.Т.¹

¹ Детская республиканская клиническая больница им. Н.М.Кураева, Махачкала

² Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Актуальность. Пороки развития передней брюшной стенки у детей — гастрошизис — относятся к тяжелым порокам, которые трудно корректировать. В последние годы идёт тенденция к увеличению количества этого порока. Многие факторы способствуют этому. Новорожденные с этой патологией требуют неотложной помощи и операции в первые часы жизни ребенка. Выявление алгоритма обследования и лечения детей с этой патологией считаем актуальным.

Материал и методика. В клинике детской хирургии ДГМУ с 2017 по 2019 годы находилось на лечении 14 детей с гастрошизисом. Антенатальная диагностика проведена у 86 % детей. Гастрошизис выявлен у 12 (85,7 %). Сочетанные пороки сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, желудочно-кишечного тракта выявлены у 6 (42,8 %) детей. В большинстве случаев, дети родились от матерей молодого возраста — 19–26 лет. От первой беременности — 60 %, второй — 32 %. Роды вследствие кесарева сечения — 80 % случаев. Средняя масса тела 2500–2890 г. Задержка внутриутробного развития плода отмечено у 60 % новорожденных, недоношенность — 40 %. Новорожденные разделены на три группы: 1 группа — 8 детей (57,2 %) — выполнена радикальная одномоментная пластика брюшной стенки; 2 группа — 3 (21,4 %) — ксипластика брюшной стенки двухэтапное хирургическое лечение; 3 группа — 3 (21,4 %) — двухэтапное лечение, эти дети с ВКН, накладывались энтеростомы.

Результаты и обсуждение. В 1 группе выздоровели 7 (50 %) детей, умер 1 (7,2 %) от тяжелого сочетанного порока сердца. Во 2 группе выздоровел 1 (7,2 %), умерло 2 (14,4 %) от токсического поражения вследствие НЭК, перитонита, полиорганной недостаточности. В 3 группе выжили 2 (14,4 %), умер 1 (7,2 %), ребёнок вследствие повторного оперативного вмешательства (после закрытия стомы), спаечная кишечная непроходимость, НЭК, перитонит, сепсис. Таким образом, из 14 детей выздоровело 9 (64,3 %), умерло — 5 (35,7 %). Из вышеизложенного можно сделать вывод, что проведение радикальных одномоментных методов оперативного лечения мы получим хорошие результаты. Желательно, чтобы роженицы были госпитализированы в перинатальные центры, родоразрешение путем кесарева сечения и срочный перевод в хирургический стационар и адекватное квалифицированное хирургическое лечение.

Выводы и рекомендации. Гастрошизис — тяжёлый порок развития ребёнка. Антенатальная диагностика (возможна 12–13 недель) позволила бы оценить тяжесть порока развития, сочетание, прерывание беременности. При поздних сроках необходимо проведение родоразрешения в перинатальных центрах путем кесарева сечения. Желательно, чтобы эти центры находились рядом с клиникой детской хирургии. Оперативное вмешательство необходимо провести квалифицированно, опытным хирургом, который работает с новорожденными детьми. Имеет значение и выхаживание детей в реанимационном отделении, дальнейшее наблюдение в стационаре и амбулаторно. Всё это способствовало улучшению процента выживаемости детей с этой очень тяжелой патологией.

ИННОВАЦИОННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВНУТРИПУЗЫРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ

Меновщикова Л.Б.¹, Левицкая М.В.², Коварский С.Л.¹, Шумихин В.С.², Ерохина Н.С.²

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

² Детская городская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова, Москва

Большинство обструктивных уропатий, диагностируются антенатально, однако почти в 40–50 % уродинамика может нормализоваться уже на первом году жизни. Поэтому статус парадигмы имеет концепция дифференцированного подхода к выбору метода устранения нарушений уродинамики в грудном возрасте. Одними из ключевых методов являются малоинвазивные внутрипузырные технологии.

За последние 5 лет в Филатовской больнице у детей грудного возраста выполнено 533 эндоскопических операции при патологии уретерovesикального соустья и инфравезикальной обструкции.

Наличие инфекционных осложнений, степень дилатации коллекторной системы почек и мочеточников и процент снижения функции почек по данным статической ренографии являются независимыми факторами, позволяющими принять решение о выполнении малоинвазивных операций.

Коррекция ПМР выполнена 363 пациентам (средний возраст 102 ± 37 дней) с помощью Коллагена и URODEX, что считаем принципиально важным, т.к. основная задача на этом этапе лечения — купирование инфекционных осложнений и снижение силы гидравлического «удара». Устранение ПМР после однократной инъекции коллагена составляет 68 %, уродекса — 81 %, что дает возможность продолжать консервативное лечение.

120 пациентам с первичным нерефлюксирующим мегауретером проведено эндоскопическое бужирование и стентирование устья мочеточников с помощью низких J-стентов (средний возраст 150 ± 33 дня). Длительность стентирования составила 6 ± 2 недели. Процедура оказалась эффективной у 80 больных, 32 пациента продолжают находиться под наблюдением, 8 детям потребовалась уретероцистонеоимплантация.

43 мальчикам выполнена ТУР клапана задней уретры (у 32 диагноз поставлен антенатально). Полное восстановление эвакуаторной функции мочевого пузыря после процедуры достигнуто у 21 больного. Остальные, несмотря на хорошую проходимость уретры, продолжают получать консервативное лечение по поводу сохраняющейся летрозорно-сфинктерной диссинергии.

Нерефлюксирующий мегауретер верхнего сегмента удвоенной почки с наличием уретероцеле диагностирован у 75 пациентов (у 60 — антенатально). Вскрытие уретероцеле выполнено у 60 пациентов. При ретроспективном анализе у 25 пациентов отмечена инволюция верхнего сегмента, у 34 выполнена лапароскопическая геминефрэктомия в 18–24 месяца, у 7 больных проведена эндоскопическая коррекция ПМР в нижний сегмент.

Послеоперационные осложнения отмечены в 9,8 % случаев, наиболее значимые — инфекционные (фебрильные — в 3 %). У 3 пациентов с нерефлюксирующим мегауретером отмечалась дислокация стента в мочевой пузырь. После эндоскопической коррекции ПМР дилатация мочеточников наблюдалась в 17 % случаев и разрешилась самостоятельно.

На основании сравнительного ретроспективного исследования доказано, что малоинвазивные внутрипузырные операции при обструктивных уропатиях у детей грудного возраста технически выполнимы и позволяют восстановить уродинамику, снизить число инфекционных осложнений и предотвратить прогрессирование ХБП.

ВОЗМОЖНОСТИ БОТУЛИНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С МИЕЛОДИСПЛАЗИЕЙ И ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ

Меновщикова Л.Б., Николаев С.Н., Коварский С.Л., Лазишвили М.Н., Складорова Т.А.

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

Разнообразные проявления спинального дизрафизма в сочетании с пороками развития мочевых путей составляют до 27 % от всех пороков развития у детей, причем в последние годы отмечается увеличение их числа. Нарушения функции тазовых органов у больных с миелодисплазией, сопровождающиеся расстройствами мочеиспускания, еще больше усугубляют тяжесть состояния пациента, нарушая качество его жизни.

Цель исследования явилось определение путей улучшения результатов лечения детей раннего возраста с синдромом спинального дизрафизма с использованием современных инновационных технологий.

Под нашим наблюдением находилось 82 ребенка с явлениями спинального дизрафизма в возрасте от 2 месяцев и до 8 лет, перенесших в первые месяцы жизни спинальную герниопластику. У всех детей наблюдались сочетанные расстройства функции мочевого пузыря, прямой кишки и диафрагмы таза, инфекционные осложнения со стороны мочевых путей и разнообразные варианты обструктивных уропатий. Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование (уродинамическое, рентгенологическое и эндоскопическое). Восстановление резервуарной и адаптационной функций детрузора включало фармакотерапию, физиолечение и перевод мочевого пузыря в режим «наполнение — опорожнение» при помощи периодической катетеризации. У 64 детей, в связи с неэффективностью лечения, использован метод длительной химической денервации детрузора с помощью внутридетрузорное введение ботулинического токсина типа А (БТТА). Расчет дозы проводился из расчета 5–10 ЕД на 1 кг массы на 25–30 точек введения вне треугольника Льето.

Стойкий клинический эффект по восстановлению резервуарной и адаптационной функций мочевого пузыря и улучшение уродинамики верхних мочевых путей получен у всех детей уже после первой инъекции. Клинический эффект проявлялся увеличением продолжительности «сухих» промежутков, снижением частоты периодической катетеризации, минимизацией мочевого синдрома. Эффект сохранялся от 8 до 18 месяцев, что у этой категории пациентов позволило отказаться от фармакотерапии. При уменьшении резервуарной функции, к проводимому лечению добавляли М-холинолитики с целью пролонгации первоначального эффекта БТТА до 2 — 2,5 лет. Побочных эффектов не отмечено.

Таким образом, метод внутрипузырного введения ботулинистического токсина типа А является высокоэффективным при 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Митупов З.Б.^{1,2}, Разумовский А.Ю.^{1,2}, Алхасов А.Б.³, Павлов А.А.³, Мовсесян Л.А.³

¹ Детская городская клиническая больница имени им. Н.Ф.Филатова, Москва

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

³ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) — вторая по частоте встречаемости деформация грудной клетки, которая характеризуется протрузией грудины и суставов реберных хрящей. Оперативное вмешательство является традиционным методом лечения. Следуя «хирургической концепции Равича», многие хирурги разработали модификации его техники. Тем не менее, в настоящее время не принято единой тактики хирургического лечения КДГК. Авторами применяется торакопластика в модификации клиники, позволяющая сократить продолжительность операции и сроки пребывания в стационаре после операции.

Материалы и методы. За период с 2002 по 2019 г. торакопластика в модификации клиники была выполнена 91 больному с КДГК. Мальчиков было 76 (83,5 %), девочек — 15 (16,5 %). Все дети оперированы в возрасте 9–15 лет, когда деформация грудной клетки имела выраженный характер. В наших наблюдениях грудинохрящевой тип и симметричные формы КДГК встречались чаще других. Синдромальная патология (синдром Марфана, марфаноподобный синдром и синдром Элерса-Данло) отмечены у 15 (16,5 %) детей. Основными этапами разработанного метода торакопластики являются: поперечный разрез кожи на грудной стенке длиной не более 8 см; мобилизация кожи, подкожной клетчатки и грудных мышц единым лоскутом; поднахрящичная резекция деформированных реберных хрящей (II–VIII ребра) с двух сторон; резекция тела грудины до 2–2,5 см в месте наибольшей деформации и сшивание ее конец в конец отдельными узловыми швами; послойное ушивание раны с наложением косметического кожного шва.

Результаты и обсуждения. Продолжительность операции составила 50–60 мин. Обезболивание наркотическими анальгетиками проводили в течение 2 дней. На 3-е сутки начинали вертикализировать больных. Пациентов выписывали из стационара на 7–9-е сутки. У 98,3 % из них полностью устранена деформация. Анкетирование пациентов указывает на отличные и хорошие результаты в 96,6 % наблюдений.

У 2 (3,4 %) детей развились осложнения. В одном наблюдении выявлено расхождение фиксирующих швов грудины. В другом наблюдении потребовалась повторная операция в ранние сроки — резекция хрящей III ребер для полного устранения косметического дефекта. У 36 детей (39,5 %) выявлен гемоторакс по данным УЗИ. Лишь в одном наблюдении (1,09 %) потребовалась плевральная пункция с эвакуацией геморрагической жидкости. В одном наблюдении (1,7 %) в связи с локальной костной деформацией потребовалось повторное оперативное вмешательство.

Заключение. разработанная модифицированная методика торакопластики позволяет минимизировать риск развития осложнений и получать отличные косметические и функциональные результаты в подавляющем большинстве наблюдений.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ РУБЦОВЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Михайлова С.И., Виноградова Т.А., Сергеечев С.П., Горшков А.Ю., Рассказов Л.В.

Тверской государственной медицинский университет, Тверь

Цель. Оптимизировать применение различных методов консервативной терапии для обеспечения условий нормального формирования послеожогового рубца.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 г. в клинике находилось 79 детей с рубцовыми поражениями кожи после перенесенной острой ожоговой травмы. Возраст от 1 года до 18 лет, из них мальчиков 49(62,1 %), девочек — 30(37,9 %). Кратность этапного лечения: через 1 месяц после ожоговой травмы, далее через 3–4 месяца в течение 2-х лет до момента полного созревания рубца. Комплексная терапия включала: компрессионную терапию, физиотерапевтическое воздействие, аппликации противорубцовых медикаментозных средств, силиконовых покрытий, лечебную физкультуру с применением позиционирования, массаж, санаторно-курортное лечение. Компрессионная одежда применялась у 59(74,6 %) пациентов, длительностью ношения в течение 23 часов на протяжении 12–18 месяцев. Использовалась в сочетании с локальной компрессией силиконами (отоформ). Физиотерапия назначалась всем детям на различных этапах лечения использовались — электрофорез с ферменколом, электрофорез с мазью «Чажемтомского»; фонофорез с ферменколом, гидрокортизоном, низкоинтенсивное лазерное излучение. Из медикаментозных препаратов в ранние сроки формирования рубца применяли гель имофераза у 51(64 %) ребенка в течение 1 месяца 2 раза в сутки, затем ферменкол-гель, гель келофибраз, силиконы (дерматикс), пластырь мепиформ на открытые участки тела. При локализации рубцовой ткани в области суставов –проводилась иммобилизация в положении гиперкоррекции по отношению к ожидаемой форме контрактуры — 29 детей (36,7 %). В качестве санаторно-курортного лечения рекомендовалось применение сероводорода при отсутствии противопоказаний (проведено у 15 (18,9 %) пациентов. Реконструктивные операции выполнены после созревания рубцовой ткани в сроки от 1 года до 3-х лет после острой травмы у 12(15 %) пациентов, у 9(11 %) — совместно с ортопедами.

Результаты. При анализе результатов применения комплексных методов консервативной терапии у 67 (84 %) пациентов, выявлена их эффективность в скорейшем созревании рубцовой ткани: ее побледнении, выравнивании кожных покровов, уменьшении массы рубца, отсутствии зуда.

Заключение. Комплексный подход в выборе методов консервативной терапии позволяет добиваться оптимального функционального и эстетического результата.

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Мохаммад Б., Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В.

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

Актуальность. Среди различных заболеваний, под маской которых скрывается острый аппендицит, первое место занимают различные кишечные инфекции (40,3 %). В 80,3 % случаев диагнозом направления была острая пищевая токсикоинфекция.

Цель. Описать случай острого аппендицита, протекающего под маской пищевой токсикоинфекции.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в январе 2020 на базе ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина с клиническим диагнозом: Острый гангренозный аппендицит, оментит, находился ребенок З., 11 лет.

Из анамнеза: ребенок в состоянии средней степени тяжести поступил в приемное отделение с жалобами на повышение температуры тела, многократный жидкий стул, рвоту, периодические боли в животе. Заболел 29.01.2020 — у ребенка поднялась температура тела до 39,00 °С. 30.01.2020 возникли многократный жидкий стул и рвота, периодические боли в животе ноющего характера, температура сохранялась на уровне 39,00 °С. Осмотрен педиатром по месту жительства, рекомендована консультация детского хирурга. 31.01.2020 боль в животе усилилась, стала постоянной, рвота, жидкий стул и повышенная температура тела сохранялись. 31.01.2020 самостоятельно обратились в приемное отделение ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина. Осмотрен детским хирургом: кожные покровы чистые. По органам грудной клетки без особенностей. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот напряжен, не увеличен в размерах, симметричный, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины сомнительные, дефанс положительный. Физиологические отправления в норме. Госпитализирован в ДХО. ОАК от 31.01.2020 — лейкоциты $20,7 \times 10^9$ /л, эритроциты $4,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 125 Ед/л, СОЭ 11 мм/час. ОАМ от 31.01.2020 — без патологии. УЗИ органов брюшной полости от 31.01.2020 — свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не выявлено. В брюшной полости визуализируются лимфатические узлы (большое количество) с четкими ровными контурами, гипоэхогенные, размерами от 0,3×0,5 до 1,7×1 см. При ЦДК кровоток усилен. Реактивные изменения печени и поджелудочной железы (периваскулярная реакция). Признаки мезаденита.

Результаты. Оперативное лечение от 31.01.2020 — аппендэктомия, резекция пряди сальника. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 7–8 сутки.

Вывод. Данный клинический случай позволяет убедиться в том, что острый аппендицит в любом возрасте у детей может протекать на фоне любых заболеваний, в том числе мезаденита.

САЛЬНИКОВАЯ ПАХОВО-МОШОНОЧНАЯ ГРЫЖА У РЕБЕНКА

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

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

Актуальность. Паховые грыжи составляют 65 % среди наружных грыж живота. Паховое грыжесечение является наиболее часто выполняемым плановым вмешательством в общехирургической практике. Тем не менее, остается высокой частота осложнений, влияющих на качество жизни пациента, особенно при несвоевременном оперативном лечении.

Цель. Описать случай спайки сальника с оболочкой яичка при паховой грыже.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в январе 2020 на базе ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина с клиническим диагнозом: Паховая грыжа слева, находился ребенок А., 9 лет.

Из анамнеза: ребенок поступил в ДХО в плановом порядке для оперативного лечения по поводу паховой грыжи слева. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные. Температура при поступлении в норме. По внутренним органам и системам без особенностей. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме. Местно: в пахово-мошоночной области слева грыжевое выпячивание, не до конца вправляемое в брюшную полость. Общие анализ крови и мочи от 27.01.2020 — без патологии.

Результаты. Оперативное лечение от 27.01.2020 — грыжесечение слева с резекцией участка сальника (в грыжевом мешке участок сальника припаян к собственной оболочке яичка). Ранний послеоперационный период без особенностей. Швы сняты на 8 сутки.

Гистологическое исследование (макроскопическое и микроскопическое описание):

1. Участок серой ткани, размером 0,7×0,3 см. В стенке грыжевого мешка фиброз, очаговые кровоизлияния, парез и полнокровие сосудов, очаговая слабо выраженная лимфоидная инфильтрация.

2. Участок жировой ткани, размером 2×1,2 см. Фрагменты зрелой жировой ткани с очаговыми кровоизлияниями, парезом и полнокровием сосудов.

Выводы. Своевременная диагностика и оперативное лечение при паховых грыжах у детей позволяют избежать осложнений (частичное или полное ущемление органов брюшной полости).

СЛУЧАЙ ВЫРАЖЕННОГО ДЕРМАТИТА ПОСЛЕ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ

Мохаммад Б., Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В.

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

Актуальность. Лечение термических ожогов и их последствий у детей остается одной из актуальных проблем, несмотря на достижения современной медицины, что обусловлено высокой частотой данного вида повреждений. Ожоги занимают третье место среди травм мирного времени и составляют 30 % всех травматических повреждений. Среди пациентов с термическими повреждениями дети составляют от 13,8 % до 75,3 %.

Цель. Описать случай консервативного лечения выраженного дерматита после аутодермопластики.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в феврале 2020 на базе ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина с диагнозом: Состояние после перенесенного термического ожога. Гранулирующие раны левого бедра и голени, правой голени и спины, находился ребенок Б., 16 лет.

Из анамнеза: поступил с жалобами на наличие рубцовых изменений кожи нижних конечностей, спины, наличие открытых ран, местами — гранулирующих, после аутодермопластики. При осмотре — кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные. По внутренним органам и системам без особенностей. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Местно: в области нижних конечностей, спины имеются рубцы плотноэластической консистенции, площадью около 12 % поверхности тела, безболезненные при пальпации, красно-бурого цвета, участки раневой поверхности, гранулирующие раны в области левого бедра, левой и правой голени, спины, вокруг высыпания, шелушение. Неврологическая симптоматика без особенностей. ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови — без патологии. Консилиум в составе смежных специалистов (хирург, дерматолог, педиатр-гастроэнтеролог) — дерматит, отягощенный аутогенной интоксикацией.

Лечение: первичная хирургическая обработка ран, перевязки, инфузионная терапия, антибактериальная и гормональная терапия, симптоматическое лечение.

Выводы. Своевременное адекватное комплексное (хирургическое и консервативное) лечение осложнений после аутодермопластики приводит к выздоровлению и хорошим косметическим результатам.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРО-АДИПОЗНОЙ ВАСКУЛЯРНОЙ АНОМАЛИИ У ДЕТЕЙ

Нарбутов А.Г., Сухов М.Н., Серков И.И., Лывина И.П., Гарбузов Р.В., Клецкая И.С.

Российская детская клиническая больница РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

Актуальность. Спектр сосудистых заболеваний детского возраста обширен. С развитием диагностических методик, генетики происходит открытие новых видов сосудистых аномалий. Внутримышечная сосудистая патология ранее зачастую обозначалась термином «внутримышечная гемангиома». На сегодняшний день данный термин не используется, ввиду понимания того, что внутримышечная сосудистая патология представлена спектром заболеваний, существенно различающихся по своей природе, клиническому течению и методам лечения. В 2014 году была выделена новая форма внутримышечной сосудистой патологии — фибро-адипозная васкулярная аномалия (ФАВА). К настоящему времени публикации по данной патологии единичны. Мы представляем моноцентровые данные хирургического лечения 32 пациентов с ФАВА.

Материал и методы. За период с 2015 по 2019 год на базе мультидисциплинарного центра сосудистых аномалий РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России было прооперировано 32 ребенка с диагнозом фибро-адипозная сосудистая аномалия (ФАВА). Средний возраст пациентов на момент обращения в нашу клинику составил $9,52 \pm 0,63$ лет (от 1 до 14 лет). Среди наших пациентов количество девочек превалировало с соотношением 20 к 12.

У большинства детей поражение локализовалось на голени ($n = 27$), у 4 на бедре, у 2 на предплечье. У 1 ребенка ФАВА имела двойную локализацию на голени и бедре. Всем детям было проведено комплексное обследование, которое включало клинический осмотр, лабораторные анализы и инструментальное обследование (УЗИ с дуплексным сканированием, КТ с контрастированием, МРТ, ангиография).

Всем пациентам с диагнозом ФАВА выполнялось хирургическое вмешательство, объем которого зависел от степени поражения и вовлечения мышечных структур, сосудов, нервов.

Результаты и обсуждение. В настоящее время длительность катамнестического наблюдения составляет от 2 до 49 месяцев. Эффективность проведенных оперативных вмешательств оценивалась по следующим клиническим проявлениям: уменьшению либо исчезновению болевого синдрома, нормализации походки, а также по данным контрольного КТ либо МРТ (в зависимости от исследования, которое выполнялось до оперативного вмешательства).

Полное исчезновение болевого синдрома отмечено у 20 пациентов (62,5 %), существенное уменьшение у 12 детей (37,5 %). Походка нормализовалась в 87,5 % случаев. У 3 пациентов отмечен рецидив патологии на сроках от 6 до 14 месяцев, потребовавший выполнения повторного вмешательства, что по нашему мнению связано с нерадикальной резекцией образования.

Выводы и рекомендации. Хирургическая резекция по нашим данным эффективный метод лечения фибро-адипозной васкулярной аномалии. Для предотвращения рецидивирования заболевания важным моментом является радикальное удаление патологической ткани.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ СО СПИНАЛЬНЫМИ ДИЗРАФИЯМИ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Нганкам Л.П., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Осипова Е.В., Медведев А.А.

Детская областная клиническая больница, Тверь

Актуальность. Врожденные пороки ЦНС являются одной из главных причин перинатальной и ранней детской смертности, а также неврологической инвалидности с детства.

Цель: организация мультидисциплинарного подхода помощи детям со спинальными дизрафиями в условиях многопрофильного стационара ДОКБ г. Твери.

Материалы и методы. нейрохирургическое отделение открыто с 2013 году. Ежегодно из перинатального центра на 2-е сутки после рождения (путем кесарева сечения) в отделение поступает 5–6 детей с открытыми формами spina bifida aperta груднопоясничной локализации для проведения экстренного вмешательства. Показания к операции устанавливает врачебный консилиум (нейрохирург, невролог, неонатолог, уролог). Дается оценка функции состояния тазовых органов, наличия других пороков развития. После вмешательства регистрируется динамика симптомов и составляется план реабилитационных мероприятий. Однако наибольшая часть пациентов (20–25) со скрытыми формами спинального дизрафизма (spina bifida occulta), проявляющимися симптомами нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, лечится в урологическом или неврологическом отделениях ДОКБ. Для подтверждения или исключения патологии (синдрома фиксированного спинного мозга, спинальной липомы и др.) проводится рентгенография шейного и пояснично-крестцового отдела позвоночника, МРТ спинного мозга, электронейромиография (ЭНМГ) нижних конечностей. При необходимости нейрохирургической коррекции выявленной патологии больные переводятся в нейрохирургическое отделение. В противном случае консервативное лечение проводится в урологическом или неврологическом стационарах. Целью его является восстановление управляемого акта мочеиспускания, при наличии ортопедических проблем — их разрешение с помощью ортопеда.

Таким образом, внедрение мультидисциплинарного подхода в ДОКБ, позволяет за счет своевременного высокотехнологичного оказания помощи детям со spina bifida aperta, уменьшить число детей инвалидов и улучшить качество жизни пациентов с выявленными скрытыми формами спинального дизрафизма.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ (АВМ) ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Нганкам Л.П., Юсуфов А.А., Румянцева Г.Н., Фомин А.М.

Тверская детская областная клиническая больница, Тверь

Актуальность АВМ представляет собой врожденный порок развития сосудов головного мозга, чреватый возникновением тяжелых осложнений, требующих неотложного вмешательства. Успех операции при АВМ зависит от точности диагностики, срочности ее проведения, применения современных технологий с использованием нейронавигации, операционного микроскопа, микрохирургического инструментария.

Цель: анализ клинической картины, осложненного течения АВМ в виде спонтанного интракраниального кровоизлияния, создания алгоритма диагностических процедур, разработка объема вмешательства.

Материалы и методы. На базе ДОКБ г. Твери за период 2013–2019 гг. пролечено 13 детей в возрасте от 3-х месяцев до 17 лет с обширными спонтанными интракраниальными кровоизлияниями на фоне АВМ (10 мальчиков, 3 девочки). Клиническая картина во всех случаях характеризовалась неврологической симптоматикой в виде интенсивных головных болей, судорожного синдрома, рвоты, угнетения сознания до комы. При поступлении в качестве обязательных методов диагностики были проведены МРТ, спиральная компьютерная томография (СКТ — ангиография), на основании которых был поставлен диагноз АВМ, с наиболее частой локализацией в бассейне среднемозговой артерии и внутрочерепным кровоизлиянием. Развитие компрессии головного мозга с нарастанием неврологических симптомов является показанием к срочному оперативному вмешательству. Под контролем навигационной системы выполняется краниотомия, с использованием микроскопа проводится коагуляция сосудов АВМ, последняя удаляется единым блоком с помощью микрохирургического инструментария, для декомпрессии головного мозга и снижения внутрочерепного давления в ряде случаев устанавливается вентрикулярный дренаж. Диагноз АВМ подтвержден гистологически.

Результаты лечения. 10 детей выписаны через 1 месяц, из них у 7 наблюдался монопарез до 3-х баллов в контралатеральной стороне, 2 ребенка без неврологического дефицита, 1 с тетрапарезом в вегетативном состоянии. Умерло 3 пациента, доставленных в клинику через 1 сутки от начала заболевания с развитием осложнений в виде отека головного мозга, гипоталамо-гипофизарного синдрома, поражения структур головного мозга на фоне кровоизлияния.

Выводы. АВМ, несмотря на врожденный характер, характеризуется скрытым течением с манифестацией клинической картины в случае спонтанного интракраниального кровоизлияния. Оптимальный диагностический алгоритм, использование современных технологий во время оперативного вмешательства позволяют надеяться на успешное разрешение тяжелой ситуации.

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ДИЛАТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОППЛЕРОГРАФИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ДИСФУНКЦИИ УРЕТОРОВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Негматова К.Н., Ростовская В.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
(Сеченовский Университет), Москва

Ведение детей с первичным пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) требует персонализированного подхода и объективного анализа данных обследования. Субъективность оценки степени ПМР при несоответствии дилатации чашечно-лоханочной системы диаметру дистального отдела мочеточника, отсутствие данных о функциональном состоянии уретеровезикального сегмента (УВС) приводят к ошибкам в формулировке диагноза и выборе тактики лечения больного.

Цель: оценить степень взаимного соответствия степени ПМР и индекса дилатации мочеточника (ИДМ), сопоставить ИДМ с доплерографическими признаками дисфункции УВС у детей с первичным ПМР.

Материал и методы. Проанализированы данные 97 пациентов (53 девочки, 44 мальчика) в возрасте от 4 мес. до 15 лет (средний возраст $4,6 \pm 3,2$ года). У 19 детей (19,6 %) ПМР был двусторонним, всего 135 мочеточников. Согласно Международной цистографической классификации ПМР был 1 степени ($n = 4$ детей/5 мочеточников; 4,1/3,7 %), 2 степени ($n = 28/36$; 28,8/26,7 %), 3 степени ($n = 46/62$; 47,4/45,9 %), 4 степени ($n = 11/17$; 11,3/12,6 %) и 5 степени ($n = 8/15$; 8,2/11,1 %). ИДМ рассчитывался как отношение наибольшего диаметра дистального отдела мочеточника к расстоянию между телами L1 и L3 позвонков (значения ИДМ при ПМР 1–2 степени в диапазоне 0,19–0,22; при ПМР 3 степени ИДМ = 0,23–0,39; при 4 степени ИДМ = 0,4–0,51 и при 5 степени $> 0,51$). Оценка функциональных нарушений УВС проводилась по доплерографическим показателям мочеточникового выброса (частота, направление, время, V_{max} , V_{min} , индекс резистентности IR).

Результаты. При сопоставлении значений ИДМ со степенью ПМР только у 9 детей (12 мочеточников) с ПМР 2 степени ($n = 3$; 4 мочеточника) и 3 степени ($n = 6$; 8 мочеточников) выявлено их несоответствие. ИДМ был выше, чем у других детей с такой же степенью ПМР ($p = 0,002$). В остальных 88 случаях не отмечено расхождений между степенью ПМР и значениями ИДМ. Количественные и качественные доплерографические показатели мочеточниковых выбросов у 30 детей (30,9 %; 39 мочеточников) с ПМР 1 ($n = 4$) и 2 ($n = 26$) степени достоверно не отличались от показателей нормы ($p = 0,75$): частота выбросов 3–5/мин, траектория выбросов в противоположную сторону под углом 30–500, скоростные показатели соответствовали возрастной норме. При сопоставлении значений ИДМ с показателями мочеточникового выброса у 65 детей (67,0 %; 94 мочеточника) с ПМР 3–5 степени установлено, что с увеличением степени ПМР и значений ИДМ на 0,1 единицы наблюдалось достоверное снижение частоты, времени, максимальной скорости, IR, изменение угла направления выбросов вдоль стенки мочевого пузыря 70–1000 ($p < 0,001$). Полученные данные отражали степень морфофункциональных нарушений в области УВС.

Выводы. Использование измерений ИДМ и показателей доплерографической визуализации дисфункции УВС способствует более точной характеристике ПМР и более правильному принятию клинических решений.

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ

Николаев С.Н., Меновщикова Л.Б., Коварский С.Л.

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

Патология органов мочевыделительной системы в детском возрасте остается широко распространенной. Более 45 лет в Москве в Детской Филатовской больнице работает амбулаторный Центр детской урологии, где выполняются практически все диагностические исследования, включающие как стандартные, так и специальные методы, включающие радиоизотопные исследования, компьютерную и магнитно-резонансная томографию, комплексное исследование уродинамики, эндоскопические исследования и манипуляции. Благодаря наличию анестезиологического отделения, в случае необходимости исследования проводятся под наркозом.

Значительно расширило возможности Центра создание хирургического стационара кратковременного пребывания (СКП), что позволило выполнять в амбулаторных условиях основные эндоскопические внутрипузырные операции: коррекцию ПМР с помощью объемобразующих препаратов, катетеризацию и стентирование мочеточников, бужирование уретры, внутридетрузорное и внутрисфинктерное введение ботулинического токсина типа А.

Наш опыт коррекции ПМР у 389 пациентов с помощью объемобразующих препаратов, с учетом дифференцированного подхода к их выбору, позволил достичь положительных результатов в 93 % случаев. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. На основании мультидисциплинарного подхода разработан комплексный реабилитационный протокол, что увеличило эффективность проведенного оперативного лечения.

Сложность диагностических и лечебных мероприятий у детей с нарушениями функции органов малого таза, невозможностью ведения таких пациентов в обычных медицинских учреждениях потребовала разработки специальных протоколов, основная роль в которых отводится амбулаторному этапу. Генез этих расстройств различен, а диапазон причин достаточно широк: от функциональных до тяжёлых органических пороков, включающих миелодисплазию. Для коррекции терапевтически устойчивых нарушений резервуарной функции мочевого пузыря и детрузорно-сфинктерной синергии впервые в детской практике нашей страны в клинике применены методики временной денервации с использованием препарата ботулинического токсина типа А (БТГА). В настоящее время указанные методики также выполняются амбулаторно. В условиях СКП 10 пациентам при арефлекторным мочевом пузыре с внутрипузырной гипертензией выполнено внутридетрузорное введение БТГА, что позволило снизить внутрипузырную гипертензию, увеличить объем мочевого пузыря и уменьшить частоту периодической катетеризации.

Таким образом, в условиях специализированного амбулаторного Центра, который является учреждением 3 уровня оказания медицинской помощи и располагается на базе многопрофильной больницы, применение стационар-замещающих технологий в детской урологии может быть рекомендовано для практического использования, что подтверждается их эффективностью и безопасностью.

ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ КЛОАКИ У ДЕТЕЙ

Новожилов В.А.^{1,2}, Степанова Н.М.^{1,2}, Петров Е.М.¹, Петров Ю.М.²

¹ Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск

² Иркутский государственный медицинский университет

Актуальность. Персистирующая клоака — наиболее редкая и сложная в плане хирургической коррекции форма мальформаций у девочек. Основополагающим фактором выбора хирургической стратегии служат длина общего канала, морфологические составляющие порока, а также возникшие осложнения. В настоящее время имеет место единое мнение о проведении одномоментной коррекции всех составляющих порока. С развитием эндоскопической хирургии отдельные этапы коррекции проводятся лапароскопическим способом.

Материал и методы. Анализ карт 17 детей за период с 2008 года по настоящее время.

Результаты и обсуждение. Иногородные пациенты — 56,3 %. Гендерный состав: 2 мальчика (46XY) (12,5 %) и 14 девочек (46XX, в том числе 46XX del(6)) (87,5 %). Структура клоакальных аномалий: персистирующая (типичная) клоака — 11 (68,8 %), экстрофия клоаки — 4 (25 %), задняя клоака — 1 (6,2 %). В 50 % (8) отягощенный акушерский анамнез. В 93,8 % сопутствующие аномалии и пороки: со стороны костной системы — 81,3 %; МВС — 68,8 %; ВПС — 31,3 %; ЖКТ — 18,8 %. Недоразвитие промежности и таза (гипоплазия наружного сфинктера, разрастание тазовой клетчатки (липوما), агенезия копчика и дистальных крестцовых позвонков) — 100 %. Всем пациентам сформированы превентивные стомы: сигмостома — 12 (75 %), цекостома (в процессе коррекции была заменена на илеостому) — 1 (6,25 %), асцендостома — 1 (6,25 %), илеостома — 2 (12,5 %). Длина общего канала: 72,7 % (8) — до 3 см, 27,3 % (3) — более 3 см. В 12 случаях выполнялась заднесагиттальная аноректовагиноуретропластика в различных её модификациях, в том числе LAP-ассистированная — 4 (33,3 %).

Течение раннего послеоперационного периода на фоне присутствия превентивной стомы вне зависимости от ее уровня было благоприятным. В одном наблюдении отмечено грозное осложнение в виде множественных перфораций подвздошной кишки и развития перитонита, гнойных осложнений со стороны послеоперационных ран (брюшной стенки и промежности), что потребовало проведения повторных неоднократных вмешательств. Летальных исходов не отмечено. Катамнез составил от 1 до 7 лет: хороший косметический и функциональный результаты у 6 (50 %), удовлетворительные — у 3 (25 %). В 41,7 % случаев присутствуют различной степени нарушения функции тазовых органов: 3 (25 %) — недержание мочи и анальная инконтиненция 1–2 степени, 1 (8,3 %) — сфинктерно-детрузорная недостаточность и анальная инконтиненция 3 степени, 1 (8,3 %) — стеноз неовагины. В 25 % случаев — рецидивирующий хронический пиелонефрит.

Выводы. Основная цель коррекции порока — одномоментное разделение клоаки и проведение аноректовагиноуретропластики. Внедрение эндовидеохирургии позволяет выполнять мобилизацию минимально инвазивным способом. Дети, перенесшие реконструктивные вмешательства, должны находиться под диспансерным наблюдением группой специалистов до перевода во взрослую сеть. Считаем перспективным выполнение пособий, позволяющих социально адаптировать детей в обществе (операция Malone, аппендикovesикостомия по Митрофанову и т.п.).

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНУС У ДЕТЕЙ

Отamuraдов Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Урогенитальный синус (УГС) — слияние влагалища с уретрой в общий канал, открывающийся в промежность — является одной из редких форм АРМ, возникает в результате неполного разделения мочеиспускательного канала и влагалища во внутриутробном периоде. Патология возникает в результате недостаточной активности 21-гидроксилазы, встречается 1:5000–25000 среди родившихся.

Цель: проанализировать результаты диагностики и хирургической тактики при врожденном урогенитальном синусе по материалу клиники с учетом литературных данных.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в 2009–2019 г. на обследовании и лечении находились 9 девочек с урогенитальным синусом.

Результаты и их обсуждение. При объективном осмотре в клинике для определения степени выраженности вирилизации по Prader (рис. 2) из 9 пациенток у 2 (22,2 %) патология расценена как I степень (небольшая гипертрофия клитора без вирилизации, вход во влагалище, развитие малых и больших половых губ нормальные); у 4 (44,5 %) — II степень (клитор с головкой, кавернозными телами, большие половые губы увеличены, малые — недоразвиты, вход во влагалище сужен); у 3 (33,3 %) — III степень (гипертрофированный клитор с головкой и крайней плотью, напоминающий половой член, большие половые губы как мошонки, общее отверстие урогенитального синуса открывается у корня клитора по типу гипоспадии); IV и V степень в наших наблюдениях не встречались.

Из 9 девочек оперативное вмешательство проведено у 6 в возрасте от 2 до 7 лет. При выборе способа операции учитывается длина общего канала и анатомический вариант (высокая, низкая) УГС. Важным критерием при выборе операции считали расстояние от слияния влагалища и уретры до кожи промежности. Для достижения этих целей проводили тщательную предоперационную объективную и эндоскопическую оценку анатомии УГС с выявлением места слияния влагалища с уретрой, измерением длины общего канала, вертикальной глубины влагалищно-уретрального слияния. Все прооперированы с использованием переднего сагиттального трансанального доступа. Выраженные признаки вирилизации отмечены у 2 пациентов, что потребовало клиторопластики.

В заключение можно отметить, что неправильная трактовка нарушений дифференцировки наружных половых органов без затруднения оттока мочи у девочек из-за недостаточной осведомленности врачей является причиной поздней постановки правильного диагноза. Верификация анатомических форм аномалии, требует комплексного обследования, результаты которого являются критерием при выборе хирургической коррекции. В литературе появляются сообщения о новых способах диагностики и коррегирующих операций, позволяющих улучшить результаты лечения.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ТАКТИКА СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р.

Российский научный центр рентгенодиагностики, Москва

Актуальность. За многие годы диагностика и лечение обструктивных уропатий у детей претерпевает значительные изменения. На этапах развития на основании анатомических и функциональных методов диагностики были доказаны функциональные формы нарушений уродинамики верхних мочевых путей, установлено значение дисфункции мочевого пузыря в их развитии, разработаны технологии эндоскопической малоинвазивной коррекции, ведутся работы по изучению возможностей лапароскопических и везикоскопических реконструктивно-пластических операций.

Материал и методы. Проведен проспективный и ретроспективный анализ стратегии диагностики и тактики лечения 240 пациентов с обструктивными уропатиями — гидронефрозом, уретерогидронефрозом, мегауретером за последние 10 лет. Хирургические методы лечения — эндоскопическое стентирование мочеточника, уретероцистоанастомоз, пластика лоханочно-мочеточникового сегмента.

Результаты. 80 пациентов ранее оперированы на одном из уродинамических сегментов ВМП (УВС или ЛМС), но восстановление уродинамики было недостаточным. Сочетанное гибридное исследование (ОФЭКТ с динамической нефросцинтиграфией), а также интраоперационное контрастирование верхних мочевых путей с рентгеновской и эндоскопической визуализацией позволило уточнить состояние оперированного сегмента, а также установить изменения на уровне другого, что потребовало повторной и/или этапной операции.

Из 160 пациентов, оперированных первично, 120 была проведена гибридная диагностика, а у 40 первичное обследование было основано на диапефических рентгенэндоурологических манипуляциях с одномоментным хирургическим лечением.

Обсуждение. В течении последних 10 лет в диагностике обструктивных уропатий внедрены и усовершенствованы современные технологии, позволяющие оценивать анатомофункциональное состояние верхних мочевых путей, более полноценно, чем предлагаемая ранее экскреторная урография. Несмотря на это, по данным анализа лечебных подходов различных отечественных клиник у 90 % пациентов с выявленной дилатацией верхних мочевых путей проводится экскреторная урография, как метод первичной диагностики выделительной функции почки и уродинамики верхних мочевых путей, на основании чего выбирается метод первичной коррекции, который для 2–7 % пациентов оказывается недостаточным, либо ошибочным. Коррекция на одном уродинамическом сегменте (лоханочно-мочеточниковом, либо уретеровезикальном) не приводит к полному восстановлению уродинамики ВМП, но ложно объясняется специалистами как признак нейромышечной дисплазии мочевых на основании лишь анатомической картинки рентгеновского исследования.

Выводы и рекомендации. В условиях, гибридные технологии компьютерной томографии в сочетании с радионуклидными методиками не находят широкого применения в связи с недостаточной доступностью их в регионах, целесообразно развитие эндоскопических технологий в сочетании с рентгенологической визуализацией, что позволит уменьшить число тактических ошибок выбора метода лечения обструктивных уропатий.

ТЕХНИКИ ШВА МЕНИСКА У ДЕТЕЙ

Павлова Д.Д.¹, Шарков С.М.¹, Петров М.А.^{2,3}

¹Морозовская городская детская клиническая больница, Москва

²Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Актуальность. Частота повреждений менисков коленного сустава у детей по данным разных авторов варьирует от 50,6 до 75,13 % от всех травм коленного сустава. Причем изолированные повреждения менисков у детей встречаются чаще, чем у взрослых. Современные подходы к лечению данной патологии заключаются в сшивании поврежденного мениска.

