



Российская ассоциация
детских хирургов



Ассоциация детских
анестезиологов-реаниматологов

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 11
Приложение

VOLUME 11
Supplement

2021

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

Том 11 | Спецвыпуск | 2021

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2010 года

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

ООО «Эко-Вектор», 191186, Санкт-Петербург,
Аптекарский переулок, д. 3, литера А, помещение 1Н.

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций,
свидетельство о регистрации СМИ
ПИ № ФС77-81892 от 24 сентября 2021 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(968)586-76-01, факс. +7(499)256-83-56
e-mail: rps@eco-vector.com

Заведующая редакцией *Н.А. Грибина*

Распространяется по подписке:
Подписной индекс 13173 в Объединенном каталоге
«Пресса России»

Оригинал-макет изготовлен ООО «Эко-Вектор»,
191186, Санкт-Петербург,
Аптекарский переулок, 3А, 1Н.
Выпускающий редактор *Н.Н. Репьева*
Корректор *И.В. Смирнова*
Верстка *А.Г. Хуторовской*

Главный редактор

Владимир Михайлович Розин — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации (Москва, Россия)

Заместители главного редактора

А.У. Лекманов — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

С.Н. Николаев — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

А.Ю. Разумовский — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, (Москва, Россия)

Научный редактор

В.И. Петлах — доктор медицинских наук (Москва, Россия). E-mail: vestnik@childsurgeon.ru

Ответственный секретарь

Галина Игоревна Кузовлева — кандидат медицинских наук (Москва, Россия). E-mail: rps@eco-vector.com

Редакционная коллегия

Ю.С. Александрович — доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург, Россия)

С.М. Батаев — доктор медицинских наук (Москва, Россия)

Л.И. Будневич — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

Л.М. Вессель — доктор медицины, профессор (Мангейм, Германия)

С.В. Виссарионов — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН (Санкт-Петербург, Россия)

В.Г. Гельдт — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

О.С. Горбачев — кандидат медицинских наук (Москва, Россия)

А.В. Губин — доктор медицинских наук (Москва, Россия)

А.Ф. Дронов — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

Д.В. Заболотский — доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург, Россия)

Ю.В. Ергулева — доктор медицинских наук (Москва, Россия)

Ю.А. Козлов — доктор медицинских наук (Иркутск, Россия)

А.А. Корсунский — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

В.В. Лазарев — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

С.В. Минаев — доктор медицинских наук, профессор (Ставрополь, Россия)

П.И. Миронов — доктор медицинских наук (Уфа, Россия)

Д.А. Морозов — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

Стивен Моултон — доктор медицины, профессор хирургии (Калифорния, США)

В.Г. Полянов — доктор медицинских наук, академик РАН (Москва, Россия)

И.А. Савин — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

Ю.Ю. Соколов — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

С.М. Степаненко — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

Т.А. Шароев — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

Редакционный совет

В.И. Аверин — доктор медицинских наук, профессор (Минск, Беларусь)

Владимир Алекси-Месхишвили — доктор медицины, профессор (Берлин, Германия)

А.Г. Баиндурашвили — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН (Санкт-Петербург, Россия)

В.Ф. Блдинский — доктор медицинских наук, профессор (Ярославль, Россия)

С.Ф. Гончаров — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН (Москва, Россия)

А.А. Гумеров — доктор медицинских наук, профессор (Уфа, Россия)

И.Ш. Джелелев — доктор медицинских наук, доцент (Владикавказ, Россия)

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

И.А. Комиссаров — доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург, Россия)

Т.К. Немилова — доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург, Россия)

В.А. Новожилков — доктор медицинских наук, профессор (Иркутск, Россия)

В.В. Паршинов — доктор медицинских наук, профессор (Нижний Новгород, Россия)

А.В. Писляков — доктор медицинских наук, профессор (Омск, Россия)

В.И. Снисарь — доктор медицинских наук, профессор (Днепропетровск, Украина)

Н.А. Цап — доктор медицинских наук, профессор (Екатеринбург, Россия)

М.Б. Ярустовский — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН (Москва, Россия)

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Точка зрения авторов может не совпадать с мнением редакции. К публикации принимаются только статьи, подготовленные в соответствии с правилами для авторов. Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С правилами для авторов и договором публичной оферты можно ознакомиться на сайте: <https://rps-journal.ru/jour/about/submissions>. Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения издателя и редакции, ссылка на журнал обязательна

RUSSIAN JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY, ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE

Volume 11 | Supplement | 2021

QUARTERLY PEER-REVIEWED MEDICAL ACADEMIC JOURNAL

Published since 2010

<https://rps-journal.ru>

Founders

Russian Association of Pediatric Surgeons
Pirogov Russian National Research Medical
University
Eco-Vector

Indexation

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

Editorial contact

Address: 15-4, str. Sadovaya-Kudrinskaya,
Moscow, Russian
Federation, 123001
E-mail: rps@eco-vector.com
Phone: +7(968)586-76-01

Registered by the Federal Service for Supervision of
Communications, Information Technology and Mass
Media Registration number:
ПИ No. ФС 77-81892 as of september 24, 2021.

PUBLICATION ETHICS

The journal is compliant with publication
ethics standarts by:
ICMJJE — International Committee of Medical
Journal Editors
WAME — World association of medical editors
COPE — Committee on publication ethics
ORI — The office of research integrity
CSE — Council 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

Eco-Vector
3A, Aptekarskiy lane,
office 1N, Saint Petersburg,
191186, Russia
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, (Moscow, Russia)

Deputy Editors-in-Chief

A.U. Lekmanov — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
S.N. Nikolaev — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
A.Yu. Razumovsky — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)

Science Editor

V.I. Petlakh — Dr. Sci. (Med.) (Moscow, Russia). E-mail: vestnik@childdrurgeon.ru

Executive Secretary of the Editorial Board

Galina I. Kuzovleva — Cand. Sci. (Med.) (Moscow, Russia). E-mail: rps@eco-vector.com

Editorial Board

Yu.S. Aleksandrovich — Dr. Sci. (Med.), Professor (St. Petersburg, Russia)
S.M. Bataev — Dr. Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
L.I. Budkevich — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
L.M. Wessel — MD, Professor (Mannheim, Germany)
S.V. Vissarionov — Dr. Sci. (Med.), Professor (St. Petersburg, Russia)
V.G. Geldt — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
O.S. Gorbachev — Cand. Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
A.V. Gubin — Dr. Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
A.F. Dronov — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
D.V. Zabolotsky — Dr. Sci. (Med.), Professor (St. Petersburg, Russia)
J.V. Erpuleva — Dr. Sci. (Med.) (Moscow, Russia)
Y.A. Kozlov — Dr. Sci. (Med.), Professor (Irkutsk, Russia)
A.A. Korsunsky — Dr. Sci. (Med.), Professor (Mopacscow, Russia)
V.V. Lazarev — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
S.V. Minaev — Dr. Sci. (Med.), Professor (Stavropol, Russia)
P.I. Mironov — Dr. Sci. (Med.) (Ufa, Russia)
D.A. Morozov — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
Stephen Moulton — MD, PhD, Professor of Surgery (California, USA)
V.G. Polyakov — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
I.A. Savin — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
Y.Yu. Sokolov — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
S.M. Stepanenko — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
T.A. Sharoev — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)

Editorial Council

V.I. Averin — Dr. Sci. (Med.), Professor (Minsk, Belarus)
Vladimir Aleksii-Meskhishvili — MD, PhD, Professor (Berlin, Germany)
A.G. Baidurashvili — Dr. Sci. (Med.), Professor (St. Petersburg, Russia)
V.F. Blandinsky — Dr. Sci. (Med.), Professor (Yaroslavl, Russia)
S.F. Goncharov — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)
A.A. Gumerov — Dr. Sci. (Med.), Professor (Ufa, Russia)
I.Sh. Dzheliev — Dr. Sci. (Med.), Associate Professor (Vladikavkaz, Russia)
Kate Jergheson — MD, PhD, surgeon in Alabama Children's Hospital (Birmingham, USA)
I.A. Komissarov — Dr. Sci. (Med.), Professor (St. Petersburg, Russia)
T.K. Nemilova — Dr. Sci. (Med.), Professor (St. Petersburg, Russia)
V.A. Novozhilov — Dr. Sci. (Med.), Professor (Irkutsk, Russia)
V.V. Parshikov — Dr. Sci. (Med.), Professor (Nizhny Novgorod, Russia)
A.V. Pisklakov — Dr. Sci. (Med.), Professor (Omsk, Russia)
V.I. Snisar — Dr. Sci. (Med.), Professor (Dnepropetrovsk, Ukraine)
N.A. Tsap — Dr. Sci. (Med.), Professor (Yekaterinburg, Russia)
M.B. Yarustovsky — Dr. Sci. (Med.), Professor (Moscow, Russia)

The editors are not responsible for the content of advertising materials. The point of view of the authors may not coincide with the opinion of the editors. Only articles prepared in accordance with the guidelines are accepted for publication. By sending the article to the editor, the authors accept the terms of the public offer agreement. The guidelines for authors and the public offer agreement can be found on the website: <https://rps-journal.ru/jour/about/submissions>. Permissions to reproduce material must be obtained in writing to the publisher and retained in order to confirm the legality of using reproduced materials



Российская ассоциация детских хирургов

Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова

www.radh.ru

МАТЕРИАЛЫ

VII Форума детских хирургов России

21–23 октября 2021 года
Москва

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

Для цитирования: Материалы VII Форума детских хирургов России, 21–23 октября 2021 г., Москва // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2021. Т. 11. Спецвыпуск. 183 с. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic.2021>



Russian Association of Pediatric Surgeons

Pirogov Russian National Research Medical University

www.radh.ru

MATERIALS

VII Forum of Pediatric Surgeons of Russia

October 21–23, 2021
Moscow

For citation: Materials of the VII Forum of Pediatric Surgeons of Russia; 2021 October 21–23; Moscow. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2021. Vol.11, Suppl. 183 p. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic.2021>

ТЕХНОЛОГИИ ЛАЗЕРИНДУЦИРОВАННОГО КИПЕНИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Абушкин И.А.¹, Чудновский В.М.², Галиулин М.Я.³

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

² Тихоокеанский океанологический институт им. В.И. Ильичева, Владивосток

³ Городская клиническая больница № 1, Челябинск

Введение. Появление на рынке хирургических лазерных аппаратов с 1,5–1,9 мкм излучением, хорошо поглощаемым водой, вызвало потребность в разработке технологий их применения в детской хирургии.