Материалы и методы. За период с марта 2018 по декабрь 2019 гг. к нам обратилось 85 детей, которым был выполнен шов мениска. Минимальный срок наблюдения составил 5 месяцев. Возраст варьировал от 9 до 17 лет. Давность травмы составила от нескольких часов до 3 лет. У 41 пациентов выполнен шов латерального мениска, у 30 — медиального. У 9 пациентов мы столкнулись с повреждением обоих менисков в одном коленном суставе. У 5 детей выявлено повреждение дискоидного латерального мениска: измененная часть была удалена, а оставшаяся — фиксирована. У 14 пациентов повреждение мениска сочеталось с разрывом передней крестообразной связки. При небольшой протяженности разрыва (до 2,5 см) таким пациентам выполнялся шов мениска с одномоментной реконструкцией ПКС. При протяженных разрывах (более 2,5 см) сначала производилась реконструкция мениска, пластика ПКС через 4–8 недель.

Применялись три техники наложения шва мениска: «снаружи внутрь», «изнутри наружу» и «все внутри». При протяженных и сложных разрывах выполнялась комбинация методов. Выбор метода сшивания определялся локализацией разрыва. Для восстановления переднего рога и передней часть тела мениска наиболее удобна техника «снаружи внутрь». Для реконструкции тела латерального и медиального менисков наиболее применима методика «изнутри наружу». Задний рог медиального мениска допустимо восстанавливать с помощью методики «изнутри наружу», когда для реконструкции заднего рога латерального мениска наиболее безопасно применение техники «все внутри». При повреждениях по типу «ручки лейки» и «клюв попугая» выполнялась комбинация нескольких технологий. Реабилитационный период не отличался в зависимости от локализации разрыва и вида используемых техник.

Результаты. 67 детей вернулись к привычному образу жизни и объему физических нагрузок. 18 детей находятся на этапе реабилитации. У одного ребенка с повреждением переднего рога латерального мениска отмечалось ограничение движений в коленном суставе, который восстановился в 10 месяцу с момента операции. У 3 детей отмечалась преходящее снижение чувствительности по медиальной поверхности в верхней трети голени. У остальных пациентов жалоб и клинических данных за несостоятельность шва мениска не наблюдалось.

Заключение. Восстановление ткани мениска следует выполнять независимо от локализации разрыва, давности и сложности повреждения. Метод восстановления определяется локализацией разрыва, что связано с особенностями анатомии сосудисто-нервных структур на уровне коленного сустава. Шов мениска позволяет избежать формирования остеоартрита и деформирующего гонартроза, что особенно актуально для педиатрической группы пациентов.

ПАТОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

*Павлушин П.М.^{1,2}, Грамзин А.В.^{1,2}, Добров С.Д.², Трушин П.В.¹, Кривошеев Н.В.²,
Койнов Ю.Ю.², Цыганок В.Н.², Чикинев Ю.В.^{1,2}*

¹ Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

² Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск

Актуальность. Патология поджелудочной железы у детей встречается относительно редко и в основном представлена острым воспалением поджелудочной железы. Однако, в последнее время, отмечается рост числа выявленных острых панкреатитов в данной когорте пациентов. В этиологии панкреатита у детей преобладают посттравматические, лекарственноиндуцированные факторы и панкреатиты на фоне врожденных пороков развития гепатопанкреатобилиарной зоны, однако значительную долю сохраняют идиопатические панкреатиты. Что, несомненно, заостряет внимание на тщательном сборе анамнеза.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей, госпитализированных в детское хирургическое отделение по поводу острой патологии поджелудочной железы в период с 2015 по 2020 гг.

Результаты и обсуждение. В указанный период зарегистрировано 8 детей (м:ж = 1:1), у которых выявлено 10 случаев воспаления поджелудочной железы, два из которых являлись возвратной формой течения острого панкреатита. Средний возраст детей составил $8,5 \pm 4,6$ лет (min=2, max=14). По этиологической структуре выявлено 2 посттравматических панкреатита и 2 лекарственноиндуцированных (препарат Вальпроевой кислоты и антибиотик ряда Макролидов), в остальных случаях точную причину выявить не удалось. Всем детям в ранний срок был назначен Октреатид. Энтеральное кормление готовым жидким изокалорическим питанием с физиологическим содержанием белка в среднем начато на $2,3 \pm 1,2$ сут. (min=1, max=5). В одном случае идиопатического панкреатита, который дважды протекал возвратной формой, в начальном периоде в связи с формированием псевдокисты произведено её наружное дренирование под УЗ-навигацией, дренаж удален на 20-е сутки. В одном случае ребенку с посттравматическим панкреатитом и формированием псевдокисты тела поджелудочной железы наложен цистогастроанастомоз. Осложнений оперативного вмешательства выявлено не было. У всех детей средний койко-день в ОРИТ составил $7,6 \pm 7,3$ сут. (min=0, max=23). Общий койко-день — $18,4 \pm 10,9$ сут. (min=4, max=40).

Выводы. Согласно общемировым данным, частота встречаемости острого панкреатита у детей возрастает от года к году, что, несомненно, обуславливает высокую актуальность данной проблемы. Течение острого панкреатита у детей схоже со взрослыми пациентами, однако требует повышенной настороженности в связи с повышенным риском реализации органной недостаточности.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

Пелипенко Н.В., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Старченко В.М., Надгериев В.М., Колесников Е.Г., Полеев А.В., Есаян М.О., Луняка В.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Несмотря на достаточно длительную историю лечение детей с химическими ожогами пищевода (ХОП) 3 степени является актуальной проблемой детской хирургии.

Цель работ: оптимизация лечения детей с ХОП 3 степени.

Материалы и методы. Располагаем опытом лечения 382 пациентов с химическими ожогами пищевода различной этиологии и всех степеней тяжести. Основным методом диагностики являлась эзофагогастроскопия проводимая при поступлении ребёнка и в динамике с кратностью в 7–10 дней. При его проведении первая степень ХОП была диагностирована у 92 детей, что составило — 24,08 % случаев; вторая степень — у 188 пациентов — 49,21 % наблюдений, а третья степень — у 102 больных — 26,71 % случаев. Наибольший интерес представляли 46 пациентов с 3-ей степенью ХОП, что составляло — 12,04 % наблюдений. У них, на фоне традиционного лечения, отмечались клиническая и эндоскопическая картина стеноза пищевода и явления эрозивно-язвенного эзофагита. Наличие последнего затрудняло проведение бужирования. Были сформированы 2 идентичные по нозологии, возрастно-половым признакам и тяжести состояния группы больных. Контрольная группа — 21 ребёнок — лечение по традиционным методам. Основная группа — 25 детей — в лечение было включено обкалывание зон эрозивно-язвенных процессов препаратом «Метипред».

Результаты и обсуждение. В контрольной длительность лечения эзофагита — 90 дней. Продолжительность бужирования — 3–48 месяцев. В основной группе продолжительность лечения эзофагита — 45 дней. Максимальная продолжительность бужирования — 36 месяцев.

Заключение. Предложенная методика проведения гормональной терапии ХОП у детей позволила сократить длительность лечения эзофагитов в 2 раза и начинать ранее бужирование.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Петлах В.И.¹, Коновалов А.К.², Константинова И.Н.², Иванов В.А.²,
Виноградов А.Я.², Ганиев Ш.А.²*

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

² Детская городская клиническая больница № 9 им Г.Н. Сперанского, Москва

Послеоперационные спаечные осложнения остаются актуальной проблемой абдоминальной хирургии, достигая по литературным данным до 40 % от всех оперативных вмешательств. Значительная часть этих пациентов нуждается в повторных операциях, которые бывают гораздо более травматичными, чем первоначальные.

Цель: разработать тактику диагностических и лечебных мероприятий при поступлении детей со спаечной кишечной непроходимостью (СКН).

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 138 детей со СКН в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся в клинике с 2009 по 2019 гг. Всем детям при поступлении выполнялось УЗИ брюшной полости и обзорная рентгенография в вертикальном положении. В зависимости от сроков заболевания, клинической картины и данных инструментальных исследований проводилась попытка консервативного лечения.

Результаты. Из общего числа больных, госпитализированных с клинической картиной СКН, 91 (65,9 %) ребенок был прооперирован в экстренном порядке. Операцию начинали с лапароскопии, которая позволяла определить уровень непроходимости, локализацию и распространенность спаечного процесса. В 52 (37,7 %) наблюдениях оперативное вмешательство ограничивалось лапароскопическим адгезиолизисом (ЛА). Выраженный спаечный процесс, наличие признаков некроза кишечной стенки, высокий риск повреждения внутренних органов при ЛА, являлись показаниями к конверсии (8 больных, в т.ч. у 2-х детей во время лапароскопии диагностировано повреждение стенки кишки). У 31 больного операция проведена открытым способом. У 47 (34,1 %) больных явления кишечной непроходимости были разрешены консервативно, и в последующем им проведена противоспаечная терапия (ПСТ) (электрофорез с коллалезином на переднюю брюшную стенку с одновременным пероральным приемом купренила в течение 10–14 дней). Второй лечебный этап заключался в проведении повторных курсов ПСТ и ЛА в плановом порядке (33 наблюдения — 24 %). Цикл лечения состоял из 2–3 курсов ПСТ по 10 дней, с интервалом в три месяца с последующим эхографическим контролем и при необходимости лапароскопическим разделением спаек в плановом порядке.

Следует отметить, что в последние годы применяли ЛА в единичных случаях, заменяя его курсами ПСТ. Эти дети наблюдались амбулаторно с обязательным осмотром и эхографическим исследованием каждые 3 мес. в течение первого года, и 1 раз в 6 месяцев в течение 3–5 лет. Контроль эффективности проводимого лечения осуществляли с учетом данных клинического осмотра (изменение характера болевого синдрома, режима питания, оценка стула) и динамики ультрасонографических признаков.

Заключение. При коротких сроках заболевания, отсутствии признаков странгуляции возможно пробное проведение лечебных мероприятий, направленных на разрешение СКН. Лапароскопия при СКН не является безопасным вмешательством, оператор должен иметь достаточный опыт. При возникновении технических сложностей, связанных с высокой степенью риска повреждения внутренних органов и/или наличием некроза кишечной стенки показана конверсия. В послеоперационном периоде эффективно проведение повторных курсов противоспаечной терапии. При повторяющихся обострениях спаечной болезни показан ЛА в плановом порядке.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ОСЛОЖНЕННЫЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Петров А.В., Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Степаненко Н.С.

Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс является неотложным состоянием в детской торакальной хирургии и требует экстренного хирургического лечения. В подавляющих случаях обследование и лечение таких детей ограничивается выполнением рентгенографии грудной клетки и дренированием плевральной полости. Однако только активная хирургическая тактика позволяет получить положительный результат на долгосрочной период.

Материалы и методы. С апреля 2002 года по сентябрь 2019 года в отделении торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова со спонтанным пневмотораксом получили лечение 55 ребенка, большинство которых лица мужского пола — 45 (81 %). Средний возраст 15 лет. В 48-х случаях (87 %) пневмоторакс возник на фоне полного здоровья, в 3-х случаях (5 %) — на фоне респираторного заболевания, в 2-х случаях (3 %) — вследствие травмы грудной клетки. У 29 детей (52 %) в анамнезе отмечались эпизоды рецидивирующего спонтанного пневмоторакса: у 24 однократно, у 4 дважды и у 1 трижды.

Всем пациентам при госпитализации в стационар выполняли рентгенографию грудной клетки в двух проекциях, которая позволяла верифицировать пневмоторакс. После дренирования и стабилизации состояния всем детям выполняли МСКТ грудной клетки, которая в 65,6 % (31 пациент) случаев позволила диагностировать буллы легкого. У 40 пациентов отмечали буллезное поражение верхушек легкого с одной стороны, а у 15 — с двух сторон.

Результаты. У всех пациентов выполняли торакоскопические операции: в 2 (3 %) случаях — коагуляция булл; в 5 (9 %) случаях — буллэктомия (лигатурный способ); в 15 (27 %) случаях — атипичная резекция верхушек легкого; в 5 (9 %) случаях — атипичная резекция верхушек легкого с плевродезом (методом электрокоагуляции париетальной плевры на 1/3 гемиторакса); в 28 (50 %) случаях — атипичная резекция верхушек легкого с плеврэктомией. Плевральный дренаж удаляли в среднем на 4 (2–13) п/о сутки. Интраоперационных осложнений не выявлено. Морфологическое исследование подтвердило диагноз буллезной эмфиземы легкого во всех случаях.

Рецидив заболевания возник в 5 (15 %) случаях: в 2 — после удаления булл лигатурным способом; в 1 — после коагуляции булл; в 1 — после атипичной резекции верхушки легкого; в 1 — после атипичной резекции верхушки легкого с плевродезом (методом электрокоагуляции плевры). Во всех случаях рецидива выполняли атипичную резекцию верхушки легкого с плеврэктомией.

Выводы. — атипичная резекция верхушки легкого с плеврэктомией является операцией выбора при буллезной болезни легких у детей, которая позволяет получить положительный результат на долгосрочный период; — достоверными методами диагностики буллезной болезни легких являются торакоскопия и морфологическое исследование ткани легкого.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЫХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ МАККЬЮНА-ОЛБРАЙТА

Петров М.А., Павлова Д.Д., Куликова К.С.

Ильинская больница, Красногорск, Московская область

Цель работы улучшение результатов лечения пациентов с деформациями нижних конечностей на фоне полиоссальной формы фиброзной дисплазии на фоне синдрома Маккьюна-Олбрайта-Брайцева.

Синдром Маккьюна-Олбрайта-Брайцева — редкая форма церебрального преждевременного полового развития в сочетании с фиброзной дисплазией костей и асимметричной пигментацией кожи. Описан в 1907 г. как болезнь *displasia fibrosa polycystia* (фиброзная остеодистрофия) и характеризуется триадой симптомов: фиброзно-кистозной дисплазией костной ткани; асимметричной пигментацией кожных покровов; разнообразными эндокринопатиями, наиболее частой из которых является гонадотропнозависимое преждевременное половое созревание. К необязательным симптомам относят: гипертиреоз, гиперпаратиреоз, дисфункция коры надпочечников. Причину возникновения данного синдрома в настоящее время связывают с мутацией в гене, кодирующем α -субъединицу гуанидинтрифосфат-связывающего белка, принадлежащего к классу стимулирующих (Gsa).

За период 2012–2020 год на лечении находились 20 пациентов с синдромом Маккьюна-Олбрайта-Брайцева) — 16 девочек и 4 мальчика.

Шестеро пациентов госпитализированы на фоне патологических переломов бедренной кости (в двух случаях перелом шейки бедра, в двух — диафиза, в двух — подвертельный перелом бедренной кости). Остальные были госпитализированы для планового оперативного лечения по поводу деформации проксимального отдела бедренной кости по типу «пастушьей палки» — *coxa vara*.

Результаты и обсуждение. В случае хирургического лечения по поводу деформации проксимального отдела бедра пациентам выполнялась корригирующая подвертельная остеотомия, с обязательной внутриочаговой резекцией патологической фиброзной ткани на протяжении сегмента (бедренная кость). Фиксация осуществлялась на штифтах в случае оконченного роста и на пластинах в случае продолжающегося роста.

В случае патологического перелома на фоне обширных очагов фиброзной дисплазии (синдром Маккьюна-Олбрайта-Брайцева во всех случаях) оперативное лечение было максимально агрессивным. В случае патологического перелома выполнялась открытая репозиция, внутриочаговая резекция патологического очага на всем протяжении (бедренная кость), костная пластика, функционально-стабильный остеосинтез. В случае пациентов с окончанным ростом конечности использовались интрамедуллярные штифты. В случае пациентов раннего возраста — пластины с фиксацией на большом протяжении. Это позволило обеспечить раннюю активизацию пациентов и избежать развития типичных для данной группы пациентов деформаций шейки бедра по типу «пастушьей палки».

Использование вышеперечисленной тактики в диагностике и лечении пациентов с патологическими переломами и деформациями проксимального отдела бедренной кости позволило нам обеспечить раннее восстановление функции поврежденного сегмента, и обеспечить опору и функциональность конечности.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ РАХИТОМ

Петров М.А., Павлова Д.Д., Куликова К.С.

Ильинская больница, Красногорск, Московская область

Резюме: рассматривается проблема хирургического лечения деформаций нижних конечностей у пациентов с гипофосфатемическим рахитом [1].

Введение: гипофосфатемический рахит — заболевание относящееся к группе Д-резистентных рахитов и сопровождающееся выраженными деформациями нижних конечностей. Использование остеотомий и аппаратной техники в данной группе пациентов категорически противопоказано, однако необходимость в хирургической коррекции существует

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с гипофосфатемическим рахитом.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2020 гг., хирургическое лечение по поводу деформаций конечностей на фоне гипофосфатемического рахита получили 25 детей. При этом у большей части отмечена варусная деформация конечностей на уровне коленных суставов, у 7 детей вальгусная деформация с двух сторон, у 1 ребенка отмечалась деформация по типу «дующий ветер». Возраст обратившихся пациентов составил от 1,5 до 15 лет.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам с деформациями конечностей проводилось оперативное лечение в виде гемиепифизиодеза в области коленных суставов: дистальный метаэпифиз бедренных костей и проксимальный метаэпифиз большеберцовых костей. Удовлетворительные результаты получены у 23 детей — на фоне продолжающегося роста на фоне гемиепифизиодеза получено исправление оси конечности, отсутствие нарушений функции суставов.

У 1 ребенка после окончания роста выполнялась корригирующая остеотомия на уровне дистального метафиза большеберцовой кости с двух сторон, в связи с сохраняющейся деформацией на уровне дистального отдела голени. Родители одного ребенка отказались от проведения оперативного лечения в раннем возрасте и не получали лечение, направленное на коррекцию фосфорно-кальциевого обмена. В связи с этим у пациента на фоне множественных патологических переломов развилась многоплоскостная деформация, которая мешала самостоятельному передвижению, что заставило в периоде оконченного роста провести корригирующие остеотомии.

Заключение. Гемиепифизиодез у пациентов с гипофосфатемическим рахитом — метод выбора в условиях продолженного роста. Методика должна применяться на фоне коррекции фосфорно-кальциевого обмена и ее использование возможно в максимально раннем возрасте, до возникновения многоплоскостных деформаций на уровне различных суставов нижних конечностей.

НФП. ПРОИЗВОДНЫЕ МЮЛЛЕРОВЫХ ПРОТОКОВ У РЕБЕНКА С МУЖСКИМ СТРОЕНИЕМ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

*Петрухина Ю.В.¹, Коварский С.Л.¹, Меновщикова Л.Б.¹, Захаров А.И.²,
Блох С.П.², Бебенина А.А.², Соттаева З.З.², Текотов А.Н.², Струянский К.А.²,
Бетанов З.В.², Агеева Н.А.², Склярова Т.А.²*

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

²Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, 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. Мальчик П. в возрасте 1 г, поступил в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с направляющим диагнозом «Крипторхизм слева, абдоминальная форма». При осмотре половые органы сформированы по мужскому типу. Правое яичко в мошонке, левое яичко в мошонке, паховом канале не определяется. При проведении УЗИ левое яичко достоверно не визуализировалось. Ребенку с мужским строением наружных половых органов была проведена диагностическая лапароскопия, на которой обнаружено образование, напоминающее матку, и гонада, напоминающая яичник, расположенная в маточной трубе. Выполнена биопсия гонады, принято решение о дообследовании ребенка.

При гистологическом исследовании гонады морфологическая картина соответствовала streak (гонада со стромой яичника без фолликулов). Кариотипирование методом FISH показало хромосомные нарушения — мозаицизм 46XY /45XO (83 % и 17 %). По результатам гормонального обследования основные показатели соответствовали нормальным значениям. Антимюллеров гормон — 140 нг/мл. Отмечалось некоторое повышение эстрадиола до 73,4 (0,0–51,0). Проведена трехдневная проба с ХГЧ, на котором отмечалось повышение тестостерона до 14,95 нмоль/л.

Результаты. По результатам проведенного обследования у ребенка был сформулирован диагноз: хромосомное НФП 45XO/46XY, смешанная дисгенезия гонад. Учитывая риск гонадобластомы у ребенка с описанным диагнозом, принято решение об удалении streak и дериватов мюллеровых протоков. Было проведено хирургическое лечение: лапароскопическое удаление стрек-гонады, дериватов мюллеровых протоков.

Выводы. При обнаружении производных мюллеровых протоков у детей с мужским строением наружных половых органов необходимо проведение детального обследования: биопсия гонад, консультация генетика, эндокринолога, кариотипирование, гормональное обследование. При выявлении хромосомного НФП 45XO/46XY, смешанной дисгенезии гонад рекомендовано проведение удаление streak и производных мюллеровых протоков, учитывая риск их малигнизации.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Пименова Е.С.¹, Тарасова Д.С.², Морозов Д.А.¹

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

²Детская городская клиническая больница № 9 им Г.Н. Сперанского, Москва

Цель. Анализ ошибок и осложнений при лечении пациентов с аноректальными мальформациями (АРМ)

Методы. Проведен ретроспективный анализ лечения пациентов с АРМ, госпитализированных в ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского (Москва) с 2017 по 2020 гг. ($n = 68$); неоперированные (5) были исключены из анализа.

Результаты. Из 63 пациентов: мальчиков 33/52,4 %, девочек 29/46 %. 1 пациент с 46 XY-нарушением формирования пола, воспитываемый в женском поле (1,6 %). Формы АРМ включали в себя: уретральные свищи 17/27 %, промежностные 11/17,2 %, вестибулярные 10 /15,9 %, везикальные 4/6,3 %, клоаки 7/11,1 %, «клоака» с персиститующим урогенитальным синусом при нарушении формирования пола 1/1,6 %. Редкие формы 8/12,7 %: ректальный мешок — 1,1,6 %, ректальный стеноз (из них 2 в составе синдрома Куррарино) — 3/4,8 %, удвоение анального канала — 2/3,2 %, вагинальные свищи — 2/3,2 %.

При поступлении в клинику 6/9,5 % детей ранее не были оперированы, 9/14,3 % стомированные пациенты, 48/76,2 % детей ранее были оперированы радикально или этапно в других клиниках (коррекция АРМ завершена).

Ретроспективно были выявлены ошибки в диагностике (дооперационном ведении) у 30/47,6 %. Осложнения на разных этапах оперативного лечения были выявлены у 37/58,7 % детей. Неудовлетворительные функциональные результаты (отсутствие послеоперационной коррекции нарушений дефекации) присутствовали у 42/66,7 % пациентов.

Неотложные состояния, потребовавшие экстренного оперативного вмешательства, возникли у 14/22,2 % детей. Среди них: ошибки диагностики (нагноение недиагностированного удвоения прямой кишки, длительно недиагностированная АРМ с развитием непроходимости и перитонита) — у 4/28,6 %, осложнения аноректопластики (ретракция низведенной кишки с развитием парапроктита, стеноза с непроходимостью) 6/42,9 %, осложнения после наложения стомы (эвагинация кишки с ущемлением и без) — 3/21,4 %, после закрытия стомы (несостоятельность анастомоза) — 1/7,1 %.

Выводы. У большинства госпитализированных в клинику, коррекция АРМ была завершена (76 %). Показаниями для госпитализации в 59 % случаев служили осложнения после аноректопластики (стеноз, внесфинктерное низведение, выстояние слизистой или выпадение прямой кишки). У 67 % отмечены неудовлетворительные функциональные результаты, целью госпитализации было обследование и назначение консервативного лечения.

При анализе анамнеза выявлено, что 22 % пациентов с АРМ потребовались неотложные оперативные вмешательства, большей частью в результате осложнений после аноректопластики 6 из 14 (43 %). 28 % пациентов из данной группы подверглись неотложному хирургическому вмешательству в результате дефекта диагностики.

Лечение детей с АРМ необходимо проводить согласно клиническим рекомендациям Российской ассоциации детских хирургов. Ввиду разнообразия вариантов АРМ, предпочтительно обследование и планирование тактики в специализированных центрах коллективом детских хирургов, имеющих большой опыт ведения пациентов с АРМ на всех этапах лечения.

ОРТОБИОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Плигина Е.Г., Буркин И.А., Ковалюнас И.С., Анохин В.В.

Детская городская клиническая больница № 9 им Г.Н. Сперанского, Москва

Актуальность проблемы повреждений и заболеваний внутренних структур коленного сустава у детей очевидна, учитывая частоту данной патологии в структуре травм и заболеваний скелета в детском возрасте (10–25 % по данным разных авторов).

Современные перспективы лечения данной категории больных содержит новое направление — ортобиология.

Проанализированы результаты лечения 138 детей с повреждениями и дегенеративными заболеваниями внутренних структур коленного сустава. Обследование включало рентгенографию, КТ, МРТ. Артроскопия выполнена 106 детям с применением биологических способов лечения. От оперативного лечения отказались родители 32 детей.

При выполнении шва мениска в линию разрыва вводилась аутологичная плазма — 16 детей.

Артроскопия при застарелых остеохондральных переломах суставных поверхностей выполнена в 18 случаях — дебридмент, микропереломы или туннелизация, курс АСР (аутологичная плазма), введение SVF (стромально-васкулярная фракция жировой ткани).

40 больным при артроскопии выполнена резекция складок в переднебоковых отделах сустава, хондропластика, курс АСР.

32 ребенка оперированы в связи с рассекающим остеохондритом. 4 стадия болезни диагностирована у 4 детей, 2–3 стадия — в 28 случаях. После удаления свободного фрагмента выполнен дебридмент, пластика дефекта биологической мембраной “ChondroGide”, фибриновым клеем “Криофит”. При 2–3 стадии проводилась туннелизация или микропереломы (28 детей), курс АСР, введение SVF.

20 детям с рассекающим остеохондритом мыщелков бедренной кости 2–3 ст. и 12 — с хондромалацией надколенника артроскопия не выполнялась. Проведен курс АСР.

Результаты лечения оценивались по данным КТ, МРТ и аналоговой шкалы боли (ВАШ) — через 1, 3 и 6 месяцев после лечения.

В группе неоперированных детей через 1 месяц отмечено снижение болей с 8 до 3 баллов. Данные КТ и МРТ свидетельствовали о начавшейся регенерации.

У детей, лечение которых представляло собой комбинацию хирургических и биологических методов отмечено улучшение через 1 месяц после лечения. Снижение баллов по ВАШ до 0 у больных с гипертрофированными мягкими тканями в переднебоковых отделах коленного сустава отмечено через 3 месяца. Возобновления болей не было.

Отсутствие болей и полная регенерация ткани мениска отмечено через 6 месяцев у всех 16 больных. Полное замещение дефекта у больных с 4 стадией рассекающего остеохондрита отмечено через 6 месяцев. Полная регенерация у оперированных больных с 2–3 ст. рассекающего остеохондрита выявлена через 6 месяцев после лечения.

У детей с застарелыми остеохондральными повреждениями суставных поверхностей при положительной динамике через 3 месяца возобновление болей отмечено через 6 месяцев после лечения, проведены повторные курсы АСР и SVF.

Осложнений в процессе лечения не было.

Современные методы биологического лечения повреждений и дегенеративных заболеваний внутренних структур коленного сустава у детей являются высокоэффективными, безопасными и перспективными в лечении данной категории больных.

МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКАЯ ОПУХОЛЬ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

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

Российская детская клиническая больница РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

Актуальность. Миофибробластическая опухоль (МФО) лёгкого редко встречаемое новообразование. Характеризуется пролиферацией миофибробластных клеток, с широким спектром клеток воспаления. Частота встречаемости МФО лёгких по данным разных авторов, составляет до 0,7 % всех опухолей легких.

Материал и методы. В отделении торакальной хирургии РДКБ за период с 2010 г. по апрель 2020 г. с диагнозом МФО легких находилось на лечении 10 больных в возрасте от 3 до 17 лет. Мальчиков было 6, девочек — 4. Основными симптомами были — повышение Т до 38 °С и кашель 9 (90 %) больных. В одном случае (10 %) образование легкого выявлено при деспансеризации. У 3 (30 %) при дальнейшем обследовании отмечена положительная реакция Манту, что послужило поводом для проведения химиотерапии.

Основными методами обследования были: мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки, фибробронхоскопия.

Локализация опухоли в правом легком центрального расположения отмечено у 7 (70 %) пациентов, слева — у 3 (30 %) — с поражением верхней доли.

Размеры опухоли составляли от 1 см до 7 см.

Результаты. Морфологически верифицировать диагноз МФБ — удалось у всех 10 пациентов. В 8 случаях выполнена открытая биопсия, в одном — торакоскопическая. В 1 случае образование располагалось в левом главном бронхе и была выполнена эндобронхиальная биопсия.

5 больным проведено консервативное лечение (преднизолон, целекоксиб, целебрекс) сроками от 1 месяца до 4 лет, которое не оказало влияние на размеры опухоли. В одном — выполнено эндоскопическая резекция опухоли бронха, которая привела к рецидиву образования через 3 года.

Радикальная операция по удалению МФБ выполнена у 5 больных. Билобэктомия (верхней и средней долей) — выполнена у (2) больных, Резекция верхней доли правого легкого — (1), пульмонэктомия справа — (1), удаление опухоли верхней доли слева — (1).

3 больных, в связи с прорастанием магистральных сосудов и интимно спаянные с перикардом, признаны не операбельными.

Самым тяжелым осложнением было легочное кровотечение в плевральную полость, с угнетением сердечной деятельности после пульмонэктомии.

Случаев летальности не было. Сроки наблюдения за пациентами после операции составили от 6 месяцев до 36 мес. Рецидива опухоли не отмечено.

Выводы. Клиническая картина МФО протекла под «маской» пневмонии или туберкулеза. Золотым стандартом обследования является СКТ, ФБС, с торакоскопической или фибробронхоскопической биопсией образования. Единственным методом полного излечения больных с МФО является полное удаление опухоли.

УСПЕШНЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С АТРЕЗИЕЙ КИШЕЧНИКА IV ТИПА

Попова Е.Б.¹, Немилова Т.К.², Караваева С.А.², Котин А.Н.², Богданов И.Ю.³

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербург

³ Детская городская больница №1, Санкт-Петербург

Цель: проанализировать особенности хирургической тактики при лечении наиболее тяжелых форм атрезии кишечника.

Материал и методы. С 2014 по 2019 гг. в ДГБ № 1 Санкт-Петербурга поступили 153 новорожденных с различными формами врожденной тонкокишечной непроходимости. Большинство из них — 148 детей (97 %) имели I — IIIA типы атрезии кишки, в 5 случаях более редкие и тяжелые формы порока — IIIB и IV типы.

Результаты и обсуждение. Ребенок З. Родился на 34 неделе гестации с массой 2300 грамм. Антенатально на сроке 26 недель были выявлены признаки низкой кишечной непроходимости. В первые часы жизни малыш был переведен в ДГБ №1 Санкт-Петербурга, где на основании клинической картины и данных рентгенологического исследования диагноз был подтвержден. На операции (№1) обнаружен IV тип атрезии кишки — атрезия первой петли тощей кишки, далее на протяжении 40 см тонкой кишки множественные атрезии и мембраны (сосисочная форма), атрезия толстой и прямой кишки, врожденно укороченная тонкая и толстая кишка. После удаления 40 см токой кишки с множественными атрезиями и мембранами был наложен T-образный анастомоз между атрезированной первой петлей тощей кишки и подвздошной кишкой в 30 см от илеоцекального угла. В зоне атрезии толстой кишки выведена двойная колостома и сигмостома над атрезированной прямой кишкой. Общая длина тонкой кишки составляла 40 см. Послеоперационный период протекал без хирургических осложнений, ребенок находился на смешанном энтеральном и парэнтеральном питании. В 4,5 месяца (операция №2) закрыта колостома, в полтора года (операция №3) ликвидирована атрезия прямой кишки путем наложения сигморектоанастомоза.

В настоящее время ребенку 2,5 года, на полном энтеральном питании, имеет регулярный стул, растет и развивается согласно возрасту, несколько отстает от сверстников только по массе тела (9800 г в 2 года).

Выводы. Результаты лечения сложных врожденных пороков развития кишки, особенно сопровождающихся синдромом «короткой кишки», в последние года имеют устойчивую тенденцию к улучшению. Адаптация больного и его реабилитация протекают быстрее и легче, если во время операции сохраняют илеоцекальный клапан, а также «каждый сантиметр» жизнеспособной кишки. Важнейшим компонентом реабилитационного лечения детей после сложных реконструктивных операций на кишечнике является длительное парэнтеральное питание, которое должно быть полностью сбалансированным и проводиться через катетеры и системы длительного стояния. Внедрение мультидисциплинарных программ лечения этих детей является самым эффективным условием снижения летальности.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛЕГОЧНЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ

Притуло Л.Ф., Якубов Ю.К.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Актуальность. За последние десятилетия пульмонологическая служба совершила значительный рывок в методах ранней диагностики, лечения и профилактики легочных заболеваний, в том числе и их осложнений. Но несмотря на положительный прогресс, есть и проблемные звенья в которых однозначного мнения в принципах оказания помощи пациентам не установлено.

Материалы и методы. Путем анализа соотношения различных методов лечения, длительности койко-дня, провести сравнительный анализ результатов закрытого дренирования плевральной полости (ЗДПП) и видеоторакоскопических оперативных (ВТО) вмешательств.

В рамках исследования, были проанализированы результаты лечения 24 пациентов с пульмонологическими нозологиями, у которых были выявлены осложнения в виде пиопневмоторакса (ППТ), проходивших лечение в хирургическом отделении ГБУЗ РК РДКБ (г. Симферополь) за период с апреля 2018 по март 2020 года. Медиана возраста 12,5 (от 8 до 17 лет); мальчики:девочки — 1:1,4. Для проведения исследования выделены 2 группы пациентов. В первую группу были отобраны случаи в которых применялось оперативное вмешательство в виде закрытого дренирования плевральной полости, во второй группе применялось лечение в виде торакоскопии. Пациенты были распределены в соотношении 15:9 соответственно. Для оценки эффективности лечения использовали следующие критерии — полное выздоровление (закрытие полости ППТ и ликвидация бронхоплеврального сообщения, отсутствие выраженных клиничко-рентгенологических последствий заболевания); клиническое выздоровление (закрытие полости ППТ и ликвидация бронхоплеврального сообщения, но сохранение изменений в плевральной полости); улучшение(купирование ППТ, но с последующим развитием эмпиемы плевры с бронхоплевральным свищем); летальный исход. Так же в сравнение была включена длительность пребывания в стационаре пациентов обеих групп. Критерием исключения было принято считать пациентов имеющих специфичные причины ППТ(ВПР ОГК, канцер и др). Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждения. По результатам лечения ППТ у пациентов первой группы полное выздоровление было зафиксировано у 20,0 % ($n = 3$), клиническое выздоровление у 46,6 % ($n = 7$), улучшение отмечено у 33,3 % ($n = 5$). Во второй группе респондентов: полное выздоровление — 44,4 % ($n = 4$); клиническое выздоровление — 44,4 % ($n = 4$); улучшение — 11,1 % ($n = 1$). Летальных исходов в обеих группах исследования выявлено не было. При проведении ЗДПП, пациенты в среднем пребывали в условиях стационара на протяжении 23 дней. При ВТО срок пребывания составил 17 дней.

Выводы и рекомендации. Данные, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о более эффективной тактике ведения пациентов второй группы, в сравнении с первой. Видеоторакоскопические манипуляции оказали большой положительный результат на здоровье пациентов, который сопровождался увеличением частоты купирования гнойного процесса. Так же этот метод способствовал сокращению срока пребывания пациента в отделении.

ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА У ДЕТЕЙ. ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

*Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Чумакова Г.Ю., Титова Е.А., Смолянкин А.А.,
Зайнулабидов Р.А.*

Детская городская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова, Москва

Актуальность. Компрессионный стеноз чревного ствола (Синдром Данбара) — заболевание, характеризующееся сдавлением чревного ствола срединной дугообразной связкой диафрагмы, ее внутренними ножками и нейрофиброзной тканью чревного сплетения. До настоящего момента он остается диагнозом исключения ввиду того что не существует единого протокола диагностики и лечения пациентов с симптомами абдоминальной ишемии. У 10–24 % населения в той или иной степени имеется сдавление чревного ствола дугообразной связкой диафрагмы в следствии чего могут возникать симптомы абдоминальной ишемии. В основе КСЧС лежит нарушение взаимоотношений анатомических структур. Заболевание это выявляется как у взрослых, так и у детей. Согласно медицинской статистике, от хронических болей в животе страдают от 10 до 15 % детей и подростков. По некоторым данным число выявленных больных с хронической абдоминальной ишемией ежегодно увеличивается на 17 %.

Материалы и методы. С 2015 по 2020 г. в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова находились на лечении 57 пациентов в возрасте от 5 по 17 лет. Мальчиков 38 (67 %), девочек 19 (33 %). Так же у 18 из них имелись сочетанные патологии в виде ВДГК, ЖПР, КДГК. Пациентам диагноз выставлен на основании данных анамнеза, жалоб, результатов УЗИ в режиме импульсивно-волнового доплера, МСКТ с внутривенным усилением и ангиографии. После комплексного обследования была выполнена операция лапароскопическая декомпрессия чревного ствола 48 пациентам и диссекция чревного ствола через лапаротомный доступ 3 пациентам. Во всех случаях основной причиной компрессионного стеноза чревного ствола явилась срединная дугообразная связка диафрагмы в сочетании с нейрофиброзной тканью чревного сплетения. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

Результаты. Длительность операции в среднем составила — 50 мин. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Пациенты после выполненного оперативного вмешательства выписаны в удовлетворительном состоянии. Детям выполнялось контрольное обследование в позднем послеоперационном периоде на котором была подтверждена декомпрессия чревного ствола. Клинически симптомы абдоминальной ишемии в послеоперационном периоде не проявлялись.

Заключение. На данный момент каждый пациент с синдромом компрессии чревного ствола остается сложным для клинициста. Важнейшим вопросом в обследовании и лечении таких пациентов остается определение показаний к оперативному вмешательству. До сих пор хирургическая декомпрессия чревного ствола вызывает множество тактических вопросов. На сегодняшний день очевидно, что оптимальным доступом для выполнения декомпрессии чревного ствола является лапароскопический.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОТОМИЯ ПО ГЕЛЛЕРУ С ФУНДОПЛИКАЦИЕЙ ПО ДОРУ–СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З. Б., Чубко Д.М.

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

Ахалазия кардии — это нейромышечное заболевание, которое характеризуется функциональным нарушением проходимости кардиального отдела пищевода и расширением вышележащих его отделов. Частота встречаемости — 0,1–0,6 на 100 000 населения.

В лечении ахалазии кардии наибольшее признание получила лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру в сочетании с фундопликацией по Дору (ЛКМГ+ФД)

Цель: оценка ближайших и отдаленных результатов лечения детей с ахалазией кардии после ЛКМГ+ФД.

Материалы и методы. С 2001 по 2019 гг. в отделении торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова оперированы 35 детей (20 мальчиков и 15 девочек) с ахалазией кардии. Во всех случаях ахалазии кардии выполнена ЛКМГ+ФД. Средний возраст пациентов составил 9,9 лет (4–15 лет).

Диагноз ахалазии кардии подтверждали на основании клинической картины и результатов рентгеноконтрастного исследования пищевода и ФЭГДС. Все пациенты после оперативного лечения были обследованы через 3–6–12 мес. и 5 лет. Для оценки результатов лечения также использовали оценочную шкалу Eckardt.

Результаты. У 13 (37 %) детей до хирургического лечения было проведено кардиодилатация: балонная дилатация — у 7 пациентов; бужирование — у 6 пациентов. Для купирования клинических проявлений у 8 пациентов потребовался 1 сеанс кардиодилатации, у 2 пациентов — 2 сеанса и 1 пациента — 3 сеанса. При том, что у всех пациентов рецидив дисфагии после кардиодилатации возник через 2 — 6 недели и потребовалось оперативное лечение.

Среднее время ЛКМГ+ФД составила 45 ± 15 минут. Повреждение слизистой оболочки пищевода при выполнении кардиомиотомии возникло в 4 случаях (11 %). Среднее время пребывания пациента в стационаре после операции составила 4–7 койко-дней.

Через 1–3 мес. после лапароскопической кардиомиотомии рецидив дисфагии возник у 6 (17 %) детей, что потребовало выполнения кардиодилатации. В 2 случаях выполнена повторная операция с положительным результатом.

В общей сложности после однократной лапароскопической ЛКМГ+ФД получен хороший результат у 33 (94,3 %) детей. Также отмечено отчетливое уменьшение суммы баллов до и после операции по шкале Eckardt. Если до операции сумма баллов соответствовала $8,2 \pm 0,3$, то после операции (через 1–5 лет) она не превышала $1 \pm 0,5$, что свидетельствует о получении должного эффекта от оперативного лечения.

Таким образом, методы кардиодилатации (балонная дилатация, бужирование) дают краткосрочный эффект и могут быть использованы только в дополнение к оперативному лечению, ЛКМГ+ФД позволяет получить хороший результат более 94 % случаев и может быть рассмотрена как стандарт лечения данной патологии у детей.

МАЛЬРОТАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА, АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Субботин И.В.

Детская городская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова, Москва

Цель: улучшение диагностики и лечения синдрома мальротации (СМ) у детей старшего возраста.

Мальротация кишечника встречается с частотой 0,2–1 случаев на 1000 живорожденных. СМ в 80 % случаев манифестирует в периоде новорожденности картиной острого заворота кишечника: 20 % — могут клинически проявиться в более старшем возрасте. У детей старшего возраста частота острой формы СМ не превышает 10 %, остальные случаи характеризуются набором неспецифических многообразных симптомов или их отсутствием, что отличает диагностический алгоритм данной возрастной группы от алгоритма обследования новорожденных с СМ. Вопросы информативности методов обследования, открытого или эндохирургического оперативного лечения СМ, а также сопутствующих или вторичных заболеваний, требующих хирургической коррекции у детей старшего возраста остаются открытыми.

Материалы и методы. В исследование первоначально были включены 97 детей от 3 мес. до 17 лет 11 мес. поступившие в хирургические клиники с проявлениями частичной кишечной непроходимости и заворота кишечника за период с 2010 по 2020 год. При обследовании СМ выявлен у 73 детей. Пациенты с СМ разделены на 2 группы: 1 группа — пациенты, оперированные открытым способом 31 (42,5 %), 2 группа — пациенты, оперированные лапароскопически 42 ребенка (57,5 %). По клиническому течению выделены пациенты с острым 14 (19,1 %) и хроническим вариантом течения 59 (80,8 %). Всем детям выполнено клиническо-инструментальное обследование с статистической оценкой их информативности.

Результаты. Все 73 ребенка с СМ наиболее часто предъявляли жалобы на периодические боли в животе (84,9 %), многократную рвоту (75,3 %) и наличие светлых промежутков (79,4 %). Сопутствующие заболевания гастроэнтерологического профиля выявлены у всех пациентов (205,6 %), что свидетельствует о грубых изменениях функционирования органов пищеварения на фоне СМ, а выявленные заболевания желудка (23,3 %), ДПК (4,1 %), панкреато-биллиарной области (56,2 %) потребовали дополнительной хирургической коррекции, вплоть до резекции ДПК (5,47 %). В ходе анализа информативности методов обследования установлено, что наиболее информативным методом исследования является рентгеноконтрастная дуоденография, УЗИ; наиболее чувствительным — ирригография, контрастная рентгенография ЖКТ; высоко специфичным — рентгеноконтрастное исследование ЖКТ и УЗИ. Выявлены особенности интерпретации результатов УЗИ в диагностике СМ у детей старшего возраста. В 78,1 % помимо основной операции Ледда потребовалось выполнение симультанных операций. Рецидивы заворота «средней кишки» отмечались как в 1 так и во 2 группе, однако во 2 группе частота их достоверно выше. Осложнения, такие как некроз дуоденоэюнального перехода (8,85 %), кровотечения из расширенных вен брыжейки (5,6 %) встретились в обеих группах. Итогом проведенной работы стало создание лечебно-диагностического алгоритма, в котором предложена тактика диагностики и лечения мальротации с учетом выраженности и формы СМ, а также инициированной и сопутствующей патологии.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С БОЛЯМИ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Рассказов Л.В.^{1,2}, Иванов Ю.Н.^{1,2}, Мурга В.В.¹, Марасанов Н.С.¹, Щелоченкова Т.Д.², Шалатонов Н.Н.¹, Ягудин Г.Т.²

¹Тверской государственной медицинской академии

²Детская областная клиническая больница, Тверь

Актуальность. Диспластические изменения скелета формируются на всех этапах развития организма и приводят к формированию структурных и функциональных нарушений в различных сегментах конечностей. Одним из частых проявлений диспластических нарушений костно-мышечной системы является болевой синдром коленного сустава.

Цель — определить механизмы формирования болей в коленном суставе у детей и подростков с разработкой дифференцированных подходов в диагностике и лечении.

Материалы и методы. В травматолого-ортопедическом отделении ДОКБ г.Твери проходили лечение 183 подростка с заболеваниями и травмами коленного сустава: повреждение связочного аппарата коленного сустава — 54 (29,51 %), ушиб коленного сустава — 43 (23,5 %), внутрисуставной перелом — 34 (18,58 %), повреждение менисков — 31 (16,94 %), диспластический привычный вывих надколенника — 13 (7,1 %), острый вывих надколенника — 8 (4,37 %). В клинической картине преобладали боль и нарушение опорности конечности.

Результаты. При проведении клинических, биохимических и лучевых методов диагностики у 2/3 пациентов выявлены признаки дисплазии соединительной ткани, обуславливающие формирование патологии коленного сустава. Более половины пациентов имели изменения позвоночного столба (подвывих С1, нестабильность на уровне С2-С4, кифозирование, увеличение частоты остеохондропатии и сколиоза), гипермобильность суставов, изменения сводов стопы на фоне ротационной деформации голени.

Для дифференцированного подхода в выборе тактики лечения был разработан алгоритм ведения пациентов с хирургической патологией коленного сустава у детей. Одним из основных методов лечения детей с болевым синдромом коленного сустава являлось раннее проведение артроскопии пораженного сустава, позволявшей уточнить внутрисуставные изменения. У детей с болевым синдромом коленного сустава чаще выявлялись дискоидные мениски, диспластическая нестабильность надколенника, шелф-синдром при гипертрофии медиопателлярной складки. Дополнением к оперативному лечению выполнялся комплекс реабилитационных мер с медикаментозной поддержкой метаболизма соединительной ткани, проводилась коррекция инконгруэнтности суставных поверхностей коленного сустава за счет функциональной деформации стопы с помощью индивидуальной стельки. Применялась авторская методика механического щажения коленного сустава с длительной магнитотерапией. Хорошие и удовлетворительные результаты лечения были получены у всех пациентов.

Заключение. Дифференцированные подходы к диагностике и лечению детей с болями в коленном суставе позволили улучшить результаты лечения данной группы пациентов, что подтверждено улучшением их качества жизни.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ Nd:YAG1064NM LP ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Романов Д.В., Сафин Д.А.

ООО «Центр сосудистой патологии» ГЕМАНГИОМА.РФ, Москва

Цель. Венозные мальформации представляют собой врожденным порок развития. Данная патология может иметь разнообразную клиническую картину и встречаться на любом участке кожи или слизистых. Для данного заболевания характерно проявление в возрасте 3–5 лет, но могут быть как врожденные случаи, так и дебют после 20–30 лет. Основным методом лечения венозных мальформаций является склеротерапия, но с появлением длинно импульсных неодимовых лазеров, стало возможно воздействовать на поверхностно расположенные измененные участки. Целью нашей работы было провести анализ эффективности лазерной обработки Nd:YAG1064nm LP лазерами поверхностно расположенных ВМ.

Материалы и методы. В Центре Сосудистых Патологий (г.Москва) в период с май по сентябрь 2019 году проходили лечение 18 детей с диагнозом «Венозная мальформация» различных локализаций, которым выполнялось малоинвазивное хирургическое лечение под общей анестезией — склеротерапия с одномоментной лазерной коррекцией Nd:YAG1064nm LP лазером (CuteraExcelV, США), либо монолечение Nd:YAG1064nm LP лазером. Возраст детей составил от 4 мес. до 17 лет. Соотношение по полу составило, 10 мальчиков и 8 девочек.

Результаты. Результат лечения оценивался с интервалом 1,3 и 6 месяцев. В указанные сроки проводился осмотр, УЗИ и по показаниям выполнялось МРТ. Оценивались изменения размеров образования, цвет кожного покрова и динамика жалоб пациента.

Полученный результат был разделен на 5 групп: «отсутствие изменений» — в данной группе за время динамического наблюдения не фиксировались изменения в размере образования, сохранялись жалобы и внешние проявления мальформации; «плохой результат» — при регистрации уменьшения мальформации под данным УЗИ и/или МРТ на 40 %, при сохранении жалоб и внешних проявлений, «хороший результат» — при уменьшении размеров мальформации по данным УЗИ и/или МРТ на 40–70 %, уменьшение жалоб и визуальные улучшения в местном статусе, «отличный результат» — при уменьшении размеров мальформации, более чем на 70 %, отсутствие жалоб и внешних проявлений.

Во всех случаях отмечено изменения цвета кожи, что выражалось в нормализации цвета кожи над ВМ, уменьшение размеров клинически и(или) по данным УЗИ. Распределение по группам составило «хороший результат» — 12 пациентов, «отличный результат» — 6 пациентов.

Заключение. Использование Nd:YAG1064nm LP лазеров для лечения поверхностно расположенных ВМ эффективно и может применяться в практике. К недостаткам такого вида лечения следует отнести высокую стоимость лазерной системы, дополнительное обучение врачей, а также необходимость проведения большинства процедур под общей анестезией, что связано с болевым симптомом при проведении лазерного лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (VAC ТЕРАПИИ) В ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТА ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА С УДВОЕНИЕМ ПИЩЕВОДА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Ростовцев Н.М., Ядыкин М.Е., Ромасенко В.В., Неизвестных Е.А., Мустакимов Б.Х.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Актуальность. Лечение трансмуральных повреждений пищевода является сложной задачей в хирургии, требующей многоэтапного подхода. Повреждениям пищевода также сопутствует высокая летальность ввиду развития грозных распространенных гнойно — септических осложнений. Однако применяющиеся в настоящий момент методы (ушивание дефекта с адекватным дренированием, отключение пищевода путем наложения эзофагостомы и гастростомы, а в некоторых случаях экстирпация пищевода с последующей пластикой толстокишечным трансплантатом) далеко не всегда приносят удовлетворяющих результатов.

Цель: продемонстрировать клинический случай использования эндоскопической вакуумной терапии в лечении перфорации пищевода.

Материалы и методы. Больной Л., 5 лет 16.03.2020 поступил в хирургическое отделение ЧОДКБ с наличием образования средостения, по данным КТ грудной клетки с внутривенным контрастированием: объемное образование, не накапливающее контрастное вещество размерами 4,3×3,8×5,7 см, прилежащее к корню правого легкого в виде удвоения пищевода.

Результаты и обсуждение. 20.03.2020 пациенту была проведена торакоскопия справа. При удалении образования обнаружен дефект стенки пищевода, длиной до 3 см. Последний ушит край в край герметично, в пищевод введен зонд, применена система дренирования с отрицательным давлением, система подключена к аппарату Vivano. Нами было использовано переменное давление — 110 мм рт. ст. в течение 3 минут, 50 мм рт. ст. в течение 7 минут. Данные параметры были выбраны эмпирически с целью исключения формирования пролежней на стенке пищевода. Ребенку для питания наложена гастростома. При дальнейшем наблюдении отмечалась положительная динамика: отсутствие лихорадки, отмечалось отсутствие отделяемого по дренажу из плевральной полости, по системе Vivano отмечалось поступление слюны. Через 7 дней внутрипищеводная система отрицательного давления была удалена. На контрольной рентгенографии пищевода через 3 недели — положительная динамика ввиду отсутствия затеков контрастного вещества. Начато энтеральное кормление 0 столом. На контрольной зофагофиброгастродуоденоскопии через 25 дней от проведенной операции просвет пищевода не изменен, не сужен, слизистая целостная на всем протяжении, в месте бывшей перфорации остатки нескольких лигатур. Выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Применение метода эндоскопической вакуумной терапии в данном клиническом случае позволило не прибегать к достаточно травматичному оперативному вмешательству — экстирпации пищевода. При этом считаем обоснованным ранее наложение гастростомы для питания больного — а именно в момент установки системы для VAC терапии.

ОТСРОЧЕННОЕ ПЕРВИЧНОЕ ЗАКРЫТИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРОФИЕЙ

Рудин А.Ю.¹, Рудин Ю.Э.¹, Марухненко Д.В.¹, Кирсанов А.С.², Карцева Е.В.², Медведева Н.В.²

¹ НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина — филиал НМИЦ радиологии, Москва

² Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

Введение. Малые размеры пузырной площадки — плохой прогностический признак для лечения экстрофии. Операции первичного закрытия у новорожденных и младенцев с микроцистисом часто сопровождаются осложнениями и рецидивами. Целесообразно ли отсроченное первичное закрытие при микроцистисе?

Материалы и методы. За период с 1992–2019 гг. нами прооперировано 265 детей с экстрофией мочевого пузыря. Первичное закрытие пузыря в новорожденном возрасте выполнено в 123 случаях. Детей с микроцистисом (размер пузырной площадки < 3 см) было 35. 29 детям первичное закрытие выполнено в новорожденном возрасте, 5 больным с микроцистисом проводили ежедневное мануальное и механическое растяжение стенки мочевого пузыря + инъекции ботулинотоксина типа А в стенку мочевого пузыря (2–3 раза) на протяжении 1 года. Размер пузырной площадки удалось увеличить с 3 см до 6 см. Всем 5 детям выполнено отсроченное закрытие мочевого пузыря в возрасте (1–1,5 лет) с реимплантацией мочеточников, пластикой шейки мочевого пузыря и двусторонней остеотомией.

Результаты. Осложнения первичного закрытия у новорожденных (123) в виде рецидива экстрофии наблюдали у 13 больных (10.5 %). У детей с микроцистисом оперированных новорожденными (35) рецидив наблюдали у 9 (28 %). У 5 детей с микроцистисом, которым выполнялось отсроченное первичное закрытие после растяжения пузыря, рецидива экстрофии не было, наблюдался продолженный рост пузыря.

Заключение. По нашему мнению, пациентам с экстрофией, микроцистисом (размер пузырной площадки менее 3 см) показано отсроченное первичное закрытие после курса мероприятий, направленных на рост мочевого пузыря.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Рудин Ю.Э., Марухненко Д.В., Галицкая Д.А., Лагутин Г.В., Вардак А.Б., Алиев Д.К.,

НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина
— филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии», Москва

Введение. С развитием малоинвазивной хирургии в детской урологии все чаще используется пневмовезикоскопический доступ для выполнения внутрипузырных вмешательств при различных пороках развития нижних мочевых путей.

Материалы и методы. За период с 2014–2019 гг. оперировано 49 детей с использованием пневмовезикоскопического доступа в возрасте от 1 г. до 12 лет (средний возраст 3,1). Транс-тригональная реимплантация мочеточника по Коэн выполнена у 54 (5 больным с двух сторон). При обструктивном мегауретере — 28 (57,1 %), — с внутрипузырным обуживанием, пликацией мочеточника — 9 б-м. Реимплантация мочеточника при ПМР 3–4 ст. (Коэн) — 15 б-х (30,6 %). Реимплантация вместе с иссечением дивертикула мочевого пузыря проведена у — 3 б-х (6,1 %). Иссечение уретероцеле выполнено 3 детям (6,1 %) Обуживание мочеточника выполнялось непрерывным швом 4\0 викрил. Для фиксации мочеточника к передней стенке мочевого пузыря использовали петлю проведенную через иглу Тахуоки. Мочеточник дренировали наружным стентом. Пузырь разгружали уретральным катетером в сроки на 3–4 дня. Детей выписывали на 5 сутки.

Результаты. Среднее время операции составило 132 мин (83–225). Конверсия выполнена у 1 ребенка (потеря визуализирующего троакара), операция завершена открытой реимплантацией мочеточника. Сократить время операции возможно после отработки методики внутрипузырного доступа и совершенствования техники реимплантации мочеточников. Дольше операции проходили у детей с предшествующей инъекцией объемобразующего вещества, при обуживании мочеточника и билатеральной реимплантации.

Отдаленные результаты оценивали по данным УЗИ (3–6–12 мес.), размеры лоханки и мочеточника постепенно сокращались. Цистография выявила ПМР у 4 больных (7,4 %). Эндоскопическая коррекция была успешна.

Заключение. Наш опыт применения транс-тригональной пневмовезикоскопической реимплантации мочеточников показал безопасность и эффективность данного доступа и технологии коррекции пороков развития нижних мочевых путей у детей. Разработанный нами метод фиксации расширенного мочеточника к стенке мочевого пузыря петлей на игле Тахуока помогает облегчить этап обуживания мочеточника и уменьшить общее время операции.

КИСТОЗНАЯ ДУПЛИКАЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ, КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Румянцева Г.Н., Казаков А.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Портенко Ю.Г.

Детская областная клиническая больница, Тверь

Удвоение ЖКТ — редкий порок развития с локализацией в любом отделе пищеварительной трубки.

Цель исследования — анализ результатов лечения ребенка с дубликацией тонкой кишки

Материалы и методы. Ребёнок И., 10 лет, поступил 2.01 во 2 ХО ДОКБ через 26 часов от начала заболевания с жалобами на приступообразные боли в животе, недомогание. Эхографически аппендикс не лоцировался, определялись расширенные петли кишечника с жидкостным содержимым, мезентериальные лимфатические узлы увеличены до 18 мм. За период наблюдения клиническая картина острого аппендицита стала более четкой. Учитывая клиническую картину и эхографические находки у ребенка нельзя было исключить острый аппендицит.

Результаты. Диагностическая лапароскопия (ДЛ): многокамерное кистозное новообразование (НО) размером 7×4 см, которое на расстоянии 25 см от илеоцекального угла исходит из брыжейки и плотно сращено со стенкой подвздошной кишки. Стенки НО тонкие, темного цвета с единичными кровоизлияниями и фибринозными наложениями. При ревизии признаков странгуляции, некроза и перфорации НО с участком подвздошной кишки не обнаружено. Аппендикс находится типичном месте, утолщен до 0,9 см, ригидный, с фибринозными наложениями. Аппендэктомия. В малом тазу выпот гнойный, удален электроотсосом ($V = 50$ мл). Учитывая явления перитонита и отсутствие перфорации НО и стенки подвздошной кишки, решено воздержаться от резекции патологически измененного участка кишки. В малый таз установлен силиконовый дренаж.

Гистологическое исследование от 9.01 — острый флегмонозный аппендицит, мальформация кровеносных сосудов, периаппендицит.

Ближайший послеоперационный период протекал без особенностей. С 8-х суток п/операционного периода сняты швы.

20.01 с 18.00 появились резкие боли в животе, рвота. Данное ухудшение состояния расценено как явления ранней спаечной кишечной непроходимости. На обзорной рентгенограмме брюшной полости отмечались единичные горизонтальные уровни жидкости. На фоне консервативных мероприятий состояние без улучшения — сохранялись уровни жидкости, пассажа контраста дистальнее желудка и начального отдела тощей кишки нет.

21.01. оперирован — ДЛ, конверсия нижнесрединным лапаротомным доступом. Выполнен адгезиолизис, резекция участка кишки с НО, наложение прямого анастомоза. Гистологическое исследование от 28.01 — ограниченное удвоение тонкой кишки.

Ближайший послеоперационный период без осложнений. На фоне проводимой терапии — аппетит сохранен, боли в животе не беспокоят, стул регулярный, самостоятельный. Выписан с выздоровлением на 10 сутки.

Заключение. Данный клинический пример показывает преимущества ДЛ в urgentной хирургии. Полагаем, что выбранная тактика является верной, т.к. при симультантной операции по удалению НО исключает риски наложения анастомоза в условиях перитонита, а также избавляет ребенка от интестинального свища при резекцией участка кишки с дубликацией и наложения энтеростомы. Случившееся осложнение прогнозируемо после перенесенного перитонита и не повлияло на конечный исход заболевания.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ВЕНОЗНО-ЛИМФАТИЧЕСКОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА, ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ, ВЛАГАЛИЩА У ДЕВОЧКИ 15 ЛЕТ

Румянцева Г.Н.¹, Карташёв В.Н.^{1,2}, Бурчёнкова Н.В.¹, Долинина М.В.²

¹ Тверской государственный медицинский университет

² Детская областная клиническая больница, Тверь

Цель: анализ редкого случая сосудистой мальформации у девочки 15 лет.

Материалы и методы. Девочка Д. 15 лет. Из анамнеза: с 11 лет впервые появились жалобы на выделения светло-желтого цвета в малом количестве. Наблюдалась амбулаторно неврологами с диагнозом недержание мочи. В 13 лет обследовалась в неврологическом отделении. Выполнено МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, головного мозга — патологии не выявлено. В 14 лет 2 раза обследовалась в нефрологическом отделении с диагнозом: нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Получала курсы физиолечения и медикаментозной терапии (ноотропы, витамины), без эффекта. В 15 лет впервые направлена в урологическое отделение. Проводилось обследование: красочная проба — на прокладке жидкость желтого цвета, заподозрена внепузырная эктопия мочеточника. Выполнено КТ с контрастом — убедительных данных за удвоение почек и эктопию нет; имеется киста правой почки 9,5×6,8 мм в н/3; статическая нефросцинтиграфия — снижение секреторной функции правой почки и общего объёма функционирующей паренхимы; в/в урография — экскреторная функция почек не нарушена, диагностирована spina bifida S2, люмболизация S1; цистоскопия — устья в типичном месте, щелевидные, смыкаются; урофлоуметрия — уродинамика нижних мочевых путей не нарушена. Неоднократно осматривалась и наблюдалась гинекологом с диагнозом микотический вульвит и фолликулярная киста левого яичника. Во время повторной госпитализации через 3 месяца впервые собрана выделяемая жидкость, по результатам лабораторного заключения выявлены лимфоциты 100 %, проведено УЗИ мягких тканей — патологических образований в области лона и больших половых губ не выявлено; МРТ органов малого таза с контрастированием, диагностирована лимфангиома паховой области, органов малого таза, прилежащая к левому ребру матки, левой маточной трубе и яичнику, в/3 влагалища, левой стенке мочевого пузыря и сигмовидной кишке. Направлена в медицинский Федеральный центр г. Москвы (больница имени Н.Ф. Филатова).

Результаты. В результате обследования в 1 х/о в г. Москве по данным УЗИ слева от мочевого пузыря определяется структура без четких контуров размерами 70×30 мм, солидная с единичными кистозными образованиями, кровоток единичный при ЦДК; лабораторные тесты: В-ХГЧ общий менее 1,2 мЕд/мл, в-ХГЧ свободный менее 2 нг/мл, альфа-фетопротеин 1,8 МЕ/мл. Выполнялась цистовагиноскопия — разрастание лимфоидной ткани во влагалище в виде «гроздьев» диаметром 0,3–0,4 см с отделяемым желтого цвета, взята биопсия лимфангиомы — морфологическая картина характерная для венозно-лимфатической мальформации. После проведенного консилиума, учитывая анамнез, клинические, лабораторные, инструментальные методы исследования назначена иммуносупрессивная терапия с динамическим наблюдением под контролем УЗИ и МРТ через 6 месяцев.

Заключение. Редкость подобных мальформаций сопровождается трудностями установления диагноза, потерей времени и выбором консервативной терапии, направленной на подавление роста сосудистого образования.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Сар А.С.¹, Соколов Ю.Ю.², Хаспеков Д.В.¹, Судейкина О.А.¹, Прутова О.Р.¹,
Кузнецова Е.В.¹, Рогачева О.А.¹, Гогичаева, А.А.¹*

¹ Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

К килевидной деформации грудной клетки (КДГК) относят деформацию, характеризующуюся различными вариантами выпячивания вперед грудинно-реберного комплекса. В структуре всех форм деформаций грудной клетки КДГК встречается в 17 % случаев.

Проблема коррекции КДГК до последнего времени не теряет своей актуальности. По данным статистики неудовлетворительные результаты торакопластики при данном виде деформации встречаются в 28–38 %.

С 2004 по 2019г. оперированы 103 пациента с различными формами КДГК. Мальчики — 83 (80,58 %), девочек — 20 (19,42 %). 96 (93,2 %) относились к подростковому возрасту (12–18 лет), 7 оперированы в возрасте 6–10 лет (6,8 %).

Показанием к операции являлся выраженный косметический дефект, вызывающий серьезные проблемы социальной адаптации. Значимых нарушений со стороны внутренних органов, которые могли бы явиться показанием к оперативной коррекции порока выявлено не было.

Согласно классификации все пациенты были разделены на три группы:

I. Манубриокостальный тип — 43

II. Корпорокостальный — тип: пирамидальный — 21; круглый — 12.

III. Костальный тип — 27

Все операции выполнены по методу торакопластики, разработанному в клинике (Патент на изобретение «Способ хирургического лечения килевидной деформации грудной клетки» №2223698, 2004 г.).

Применяли общую анестезию с эпидуральной блокадой.

Доступ у мальчиков — поперечный, у девочек — два субмаммарных.

Кожу с подкожно жировой клетчаткой отслаивали.

Прямую мышцу живота с мечевидным отростком отсекали от грудины.

Париетальную плевру отделяли от грудинно-реберного каркаса. Билатерально большую и малую грудные мышцы отслаивали от ребер.

Поднадхрящично резецировали хрящевые зоны деформированных ребер.

При необходимости выполняли поперечную клиновидную стернотомию. Реберные дуги отсекали от грудины с обеих сторон.

Согласно местам анатомического крепления определяли уровень максимально возможного укорочения указанных ребер, необходимый для полного выпрямления грудины.

Ребра, формирующие реберные дуги, резецировали в пределах нанесенных меток и подшивали к местам их анатомического крепления.

Прямую мышцу живота с мечевидным отростком подшивали к грудине. Послойный шов раны.

Операционное время 90–120 минут. Нахождение в стационаре 10–12 дней.

У всех больных полностью устранили косметический дефект.

У 4 (3,88 %) больных наблюдались послеоперационные осложнения. У 2 — правосторонний пневмоторакс, у 1 — правосторонний гемоторакс, у 1 — нагноение послеоперационной раны с перихондритом. Осложнения устранили в раннем послеоперационном периоде.

Таким образом, данный метод торакопластики является эффективным способом коррекции КДГК.

Отсутствие необходимости в фиксации грудинно-реберного комплекса позволяет выполнять операцию в один этап.

Сохранение анатомичности грудинно-реберного каркаса не нарушает защитной функции передней грудной стенки.

Соблюдение предложенной технологии позволяет получить хороший косметический эффект за счет устранения всех компонентов, формирующих данный вид деформации грудной клетки.

ДЕМОНСТРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: СЛОЖНЫЙ ВАРИАНТ УДАЛЕНИЯ ВНЕЛЕГОЧНОГО СЕКВЕСТРА У МАЛЬЧИКА С ЛЕВОСТОРОННЕЙ ЛОЖНОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ ЩЕЛИ БОГДАЛЕКА

*Сар А.С.¹, Соколов Ю.Ю.², Хаспеков Д.В.¹, Прутова О.Р.¹, Кузнецова Е.В.¹, Коровин С.А.²,
Рогачева О.А.¹, Гогичаева, А.А.¹*

¹ Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Мальчик 6 лет 9 мес. (08.04.2009 г.р.) поступил в отделение торакальной хирургии ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира» ДЗМ на плановое оперативное лечение по поводу брюшной формы легочной секвестрации.

С возраста 5 месяцев отмечены частые рвоты, потеря веса. На обследовании выявлена левосторонняя ложная диафрагмальная грыжа щели Богдалека. Ребенок оперирован. Выполнена торакоскопия, на которой содержимое брюшной полости легко ушло из плевральной полости в брюшную, однако оставалось образование 3×4 см, которое вправить в брюшную полость из торакоскопического доступа не удавалось. Конверсия. Из открытого торакотомного доступа в 7 межреберье образование, напоминающее добавочную дольку печени вправлено в брюшную полость. Выполнена пластика дефекта купола диафрагмы. На 10-е сутки в удовлетворительном состоянии мальчик выписан домой с рекомендациями повторного обследования через 3 месяца.

Однако родители не явились на контроль и только спустя 6 лет на УЗИ органов брюшной полости, выполненном по инициативе родителей перед поступлением ребенка в школу, выявлено добавочное образование в поддиафрагмальном пространстве слева. С целью уточнения диагноза выполнена МСКТ, выявившее наличие секвестрации легкого, расположенной под диафрагмой. Особенностью данного секвестра являлось наличие двух крупных сосудов, идущих от аорты, причем один от грудной части, а второй от брюшной.

Выполнена лапароскопия, на которой с определенными техническими сложностями, связанными с особенностями кровоснабжения секвестра при котором центральная часть отходящего от грудной части аорты сосуда имела малую протяженность и в брюшную полость сосуды входили множественными ветками. В ходе выделения секвестра отмечено интенсивное кровотечение одного из выходящего под диафрагму сосуда, которое было остановлено клипированием. Патологическое образование удалено.

Течение послеоперационного периода гладкое. На 8-е сутки мальчик выписан домой. Контроль через 6 мес. — здоров.

Целью демонстрации является: 1. Показать возможную ошибку диагностики, связанную с недостаточным обследованием больного — МСКТ, выполненное в период подготовки к первой операции позволило бы выявить секвестр и внести коррективы в план оперативного лечения. 2. Удаление обильно кровоснабжающихся образований всегда несет риск возможного кровотечения.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ГЕМОБЛОК, ОК-432 И БЛЕОМИЦИН В ЛЕЧЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Сафин Д.А., Романов Д.В., Плоткин А.В.

ООО «Центр сосудистой патологии» ГЕМАНГИОМА.РФ, Москва

Цель. Оценить эффективность использования препарата Блеомицина, ОК-432 (пицибанил) и препарата серебряной полиакрилатной матрицы («Гемоблок») в качестве склерозирующего агента при лечении крупно кистозных и смешанных лимфатических мальформаций (ЛМ).

Методы. В ретроспективном анализе проведенного лечения приняли участие 27 пациентов (17 пациентов с крупно кистозной ЛМ и 10 пациентов со смешанной ЛМ), которые находились на лечении в Центре Сосудистой Патологии в период с января по август 2018 года. Средний возраст пациентов составил 4,15 лет (от 2 мес. до 18 лет). Распределение по полу составило 1:1 (13 девочек, 14 мальчиков). По локализации образования чаще всего встречались в области лица и шеи (70,4 %), реже в области грудной клетки (14,8 %), верхних (11,1 %) и нижних конечностях (3,7 %).

Всем пациентам выполнялось склерозирование сосудистой мальформации. Перед проведением лечения пациентом или его родителями подписывалось информированное согласие, поскольку проведение терапии проводилось по протоколу «офф-лейбл». Все 27 пациентов вошли в основную группу.

Полученные в ходе исследования результаты мы сравнили с данными обзора литературы J.Acevedo, которые составили группу сравнения. Автор провел анализ 1876 статей, в которых описывалось использование склерозирующих агентов ОК-432 и Блеомицина при лечении ЛМ. В проведенных исследованиях приняло участие 289 пациентов. Средний возраст пациентов составил 5,7 лет. Мальчиков было 165 (57 %). 150 (59,2 %) лимфатических мальформаций было крупно кистозными.

Результаты. Результаты лечения оценивали по изменению размеров мальформации до операции и через 3–4 месяца после склерозирования. Полученные результаты были разделены на 4 группы: «отсутствие изменений», «плохой результат» — уменьшение размеров мальформации на 40 %, «хороший результат» — при уменьшении на 40–70 %, «отличный результат» — уменьшение, более чем на 70 % или полное отсутствие ЛМ после операции.

Отличный и хороший результат получен у 19 (70,3 %) пациентов. У 8 (29,7 %) пациентов получен средний результат. Плохого результата в ходе исследования не получено.

У 8 пациентов (30 %) в раннем послеоперационном периоде отмечалась болевая реакция, которая купировалась самостоятельно через пару часов. У 25 пациентов (90 %) отмечалось появление отека мягких тканей в области склерозирования, который проходил на 7–10 день. Других побочных действий мы не отмечали.

В группе сравнения отличный результат получен у 125 (43,25 %) пациентов, хороший у 85 (29,41 %), плохой у 43 (14,88 %), не получен результат у 36 (12,46 %). Еще 36 (12,46 %) пациентом понадобилось хирургическое вмешательство после склерозирования. Отмечено семь тяжелых осложнений: 2 летальных исхода от пневмонии в группе блеомицина, в группе ОК-432 — было пять тяжелых осложнений. Малые побочные эффекты встречались часто — лихорадка (ОК-432), локальную боль и покраснение.

Заключение. Использование препарата «Гемоблок» при лечении ЛМ является эффективным доступным и безопасным методом лечения.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ КОРРЕКЦИИ КАПИЛЛЯРНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ ШТУРГЕ-ВЕБЕРА

Сафин Д.А., Романов Д.В.

ООО «Центр сосудистой патологии» ГЕМАНГИОМА.РФ, Москва

Цель и задачи: оценить риски развития судорожного приступа после лазерного лечения капиллярной мальформации детям с синдромом Штурге-Вебера (СШВ).

Материалы и методы. СШВ (болезнь Стерджа-Вебера, синдром Стерджа-Вебера-Краббе) — это синдром, который характеризуется наличием капиллярной мальформации в области лица, шеи, туловища или конечностей, с поражением хориоидеи глаза (или глаукомы) и ангиомой мягкой мозговой оболочки головного мозга. Частота встречаемости данной болезни составляет 1 случай на 20000–50000 детей. Причина появления синдрома Штурге-Вебера — это спорадические (случайные) мозаичные мутации в гене GNAQ, который расположен на длинном плече 9 хромосомы.

Кожные проявления данного синдрома довольно разнообразны, сосудистое пятно может располагаться на любом участке тела, но чаще всего располагается на лице. В редких случаях возможно проявление СШВ без капиллярной мальформации. Самое серьезным признаком может быть, развитие судорожного синдрома. Возможно возникновение гемипареза, умственной отсталости.

Основное лечение СШВ направлено на предупреждение возникновения судорожного синдрома. Для устранения косметического дефекта используются этапные лазерные коррекции на различных лазерных системах (КТР, PDL).

В Центре Сосудистой Патологии за период с января 2017 по июнь 2019 проведено лазерное лечение 9 пациентам с СШВ. Возраст составил от 3 мес. до 12 лет. Среди пациентов было 6 девочек и 3 мальчика. Судороги до проведения МРТ отмечались у 5 детей.

Лечение капиллярной мальформации проводилось на лазерных установках CuteraExcelV и CandelaVbeam. В 8 случаях сеансы выполнялись в условиях общей анестезии (севоран) и в одном случае по желанию родителей под местной аппликационной анестезией (крем Эмла 5 %). Среднее количество процедур составило 6 (от 1 до 8 процедур).

Все дети с подтвержденным диагнозом СШВ находились на поддерживающей противосудорожной терапии антиконвульсантами.

В день проведения процедуры дети утром принимали свою обычную дозу и через 3–4 часа проводилось лазерное лечение согласно разработанным в Центре протоколам. В случае с использованием местной аппликационной анестезии, сразу после процедуры ребенка отпускали домой. При применении общей анестезии, ребенок проводил в рамках дневного стационара Центра от 3 до 5 часов.

Результаты. В результате использования такого подхода с учетом анамнестических, неврологических особенностей ребенка с СШВ, после проведенных процедур лазерной коррекции под общей и местной анестезией судорог у детей не наблюдалось.

Вывод. Осведомленность врачей о риске СШВ у детей с капиллярными мальформациями, обоснованная настороженность и необходимая диагностика данной патологии позволяет обезопасить проводимое лазерное лечение. До использования такого подхода были случаи не диагностированного СШВ, и дети, не имея в анамнезе судорожного синдрома, после лазерной коррекции в ряде случаев развивали судороги, что сказывалось на общем соматическом здоровье ребенка и готовности родителей продолжать лечение.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФАНГИОМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Сварич В.Г.¹, Сварич В.А.², Каганцов И.М.¹

¹ Республиканская детская клиническая больница, Сыктывкар

² Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми, Сыктывкар

Актуальность. Лечение лимфангиом брюшной полости, особенно больших размеров, в ряде случаев представляет значительные трудности, ввиду их тесной связи с подлежащими органами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 42 пациента в возрасте от 1 месяца до 17 лет, оперированных по поводу лимфангиомы брюшной полости. Всем пациентам проведено ультразвуковое исследование и компьютерная томография брюшной полости для уточнения локализации и распространенности образования и выбора метода оперативного вмешательства. У 37 (88,1 %) детей лимфангиома брюшной полости удалена лапароскопическим способом. У 5 (11,9 %) детей образование занимало всю брюшную полость и для его удаления пришлось выполнить открытое оперативное вмешательство.

Результаты и обсуждение. Во время оперативного вмешательства установлено, что у 18 (42,9 %) пациентов лимфангиома исходила из корня брыжейки тонкой или толстой кишки. У остальных 24 (57,1 %) детей последняя исходила из брюшины. После лапароскопического выделения лимфангиомы последнюю пунктировали и отсасывали жидкостное содержимое с целью редукции ее размеров для помещения в контейнер и последующего удаления из брюшной полости. У двух (4,8 %) пациентов ввиду тесного сращения лимфангиомы с сосудами брыжейки толстой кишки после удаления образования возникло сегментарное нарушение кровоснабжения последней, потребовавшее лапароскопически ассистированной резекции толстой кишки с наложением анастомоза конец в конец. Лимфангиомы больших размеров, занимавшие всю брюшную полость были многокамерными и имели общий диаметр от 30 до 45 сантиметров. Вес варьировал в пределах 2,8–4,2 килограмма. У одного (2,4 %) пациента во время лапаротомии верхний полюс лимфангиомы был тесно спаян с нижней половиной селезенки. Попытка отделения образования привела к резко выраженному цианозу нижней половины селезенки вследствие нарушения ее кровоснабжения. Проведена резекция половины селезенки с помощью аппарата Ligasure и раневая поверхность оставшейся половины органа укрыта пластинами «Тахокомба». Кистозное образование удалено из брюшной полости вместе с частью селезенки. У всех детей ближайший и отдаленный послеоперационный периоды протекали без осложнений и рецидивов заболевания.

Выводы. В подавляющем большинстве случаев удаление лимфангиомы брюшной полости может быть выполнено лапароскопическим способом. Когда лимфангиома занимает всю брюшную полость показано удаление последней открытым способом. В случае тесного сращения лимфангиомы с внутренними органами технически возможно одномоментное удаление последней с сохранением большей части прилежащих органов брюшной полости, что потребовалось у 7,1 % пациентов.

ХОРИСТОМА У ДЕТЕЙ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Светлов В.В., Минько Т.Н., Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Б., Трухачев С.В., Иванов П.С.

Детская областная клиническая больница, Тверь

Цель настоящей работы: изучение показаний к оперативному лечению больных с эктопией поджелудочной железы в слизистую желудка (ЭПЖСЖ).

Материалы и методы. за период с 2007 по 2019 гг. в клинике детской хирургии на базе ДОКБ г. Твери находились на обследовании и лечении 68 детей с ЭПЖСЖ в возрасте от 2 месяцев до 18 лет. Всех пациентов беспокоили боли в животе с преимущественной локализацией в эпигастральной области. Изжога выявлена у 22 (32,0 %) пациентов, у 18 (26,4 %) гастроэзофагеальный рефлюкс и у 5 (7,3 %) больных — язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Основным методом диагностики ЭПЖСЖ является эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Хористома локализовалась в антральном отделе желудка по передней стенке ближе к большой кривизне, чаще на расстоянии 2–4 см от привратника. Она имела вид полиповидного образования округлой формы, на широком основании с узким или широким устьем протока на вершине, либо вид полулунной складки слизистой желудка с кратерообразным углублением в центре. Размеры составляли 0,5–0,8 см. в диаметре. Оперативное лечение выполнено 12 пациентам. Показанием к операции являлись наличие гастродуоденита с выраженным болевым синдромом и длительная малоэффективная консервативная терапия. Оперативное лечение проводилось лапароскопическим доступом. Место нахождения хористомы подтверждалось по световому пятну от введенного в желудок гастроскопа. Выполнялась резекция хористомы в пределах здоровых тканей. Рана ушивалась в поперечном направлении двухрядным швом. В удаленном материале ткань поджелудочной железы выявлена во всех 12 случаях. В 2 случаях определялось сдавление протоков, в одном — фиброз ткани железы и в одном — наличие тканей стенки двенадцатиперстной кишки. На ЭГДС, выполняемой на 8–9 сутки, определялась деформация передней стенки желудка в месте резекции в виде розетки из складок. При осмотре через 6 месяцев — умеренная деформация стенки и линейный либо звездчатый рубец, через год деформации стенки, дефектов, рубцов слизистой не определялось. Оперированные больные наблюдались до 1,5 лет. У всех 12 пациентов отсутствовали жалобы на боли в животе, исчезала изжога.

Выводы. Эктопия поджелудочной железы в стенку желудка является редким пороком развития, связанным с дизонтогенетической гетеротопией. Показанием к оперативному лечению являются проявления гастродуоденита, дисфагии, не поддающихся консервативной терапии. Анализ отдаленных результатов свидетельствует о правильности избранной оперативной тактики. Методом выбора является лапароскопическая резекция образования.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ МАТЕРИАЛОВ

Северинов Д.А., Липатов В.А., Гаврилюк В.П.

Курский государственный медицинский университет

Одной из главных и важных проблем современной абдоминальной хирургии, является разработка эффективных и малотравматичных способов остановки кровотечения при проведении операций на паренхиматозных органах брюшной полости. Зачастую от результатов выполнения таких оперативных вмешательств зависит жизнь детей и течение послеоперационного периода. Поэтому разработка малотравматичных методов остановки кровотечения, экспериментальная апробация и внедрение в клиническую практику новых эффективных биологически инертных и деградируемых кровоостанавливающих средств с целью остановки кровотечения при травмах паренхиматозных органов брюшной полости является перспективным направлением исследований.

Цель исследования заключается в сравнительной оценке гемостатической активности аппликационных губчатых кровоостанавливающих материалов в остром эксперименте *in vivo*.

Материалы и методы. В качестве материалов исследования использовали следующие образцы гемостатических материалов: Tachocomb (№1), Gelita-Spon Standard (№2), Surgicel Fibrillar (№3), образцы кровоостанавливающих губок, разработанные совместно с ООО «Линтекс» (г. Санкт-Петербург, Россия) на основе натрий-карбоксиметиллцеллюлозы (Na-КМЦ): Na-КМЦ+Транексамовая кислота, прессованный (№4), Na-КМЦ+Транексамовая кислота, непрессованный (№5), Na-КМЦ прессованный (№6), Na-КМЦ непрессованный (№7). Крысам под общим обезболиванием производили срединную лапаротомию, моделировали краевую резекцию левой доли печени (отсекали участок 10×5×5 мм). Кровотечение останавливали наложением тестируемых материалов. Оценивали объем кровопотери, (объем крови, выпитый одним образцом), время кровотечения. Для определения достоверности отличий применяли непараметрический критерий Манна-Уитни ($p \leq 0,05$).

Результаты. Наименьшие значения показателя «Время кровотечения» отмечаются в экспериментальных группах №4–№7. Среди образцов указанных групп отмечаются следующие статистически значимые отличия: значения образцов группы №4 в 1,5 раза больше образца №5; в 2,68 раза — группы №6; в 2,41 раза — группы №7. В свою очередь, значения образцов группы №7 меньше образцов группы №5 в 1,74 раза и на 4 секунды больше, чем в группе №6. При сравнении объема кровопотери в исследуемых группах, отмечается меньшее число статистически значимых отличий. Но значения образцов группы №2 значительно превышают значения всех экспериментальных групп.

Заключение. Применение локального непрессованного кровоостанавливающего средства на основе Na-КМЦ (с и без добавления транексамовой кислоты) при остановке кровотечения после краевой резекции печени лабораторных животных (крысы) не уступает внедренным в клиническую практику аппликационным гемостатическим средствам. Это проявляется быстрой остановкой кровотечения, а, следовательно, и малой кровопотерей.

МОНОЛАТЕРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ У ПОДРОСТКОВ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Седых С. В., Зуев Е. В., Раковский С. М.

Областная детская больница, Липецк

Актуальность. Артроскопические операции в настоящее время являются методом выбора хирургического лечения травматических повреждений коленного сустава у подростков. При этом многокомпонентная анестезия с ИВЛ не соответствует современным научным воззрениям и требованиям [Kuner R. 2010]. Риски рутинного обезболивания превышают таковые артроскопического оперативного вмешательства, не обеспечивая при этом необходимый уровень ноцицептивной защиты пациентов [R.S. Holzman, 2015]. Оптимальным методом представляется монолатеральная спинальная анестезия (МСА), впервые описанная Е. Rugheimer в 1959 году [Rugheimer E., 1959].