Цель исследования. Изучение механизмов взаимодействия 1,5–1,9 мкм лазерного излучения с биологическими объектами и эффективности его применения при различных хирургических заболеваниях детей.

Материалы и методы. Механизмы взаимодействия 1,5–1,9 мкм лазерного излучения с биологической тканью изучены *in vitro* на печени свиньи и *in vivo* на печени кролика. В клинике данное излучение применено у детей с костными кистами, кистами Бейкера, околоушными свищами, пилонидальными кистами, а также в лечении различных сосудистых аномалий (гемангиом и мальформаций). Были использованы ультразвуковое и гистоморфологическое исследования, инвазивная термометрия и др.

Результаты. Установлено, что передача тепла к эндотелию кист, свищей и сосудов происходит за счет затопленных горячих струй, формирующихся при 1,5–1,9 мкм лазериндуцированном кипении. Такие струи хорошо видны на УЗИ по парогазовым пузырькам, быстро распространяются от источника излучения по кистозным и тубулярным структурам, эффективно коагулируя их внутреннюю выстилку. На основе лазериндуцированного кипения разработаны высокоэффективные технологии лечения различных кист, свищей и сосудистых аномалий под контролем УЗИ. Из них только пилонидальные кисты с многослойным ороговевающим эпителием и волосами внутри у половины больных потребовали повторной лазерной коагуляции. В лечении венозных и артериовенозных мальформаций более эффективным было использование двойного 1,55 + 1,94 мкм-лазерного излучения. Все технологии стационарозамещающие.

Заключение. Технологии коагуляции патологических кистозных и тубулярных очагов за счет лазериндуцированного кипения хорошо контролируются УЗИ в режиме реального времени и высоко эффективны в лечении мягкотканых и костных кист и ряда сосудистых аномалий у детей.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ

Авраменко В.В.¹, Салихов М.Р.², Кемкин В.В.¹, Васильева О.Н.¹

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

² Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена, Санкт-Петербург

Введение. В зарубежной и отечественной литературе достаточно много противоречивой информации, согласно которой как анатомическая, так и трансстибиальная реконструкция передней крестообразной связки (ПКС), при прочих равных условиях позволяет получить хорошие функциональные результаты лечения. Однако сравнительная эффективность и перспективность отдельных методов реконструкции ПКС остаются весьма актуальными темами.

Цель исследования. Необходимость проанализировать возможности и преимущества анатомических технологий реконструкции ПКС и определила цель настоящего исследования: сравнительный анализ результатов реконструкции передней крестообразной связки у детей подросткового возраста различными методами.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов 106 артроскопических реконструкций передней крестообразной связки у детей подросткового возраста. Все пациенты разделены на три группы. В 1-ю группу включили 32 пациента, которым выполняли изометрическую пластику ПКС, при которой бедренный канал формировали трансстибиальной методикой. Во 2-ю группу (30 наблюдений) включили пациентов, которым выполняли анатомическую пластику ПКС с формированием бедренного канала через дополнительный передне-немедиальный артроскопический доступ. В 3-ю группу включили 44 пациента с анатомической методикой реконструкции ПКС по типу all inside.

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, чем 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 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 сохраняющие физарную пластинку, так и трансфизарные методы, все еще существуют значительные разногласия относительно оптимального хирургического варианта для пациента с незавершенным костным ростом. Продолжающиеся исследования будут уточнять показания, преимущества и недостатки каждого метода реконструкции ПКС.

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Алибаев А.К.², Нигаметьянов Р.А.², Шангареева Р.Х.¹, Сабиров А.Э.²,
Гилязова Г.Р.², Минибаева Г.И.¹

¹ Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

² Городская детская клиническая больница № 17, Уфа

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс остается важной задачей торакальной хирургии. Патология характеризуется частыми рецидивами, в связи с чем продолжается поиск оптимальной схемы лечения.

Материалы и методы. За последние 3 года с клиникой спонтанного пневмоторакса в детское хирургическое отделение поступили 4 пациента подросткового возраста от 14 до 17 лет. Соотношение мальчиков и девочек 1 : 1. Диагностирован пневмоторакс справа у двоих, слева и двусторонний пневмоторакс с пневмомедиастинумом по одному случаю. Проводили стандартное клиничко-лабораторное обследование, рентгенографию грудной клетки и компьютерную томографию. Двое детей госпитализированы повторно, через 18 мес., при первичном поступлении в стационар было выполнено дренирование плевральной полости.

Результаты и обсуждение. Все пациенты астенического телосложения. У трех детей заболевание началось на фоне полного здоровья, появились боли в грудной клетке, постепенно нарастала одышка. У мальчика с ранее установленным диагнозом бронхиальная астма, двусторонний пневмоторакс и пневмомедиастинум развились на фоне присоединения ОРВИ. На компьютерной томографии отмечалось преимущественное поражение верхней доли, выявлялись субплевральные тонкостенные буллы размерами 6–18 мм. У двух детей изменения выявлены в обоих легких, кроме того имелись парамедиастинальные буллы у ребенка с бронхиальной астмой. Дренирование плевральной полости проводили при первом эпизоде спонтанного ненапряженного пневмоторакса. При рецидиве у двух детей и у одного ребенка с напряженным пневмотораксом выполнена торакоскопическая электродиатермокоагуляция булл и костальный плевродез с помощью генератора Nelson Deluxe в биполярном режиме. Пациенту с двусторонним пневмотораксом и пневмомедиастинумом проведено дренирование плевральных полостей и переднего средостения.

Выводы. Спонтанный пневмоторакс наиболее часто встречается в подростковом периоде и характеризуется частыми рецидивами. Торакоскопический плевродез является одним из радикальных методов лечения.

СКОЛЬЗЯЩАЯ ТРАХЕОПЛАСТИКА ПРИ ПОЛНЫХ ХРЯЩЕВЫХ КОЛЬЦАХ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ

Алхасов А.Б., Комина Е.И., Ратников С.А., Савельева М.С.,
Романова Е.А., Лежнев А.А.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Введение. Полные хрящевые кольца трахеи — это критический порок развития, сопровождающийся тяжелой дыхательной недостаточностью и с высокой степенью летальности. Частое сочетание этого порока с аномалиями развития других органов и систем усугубляет течение и прогноз хирургического лечения. В настоящее время наибольшую популярность при лечении данной патологии приобрела скользящая трахеопластика.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с полными хрящевыми кольцами трахеи.

Материалы и методы. За период с 2019 по 2021 год в хирургическом торакальном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» прооперированы 9 пациентов с диагнозом: полные хрящевые кольца трахеи. У всех пациентов отмечались явления дыхательной недостаточности разной степени выраженности (3 детей были доставлены на ИВЛ). Возраст варьировал от 2 до 18 мес., вес — от 3 до 10,3 кг, просвет трахеи — от 2,5 до 3,5 мм, протяженность стеноза — от 30 до 75% длины трахеи. Сопутствующий порок сердца выявлен у 4 детей (слинг легочной артерии — 1, дефект межжелудочковой перегородки — 2, коарктация аорты и открытый артериальный проток — 1), пороки желудочно-кишечного тракта — 2 детей, пороки мочевыводящей системы — 2 детей.

Результаты. Циркулярная резекция трахеи выполнена 1 ребенку, скользящая трахеопластика — 8. Оперативные вмешательства выполняли в условиях ЭКМО (7) и АИК (2). Одному ребенку выполнена одномоментная пластика ДМЖП и скользящая трахеопластика, одному — реимплантация левой легочной артерии в легочный ствол. ИВЛ — от 2 до 6 дней. Хороший результат получен в 78% (7 пациентов) случаев (ИВЛ — от 2 до 6 дней). Во всех случаях удалось увеличить просвет трахеи от 1,5 до 2 раз. Летальность — 22% (2 пациента, ИВЛ — от 30 до 130 дней, ЭКМО — от 23 до 73 дней). Причиной смерти послужили сепсис и тяжелая дыхательная недостаточность.

Заключение. Полные хрящевые кольца — критический стеноз трахеи, который сочетается со множественными пороками развития. Скользящая трахеопластика в условиях ЭКМО является операцией выбора, позволяющей увеличить просвет трахеи до 2 раз и повысить выживаемость этой сложной группы пациентов, применение АИК позволяет одномоментно корригировать ВПС.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Алхасов А.Б., Ратников С.А., Яцык С.П., Савельева М.С.
Романова Е.А. Комина Е.И.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Введение. Внепеченочная портальная гипертензия — одна из опасных причин острых кровотечений из пищевода и желудка. Причиной внепеченочной портальной гипертензии является блок воротной вены с нарушением портального кровотока печени и варикозным расширением вен пищевода и желудка. Одним из эффективных методов профилактики кровотечений служит портосистемное шунтирование.

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения внепеченочной портальной гипертензии у детей.

Материалы и методы. В ФГАУ НМИЦ Здоровья Детей РФ за 2019–2021 гг. поступило 59 пациентов с диагнозом портальная гипертензия. Возраст от 6 мес. до 17 лет 5 мес. 13 пациентов (22%) были оперированы по месту жительства, выполнены разные варианты шунтирующих операций: 15 (25,4%) пациентам — мезопортальное шунтирование, 16 (27,1%) — мезокавальный шунт, 28 (47,5%) — супрасплено/спленоренальное шунтирование.