Материалы и методы. В период с 2017 по 2019 гг. включительно МСА для обезболивания артроскопических операций на коленном суставе выполнили у 102 подростков в возрасте от 14 до 18 лет, средний возраст $16+0,73$. Преобладали юноши — 91 (89,2 %), девушек было 11 (10,8 %). Контрольную группу составили 73 подростка, у которых была выполнена многокомпонентная анестезия с ИВЛ (ОА), различия между группами по полу, возрасту и спектру выполненных вмешательств недостоверны ($p < 0,05$). МСА выполняли в положении пациента «на боку» на стороне оперативного вмешательства. В межостистом промежутке L4 — L5 или L3 — L4 выполняли спинальную пункцию иглой диаметром G25 — G27, срез иглы направлен в сторону оперируемой конечности. После получения спинномозговой жидкости интратекально медленно (60–90 сек.) вводили маркаин спинал хэви 0,5 % в объеме 6–9 мг, в зависимости от антропометрических данных пациента. Через 5–10 минут пациента укладывали в операционное положение «на спине».

Результаты и обсуждение. В группе ОА по сравнению с группой МСА отмечено более длительное пребывание пациента в операционной как до вмешательства (+9,4 минуты; $p < 0,001$), так и после окончания операции (+12,7 минуты; $p < 0,001$); более частые интраоперационные нарушения центральной гемодинамики и гомеостаза (27 [15,6 %] против 2 [0,9 %], $p < 0,001$); более длительное пребывание пациента в стационаре (у не амбулаторных пациентов) после операции (+2,5 дня; $p = 0,001$); большее число инфекционных осложнений (5 [2,7 %] против 0 [0 %]; $p = 0,005$). Различий в продолжительности операции отмечено не было ($p > 0,05$). Аналогичные выводы, свидетельствующие о преимуществе МСА, сделаны и другими авторами [А.С. Козырев и соавт., 2010; М.Д. Иванов и соавт., 2014].

Выводы и рекомендации. Техника МСА при артроскопических операциях у подростков обеспечивает достаточную сенсорную и моторную блокаду с соответствующим уровнем обезболивания, позволяет уменьшить число осложнений и длительность пребывания подростка в стационаре. Методика может быть рекомендована в качестве метода выбора для хирургического лечения указанного контингента пациентов.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАССЕКАЮЩЕГО ОСТЕОХОНДРИТА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОСТИМУЛЯЦИИ

Семенов А.В., Коротеев В.В., Исаев И.Н., Выборнов Д.Ю.

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

Актуальность. Рассекающий остеохондрит — это повреждение субхондральной кости, приводящее к ее отслоению и секвестрации отдельно или вместе с суставным хрящом с возможным формированием свободного костно-хрящевого фрагмента. Поздние стадии заболевания сопряжены с высоким риском формирования раннего артроза коленного сустава даже при применении современных методик лечения, лечение ранних стадий рассекающего остеохондрита приводит к полному заживлению очага гораздо чаще. Главной методикой лечения ранней стадии заболевания является стимуляция репарации очага за счет его рассверливания трансхондрально или ретроартикулярно.

Одним из веществ, стимулирующих репарацию костной и хрящевой тканей, является плазма, обогащенная тромбоцитами (PRP). Эффективность PRP в усилении костной репарации при лечении замедленной консолидации переломов была доказана в рандомизированных контролируемых исследованиях, однако до сих пор в мировой литературе отсутствуют данные о применении PRP в очаге рассекающего остеохондрита у детей.

Материалы и методы. Исследование относится к серии случаев. Данное исследование посвящено предварительной оценке эффективности введения PRP в очаг остеохондрита и на данный момент не имеет контрольной группы и группы сравнения. Все дети проходили комплексную диагностику, включавшую рентгенографию в трех проекциях: фронтальная, сагиттальная, а также notch-проекция; МРТ в режимах PDFS, T2 FatSat, T1; МСКТ. Одному ребенку проводилось T2-картирование хряща. В исследование на данный момент включены 8 детей с рассекающим остеохондритом, 2 мальчика и 6 девочек, средний возраст составил 12,5 лет. Оценка стадии производилась по МРТ-классификации Hughes, все дети имели стадии 1–2, средний размер очага составлял 1,31 см² по площади, измеренной на МРТ в сагиттальной и фронтальной проекциях в PDFS-режиме. У 6 из 8 пациентов очаг находился в типичной локализации в заднелатеральных отделах медиальной мыщелка бедренной кости, у 2 — в области латерального мыщелка. Всем детям выполнена артроскопия, антероградное рассверливание очага с внутриочаговым введением PRP, приготовленной с помощью buffy-coat-based методики путем двойного центрифугирования. Контрольное обследование проводилось по схеме: МРТ через 3, 6, 12 месяцев после операции, КТ через 6 месяцев после операции. Клинический осмотр и анкетирование: 3, 6, 12 месяцев с момента операции.

Результаты. Критериями оценки явились показатели МРТ, КТ и анкетирование детей с помощью анкет PEDI-IKDC и SF-36. К 3 месяцам заживление на МРТ было достигнуто у 6 из 8 детей, у оставшихся 2 детей полное заживление было достигнуто к 6 месяцам после оперативного лечения по МР-критериям. Клиническая оценка по шкалам показала умеренное улучшение к 3 месяцам и заметное улучшение к 6 месяцам после операции.

Заключение. Предварительные результаты применения методики прямой биостимуляции очага показывают ее эффективность и безопасность при применении у детей при ранних стадиях рассекающего остеохондрита.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДВУСТОРОННИМ ГИДРОНЕФРОЗОМ IV СТЕПЕНИ

Сергеева С.В., Николаев С.Н., Левитская М.В., Меновщикова Л.Б., Шумихин В.С.

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

Цель: оценить эффективность применяемого алгоритма ведения детей раннего возраста с гидронефрозом IV степени с двух сторон.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 4 детей (8 почек) в возрасте до 1 года, находившихся на лечении в отделении хирургии новорожденных ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с 2012 г. по 2019 г. с диагнозом двусторонний гидронефроз IV степени (по классификации фетальных урологов). Соотношение мальчиков к девочкам 3:1 (75 %:25 %). Основные методы обследования: УЗИ органов мочевыделительной системы с доплерографией, антеградная пиелография, микционная цистоуретрография, статическая нефросцинтиграфия. Первый этап хирургического лечения — предварительное отведение мочи (пункционная нефростомия). Всем детям выполнена операция Хайнес-Андерсена-Кучера с двух сторон: 4 почки открытым доступом, 4 — лапароскопическим. В послеоперационном периоде дренирование лоханки: 4 почки (50 %) — JJ-стентом, 4 (50 %) — была оставлена пиелостомическая трубка.

Результаты. Отдалённые результаты изучены у всех больных. Оценка результатов предварительного отведения мочи проводилась по следующим критериям: УЗИ-улучшение кровотока, прирост паренхимы, сокращение размеров лоханки, качество и количество выделенной мочи, наличие инфекционных осложнений. В 1 случае (1 почка, 12,5 %) отмечалось осложнение при нефростомии в виде затека мочи в плевральную полость. Длительность ношения нефростомы составила в среднем $83,5 \pm 78,5$ дней (5–180 дней). Критерии оценки эффективности лечения: восстановление уродинамики (УЗИ), восстановление функции почки (РИИ статическое, выполненное через 1 год после пиелопластики) и наличие инфекционных осложнений. Паренхима оперированной почки выросла в среднем в 3 раза (в 2,3–3,5 раза, $6,8 \pm 1,3$ мм), лоханка сократилась в 5,7 раз (в 3,75–11 раз, $5,5 \pm 2,5$ мм). Восстановление интраренального кровотока до кортикального слоя включительно отмечено в 87,5 % (7 почек) случаев. Секреторная функция почек сохранялась на уровне нижней границы референтных значений нормы.

В 1 случае (1 почка, 12,5 %), не смотря на проведенное лечение, сохраняется расширение собирательной системы почки без выраженного нарушения интраренального кровотока и функции почки.

Заключение. Предварительное отведение мочи является вариантом выбора первого этапа срочной хирургической помощи детям раннего возраста с ГН IV степени с двух сторон. Это позволило нам получить хорошие отдалённые результаты лечения в 87,5 % случаев, что свидетельствует об успешно разработанном алгоритме ведения данной группы больных.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

*Симонян Г.В., Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р., Мифтяхетдинова О.В.,
Соболевский А.А., Старостина И.Е.*

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва

Актуальность. Более 1 % всех случаев МКБ зарегистрированы у пациентов в возрасте до 18 лет.

Возникновение МКБ в детском возрасте является фактором повышенного риска рецидива заболевания. Выбор оптимального метода удаления камней является одним из условий, предотвращающим рецидивы заболевания.

Материалы и методы. В данной работе представлены результаты оперативного лечения пациентов с МКБ в возрасте от 4 мес. до 16 лет. За период наблюдения с 2012 по 2019 год оперативные вмешательства выполнены 95 пациентам. ДУВЛТ выполнялась на аппарате Siemens Lithoskop. КУЛТ выполнялась с помощью детского уретерореноскопа 9–11,5 Ch и применением гольмиевого лазера 20 Вт или пневматического литотриптора. ПНЛТ выполнялась в положении пациента на животе. Использовался детский нефроскоп диаметром 11Ch, 16Ch. Для разрушения конкремента применялась пневматическая литотрипсия.

Результаты. Дистанционная ударноволновая литотрипсия применялась для удаления конкрементов размерами до 15 мм расположенных в ЧЛС (35), либо в мочеточнике (13). 9 пациентам потребовалось повторное ДУВЛТ крупных фрагментов. Установка внутреннего стента потребовалась у 8 пациентов. КУЛТ понадобилось у 4 пациентов. Трансуретральная контактная литотрипсия применялась у 13 пациентов. 4 пациентам, как уже упоминалось, после ДУВЛТ. 7 пациентам КУЛТ выполнялась для удаления камней нижней и средней трети мочеточника размерами до 0,8 см. 2 пациентам производилось удаление конкрементов размерами 0,8–1,1 см в средней и верхней трети мочеточника.

Перкутанная нефролитотрипсия. ПНЛТ выполнено 34 пациентам: у 6 пациентов имелись множественные конкременты в почке, у 11 пациентов размеры камня были до 1,5 см, у 8 — размеры конкремента варьировали от 1,5 до 2 см, у 7 — камни были коралловидными размерами более 2 см, у 1 пациента удалялись лигатурные камни после предшествующей пластики ЛМС, у 1 пациента удалялись камни и выполнялась эндопиелотомия после предшествующей пластик ЛМС.

У 6 пациентов с коралловидными камнями в послеоперационном периоде определялись резидуальные конкременты, что в последующем потребовало выполнения ДУВЛТ.

Выводы. Применение современных возможностей хирургического лечения мочекаменной болезни является эффективным и безопасным у пациентов детского возраста. В зависимости от размеров, расположения, характеристик конкремента, строения и состояния почек и мочевыводящих путей необходимо тщательный подбор хирургического пособия для достижения оптимальных результатов.

Рекомендации. На основании полученных данных нами выработан алгоритм оперативного лечения МКБ у детей. ДУВЛТ: лоханка (до 8 мм без дренирования, до 15 мм при дренировании ВМП), верхняя и средняя треть мочеточника. КУЛТ: нижняя треть мочеточника, либо крупные конкременты средней и верхней трети, либо «каменная дорожка» после ДУВЛТ. ПНЛТ: коралловидные, крупные, множественные камни, лигатурные камни, вторичные камни на фоне нарушенного оттока мочи после пластических операций.

АНДРОГЕНПОЗИТИВНЫЕ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫЕ КЛЕТКИ В СТЕНКИ ЯИЧКОВОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ

Сичинава З.А.¹, Колесников В.И.¹, Сизонов В.В.², Кравцов Ю.А.¹

¹ Дальневосточный федеральный университет, Владивосток

² Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Актуальность. При варикоцеле отмечается многократное увеличение концентрации тестостерона в яичковой вене по сравнению со здоровыми мужчинами. Известен вазодилатирующий эффект высоких концентраций тестостерона, реализации которого способствует его взаимодействие с андрогеновыми рецепторами в сосудистой стенке.

Материалы и методы. Нами проведены иммуногистохимические исследования венозной стенки яичковой и экстрагенитальных вен 16 пациентов с варикоцеле полученных при выполнении сувингинальной варикоцелэктомии с использованием моноклональных антител к рецепторам андрогена (Clone AR 441, «Dako»). ИГХ-реакцию проводили с использованием системы детекции EnVision Flex на Autostainer Link48. Докрашивание срезов осуществляли гематоксилином Майера. Препараты исследовали под микроскопом (Olympus BX41) с фотофиксацией (Olympus DP12). Проведено морфометрическое исследование с подсчетом соотношения андроген рецепторов (АР) позитивных и АР-негативных гладкомышечных клеток (ГМК), при постоянном увеличении микроскопа $\times 400$, не менее чем в 8–10 полях зрения средней оболочки каждой вены. Поле зрения при этом увеличении микроскопа охватывало в среднем около 60–80 ГМК крупных вен.

Результаты. При исследовании яичковой вены объемная доля АР-позитивных ГМК составила 85,6 % [79,1; 92,2], экстрагенитальных вен 56,7 % [48,1; 59,3]. Наши исследования выявили увеличение ($p < 0,02$) концентрации АР позитивных ГМК в стенке яичковых вен по сравнению с экстрагенитальными венами тех же пациентов.

Заключение. Высокая объемная доля андроген-позитивных ГМК стенки яичковой вены создает условия для реализации вазодилатирующего эффекта высоких концентраций тестостерона, что можно рассматривать в качестве дополнительного механизма, усиливающего гемодинамические нарушения в бассейне тестикулярной вены при варикоцеле.

РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

*Соколов С.В., Морозов Е.В., Анфиногенов А.Л., Щедров Д.Н., Бунин И.В.,
Андреев А.И., Лобанова А.Н.*

Областная детская клиническая больница, Ярославль

Актуальность. Острый аппендицит является самым актуальным заболеванием в ургентной детской хирургии. Несмотря на внедрение организационных принципов, направленных на предотвращение поздней диагностики аппендицита у детей и современных методов исследования, частота встречаемости осложнений, обусловленных перфорацией червеобразного отростка, остается по-прежнему высокой, преобладая в младшей возрастной группе.

Материал и методы. Основу исследования составили результаты лечения 771 ребенка в возрасте от 1 до 16 лет (медиана — 10 лет, межквартильный размах: от 8 до 14 лет) с диагнозом «Острый аппендицит» в период с 2017 по 2019 год. Осложненные формы заболевания (ОА), включавшие отграниченный и неотграниченный перитонит, диагностированы у 111 (14 %) детей, неосложненные (НОА) — у 660 (86 %) пациентов. Проанализирована частота развития осложнений в зависимости от возраста детей и давности заболевания.

Результаты и обсуждение. Встречаемость осложненных форм аппендицита уменьшалась пропорционально увеличению возраста: младше 3 лет — 35 %; 3–7 лет — 21 %; 8–13 лет — 12 %; старше 13 лет — 10 % ($p = 0,0003$, критерий χ^2). Медиана давности заболевания при осложненных формах превышала данный показатель в группе детей без перфорации аппендикса ($p < 0,001$, критерий Манна-Уитни) во всех возрастных группах (младше 3 лет: ОА — 74 часа, НОА — 19 часов; 3–7 лет: ОА — 50 часов, НОА — 23 часа; 8–13 лет: ОА — 41 час, НОА — 21 час; старше 13 лет: ОА — 37 часов, НОА — 19 часов). Сроки диагностики осложненного аппендицита уменьшались по мере повышения возраста пациентов, без значимой взаимосвязи ($p = 0,09$; $r = -0,16$, метод Спирмена). Встречаемость отграниченных и неотграниченных форм осложненного аппендицита также не имела значимых различий ($p = 0,26$, критерий χ^2) у детей разного возраста (младше 3 лет: отграниченный — 55 %, неотграниченный — 45 %; 3–7 лет: отграниченный — 47 %, неотграниченный — 53 %; 8–13 лет: отграниченный — 35 %, неотграниченный — 65 %; старше 13 лет: отграниченный — 57 %, неотграниченный — 43 %). Минимальная давность заболевания при осложненном аппендиците у детей в возрасте младше 3 лет составила 26 часов, 3–7 лет — 26 часов, 8–13 лет — 17 часов, старше 13 лет — 14 часов, причем 5-й перцентиль для детей 8–13 лет составил 20 часов, старше 13 лет — 25 часов.

Выводы и рекомендации. Одной из причин повышенной встречаемости осложненных форм острого аппендицита у пациентов младшей возрастной группы является поздняя диагностика заболевания. Взаимосвязи отграничения воспалительного процесса с возрастом детей в настоящем исследовании выявлено не было. Осложненные формы заболевания развиваются при давности более 14 часов (у 95 % детей — более 20 часов).

ДИНАМИКА УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ АБОРТИВНОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

*Соколов С.В., Сазонова А.А., Нестеров В.В., Анфиногенов А.Л., Луговкин А.В.,
Виноградова А.А., Осетрова Ю.М.*

Областная детская клиническая больница, Ярославль

Актуальность. Ультразвуковое исследование (УЗИ) является быстрым высокоточным методом инструментальной диагностики острого аппендицита. Комплексная оценка прямых и косвенных ультрасонографических симптомов воспаления червеобразного отростка обладает специфичностью в отношении уточнения диагноза, близкой к абсолютной. Прогрессирование изменений, выявляемое в результате динамической ультрасоноскопии, зачастую, определяет показания к хирургическому лечению, минимизируя риск гипердиагностики. При этом изменения, характерные для пациентов с регрессией клинико-лабораторных симптомов, изучены недостаточно.

Материал и методы. Исследование проведено на основании данных УЗИ 38 пациентов (25 (66 %) мальчиков, 13 (44 %) девочек) в возрасте от 4 до 17 лет (Me = 13 лет; LQ = 10 лет; UQ = 15 лет), имевших при обращении клинико-лабораторные признаки острого аппендицита (более 5 баллов по шкале Альварардо: Me = 7 баллов; LQ = 6 баллов; UQ = 8 баллов). Критериями включения были: зарегистрированное уменьшение выраженности и количества признаков острого аппендицита по данным УЗИ и полная регрессия заболевания на фоне консервативного лечения (антибактериальной — у 28 (74 %) детей, спазмолитической и противовоспалительной терапии у 14 (37 %) пациентов). Сравнение количественных признаков осуществляли на основании критерия Уилкоксона, частот встречаемости — на основании точного критерия Фишера.

Результаты и обсуждение. При первичном обследовании медиана диаметра червеобразного отростка составила 9 мм (LQ = 8 мм; UQ = 9 мм), медиана толщины его стенки — 3 мм (LQ = 3,5 мм; UQ = 4,5 мм), отек брыжеечки червеобразного отростка зарегистрирован в 16 (42 %) исследованиях, реактивное изменение сальника вокруг червеобразного отростка — в 15 (39 %). У 24 (63 %) детей содержимое просвета было неоднородным. Спустя 1–12 дней (Me = 2 дня; LQ = 1 день; UQ = 4 дня), на фоне уменьшения выраженности клинических симптомов, указанные показатели составили: медиана диаметра червеобразного отростка — 8 мм (LQ = 7 мм, UQ = 9 мм), $p = 0,0027$; медиана толщины стенки — 2,6 мм (LQ = 1,8 мм, UQ = 3,5 мм), $p = 0,2$; отек брыжеечки — 18 (47 %), $p = 0,82$, реакция сальника — 7 (18 %), $p = 0,02$. При контрольном обследовании у 36 детей медиана диаметра червеобразного отростка составила 6 мм (LQ = 5 мм; UQ = 7 мм), $p < 0,0001$; медиана толщины стенки — 2 мм (LQ = 1,6 мм; UQ = 2,5 мм), $p = 0,0166$. Реакции сальника и отека брыжеечки выявлено не было. В 2 наблюдениях сохраняющееся утолщение стенки расценено как проявления хронического аппендицита.

Выводы и рекомендации. Ультразвуковые признаки являются объективным отражением регресса воспалительных изменений при abortивном течении острого аппендицита.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРИ АБОРТИВНОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Соколов С.В., Сазонова А.А., Нестеров В.В., Анфиногенов А.Л., Троицкий С.А., Гогин В.Н., Лобанова А.Н.

Областная детская клиническая больница, Ярославль

Актуальность. В настоящее время хирургический метод считается оптимальным при лечении острого аппендицита у детей. Консервативная тактика, основанная на антибактериальной терапии, сопряжена с повышенным риском развития осложнений. Однако высокая частота успешного безрецидивного консервативного лечения, указываемая некоторыми авторами, дает основания выработать диагностические критерии, на основании которых хирургического вмешательства, не смотря на воспаление червеобразного отростка, можно избежать.

Материал и методы. Основу исследования составили результаты лечения 38 детей в возрасте от 4 до 17 лет (Me = 13 лет; LQ = 10 лет; UQ = 15 лет). Критериями включения были клиничко-лабораторные признаки острого аппендицита при обращении: более 5 баллов по шкале Альварado (Me = 7 баллов; LQ = 6 баллов; UQ = 8 баллов) и последующая их регрессия на фоне лечения, подтвержденные результатами динамической ультрасонографии (уменьшение диаметра червеобразного отростка, толщины его стенки, отека брыжеечки червеобразного отростка, реактивных изменений сальника). 28 (74 %) пациентов получали антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия, 14 (37 %) — спазмолитическую терапию, 2 (5 %) — нестероидные противовоспалительные препараты. Критериями исключения были прогрессирование клинических, лабораторных и ультрасонографических признаков заболевания с последующим хирургическим вмешательством. Изучена динамика клинических симптомов при abortивном течении острого аппендицита.

Результаты и обсуждение. Медиана давности заболевания при поступлении составила 22 часа (LQ = 10 часов; UQ = 43 часа). На 1–9 день (Me = 2 дня; LQ = 2 дня; UQ = 2 дня) зарегистрирована регрессия клинических симптомов ($p < 0,0001$, критерий Уилкоксона), с сохранением у 17 (45 %) детей локальной болезненности в правой подвздошной области (у 5 из них сопровождавшейся умеренным лейкоцитозом). Полное купирование клиничко-лабораторных симптомов зарегистрировано на 3–22 сутки (Me = 6 дней; LQ = 5 дней; UQ = 8 дней) от госпитализации у всех пациентов, у 2 (5 %) из них, ввиду сохранявшегося неравномерного утолщения стенки червеобразного отростка и копролитов в просвете, констатировано наличие хронического аппендицита, рекомендовано хирургическое лечение в плановом порядке.

Выводы и рекомендации. Abortивное течение острого аппендицита на фоне консервативной терапии позволяет избежать хирургического лечения. Критериями оценки воспалительных изменений червеобразного отростка в случае регрессии заболевания могут являться клиничко-лабораторные признаки в сочетании с данными ультрасонографии.

РЕЗЕКЦИЯ КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНО ИЗМЕНЕННЫХ НИЖНЕЙ ДОЛИ И ЯЗЫЧКОВЫХ СЕГМЕНТОВ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО С ВНУТРИДОЛЕВОЙ СЕКВЕСТРАЦИЕЙ СЛЕВА ТОРАКОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

*Соколов Ю.Ю.¹, Хаспеков Д.В.², Сар А.С.², Прутова О.Р.², Кузнецова Е.В.²,
Рогачева О.А.², Гогичаева А.А.²*

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

² Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

Продолжающееся бурное развитие миниинвазивных технологий в полной мере относится к совершенствованию техники и расширению возможностей использования эндохирургического доступа в хирургическом лечении самых сложных заболеваний.

Мальчик 2 лет. Впервые диагноз установлен антенатально — на 18 неделе, при ультразвуковом обследовании. Ребенок наблюдался по месту жительства. Поступил в отделение торакальной хирургии больницы св. Владимира, где при обследовании выявлено наличие внутридолевой секвестрации с кистозно-аденоматозно измененными нижней долей и язычковыми сегментами слева.

Ребенок оперирован торакоскопическим доступом.

Выполнена раздельная интубация в правый главный бронх. Наложен щадящий карбокси-торакас — Р 7см.водн. ст., поток 3л/мин. Установлены 4 торакопорта.

Первым этапом мобилизована сосудистая ножка секвестра. В ходе операции выявлено, что от грудной части аорты отдельными стволами отходят три крупных артериальных сосуда, идущих к внутридолевому секвестру. Сосуды раздельно клипированы клипсодержателем Hem-o-lok и пересечены с помощью аппарата Enseal.

Следующим этапом выделена нижняя легочная вена, также клипирована и пересечена.

Далее мобилизована артериальная «гусиная лапка» и раздельно обработаны артерии базальной пирамиды, S6, S4,5. Выделены отходящие от верхней легочной вены V4,5, клипированы и пересечены. Выделен бронх язычковых сегментов, пересечен между клипсами.

Последним этапом операции с помощью аппарата ESHELON был прошит и пересечен нижнедолевой бронх. Резецированную часть легкого удалили через расширенный до 2 см порт.

Операционное время составило 180 мин. Кровопотери не было. Сутки ребенок провел в ОРИТ. Активизирован на 2-е сутки. Выписан на 8-е сутки после операции.

Данная видеодемонстрация иллюстрирует возможность проведения сложных резекций легких, осложненных сопутствующей патологией, у детей младшего возраста с использованием торакоскопического доступа.

Данные вмешательства стали возможными благодаря развитию современных технологий обработки крупных сосудов, резекционной техники.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Шувалов М.Э., Уткина Т.В., Митрофанова И.К., Антонов Д.В.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Кольцевая поджелудочная железа (КПЖ) в большинстве случаев вызывает полную или частичную непроходимость двенадцатиперстной кишки (ДПК) у новорожденных. Однако в ряде случаев КПЖ может приводить к развитию синдрома хронической дуоденальной непроходимости (ХДН) в более старшем возрасте.

Цель исследования: уточнить клинические проявления и варианты хирургического лечения КПЖ у детей старшего возраста.

Материалы и методы. За 15 летний период были оперированы 8 пациентов с ХДН, обусловленной КПЖ. Возраст больных был от 2,5 до 15 лет, соотношение мальчики/девочки было — 3/5. Диспептические явления (отрыжка, рвоты, срыгивания) наблюдались с рождения — у 5, с возраста 6 лет — у 1, с 13 лет — у 2 детей. Дефицит массы тела отмечен у всех больных. При ультразвуковом исследовании и спиральной компьютерной томографии увеличение размеров головки поджелудочной железы выявлено у 4 больных. Предположить диагноз КПЖ позволили рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта, дополненное релаксационной дуоденографией. Окончательный диагноз КПЖ всем детям был установлен только на операции. Наложение дуодено-дуоденоанастомоза по Кимура выполнено 2 детям. Обходной проксимальный дуодено-дуоденоанастомоз по Ру использован в 3 наблюдениях. Выключение ДПК путем антрумэктомии выполнено в 3 случаях, из них по поводу аномалий желчных протоков у 2 больных потребовалась симультанная резекция холедоха с наложением гепатико-дуоденоанастомоза с выключенной по Ру петлей тонкой кишки.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде явления анастомозита отмечены у 2 больных. В отдаленные сроки после дуодено-дуоденостомии по Кимура у 1 больного сохранялись явления дуоденостаза, что потребовало выполнения повторного оперативного вмешательства: наложения обходного дуодено-дуоденоанастомоза по Ру. Явления ХДН были купированы во всех случаях.

Выводы. Одной из редких причин развития синдрома ХДН у детей и подростков может являться КПЖ. Традиционный дуодено-дуоденоанастомоз по Кимура у старших детей может быть неэффективен, что требует применения обходных анастомозов. При выборе объема хирургического вмешательства следует учитывать наличие сочетанных аномалий развития.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КИСТОЗНЫХ РАСШИРЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ

Соколов Ю.Ю., Туманян Г.Т., Ефременков А.М., Уткина Т.В., Митрофанова И.К.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Диагностика и хирургическое лечение кистозных расширений желчных протоков (КРЖП) у детей остается актуальной проблемой. Раннее оперативное лечение позволяет избежать развития таких осложнений, как холангит, панкреатит, перфорация желчных протоков, холедохолитиаз и билиарный цирроз печени.

Цель исследования: изучить клиничко-анатомические варианты КРЖПу детей разных возрастных групп.

Материалы и методы. С 2005 по 2020 годы в клиниках детской хирургии РМАНПО были оперированы 74 ребенка с КРЖП в возрасте от 2 мес. До 17 лет. Из них девочек было 51 (68,9 %), мальчиков — 23(31,1 %). Для уточнения анатомического варианта порока развития желчных протоков были применены ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная холангиография, в ряде случаев — ретроградная холангиопанкреатография. В зависимости от возраста на момент операции пациенты были разделены на три группы: <1 года (группа I, $n = 9$), 1–3 года (группа II, $n = 32$) и старше 4-х лет (группа III, $n = 33$). В каждой группе были проанализированы анатомическая форма порока, клинические и лабораторные данные, исходы хирургического лечения. Всем детям было проведено лапароскопическое иссечение внепеченочных желчных протоков с последующим наложением билидигестивного соустья: гепатикоюноанастомоза с выключенной по Ру петель тонкой кишки — в 58 (78,4 %) случаях, гепатикодуоденоанастомоза — в 16 (21,6 %).

Результаты. При анализе данных инструментальных методов исследования шарообразные кисты холедоха выявлены у 28 (68,3 %) детей грудного и младшего возраста, в то время как веретенообразные КРЖП диагностированы у 26 (78,8 %) детей старшего возраста. Отмечались значительные различия в клинических проявлениях между группами. Билиарная обструкция и явления холангита встретилась у 30 (73,2 %) больных детей до 3 летнего возраста, тогда как явления рецидивирующего панкреатита были отмечены у 28 (87,5 %) пациентов II группы и 33 (100 %) больных III группы. Послеоперационные осложнения имели место у 10 (13,5 %) больных, из них несостоятельность билидигестивного анастомоза отмечена у 4 детей, длительное желчеистечение по дренажу — у 2 детей, кишечная непроходимость — у 2, биллома в подпеченочном пространстве — у 1. ребенка. Осложнения возникли у 8(24,2 %) больных III группы, тогда как у детей младшего возраста осложнения отмечены только в 2(4,9 %) наблюдениях.

Выводы. Клиничко-анатомические варианты КРЖП различаются в разных возрастных группах: у детей младшего возраста чаще встречаются шарообразные кисты холедоха, у больных старшего возраста — веретенообразный тип кистозного расширения желчных протоков. В клинической картине у детей до 3 лет преобладают явления холестаза, тогда как у больных старшего возраста превалируют симптомы рецидивирующего панкреатита. Осложнения раннего послеоперационного периода встречаются чаще у детей старшего возраста, что требует более ранней хирургической коррекции порока развития.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБЕНКА Л. ТРЕХ ЛЕТ С ЧАСТИЧНЫМ ПЕРЕКРУТОМ ЛЕВОГО ЯИЧНИКА

Солдатова Д.С.¹, Ришт Д.О.²

¹ Курский государственный медицинский университет, Курск

² Курская областная детская больница №2, Курск

Диагностика «острого» живота у детей младшей возрастной группы, является самой сложной и опасной задачей, встающей перед детскими хирургами. Так же эта задача усложняется «омоложением» диагнозов не характерных в широком смысле для детского возраста. Пациентка Л. 3 лет поступила в приемное отделение КОДБ №2. Anamnesis morbi: со слов матери больна около 1,5 суток, когда стала отмечать беспокойство ребенка, выражающееся периодическим взрывным плачем, трехкратной рвотой и повышением температуры тела до 37,4°. Аппетит снижен. Стул не нарушен. Anamnesis vitae: без особенностей. При осмотре: периодическое беспокойство ребенка сменялось периодами благополучия, на осмотр реагировала негативно. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание, гемодинамика стабильные. ЧДД 23/1 мин. ЧСС 98/1 мин. Язык чистый, влажный. Живот обычной конфигурации, не вздут, при глубокой пальпации болезненный в правой подвздошной области. Симптом раздражения брюшины положительный: Щеткина-Блюмберга. Аппендикулярные: Ровзинга, Ситковского Бартолье-Михельсона сомнительные. Температура тела — 37,2°. Уровень лейкоцитов $7,4 \times 10^9/\text{л}$, без нейтрофильного сдвига. ОАМ — без патологии. После общего осмотра и лабораторных исследований была исключена острая инфекционная патология. На первое место в дифференциальной диагностике вышел острый аппендицит, из-за типичной локализации болезненности при пальпации, а также наличие положительных симптомов раздражения брюшины и трехкратной рвоты. Однако, сомнения вызывали: характер болевого синдрома — спастический, болезненность при глубокой пальпации живота и отсутствие лейкоцитоза с повышением палочкоядерных нейтрофилов.

Решающее значение имело УЗИ ОБП: со стороны паренхиматозных органов патологии не выявлено. Мочевой пузырь наполнен, выпот в малом тазу однородный анэхогенный до 5 мл высотой. При сканировании в правой подвздошной области лоцируется округлая структура, с четкими, неровными контурами, структура не однородная, за счет включения мелких анэхогенных кистозных образований до 2–3 мм — фолликулы. Строма повышенной эхогенности. Размеры образования 25×19×21мм. При доплерографии кровотоков ослаблен. Матка в виде тяжа размеры: длина 26, ширина 10мм толщина 5 мм. Левый яичник не лоцируется. Диаметр червеобразного отростка 4 мм. Заключение. частичный перекрут правого яичника.

При оперативном лечении, диагноз подтвержден: неполный перекрут правого яичника на 180 градусов. Произведена деторсия яичника, последний признан жизнеспособным.

Учитывая данный клинический опыт можно сделать вывод о многогранности заболеваний являющихся причиной синдрома «острого живота» и не соответствии возрастной нормы для тех или иных диагнозов. Частота перекрута яичников для девочек 3 лет по мнению ряда авторов составляет лишь 0,1 %. При анализе литературы в нашей стране описан случай перекрута яичника у 6 летней девочки что так же свидетельствует об «омоложении» данного диагноза.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ У ДЕТЕЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Соттаева З.З., Меновщикова Л.Б., Гуревич А.И., Джаватханова Р.И.

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

Актуальность. Дисфункция мочевого пузыря — эвакуаторное нарушение, которое чаще всего встречается в детском возрасте, при которой отсутствуют различные проявления миелодисплазии. Чаще всего эти нарушения проявляются затруднением мочеиспускания и запорами, в сочетании с недержанием мочи и каломазанием, что в детском возрасте является актуальной медико-социальной проблемой.

В патогенезе эвакуаторных расстройств органов малого таза большое значение имеет состояние тазового дна как единой структурно-функциональной единицы в интегрированной функции актов мочеиспускания и дефекации. Поэтому поиск новых, неинвазивных методов оценки функции тазового дна является актуальным. Таким методом является динамическая трансперинеальная ультрасонография. Метод основан на измерении заднего уретровезикального угла в покое и во время проведения функциональных проб с удержанием и с натуживанием. Отклонение шейки мочевого пузыря к крестцу при натуживании, уменьшение заднего уретро-везикального угла с укорочением уретры, отсутствие движения шейки мочевого пузыря с уретрой или неумение выполнять волевые упражнения рассматривались как признаки парадоксальных движений тазового дна.

Цель исследования: обосновать использование динамической трансперинеальной ультрасонографии у детей с дисфункцией мочевого пузыря для определения дальнейшей тактики лечения.

Материалы и методы. Диагностический протокол помимо динамической трансперинеальной ультрасонографии включает трехкратную урофлоуметрию с ЭМГ мышц промежности с обязательным определением остаточной мочи. Средний возраст пациентов составил $8,9 \pm 3,1$ года. Клинически нарушения проявлялись натуживанием, напряжением мышц передней брюшной стенки во время мочеиспускания и дефекации у 55 детей (42,9 %), увеличением продолжительности мочеиспускания, ощущением «препятствия» во время микции у 58 детей (45,3 %), прерывистым мочеиспусканием или мочеиспусканием типа «стакато» в сочетании с повышением активности мышц тазового дна по данным ЭМГ у 87 детей (68 %). У всех детей по данным УЗИ определялась остаточная моча от 20 до 40 %. У 40 (31,2 %) детей отмечалось снижение объемной скорости мочеиспускания (в среднем на 37 ± 12 %). Запоры/каломазание, чувство неполного опорожнения кишечника выявлено у 64 (50 %) детей.

У всех детей, страдающих дисфункцией мочеиспускания, независимо от пола и возраста, исходно задний уретровезикальный угол в покое был увеличен до $135 \pm 5^\circ$. Во время исследования при функциональной пробе с натуживанием происходило отклонение шейки мочевого пузыря к крестцу, задний уретровезикальный угол уменьшался, уретра укорачивалась. Это объясняется неправильными сокращениями мышц тазового дна. Некоторые дети не умели выполнять упражнения волевого сокращения мышц, что также расценивалось как дисфункция мышц тазового дна.

Вывод. Метод динамической трансперинеальной ультрасонографии является обязательным для проведения при дисфункциональных нарушениях функции тазовых органов для определения дальнейшей тактики лечения.

ПУНКЦИЯ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ: ВИДЕОКОНТРОЛЬ

Стальмахович В.Н.¹, Ангархаева Л.В.²

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

² Иркутская государственная областная детская клиническая больница

Актуальность. пункционно-склерозирующее лечение солитарных кист почек у детей во многих клиниках России является методом выбора. Используются однократные пункции или пролонгированные катетеризации для многократного введения склерозанта. Главным преимуществом этой технологии лечения, кроме высокого процента эффективности, считается минимальная инвазивность.

Цель: проследить с использованием эндовидеотехнологий «судьбу» склерозанта при пункционном лечении солитарных кист почек.

Материал и методы. Анализируя опыт применения данного метода лечения у 96 детей, при изучении отдаленных результатов в сроки более 5 лет, в 7,2 % случаев выявили грубые рубцовые деформации паранефральной ткани и самой почки в зоне бывшей локализации кисты. Мы предположили, что это может быть следствием истечения склерозанта из полости кисты в паранефральное пространство. Для оценки степени герметичности полости кисты во время проведения процедуры, мы провели пункцию солитарной кисты почки под лапароскопическим контролем и выявили, что после прокола капсулы кисты и введения иглы в ее полость происходит истечение жидкости помимо иглы.

Результаты и обсуждение. Капсула, являющаяся фиброзной тканью, не обеспечивает герметичности полости и содержимое кисты вытекает. После полной аспирации содержимого кисты, введение физиологического раствора в ее полость объемом более 30 % от объема аспирата приводит к истечению жидкости через прокол помимо иглы. Склерозант, являющийся агрессивной жидкостью, попадает в паранефральные ткани, приводя к их химическому ожогу, асептическому воспалению. Именно этим фактом можно объяснить, выявленные в отдаленные сроки после пункционно-склерозирующего лечения, рубцовые деформации паренхимы почки и окружающих тканей.

Выводы. Пункционно-склерозирующее лечение солитарных кист приводит к истечению склерозанта в окружающие ткани, не зависит от техники выполнения этой процедуры и требует критического переосмысления ее использования.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Стальмахович В.Н.¹, Дмитриенко А.П.^{1,2}, Тележкин А.Л.², Страшинский А.С.²

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

² Иркутская государственная областная детская клиническая больница

Актуальность. Килевидная деформация грудной клетки является косметическим эффектом, подлежащим оперативному лечению.

Материал и методы. За период с 2006 по 2019 год включительно в Областной детской клинической больнице г. Иркутска по авторским методикам прооперировано 152 ребенка с различными вариантами килевидной деформации грудной клетки (КДГК). С симметричной КДГК было 45,1 % человек, с асимметричной КДГК (парастернальный реберный горб) — 33,6 %, с КДГК в сочетании с ладьевидной деформацией реберных дуг — 21,3 %. Из всех прооперированных детей было 84,9 % мальчиков и 15,1 % девочек. Наибольшее количество детей с КДГК приходится на возраст 13–15 лет (69,1 %). Показаниями к операции были косметический дефект и настойчивое желание пациентов и их родителей устранить эту деформацию. Разработаны методики операций, предусматривающие подкожное имплантирование пластин из титанового сплава, обеспечивающих постоянную компрессию и стабилизацию грудно-реберного комплекса в корригированном положении при различных вариантах килевидной деформации. За счет компрессии грудины пластиной стреловидной формы (соответствующей физиологическому варианту грудной клетки) в течение одного года достигается стойкая коррекция деформации. При КДГК, сочетающейся с ладьевидной деформацией реберных дуг, с использованием пластин выводятся в физиологическое положение реберные дуги, что приводит к исправлению деформации грудины. При асимметричной КДГК по типу парастернального реберного горба дополнительно выполняется торакоскопия на стороне деформации, надсекаются хрящи деформированных ребер, а для компрессии и стабилизации грудно-реберного комплекса используется оригинальная металлоконструкция. Независимо от вида КДГК, поперечная неполная стернотомия на границе рукоятки и тела грудины выполнялась только пациентам с ригидной формой грудной клетки.

Результаты и обсуждение. Главным достоинством используемых методов лечения можно считать минимальную операционную травму (два кожных доступа длиной около 3-х см. каждый, кровотечение отсутствует, болевой синдром в послеоперационном периоде умеренный). Наиболее частым осложнением является нарушение фиксации пластины, которая отмечалась у детей с ригидной грудной клетки.

Выводы и рекомендации. Разработанная технология лечения КДГК является наименее травматичной по сравнению со всеми известными методами оперативного лечения. В последние годы для профилактики нарушения фиксации пластин проводили неполную поперечную стернотомию и стали использовать двойную эластичную металлическую нить фирмы Ethicon, фиксируя пластину к двум ребрам с каждой стороны, что позволило обеспечить стабильное положение пластины.

РЕДКАЯ ПРИЧИНА ОСТРОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМ

Стальмахович В.Н.¹, Кайгородова И.Н.²

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

² Иркутская государственная областная детская клиническая больница

Актуальность. Секвестрация легкого является редким пороком развития, который длительно не проявляется клинически и может быть случайной находкой при лучевых методах исследования или иметь яркий разнообразный симптомокомплекс при развитии осложнений.

Цель: представить редкий случай причины абдоминального болевого синдрома у ребенка.

Материал и методы. В нашем наблюдении некроз экстралобарный секвестрации легкого при ее локализации на диафрагме в области реберно-диафрагмального заднего синуса, привел к сильному болевому абдоминальному синдрому в верхней левой половине живота. Боли носили опоясывающий постоянный характер, усиливались при покашливании, не позволяли сделать глубокий вдох, не купировались нестероидными противовоспалительными препаратами. Девочка принимала вынужденное положение: поджав ноги к животу лежала на левом боку. При пальпации живот был мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье, симптомы раздражения брюшины отсутствовали. Дополнительные методы исследования: ультразвуковое сканирование живота, рентгенограмма груди и живота патологии не выявила. При ультразвуковом исследовании левой плевральной полости отмечалось расхождение листков плевры в нижних отделах до 1 см. за счет жидкости и была выявлена очаговая инфильтрация на куполе диафрагмы размером 4×3×3 см. Мультиспиральная компьютерная томография подтвердила наличие патологического образования на диафрагме с отсутствием в нем кровотока. Была выполнена экстренная торакоскопия, позволившая окончательно установить диагноз: некроз экстралобарного секвестра. Причиной некроза явился перекрут неширокого «мостика», соединяющего «секвестр» с нижней долей левого легкого.