Результаты. Катамнестическое наблюдение составило от 6 мес. до 2 лет. В раннем послеоперационном периоде у 2 (3,38%) пациентов отмечался тромбоз мезокавального Н-шунта, что потребовало повторной операции. Через 6 мес. выявлена дисфункция шунта у 6 (10,1%) пациентов (спленоренальный шунт — 3, мезопортальный шунт — 3), которая потребовала повторной шунтирующей операции. У всех пациентов получен положительный результат в виде сокращения / полной редукции варикозных вен пищевода, купирование синдрома гиперспленизма, отсутствия риска кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

Заключение. Портосистемное шунтирование — эффективный метод профилактики и контроля кровотечения при внепеченочной портальной гипертензии у детей, а мезопортальное шунтирование позволяет восстановить портальный кровоток печени и добиться полного выздоровления.

ХРОНИЧЕСКАЯ ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ГЕПАТОДИАФРАГМАЛЬНОЙ ИНТЕРПОЗИЦИЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Аманова М.А.^{1,2}, Разумовский А.Ю.¹, Холостова В.В.¹, Куликова Н.В.²

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

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

Введение. Синдром Хилайдити (Chilaiditi) — гепатодиафрагмальная интерпозиция — редкое состояние, при котором петли кишечника сдавлены в пространстве между печенью и куполом диафрагмы, что может приводить к развитию большого спектра осложнений, одним из которых является кишечная непроходимость. Клинические проявления данной патологии у детей с омфалоцеле в доступной литературе не описаны.

Материалы и методы. Три клинических случая пациентов 1 года 1 мес., 2 лет 11 мес. и 12 лет, оперированных в периоде новорожденности по поводу омфалоцеле больших размеров, у которых в отдаленные сроки после операции сохранялись признаки гепатодиафрагмальной интерпозиции, приведшие к развитию хронической дуоденальной непроходимости.

Результаты. Ведущую роль в восстановлении нормальной топографии органов брюшной полости у детей с омфалоцеле играет полная мобилизация печени и фиксирующих ее магистральных сосудов (НПВ), обеспечивающих возможность ее субдиафрагмальной локализации.

Заключение. Хроническая дуоденальная непроходимость у детей, оперированных по поводу омфалоцеле, в литературе не описана. Предложенная оригинальная методика хирургического лечения представляется патогенетически обоснованной.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Аманова М.А.^{1,2}, Разумовский А.Ю.^{1,2}, Смирнов А.Н.^{1,2}, Холостова В.В.¹

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

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

Введение. Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) является редкой патологией в детском возрасте, истинная частота которой неизвестна. До настоящего времени отсутствует единый протокол хирургического лечения ХДН и вторичных изменений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), панкреатита, желчнокаменной болезни и других.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения хронической дуоденальной непроходимости у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 42 пациентов в возрасте от 6 мес. до 17 лет, оперированных по поводу ХДН в период с 2010 по 2020 гг. Средний возраст составил 10,4 ± 3,2 года, 14% пациентов ранее оперированы в периоде новорожденности — наложен дуоденодуоденоанастомоз. Все пациенты были оперированы: открытые операции — 23,8%, лапароскопические — 76,2% детей: обходной дуоденоеюноанастомоз с нижней горизонтальной ветвью двенадцатиперстной кишки (ДПК) (35,7% — 15 чел.), обходной дуоденоеюноанастомоз с нисходящей ветвью ДПК (9,5% — 4 чел.), дуоденоеюноанастомоз на петле по Ру (26,1% — 11 чел.), дуоденодуоденоанастомоз (14,2% — 6 чел.), парциальная резекция ДПК по оригинальной методике (9,5% — 4 чел.), панкреатодуоденальная резекция (4,7% — 2 чел.). Катамнез составил от 3 до 12 мес.

Результаты. Причинами ХДН были: кольцевидная поджелудочная железа (9,5% — 4 детей), мембрана ДПК (33,3% — 14 детей), аорто-мезентериальный пинцет (35,7% — 15 детей), гепатодиафрагмальная интерпозиция ДПК после перенесенного омфалоцеле (7,14% — 3 ребенка), ХДН на фоне мальротации без заворота тонкой кишки (11,9% — 5 детей), вторичный мегадуоденум (9,52% — 4 детей). Проведен сравнительный анализ дуоденоеюностомии на петле по Ру (первая группа) и обходного дуоденоеюноанастомоза (вторая группа). В первой группе длительность операции была достоверно выше ($p < 0,05$), в среднем 132 ± 27 мин, чем во второй группе — 54 ± 34 мин. Объем кровопотери без существенных различий ($p < 0,05$): в первой группе 52 ± 13 мл, во второй — 38 ± 16 мл. Сроки начала энтерального кормления в первой группе составили 5 ± 2 дней, во второй — 3 сут. Осложнения наблюдались в двух случаях — несостоятельность дуоденодуоденоанастомоза после резекции ДПК и частичный перекут петли по Ру с нарушением ее проходимости. Летальных исходов не было.

Заключение. Клиническая картина ХДН у детей зачастую не специфична, требует повышенной врачебной настороженности. Всех пациентов с признаками ХДН, резистентными к консервативной терапии, следует обследовать с целью исключения органического характера патологии. Раннее выявление пациентов с ХДН позволяет предотвратить развитие осложнений. Хирургическая тактика должна быть строго дифференцированной, определяется причиной обструкции, степенью декомпенсации ДПК и наличием вторичных осложнений. Результаты различных способов обходных дуоденоеюноанастомозов сопоставимы, что позволяет рекомендовать оба вмешательства для коррекции ХДН.

ТРОМБОЗ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ И БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ, ВОЗНИКШИЙ НА ФОНЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА У РЕБЕНКА С МАГНИТНЫМИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ

Ампар Ф.Б.^{1,2}, Батаев С.М.^{1,2}, Молотов Р.С.², Аверьянова Ю.В.³,
Иванов В.А.¹, Зурбаев Н.Т.²

¹ НИИ клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

² Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

³ Российская детская клиническая больница, Москва

Актуальность проблемы. В последние годы наметилась тенденция к увеличению количества детей с магнитными инородными телами в желудочно-кишечном тракте, которые вызывают непроходимость кишечника, соустья между кишечными петлями и перфорации кишечника. Однако мы столкнулись с нетипичным осложнением, связанным с тромбозом мезентериальных сосудов.

Материалы и методы. Ребенок 2 лет поступил в экстренном порядке с клиникой перитонита с отягощенным преморбидным фоном (острый пиелонефрит, хроническая анемия в анамнезе). На рентгенограммах органов брюшной полости обнаружены 5 инородных тел металлической плотности. Лапаротомия — удалены магнитные инородные тела с ушиванием перфораций в тонкой кишке. В раннем послеоперационном периоде отмечалось ухудшение состояния за счет клинических проявлений септического шока. В правой нижней конечности — повышение мышечного тонуса, бледность и мраморность кожных покровов. При ультразвуковой доплерографии сосудов нижней конечности заподозрен тромбоз правой бедренной артерии, назначены антиагреганты. На третьи послеоперационные сутки развился абдоминальный компартмент-синдром с геморрагическим отделяемым по дренажу из брюшной полости. Наросли микроциркуляторные нарушения в правой нижней конечности. Компьютерная томография с контрастным усилением — тромбоз верхнебрыжеечной и правой бедренной артерий. На четвертые сутки после первой операции выполнена релапаротомия — на участках кишечной стенки от предыдущей операции швы состоятельны, при ревизии практически весь отдел тонкой кишки некробиотически изменена, за исключением 20 см тощей кишки от связки Трейтца и 10 см подвздошной кишки до илиоцекального угла. Обнаружен тромбоз верхнебрыжеечной артерии на всем протяжении. Выполнена субтотальная резекция тонкой кишки с наложением еюноилоанастомоза. Аппендэктомия. Фасциотомия икроножной мышцы правой голени. Наложена гипсовая лонгета.

Результаты. Послеоперационный период с положительной динамикой. На седьмые послеоперационные сутки был получен стул. Ребенку установлен диагноз: «Синдром короткой кишки». Для дальнейшего лечения ребенок переведен в профильное отделение РДКБ Москвы, где по настоящее время получает терапию согласно протоколу. Динамика положительная. Через 1 год после операций, на фоне проводимой комплексной терапии, отмечается прибавка массы тела на 2,5 кг и в росте на 2 см. Самостоятельное энтеральное кормление с ограничениями в употреблении липидов и углеводов. Продолжается парентеральное питание до 12 ч в сутки с тенденцией к снижению объема парентерального компонента. Стул 2 раза в день. Передвигается самостоятельно. Ведет активный образ жизни.

Выводы. Следует принять во внимание, что мезентериальный тромбоз может встречаться у детей с осложненным течением, обусловленным приемом магнитных инородных тел.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ

Ампар Ф.Б.^{1,2}, Исаков М.А.², Музурова О.В.², Самороковская М.В.², Швец Л.В.¹

¹ НИИ клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

² Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Введение. Лечение детей с синдромом короткой кишки — сложная междисциплинарная проблема, характеризующаяся несовершенством нормативно-правового обеспечения, высокой ресурсоемкостью, дискутируемой эффективностью реализуемых терапевтических подходов.

С целью системного разрешения наиболее сложных аспектов организации и лечения данных больных в 2016 г. была инициирована работа по созданию Федерального регистра детей с синдромом короткой кишки (СКК).

Материалы и методы. Представлены результаты сбора анализа и мониторинга информации о пациентах, включающей: персональные данные, идентификацию медицинских организаций, диагноз, объем выполненного хирургического лечения, вид нутритивной поддержки и структуру осложнений. За период 2016–2021 г. зарегистрирован 291 пациент, среди которых 21 ребенок умер, 5 детей достигли возраста 18 лет и сняты с учета регистра. Обобщена информация, отражающая географию представленных данных о пациентах, динамику новых случаев, распределение по полу и возрасту, частоту и характер осложнений, этиологию заболеваний, тактику хирургического лечения, эффективность парентеральной и энтеральной поддержки, схемы и частоту выбора продукции для нутритивной поддержки. Использован оригинальный универсальный программный комплекс для сбора, обработки и управления территориально распределенными клинико-эпидемиологическими данными в режиме удаленного доступа «Quinta».