Результаты и обсуждение. Проведено эндоскопическое удаление некротизированного образования путем лигирования и коагуляции перекрученной «ножки», что привело к выздоровлению ребенка. Гистологическое исследование подтвердило клинический диагноз.

Выводы и рекомендации. в процессе дифференциальной диагностики «трудного диагноза» при выраженном абдоминальном болевом синдроме следует исключать патологию органов грудной клетки.

ГЕМОРРОЙ У ДЕТЕЙ

Степанова Н.М.^{1,2}, Петров Е.М.¹, Новожилов В.А.^{1,2}

¹ Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск

² Иркутский государственный медицинский университет

Актуальность. Геморрой является одним из наиболее распространенных проктологических заболеваний у взрослых, несущее определенные моменты психологического и социокультурного дискомфорта. На фоне роста заболеваемости истинная распространенность геморроя в детской популяции остается неизвестной.

Материал и методы. Анализ карт 19 детей за период с 2015 года по настоящее время.

Результаты и обсуждение. Гендерный состав: 3:1 в пользу мальчиков. Дети старше 14 лет — 78,9 % (15). Отягощенный наследственный анамнез по основному заболеванию — в 57,9 % (11), по иным заболеваниям вен — 42,1 % (8). Клинические проявления хронического толстокишечного стаза имели место в 73,7 % (14), длительная дефекация, посадка на горшке — 21,1 % (4). В 89,5 % (17) по данным осмотра и дополнительного обследования картина наружного геморроя: левый — 21,1 %, правый передний — 36,8 % (7), правый задний — 42,1 %, несколько одновременно — 26,3 % (5). Изъязвления геморроидального узла — 26,3 % (5), острый тромбоз узла — 73,7 % (14). Причина обращения к проктологу: боль в области ануса — 73,7 % (14), обнаружение образования в перианальной области — 52,6 % (10), кровотечение после дефекации — 26,3 % (5), анальный зуд — 21,1 % (4). Всем пациентам с целью уточнения присутствия внутреннего геморроя выполнены РРС/ФКС, УЗС ОБП с определением кровотока v.portae в воротах печени. В 100 % случаев первоначально назначался комплекс консервативных мероприятий: диета, слабительные, местная терапия ректальными суппозиториями и мазями, гигиена перианальной области. В 68,4 % успешное консервативной лечение, 36,8 % (7) выполнено хирургическое лечение в объеме операции Миллигана-Моргана с использованием технологии LigaSure. Послеоперационных осложнений не было.

Выводы. Геморрой в детском возрасте довольно редкая патология, имеющая тенденцию к росту заболеваемости. Симптомокомплекс у детей имеет свои отличительные черты. Лечебно-диагностические мероприятия должны быть определены детским колопроктологом или хирургом. Операция Миллигана-Моргана с использованием технологии LigaSure является основным способом хирургического лечения наружного геморроя у детей.

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ТОНКОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ У ДЕТЕЙ С СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Сулавко Я.П., Щербакова О.В., Ионов А.Л., Лука В.А., Пичугина М.В.

Российская детская клиническая больница РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

Радикальным методом лечения больных с семейным аденоматозом толстой кишки (САТК) является колэктомия. У детей накоплен опыт подобных операций, в объеме тотальной колэктомии с демукозацией прямой кишки, по типу операции Соаве. У таких пациентов высока вероятность развития озлокачествления полипов в оставшемся участке прямой кишки. В зарубежных публикациях имеются данные о преимуществах создания тонкокишечных резервуаров по сравнению с формированием низкого наданального анастомоза без резервуара у детей.

Цель: Оценить ранние результаты лечения детей с САТК после колпроктэктомии с формированием J-образного тонкокишечного резервуара и наложением резервуарно-анального анастомоза. Проведен анализ результатов лечения 4 подростков, 15–17 лет с САТК в отделении колопроктологии РДКБ с 2019 по 2020 г. Всем до операции выполнена колоноскопия и морфологическая верификация диагноза. Операцию выполняли открытым доступом с использованием сшивающе-режущего линейного аппарата для формирования тонкокишечного резервуара и аппарата «Контур» для пересечения прямой кишки в малом тазу. Резервуарно-анальный анастомоз у 3 сформирован циркулярным сшивающим аппаратом, у 1 — ручным способом. Всем наложена превентивная илеостома. Через 2–3 мес. проведено рентген-контрастное и эндоскопическое исследование резервуара и отключенного отдела подвздошной кишки. У всех пациентов семейный анамнез отягощен, у близких родственников — САТК в тяжелой форме с ранними клиническими проявлениями и ранней малигнизацией аденом, с летальными исходами в 18–25 лет. По результатам колоноскопии у каждого пациента выявляли более 100 полипов, из них некоторые образования более 1 см в диаметре. По данным гистологического исследования подтвержден диагноз — семейный аденоматоз (3 пациента с низкой степенью дисплазии, у 1 пациента — дисплазия высокой степени). Ранний послеоперационный период у всех пациентов протекал без хирургических осложнений. Ни у одного больного при контрольном обследовании резидуальные полипы не выявлены. У одного пациента (оперирован с использованием методики мукозэктомии прямой кишки) обнаружен стеноз резервуарно-анального анастомоза, купирован однократным бужированием. У 1 пациентки отмечались явления деструктивно-сфинктерной диссинергии с задержкой самостоятельного мочеиспускания, ей через 2 месяца после колэктомии проведено эндоскопическое рассечение шейки мочевого пузыря, мочеиспускание восстановлено. Всем пациентам после контрольного обследования проведено закрытие илеостомы. Частота дефекации — 5–7 раз в сутки, недержания кала нет. Получены удовлетворительные результаты применения новой методики у детей с САТК. Использование прецизионной мобилизации прямой кишки предупреждает появление функциональных расстройств, а отказ от мукозэктомии в области анастомоза — профилактика стеноза. Целесообразно внедрение колэктомии с формированием J-образного резервуара, как радикального и выгодного с функциональной точки зрения варианта оперативного лечения у детей с САТК.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕКТО-УРЕТРАЛЬНЫХ И РЕКТО-ВЕСТИБУЛЯРНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ

Сулавко Я.П., Щербакова О.В., Костомарова Т.Д., Николаев В.В., Ионов А.Л.

Российская детская клиническая больница РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

Коррекция пороков и заболеваний толстой кишки и аноректальной области в ряде случаев сопряжено с возникновением таких трудных для хирургического лечения патологий, как ректо-уретральные и ректо-вестибулярные свищи. Диагностика этих осложнений не представляет трудностей. Однако, оперативные вмешательства по устранению свищей технически сложны, а вероятность рецидива достаточно высока. Цель: представить опыт лечения детей с рецидивирующими ректо-уретральными и ректо-вестибулярными свищами, возникшими при осложненном течении заболеваний аноректальной области. Проведен анализ лечения больных, в отделении колопроктологии РДКБ с 1990 по 2020 гг., с ректо-уретральными свищами ($n = 31$), выявленными после коррекции атрезии ануса ($n = 30$) и болезни Гиршпрунга ($n = 1$); с врожденными ректо-вестибулярными свищами ($n = 9$), из них 3 ранее проводились проктопластики, свищи после вскрытия абсцесса промежности ($n = 1$), рецидивирующие свищи после использования традиционной фистулэктомии ($n = 5$). Всем пациентам выполнялось обследование: ирригография с контрастированием свища, уретро-цистоскопия, вагиноскопия (при ректо-вестибулярных свищах). С целью оперативной коррекции ректо-уретральных свищей использовали методики: разделение свищевого соустья с пластикой уретры и ушиванием дефекта кишки передне-сагиттальным доступом (7), низведение кишки с перекрытием свищевого соустья промежностным доступом (22), а также брюшно-промежностным или брюшно-заднесагиттальным доступом (21), пластика свищевого дефекта перемещенной нежной мышцей бедра (модификация операции Фаермана (7)). При ректо-вестибулярных свищах применяли разделение свищевого соустья по типу операции Стоуна (6), либо низводили прямую кишку при промежностной проктопластике (11) или брюшно-промежностной проктопластике (1). Пациентам с ректо-уретральными свищами в 30 случаях (97 %) потребовалось проведение повторной операции, при ректо-вестибулярных свищах — в 4 (44 %). При этом, только в 7 случаях после повторной хирургической коррекции не возникло рецидива ректо-уретрального свища и лишь у 5 больных — рецидива ректо-вестибулярного свища. Остальным пациентам проводилось длительное этапное лечение, с повторными операциями (вне зависимости от объема ранее выполненной операции). Так, выявлен рецидив свища после операции Фаермана в 3 наблюдениях, после брюшно-промежностной проктопластики — в 5. Возникновение свищевого соустья с уретрой или преддверием влагалища после оперативного вмешательства в аноректальной области является трудно корригируемым состоянием, что обусловлено техническими сложностями как первичного хирургического лечения, так и большой вероятностью рецидива при повторных операциях. Особенно остро данная проблема стоит при ректо-уретральных свищах, им необходимо формирование кишечной стомы и адекватного отведения мочи по цистостоме. Одним из надежных вариантов коррекции можно считать операции по разобщению свищевого соустья с перемещением стенки прямой кишки, а также операции с использованием мышечной «прокладки».

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА

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

Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова, Санкт-Петербург

Введение. У 30–60 % всех пациентов с ВГИ отмечается задержка психомоторного развития, а у 15–25 % наблюдается тяжелое органическое поражение головного мозга, включая эпилепсию. Своевременная диагностика и интенсивное лечение позволяют предотвратить развитие тяжелых неврологических осложнений. При неэффективности консервативной терапии необходимо хирургическое лечение.

Цель исследования: показать особенности хирургической коррекции атипичных форм врожденного гиперинсулинизма.

Материалы и методы. В отделении детской хирургии НМИЦ им. В.А. Алмазова за 2017–03.2019 гг. оперированы 3 детей с атипичными формами ВГИ с поражением различных участков поджелудочной железы. Во время всех оперативных вмешательств, даже при явной аденоматозной форме, была проведена экспресс-биопсия. Далее, определялись возможные границы резекции патологического очага поджелудочной железы с целью, с одной стороны, полного удаления очага гиперинсулинизма, с другой стороны, максимального сохранения здоровой ткани поджелудочной железы. Однако, ни у одного ребенка с атипичной формой гиперинсулинизма не было выявлено здоровой ткани поджелудочной железы по данным экспресс-биопсии.

Результаты. У всех 3-х достигнуто купирование гиперинсулинизма, отмечается значительный прогресс в психо-моторном развитии вплоть до отсутствия темповых задержек через 6 месяцев, у 2-х из них наблюдается полное выздоровление, они не нуждаются ни в инсулиностатических препаратах, ни в заместительной гормональной терапии, находятся в состоянии стойкой эугликемии (наблюдение в течение 9 месяцев — 1,5 лет), у 1 — достигнута значительная положительная динамика, значительное улучшение психо-моторного развития.

Выводы. У части детей с предположительно фокальными формами гиперинсулинизма по данным ПЭТ-КТ можно столкнуться с гистологически атипичными формами. При атипичном поражении поджелудочной железы интраоперационная биопсия кардинально меняет планируемый объем панкреатэктомии вплоть до практически тотального удаления железы. Представленный подход к хирургическому лечению позволяет справиться с гипогликемиями вследствие врожденного гиперинсулинизма и предотвратить поражение центральной нервной системы у новорожденных и младенцев с атипичными формами ВГИ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА

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

Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова, Санкт-Петербург

Введение. Достижения в области молекулярной генетики, методы визуализации (ПЭТ/КТ), медикаментозная терапия и хирургическое лечение дали возможность лучше контролировать гипогликемии и, таким образом, улучшили результаты лечения детей с врожденным гиперинсулинизмом в последние десятилетия.

Цель исследования: определить показания к различным способам хирургической коррекции врожденного гиперинсулинизма в зависимости от формы заболевания.

Материалы и методы. В отделении детской хирургии НМИЦ им. В.А. Алмазова за 2011–2018 гг. оперированы 23 ребенка с врожденным гиперинсулинизмом. В 2011–2016 гг. оперированы 5 детей, применялся стандартный подход, заключающийся в субтотальной резекции поджелудочной железы (95 %). В 2017 году в Центре им. В.А. Алмазова стали работать ПЭТ-томография с 18-F-ДОФА и интраоперационная экспресс-биопсия поджелудочной железы. За 2017–2018 годы оперированы 18 детей, у них диагностированы 6 диффузных форм и 10 фокальных. Еще у 2-х детей данные были сомнительными.

Результаты. Из 23 оперированных детей с врожденным гиперинсулинизмом за 2011–2018 гг. достигнуто полное купирование гиперинсулинизма у 16 детей (70 %). За 2017–2018 гг. оперированы 18 детей, из них у 15 (83 %) — полное купирование гиперинсулинизма, значительное улучшение психо-моторного развития. 10 (56 %) из 18 детей — полное выздоровление, среди них — 8 (89 %) из 9 детей с фокальными формами гиперинсулинизма и 2 (22 %) из 9 детей с диффузными формами. У 2 (11 %) — достигнута значительная положительная динамика. 6 (33 %) пациентов нуждаются в заместительной инсулинотерапии минимальными дозировками, — это все дети с диффузной формой гиперинсулинизма (6=67 % из 9).

Выводы. Объем оперативного лечения детей с врожденным гиперинсулинизмом определяется данными генетического обследования, ПЭТ-томографии и результатами экспресс-биопсии интраоперационно. Частичная панкреатэктомия при фокальных формах или субтотальная при диффузных и атипичных формах позволяют купировать гипогликемии вследствие врожденного гиперинсулинизма и предотвратить поражение центральной нервной системы у новорожденных и младенцев.

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЕСАКРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Талыпов С.Р., Ахаладзе Д.Г., Меркулов Н.Н., Рабаев Г.С., Ускова Н.Г.

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Москва

Актуальность. Операции по удалению солидных новообразований полости малого таза у детей сложны по исполнению и травматичны для пациента, требуют широкого доступа и тракции окружающих органов, имеют риск больших кровопотерь. В случае, если новообразование плотно спаяно с крестцом и копчиком, манипуляции по выделению опухоли из окружающих сращений могут быть сильно затруднены.

Материалы и методы. В отделении хирургии НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева с января 2019 г. выполнено 14 видеоэндоскопических и эндоскопически ассистированных операций у такого же числа детей с солидными новообразованиями различного генеза пресакральной локализации. Среди 11 пациентов было 9 мальчиков и 5 девочки. Возраст пациентов варьировал от 2 месяцев до 9 лет, средний возраст составил 3,85 лет. У 5 пациентов операция по удалению опухоли была выполнена лапароскопически, из них 2 пациента были с нейрогенной опухолью малого таза, 2 пациента — реактивная фолликулярная гиперплазия лимфатических узлов малого таза, 1 пациент — гиалиноз лимфатического узла. Еще в 8 случаях выполнено видеоассистированное одномоментно двухэтапное удаление опухоли с последующим задне-сагиттальным доступом, из них у 6 пациентов — по поводу герминогенно-клеточной опухоли крестцово-копчиковой области, 1 — эмбриональной рабдомиосаркомы малого таза, 1 — нейробластомы. На первом этапе (лапароскопически) проводили мобилизацию новообразования от крестца, прямой кишки и клетчатки таза, на втором этапе выполнялось непосредственное удаление опухоли с резекцией копчика (6 пациента) и резекцией крестца на уровне S4 (1 пациент). 1 пациент оперирован по поводу рецидива шванномы малого таза.

Результаты и обсуждение. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Время операции зависело от размеров опухоли, выраженности рубцово-спаечного процесса и составило от 40 до 240 мин. Операции осуществлялись из 3-х-4-х троакарного доступа. У 1 пациента, с рецидивом шванномы, прибегли к конверсии, в связи с выявленным при эндоскопической мобилизации опухоли вращением новообразования в правый мочеточник и сигмовидную кишку, что потребовало резекции указанных органов с наложением анастомозов и проведения мочеточникового стента при интраоперационной цистоскопии. У 4 пациентов по гистологическому диагнозу подтвержден патоморфоз герминогенно-клеточной опухоли 4 степени. У 1 пациента с ЭРМС продолжена химиотерапия в ранние послеоперационные сроки.

Выводы. Видеоэндоскопические операции у детей с солидными новообразованиями пресакральной локализации обладают меньшей травматичностью, по сравнению с открытыми вмешательствами, что позволяет реабилитировать пациентов в более короткие сроки и продолжить терапию основного заболевания. Сложность проведения эндоскопических оперативных вмешательств в малом тазу, помимо анатомической насыщенности, обусловлена рубцово-спаечным процессом на фоне предшествующей химиотерапии и невозможностью полного осмотра удаляемой опухоли со всех сторон, что требует особого внимания оперирующего хирурга.

ОПЫТ РАННЕЙ КОРРЕКЦИИ БЕССВИЩЕВЫХ ФОРМ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА

Тараканов А.В.¹, Клименко А.Н.², Полеев А.В.²

¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

² Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Хирургическое лечение детей с различными формами атрезии пищевода (АП) направлено на использование собственного пищевода для пластики. Наиболее благоприятны первичные пластики со сближением его отрезков в период первых месяцев жизни. Не при всех формах порока удается осуществить первичную пластику пищевода. Бессвищевая форма атрезии пищевода относится к категории редких вариантов. Расстояние между отрезками пищевода достигает 4–5 см и Располагаем опытом лечения двух пациентов с бессвищевой формой АП, когда диастаз между отрезками пищевода достигает 4–5 см и не позволяет создать первичный анастомоз.

После рождения у этой группы детей в первые 3 суток выполняем первый этап оперативного лечения — выведения эзофагостомы (с целью эвакуации слюны) и наложения гастростомы (для ранней энтеральной адаптации). Таким образом добиваемся устойчивой прибавки в весе, купируем дыхательную недостаточность. Отсутствие трахео-пищеводного свища позволяет проводить консервативную терапию длительное время с целью компенсации имеющихся сопутствующих нарушений систем и органов. Это позволяет выписать детей домой на амбулаторный этап лечения.

В последующем возрасте 2 и 3 мес. детям выполняли операцию Льюиса в собственной модификации (дополнив ее еюностомой и антирефлюксной защитой).

Техника операции: внеплевральная торакотомия справа в 3 межреберье. Обнажается заднее средостение. Оральный отрезок мобилизуется. Производим лапаротомию, мобилизуем желудок, выводим аборальный отрезок пищевода из средостения в брюшную полость, где он резецируется и культи ушивается. Выполняется пилоромиотомия без вскрытия слизистой оболочки. Формируется канал в заднее средостение для перемещения желудка. Под контролем из двух доступов желудок перемещается в заднее средостение и формируется эзофагогастроанастомоз «конец в конец» двухрядным швом с созданием антирефлюксного клапана. В 20 см от связки Трейца сформирована подвесная еюностомия по Витцелю. Дренирование области анастомоза в средостении со стороны грудной клетки и поддиафрагмального пространства слева через брюшную стенку.

Бужирования пищевода в обоих наблюдениях не потребовалось. Длительность лечения с обследованием и предоперационной подготовкой — на втором этапе (пластика пищевода) была 28–33 дней. Отдаленные результаты прослежены от 3 до 7 лет — рост и развитие соответствует здоровым сверстникам.

Выводы. Данный вид оперативного лечения (пластики пищевода желудком по методу Льюиса в собственной модификации) является менее травматичным по сравнению с замещением пищевода кишечником, позволяет сохранить анатомическое расположение орального отрезка пищевода и топику в средостении, создать эзофаго-гастроанастомоз с антирефлюксной защитой. Также при данном способе операции возможно воссоздание пищевода уже в раннем возрасте, выводя ребенка на физиологические нормы вскармливания.

ДИАГНОСТИКА ЛИМФОМ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЛИМФАДЕНОПАТИИ

Тен Ю.В., Клейменов Е.В., Дорохов Н.А. Игнатенко И.Г.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Актуальность. Увеличение одной или нескольких групп лимфатических узлов может являться синдромом различных заболеваний, в том числе злокачественных новообразований. Ранняя диагностика опухолей имеет значительное влияние на прогноз заболевания. Наиболее достоверным методом исключения лимфом является гистологическое исследование, но ее применение в качестве скрининга ограничено. При цитологическом исследовании, предварительный диагноз можно выставить в кратчайшие сроки, но информативность метода у детей остаётся малоизученной.

Цель исследования: рационализировать диагностику лимфом у детей с лимфаденопатией.

Задачи исследования:

- отразить удельный вес лимфом в этиологической структуре синдрома лимфаденопатии у детей Алтайского края.
- выявить характерную ультразвуковую картину лимфоузлов у детей с лимфомами.
- оценить чувствительность и специфичность цитологического метода исследования в диагностике лимфом у детей.

Материалы и методы. Основная группа исследуемых, у которых определялось стойкое увеличение лимфатических узлов более 1,5–2,5 см, на фоне антибактериальной и противовоспалительной терапии. У этих пациентов определены показания к биопсии, группу составили 65 человек. Объем оперативного вмешательства — удаление лимфоузлов с цитологическим и гистологическим исследованием. Цитологическое исследование проводилось по методу Папенгейма. Гистологическое исследование проводилось при помощи методики окраски гематоксилин-эозином.

Результаты. Выявлено, что в 59 % (38 детей) наблюдений причиной увеличения лимфоузлов, как правило, явилась фолликулярная гиперплазия. Лимфома Ходжкина подтверждена в 29 %, неходжкинские лимфомы в 12 %. Удельный вес лимфомы Ходжкина среди всех лимфом составил 70 %, в то время как неходжкинские лимфомы встречались в 30 %, диагностированных у детей Алтайского края, что достоверно отличается от общероссийских показателей — 40 % ($p < 0,05$). В 95 % лимфатические узлы при лимфоме по УЗ картине характеризовались как множественные с пониженной эхогенностью, размером от 11 мм и более, в виде конгломерата. Выявлено, что чувствительность цитологического метода составила 72 %, а специфичность 98 %.

Выводы. Таким образом, у больных, у которых определялось стойкое увеличение лимфатических узлов более 1,5–2,5 см, лимфома Ходжкина подтверждена в 29 % (19 детей), неходжкинские лимфомы в 13 % (8 детей), что говорит о правомочности использования данного критерия в алгоритме определения показаний к биопсии лимфоузла. Среди всех лимфом в Алтайском крае чаще встречается лимфома Ходжкина (70 %), что выше общероссийских показателей (около 40 % ($p < 0,05$)). При анализе ультразвуковой картины у пациентов исследуемой группы отмечено, что в 95 % лимфатические узлы при лимфоме характеризовались как множественные с пониженной эхогенностью, размером более 11 мм, в виде конгломерата. Чувствительность цитологического метода исследования, 72 %, позволяет рекомендовать его как скрининговый в ранней диагностике лимфом с учетом специфичности 98 %.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СУЖЕНИИ ПИЩЕВОДА

*Терещенко О.А., Мазурова И.Г., Пелипенко Н.В., Шатов А.В.,
Полеев А.В., Вардосанидзе Ш.В.*

Детская краевая клиническая больница, Краснодар

Введение. Рубцовые стриктуры пищевода являются основными осложнениями у детей получивших ожог пищевода и пациентов с корригированной атрезией пищевода. Для восстановления перорального питания большую часть стенозов удается ликвидировать с помощью бужирования пищевода (БП).

Материалы и методы. В настоящее время существует несколько способов БП: бужирование вслепую и с помощью эндоскопической техники. Одними из преимуществ эндоскопического бужирования и баллонной дилатации (БД) являются проведение дилатирующих инструментов по направляющей струне, возможность визуальной оценки состояния стриктуры и остальных отделов пищевода, и желудка после окончания сеанса бужирования. При проведении бужирования «вслепую» имеет место высокая вероятность возникновения серьезного осложнения — перфорация пищевода.

Результаты. В нашей клинике эндоскопическое расширение рубцовой стриктуры пищевода осуществляли путем бужирования, баллонной гидродилатации или с помощью обеих методик. Наиболее ответственным и сложным этапом эндоскопических вмешательств при стенозах пищевода является проведение проводника. Наиболее безопасным является проведение струны под визуальным контролем по каналу эндоскопа, проведенного ниже зоны сужения. К сожалению, в большинстве случаев из-за выраженного стеноза эндоскоп удается довести только до верхнего края стриктуры. При этом струна вводится в сужение под визуальным контролем и дальнейшее ее продвижение осуществляется вслепую, ориентируясь на свободное скольжение проводника. Для повышения безопасности используем мягкие проводники. Необходимо отметить, что первично бужирование пищевода не позволяет визуально определить степень протяженности и выраженность стенозирования разных участков пищевода. При проведении БД под рентгенологическим контролем четко визуализируется «талиа» в области сужения, которая при успешной дилатации исчезает. Кроме того, баллонные дилататоры имеют более длинный конусовидный конец, за счет чего достигается равномерное увеличение диаметра бужа. Еще одним преимуществом баллонной дилатации над бужированием является равномерное воздействие на всем протяжении стриктуры и практическое отсутствие осевой нагрузки на ткани. В своей работе мы используем сочетание эндоскопического и рентгенологического контроля за установкой проводника, баллона и дилатацией. Дилататор проводится по каналу эндоскопа в рентгеноперационной и устанавливается по центру сужения. Раздувание производится под рентген контролем до исчезновения «талии», не превышая максимального рекомендованного давления.

Выводы. В выборе метода эндоскопического расширения стриктуры пищевода в настоящее время не существует единой точки зрения. Определяющим фактором выбора первичной методики БП является не столько локализация стеноза пищевода, сколько степень сужения и тем, как глубоко и надежно удастся провести направляющую струну. Баллонная дилатация стриктур пищевода является эффективным и безопасным методом восстановления просвета ЖКТ.

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК ДВУЗСТОРОННЕЙ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Тибилев А.З., Киреева Н.Б.

Нижегородская областная детская клиническая больница

Актуальность. Острые повреждения почек (ОПП), обусловленные постренальными причинами, связанными с обструкцией мочевых путей, у детей встречаются достаточно редко. В последние годы отмечено увеличение частоты данной патологии, обусловленной дефектами обмена веществ, нефрокальцинозом, применением нефротоксических антибиотиков, цитостатиков.

Цель. Выявить факторы риска, определить методы диагностики и способы лечения постренального ОПП.

Материал и методы. В ГБУЗ НО «НОДКБ» с января 2017 по март 2020 года пролечено 4 детей с ОПП на фоне двухсторонней обструкции мочеточников в возрасте от 7 до 9 л. (2 мальчика и 2 девочки). Из них 2 детей с острым лимфобластным лейкозом, получивших курс химиотерапии, 2 пациентов с избыточной массой тела в раннем послеоперационном периоде после аппендэктомии, девочка после перенесённой ротавирусной инфекции. У всех детей была анурия от 2-х до 4-х суток, повышение азотистых шлаков в сыворотке крови (креатинин от 157 до 429 мкмоль/л, мочевины от 13,6 до 22,1 ммоль/л). По данным УЗИ отмечалась умеренная пиелоэктазия, утолщение стенок почечных синусов, у одного ребенка эхо-признаки сладжей солей в лоханках. После проведения инфузионной терапии в связи с сохраняющейся анурией в экстренном порядке выполнено стентирование мочеточников. При этом отмечено отхождение сладжей солей, мочи с хлопьями, после чего диурез восстановился.

Результаты. Повреждение почек нефротоксическими препаратами — ведущая причина ОПП у онкогематологических пациентов, что имело место у 2 пациентов. Кроме того, злокачественные опухоли вызывают гиперкальциемию, гиперкальциурию. Операционная травма вследствие повышения уровня эндогенных метаболитов оказывает повреждающее действие на скелетные мышцы, что также приводит к гиперкальциурии, в результате чего возможно формирование сладжей солей, вызывающих обтурацию мочеточников. Дегидратация на фоне ротавирусной инфекции у девочки с последующим повреждением почечной паренхимы, привело к развитию нефрокальциноза и, как следствие, образованию сладжей солей.

После восстановления диуреза стенты были удалены на 3–4-е сутки. В последующем дети наблюдались у нефролога.

Выводы. В этиологии ОПП нередко речь идет об одновременном воздействии нескольких факторов, из которых каждый может быть причиной расстройства функции почек. В группе риска онкогематологические больные, дети с избыточной массой тела, перенесшие хирургические вмешательства. Значение инфузионной терапии в послеоперационном периоде и у детей при обезвоживании переоценить сложно. При обтурации мочеточников сладжами солей и эпителием канальцев стентирование является эффективным методом лечения.

СРЕДИННЫЕ КИСТЫ ШЕИ У ДЕТЕЙ

Тимофеева А.В., Карасева О.В., Телешов Н.В., Горелик А.Л.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Актуальность. Среди врожденных образований шеи срединные кисты составляют до 70 % наблюдений. Варианты расположения кист и неспецифическая клиника приводят к частым диагностическим ошибкам, что определяет неверную тактику лечения и рецидивирующее течение.

Цель: представить лечебно-диагностическую алгоритм при срединных кистах шеи у детей в НИИ НДХиТ.

Материалы и методы. За период 2017–2019 гг. в НИИ НДХиТ пролечено 27 детей с аномалиями развития щитовидно-язычного протока и жаберных дуг. Мальчики составили 55,5 %, девочки — 44,5 %, средний возраст детей — $7,4 \pm 4,2$ лет. В структуре патологии преобладали (74,1 %) срединные кисты шеи. Осложненное течение срединных кист с формированием наружного свища имело место у 75 % детей. Инструментальная диагностика включала УЗИ, МРТ и фистулографию.

Результаты. Большинство детей (77,7 %) обратились в НИИ НДХиТ в срок от 4 до 17 месяцев после обнаружения образования на шее. Причиной задержки госпитализации явилась ошибочная диагностика шейного лимфаденита с назначением антибактериальной терапии в 33,3 % наблюдений или вскрытием и дренированием от 1 до 4 раз у остальных детей. Одному из этих детей спустя 1 год от начала заболевания был установлен диагноз срединной кисты шеи и дважды выполнена операция иссечения кисты с участком подъязычной кости. У всех детей после вскрытия срединной кисты и оперативного лечения сформировался наружный свищ.

В НИИ НДХиТ всем детям с срединными кистами/свищами шеи выполняли оперативное лечение, которое заключалось в иссечении кисты/свища и резекции тела подъязычной кости. Одному ребенку, учитывая отсутствие связи кисты с подъязычной костью резекцию подъязычной кости не проводили. Оперативное вмешательство выполняли под общей анестезией в положении ребенка на спине с переразогнутой головой и валиком под лопатками. Используем разрез кожи в поперечном направлении в проекции образования с иссечением свищевого отверстия. Оболочки кисты/свища при необходимости прокрашиваем Бриллиантовым зеленым и выделяем до подъязычной кости. При резекции подъязычной кости используем полупроводниковый лазер или аргоноплазменную коагуляцию для полноценной деструкции эпителиальной выстилки щитовидно-язычного протока. Послойно восстанавливаем мышечный каркас шеи. Кожу ушиваем внутрикожным швом. Послеоперационный период у всех детей протекал гладко. Дети обследованы в катамнезе (1 год и более) — рецидивов не было.

Заключение. Ошибки в диагностике часто приводят к выбору неверной тактики лечения и рецидивирующему течению заболевания с повторными хирургическими манипуляциями. Полноценное обследование, включая МРТ, позволяет выбрать адекватный объем хирургического лечения и добиться хороших результатов. Рецидив кист является абсолютным показанием к резекции подъязычной кости.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОЙ УРЕТРОВЕЗИКОПЛАСТИКИ ПО КОЭНУ

*Тратонин А.А., Павлушин П.М., Кожевников П.А., Грамзин А.В.,
Феофилов И.В., Чикинев Ю.В.*

Государственная Новосибирская областная клиническая больница

Актуальность. Мегауретер — это одна из наиболее частых и тяжелых патологий мочеточника. Принято различать две основные формы: обструктивную и рефлюксирующую. За последние годы отмечен значительный рост числа больных с данной патологией, достигающий 1:10000 новорожденных. Единственным способом лечения мегауретера является его хирургическая коррекция. До недавнего времени методом выбора являлись открытые внутрипузырные и внепузырные операции. Однако с развитием медицины и техники в арсенале детских урологов всё чаще стали появляться малоинвазивные методы хирургической коррекции данного порока развития, одним из таких методов является пневмовезикоскопическая уретеровезикопластика.

Целью данной работы послужил анализ нашего первого опыта применения пневмовезикоскопической уретеровезикопластики по Коэну.

Материал и методы. Со второй половины 2019 г., на базе нашего центра выполнено две пневмовезикоскопических уретеровезикопластики по Коэну по поводу рефлюксирующего мегауретера, сочетающегося с дивертикулом мочевого пузыря в одном случае, а также по поводу стриктуры интрамурального отдела мочеточника.

Доступ к полости мочевого пузыря был осуществлен с использованием специальных 3 мм лепестковых троакаров, позволяющий надежно зафиксировать переднюю стенку мочевого пузыря к передней брюшной стенке. Оперативное вмешательство выполнялось по стандартной методике с использованием 3 мм инструментов и заканчивалось установкой уретерального стента.

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность пневмовезикоскопической операции заняла $132,5 \pm 17,7$ минут, продолжительность открытых операций в нашей клинике составляет 65 ± 7 минут. Продолжительность наблюдения за детьми в послеоперационном периоде составила до 6-ти месяцев, за данный срок осложнений оперативного вмешательства выявлено не было. Мочеточниковый стент был удален на 30-е сутки. Пребывание ребенка в стационаре сократилось с $14 \pm 1,4$ сут. при открытом способе коррекции до $9 \pm 1,4$ сут. с использованием пневмовезикоскопической методики. Так же были отмечены более ранняя вертикализация больного и более короткий реабилитационный период.

Выводы. Методика пневмовезикоскопической уретеровезикопластики по Коэну позволяет эффективно корригировать как рефлюксирующую так и обструктивную формы мегауретера, а так же учитывая меньшую травматизацию мышц передней брюшной стенки, стенки мочевого пузыря, обладает относительно коротким реабилитационным периодом, сокращая пребывание пациента в клинике и, несомненно, лучшим косметическим эффектом.

ВНУТРИПРОСВЕТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА ПРИ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ У ДЕТЕЙ

Тупыленко А.В., Лохматов М.М., Алхасов А.Б., Мурашкин Н.Н., Дьяконова Е.Ю., Гусев А.А., Олдаковский В.И., Петров Е.И., Будкина Т.Н.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Одним из основных осложнений дистрофической формы врожденного буллезного эпидермолиза у детей является возникновение стриктуры пищевода, вызывающей симптомы дисфагии.

Материалы и методы. 43 пациентам с дистрофической формой буллезного эпидермолиза выполнена баллонная дилатация стриктур пищевода под эндоскопическим и рентгеноскопическим контролем. Из них 23 пациента в послеоперационном периоде перорально получали будесонид в смеси с загустителем для профилактики рестенозирования в течение 3 месяцев 2 раза в день. Применение препарата «offlabel» было одобрено локальным этическим комитетом, получено согласие родителей в индивидуальном порядке. Возраст пациентов составил $91,1 \pm 43,3$ мес. Степень дисфагии по шкале Bown до баллонной дилатации составила $2,8 \pm 0,6$, после баллонной дилатации $0,3 \pm 0,5$. Двум пациентам выполнена установка эндоскопически-ассистируемой низкопрофильной гастростомы в связи с тяжелым состоянием по основному заболеванию, после чего проводились сеансы баллонной дилатации стриктур.

Результаты и обсуждение. Симптомы дисфагии купированы в 100 % случаев. За 1 госпитализацию проводился 1 сеанс баллонной дилатации. Общий период наблюдения пациентов составил более 4 лет. Рецидивы у пациентов, получавших будесонид в послеоперационном периоде, возникли в 8,7 % случаев. Количество рецидивов у пациентов, получавших лечение только в объеме баллонной дилатации, составило 35 % случаев. Наиболее часто стеноз пищевода был представлен единичной стриктурой (93 %), располагающийся в верхней (60,5 %) и средней трети пищевода (32,7 %), диаметр пищевода в зоне сужения по данным рентгенографии составил $3,1 \pm 1,0$ мм, протяженность зоны сужения $16,9 \pm 20,1$ мм. Восстановление просвета пищевода положительно сказывается на общем состоянии пациентов и их нутритивном статусе — согласно динамической оценке шкалы нутритивного риска THINC: до лечения $60,7 \pm 13,2$ баллов — тяжелая степень; после лечения $39,5 \pm 14,3$ — умеренная степень ($p < 0,001$). Тяжелых осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде не возникло.

Выводы и рекомендации. Баллонная дилатация является эффективным и безопасным методом реканализации просвета пищевода у детей с дистрофической формой врожденного буллезного эпидермолиза, что позволяет купировать симптомы дисфагии и положительно влиять на нутритивный статус пациентов. Для профилактики рестенозирования рекомендуется назначать будесонид в суспензии для перорального применения. При тяжелом состоянии ребенка первично рекомендуется установка гастростомы, и после стабилизации состояния проведение антеградной или ретроградной баллонной дилатации.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Филиппов Д.В., Глушкова В.А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Актуальность. Ежегодный рост воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) в педиатрии и агрессивное течение болезни Крона (БК) и язвенного колита (ЯК) приводят к развитию тяжелых хирургических осложнений основного патологического процесса. В зависимости от тяжести и длительности заболевания у детей с ВЗК хирургический этап лечения необходим у 14 % — 80 % пациентов.

Материал и методы. С 2017 года оперативные вмешательства были выполнены 26 детям (в возрасте от 5 до 18 лет), из них 4 пациентам с ЯК и 22-с БК. Показаниями к хирургическому этапу лечения явились осложнения ВЗК: кишечное кровотечение, явления кишечной непроходимости, стриктуры кишечника, а также неэффективность консервативного лечения. Обоснование необходимости хирургического лечения обсуждалось индивидуально для каждого случая при строгом соблюдении междисциплинарного подхода. В экспертную группу входили врачи-гастроэнтерологи, хирурги, врачи лучевой диагностики и патоморфологи. 19 детям были выполнены операции в плановом порядке. Показаниями к операции в этой группе пациентов явилось неэффективное консервативное лечение (отсутствие стойкой клинико-лабораторной и эндоскопической ремиссии) и/или формирование фиброзно-стенки кишки с клиническими признаками частичной кишечной непроходимости. 7 пациентам операции проведены по экстренным показаниям. Показания к хирургическому лечению были: не купируемое кишечное кровотечение, перфорация стенки кишки, острая кишечная непроходимость.

Результаты и обсуждение. Хирургический этап лечения был направлен на устранение хирургических осложнений ВЗК. Объем хирургического вмешательства: колэктомия с формированием терминальной илеостомы по Бруку — 8 детей; резекция илеоцекальной зоны с формированием прямого илеоасцендоанастомоза — 14 детей; резекция других отделов кишечника — 4 пациента. У 5 детей операция была завершена формированием кишечной стомы из-за высокого риска несостоятельности первичного кишечного анастомоза на фоне тяжелого соматического статуса и метаболических нарушений. У 1 пациентки после колэктомии с формированием первичного илеоректального анастомоза, выполненной по экстренным показаниям на 3-е сутки после операции, отмечены клинические проявления несостоятельности анастомоза. Выполнена повторная операция с формированием петлевой илеостомы по Торнболлу. Малоинвазивные вмешательства были выполнены 10 детям. В послеоперационном периоде все пациенты продолжили получать базисную терапию по поводу основного заболевания.

Выводы и рекомендации. Осложненные формы БК и ЯК могут протекать с клиническими симптомами, характерными для ургентной абдоминальной патологии: аппендицит, дивертикулит Меккеля, осложненный кишечным кровотечением. Так же ВЗК могут осложняться развитием кишечной обструкции (частичной или полной) и явлениями гемоколита. Знание особенностей дебюта БК и ЯК в педиатрической практике позволяют заподозрить данные заболевания на раннем этапе и определить адекватную диагностическую и лечебную тактику этой тяжелой патологии.

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Тимаков И.Е., Романов И.Ю., Кроман Ю.О.

Волгоградский государственный медицинский университет

Последовательное мультидисциплинарное лечение детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области в условиях специализированного центра признано залогом успешной реабилитации пациентов. Анализ результатов региональной программы реабилитации детей необходим для выбора оптимальной тактики лечения каждого нозологического случая.

Цель работы: проанализировать результаты лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области в условиях г. Волгограда.

Материалом для исследования послужили данные клинического обследования и комплексного лечения 1100 пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба, находящихся на учете в «Волгоградском областном центре диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области» за 20 лет работы (2000–2019гг). Проведен анализ динамики частоты рождения детей с ВПЧЛО, изучены факторы риска у родителей ребенка. Эффективность комплексной реабилитации была оценена по критериям морфологического и функционального оптимума челюстно-лицевой области. Дети были разделены на группы по нозологии и в зависимости от полноты прохождения этапов реабилитации.

Проведенный сравнительный анализ динамики частоты рождения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба показал некоторую тенденцию к увеличению: в 2009 г. он составлял 1:751, в 2018 г. — 1:679 детей.

Принятый алгоритм комплексного лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба предусматривает совместную работу челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, логопеда, педиатра, отоларинголога, психолога. С 2000 года разработан и используется следующий протокол хирургического лечения детей: хейлоринопластика проводится с 3 месяцев, велоластика — в 9–12 месяцев, уранопластика — с 2 лет. При изолированной расщелине неба выполняется одномоментная пластика неба с 9 месяцев. Пластика дефекта альвеолярного отростка осуществляется в 9–11 лет или после завершения ортодонтического лечения в 15–17 лет. Коррекция верхней губы и носа — по показаниям в дошкольном возрасте и после окончания роста лицевого скелета. Ортодонтическое лечение направлено на нормализацию формы и размеров зубных дуг во все возрастные периоды. Эффективность комплексного лечения оценивалась по разработанной бально-рейтинговой шкале. Коэффициент эффективности реабилитации пациентов, прошедших комплексное лечение был существенно выше, по сравнению с группой детей, которые по каким-либо причинам непостоянно наблюдались специалистами центра.

Программа комплексного лечения с учетом возможностей конкретного региона сокращает сроки реабилитации и повышает эффективность лечения детей с указанной патологией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СИРОЛИМУСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Хагуров Р.А.¹, Александров А.В.¹, Рыбченко В.В.¹, Баязитов Р.Р.², Гурская А.С.²,
Дьяконова Е.Ю.², Наковкин О.Н.², Сулавко М.А.²

¹ Детская городская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова, Москва

² Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Сосудистые мальформации являются распространенными заболеваниями у детей. Несмотря на то, что они являются доброкачественными, они могут привести к нарушению жизненно важных функций, вызывать значительную деформацию, хронические боли и даже угрожать жизни пациентам.

Цель: оценить эффективность и безопасность применения специфической иммуносупрессивной терапией с помощью препарата сиролимус (рапамун) в лечении обширных и сложных сосудистых мальформаций у детей.

Лечение больных детей с сосудистыми мальформациями включают в себя различные методы: хирургические, инструментальные и медикаментозные. К сожалению, ни один из вышеперечисленных методов лечения не дает 100 % результат, что заставляло специалистов искать все новые пути решения сложных вопросов. Одним из современных методов лечения таких сложных пациентов является специфическая иммуносупрессивная терапия препаратом сиролимус (рапамун). Сиролимус является ингибитором пути mTOR, который представляет собой серин/треонинкиназу, регулируемую фосфоинозитид-3-киназой (PI3K) и протеинкиназой B (Akt). Путь PI3K/AKT/ mTOR действует в качестве главного переключателя на многочисленные клеточные процессы, включая клеточный катаболизм и анаболизм, подвижность клеток, ангиогенез и рост клеток. Ингибиторы mTOR, такие как сиролимус, блокируют последующий синтез белка и последующую пролиферацию клеток и ангиогенез.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗ Москвы, ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ России пролечено 18 детей с сосудистыми мальформациями. 5 больных с венозной мальформацией, 8 больных с лимфатической, 4 больных с венозно-лимфатической, 1 ребенок с артерио-венозной мальформацией. Возраст больных варьировался от 2 недель до 17 лет. Стоит отметить, что в 95 % случаев больные показали либо минимальный ответ, либо полностью отсутствие эффекта от других видов лечения перед предстоящей специфической иммуносупрессивной терапией.

Сиролимус назначался перорально, дважды в день. Корректировка дозы как на начальном этапе лечения, так и в последующем проводилась с учетом поддержания уровня концентрации препарата в крови в пределах 8–15 нг/мл. Параллельно иммуносупрессивной терапии проводилась профилактика пневмоцистной инфекции. Нами проводился визуальный и инструментальный (УЗИ, МСКТ, МРТ, ФГДС) контроль эффективности лечения каждые 3 месяца.

Результаты. У всех 13 пациентов с венозной и венозно-лимфатической мальформацией в течение уже первого месяца лечения отмечался положительный ответ на проводимое лечение, а именно: уменьшение объемов мальформации, снижение болей, купирование кровотечений, улучшение лабораторных показателей анализов крови. Такие же результаты показали 5 из 8 пациентов с лимфатической мальформацией. У 1 ребенка с артерио-венозной мальформацией мы не увидели результата от проводимой иммуносупрессивной терапии.

Выводы. Наш опыт показал, что в большинстве случаев сиролимус является эффективным методом в лечении пациентов с обширными и сложными сосудистыми мальформациями.

ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЛУБИНЫ И ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ

Хакимов Э.А., Мавлянов Ш.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ганиев Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Цель. Проанализировать изменения показателей периферической крови у детей с термическими ожогами в зависимости от глубины и площади поражения.

Материал и методы исследования. В отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП проведено обследование и лечение 144 детей с ожоговой болезнью в возрасте от 3 мес. до 14 лет.

Мальчиков 93, девочек 51. Площадь глубокого ожога составила от 5 до 20 % поверхности тела. У них изучены количество эритроцитов, уровень гемоглобина и гематокритной величины. Исследования проводились на 4–5, 10–12 и 18–22-й дни болезни.

Результаты. Так, у 37 из 144 больных с ожогами менее 7–8 % поверхности тела с 4-го по 6-й день заболевания отмечалось снижение содержания гемоглобина на 20–27 г/л и уменьшение количества эритроцитов на $700\text{--}800 \times 10^{12}/\text{л}$ крови. К 12–18-му дню заболевания. почти у всех этих больных количество эритроцитов не достигало исходного уровня. При глубоких ожогах, более 10 % поверхности тела, снижение гемоглобина и уменьшение количества эритроцитов с 4–5-го дня наблюдалось значительно чаще. Анемизация приобретала постоянный характер, анемия имела гипохромный характер, количество эритроцитов снижалась до $2\text{--}2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, содержание гемоглобина падало до 55–60 г/л. Снижение количества эритроцитов сопровождалось и их качественными изменениями, выражающимися в анизоцитозе, пойкилоцитозе, гипохромии и полихромазии. Проводилась комплексная инфузионно-трансфузионная терапия, диетотерапия, ранняя некрэктомия с одновременной свободной пересадкой кожи, что способствовало восстановлению гематологических показателей крови. По нашим данным, распространенность анемии у обожженных детей составляет 99–100 %.

Заключение. Высокая распространенность анемии у обожженных детей требует от комбустиологов комплексного, целенаправленного консервативного и хирургического лечения для её снижения и предотвращения последствий.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж.¹, Рахмонов Д.Б.²

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

² Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Несмотря на успехи в аноректальной хирургии у детей, после коррекции аноректальных пороков (АРП), 30–60 % приводят к повреждениям сфинктерного аппарата прямой кишки (ПСАПК). В связи, анализ ошибок приводящих к послеоперационному осложнению (ПО) является актуальной проблемой для оптимизации лечебной тактики.

Целью исследования явилось улучшение результатов повторной коррегирующей операции (ПКО), путем изучения ошибок, ПО и разработка меры профилактики.

Материалы и методы. С 2007 г. по 2018 г. в отделениях детской хирургии 1-ГКДБ (ТашПМИ) и МДОБ (СамМИ) находились 50 больных детей на ПКО на аноректальной зоне (АРЗ). Возраст: 3–12 мес. — 8(15,3 %); 1–3 г. — 21(40,4 %); 3–7 л. — 14(28,8 %); 8–14 л. — 7(15,3 %). Проведено 125 ПКО: из них, однократно — у 52(41,6 %), 2-х кратно — у 16(12,8 %), 3-х кратно — у 11 (8,8 %) и 4-х кратно — у 2 (1,6 %) больных. Всем больным проводились: анкетирование, общеклинический осмотр с ректальным исследованием, МРТ, УЗИ с доплером сосудов, миография ПСАПК, фистулография и ирригография.

Результаты. В ходе изучения катamnестических и данных обследования, нами проведен ретроспективный и проспективный анализ причин допущенных ошибок при первичной и ПКО у детей. Ошибки и осложнения имели диагностический, тактический, технический и сочетанный характер. Диагностически недостаточная оценка соматического статуса и дооперационного обследования; неправильная укладка больного при определении высоты атрезии (АРА), протяженности стеноза; недиагностированный РУС; неточная идентификация аномалии; неполноценное выявление причин ПО при верификации диагностики. Тактически неправильный выбор метода, показаний и доступа ПКО или наложения колостомы. Технически неправильный выбор операционного доступа и техники выполнения ПКО; 2) интраоперационные ПСАПК и случайное ранение уретры; 3) внесфинктерного низведения; рецидив РВС и РУС; 4) хроническая ишемия неоднократно низведенного ТК, натяжения и пересечения брыжеечных сосудов (обеднение кровообращения). К сочетанным ошибкам относятся все выше перечисленные. В тактическом плане показания к хирургическому лечению ПО определяли по степени тяжести ПСАПК, деформации АРЗ и выстоянием слизистой (ВС). При отсутствии выраженной деформации, при неэффективности консервативного лечения проводили ПКО. При сильной деформации (стеноз, эктопии, свищи, дефекты)и ВС проводили ПКО независимо от степени ПСАПК. Таким образом, анализ ошибок приводящих, к ПО у детей с АРП, способствует оптимизации тактики, методы хирургической коррекции и ПО меры профилактики.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРИНГА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Хамроев У.А., Эргашев Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Ранняя диагностика (РД) и хирургическое лечение (ХЛ) болезни Гиршпрунга (БГ) у грудных детей (ГД) являются основными причинами профилактики поздних осложнений.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения БГ у ГД, на основе изучения (РД).

Материал и методы. Наш опыт лечения 30 новорожденных (НД) и ГД с БГ за последние 8 лет основан на анализе данных клинических баз кафедры ГДХ ТашПМИ. Мальчиков было —25, девочек — 5. Всем детям проводились общезональные, лабораторные, бактериологические, ирригографии (ИГ) и морфологические исследования.

Результаты. При ХЛ БГ у ГД основывалась, на особенностях клинического течения (КТ), достоверности РД. Больные были разделены на две: 1-ю группу вошли 17 (57 %) НД и ГД с типичной КТ БГ, рентгенологически подтвержденным зона аганглиоза (ЗАГ), задержка стула (ЗС) и отсутствием симптомов ассоциированного энтероколита (АЭК). При острой форме БГ, истинная КТ развивалась на 2–5-е сутки после рождения ребенка. При длинной ЗАГ КТ протекали по типу низкой ОКН; во 2-ю группу вошли 13 (43 %) больных с атипичной КТ БГ, АЭК с зеленым стулом и диарейный синдром на фоне дисбактериоза. При этом, отмечались прямая зависимость между АЭК и протяженностью ЗАГ. Сочетания БГ с АЭК — наблюдались у 7 больных. На ИГ отмечалась нечеткость тотального сужения или полное его отсутствие при короткой ЗАГ. Типичная КТ БГ нередко наблюдалась у 5 НД в течение первых 2-х недель жизни, с функциональными нарушениями при сочетании, родовой черепно-мозговой, спинальной травмы, тяжелой пневмонии, сепсиса, ВУИ. Отметим, что ИГ в первые месяцы жизни должна применяться только с целью исключения органической ОКН у детей с подозрением на БГ. При атипичной КТ рекомендуется отсроченная ИГ в прямой и боковой проекциях. Хирургическая тактика при лечении БГ у ГД по нашим данным, у 20 детей с благоприятным течением БГ без АЭК консервативная терапия была успешная. У 5 НД с симптомами АЭК объем лечебных мероприятий расширялся за счет проведения инфузионной и антибактериальной терапии. При проксимальных формах БГ с в 5 случаях наложена колостома. Радикальное ХЛ БГ проводилось с 9 дневного возраста, при дистальных формах БГ в 25 случаях проводились трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки (ТЭРНТК), что является наиболее радикальным и щадящим методом. Послеоперационные осложнения не было. Больные выписывались домой на 7-е сутки после операции. При ежемесячном контрольном осмотре признаки ЗС отсутствовали, отмечалось учащение стула до 2–3 раз в сутки. После проведения курса электростимуляции эти симптомы постепенно исчезли. Нами индивидуальный подход к хирургическому лечению у ГД, позволил снизить частоту АЭК, добиться успехов при лечении острых и дистальных форм БГ. Таким образом, у ГД стандартом диагностики БГ является ИГ при дистальных формах БГ методом выбора является ТЭРНТК.

КОМПЛЕКСНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИЕЙ НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Хан М.А., Новикова Е.В., Меновщикова Л.Б.

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

Актуальность. Одним из основных методов лечения обструктивных уропатий является хирургический, который позволяет путем устранения препятствия оттоку мочи, восстановить уродинамику. Однако, операция является лишь одним из этапов лечения этой группы больных. Наряду с фармакотерапией, роль физических факторов в устранении указанных нарушений чрезвычайно велика. Основной задачей является определение этапности в применении технологий медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Оценить возможности применения различных физических факторов в коррекции обструктивных уропатий, осложненных нарушением внутривисцерального кровотока и внутриорганной гипоксией, и нарушением уродинамики.

Результаты и обсуждение. Ведущим патогенетическим фактором в нарушении функции почек и мочевыводящих путей при пороках их развития является гипоксия, связанная с разнообразными гемодинамическими нарушениями, как на органном, так и на тканевом уровне, и улучшению обменных процессов, что улучшает результаты хирургического лечения. В связи с чем патогенетически обоснованным является применение лазерной терапии, поляризованного света, обладающими активизирующим действием на микроциркуляцию и трофику тканей и нормализующим тканевое дыхание. Важным в медицинской реабилитации больных с обструктивными уропатиями является использование физических факторов, действие которых направлено на восстановление уродинамики мочевых путей. С этой целью применяют различные виды электростимуляции. В основе лечебного действия синусоидальных модулированных токов лежит активное воздействие СМТ на нервно-мышечный аппарат, что позволяет вызывать ритмические сокращения мышечных волокон и способствуют улучшению периферического кровообращения. В последние годы в ЦМР ДГКБ им. Н.Ф. Филатова научно обоснована и широко применяется методика введения экстракта лечебной грязи с помощью синусоидальных модулированных токов. Введение лекарственных веществ с помощью синусоидальных модулированных токов позволяет усилить лечебный эффект за счет сохранения свойств импульсных токов и непосредственного влияния компонентов экстракта лечебной грязи (ионов натрия, участвующих в организации возбуждения нейронов и миоцитов гладких и скелетных мышц, ионов кальция — посредниками регуляции метаболизма клеток и регуляторами синаптической передачи, ионов магния и калия, участвующих в процессах окислительного фосфорилирования и реполяризации нервных и мышечных волокон. В благоприятном влиянии на уродинамику доказана эффективность магнитостимуляции. Не менее значимым является применение технологий медицинской реабилитации, направленных на профилактику и лечение инфекционных осложнений. С этой целью используются токи надтональной частоты, лекарственные электрофорезы иода, цинка, хромотерапия.

Выводы. Учитывая продолжительность программы медицинской реабилитации, применение ее на амбулаторно-поликлиническом этапе является крайне важным, но при условии четкого соблюдения последовательность в применении лечебных программ.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Харитонов А.Ю., Карасева О.В., Шавров А.А., Капустин В.А.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения г. Москвы

Актуальность. Лечебные манипуляции при стенозах пищевода не отличаются разнообразием и чаще всего сводятся к проведению слепого бужирования при коротких стенозах и бужированию за нить при длинных стенозах. Причем, в 30–40 % наблюдений стенозы рецидивировали и требуют многоэтапного хирургического лечения. Внедрение эффективных малоинвазивных методов лечения стенозов пищевода является актуальной проблемой детской хирургии.

Цель: определить эффективность эндоскопических методов восстановления просвета пищевода у детей.

Материалы и методы. Обследовано 15 детей в возрасте от 1 года до 10 лет, средний возраст — $3,1 \pm 2,9$ лет. Преобладали (66,7 %; 10) стенозы пищевода после химических ожогов кислотой и щелочью, врожденный стеноз был диагностирован у 2 (13,3 %) детей, еще у 2 (13,3 %) — имелся пептический стеноз (несмотря на проведенную ранее лапароскопическую фундопликацию по Ниссену), у 1 (6,7 %) — стриктура анастомоза после оперативного лечения атрезии пищевода. Для определения степени и протяженности стеноза всем детям выполняли рентгеноконтрастное исследование пищевода и эзофагоскопию. Стеноз III ст. был диагностирован в 73 % наблюдений, IV — в 17 %.

Результаты. Сеансы бужирования по струне-проводнику и баллонной дилатации стенозов пищевода были успешны в 80 % (12) наблюдений. У троих (20 %) детей эффект был кратковременный и стенозы рецидивировали. Этим детям выполняли стентирование стеноза пищевода с помощью саморасправляющегося покрытого стента Polyflex (Boston Scientific) с внутренним диаметром 1,6 см и длиной 9 см. В течение 3 дней после манипуляции все дети предъявляли жалобы на загрудинные боли умеренной интенсивности и тошноту. Описанные симптомы купировались назначением анальгетиков и прокинетики. Извлечение стента производили через 1,5 месяца. Контрольное эндоскопическое исследование через 1, 6 и 12 мес. после удаления стента не выявило серьезных патологических изменений слизистой оболочки пищевода. У 2 пациентов были получены удовлетворительные результаты лечения: диаметр просвета органа соответствовал 10–14 мм. У 1 ребенка протяженность стеноза сократилась с 7 до 2 см, но стеноз рецидивировал, в связи с чем было принято решение использовать аппликации Митомидина С (0,1 мг/мл) после баллонной дилатации в течение 5 минут. При контрольном исследовании через 3 и 6 мес. просвет пищевода достаточный. В анамнезе дети не предъявляют жалоб, получают возрастной стол, свободно глотают и прибавляют в весе.

Выводы. Современные эндоскопические технологии восстановления просвета органа (бужирование по струне — проводнику, баллонная дилатация, стентирование) при доброкачественных стенозах пищевода у детей являются малоинвазивным и эффективным методом лечения, позволяющим избежать сложных многоэтапных операций.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЯТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕКМЕНТА У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ

Хватынец Н.А.^{1,2}, Старостина И.Е.³, Ростовская В.В.¹

¹ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова
(Сеченовский Университет)

² Детская городская клиническая больница № 9 им Г.Н. Сперанского, Москва

³ Российский научный центр рентгенодиагностики, Москва

Использование методов математического моделирования является инновационным в персонифицированной медицине.

Цель: с помощью метода бинарной логистической регрессии и нейросетевого анализа выявить предикторы результативности трансуретрального стентирования лоханки (ТУС) и на их основе разработать математическую модель «Прогноза вероятности успеха ТУС» у детей грудного и раннего возраста.

Материалы и методы. За период 2006–2019 гг. проведен ретроспективный анализ эффективности ТУС лоханки как «метода первой линии» в лечении 83 детей в возрасте 1–36 мес. (средний возраст $12,7 \pm 7,5$ мес.) с гидронефрозом (ГН) II ($n = 40$) и III степени ($n = 43$) SFU. Оценка результатов ТУС в динамике за 24 месяца осуществлялась на основании анализа изменений параметров УЗИ почек с доплерографией, диуретической пиелоэхографии (ДУПГ), экскреторной урографии. Для оценки взаимосвязи изучаемых 25 клинико-диагностических исходных факторов с результатом ТУС использовался метод бинарной логистической регрессии. Построение итерационного алгоритма проводилось в программном пакете MATLAB, а для создания математической модели — Mathcad на языке C++. Качество прогностической модели оценивалось с помощью ROC-анализа.

Результаты. Положительная результативность ТУС через 24 мес. составила 66,3 % ($n = 58$). Наибольший успех в 68,3 % получен у пациентов грудного возраста. В возрастных группах 12–24 и 24–36 мес. эффективность ТУС составила 46,7 % и 44,4 % соответственно. Не выявлено значимых различий по исходным значениям диагностических показателей у детей с положительным и отрицательным результатом ТУС ($p > 0,05$), не получено зависимости от возраста пациента и степени гидронефроза. По результатам регрессионного анализа, в прогнозе вероятности успеха ТУС из 25 параметров участвуют 11, наибольшее влияние имеют показатели ДУПГ (p_{Vn0} , V_i , K_{pus} , K_l) — их суммарный вес составляет 91,84 % от общего массива. Полученные данные «оформлены» в программный комплекс (прогностический калькулятор), который в процентном отношении отображает вероятность успеха ТУС в каждом конкретном случае. Коэффициент AUC ROC для уравнения регрессии — 0,8616, что свидетельствует о высокой точности прогноза результата ТУС на этапе предоперационного обследования. Процент прогнозирования успешного результата ТУС по калькулятору должен быть >75 %.

Заключение. Созданная прогностическая модель позволяет индивидуализировать подход к выбору наиболее оптимальной хирургической технологии, выделить пациентов с гидронефрозом перспективных для эндоскопической технологии ТУС и определить формы заболевания, которые подлежат только оперативной коррекции.

ЗАВОРОТ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Цап Н.А.¹, Винокурова Н.В.², Огарков И.П.³

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

² Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

³ Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург

Актуальность. Патологически подвижная, или блуждающая, селезенка длительное время может протекать бессимптомно до случайного неожиданного обнаружения у больного выраженной спленомегалии. По литературным данным, несмотря на то, что заболевание обусловлено врожденной недостаточностью фиксирующего связочного аппарата селезенки, сроки его диагностики различны — от внутриутробного периода до взрослого состояния. В подавляющем большинстве случаев данный порок проявляется себя возникновением заворота патологически подвижной селезенки, диагностика которого в связи с единичной встречаемостью в практике педиатров и хирургов вызывает затруднения.

Цель работы — представить два случая заворота селезенки, особенности диагностического этапа и исходов оперативного лечения.

Материалы и методы. Оба пациента мальчики, до возникновения заворота селезенки жалоб, характеризующих абдоминальную патологию, не отмечалось. Больной П., 6 лет, переведён из МУ области (лечили ОРВИ) в ОДКБ с жалобами на субфебрильную t₀, анемию, увеличение размеров селезенки. Заболел остро: периодические боли в животе, рвота, подъём t₀, спленомегалия, лейкоцитоз, анемия. При поступлении отмечались снижение тургора тканей, пониженного питания, бледность кожных покровов, множественные стигмы эмбриогенеза. Увеличение размеров живота и его асимметрия за счёт выбухания левой половины. Пальпация болезненная, особенно увеличенной в размерах селезенки, выступает из подреберья на 12 см. В ОАК: лейкоцитоз — $18,2 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитоз — $667 \times 10^9/\text{л}$, гиперфибриногенемия, анемия, биохимия крови — без патологии. Больной К., 10 лет доставлен бригадой СМП в первые сутки заболевания с абдоминальным болевым синдромом, многократной рвотой, которые возникли после физических занятий. При обследовании также выявлена асимметрия живота, спленомегалия, выраженная болезненность при пальпации. В лабораторных показателях — лейкоцитоз, тромбоцитоз.

Результаты. В обоих случаях ключевыми методами диагностики явились УЗИ и УЗДГ органов брюшной полости, а конкретно селезенки, в которой установлено отсутствие паренхиматозного кровотока (1 случай поздней диагностики) и обеднение кровоснабжения паренхимы со спиралевидным ходом сосудистой ножки (1 случай ранней диагностики). Оба ребенка оперированы: при некрозе селезенки выполнена спленэктомия, при ликвидации заворота и восстановлении паренхиматозного кровотока селезенка сохранена, выполнена спленопексия в ретроперитонеальном «кармане». Послеоперационный период без осложнений.

Выводы. Заворот селезенки (перекрут сосудистой ножки селезенки) является крайне редкой хирургической патологией, что обуславливает сложный дифференциально-диагностический путь уточнения этиологии спленомегалии и гиперспленизма. Особо важное место в экстренной диагностике заворота селезенки занимает УЗИ и УЗДГ данного органа и её сосудистой ножки. Лапароскопия является и диагностическим, и лечебным компонентом оперативной ликвидации заворота, спленэктомии или спленопексии.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ МАЛЬФОРМАЦИИ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Цап Н.А.¹, Некрасова Е.Г.², Наумова О.А.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

² Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

Актуальность. По данным литературы лимфангиомы составляют примерно 10–12 % всех доброкачественных образований у детей. Частота встречаемости мультисистемных лимфангиом, лимфатических мальформаций (ЛМ) на сегодняшний день не исследована. Локализация и анатомо-топографические взаимоотношения патологических лимфатических образований становятся сложнее и причудливее. Имеют место быть клинические случаи, когда ткань ЛМ имеет рост в нескольких органах разных анатомических областей, имеет и внутренний, и наружный компоненты, сопровождается осложнениями. Радикальное оперативное удаление таких образований представляет значительные технические трудности, что требует поиска консервативных или сочетанных методов лечения.

Цель работы — проанализировать клинические проявления, топографическую анатомию, морфологическую картину, эффективность методов лечения мультисистемных лимфатических мальформаций.

Материалы и методы. В данную работу включены 4 детей в возрасте от периода новорожденности до 16 лет (период проспективного катамнестического наблюдения). Лимфатическая мальформация у 2-х девочек имела основную локализацию в левой половине грудной клетки с распространением на левое надплечье, лопаточную область и левую верхнюю конечность, у одной из них прорастала корень левого пятидолевого легкого. У двоих детей ЛМ имела сложную топографию с поражением поясничной области, забрюшинного пространства с распространением в малый таз, паховую область, нижнюю конечность. Все данные варианты ЛМ по размерам относим к гигантским. Верификацию патологической формы, топографии образования, «конфликта» с функционально важными структурами проводим посредством КТ, МРТ с контрастированием, что позволяло определить лечебную тактику.

Результаты и обсуждение. Двое детей с ЛМ в области грудной клетки и левой верхней конечности были этапно оперированы в период новорожденности и в грудном возрасте, иссечен значительный объём ткани ЛМ, но радикальное удаление не удалось в связи с прорастанием всего сосудисто-нервного пучка от подмышечной впадины до локтевой ямки. Послеоперационный период сопровождался лимфореями разной степени и длительности. Морфология операционного материала подтвердила ЛМ, в отдельных участках есть гемангиоматозный компонент. В катамнезе один ребенок развивается без функциональных нарушений, имеет очаги остаточной ЛМ. У второй девочки периодическая лимфорея в зоне рубцов и «здоровой», получает терапию сиралимусом по назначению федерального центра. Данная терапия проводится и двум неоперированным детям с ЛМ таза, забрюшинного пространства. Все дети на длительном динамическом наблюдении, установлена стабилизация объёма ЛМ, отсутствие прогрессирования.

Выводы. Лимфатические мальформации остаются сложной проблемой хирургии детского возраста, требуют персонифицированной тактики, сочетания оперативного удаления больших наружных объёмов патологической ткани и консервативной терапии остаточной ЛМ, придерживаясь принципа органосохранности.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ И ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: ДИАГНОСТИКА ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЯ

Цап Н.А.¹, Огарков И.П.^{1,2}, Чукарев В.И.², Макаров П.А.², Чукарев А.В.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

² Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург

Актуальность. Редкость деструктивных форм панкреатита в детском возрасте, особенно идиопатического генеза, диктует использование опыта «взрослой» хирургии поджелудочной железы, а также определение лечебно-диагностической тактики, основным звеном которой является предупреждение панкреатогенных осложнений.

Цель работы — определить диагностические критерии деструктивного панкреатита и их прогностический риск, оценить результаты лечения.

Материалы и методы. Выборка клинического материала произведена за период 2010–2019 гг. В неотложном порядке поступили 32 ребенка с признаками деструктивного панкреатита (ДП). Возраст детей от 2 до 18 лет, преимуществ по полу нет. Этиопатогенез ДП у 21 (65,6 %) ребенка связан с абдоминальной травмой. Диагностический блок и мониторинг течения панкреатогенных изменений включал клиническое, лабораторное обследование (динамика ферментемии, СРП, ПКТ), лучевую (УЗИ, МРТ) диагностику и лапароскопию.

Результаты. Отечная форма панкреатита была выявлена у 10 (31,2 %) детей по данным УЗИ и повышению показателей амилазы и липазы крови в течение нескольких суток на фоне проводимой консервативной терапии, назначаем сандостатин (октреотид). При прогрессии ферментемии в 5 (15,6 %) случаях процесс распространился за пределы pancreas, сальниковой сумки (геморрагический выпот, бляшки стеатонекроза, реактивного плеврита, формирование псевдокист). Повышение уровня амилазы более 200 Е/л и липазы более 98 Е/л в течение 10 суток от начала заболевания расцениваем как прогностический риск формирования наружных свищей (6) и псевдокист (10) pancreas вне зависимости от способа лечения, сроков проведения первичной операции. Оперативные вмешательства — эндоскопические и открытые, проведены 22 (68,7 %) детям. Операцией выбора явилась лапароскопия (16), потребовалась конверсия в 6 случаях. Лапаротомия, марсупиализация, дренирование брюшной полости выполнена 12 детям. Основное место среди осложнений занимают панкреатические свищи и формирование псевдокист различного размера, нередко прогрессирующие. Тактика их лечения базировалась на результатах МРТ: топографо-анатомические изменения в паренхиме и протоковой системе pancreas, в сальниковой сумке, в панкреатодуоденальной зоне. При кистах головки pancreas проводили навигационную чрезкожную пункцию и санацию полости кисты у 5 детей. Эффективна была у 4-х детей. Рецидив кисты отмечен в одном случае. Более сложные клинические случаи (2) связаны с разрывом pancreas, вирсунгова протока: сформировались псевдокисты с активно функционирующим наружным свищом. Избран путь наложения панкреатоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле тощей кишки. Осложнений и летальных исходов не было.

Выводы. Травматический панкреатит имеет более тяжелое течение в отличие от идиопатического, выше риск повторных оперативных вмешательств, неблагоприятных исходов с формированием панкреатических свищей и кист, на что указывает торпидное течение ферментемии. В хирургическом лечении приоритет за малоинвазивными вмешательствами.

АКТИВНОЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

*Черногоров О.Л., Котловский А.М., Мамедов М.Р., Сергиенко М.В.,
Козьмин М.А., Журило И.П., Медведев А.И., Круглый В.И.*

Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям
им. З.И. Круглой, Орёл

Актуальность. Выбор рационального лечения тяжелых форм перитонита у детей остаётся дискуссионным.

Цель — оценить собственный опыт активного лапароскопического лечения тяжелых форм перитонита с завершением аппендэктомии и выполнением перитонеального лаважа.

Методы. Среди 1624 записей лапароскопических аппендэктомий, выполненных за последние 7 лет, было 238 случаев деструктивного аппендицита с различными формами перитонита, из них были выбраны и ретроспективно проанализированы 48 историй болезни пациентов с тяжелыми формами перитонита. Лапароскопическая техника включала следующие основополагающие элементы: полное выделение аппендикса из воспалительных сращений до его основания с завершением аппендэктомии и перитонеальный лаваж до «чистой воды» с установкой дренажной трубки в малый таз и правую подвздошную ямку. Для промывания применялся физиологический раствор. Используемая коммерческая дренажная трубка имела желобовое сечение, исключающее присасывание на активной аспирации.

Результаты. Возраст пациентов составлял от 1 до 17 лет. Всего было 31 случая разлитого перитонита, 17 — сочетание разлитого перитонита с периаппендикулярным инфильтратом/абсцессом, из них 6 — с множественными межпетлевыми и/или околопеченочными абсцессами. Все вмешательства были выполнены без конверсии. Требуемый объем промывающей жидкости составлял от 1,5 до 5,0 л. Интраоперационное время варьировало от 45 до 160 минут. Послеоперационный период у 45 (93,75 %) пациентов протекал благоприятно с разрешением септических явлений, восстановлением функции ЖКТ и двигательной активности в ранние сроки (2–5 дней). Дренажи были удалены в период 2–4 дней. Продолжительность госпитализации занимала 7–13 дней. Послеоперационные интра-абдоминальные абсцессы были отмечены у 3 пациентов (6,25 %).

Заключение. Представленные результаты подтверждают, что активное лапароскопическое лечение тяжелых форм аппендикулярного перитонита является высокоэффективным, позволяющим достигнуть быстрого выздоровления у подавляющего большинства пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М.¹, Шамсиев Ж.А.¹, Атакулов Д.О.², Тогаев И.У.², Махмудов З.М.²

¹ Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

² 2-ая клиника Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан

Актуальность. Послеожоговая контрактура — это патологическое состояние, при котором связки ладоней и кистей теряют эластичность. Постепенно они уплотняются, укорачиваются и полностью утрачивают способность разгибаться, вследствие воздействия различных физических факторов, при котором пальцы не могут быть полностью согнуты или разогнуты в одном или в нескольких суставах. Частота при этой патологии достигает 40 %.

Цель: провести анализ результатов хирургического лечения послеожоговых рубцовых контрактур пальцев кисти у детей.

Материал и методы. Во 2-клинике СамМИ за период с 2010 по 2020 год находилось на стационарном лечении 93 больных с послеожоговой сгибательной контрактурой пальцев кисти. Соотношение по полу было практически одинаковым: мальчиков было 55 (59,1 %), девочек 38 (40,9 %). В возрасте до 3-х лет было 35 (37,7 %), от 3-х до 5 лет — 24 (25,8 %), от 5 до 7 лет — 19 (20,4 %), старше 7 лет — 15 (16,1 %).

Причиной развития рубцовой контрактуры чаще служил ожог кипятком — 57 больной (61,3 %), у 25 (26,9 %) ожог открытым пламенем, и у 11 (11,8 %) электроожог. Все больные до поступления в стационар получали консервативное лечение по поводу ожога по месту жительства. Контрактура пальцев правой кисти выявлена у 53 больных (57 %), левой у 37 (39,8 %), а у 3-х (3,3 %) обеих кистей. Все они до поступления в стационар получали консервативное лечение по месту жительства, но без эффекта. Лечебная тактика заключалась в хирургическом устранении контрактуры пальцев кистей с аутодермопластикой. В раннем послеоперационном периоде осложнений со стороны раны не было. После выписки из стационара больные находились на диспансерном наблюдении и регулярно каждые 2–3 месяца проходили контрольный осмотр, получали курс физиотерапевтических процедур — ультразвук с гелем «контратубекс», ЛФК.

Выводы. Таким образом, послеожоговая рубцовая контрактура пальцев у детей является тяжелым последствием термических ожогов, требующая своевременное оперативное лечение. Методом выбора при хирургической коррекции контрактуры является аутодермопластика.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАМНЕЙ ПОЧЕК ПРИ АНОМАЛИИ ПИЕЛО-УРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М.², Шамсиев Ж.А.², Данияров Э.С.², Зайниев С.С.², Пулатов П.А.²

¹ Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

² 2-ая клиника Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан

Актуальность. Немаловажное значение имеет наличие врожденных аномалий пиело-уретерального сегмента (ВАПУС) в патогенезе мочекаменной болезни (МКБ) у детей, которые способствуют застою мочи в лоханке, что в дальнейшем может привести к образованию конкрементов. По данным литературы сочетание ВАПУС и МКБ в урологической практике встречается нередко и колеблется в пределах 16–25 % от общего числа больных с уролитиазом.

Цель исследования: ретроспективно изучить результаты хирургического лечения ВАПУС в сочетании с камнями почек.

Материал и методы. В урологическом отделении 2-клиники Самми за период с 2013 по 2019 гг., находились на стационарном лечении 71 больных в возрасте от 10 месяцев до 17 лет в сочетании ВАПУС с МКБ. Девочек было 24 (33,8 %), мальчиков 47 (66,2 %), преобладали больные из сельской местности 65 (91,5 %), городских было 6 (8,5 %). В возрасте до 3 лет было 24 (33,8 %), от 3 до 7 лет 24 (33,8 %), старше 7 лет 23 (32,4 %) больных. Всем больным проведено комплексное урологическое обследование включающее клинико-лабораторное обследование, УЗИ, обзорную и экскреторную урографию, при необходимости проводилась МРТ или МСКТ.

Предоперационная подготовка проводилась по общепринятой методике. Всем больным проведена открытая нефро- или пиелолитотомия. При этом абберантный сосуд пиело-уретерального сегмента (ПУС) выявлен у 46 (64,8 %), эмбриональные спайки ПУС у — 14 (19,7 %), стеноз ПУС отмечен у 4 (5,6 %), клапан ПУС у 4 (5,6 %). У 3 (4,3 %) больных с необратимыми деструктивными изменениями почечной ткани, сопровождающиеся полным отсутствием функции была проведена нефруретерэктомия.

Таким образом, врожденные аномалии развития пиело-уретерального сегмента у детей являются одной из причин возникновения камней в почках. Своевременная хирургическая коррекция позволяет предупредить развитие рецидивных камней почек и избежать нефруретерэктомию.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М.¹, Шамсиев Ж.А.¹, Ибрагимов О.А.², Тогаев И.У.²

¹ Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

² 2-ая клиника Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан

Актуальность. Врождённые расщелины верхней губы и нёба (ВРГН) является распространённым мультифакторным пороком. По данным ВОЗ частота рождения детей с ВРГН в мире составляет 0,6–1,6:1000 новорожденных и значительно изменяется в зависимости от региона и проживающего там этноса. При этом у 63,1 % больных были установлены хромосомные аномалии, а у 36,9 % нехромосомные синдромы.

Целью нашей работы явилось, изучение ближайших и отдаленных результатов лечения ВРГН.

Материалы и методы. С 2009 по 2019 гг. во 2-Клинике СамМИ находились на лечении 41 пациентов с ВРГН. Из них с односторонней расщелиной — 35 (85,37 %), с двухсторонней — 6 (14,63 %) пациентов; девочек — 14 (34,15 %), мальчиков соответственно — 27 (65,85 %). Всем больным проводилась хейлоринопластика по методу Лимберга-Обуховой. У 6 (14,63 %) больных в раннем послеоперационном периоде отмечались различные осложнения, чаще в виде деформации крыла носа — у 3, нагноение послеоперационной раны — у 2 и полное расхождение швов — у 1 ребёнка. При повторном поступлении через 6–8 месяцев после проведения курса медикаментозной терапии (гель «Контрактубекс», поливитамины), последний благоприятно влиял на косметические результаты. У всех детей с ВРГН оценивались результаты катанеза. В грудном и раннем детском возрасте до оперативной коррекции ортодонтом рекомендовалось изготовление obturatora, предназначенного для закрытия дефекта неба. Проводилось поэтапное хирургическое лечение. 1 этап — первичная хейлоринопластика по Лимбергу — Обуховой проводилась в первые 2–6 мес., жизни ребёнка и был направлен на устранение дефектов и деформаций верхней губы и носа. 2 этап оперативного лечения — пластика мягкого нёба при необходимости проводилась в 6–9 мес. 3 этап — щадящая пластика твёрдого нёба проводилась в возрасте 12–16 мес., с минимальной мобилизацией слизисто-надкостничных лоскутов, что существенно снизило риск формирования грубых аномалий прикуса.

Выводы. Квалифицированное хирургическое лечение детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба завершалось в течение 12–16 мес., жизни, что обеспечивало их раннюю и полноценную реабилитацию. После выписки из стационара проводились все мероприятия по предотвращению грубого рубцевания, а именно: массаж, миогимнастика губы и носа, использование индивидуальных вкладышей в носовые ходы, применение геля «Контрактубекс». Эти мероприятия предупреждали развитие послеоперационных рубцовых деформаций и в дальнейшем отмечался хороший косметический эффект

АНАЛИЗ ПРИЧИН НАЛОЖЕНИЯ СТОМ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Шамсиев Ж.А.¹, Давранов Б.Л.¹, Муталибов И.А.², Имамов Д.О.², Махматкулов Х.Г.²

¹ Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

² 2-ая клиника Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан

Актуальность. Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) у новорожденных — один из самых частых поводов для госпитализации в хирургический стационар. Наиболее частыми видами ВКН являются атрезии и стенозы различных локализаций, а также пороки нарушения вращения и фиксации кишечника. Частота рождения детей с атрезией кишечника и дуоденальной непроходимостью соответственно составляют 1:2700 и 1:10000 новорожденных.

Цель работы. Провести анализ причин наложения кишечных стом при хирургической коррекции больных с врожденной кишечной непроходимостью.

Материал и методы. В отделение хирургии новорожденных 2-й клиники СамМИ за период с 2015 по 2019 года поступило 80 больных с предварительным диагнозом: врожденная кишечная непроходимость. Городских было 15 (18,7 %), из сельской местности 65 (81,3 %). В возрасте до 7 дней патология выявлена у 68 (85,0 %), остальные были более старшего возраста. После предоперационной подготовки они были оперированы, при этом интраоперационно была выявлена следующая патология: атрезия терминальной части подвздошной кишки у 18 (27,5 %), меконеальный илеус у 6 (6,5 %), атрезия восходящего отдела толстого кишечника у 4 (5,0 %), стеноз восходящего отдела толстого кишечника у 2 (2,5 %), при этом была наложена терминальная илеостома. Язвенно-некротический энтероколит был у 5 (6,3 %), при этом 1 больному наложена двуствольная колостома, 4 — илеостома, декомпенсированное течение болезни Гиршпрунга выявлена у 10 (12,5 %), из которых 3 наложена колостома, 7 — сигмостома, атрезия ануса и прямой кишки диагностирована у 35 (43,7 %), потребовавшая наложения сигмостомы. В послеоперационном периоде летальность отмечена у 12 (15,0 %) больных, из них у 8 причиной явилось развитие полиорганной недостаточности из-за позднего обращения больных в стационар и в 4 случаях сопутствующего тяжелого порока развития.

Выводы. Таким образом, новорожденные с клиникой врожденной кишечной непроходимости требуют своевременной госпитализации в хирургический стационар, для проведения необходимой коррекции врожденного порока развития.

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А.¹, Махмудов З.М.², Боберов К.Р.², Исаков А.М.², Шамсиев Б.М.¹

¹ Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

² 2-ая клиника Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан

Актуальность. По данным литературы, высокая летальность и инвалидность в группе больных с абдоминальной травмой обусловлены не только тяжестью повреждений и трудностью их диагностики, но во многом связаны с отсутствием единого подхода к оценке тяжести состояния пациентов, выбору хирургической тактики, методам пред- и послеоперационного ведения.

Цель исследования: анализ результатов лечения абдоминальной травмы различной этиологии у детей.

Материалы и методы. С 2006 по 2018 гг. во 2-й клинике СамМИ пролечено 97 детей от 1 года до 17 лет с абдоминальной травмой. Частые причины травм — падение с высоты — 23 (24 %), удар об тупой предмет — 20 (21 %), автотравмаг-18 (18,5 %), школьная травма — 12(12,4 %). Наиболее высокий уровень госпитализации больных с множественной и сочетанной травмой пришелся на весну и лето (с мая по июль). По полу дети разделились следующим образом: мальчиков было 61(63 %), девочек — 36(37 %). Тяжелая черепно-мозговая травма и повреждения опорно-двигательного аппарата наблюдались у 9 детей.

Результаты исследования: Лечебная тактика выбиралась с учетом характера повреждения и осложнений, состояния гемодинамики и степени кровопотери. 16 (76 %) детям с повреждением селезенки при выявлении «малого» и «среднего» гемоперитонеума по данным УЗИ при отсутствии продолжающегося кровотечения и со стабильной гемодинамикой проведено консервативное лечение: строгий постельный режим, инфузионную, гемостатическую, антибактериальную и симптоматическую терапию. Инфузионная терапия включала коллоидные и кристаллоидные растворы по степени кровопотери от 70 до 120 мл/кг сутки. Гемостатическая терапия проводилась, раствором аминокaproновой кислоты 100 мг/кг в первые 6 часов, затем 50 мг/кг 1 день, тренаксамин 10–15 мг/ кг 2 раза в сутки в течении 2 дней. Этамзилат 1–2 мл одномоментно, далее 0,5 — 1 мл каждые 4–6 часов в течении 4–5 дней, викасол по возрастной дозировке в 2–3 приема в сутки, длительностью 2 дня. С целью антибиотикотерапии внутривенно назначен цефалоспориin III поколения по 100 тыс. ед/кг сутки в течение 5–7 дней. 23 (24 %) больным с клиникой продолжающегося внутрибрюшного кровотечения оперированы: в трех случаях выполнена спленорафия, двум больным с размождением органа — спленэктомия с аутоотрансплантацией селезеночной ткани в сальник. Больные с подкапсульной гематомой печени (3) вылечены консервативно, при чрескапсульном разрыве выполнено его ушивание (2). При повреждении полых органов проведено: ушивание разрыва 12-п.к. (2), тощей (1), подвздошной (1), илеостомия (2), колостомия при проникающем ранении прямой кишки (3).