Результаты. Регистр содержит данные о пациентах из 61 региона России, при этом наибольший процент внесения (23,7%) по Москве и Московской области. Выявлено, что в качестве инициальных оперативных вмешательств доминировали (17,9%) обширные резекции, выполненные в связи с интестинальными атрезиями. Существенным (15,7%) вкладом в генез синдрома короткой кишки характеризовались операции у детей с некротическим язвенным колитом. В качестве реконструктивных пластических вмешательств преобладали технологии STEP, реализованные в 33 клинических наблюдениях. Прочие виды аутологических реконструкций констатированы в 5 случаях. В полном парентеральном питании нуждалось 11% больных, частичное парентеральное питание проводилось у 72%, внутривенная нутритивная поддержка осуществлялась у 15% пациентов. В результате анализа структуры применения энтеральных питательных смесей установлено, что у 26% пациентов использовались индивидуально разработанные составы.

Заключение. Результаты анализа массива данных регистра позволили выявить структурно-функциональные ограничения существующей системы учета. Наиболее значимые дефекты регистра обусловлены низкой информативностью внесенных данных, характеризующих суть выполненных вмешательств. Безусловно, в структуре регистра необходима площадка поддержки тактических решений с привлечением ведущих специалистов страны. Следует создать второй канал информационного пополнения регистра с привлечением пациентского сообщества.

В организационном плане первоочередной задачей является интеграция регистра с государственными базами данных программ развития здравоохранения.

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ УЗИ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

Антоненко Ф.Ф.¹, Иванова С.В.², Марухно Н.И.², Парицкий Е.А.³

¹ Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва

² Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

³ Краевой клинический центр охраны материнства и детства, Владивосток

Введение. В отечественной литературе мы не встретили данных о применении интраоперационного УЗИ как дополнительного метода оценки гепатодуоденальных структур при лапароскопической холецистэктомии у детей.

Цель. Исследовать гепатодуоденальную зону эхо-сканером при лапароскопической холецистэктомии у детей с калькулезным холециститом.

Материалы и методы. В 1999–2007 гг. в клинике хирургии детей и подростков Тихоокеанского государственного медицинского университета мы внедрили метод УЗИ при лапароскопических холецистэктомиях у детей. Из 46 пациентов у 29 (63%) больных с калькулезным холециститом интраоперационно при лапароскопических холецистэктомиях был использован эхо-сканер «Алока-2000» с датчиком диаметром 10 мм, имеющим управляемый дистальный конец и возможность цветного импульсного доплера. Датчик вводили через троакар (10 мм в диаметре) в эпигастральной точке. Осложнений не отмечалось. Методика заключалась в последовательном сканировании гепатодуоденальной зоны, печеночно-двенадцатиперстной связки и поджелудочной железы. Показания к интраоперационному УЗИ мы устанавливали при подозрении на холедохолитиаз, при пороках развития желчевыводящих путей, панкреатите, хроническом гастрите и механической желтухе при желчнокаменной болезни, которые предполагались по клиническим данным и при дооперационном УЗИ. Возраст исследуемых — от 7 до 18 лет.

Результаты. Среднее время УЗИ-обследования занимало 7–15 мин, что увеличивало общее время операции, которое составило в среднем 47–58 мин. УЗИ достоверно позволило визуализировать не только воротную вену, собственную артерию печени, внутripеченочные протоки, паренхиму печени, внепеченочные желчные пути, диаметр общего желчного протока и толщину его стенок. Детально верифицировались место впадения пузырного протока в холедох, длина протока, его диаметр и наличие конкрементов. Кроме того, это позволило оценить холедох до его впадения в двенадцатиперстную кишку и поджелудочную железу. У 5 из 29 пациентов УЗИ сочетали с интраоперационной холангиографией. Средняя длительность пребывания в стационаре у всех оперированных составила 6 дней.

Заключение. Интраоперационное УЗИ при лапароскопических холецистэктомиях у детей позволяет уменьшить риски повреждения жизненно важных структур гепатодуоденальной связки и дать достоверную оценку анатомическим структурам и их вовлеченности в процесс воспаления при желчнокаменной болезни. Исследования также важны для прогноза и дальнейшего лечения таких пациентов у педиатров и гастроэнтерологов.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ КАК ПРИЧИНА КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ДЕТЕЙ

Антоненко Ф.Ф.¹, Марухно Н.И.², Иванова С.В.³, Сичинава З.А.⁴

¹ Российский научный центр рентгенодиагностики, Москва

² Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

³ Московский областной медицинский колледж № 2, Москва

⁴ Медицинский центр Дальневосточного федерального университета, Владивосток

Введение. Широкое внедрение лапароскопической хирургии в России в последние 20 лет привело к резкому росту холецистэктомий у детей. Наступает время для анализа результатов таких операций и поиска клинично-морфологических причин возникновения желчнокаменной болезни у детей.

Цель. Исследовать пороки развития удаленных желчных пузырей, пузырных артерий и пузырных протоков как основной причины застоя желчи и формирования камней.

Материалы и методы. Проанализированы 52 холецистэктомии у детей, без летальных исходов. В период с 1974 до 1994 г. в клинике детской хирургии Владивостокского государственного медицинского университета было выполнено 6 холецистэктомий у детей через лапаротомный доступ. В 1999–2007 гг. лапароскопическая холецистэктомия была проведена 46 детям с калькулезным холециститом в возрасте от 3 до 18 лет в клинике хирургии детей и подростков Тихоокеанского государственного медицинского университета.

Результаты. Калькулезный холецистит в период до появления УЗИ и лапароскопии оперировали по строгим показаниям, через совместный консилиум с педиатрами, которые по многу лет наблюдали таких детей и считали, что возможности консервативного лечения исчерпаны. Из 6 лапаротомных холецистэктомий двое детей были оперированы по неотложным показаниям с острой водянкой желчного пузыря. Средний койко-день составил 14–22 дня. Во второй группе — 46 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) на операции были подтверждены данные УЗИ и обнаружены камни в желчном пузыре. Девочек было 38, мальчиков — 8. Средний койко-день в детском хирургическом отделении составил 3 дня. Во всех 46 случаях лапаротомных холецистэктомий мы обратили внимание на топографические особенности структур треугольника Калло. В послеоперационном периоде желчные пузыри были тщательно препарированы и исследованы их форма, стенка, содержимое и изгибы желчного протока. Во всех случаях были обнаружены аномалии развития, которые стали причиной нарушения оттока желчи. Наиболее выраженными были аномалии, вызывающие деформации желчного пузыря, в виде перетяжек и перегибов. Особенно часто среди них встречались аномалии расположения и количества ветвей пузырной артерии (у 32 из 46). На втором месте по частоте были аномалии строения пузырного протока в виде перегибов, удлинения и особенностей углов впадения в холедох (14 из 46).

Заключение. Установлено, что грубые аномалии развития пузырной артерии и пузырного протока являются причиной нарушения оттока и застоя желчи, что способствует формированию камней в желчном пузыре у детей. Детским хирургам целесообразно проходить тренинги по лапаротомным холецистэктомиям на специальных мулежах со множественными вариантами топографии треугольника Кало.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ С СОЛИДНОЙ ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛЬЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ахматов Р.А.¹, Ефременков А.М.², Егоров В.И.³, Кауфов М.Х.³

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

² Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

³ Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

Актуальность. Солидная псевдопапиллярная опухоль (СППО) — редкое заболевание, которое встречается в 1–2% всех неэндокринных опухолей поджелудочной железы и поражает преимущественно девочек и девушек молодого возраста. СППО относится к опухолям низкой степени злокачественности. Радикальные хирургические вмешательства дают хорошие долгосрочные результаты.

Цели. Определить оптимальную хирургическую тактику у детей с СППО.

Материалы и методы. На клинических базах кафедры детской хирургии им. акад. С.Я. Долецкого по поводу СППО оперированы 14 детей в возрасте от 2 до 17 лет, из них 12 девочек и 2 мальчика. В большинстве случаев пациенты предъявляли жалобы на боли в животе, у некоторых детей отмечалась тошнота и рвота. Пальпируемое образование в верхних отделах брюшной полости определялось в 2 случаях. Диагноз СППО был заподозрен при ультразвуковом исследовании и спиральной компьютерной томографии. Дистальная резекция поджелудочной железы выполнена в 6 случаях. Центральная резекция поджелудочной железы с формированием дистального панкреатоюноанастомоза — в 4, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция — в 3. Энуклеация объемного образования — в 1. Оперативные вмешательства выполняли открытым доступом у 4 пациентов. Лапароскопический доступ применен у 10 детей. В связи со сложными анатомическими взаимоотношениями опухоли в 2 случаях потребовалась конверсия.

Результаты. Диагноз СППО подтвержден при гистологическом исследовании у всех пациентов. Средняя продолжительной операций, выполненных открытым доступом составила 293 мин, лапароскопическим доступом — 170 мин. В послеоперационном периоде среднее время пребывания в отделении интенсивной терапии составило 3 сут. Энтеральное кормление в среднем начато с 4 сут, дренаж из брюшной полости в среднем удален на 8-е сутки. Длительность пребывания в стационаре — от 10 до 39 сут. Отмечено два осложнения, потребовавших повторного хирургического вмешательства: киста сальниковой сумки после лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы; стеноз пузырного протока после лапароскопически ассистированной панкреатодуоденальной резекции. Максимальная длительность наблюдения в послеоперационном периоде составила 10 лет. Рецидивов не отмечено.

Заключение. Выбор хирургического доступа и оптимального объема оперативного вмешательства у детей с СППО определяются локализацией опухоли в поджелудочной железе, размерами патологического очага и взаимоотношениями опухоли с окружающими анатомическими структурами.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОСШЕГО НОГТЯ У ДЕТЕЙ

Ашурбеков В.Т., Казиев А.А.

Медицинский центр «Здоровье», Махачкала

Введение. Патология ногтевого ложа I пальца — вросший ноготь — часто встречается у детей, в основном у подростков. Существует множество методов оперативного лечения.