Выводы. Таким образом, любая абдоминальная травма требует экстренной госпитализации ребенка в стационар. Выбор лечебной тактики зависит от тяжести поврежден на органов брюшной полости и направлен по возможности на органосохраняющие мероприятия. При повреждении паренхиматозного органа при выявлении «малого» и «среднего» кровотечение методом выбора является консервативное терапия.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИДРОЭХОКОЛОНОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А.¹, Махмудов З.М.², Зайниев С.С.², Шамсиев Б.М.¹, Рахматов Б.Н.²

¹ Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

² 2-ая клиника Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан

Актуальность. Инвагинация кишечника (ИК) является наиболее частой формой приобретенной кишечной непроходимости в детском возрасте, составляя 70–80 % от всех ее видов и занимающая второе место среди ургентной абдоминальной патологии после острого аппендицита. Данная патология встречается преимущественно у детей грудного возраста (85–90 %), наиболее часто в период с 4 до 9 мес. Так, диагностические ошибки на этапе первичного звена по данным авторов составляют от 34 % до 88 %, что определяет позднее поступление больных и, безусловно, ухудшает результаты лечения. Летальность при ИК составляет от 0,5 до 1 %, достигая при осложненных формах от 6 до 15 %.

Целью нашего исследования явилось, улучшение результатов диагностики и лечения инвагинация кишечника у детей

Материалы и методы. Анализированы результаты обследования и лечения 79 детей с ИК за последние 10 лет, из них 52 (68 %) — были дети в возрасте до 1 года. Диагностика ИК включала: сбор анамнеза, клиническую симптоматику, обзорную рентгенографию, пневмоирригоскопию. С 2012 года в протокол обследования в качестве основного метода диагностики ИК внедрена ультрасонография (УЗС). 40 (52 %) больным проведено консервативное лечение: из них в 23 случаях — пневмоирригоскопию. С 2012 года с целью консервативного лечения применяем гидростатическую дезинвагинацию (ГД) под ультразвуковым (УЗС) контролем.

Результаты. Лечение ГД начинали независимо от давности заболевания и возраста ребенка при отсутствии перитонеальных явлений и признаков тонкокишечной инвагинации. Данный способ успешно применен 17 больным. Оперировано 39 (48 %) больных в связи с поздними сроками поступления и явлениями перитонита.

Выводы. Применение УЗС в диагностике ИК позволило приблизить эффективность комплексной диагностики заболевания к 100 %. Методика ГД под УЗС контролем является простым, безопасным и эффективным способом неоперативного лечения ИК у детей, позволяющим расширить показания к консервативной тактике лечения.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А.¹, Шамсиев А.М.², Данияров Э.С.², Юсупов Ш.А.², Пулатов П.А.²

¹ Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

² 2-ая клиника Самаркандского государственного медицинского института, Узбекистан

Актуальность. Гипоспадия — среди аномалий и пороков развития мочеиспускательного канала по частоте встречаемости занимает первое место. Оперативное лечение гипоспадии и сегодня остается одной из актуальных и трудных задач пластической хирургии детского возраста. Разнообразие вариантов гипоспадии, дефицит пластического материала значительно усложняют эту задачу.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения гипоспадии у детей.

Материалы и методы исследования. В отделении урологии 2-клиники СамМИ находилось на лечении 87 больных с 2018 до 2019 гг., с различными формами гипоспадии в возрасте от 1 до 17 лет. Из них у 57(65,5 %) — стволовая, 4(4,6 %) — венечная форма, 24(27,6 %) — мошоночная и у 2(2,3 %) детей — промежностная.

У 24 больных со стволовой формой и искривлением полового члена, мошоночной и промежностной формами гипоспадии операция проводилась в 2 этапа. В первый этап входило иссечение хорды, рубцовых тканей и пластикой кожи треугольными встречными кожными лоскутами по Лимбергу. Во время второго этапа, уретропластика по Дюплею проводилась через 6–8 месяцев. У 30 больных со стволовой формой гипоспадии без искривления полового члена оперативное лечение проводилось одноэтапной уретропластикой по Дюплею в модификации клиники.

94 больным с дистально-стволовой формой гипоспадии без искривления полового члена оперативное лечение осуществлялось перевернутым «П» — образным кожным лоскутом и с пластикой головки полового члена по методике клиники.

У 2(2,3 %) больных с промежностной и мошоночной формами гипоспадии наблюдались послеоперационные осложнения в виде уретральных свищей. Из 57 пациентов со стволовой формой наблюдались уретральные свищи у 3 (3,4 %) больных. Все осложнения ликвидированы хирургическим путем.

Вывод. Изучение результатов показало высокую эффективность применяемых нами способов хирургического лечения гипоспадии у детей, и уменьшить количество осложнений на 5,7 %.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Шангареева Р.Х.¹, Неудачин А.Е.³, Сибгатуллина З.Р.², Кремешная Д.И.², Брюханова О.А.²

¹ Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

² Республиканская детская клиническая больница, Уфа

Цель: Анализ результатов лечения детей с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) с хирургической патологией.

Материалы и методы. В период с 2017 по 2019 гг. на стационарном лечении в отделении хирургии новорожденных находились 23 ребенка с массой тела до 1500 грамм. Из них от 500 до 749 грамм — 1 ребенок; от 750 до 999 грамм — 3; от 1000 до 1499 грамм — 19 детей. Мальчиков 11, девочек 12. Диагноз язвенно-некротический энтероколит установлен 18 новорожденным, ложная диафрагмальная грыжа — 2, врожденная кишечная непроходимость — 2 и один случай МВПР (атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом, внутриутробная перфорация забрюшинной части восходящей ободочной кишки).

Результаты. Дети родились от матерей в возраст 32–40 лет с отягощенным акушерским анамнезом (анемии, урогенитальные инфекции, табакокурение, фетоплацентарная недостаточность и др.). Наиболее часто встречаемая патология 18 (78 %), у данной категории новорожденных — язвенно-некротический энтероколит. Консервативное лечение проведено 2, оперативное лечение по ушиванию перфорации полого органа 3 новорожденным. Разгрузочная стома выведена в 12 случаях, одному ребенку наложен Т-образный первичный анастомоз. При ложной диафрагмальной грыже произведена пластика купола диафрагмы. Ребенку с атрезией пищевода в связи значительным диастазом наложена эзофагостома, гастростома, по поводу перфорации ободочной кишки выведена колостома. Течение заболевания у всех детей отягощало наличие одной или нескольких сопутствующих патологий: респираторный дистресс синдром, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, инфекции, специфичные для перинатального периода. В 1 случае наблюдалась генетическая патология. Выписаны с выздоровлением 16 детей. Летальный исход у 5 (22 %) детей, из них: язвенно-некротический энтероколит у 4, ложная диафрагмальная грыжа у 1 ребенка. Причинами смерти явились полиорганная недостаточность, на фоне развившегося септического шока и легочное кровотечение, вследствие развившегося ДВС-синдрома. Двое пациентов переведены на паллиативное лечение в связи с низким реабилитационным потенциалом, на фоне сопутствующих заболеваний (неврологических и генетических).

Выводы. Язвенно-некротический энтероколит — наиболее частая хирургическая патология у недоношенных детей (78 %). У пациентов с ЭНМТ и ОНМТ с хирургической патологией высокий показатель летальности и инвалидности.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Шоминова А.О., Митупов З.Б.

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

Актуальность. Несмотря на удовлетворительные и отличные результаты хирургической коррекции деформаций грудной клетки продолжается поиск альтернативных, безоперационных способов лечения ВДГК и КДГК. В мировой практике широко используется Vacuum Bell (VB) при ВДГК и динамической компрессионной системы (ДКС) при КДГК. Однако, вопрос об эффективности и показаниях к их использованию остается открытым.

Материалы и методы. Анализ результатов консервативного лечения выполнен у 24 пациентов с ВДГК средний возраст 12,2 лет и у 25 пациентов с КДГК средний возраст 12,5 лет, получавших лечение в период с 2015 по 2019 год. У пациентов с ВДГК в зависимости от роста и телосложения применялось устройство Vacuum Bell различных типоразмеров. Пациентам с КДГК производили замер грудной клетки в области наибольшей протрузии и давление инициальной компрессии (PIC). Критерием отбора являлось $PIC < 7$. Результаты оценивались как удовлетворительные и неудовлетворительные на основании контрольных измерений деформации, анкетирования пациентов и визуальной оценки.

Результаты. Из 24 пациентов с ВДГК, использовавших VB, два (8,3 %) пациента из-за дискомфорта прервали лечение через 1 месяц. 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, 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, 4 пациентов использовали VB нерегулярно.

Из 25 (100 %) пациентов с КДГК, использовавших ДКС, 19 (76 %) — закончили лечение, 2 (8 %) — продолжают, а 4 (16 %) пациента — отказались от продолжения лечения. Пациенты, закончившие лечение, по значению PIC были разделены на группы. I группа — $PIC > 5$ ($n = 9$) и II группа — $PIC < 5$ ($n = 10$). Из них, у 15 (79 %) получен удовлетворительный результат (9 пациентов с $PIC < 5$ и 6 пациентов с $PIC > 5$). В 4 (21 %) случаях получен неудовлетворительный результат ($PIC > 5$). Длительность лечения ДКС составила $15,1 \pm 2,9$ месяцев, продолжительность ношения устройства в течение дня — $10,3 \pm 2,9$ часов. Выявлена статистически значимая зависимость между результатами лечения КДГК и значением PIC.

Выводы. ДКС и VB являются реальной альтернативой хирургическому лечению КДГК и ВДГК. Податливость грудной клетки, длительность и регулярность применения устройства — основные факторы, определяющие прогноз консервативного лечения. Дискомфорт, длительность терапии и высокая стоимость устройств являются основными причинами отказа от лечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ КИШЕЧНОГО ТРАНЗИТА У ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ — ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Шугина Ю.В.^{1,2}, Мокрушина О.Г.^{1,2}

¹ Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Актуальность. Процедура Малона для антеградного промывания толстой кишки (МАСЕ) — оригинальная методика, разработанная как способ хирургической реабилитации пациентов с нарушениями кишечного транзита после операций на аноректальной области. Учитывая тот факт, что по результату различных исследований частота встречаемости констипации и анальной псевдоинконтиненции в данной группе пациентов составляет от 25 % до 80 %, данный метод является эффективным инструментом для достижения социализации ребёнка в обществе.

Цель: Анализ применения операции Малона в комплексной реабилитации детей с нарушениями кишечного транзита после операций на аноректальной области.

Материалы и методы. В период с 2018 по 2020 год в нашей клинике МАСЕ проведена 5 детям в возрасте от 1 года до 5 лет, оперированным в периоде новорожденности по поводу персистирующей клоаки. Для налаживания пассажа и возможности проведения антеградного очищения толстой кишки, всем пациентам была выполнена аппендикостомия по Малоне в модификации Pena-Levitt. Операция проводилась нижним минилапаротомным доступом, использовался собственный аппендикс пациентов с формированием противорефлюксной манжеты из стенки слепой кишки, аппендикостома фиксировалась однорядными отдельными узловыми кожно-слизистыми швами в области пупка. На 30 дней всем детям был оставлен интубатор на глубину до 15–20 см (катетер Нелатона №8–10 Ch).

Результаты и обсуждение. Среднее время операции составило 50 минут. В послеоперационном периоде все пациенты находились в ОРИТ в течение 2 суток, получали антибактериальную терапию, обезболивание, симптоматическое лечение, физиотерапию и перевязки, также всем детям проводилось регулярное промывание толстой кишки со 2 п/о суток. Швы с лапаротомных ран сняты на 10 п/о сутки. В 1 случае отмечался лигатурный свищ на 23 п/о сутки, что не повлияло на косметический результат операции.

В течение года, в объеме комплексной реабилитации пациентам проводилось ежедневное промывание кишки 1 % раствором NaCl до чистых вод, физиолечение, массаж, ЛФК. В ка-тамнезе в течение 1 года рефлюкса кала, воспалительных изменений в отростке, повреждения кишки при выполнении антеградных клизм не наблюдалось. При контрольных опросах родители отметили значительное улучшение качества жизни детей и их социализации в детском обществе, что проявлялось в наличии регулярного опорожнения кишечника, появлении самостоятельного позыва на дефекацию в 3 случаях, отсутствии перианальных дерматитов и анальной инконтиненции, субъективном улучшении аппетита и гигиенического состояния детей.

Выводы. Таким образом, аппендикостомия по Малоне по нашему опыту является безопасной и эффективной операцией для решения вопросов социальной адаптации детей, страдающих нарушениями кишечного транзита.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ КИШЕЧНОГО ТРАНЗИТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Шугина Ю.В.^{1,2}, Мокрушина О.Г.^{1,2}, Жихарева Н.С.¹

¹ Детская городская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова, Москва

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Актуальность. Процедура Малона для антеградного промывания толстой кишки (МАСЕ) — оригинальная методика, разработанная как способ хирургической реабилитации пациентов с нарушениями кишечного транзита после операций на аноректальной области. Учитывая тот факт, что по результату различных исследований частота встречаемости констипации и анальной псевдоинконтиненции в данной группе пациентов составляет от 25 % до 80 %, данный метод является эффективным инструментом для достижения социализации ребёнка в обществе.

Цель: Анализ применения операции Малона в комплексной реабилитации детей с нарушениями кишечного транзита после операций на аноректальной области.

Материалы и методы. В период с 2018 по 2020 год в нашей клинике МАСЕ проведена 5 детям в возрасте от 1 года до 5 лет, оперированным в периоде новорожденности по поводу персистирующей клоаки. Для налаживания пассажа и возможности проведения антеградного очищения толстой кишки, всем пациентам была выполнена аппендикостомия по Малоне в модификации Pena-Levitt. Операция проводилась нижним минилапаротомным доступом, использовался собственный аппендикс пациентов с формированием противорефлюксной манжеты из стенки слепой кишки, аппендикостома фиксировалась однорядными отдельными узловыми кожно-слизистыми швами в области пупка. На 30 дней всем детям был оставлен интубатор на глубину до 15–20 см (катетер Нелатона №8–10 Ch).

Результаты и обсуждение. Среднее время операции составило 50 минут. В послеоперационном периоде все пациенты находились в ОРИТ в течение 2 суток, получали антибактериальную терапию, обезболивание, симптоматическое лечение, физиотерапию и перевязки, также всем детям проводилось регулярное промывание толстой кишки со 2 п/о суток. Швы с лапаротомных ран сняты на 10 п/о сутки. В 1 случае отмечался лигатурный свищ на 23 п/о сутки, что не повлияло на косметический результат операции.

В течение года, в объеме комплексной реабилитации пациентам проводилось ежедневное промывание кишки 1 % раствором NaCl до чистых вод, физиолечение, массаж, ЛФК. В катамнезе в течение 1 года рефлюкса кала, воспалительных изменений в отростке, повреждения кишки при выполнении антеградных клизм не наблюдалось. При контрольных опросах родители отметили значительное улучшение качества жизни детей и их социализации в детском обществе, что проявлялось в наличии регулярного опорожнения кишечника, появлении самостоятельного позыва на дефекацию в 3 случаях, отсутствии перианальных дерматитов и анальной инконтиненции, субъективном улучшении аппетита и гигиенического состояния детей.

Выводы. Таким образом, аппендикостомия по Малоне по нашему опыту является безопасной и эффективной операцией для решения вопросов социальной адаптации детей, страдающих нарушениями кишечного транзита.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ ХОЛЕДОХА ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ

Щебеньков М.В., Рязанцев А.И.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Мальчик 3 лет, находившийся под наблюдением и лечением гематологов по поводу наследственного микросфероцитоза, осложненного желчнокаменной болезнью, в течение года получал консервативную литолитическую терапию (урсофальк). Поступил в экстренном порядке с клиникой обтурационного холедохолитиаза, выраженной билирубинемией. Несмотря на комплекс интенсивной консервативной терапии в течении двух суток динамика отрицательная: нарастание билирубина до 330 Мкмоль/л, за счет прямой фракции (244 Мкмоль/л), сохранялись боли в животе, тошнота и рвота, ахаличный стул. Диагноз обтурационного холедохолитиаза подтвержден данными УЗИ и ЯМРТ холангиографии (наличие конкрементов в желчном пузыре, расширение холедоха до 6–8 мм). При ФГДС визуализируется отечный, напряженный большой дуоденальный сосок без поступления желчи. Учитывая, невозможность по возрастным ограничениям выполнения эндоскопической папилосфинктеротомии, выполнена лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха через пузырный проток венозным катетером диаметром 2 мм с фиксацией последнего лигатурой к пузырному протоку. Послеоперационное течение с явлениями реактивного панкреатита. Получал антибактериальную, литолитическую, инфузионную, антисекреторную терапию с положительной динамикой. На фоне ежедневного промывания холедоха физраствором на 4 сутки восстановился пассаж желчи в 12-ти перстную кишку, что подтверждено клинически (окрашенный стул) и данными холангиографии. На 5-е сутки выполнена релапароскопия, удаление дренажа из холедоха и клипирование культи пузырного протока. Дальнейшее послеоперационное течение гладкое. Раны зажили первично. Холедох по данным УЗИ сократился до 2 мм. Ребенок выписан на 9 сутки с выздоровлением. Осмотрен через 6 мес. — признаков холестаза нет. Получает профилактическую литолитическую терапию, готовится к плановой спленэктомии.

Оптическое увеличение при лапароскопическом доступе даёт возможность дренировать и промыть холедох через пузырный проток у детей младшей возрастной группы при обтурационном холедохолитиазе, когда, в силу возрастных ограничений, эндоскопическое вмешательство на дуоденальном соске невозможно.

СТАЦИОНАР ЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ-АНДРОЛОГИИ: НАШ ОПЫТ

Щедров Д.Н., Березняк И.А., Писарева М.В., Морозов Е.В.

Областная детская клиническая больница, Ярославль

Актуальность. Стационар-замещающие технологии в хирургии детского возраста занимают по праву все большее место в практике. Широкое их внедрение в последние годы обусловлено рядом преимуществ для родителей и пациентов: отсутствие длительной госпитализации, снижение риска присоединения внутрибольничной инфекции, более благоприятная психологическая обстановка для ребенка, организационный комфорт родителей. В условиях ограниченного количества коек и жестких рамок государственного задания для большинства учреждений данный вариант оказания помощи так же представляется рациональным.

Материал и методы. Центр амбулаторной хирургии на базе ГБУЗ ЯО ОДКБ функционирует с 2017 года. За период 2017–2020 гг. выполнено 418 операций, из них: операций при гидроцеле — 59, при варикоцеле — 53; при крипторхизме — 112, в т.ч. при абдоминальных формах; при патологии крайней плоти — 165, при дистальных формах гипоспадии — 11, иных операций — 18. Лапароскопическим доступом выполнено 103 операции при варикоцеле, гидроцеле и крипторхизме — 24,6 % всех операций.

Результаты и обсуждение. При организации работы центра амбулаторной хирургии по профилю урология руководствовались следующими организационными положениями:

- являясь самостоятельной административной и территориальной единицей Центр амбулаторной хирургии использует ресурс и кадровый потенциал специализированного отделения;
- широкое применение лапароскопических технологий;
- выполнение не только «малых» операций, но и вмешательств реконструктивного характера;
- привлечение наиболее опытных специалистов круглосуточного стационара с большим стажем и высокими квалификационными категориями;
- использование при необходимости диагностических и лечебных возможностей круглосуточного стационара.

Выводы и рекомендации. Оказание стационар замещающей помощи пациентам андрологического профиля наиболее рационально на базе крупного многопрофильного стационара. Лапароскопические технологии могут быть успешно применены в центре амбулаторной хирургии. В амбулаторных условиях возможно выполнение не только «малых андрологических» операций, но и ряд реконструктивных вмешательств на уретре. Применение ресурсов и кадров специализированного стационара позволяет избежать в большинстве случаев осложнений, а при необходимости нивелировать их последствия максимально быстро и оптимальным способом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ С ОМФАЛОЦЕЛЕ

Шукина А.А., Мокрушина О.Г., Гурская А.С., Баязитов Р.Р.

Национальный медицинский исследовательский Центр Здоровья Детей, Москва

Актуальность. Омфалоцеле относится к одним из самых часто встречающихся пороков развития передней брюшной стенки. Разнообразие методов хирургической коррекции раскрывает обширный потенциал возможностей лечения омфалоцеле, но приводит к тому, что часть этих методик не находят своего применения. Отсутствие унифицированных стандартов лечения новорождённых с различными формами омфалоцеле, делает эту проблему весьма актуальной.

Материалы и методы. За период с августа 2007 года по апрель 2019 года было пролечено 110 новорождённых с омфалоцеле, прооперированных в возрасте от 1 до 14 суток жизни.

Результаты и обсуждение. По наличию печени в грыжевом мешке были сформированы 2 группы: I группа — 47 детей (43 %) без печени в грыжевом мешке, II группа — 63 детей (57 %) с печенью в оболочках. Средний гестационный возраст новорождённых в I группе составил $37,05 \pm 2,82$ недель, во II группе $37,85 \pm 3,39$ недель. Средний вес новорождённых в I группе при рождении составил 3055 ± 836 г, во II группе 2938 ± 657 г. Антенатально порок развития был выявлен у 82 новорождённых. Из них у 30 детей (63,8 %) из I группы и у 52 детей (82,5 %) из II группы. Наличие сопутствующей патологии в обеих группах составило 25 детей (53,2 %) и 32 (50,7 %), генетически обусловленной патологии 8 (17 %) и 6 (9,5 %) детей, соответственно. В обеих группах сроки проведения оперативного вмешательства составили $2,5 \pm 2,2$ дней против $3,5 \pm 2,2$ ($p = 0,003$). Одномоментная пластика передней брюшной стенки была выполнена всем детям в I группе, во II группе у 46 новорождённых (73 %). I этап пластики передней брюшной стенки (создание временной брюшной полости) выполнен 15 детям (23,8 %). Создание вентральной грыжи — 2 детей (3,1 %). Средние сроки пребывания на ИВЛ в послеоперационном периоде в обеих группах составили $2,7 \pm 7,15$ дней против $5,8 \pm 8,98$ ($p = 0,0001$). Средние сроки введения энтеральной нагрузки составили $4,18 \pm 2,91$ дней против $4,33 \pm 4,1$ ($p = 0,776$), сроки восстановления пассажа по кишечнику составили $1,5 \pm 1,4$ дней против $2,3 \pm 3,6$ ($p = 0,134$), перехода на полное парентеральное питание $9,7 \pm 5,2$ дней против $15,2 \pm 10,8$ ($p = 0,134$). Во II группе преобладание лёгочной гипертензии отмечено у 14 детей (22,2 %), в I группе — у 3 детей (6,3 %; $\chi^2 = 5,169$; $p = 0,023$). При сравнении сроков послеоперационного периода ($12,5 \pm 7,2$ дней против $21,58 \pm 16,53$; $p = 0,007$) показатели II группы преобладают почти в 2 раза. Летальный исход в I группе наблюдался в 4 случаях при нахождении в стационаре (8,5 %), во II группе наблюдался в 8 случаях.

Выводы и рекомендации. В ходе исследования выявлено, что антенатально порок развития чаще верифицируется при наличии печени в грыжевом мешке. Статистически значимые различия выявлены между I и II группами пациентов по гестационному возрасту, сроками проведения оперативного вмешательства, длительности пребывания на ИВЛ, временем перехода на полное энтеральное питание, а также дебюту лёгочной гипертензии в послеоперационном периоде и длительностью пребывания в стационаре.

ТЕРАТОИДНЫЕ ОПУХОЛИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Дияров Н.А., Турабаева З.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

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 с тератомой различной локализации(ТРЛ).

Материал и методы. С 2008 по 2018г. на клинических базах кафедры ГДХ ТашПМИ и ТФТМА на лечении находилось 67 больных с ТРЛ. Из них, 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 месяца 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, отмечалась иррадиация боли в промежность, задержка стула и мочеиспускания. После проведенного обследования в плановом порядке больные были оперированы. Окончательный объем оперативного вмешательства, как правило, определялся на операционном столе. ТО яичек выявлены у 2 детей. Пациентам выполнена орхофуникулэктомия. Дети выздоровели. ТО брюшной полости диагностированы у 5 детей. Опухоль обнаружена по брыжейке толстой кишки была плотной консистенции, ограничено подвижной, бугристой. До операции чаще всего подозревали дермоидную кисту, лимфаденит. После оперативного удаления 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. Наступило выздоровление. У двоих больного 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.

ЧАСТОТА И КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У МАЛЬЧИКОВ

Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Цель исследования — изучить частоту нозологических форм, клинико-анатомические особенности и характер сопутствующих аномалий при АРМ у мальчиков по материалу клиники.

Материалы и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 2009–2019 г. находились на обследовании и лечении 504 детей с АРМ: мальчиков 246 (48,8 %), девочек 258 (51,2 %). Больные были в возрасте от 1 дня до 15 лет. Из них у 200 (81,3 %) первичный диагноз АРМ установлен в клинических базах кафедры; 46 (18,7 %) поступили из различных клиник в связи с осложнениями первичных операций или наложения превентивной стомы.

Результаты и обсуждение. При поступлении новорожденных с отсутствием анального отверстия на должном месте до осмотра промежности оценивали их общее состояние, определяли ассоциированные аномалии. В обязательном порядке вводили зонд в желудок для исключения атрезии пищевода, определения количества и характера желудочного содержимого, что важно для выявления непроходимости кишечника. Учитывая редкость бес свищевых форм ректальной агенезии в структуре АРМ, проводили тщательное клинико-инструментальное обследование новорожденных и детей раннего грудного возраста на предмет наличия «невидимых», трудно устанавливаемых патологических соустьев прямой кишки с прилегающими органами, в том числе с уретрой.

АРМ у мальчиков в наших наблюдениях были представлены бес свищевыми формами атрезии (анальная мембрана-15, атрезия прямой кишки-80); свищевыми формами атрезии (ректо-промежностный-65, ректоуретральный-52, ректовезикальный-9, ректальный мешок со свищом в мочевого пузыря-6); ректоуретральный свищ при нормально сформированном анусе-1, эктопия ануса-5, стенозом прямой кишки-14.

При комплексном обследовании у 155 (63,0 %) больных выявлены 220 сопутствующих пороков развития. У 94 (60,6 %) пациентов сочетанные аномалии были изолированными. Ассоциированные аномалии двух более систем (множественные пороки развития) обнаружены у 61 (39,4 %) ребенка. Общее число аномалий — 126.

В заключение следует отметить, что АРМ у мальчиков составляют 48,8 % в структуре данной патологии у детей. Преобладают свищевые формы — 62,4 %, ректопромежностные свищи не представляют трудности в диагностике. В диагностике отдельных форм аномалии существенное значение имеют специальные методы исследования. Основные сложности в диагностике возникают при ректоуретральных свищах и врожденном ректальном мешке. Редкие региональные варианты АРМ наблюдались у 10,6 % больных. Сочетанные аномалии встречаются при всех анатомических формах с разной частотой и сложностью проявлений.

ДИАГНОСТИКА КИСТОЗНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Большинство кистозных пороков развития лёгких, в настоящее время диагностируются антенатально с помощью УЗИ. Антенатальная и ранняя постнатальная диагностика кистозных образований лёгких, позволяет своевременно, до развития осложнений корригировать порок и существенно снизить показатели перинатальной смертности.

Цель исследования — анализ результатов диагностических методов исследования при кистозных пороках развития лёгких у детей.

Материалы и методы. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ пролечено 65 детей с кистозными пороками развития лёгких. Мальчиков было — 37 (57 %), девочек — 28 (43 %). Из них врождённые кисты лёгких — 27 (41,5 %), врождённая лобарная эмфизема — 13 (20 %), КАМЛ — 18 (27,6 %), бронхогенные кисты — 6 (9,2 %), секвестрация лёгких — 1 (1,5 %), случае. У антенатально выявленных случаях в раннем постнатальном периоде для уточнения видов порока проводили комплексное рентгенологическое обследование (рентгенография, МСКТ, МСКТ-ангиография, бронхография), ЭХОКГ, УЗИ и морфологические исследования.

Результаты и обсуждения. При обследовании 8540 беременных у 32 (0,3 %) плода выявлен специфические и косвенные эхоскопические признаки характерные для кистозных бронхолегочных аномалий. Важным прогностическим показателем являлся показатель легочного индекса. В 12 (37 %) случаях диагноз был подтвержден постнатально результатами комплексного обследования.

Всем больным проведено комплексное клиничко-лабораторное, функциональное, рентгенологическое и инструментальное (ЭКГ, УЗИ, ЭхоКГ, бронхоскопия, бронхография, МСКТ) обследование. При постнатальном выявлении причиной поздней диагностики являлся бессимптомное течение ряда аномалий до момента развития осложнений. При КАМЛ и врождённых кистах для постановки и дифференцировки диагноза применяли в обязательном порядке обзорную рентгенографию и МСКТ, проводили бронхографические исследования для окончательного определения объёма резекции. Отмечалась преимущественно поражения нижних долей, у 65 % случаях справа. В одном случае у 5 месячного ребёнка с помощью МСКТ ангиографии, удалось отличить артериовенозную мальформацию от врождённой кисты лёгких. В случаях паратрахеальных бронхогенных кист, для уточнения связи образования с пищеводом проводили контрастное исследование.

В заключении нужно отметить что ультразвуковой скрининг с периода 18–20 недель беременности является высокоэффективным методом диагностики большинства кистозных пороков развития лёгких, что позволяет корригировать порок в раннем постнатальном периоде до появления грозных осложнений. Основным методом диагностики на постнатальном этапе является мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЗОФАГОКОЛОНОПЛАСТИКИ ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А., Норов М.М., Якубов Э.А., Отамуродов Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Атрезии пищевода один из наиболее часто встречающихся врождённых пороков пищевода. Благодаря развитию неонатологии, детской хирургии, интенсивной терапии и анестезиологии новорождённых в последние годы всё реже возникает необходимость в выполнении пластики пищевода при его атрезии. В случаях диастаза между отрезками более 3 см, безсвищевых форм атрезии, при несостоятельности анастомоза после первичной реконструкции, пластика пищевода неизбежна.

Цель. Изучение результатов эзофагоколопластики у детей с атрезией пищевода.

Материал и методы. За последние 2 года в отделении детской торакальной хирургии 2-ГДКХБ г. Ташкента находились на лечении 5 детей с атрезией пищевода, которым проводили эзофагоколопластику. Всем больным предварительно было наложено эзофагостома и гастростома при безсвищевых формах атрезии пищевода. Пластика пищевода проводилась в возрасте от 7 мес. до 1,5 года.

Результаты. Всем больным проводили соответствующую предоперационную подготовку, применяли комплекс необходимых диагностических и подготовительных мероприятий. У всех пациентов для пластики пищевода использован абдоминоцервикальный доступ без торакотомии. В качестве пластического материала использовали толстую кишку. У 4 пациентов толстокишечный трансплантат был сформирован на среднеободочной артерии, у 1 пациента на левой ободочной артерии. Трансплантат уложен изоперистальтически в 4 случаях, антиперистальтической в 1 случае. Анастомоз на шее был сформирован по типу «конец в конец». У всех больных кологастроанастомоз наложен на передней стенке антрального отдела желудка. Осложнения во время операции мы не наблюдали. В послеоперационном периоде все пациенты находились в отделении интенсивной терапии и реанимации.

В раннем послеоперационном периоде осложнения были со стороны дыхательной системы в виде воспалительной реакции, у 2 больных наблюдалось несостоятельность шейного анастомоза, что не требовало хирургического лечения и зажило самостоятельно до выписки из стационара. У 1 ребёнка возник химический ожог кожи вокруг гастростомы, вследствие действия желудочного сока. Рубцовый стеноз верхнего анастомоза развился у 1 больного, бужирование и баллонная дилатация не дала эффекта. Ему потребовалась реконструкция анастомоза: иссечение рубцово-суженного эзофагоколоанастомоза с наложением вторичного анастомоза на 3 месяце после операции. Отдалённые результаты в данном этапе изучаются, грубых хирургических осложнений мы пока не наблюдали.

Выводы. Показанием к созданию искусственного пищевода у детей в наших случаях послужило большой диастаз между сегментами при безсвищевых формах атрезии. Несостоятельность шейного пищеводно-кишечного анастомоза является наиболее частым ранним послеоперационным осложнением. Предпочтительным является толстокишечный трансплантат.

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Юсупов Ш.А., Атакулов Ж.О., Мухаммадиев А.А.

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Узбекистан

Актуальность. Задачей неотложной детской абдоминальной хирургии остается совершенствование алгоритмов диагностических и лечебных мероприятий при патологии дивертикула Меккеля (ДМ) — одной из трудно диагностируемых и при этом наиболее частых (1–3 % в популяции) врожденных аномалий желудочно-кишечного тракта.

Цель. Изучить клинические особенности, диагностические данные и тактику хирургического лечения детей с ДМ.

Материалы и методы. В основу исследования положены данные обследования 37 детей в возрасте от 4 суток до 18 лет. Среди всех обследованных установлено преобладание мальчиков (64,9 %), соотношение мальчиков и девочек — 1:1,8.

Результаты и обсуждение. 19 детей (51,4 %) поступали в клинику в экстренном порядке с жалобами на боли в животе, связанные с патологией ДМ (дивертикулит, инородное тело), — 7 детей; ДМ, обнаруженного случайно при выполнении экстренной операции по поводу другой патологии (деструктивный аппендицит, перекрут придатков матки), — 5 детей; кишечной непроходимости (инвагинация, заворот) — 2 детей; массивного кишечного кровотечения, сопровождавшегося ухудшением общего состояния, выраженными изменениями лабораторных показателей, — 5 ребенка. 18 детей (48,6 %), поступили в плановом порядке, из них у 4 детей отмечался пупочный свищ с кишечным отделяемым, 5 детей с ДМ, которые были обнаружены при оперативном вмешательстве на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, у 5 детей ДМ был диагностирован, у 4 детей отмечалось периодическое рецидивирующее кровотечение, дети наблюдались у детского гастроэнтеролога.

Всем детям выполнялась лапароскопическая дивертикулэктомия. Длительность хирургического вмешательства в среднем составила $43,0 \pm 1,8$ мин (от 15 до 105 мин). Анатомические особенности ДМ: свободная верхушка дивертикула у 27 (73,0 %) пациента; верхушка фиксирована к передней брюшной стенке — у 3 (8,1 %); верхушка фиксирована к корню брыжейки — у 6 (16,2 %). В 31 случае (83,8 %) были обнаружены эктопированные ткани. Во всех случаях среди больных с ДМ летальность отсутствовала, а также не отмечались интра- и послеоперационные осложнения.

Среди оперированных 4 детей с кишечным кровотечением радикальность резекции была подтверждена морфологически. Рецидива кровотечения в анамнезе не отмечалось.

Выводы и рекомендации. Таким образом, в настоящее время лапароскопические вмешательства являются методом выбора при диагностике и адекватной радикальной коррекции практически любой патологии, связанной с ДМ, у детей всех возрастных групп.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКОМПРЕССИИ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Атакулов Ж.О., Пулатов П.А.

Самаркандский медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Распространенный аппендикулярный перитонит (РАП) у детей часто осложняется функциональной недостаточностью кишечника (парезом). Обязательным элементом комплексного хирургического лечения детей с РАП является декомпрессия желудочно-кишечного тракта, которая направлена на устранение повышенного внутрикишечного и внутрибрюшного давления, обеспечение постоянной аспирации и санации токсического кишечного содержимого, улучшение микроциркуляции стенки кишечника.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 402 ребенка с РАП, которые оперированы во 2-й клинике СамМИ с 1990 по 2014 гг. Основную группу составили 264 (65,7 %) детей, в группе сравнения было 138 (34,3 %) пациентов. Длительную декомпрессию тонкой кишки осуществляли через аппендикостомию или цекостомию, техника выполнения которых существенно отличались в основной группе (79 больных) и группе сравнения (34 пациента).

Результаты и обсуждения. В группе сравнения больных выбор метода декомпрессии кишечника осуществлялся хирургами произвольно, исходя из собственных предпочтений и субъективной оценки степени пареза кишечника. В основной группе показания к декомпрессии тонкой кишки через аппендикостомию и цекостомию были конкретизированы и стандартизированы. Разработанный нами способ декомпрессии тонкой кишки через аппендикостомию отличается тем, что зонд, введенный в просвет тонкой кишки через культю червеобразного отростка, вместе с культей выводятся на переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области через миниразрез. При этом купол слепой кишки временно фиксируется к коже в области аппендикостомии. Данный способ декомпрессии тонкой кишки был использован у 55 (20,8 %) больных. В случаях полной деструкции аппендикса 24 (9,1 %) пациентам был использован разработанный нами способ самопроизвольно закрывающейся временной цекостомии, который отличается от традиционного выведением стомы через микро-разрез передней брюшной стенки, а также способом интубации. Для предотвращения отхода цекостомы или аппендикостомы от передней брюшной стенки на фоне гнойно-некротического процесса нами разработан способ временной фиксации слепой кишки при наложении кишечных стом. В группе сравнения больных показания к аппендикосто- и цекостомии возникали соответственно в 17,4 % и 7,2 % случаях. Разработанные 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. Предложенные новые методы декомпрессии тонкой кишки при РАП у детей, отличающиеся малой травматичностью, технической простотой исполнения, приводят к раннему восстановлению перистальтики кишечника и не требуют повторных хирургических вмешательств при ликвидации кишечных стом.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Якубов Э.А.¹, Камилова А.Т.¹, Нарметов А.Б.², Эргашев Б.С.²

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

² Научно-исследовательский институт педиатрии, Узбекистан

Актуальность. В литературах встречается мало сообщений о конкрементах желчных протоков у детей. Часто камни встречаются у больных с аномальным слиянием панкреатобилиарного соустья или с кистозным расширением желчных протоков.

Цель. Проанализировать лечебную тактику желчнокаменной болезни (ЖКБ) у детей.

Материалы и методы. За последние 10 лет в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ и в отделении гастроэнтерологии НИИ Педиатрии пролечены 49 больных в возрасте от 3 мес. до 16 лет с ЖКБ.

Результаты. Показания к хирургическому вмешательству при ЖКБ у детей определяли следующие факторы: возраст ребенка; размер и место расположения конкрементов; длительность заболевания; клиническая форма ЖКБ. Детям до 3 лет оперативное лечение рекомендуем выполнять только при рецидивирующих болях в животе или сопутствующих патологиях. В этом возрасте возможно спонтанное растворение конкрементов под действием медикаментов. Рекомендовано проведение планового оперативного вмешательства в возрасте от 4 до 12 лет, так как данный возраст является оптимальным. У 17 (34,7 %) из 49 больных с ЖКБ проведено оперативное лечение. У 5 (29,4 %) из 17 оперированных больных с ЖКБ проведено традиционная холецистэктомия (ХЭК). В 12 (32,1 %) случаях ЖКБ сопутствовало с кистой холедоха. У 10 (83,3 %) из 12 больных с кистой холедоха камни установлено до операции, как осложнение кисты холедоха, а у 2 (16,7 %) случаях установлено во время операции. У 12 больных, который обнаружена калькулёзная киста холедоха, проведена радикальная операция: ХЭК, кистэктомия, наложение гепатикоэнтеростомии по Roux– у 9, ХЭК, кистэктомия, наложение гепатико-дуоденостомии — у 2, наложение дренажной холецистостомы у 1. Конкременты у 3 больных локализовались в желчном пузыре, у 6 — в расширенном холедохе, у 3 — в желчном пузыре и в полости кисты. Один больной госпитализирован в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит и оперирован ошибочно. Правильный диагноз — камень желчного пузыря установлен в послеоперационном периоде при обследовании желчевыводящих путей с помощью функциональной эхохолецистосонографии. Консервативное лечение провели 32 (65,3 %) больным в основном при размере конкремента до 10 мм, а при наличии мелких камней они не должны занимать более половину объёма желчного пузыря. У всех больных успешно растворяли конкременты желчного пузыря и устранили признаки хронического калькулёзного холецистита. Консервативное лечение провели непрерывно с продолжительностью 12–24 мес. у 19 больных; 3–6 мес. у 14 и до 3 мес. у 2.

В заключении можно отметить, что дети с ЖКБ хорошо поддаются к консервативной терапии. При осложнённом течении ЖКБ и камнях более 10 мм, также при калькулёзных кистах холедоха предпочтительно проводить оперативное лечение.

ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ ТАКТИКИ ПРИ РАЗРЫВАХ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Якубов Э.А., Эргашев Н.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Разрывы кист холедоха часто осложняются развитием желчного перитонита. Выбор тактики лечения в этих случаях затруднены, особенно если билиарный перитонит служит первым проявлением кист холедоха.

Цель. Проанализировать лечебной тактики при разрывах кист холедоха у детей.

Материалы и методы. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 1979–2020 г. лечились 84 больных с кистой холедоха. Разрывы кист холедоха наблюдались в 8 (9,5 %) случаях.

Результаты. Разрывы кист холедоха отмечены у 7 (87,5 %) девочек и у 1 (12,5 %) мальчика. Из 8 больных 4 (50 %) оперированы в нашей клинике с диагнозом разрыв кисты холедоха и операции завершены наружным дренированием кисты в месте перфорации. Один ребенок в возрасте 40 дней оперирован в другой клинике с диагнозом напряженная киста поджелудочной железы и произведено её удаление. После выписки вновь появилось кистозное образование в брюшной полости, увеличивающееся в размере. На основе проведенных исследований и повторной операции в нашей клинике патология расценена спонтанной перфорацией холедоха с образованием ложной панкреатобилиарной кисты. Проведено удаление ложной кисты с дренированием холедоха и культи удаленной кисты, имевшей сообщение с холедохом. После третьей операции (кистэктомии, с наложением гепатикодуоденостомии) послеоперационный период протекал тяжело с повторными эвентрациями кишечника, и наступил летальный исход. Остальным двум больным первичные неадекватные операции проведены в других стационарах с различными предположительными диагнозами. У девочки 2,5 мес., оперированной с подозрением на инвагинацию кишечника, выявлен разрыв холедоха, проведено ушивание разрыва без дренирования. Ребенок умер. Аутопсия установила, что причиной желчного перитонита был разрыв кисты холедоха. У второго ребенка 1 г. 2 мес., оперированного с подозрением на первичный перитонит, основным источником которого оставался незамеченным, операция завершена дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде отмечены обильное выделение желчи по дренажной трубке и явления продолжающегося перитонита. Предпринята повторная операция. Установлен разрыв кисты холедоха, проведено дренирование кисты. Неадекватные диагностические и тактические погрешности в этих случаях можно объяснить отсутствием достаточных знаний по диагностике и хирургической тактике данной редкой патологии и неполноценным дооперационным обследованием. 5 больным в сроки от 13 дней до 11 мес. проведены повторные реконструктивные операции: кистэктомия, холецистэктомия, гепатикоэнтеростомия по Roux (4) и кистэктомия, наложение гепатикодуоденостомии (1) с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Заключение. При разрывах кист холедоха с разлитым желчным перитонитом предпочтительно двухэтапная тактика: санация брюшной полости, дренирование желчных протоков через место перфорации и брюшной полости; затем радикальная коррекция кист холедоха с наложением билиодигестивного анастомоза.