Цель исследования. Выявить эффективность применяемой методики лечения вросшего ногтя I пальца стопы.

Материалы и методы. В медицинском центре «Здоровье» оперировано 38 детей с вросшим ногтем I пальца стопы. Возраст — 1–3 года — 3 (7,9%), 3–7 лет — 15 (39,5%), 10–17 лет — 20 (52,6%). Мальчики — 20 (52,6%), девочки — 18 (47,4%). Одностороннее поражение — 22 (57,9%), двустороннее — 16 (42,1%). У 7 (18,4%) было выявлено врастание ногтя с двух сторон.

Результаты. Оперативное вмешательство проводили под местной анестезией с премедикацией. У двоих детей под внутривенным наркозом. Удаляли 1/3 ногтя без повреждения матрицы и валика (конусообразно), в который врастал ноготь. Гемостаз. Швы. Повязка с бетадином. Перевязки ежедневно. Швы снимались на 7–8-е сутки. Заживление ран у 22 (57,9%) пациентов — через 2 нед., у 16 (42,1%) — через 3 нед. Дети наблюдались в течение 2 лет. Рецидива не было.

Заключение. Применяемая нами методика лечения вросшего ногтя I пальца стопы оказалась эффективной. Заживление раны в пределах допустимого.

ОМЕНТИТ — КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Ашурбеков В.Т., Моржен А.

Хирургическая клиника Кайруанского регионального госпиталя, Кайруан, Тунисская Республика

Введение. Острый аппендицит — тяжелая и многоликая патология, характеризующаяся многообразием осложнений. На развитие этих осложнений, выявление их и лечение влияет много факторов.

Цель исследования. Выявление причин, частоты, степени поражения большого сальника при деструктивном аппендиците.

Материалы и методы. В хирургической клинике госпиталя находились на лечении 36 детей с деструктивным аппендицитом и поражением сальника. Мальчиков — 22 (61,1%), девочек — 14 (38,9%). По возрасту: до 6 лет — 8 (22,3%), 6–10 лет — 16 (44,5%), 10–16 лет — 12 (33,3%). Форма аппендицита с осложнением сальника: острый флегмонозный — 6 (16,7%), гангренозный — 9 (25%), эмпиема червеобразного отростка — 5 (13,8%), гангренозно-перфоративный — 16 (44,5%). Форма оментита: инфильтративный — 20 (55,5%), флегмонозный — 11 (30,6%), абсцедирующий — 5 (13,9%). Во всех случаях была выполнена аппендэктомия и резекция сальника в пределах здоровых тканей. Для предотвращения спаечного процесса поверхность резецированного сальника суживалась и вворачивалась внутрь.

Результаты. Послеоперационные осложнения: нагноение ран — 2 (5,5%), ранняя спаечная непроходимость — 2 (5,5%). Все случаи разрешены консервативным путем. У одного пациента через год выявлена поздняя спаечная непроходимость. Лечение оперативное. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

Заключение. Оментит — как осложнение острого аппендицита встречается часто. Во время операции необходимо провести ревизию припадного сальника и, исходя из интраоперационной находки, провести хирургическое вмешательство для исключения осложнения.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛИМФАТИЧЕСКОМ ФИЛЯРИИДОЗЕ

Ашурбеков В.Т., Тахиру Б.

Госпиталь Габриеля Туре, Бамако, Малийская Республика

Введение. Филяриидозы человека распространены в странах тропического пояса. Возбудители заболевания — филярии, окончательным хозяином которых является человек. В тканях и лимфатической системе человека, у которого паразитируют зрелые особи гельминта, они вызывают обструкцию лимфатической системы с развитием слоновости.

Выявление возможностей хирургического лечения больных с филяриидозом. В хирургическом отделении госпиталя находились на лечении 5 больных. Все они были мужского пола. Возраст 15–30 лет. Нами были выбраны двое больных в возрасте 15 и 17 лет с легкой формой поражения — голени и стопы. Оперативное лечение проводили ломпастными разрезами с двух сторон с иссечением всей пораженной плотной утолщенной склерозированной подкожной клетчатки. После гемостаза и иссечения избыточной кожи наносили насечки в шахматном порядке. Кожу накладывали на фасции и мышцы. Конечность бинтовали от пальцев до средней трети бедра и накладывали гипсовую лонгету. В послеоперационном периоде пациенты получали весь комплекс интенсивной терапии, антипаразитарное лечение, барокамеру.

Результаты. У оперированных больных наблюдались очаговые некрозы участков кожи в разной степени выраженности. В дальнейшем проводили некрэктомию. После улучшения состояния пациенты были выписаны через 25–30 дней на амбулаторное долечивание. Наблюдение до 1 года. Рецидива слоновости не было. Сохранялся отек голеностопных суставов и стоп. Больным продолжали проводить бинтование конечности и антипаразитарное лечение.

Заключение. Лимфатический филяриидоз — тяжелая патология, приводящая к инвалидности больного. До сих пор не выработаны оптимальные методы хирургического лечения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Бабич И.И.¹, Бабич И.В.¹, Новошинов Г.В.², Сизонов В.В.²,
Мельникова С.Р.², Мельников Ю.Н.¹

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

² Детская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону

Введение. В настоящее время в хирургическом лечении кист общего желчного протока у детей предпочтение отдается радикальному иссечению кистозного образования холедоха. Выбор подобной тактики лечения мотивируется высоким риском малигнизации не иссеченной полости кисты в пожилом возрасте.

Проанализировать отдаленные результаты лечения кист холедоха у детей. Под нашим наблюдением в клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» г. Ростов-на-Дону с 2005 по 2020 г. находились 84 пациента в возрасте от 3 мес. до 14 лет с различными вариантами кист общего желчного протока. Основным способом диагностики являлись компьютерная томография и магнитно-резонансная томография с контрастом. Данные методы исследования позволяют установить диагноз с нюансами анатомического расположения по отношению магистральным сосудам исследуемой области. В 43% случаев (36 пациентов) выполнялось радикальное иссечение кисты, при этом диаметр соустья кисты с холедохом составлял до 1 см, проходимость холедоха была полная. В 34,5% случаев (29 пациентов) отмечалось широкое основание кисты с холедохом. В данном случае выполнен цистодуоденоанастомоз «бок в бок». В 25% случаев (21 пациент) выполняли энтероцистоанастомоз на короткой петле. В 22,5% случаев (19 пациентов) определялось расширение холедоха на всем протяжении с гистологически подтвержденной гипоплазией мышечного слоя. Было выполнено формирование дуоденогепатикоанастомоза. Отдаленные результаты прослеживались в период от 1 до 5 лет. Всем пациентам проводился скрининг общеклинических, биохимических анализов, эндоскопическая визуализация двенадцатиперстной кишки с зоной анастомоза.

Результаты. В группе пациентов с иссечением кисты холедоха и узким соустьем между кистой и холедохом дети были практически здоровы, клинических и лабораторных признаков холестаза не было. При МРТ в 3,6% случаев (3 пациента) определялась умеренная деформация без признаков стеноза. В группе с цистодуоденоанастомозом только в 1,2% случаев (1 пациент) определялась рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки, клиники стеноза не было, грануляционных, папилломатозных разрастаний не отмечалось. В группе пациентов с гепатодуоденальным анастомозом признаков холестаза не выявлено. Однако в 1,2% случаев (1 пациент) наблюдалась определенная деформация двенадцатиперстной кишки с фиксированным перегибом, умеренным стенозом без клиники непроходимости.

Заключение. Полное иссечение кисты с формированием цистохоледохоанастомоза является предпочтительным. В основной группе наблюдений существенной, требующей хирургической коррекции деформации, непроходимости и атипичных разрастаний не выявлено, что определенно основанием для поиска новых малоинвазивных, атравматичных способов оперативного лечения.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ РАЗРЫВОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

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

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

² Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону

Введение. 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 исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с травматическими разрывами поджелудочной железы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 2000 по 2020 г. находились 34 пациента 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 г. у 20 пациентов контрольной группы (59% случаев) при фрагментации хвоста поджелудочной железы выполняли контрикал — новокаиновую блокаду, 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 ушивали капсулу и дренировали полость 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 поджелудочной железы 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 ушивали разрыв с последующей герметизацией клеем «Evicel».

Результаты. 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 кисти, так же с последующим оперативным лечением. Данные пациенты требовали неоднократного госпитального лечения, средняя продолжительность которого составила 47 дней. В основной группе у 1 пациента (7 %) наблюдался панкреатический свищ, который самостоятельно закрылся через 2 месяца, ложных кист при этом не выявлено.

Заключение. При разрывах поджелудочной железы и фрагментации ее 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 пациентов с данной патологией.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Бабич И.И.¹, Бабич И.В.¹, Фокин Е.В.², Тупиков В.А.², Мельников Ю.Н.¹, Мельникова С.Р.²

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

² Детская городская больница, Шахты

Введение. Согласно приказу МЗ РО № 498 от 27.02.2017 в МБУЗ ДГБ г. Шахты сконцентрировано оказание хирургической помощи детям из 6 городов и 8 районов Ростовской области.

Цель исследования. Проанализировать результаты оперативного лечения пациентов с острым аппендицитом на базе хирургического отделения МБУЗ ДГБ г. Шахты.

Материалы и методы. Всего за 2020 год в хирургическое отделение МБУЗ ДГБ г. Шахты госпитализировано 532 ребенка с подозрением на острый аппендицит. Оперативное лечение было показано 223 пациентам (41,1% случаев). Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 и Microsoft Office Excel 2020. Описательная статистика количественных признаков представлена в виде центральной тенденции медианы (*Me*) и интерквартильного размаха [25 и 75 процентиля], среднего значения (*M*), стандартного отклонения среднего значения (σ) и процентного соотношения для качественных показателей. Для всех сравниваемых величин достигнутый уровень значимости (*p*) считался статистически достоверным при $p < 0,05$.

Результаты. У 22 пациентов (9,8% случаев) были выявлены осложненные формы острого аппендицита в виде перфорации червеобразного отростка с развитием аппендикулярного перитонита. Возрастная градация пациентов с осложненными формами острого аппендицита составила: от 3 до 6 лет — 4 пациента (18,5% случаев), от 7 до 14 лет — 14 пациентов (63% случаев), от 15 до 17 лет — 4 пациента (18,5% случаев). В основном пациентами с аппендикулярными осложнениями в 72,7% случаев являлись жители прикрепленных территорий, в 27,3% случаев — жители г. Шахт. Средний срок госпитализации пациентов в хирургическое отделение составил $M = 10 \pm 0,5$, *Me* — 8 (4–13), [6; 11] койко-дней. Продолжительность госпитализации была обусловлена тяжестью патологического процесса и возрастом пациента. Срок между госпитализацией и началом оперативного лечения не превышал 5 ч и составил $M = 4,2 \pm 0,3$, *Me* — 4(2–5), [3,5; 4,5]. В большинстве в качестве предоперационной подготовки пациентам проводили инфузионную терапию с целью коррекции водно-электролитных нарушений. 14 пациентов (63,6% случаев) с осложненными формами аппендицита и перитонитом после оперативного лечения, в связи с тяжестью состояния, получали лечение в отделении анестезиологии и реанимации с последующим долечиванием в хирургическом отделении. При этом сроки пребывания в отделении составили $M = 3,5 \pm 0,3$, *Me* — 3 (2–5), [2,5; 4,5].

Заключение. Анализ показателей своевременности диагностики и лечения осложненных форм острого аппендицита в хирургическом отделении ДГБ г. Шахт сопоставим с данными ведущих детских хирургических клиник Российской Федерации, где показатель диагностики аппендикулярного перитонита составляет до 13,1%.

ЦЕНТР ХИРУРГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСНОВЕ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Бабошко П.Г.¹, Базалий В.Н.¹, Царева В.В.², Бастракова Д.Г., Софина Н.В.², Никитин Д.К.¹

¹ Челябинская областная детская клиническая больница, Челябинск

² Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Введение. Последнее десятилетие наука активно развивается, благодаря внедрению новых технологий, что требует определенных навыков и умений и приводит к выделению направлений внутри одной специальности. Чаще всего это реализуется внутри многопрофильной клиники.

Материалы и методы. В 2015 г. на базе Детского хирургического отделения Челябинской областной клинической больницы (ЧОДКБ) был создан центр хирургии новорожденных на функциональной основе. Определен штат сотрудников (врачи, средний и младший медицинский персонал) для работы исключительно с пациентами периода новорожденности. В штат отделения введена должность врача-неонатолога. Центр оказывает помощь всем новорожденным Челябинска и Челябинской области, нуждающимся в хирургической помощи. Определен порядок госпитализации и маршрутизация внутри учреждения. Мы проанализировали результаты работы центра хирургии новорожденных за 6 лет его существования и сравнили их с предыдущим шестилетним периодом лечения новорожденных в отделении детской хирургии ЧОДКБ.

Результаты. Госпитальная летальность новорожденных до организации центра составляла от 6,6% до 10% в год. После организации центра показатели летальности составили 1,8–3,7% в год.

Изменилась также структура летальности. С организацией центра среди непосредственной причины смерти стали преобладать случаи неблагоприятных исходов от сопутствующей патологии, в то время как раньше преобладали послеоперационные осложнения. Так, например, летальность пациентов с некротическим энтероколитом снизилась с 55% в 2011 г. и 43% в 2013 г. до 15% в последние 3–4 года. Значительно улучшились результаты лечения пациентов с гастрошизисом (летальность с 33 снизилась до 5,8%). С 2016 г. летальных исходов лечения гастрошизиса не было. Также внедрены и рутинно используются высокотехнологичные методики лечения пациентов, разработана новая методика лечения гастрошизиса.

Заключение. С открытием центра хирургии новорожденных вдвое снизилась госпитальная летальность и количество хирургических осложнений. С целью снижения младенческой смертности целесообразно создание модели маршрутизации профильных пациентов в центры хирургии новорожденных.

ГИДБРИДНЫЙ ПОДХОД К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОВАРИАЛЬНЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Барадиева П.Ж.¹, Козлов Ю.А.²⁻⁴, Новожилов В.А.^{1,4}, Распутин А.А.⁴, Сыркин Н.В.⁴,
Подкаменев А.В.⁴, Юрков П.С.¹, Соловьев А.А.¹, Радикович О.В.¹

¹ Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск

² Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск

³ Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

⁴ Государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Цель. Сравнение результатов применения гибридного и открытого лечения овариальных кист у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Начиная с января 2002 г. и заканчивая июнем 2021 г. были изучены итоги хирургического лечения 56 пациентов с овариальными кистами. В научной работе было проведено многоуровневое сравнение параметров пациентов, предусматривающее сопоставление технологий хирургического лечения овариальных кист. В исследовании выделены следующие группы сравнения: гибридный способ, сочетающий в себе лапароскопическую и открытую техники (1-я группа) и открытую методику лечения (2-я группа). Пациенты с размером кист менее 4 см не были включены в группы сравнения. В качестве критериев сравнения использованы: длительность операции, дозы анальгезии, старт энтерального кормления, длительность госпитализации.

Результаты. В ходе исследования не было выявлено достоверной разницы между группами пациентов по гестационному возрасту после рождения, массе тела больных после появления их на свет и диаметру кист. В группе гибридного подхода были установлены статистические отличия длительности операции (20,52 против 30,91 мин, $p < 0,05$) и обнаружено достоверное снижение доз анальгезии (1,25 против 2,18 раз, $p < 0,05$). В 1-й группе сравнения старт энтеральной нагрузки наступил быстрее (3,85 против 10,91 ч, $p < 0,05$). Увеличение длительности пребывания в госпитале регистрировали у больных 1-й группы (2,5 дня), тогда как во 2-й группе этот показатель составил 6,36 дня ($p < 0,05$). Осложнений в сравниваемых группах не отмечалось.

Заключение. Развитие лапароскопического подхода к лечению кистозных аномалий развития органов брюшной полости приводит к их закономерному сопоставлению с классическими вариантами коррекций соответствующих заболеваний ввиду возникающих противоречий по сравниваемым критериям. Наше исследование указывает на выявленные преимущества гибридного подхода к оперативному лечению овариальных кист детей раннего возраста, являющихся основанием для определения данного способа, как рекомендованного.

ОКАЗАНИЕ хирургической помощи детям в условиях пандемии НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Барадулин А.А.¹, Добышев В.В.¹, Чевжик В.П.², Арабская Е.А.²

¹ Областная клиническая больница № 1, Тюмень

² Областная клиническая больница № 2, Тюмень

Материалы и методы. За период с апреля 2020 по май 2021 г. в моноинфекционном госпитале (МИГ) на базе ГБУЗ Тюменской области «ОКБ № 1» находились на лечении 28 детей с хирургической патологией в возрасте от 10 месяцев до 16 лет, из них 13 мальчиков (46%) и 15 девочек (54%). В том числе 10 детей были переведены из других стационаров Тюменской области: 6 — после выявления у них новой коронавирусной инфекции, 4 — после контакта с больным. 18 пациентов обратились первично. 7 детей обратились с болями в животе, за время наблюдения острая хирургическая патология исключена. 6 детей оперированы в других лечебных учреждениях (патология). 14 пациентов оперированы в условиях моноинфекционного госпиталя: 7 лапароскопических аппендэктомий, 1 диагностическая лапароскопия, 2 гидатидэктомии, 1 репозиция отломков лучевой кости при переломе, 1 торакоцентез (гидроторакс), 1 первичная хирургическая обработка раны, 1 ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Двое детей лечились по поводу ожогов кожи.

Результаты. Все дети получали специфическую противовирусную или профилактическую терапию согласно клиническим рекомендациям, действующим на момент госпитализации. Сроки госпитализации колебались от 5 до 28 дней. 3 детей для дальнейшего лечения были переведены в профильные лечебно-профилактические учреждения после получения отрицательных результатов ПЦР на COVID-19. 25 детей выписаны на амбулаторный этап лечения.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ СО СПИННОМОЗГОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Бардеева К.А.^{1,2}, Мишкин В.В.²

¹ Омский государственный медицинский университет, Омск

² Областная детская клиническая больница, Омск

³ Городская детская клиническая больница № 3, Омск

Введение. Вопрос хирургического лечения детей со спинномозговыми грыжами (СМГ) до настоящего времени остается актуальным в связи с такими послеоперационными осложнениями, как несостоятельность раны, раневая ликворея, менингит и связанный с ними высокий процент послеоперационной летальности.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения детей с СМГ.

Материалы и методы. В отделении хирургии новорожденных ОДКБ за период 2013–2020 г. находились на лечении 43 новорожденных со СМГ, из них 17 человек поступили из родильного дома с явлениями острой ликвореи; 15 — с истонченными тканями грыжевого мешка, угрозой ликвореи. Эти пациенты составили I группу. Все они поступили в стационар в течении 24 ч с момента рождения, оперативное лечение по устранению СМГ проводилось в первые сутки после поступления. При необходимости коррекции гидроцефалии выполнялись симультанные операции — первым этапом — наружное вентрикулярное дренирование (по нашему опыту проведение вентрикулоперитонеального шунтирования пациентам с разрывом грыжевого мешка и риском разрыва грыжевого мешка не целесообразно, т. к. связано с высоким риском развития инфекционных осложнений), вторым этапом выполнялась герниотомия. В раннем послеоперационном периоде оценивалась состоятельность послеоперационного рубца на спине, после санации и нормализации показателей белкового состава ликвора проводилось вентрикулоперитонеальное шунтирование. Пациенты II группы — 11 пациентов с СМГ с состоятельным грыжевым мешком, без угрозы его разрыва. При необходимости коррекции декомпенсированной гидроцефалии вентрикулоперитонеальное шунтирование выполнялось в периоде новорожденности, устранение СМГ в плановом порядке в отделении нейрохирургии ГДКБ № 3 в сроке до 6 мес.