ХИРУРГИЯ ОБРАЗОВАНИЙ ШЕИ У ДЕТЕЙ

Якунин С.И., Дьячкова И.Н. Набоков В.В. Махин Ю.Ю.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность. Образования шеи (пороки развития, опухоли) нередко располагаются в проекции магистральных сосудов и нервов, снабжающих жизненно-важные органы. В этих случаях решающее значение имеют размеры образования и степень вовлечения магистральных сосудов и нервов в ткани образования, эти параметры уточняются как в предоперационном периоде, так и во время вмешательства.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 328 детей с образованиями шеи: кисты и свищи — 198, опухоли — 11, лимфангиомы — 119. Использовали УЗИ, КТ, МРТ, ангиография.

Результаты и обсуждения. Хирургическая тактика и состав операционной бригады зависела от степени вовлеченности магистральных сосудов и нервов в патологический процесс. Наиболее сложными были случаи прохождения их через стенку (капсулу, оболочку) образования — 2-я степень тяжести, или через его толщу — 3-я степень тяжести. В последних вмешательствах планировали участие 2-х бригад хирургов и были готовы, в случае необходимости, к проведению ангиопластики либо обходного шунтирования. В подавляющем большинстве случаев осложнений не получено, в том числе и при удалении гигантских опухолей, включающих все магистральные сосуды и нервы шеи (2 наблюдения). У одного пациента получено тяжелое осложнение при удалении нейробластомы основания черепа в проекции яремного и сонного отверстий. У ребенка развился инсульт.

Выводы и рекомендации. При выборе тактики лечения образований шеи у детей в предоперационном периоде крайне важно определение степени вовлеченности в процесс магистральных сосудов и нервов. Современные методы обследования позволяют определить эти факторы с максимальной точностью. В случае вовлечения магистральных сосудов и нервов в капсулу или толщу образования считаем необходимым участие специалистов, имеющих ангиохирургическую подготовку.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ ГОЛОВЫ

*Яматина С.В.¹, Комелягин Д.Ю.^{1,2}, Петухов А.В.¹, Петрушин А.В.³, Благих К.А.¹,
Строгонов И.А.¹, Шолохова Н.А.¹, Вафина Х.Я.¹, Расстригина И.М.¹, Дубин С.А.¹,
Владимиров Ф.И.¹, Громова Т.Н.¹, Благих О.Е.¹, Стрига Е.В.¹*

¹ Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

² НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва

³ Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва

Актуальность. Дети с артериовенозными мальформациями (АВМ) головы — сложный контингент больных в связи с возможным развитием грозных осложнений как во время диагностики, так и на этапах лечения.

Цель. Отразить эффективность разработанного алгоритма диагностики и лечения АВМ головы на примере пациента с обширной АВМ левой половины головы.

Материалы и методы. В ДГКБ св. Владимира в 2019 году находился на лечении мальчик 16 лет с АВМ левой половины головы (теменная, височная, околоушно-жевательная, лобная и орбитальная области). Из анамнеза: родился с пятном сосудистого характера диаметром 5 мм в лобной области, с 13 лет — бурный рост образования; докторами, наблюдавшими ребёнка, рекомендована выжидательная тактика. Жалобы ребёнка на момент обращения: учащённый пульс, пониженная температура верхних и нижних конечностей, некупируемые шумы в области мальформации, социальная отчуждённость в связи с обезображиванием лица. План обследования: общеклинические данные, исследование свёртывающей системы крови (тромбоэластограмма, тромбодинамика, коагулограмма), УЗИ мягких тканей в области мальформации, УЗ доплерография сосудов головы и шеи, транскраниальная доплерография, МРТ и КТ головы и шеи с в/в введением контрастного вещества, селективная каротидная ангиография. Выполнена операция — удаление патологических тканей под наркозом. Через 6 месяцев после операции предоперационные исследования были выполнены в том же объёме, а остаточные кожные проявления мальформации обработаны импульсным лазером на жидких красителях Vbeam Candela (Port Wine Stains Facial 7,00 j/cm², Pulse Duratione 0,45 ms).

Результаты и обсуждение. В ходе лечения у ребёнка достигнут хороший клинический результат: отсутствовали патологические ткани, отсутствовали функциональные нарушения, улучшилась социальная адаптированность ребёнка. Срок наблюдения — 8 месяцев. По данным контрольных обследований патологические ткани в области проведённой операции отсутствовали, нормализовался кровоток по сосудам головы, шеи и головного мозга, гиперкоагуляция сменилась на нормокоагуляцию.

Выводы. Лечение детей с АВМ головы должно быть начато сразу после постановки диагноза, выжидательная тактика не оправдана. При обследовании необходимо придерживаться определённого плана диагностики. Лечение носит междисциплинарный, комбинированный и комплексный характер с обязательным соблюдением чёткого алгоритма действий.

СОДЕРЖАНИЕ

Современные подходы к лечению сосудистых мальформаций у детей.	7
Абушкин И.А., Денис А.Г., Лапин В.О., Галиулин М.Я.	
Оптимизация артроскопического восстановления передней крестообразной связки у детей подросткового возраста.	8
Авраменко В.В., Салихов М.Р., Кемкин В.В., Васильева О.Н.	
Модифицированный метод введения мочеточниковых катетеров — стентов с открытым концом под контролем ультразвукового исследования.	9
Аврасин А.Л., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Бурчёнкова Н.В., Медведев А.А., Долинина М.В.	
Хирургическое лечение детей с тяжелыми степенями дисплазии магистральных вен.	10
Азаров М.В., Купатадзе Д.Д., Кочарян С.М., Набоков В.В.	
Оптимизация тактики ведения больных детей с язвенной болезнью осложненными кровотечениями	11
Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Асадов Ш.Я.	
Коэффициент роста кисты почки как один из диагностических критериев показаний для хирургического лечения простых кист почек у детей.	12
Акрамов Н.Р.	
Транскротальная орхопексия при паховых формах двухстороннего крипторхизма	13
Акрамов Н.Р., Сизонов В.В., Исроилов А.А.	
Первый опыт использования тканевого акрилатного клея при коррекции дистальных форм гипоспадии у детей.	14
Акрамов Н.Р., Хаертдинов Э.И.	
Рентгенэндоваскулярные методы гемостаза при массивном артериальном кровотечении у детей	15
Алешин И.Ю., Комиссаров И.А., Комиссаров М.И.	
Случай сочетанной травмы с разрывом печени у ребёнка 17 лет	16
Алибаев А.К., Абсальямова Н.Т., Гилязова Г.Р., Солдатов П.Ю., Валеева Г.Р., Хабибулин Т.М.	
Коррекция аномалии полового члена при эписпадии и экстрофии, опыт 187 операций. Методы улучшения результатов.	17
Алиев Д.К., Рудин Ю.Э., Марухненко Д.В.	
Опыт лечения пороков развития 1 пальца кисти.	18
Алпатов В.Н., Грабовский М.Б.	
Наш опыт лечения лимфангиом брюшной полости у детей.	19
Аляутдинова Д.А., Рожденкин Е.А., Киреева Н.Б.	
Оптимизация методов ранней одномоментной феминизации у девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников.	20
Аникиев А.В., Бровин Д.Н., Колодкина А.А., Володько Е.А., Окулов А.Б.	
Синдромом Пейтца-Еггерса как угроза кишечной непроходимости и онкопатологии у детей.	21
Антоненко Ф.Ф., Кравцов Ю.А., Иванова С.В., Марухно Н.И., Сичинава З.А., Рысипан Ю.Д.	
Случаи лечения псевдопапиллярной опухоли Франца у детей	22
Арабская Е.А., Московец А.В., Чевжик В.П.	
Тактика хирурга при осложненной кишечной инфекции у детей.	23
Арабская Е.А., Московец А.В., Чевжик В.П.	
Наш опыт хирургического лечения кист холедоха.	24
Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ш.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю., Ганиев Ж.А.	
Грыжа пупочного канатика у новорожденных детей.	25
Ашурбеков В.Т., Мадани Т.	
Осложнения дивертикула Меккеля у детей	26
Ашурбеков В.Т., Мадани Т.	

Редкое осложнение острого аппендицита у новорожденных детей	27
Ашурбеков В.Т., Патахов С.П., Мейланова Ф.В.	
Особенности лечения травматических разрывов поджелудочной железы у детей	28
Бабич И.И., Новошинов Г.В., Чепурной М.Г., Сизонов В.В., Волкова Л.П., Мельников Ю.Н.	
Комплексная терапия, реабилитация в лечении острой деструктивной пневмонии у детей	29
Барова Н.К., Тараканов В.А., Убилава И.А., Ереджибокова М.Ю.	
Эффективность применения сиролимуса в лечении детей с синдромом Казабах-Мерритт	30
Баязитов Р.Р., Гурская А.С., Дьяконова Е.Ю., Наковкин О.Н., Сулавко М.А., Хагуров Р.А., Александров А.В., Рыбченко В.В., Шумихин В.С., Петрова Л.В.	
Результаты лечения новорожденных с гастрошизисом в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей»	31
Баязитов Р.Р., Дьяконова Е.Ю., Мокрушина О.Г., Гурская А.С., Наковкин О.Н., Ахмедова Д.М., Щукина А.А., Тарзян А.О., Сулавко М.А.	
Устранение деформации средней зоны лица у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба . . .	32
Бессонов С.Н., Мельник А.О.	
Лапароскопические вмешательства у детей с абдоминальными лимфатическими мальформациями	33
Бибикова Е.Е., Соколов Ю.Ю., Донской Д.В., Ефременков А.М., Уткина Т.В.	
Пренатальная ультразвуковая диагностика аномалада Робена	34
Благих О.Е., Комелягин Д.Ю., Дубин С.А., Петухов А.В., Владимиров Ф.И., Яматина С.В., Громова Т.Н., Стрига Е.В.	
Прогнозирование результатов лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с использованием нейронной сети	35
Бондаренко С.Г.	
Перкутанная нефролитотрипсия у детей. Опыт НИИ урологии за 10 лет	36
Вардак А.Б. Рудин Ю.Э. Меренов Д.С. Арустамов Л.Д.	
Современное хирургическое лечение повреждений менисков у детей	37
Воробьев Д.А., Басаргин Д.Ю., Серова Н.Ю., Никишов С.О., Мельников И.А., Рошаль Л.М.	
Случай сочетанной травмы с повреждением поджелудочной железы и переломом позвоночника у ребёнка 10 лет	38
Гилязова Г.Р., Шангареева Р.Х., Абсалымова Н.Т., Стрелетков Е.В., Котриков Е.Б., Салимгареев А.А., Чендулаева И.Г., Нигаметьянов Р.А.	
Редкое клиническое наблюдение травмы поджелудочной железы 4 степени и периаппендикулярного абсцесса 3	39
Голиков Д.Е., Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Уткина К.Е., Харитонов А.Ю.	
Мекониевый илеус у недоношенных детей	40
Гопиенко М.А., Караваева С.А., Котин А.Н., Попова Е.Б., Новопольцева О.Н., Симонова Т.В.	
Опыт лечения тератом шеи у новорождённых	41
Гопиенко М.А., Караваева С.А., Попова Е.Б., Белогурова М.Б., Шац Л.И., Леваднев Ю.В.	
Сложности диагностики торакоабдоминальных повреждений в структуре политравмы у ребенка 5 лет . . .	42
Горелик А.Л., Демин Н.В., Ладыгина Е.А., Карасева О.В.	
Малоинвазивное дренирование острых жидкостных скоплений при тяжелых повреждениях поджелудочной железы у детей	43
Горелик А.Л., Карасева О.В., Тимофеева А.В., Уткина К.Е., Голиков Д.Е., Ахадов Т.А., Батунина И.В., Харитонов А.Ю.	
Редкие причины желудочно-кишечного кровотечения у детей	44
Горелик А.Л., Карасева О.В., Харитонов А.Ю., Тимофеева А.В., Уткина К.Е., Голиков Д.Е., Ахадов Т.А.	
Случай успешного лечения двухсторонней тотальной деструктивной бактериально-грибковой пневмонии . . .	45
Горелова Е.М., Лысов А.Е., Черников А.Н., Сниткин Н.А., Колчинцев Д.В.	
Хирургическая тактика при пилонидальной кисте копчика	46
Горшков А.Ю., Карташев В.Н., Сергеечев С.П., Михайлова С.И., Соколова И.А.	

Комбинированные пороки развития ошибки и трудности	47
Гуз В.И., Веровский В.А., Полюдов С.А., Трамova Ж.Д.	
Женская эписпадия. Клиническое наблюдение	48
Демин Н.В., Ладыгина Е.А.	
Заместительная буккальная уретропластика у девочки с отрывом мочевого пузыря	49
Демин Н.В., Ладыгина Е.А.	
Опыт лечения венозной мальформации уретры у ребенка 17 лет	50
Демин Н.В., Ладыгина Е.А.	
Посттравматические стриктуры уретры у детей	51
Демин Н.В., Ладыгина Е.А.	
Современные методы лечения проксимальных форм гипоспадии	52
Демин Н.В., Ладыгина Е.А.	
Лечение срединных кист шей у детей	53
Денис А.Г., Базина И.Г., Абушкин И.А.	
Методы лечения лимфатических мальформации у детей	54
Денис А.Г., Абушкин И.А., Лапин В.О., Галиулин М.Я., Базина И.Г.	
Наш опыт применения эндовидеохирургии в лечении кист общего желчного протока у детей	55
Дженалаев Д.Б., Мустафинов Д.А., Мамлин О.А.	
Результаты выполнения торакоскопической резекции легких у детей	56
Дженалаев Д.Б., Мустафинов Д.А., Мамлин О.А., Рустемов Д.З., Сакуов Ж.Н.	
Малоинвазивная хирургия в лечении воронкообразной деформации грудной клетки у детей	57
Дженалаев Д.Б., Нагманов Б.А., Орловский В.Н., Туреханов А.Т., Жакилин А.Б., Тегисбаев М.О., Досов Ж.Г.	
Использование сиролимуза в лечении детей с тяжелыми сосудистыми аномалиями	58
Донюш Е.К., Кондрашова З.А., Короткая Е.А., Абузин М.Н., Боярчук Н.Г., Малкова О.В., Гарбузов Р.В., Мыльников А.А., Голенищев А.И., Лывина И.П., Нарбутов А.Г., Серков И.И., Сухов М.Н., Поляев Ю.А., Быстров А.В., Фролов А.В.	
Результаты лечения приобретенной сосудистой патологии	59
Евдокимов А.Н., Александров А.В., Рыбченко В.В., Хагуров Р.А., Смолянкин А.А.	
Послеоперационная профилактика стенозирования неоануса анального канала у детей с аноректальными мальформациями	60
Есаян М.О., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Старченко В.М., Надгериев В.М., Колесников Е.Г., Терещенко О.А., Полеев А.В., Пелипенко Н.В., Луняка В.А.	
Лечебная тактика при дивертикуле Меккеля у детей	61
Журило И.П., Медведев А.И., Черногоров О.Л., Козьмин М.А., Сергиенко М.В.	
Особенности факторов этиологии и патогенеза у детей с некротизирующим энтероколитом	62
Зезрова Т.А., Барская М.А., Хасянзянов А.К., Осипов Н.Л., Устинова Т.К.	
Баллонная дилатация высокого давления для лечения обструкции пузырно-мочеточникового сегмента у детей	63
Зоркин С.Н., Шахновский Д.С.	
Пневмовизиоскопическая и лапароскопическая резекция дивертикула мочевого пузыря у детей	64
Каганцов И.М., Сизонов В.В., Дубров В.И., Бондаренко С.Г., Шмыров О.С., Акрамов Н.Р., Пирогов А.В., Кулаев А.В.	
Клиническое наблюдение инвагинации кишечника после операции скрототомия ревизия мошонки с развитием в послеоперационном периоде геморрагического васкулита у ребёнка	65
Кадыркулов А.Ж., Накипов Р.Н. Насыбуллин М.Н.	
Лапароскопические технологии в лечении кистозных лимфангиом брюшной полости у детей	66
Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е.	
Вакуум-терапия брюшной полости в неотложной хирургии у детей	67
Карасева О.В., Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Уткина К.Е., Тимофеева А.В.	

Реконструктивные операции при преаксиальной полидактилии кисти у детей.....	68
Кардаш Е.В., Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Трусова Н.Г., Лозовая Ю.И., Лешкевич А.И., Шагинян А.К.	
Диагностика и лечение закрытых повреждений живота у детей.....	69
Каримов Р.К., Каримов К.Р.	
Реимплантация мочеточников у детей грудного возраста с использованием пневмозикоскопического доступа	70
Карпачев С.А., Зоркин С.Н., Гурская А.С., Тарзан А.О., Баязитов Р.Р., Жамынчиев Э.К.	
Опыт лечения гемангиом ректосигмоидного отдела толстой кишки у детей	71
Карпова И.Ю., Паршиков В.В.	
Проблема аппендикулярного перитонита у детей	72
Карпова И.Ю., Стриженов Д.С.	
Искусственная высокочастотная вентиляция легких предоперационной подготовке больных с врожденной диафрагмальной грыжей	73
Кацупеев В.Б., Розин Б.Г., Чепурной М.Г., Чепурной Г.И., Малеева Т.А.	
Инфекционно-воспалительные заболевания как фактор развития инвагинаций кишечника у детей	74
Кирюхина К.О., Окунева А.И., Окунев Н.А.	
Выбор тактики хирургического лечения гидронефроза с вазоуретеральным конфликтом в детском возрасте ...	75
Коварский С.Л., Захаров А.И., Агеева Н.А., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Склярова Т.А., Струянский К.А., Петрухина Ю.В.	
Современный взгляд на хирургическую коррекцию вирилизации наружных гениталий у детей с врожденной гиперплазией надпочечников	76
Кожевников П.А., Грамзин А.В., Файко Е.Ю., Тратонин А.А., Фефилов И.В.	
Этапная пластика уретры по Враска с использованием слизистой щеки у детей с проксимальными формами гипоспадии	77
Козырев Г.В., Абдулкаримов Г.А., Абдуллаев Ф.К.	
Возможность применения неоумбиликальной пластики у новорожденных с омфалоцеле небольших размеров	78
Койнов Ю.Ю., Грамзин А.В., Кривошеенко Н.В., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Чикинёв Ю.В.	
Комплексный подход к диагностике и лечению сочетанной травмы у детей	79
Колтакова М.П., Вечёркин В.А., Баранов Д.А., Птицын В.А., Коряшкин П.В. 79	
Опыт лечения детей с обширными лимфатическими и лимфовенозными мальформациями головы, шеи, средостения	80
Комелягин Д.Ю., Петухов А.В., Яматина С.В., Хаспеков Д.В., Дубин С.А., Владимиров Ф.И., Благих О.Е., Благих К.А., Громова Т.Н., Иванов А.В., Стрига Е.В., Строгонов И.А., Топольницкий О.З., Вафина Х.Я., Пасечников А.В.	
Эмболизация артериовенозных мальформаций конечностей с применением клеевых композиций у детей	81
Комиссаров М.И., Купатадзе Д.Д., Алешин И.Ю.	
Баллонная дилатация стеноза почечных артерий у детей	82
Комиссаров М.И., Осипов И.Б., Комиссаров И.А., Алешин И.Ю.	
Хирургическое лечение детей с килевидной деформацией грудной клетки при врожденной системной патологии	83
Комолкин И.А., Афанасьев А.П., Щеголев Д.В.	
Варианты коррекции послеоперационных осложнений у детей с urgentными заболеваниями органов брюшной полости	84
Коровин С.А., Дзядчик А.В., Тимохович Е.В., Коренькова О.В., Стоногин С.В., Любанская С.Ю.	
Стационарозамещающие технологии в хирургии детского возраста	85
Корочкин М.В., Поддубный Г.С., Мурчина А.Н., Корнюшко А.Ю., Гридина Л.Ю., Жукова О.Н., Манжос П.И., Иманалиева А.А.	
Отдаленные результаты трансанальных эндоректальных вмешательств у детей с болезнью Гиршпрунга ...	86
Котин А.Н., Караваева С.А., Кесаева Т.В.	
Лечение аноректальных пороков развития по данным Оренбургского центра детской хирургии.....	87
Котлубаев Р.С., Афуков И.В., Калинина Ю.А., Арестова С.В., Мельцин И.И.	

Диагностика и лечение дисплазии внутримышечных и межмышечных вен у детей	88
Кочарян С.М., Купатадзе Д.Д., Азаров М.В., Махин Ю.Ю.	
Лапароскопический аналог операции Мармара при варикоцеле у детей и подростков.	89
Кравцов Ю.А., Антоненко Ф.Ф., Сичинава З.А., Пахолук Ю.П.	
Расширение спектра ортопедической патологии в паллиативной помощи у детей.	90
Крестьяшин И.В., Шахнович В.А., Крестьяшин В.М., Ишутин А.А., Гербутова М.Н.	
Дифференцированный подход антенатальной диагностики и постнатальной коррекции гидронефроза у новорожденных и детей грудного возраста	91
Левитская М.В., Мокрушина О.Г., Шумихин В.С., Гуревич А.И., Юдина Е.В., Ерохина Н.О., Сергеева С.В.	
Особенности диагностики, дифференцированного подхода в лечении детей раннего возраста с рефлюкс-стенозом уретерovesикального сегмента	93
Левитская М.В., Шумихин В.С., Гуревич А.И., Ерохина Н.О.	
Современные технические аспекты хирургической коррекции грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у детей с тяжелыми неврологическими заболеваниями	94
Ли И.Б., Степанова Н.М., Страшинский А.С., Кайгородова И.Н., Сапунин Э.В., Дмитриенко А.П., Перловская В.В., Стальмахович В.Н.	
Синдром Поланда на амбулаторном приеме детского хирурга	95
Линник А.В., Сырыгина Л.В.	
Роль антенатальной ультразвуковой диагностики в лечении врожденной патологии мочевого пузыря	96
Лолаева Б.М., Джелиев И.Ш., Дзуцева М.Р., Кесаева М.М., Габисова Ю.В.	
Цитокиновый профиль у детей при вторичном пиелонефрите	97
Лолаева Б.М., Джелиев И.Ш., Дзуцева М.Р., Кесаева М.М.	
Аорто-мезентериальная компрессия у детей с внепеченочной портальной гипертензией	98
Лывина И.П., Сухов М.Н., Нарбутов А.Г., Серков И.И.	
Наша тактика в лечении ущемленных паховых грыж у детей	99
Мавлянов Ш.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Ю.М., Ганиев Ж.А.	
Анализ возможных ортопедических проявлений при различных формах детского церебрального паралича	100
Мавлянова З.Ф.	
Современные подходы и варианты лечения больных с гастрошизисом	101
Мейланова Ф.В., Магомедов А.Д., Магомедов Р.И., Ашурбеков В.Т.	
Инновационные малоинвазивные внутрипузырные технологии в лечении детей грудного возраста с обструктивными уропатиями.	102
Меновщикова Л.Б., Левицкая М.В., Коварский С.Л., Шумихин В.С., Ерохина Н.С.	
Возможности ботулинотерапии у детей с миелодисплазией и дисфункциональным мочеиспусканием.	103
Меновщикова Л.Б., Николаев С.Н., Коварский С.Л., Лазишвили М.Н., Скларова Т.А.	
Результаты коррекции килевидной деформации грудной клетки	104
Митупов З.Б., Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Павлов А.А., Мовсесян Л.А.	
Консервативная терапия рубцовых послеожоговых изменений кожи у детей	105
Михайлова С.И., Виноградова Т.А., Сергеечев С.П., Горшков А.Ю., Рассказов Л.В.	
Атипичное течение острого аппендицита	106
Мохаммад Б., Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В.	
Сальниковая пахово-мошоночная грыжа у ребенка	107
Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В.	
Случай выраженного дерматита после аутодермопластики.	108
Мохаммад Б., Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В.	
Опыт лечения фибро-адипозной васкулярной аномалии у детей	109
Нарбутов А.Г., Сухов М.Н., Серков И.И., Лывина И.П., Гарбузов Р.В., Клецкая И.С.	

Мультидисциплинарный подход в многопрофильном стационаре для детей со спинальными дизрафиями в Тверской области	110
Нганкам Л.П., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Осипова Е.В., Медведев А.А.	
Клиника, диагностика и лечение артериовенозных мальформаций (АВМ) церебральной локализации у детей	111
Нганкам Л.П., Юсуфов А.А., Румянцева Г.Н., Фомин А.М.	
Значение индекса дилатации мочеточника и показателей доплерографической визуализации дисфункции уретерovesикального сегмента в оценке степени пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей	112
Негматова К.Н., Ростовская В.В.	
Стационарзамещающие технологии в детской урологии	113
Николаев С.Н., Меновщикова Л.Б., Коварский С.Л.	
Опыт коррекции персистирующей клоаки у детей	114
Новожилов В.А., Степанова Н.М., Петров Е.М., Петров Ю.М.	
Урогенитальный синус у детей	115
Отamuraдов Ф.А.	
Мультидисциплинарная тактика стратегического подхода к лечению обструктивных уropатий у детей ...	116
Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р.	
Техники шва мениска у детей	117
Павлова Д.Д., Шарков С.М., Петров М.А.	
Патология поджелудочной железы у детей в Новосибирской области	118
Павлушин П.М., Грамзин А.В., Добров С.Д., Трушин П.В., Кривошеев Н.В., Койнов Ю.Ю., Цыганок В.Н., Чикинев Ю.В.	
Гормональная терапия в лечении детей с химическими ожогами	119
Пелипенко Н.В., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Старченко В.М., Надгериев В.М., Колесников Е.Г., Полеев А.В., Есаян М.О., Луняка В.А.	
Тактика лечения детей со спаечной кишечной непроходимостью	120
Петлах В.И., Коновалов А.К., Константинова И.Н., Иванов В.А., Виноградов А.Я., Ганиев Ш.А.	
Выбор метода лечения буллезной болезни легких у детей осложненный спонтанным пневмотораксом ...	121
Петров А.В., Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Степаненко Н.С.	
Хирургическое лечение деформации нижних конечностей при болезни Маккьюна-Олбраита	122
Петров М.А., Павлова Д.Д., Куликова К.С.	
Хирургическое лечение пациентов с гипофосфатемическим рахитом	123
Петров М.А., Павлова Д.Д., Куликова К.С.	
НФП. Производные мюллеровых протоков у ребенка с мужским строением наружных половых органов	124
Петрухина Ю.В., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Захаров А.И., Блох С.П., Бебенина А.А., Соттаева З.З., Текотов А.Н., Струянский К.А., Бетанов З.В., Агеева Н.А., Склярва Т.А.	
Осложнения лечения пациентов с аноректальными мальформациями.	125
Пименова Е.С., Тарасова Д.С., Морозов Д.А.	
Ортобиология в лечении детей с повреждениями и дегенеративными заболеваниями коленного сустава	126
Плигина Е.Г., Буркин И.А., Ковалюнас И.С., Анохин В.В.	
Миофибробластическая опухоль легких у детей	127
Полюдов С.А., Веровский В.В. Гуз В.И., Трамва Ж.Д., Михопулос А.М.	
Успешный опыт лечения ребенка с атрезией кишечника IV типа	128
Попова Е.Б., Немилова Т.К., Караваева С.А., Котин А.Н., Богданов И.Ю.	
Сравнительный анализ методов лечения осложнений легочных болезней у детей.	129
Пругуло Л.Ф., Якубов Ю.К.	
Хирургического лечения компрессионного стеноза чревного ствола у детей. Оценка отдаленных результатов.	130
Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Чумакова Г.Ю., Титова Е.А., Смолянкин А.А., Зайнулабидов Р.А.	

Лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору–стандарт лечения ахалазии кардии у детей	131
Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Чубко Д.М.	
Мальротации кишечника у детей старшего возраста, алгоритм диагностики и лечения	132
Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Субботин И.В.	
Дифференцированные подходы к диагностике и лечению детей с болями в коленном суставе	133
Рассказов Л.В., Иванов Ю.Н., Мурга В.В., Марасанов Н.С., Щелоченкова Т.Д., Шалатов Н.Н., Ягудин Г.Т.	
Использование Nd:YAG1064nm LP лазера в лечении венозных мальформаций у детей	134
Романов Д.В., Сафин Д.А.	
Применение системы отрицательного давления (VAC терапии) в лечении дефекта пищевода у ребенка с удвоением пищевода (клиническое наблюдение)	135
Ростовцев Н.М., Ядыкин М.Е., Ромасенко В.В., Неизвестных Е.А., Мустакимов Б.Х.	
Отсроченное первичное закрытие мочевого пузыря у детей с экстрофией	136
Рудин А.Ю., Рудин Ю.Э., Марухненко Д.В., Кирсанов А.С., Карцева Е.В., Медведева Н.В.	
Современные возможности применения пневмовезикоскопического доступа при лечении урологической патологии у детей	137
Рудин Ю.Э., Марухненко Д.В., Галицкая Д.А., Лагутин Г.В., Вардак А.Б., Алиев Д.К.	
Кистозная дупликация тонкой кишки, клиническое наблюдение	138
Румянцева Г.Н., Казаков А.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Портенко Ю.Г.	
Редкий случай венозно-лимфатической мальформации забрюшинного пространства, паховой области, влагалища у девочки 15 лет	139
Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Бурченок Н.В., Долинина М.В.	
Способ хирургической коррекции килевидной деформации грудной клетки	140
Сар А.С., Соколов Ю.Ю., Хаспеков Д.В., Судейкина О.А., Прутова О.Р., Кузнецова Е.В., Рогачева О.А., Гогичаева, А.А.	
Демонстрация клинического случая: Сложный вариант удаления внелегочного секвестра у мальчика с левосторонней ложной диафрагмальной грыжей щели Богдалека	142
Сар А.С., Соколов Ю.Ю., Хаспеков Д.В., Прутова О.Р., Кузнецова Е.В., Коровин С.А., Рогачева О.А., Гогичаева, А.А.	
Сравнение эффективности препаратов Гемоблок, ОК-432 и Блеомцин в лечении лимфатических мальформаций	143
Сафин Д.А., Романов Д.В., Плоткин А.В.	
Особенности проведения лазерной коррекции капиллярной мальформации детям с синдромом Штурге-Вебера	144
Сафин Д.А., Романов Д.В.	
Хирургическое лечение лимфангиом брюшной полости у детей	145
Сварич В.Г., Сварич В.А., Каганцов И.М.	
Хористомы у детей. Клиника, диагностика, лечение	146
Светлов В.В., Минько Т.Н., Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Б., Трухачев С.В., Иванов П.С.	
Оценка эффективности гемостатической материалов	147
Северинов Д.А., Липатов В.А., Гаврилюк В.П.	
Монолатеральная анестезия у подростков при артроскопических операциях на коленном суставе	148
Седых С. В., Зуев Е.В., Раковский С.М.	
Малоинвазивное лечение рассекающего остеохондрита у детей с использованием биостимуляции	149
Семенов А.В., Коротеев В.В., Исаев И.Н., Выборнов Д.Ю.	
Тактика ведения детей раннего возраста с двусторонним гидронефрозом IV степени	150
Сергеева С.В., Николаев С.Н., Левитская М.В., Меновщикова Л.Б., Шумихин В.С.	
Современные возможности хирургического лечения мочекаменной болезни у детей	151
Симонян Г.В., Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р., Мифтяхетдинова О.В., Соболевский А.А., Старостина И.Е.	

Андрогенпозитивные гладкомышечные клетки в стенке яичковой и экстрагенитальных вен у пациентов с варикоцеле.....	152
Сичинава З.А., Колесников В.И., Сизонов В.В., Кравцов Ю.А.	
Развитие осложненных форм острого аппендицита у детей различного возраста	153
Соколов С.В., Морозов Е.В., Анфиногенов А.Л., Щедров Д.Н., Бунин И.В., Андреев А.И., Лобанова А.Н.	
Динамика ультрасонографических симптомов при abortивном течении острого аппендицита у детей....	154
Соколов С.В., Сазонова А.А., Нестеров В.В., Анфиногенов А.Л., Луговкин А.В., Виноградова А.А., Осетрова Ю.М.	
Динамика клинических симптомов при abortивном течении острого аппендицита у детей	155
Соколов С.В., Сазонова А.А., Нестеров В.В., Анфиногенов А.Л., Троицкий С.А., Гогин В.Н., Лобанова А.Н.	
Резекция кистозно-аденоматозно измененных нижней доли и язычковых сегментов левого легкого с внутридолевой секвестрацией слева торакаскопическим доступом	156
Соколов Ю.Ю., Хаспеков Д.В., Сар А.С., Прутова О.Р., Кузнецова Е.В., Рогачева О.А., Гогичаева А.А.	
Опыт хирургических вмешательств при кольцевидной поджелудочной железе у детей старшего возраста	157
Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Шувалов М.Э., Уткина Т.В., Митрофанова И.К., Антонов Д.В.	
Клинико-анатомические варианты кистозных расширений желчных протоков у детей.....	158
Соколов Ю.Ю., Туманян Г.Т., Ефременков А.М., Уткина Т.В., Митрофанова И.К.	
Клинический случай ребенка Л. трех лет с частичным перекрутом левого яичника.....	159
Солдатова Д.С., Ришт Д.О.	
Диагностический протокол у детей с дисфункцией мочевого пузыря сопровождающийся недержанием мочи	160
Соттаева З.З., Меновщикова Л.Б., Гуревич А.И., Джаватханова Р.И.	
Пункция солитарной кисты почки: видеоконтроль.....	161
Стальмахович В.Н., Ангархаева Л.В.	
Лечение врожденной килевидной деформации грудной клетки у детей.....	162
Стальмахович В.Н., Дмитриенко А.П., Тележкин А.Л., Страшинский А.С.	
Редкая причина острого абдоминального синдром	163
Стальмахович В.Н., Кайгородова И.Н.	
Геморрой у детей.....	164
Степанова Н.М., Петров Е.М., Новожилов В.А.	
Опыт формирования тонкокишечных резервуаров у детей с семейным аденоматозом толстой кишки	165
Сулавко Я.П., Щербакова О.В., Ионов А.Л., Лука В.А., Пичугина М.В.	
Хирургическая коррекция ректо-уретральных и ректо-вестибулярных свищей у детей	166
Сулавко Я.П., Щербакова О.В., Костомарова Т.Д., Николаев В.В., Ионов А.Л.	
Хирургическое лечение атипичных форм врожденного гиперинсулинизма	167
Сухоцкая А.А., Баиров В.Г., Амидхонова С.А.	
Хирургическое лечение врожденного гиперинсулинизма	168
Сухоцкая А.А., Баиров В.Г., Амидхонова С.А.	
Видеоэндоскопические и эндоскопически ассистированные операции у детей с новообразованиями пресакральной локализации	169
Талыпов С.Р., Ахаладзе Д.Г., Меркулов Н.Н., Рабаев Г.С., Ускова Н.Г.	
Опыт ранней коррекции бессвищевых форм атрезии пищевода	170
Тараканов А.В., Клименко А.Н., Полеев А.В.	
Диагностика лимфом в хирургической практике у детей с синдромом лимфаденопатии	171
Тен Ю.В., Клейменов Е.В., Дорохов Н.А. Игнатенко И.Г.	
Эндоскопическое лечение рубцовых сужений пищевода	172
Терещенко О.А., Мазурова И.Г., Пелипенко Н.В., Шатов А.В., Полеев А.В., Вардосанидзе Ш.В.	

Острое повреждение почек двусторонней обструкции верхних мочевых путей	173
Тибилев А.З., Киреева Н.Б.	
Срединные кисты шеи у детей	174
Тимофеева А.В., Карасева О.В., Телешов Н.В., Горелик А.Л.	
Наш первый опыт пневмовезикоскопической уретровезикопластики по Коэну	175
Тратонин А.А., Павлушин П.М., Кожевников П.А., Грамзин А.В., Феофилов И.В., Чикинев Ю.В.	
Внутрипросветное лечение стриктур пищевода при буллезном эпидермолизе у детей	176
Тупыленко А.В., Лохматов М.М., Алхасов А.Б., Мурашкин Н.Н., Дьяконова Е.Ю., Гусев А.А., Олдаковский В.И., Петров Е.И., Будкина Т.Н.	
Хирургические осложнения воспалительных заболеваний кишечника у детей	177
Филиппов Д.В., Глушкова В.А.	
Возможности мультидисциплинарного лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области в условиях регионального центра диспансеризации	178
Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Тимаков И.Е., Романов И.Ю., Кроман Ю.О.	
Эффективность применения сиролимуса в лечении детей с сосудистыми мальформациями	179
Хагуров Р.А., Александров А.В., Рыбченко В.В., Баязитов Р.Р., Гурская А.С., Дьяконова Е.Ю., Наковкин О.Н., Сулаво М.А.	
Показатели крови у детей с термическими ожогами в зависимости от глубины и площади поражения ...	180
Хакимов Э.А., Мавлянов Ш.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ганиев Ж.А.	
Ошибки и осложнения после коррекции аноректальных пороков у детей	181
Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б.	
Особенности тактики ранней диагностики и хирургического лечения болезни Гиршпринга у грудных детей	182
Хамроев У.А., Эргашев Б.Б.	
Комплексное восстановительное лечение детей с обструктивной уропатией на амбулаторно-поликлиническом этапе медицинской реабилитации	183
Хан М.А., Новикова Е.В., Меновщикова Л.Б.	
Эндоскопическая диагностика и лечение стенозов пищевода у детей	184
Харитонов А.Ю., Карасева О.В., Шавров А.А., Капустин В.А.	
Прогностический калькулятор эффективности трансуретрального стентирования пиелоуретерального сегмента у детей до трех лет с врожденным гидронефрозом	185
Хватынец Н.А., Старостина И.Е., Ростовская В.В.	
Заворот селезенки у детей	186
Цап Н.А., Винокурова Н.В., Огарков И.П.	
Лимфатические мальформации сложной анатомической локализации	187
Цап Н.А., Некрасова Е.Г., Наумова О.А.	
Травматический и идиопатический панкреатит: диагностика лечение, осложнения	188
Цап Н.А., Огарков И.П., Чукреев В.И., Макаров П.А., Чукреев А.В.	
Активное лапароскопическое лечение тяжелых форм аппендикулярного перитонита у детей	189
Черноголов О.Л., Котловский А.М., Мамедов М.Р., Сергиенко М.В., Козьмин М.А., Журило И.П., Медведев А.И., Круглый В.И.	
Лечение послеожоговых рубцовых контрактур пальцев кисти у детей	190
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Тогаев И.У., Махмудов З.М.	
Хирургическое лечение камней почек при аномалии пиело-уретерального сегмента у детей	191
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Зайниев С.С., Пулатов П.А.	
Совершенствование лечения врожденных расщелин верхней губы и неба у детей	192
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Ибрагимов О.А., Тогаев И.У.	
Анализ причин наложения стом при врожденной кишечной непроходимости у новорожденных	193
Шамсиев Ж.А., Давранов Б.Л., Муталибов И.А., Имамов Д.О., Махматкулов Х.Г.	

Неотложные мероприятия при абдоминальной травме у детей	194
Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Боберов К.Р., Исаков А.М., Шамсиев Б.М.	
Использование гидроэзоколонографии для диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей	195
Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Зайниев С.С., Шамсиев Б.М., Рахматов Б.Н.	
Наш опыт хирургического лечения гипоспадии у детей	196
Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Данияров Э.С., Юсупов Ш.А., Пулатов П.А.	
Хирургические патологии у детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела	197
Шангареева Р.Х., Неудачин А.Е., Сибатуллина З.Р., Кремешная Д.И., Брюханова О.А.	
Консервативное лечение деформаций грудной клетки у детей	198
Шомина А.О., Митупов З.Б.	
Хирургическая коррекция нарушений кишечного транзита у пациентов с аноректальными мальформациями — первый опыт	199
Шугина Ю.В., Мокрушина О.Г.	
Реабилитация пациентов с нарушениями кишечного транзита после операций на аноректальной области	200
Шугина Ю.В., Мокрушина О.Г., Жихарева Н.С.	
Лапароскопическая холецистэктомия и дренирование холедоха при обтурационном холедохолитиазе у ребенка 3 лет	201
Щебеньков М.В., Рязанцев А.И.	
Стационар замещающие технологии в детской урологии-андрологии: наш опыт	202
Щедров Д.Н., Березняк И.А., Писарева М.В., Морозов Е.В.	
Результаты лечения новорождённых с омфалоцеле	203
Щукина А.А., Мокрушина О.Г., Гурская А.С., Баязитов Р.Р.	
Тератоидные опухоли различной локализации у детей	204
Эргашев Н.Ш., Дияров Н.А., Турабаева З.К.	
Частота и клиничко-анатомические особенности аноректальных мальформаций у мальчиков	205
Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М.	
Диагностика кистозных пороков развития лёгких у детей	206
Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А.	
Результаты эзофагоколонопластики при атрезии пищевода у детей	207
Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А., Норов М.М., Якубов Э.А., Отамуродов Ф.А.	
Дивертикул меккеля: диагностические и хирургические критерии	208
Юсупов Ш.А., Атакулов Ж.О., Мухаммадиев А.А.	
Эффективность декомпрессии тонкой кишки у детей с распространенным аппендикулярным перитонитом	209
Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Атакулов Ж.О., Пулатов П.А.	
Лечебная тактика при желчнокаменной болезни у детей	210
Якубов Э.А., Камилова А.Т., Нарметов А.Б., Эргашев Б.С.	
Выбор лечения тактики при разрывах кист холедоха у детей	211
Якубов Э.А., Эргашев Н.Ш.	
Хирургия образований шеи у детей	212
Якунин С.И., Дьячкова И.Н. Набоков В.В. Махин Ю.Ю.	
Опыт лечения ребенка с артериовенозной мальформацией головы	213
Яматина С.В., Комелягин Д.Ю., Петухов А.В., Петрушин А.В., Благих К.А., Строгонов И.А., Шолохова Н.А., Вафина Х.Я., Расстригина И.М., Дубин С.А., Владимиров Ф.И., Громова Т.Н., Благих О.Е., Стрига Е.В.	

Тексты материалов даны в авторском исполнении

Для цитирования:

МАТЕРИАЛЫ VI ФОРУМА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ РОССИИ

Российский вестник детской хирургии, анестезиологии
и реаниматологии. 2020;10(Приложение):1–224
<http://www.rps-journal.ru>

Предпечатная подготовка: В.И. Петлах, В.С. Шумихин,
Н.А. Грибина, С. Эшонкулов