Результаты. Ни у одного пациента из I группы инфекционных осложнений, связанных с установленным вентрикулярным дренажем, не было; явления ликвореи из послеоперационной раны наблюдались в 4 случаях, с успехом ликвидированы. Во II группе пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнений не было. В I группе интраоперационно установлен диагноз: рахизизис — у 5 пациентов, менингоцеле — у 4, менингоградикулоцеле — у 6, менингомелорадикулоцеле — у 2 пациентов. Во II группе: менингоцеле — у 3, менингоградикулоцеле — у 5, липоменингоградикулоцеле — у 3 пациентов. При патоморфологическом исследовании операционного материала, полученного у пациентов со СМГ с различным состоянием тканей грыжевого мешка, во всех 38 случаях определялись нервные структуры, виде мозговых оболочек и нервных стволиков.

Заключение. При наличии ликвореи у новорожденных с СМГ герниотомия должна проводиться в первые часы после ее начала; при наличии угрозы разрыва грыжевого мешка гериотомия должна проводиться в первые сутки жизни новорожденного. Для купирования гидроцефалии при этих состояниях необходимо использовать наружное вентрикулярное дренирование. По результатам патоморфологического исследования операционного материала все грыжи с грыжевым мешком содержат в своем составе корешки, таким образом являются различными вариантами радикулоцеле.

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ. СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

Барова Н.К.¹, Тараканов В.А.², Гольберг Е.Н.¹, Клещенко Е.И.^{1,2},
Трембач А.В.¹, Калиниченко Г.И.¹

¹ Детская краевая клиническая больница, Краснодар

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. Краснодарский край является крупным субъектом РФ с населением 5 675 462 человека, из которых 1 185 680 — дети (01.01.2020).

Материалы и методы. Особенности территориального расположения формируют развитие субъекта преимущественно в двух направлениях — курортном и аграрном, что в свою очередь предопределяет неравномерное распределение плотности населения, в том числе и детского, с концентрацией их в городах и низкой плотностью в сельской местности с территориальной отдаленностью последних от специализированных детских стационаров. Имеет место прирост взрослого и детского населения в курортный период, что приводит к «сезонному» кадровому дефициту. Эти факторы являются основополагающими в решении вопросов организации хирургической помощи детям края в плане ее объемов и доступности в соответствии с приказом МЗ РФ №562н от 31.10.2012.

Результаты. Край в своем составе имеет 44 муниципальных округа. Хирургическая помощь детям оказывается на детских хирургических койках ЦРБ (I уровень — 149), в трех межрайонных центрах детской хирургии на базе детских хирургических отделений (ДХО) Сочи, Новороссийска и Армавира (II уровень — 106), краевом центре детской хирургии на базе 9 специализированных хирургических отделений, два из которых хирургические (III уровень — 70). Общий коечный фонд — 321. Количество детских хирургов — 154. Обеспеченность кадрами — 1,29. В 9 муниципальных округах детские хирургические койки отсутствуют по причине дефицита кадров. До 35% экстренной хирургической помощи детям оказываются хирургами общей практики, недостаточно знакомыми с особенностями хирургии детского возраста, что ведет к повышению риска диагностических и лечебно-тактических ошибок. Преимуществом в работе лечебно-профилактических учреждений различного уровня обеспечивается картой маршрутизации пациентов с хирургическими заболеваниями. В ее основу заложены материально-техническая база, кадровый потенциал и уровень его подготовки всех лечебно-профилактических учреждений, оказывающих хирургическую помощь детям. Координация работы осуществляется посредством круглосуточной работы РКЦ и ОЭСКМП. Хирургическая помощь новорожденным осуществляется на неонатальных койках (12) краевого центра детской хирургии (дефицит площади на настоящее время) и межрайонного центра детской хирургии г. Сочи. Антенатальная диагностика врожденных пороков развития проводится согласно действующим приказам с родоразрешением (при установленном врожденном пороке развития у плода) в условиях Краевого перинатального центра.

Заключение. В целях улучшения хирургической помощи детям в настоящее время ведется работа по формированию межрайонных детских хирургических коек для муниципальных округов, не обеспеченных межрайонными центрами детской хирургии на функциональной основе; проводится работа с кадрами в непрерывном режиме, в том числе с хирургами общей практики; активно используются телемедицинские технологии, в т. ч. и с федеральными центрами; планируется открытие отделения хирургии новорожденных на 30 коек после ввода в эксплуатацию нового хирургического корпуса (2022 г.).

КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПО КРАСОВИТОВУ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ

Барова Н.К.¹, Тараканов В.А.², Степкин М.А.¹, Богданов С.Б.¹, Панкратов И.Д.¹

¹ Детская краевая клиническая больница, Краснодар

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. Неуклонный рост показателей детского травматизма с высокой агрессией травмирующих факторов провоцирует рост числа детей с раневыми дефектами, требующими пластического замещения на завершающем этапе своего лечения.

Цель. Анализ результатов кожной пластики по методу Красовитова.

Материалы и методы. Место исследования — Краевой центр детской хирургии, хирургическое отделение № 1. Период исследования — с 2017 г. по настоящее время. Количество пациентов с травматическими раневыми дефектами, которым потребовалась кожная пластика — 37. У 32 (86,4%) детей с целью закрытия раневых дефектов применен метод аутопластики расщепленным кожным аутотрансплантатом. И только у 5 (13,5%) использована пластика по методу Красовитова. Операция выполнялась в сроки от 6 до 12 ч после получения травмы, с тщательной обработкой утильной кожи и обеспечением адекватной консервации в случае транспортировки пациента. Из 5 операций 3 (60%) выполнялись двумя бригадами хирургов: одна бригада проводила хирургическую обработку раны, уделяя особое внимание радикальности операции, вторая — обработку трансплантата. Все случаи завершены наложением VAC-повязки (60–80 мм рт. ст.) Клиническое состояние трансплантата оценивалось по его внешнему виду, степени фиксации к ране, наличию отделяемого.

Результаты. В 100% случаев достигнута приживляемость трансплантата с хорошим косметическим результатом в отдаленном периоде. Очаговый лизис отмечен у одного ребенка с обширным поражением обоих бедер и промежности — 20%.

Применение кожной пластики по методу Красовитова позволяет достичь раннего закрытия раневого дефекта при отсутствии необходимости в донорской ране, профилактировать развитие вторичной раневой инфекции, формируя условия для достижения хороших отдаленных косметических и функциональных результатов.

Заключение. Считаем, что при травматических повреждениях, сопровождающихся формированием обширных кожных дефектов, борьба за сохранение кожного лоскута должна занимать такую же важную позицию, как и сохранение любого поврежденного органа.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ЗАБРЮШИННЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Бибилова Е.Е.¹, Донской Д.В.², Гогичаева А.А.³, Минуллина В.И.¹, Ковбасюк Д.А.¹

¹ Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

³ Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва

Введение. Забрюшинные лимфатические мальформации (ЛМ) — доброкачественные новообразования из группы дизэмбриоплазий, встречающиеся в 10–14% случаев всех интраабдоминальных лимфангиом. Обычно они бессимптомны и являются случайной находкой при обследовании или в ходе операции, не связанной с объемным образованием. Забрюшинные ЛМ также могут манифестировать клинической картиной «острого живота»; при увеличении размеров образования забрюшинные ЛМ могут приводить к компрессии желудочно-кишечного тракта или мочевыводящих путей.

Целью исследования. Уточнение эффективности и определение оптимального объема лапароскопических вмешательств у детей с забрюшинными ЛМ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты применения лапароскопических вмешательств у 8 больных в возрасте от 1 года до 16 лет с ретроабдоминальными ЛМ. Для уточнения локализации кистозных образований и их органной принадлежности использовали ультрасонографию (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ). Чувствительность метода составила 92,7% для ультразвукового исследования, 89% для компьютерной томографии и 84,2% для магнитно-резонансной томографии.

Результаты. Пролечено 8 больных с забрюшинными ЛМ, которые проявлялись абдоминальным болевым синдромом у 5 пациентов (62,5%), пальпируемым объемным образованием в брюшной полости — у 3 пациентов (37,5%). Размер образования варьировал от 3 × 3 см до 18 × 10 см. Во всех случаях диагноз поставлен на основании клинической картины, результатов КТ, МРТ и УЗИ брюшной полости. Лапароскопическое иссечение ЛМ выполнено 7 детям (87,5%). В одном случае потребовалась конверсия (12,5%). В одном случае у пациента с обширной кавернозной лимфатической мальформацией размером до 25 см потребовалась конверсия в связи с тем, что к мальформации интимно прилегали ободочная кишка с мезоколон, задняя поверхность тела и хвоста поджелудочной железы, селезеночная вена и нижний полюс селезенки. Летальных исходов не было. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений во всех случаях. В отдаленные сроки рецидивов не обнаружено. При патогистологическом исследовании во всех случаях подтвержден диагноз «лимфатической мальформации».

Заключение. Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности эндовидеохирургических вмешательств у детей с забрюшинными ЛМ, что позволяет уменьшить операционную травму, ускорить восстановительный период, а также улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения. Возможность применения миниинвазивных хирургических методов не зависит от возраста пациента, размера мальформации и наличия осложнений.

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС У НОВОРОЖДЕННЫХ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Буровникова А.А.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Введение. Частота встречаемости спонтанного пневмоторакса у доношенных новорожденных составляет 0,07–1%, у недоношенных в среднем 3–9%. Летальность, особенно среди недоношенных с экстремально низкой массой тела, может достигать от 10 до 50%.

Цель исследования. Проанализировать случаи возникновения спонтанного пневмоторакса среди новорожденных в Тверской области.

Материалы и методы. С 2012 по 2020 г. в ДОКБ г. Твери находилось на лечении 35 новорожденных со спонтанным пневмотораксом: 24 мальчика и 11 девочек. Из них 17 детей родились в срок, 18 — недоношенными. Родоразрешение путем кесарева сечения — в 20 случаях, самопроизвольные роды — у 15 женщин. В анамнезе асфиксия в родах — у 7 новорожденных, у 3 — мекониальная аспирация.

Результаты. Пневмоторакс чаще встречался среди детей с нормальной массой тела при рождении — 19 человек; с низкой массой тела — 8, очень низкой — 6 и 2 детей родились с экстремально низкой массой тела. Всем 35 пациентам выставлен диагноз врожденной пневмонии, у 18 отмечался респираторный дистресс-синдром. Пневмоторакс возник на фоне проводимой ИВЛ у 31 новорожденного, у 4 — на фоне спонтанного дыхания. Большинство случаев возникновения пневмоторакса отмечено в 1-е сутки жизни — 20 человек, на 2–7-е сутки жизни — 7, позже 7 суток — 8. У 6 детей явления пневмоторакса развились сразу после транспортировки из других лечебных учреждений. У 20 пациентов пневмоторакс локализовался справа, у 12 — слева, у 3 — с двух сторон.

Дренирование плевральной полости выполнено 29 новорожденным: в 21 случае — по Бюлау, в 8 — активная аспирация. У 6 детей наблюдались явления парциального пневмоторакса, который не потребовал дренирования плевральной полости, купировались самостоятельно через несколько суток. Длительность стояния дренажа в плевральной полости составила от 2 до 10 сут. Летальности среди пролеченных детей не отмечено.

Заключение. У новорожденных пневмоторакс чаще развивается среди лиц мужского пола; с правой стороны; в первые сутки жизни. Врожденная внутриутробная пневмония и респираторный дистресс-синдром, требующие проведения ИВЛ, являются одними из наиболее частых причин пневмоторакса. Кесарево сечение — дополнительный фактор риска возникновения пневмоторакса. Наиболее распространенным вариантом лечения является дренирование плевральной полости, однако при ограниченном пневмотораксе оправдана выжидательная тактика. Прогноз новорожденных с пневмотораксом зависит от гестационного возраста и сопутствующей патологии, чаще благоприятный.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ДЕТСКОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Великанов А.В., Цап Н.А., Чиликов А.Л.

Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье», Екатеринбург

Введение. Достижения современных методов анестезиологического пособия, совершенствование методики оперативного лечения различных хирургических заболеваний определяют изменение подхода к объемам оперативных вмешательств, в том числе способствуя проведению симультанных операций в детском возрасте.

Целью нашего исследования явилось изучение характера оперативных вмешательств на базе детского хирургического отделения общего профиля и определение возможности и востребованности проведения симультанных операций у детей в возрасте от 6 мес. до 18 лет, в том числе по различным профилям.

Материалы и методы. За 2020 г. на базе отделения пролечено 798 детей, выполнено 1049 оперативных вмешательств по разделам детской хирургии, урологии-андрологии, оториноларингологии, челюстно-лицевой хирургии, травматологии-ортопедии. По профилю «детская хирургия», «урология-андрология» пролечено 367 человек (46%), «оториноларингология» — 335 (42%), «травматология и ортопедия» — 64 (8%), «челюстно-лицевая хирургия» — 32 (4%).

Результаты. Всего выполнена 251 симультанная операция, что составило 31,5%. Основное количество симультанных операций выполнялось по разделу оториноларингологии: сочетание адено- и тонзилотомии, либо эктомии (всего 117 человек — 46,6%), реже — вазотомии, либо септопластики (5 человек — 2%). В разделе детской хирургии, урологии-андрологии общее количество симультанных операций 110 (43,8%). Преимущественно это оперативные вмешательства на противоположной стороне при паховых грыжах (всего 30 операций — 27%), грыжесечение при пупочной грыже и ГБЛЖ (18 операций — 16%) и перевязка влагаллищного отростка брюшины (12 операций — 11%). 6 детям (5%) выполнено двустороннее низведение яичек при паховом крипторхизме. В остальных случаях симультанные оперативные вмешательства проводились при варикоцеле, фимозе, кистах крайней плоти, сперматоцеле, доброкачественных новообразованиях кожи (всего 41 операция). По профилю «травматология и ортопедия» выполнено 6 симультанных операций (8%), преимущественно ахиллотомия. У 16 пациентов (2% общего количества пациентов) выполнено одномоментно 3 оперативных вмешательства, основная масса — операции при грыжах передней брюшной стенки. При планировании небольших по объему и длительности оперативных вмешательств считаем возможным проведение симультанных операций на других анатомических областях. В клинике было прооперировано 10 детей комплексными бригадами хирургов, урологов, ЛОР-врачей, хирургов ЧЛХ: сочетали оперативные вмешательства на передней брюшной стенке и наружных половых органах с операциями на челюстно-лицевой области (удаление образований, уранопластика), адено- и тонзилотомиями. Всего выполнено 22 операции. Послеоперационный период пациентов протекал без осложнений. Длительность пребывания в стационаре не более 3 дней, исключением стали дети, оперированные по поводу гипоспадии, — длительность пребывания 4 дня.

Заключение. С учетом вышесказанного считаем целесообразным и обоснованным проведение симультанных вмешательств в пределах одной или нескольких анатомических областей при оказании плановой хирургической помощи.

ВЫБОР МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Владимирова О.В.¹, Минаев С.В.¹, Лаврешин П.М.², Григорова А.Н.¹, Кораблина С.С.²

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

² Городская клиническая больница № 2, Ставрополь

Введение. Лечение патологических избыточных рубцов на данный момент является одной из актуальных проблем реабилитации детей после травм и операций. Развитие патологических рубцов часто приводит к контрактурам, выраженному болевому синдрому и ограничениям подвижности. На данный момент не существует единого стандарта профилактики и лечения патологических рубцов. Так, одним из эффективных, но спорных методов лечения гипертрофических и келоидных рубцов является применение глюкокортикоидных гормонов, в частности триамцинолона ацетонида, влияющего на иммунные звенья патогенеза рубцеобразования, подавляющего коллагенообразование в рубце.

Цель исследования. Выбрать наиболее эффективную схему коррекции патологических рубцов.

Материалы и методы. Нами был проведен сравнительный анализ результатов лечения 56 пациентов 7–18 лет с патологическими избыточными типами рубцов после травм и операций. Сроки начала наблюдения и лечения 4–8 недель после травмы или операции. Длительность наблюдения 6–14 месяцев. Все пациенты были разделены на две группы со сравнимым соотношением по полу, возрасту, перенесенным травмам и операциям и локализации рубцов. В первой группе из 31 пациента проводилась комплексная терапия патологических рубцов с применением инъекции триамцинолона в рубцовую ткань путем верной инфильтрации, в количестве 1 инъекция на курс, 1 курс в месяц, и его местного нанесения на рубцы 1 раз в сутки в течение 10 дней на курс, 2 курса в месяц, в сочетании с созданием давления на ткани рубца в режиме 16–18 часов в сутки ежедневно в течение 4 месяцев. На рубцы с первого дня наблюдения назначался трехкомпонентный противорубцовый гель, содержащий цепапин и гепарин в режиме 2 раза в сутки ежедневно на весь курс компрессии. Во второй группе из 25 пациентов проводилось лечение созревающих патологических рубцов с применением давящих повязок и пластырей по идентичной первой группе схеме и противорубцовых средств, содержащих коллагеназу. Длительность лечения — 4 месяца. Наблюдение проводилось 1 раз в неделю с оценкой динамики как самим пациентом и его родственником, так и врачом по оценочным шкалам и в приложении «Дневник рубца».

Результаты. В обеих группах пациенты отметили уменьшение выраженности болевых ощущений, зуда. При измерении параметров рубцовой ткани отмечено снижение массы рубца, его плотности и объемов в обеих группах, но с разной степенью выраженности. В первой группе в течение первых 34 дней лечения отмечена значительная положительная динамика со стороны таких показателей, как: объем в высоту, плотность, зуд, боль, чувство натяжения. В дальнейшем пациенты переставали отмечать улучшения и показатели менялись не значительно. Во второй группе отмечено более медленное улучшение и положительная динамика показателей, в среднем значимое улучшение отмечено к 57-м суткам от начала лечения. При этом наблюдалась стабильная положительная динамика показателей в дальнейшем в течение всего курса лечения.

По результатам анализа полученных данных сделан вывод о большей иммунной патогномичности и обоснованности комплексной терапии, сочетающей гормон с давлением и поликомпонентным гелем во второй стадии созревания рубцов, что связано с тем, что введение триамцинолона ацетонида вызывает подавление высвобождения ЦОГ-2, фибробластной активности, а также нарушение миграции лейкоцитов, выделение ИЛ-1 макрофагами и синтеза коллагена 1-го типа в патологических фибробластах, что имеет значение именно на ранних стадиях развития всех видов патологических рубцов и на всех стадиях развития келоидов.

Заключение. Сделан вывод о целесообразности применения комплексной терапии патологических рубцов со своевременной сменой применяемых противорубцовых средств на основании динамического наблюдения за эффективностью применяемого комплекса.

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА ГИДРОНЕФРОЗА И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ

Врублевский С.Г.¹, Врублевская Е.Н.¹, Врублевский А.С.¹,
Оганесян А.А.², Валиев Р.Ю.¹, Ахметжанов И.С.¹

¹ Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва

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

Введение. Успешные результаты первичных резекционных пиелопластик у детей составляют 94–95%. Вместе с тем в 5–6% случаев восстановления проходимости лоханочно-мочеточникового соустья (ЛМС) не наблюдается. Мы проанализировали причины неудовлетворительных исходов операций и меры профилактики подобных осложнений.

Цель исследования. Профилактика нарушения проходимости и рецидива гидронефроза после пиелопластики у детей

Материалы и методы. За период с 2010 по 2020 г. авторами были выполнены реконструктивные лапароскопические и ретроперитонеальные пиелопластики у 300 детей в возрасте от 2 месяцев до 17 лет. Причем при гидронефрозе удвоенной почки реконструктивные операции проведены у 4 пациентов, при гидронефрозе с тазовой дистопией почки — у 2 детей, подковообразной почки — у 5. Повторные пиелопластики при рецидиве гидронефроза — у 10 пациентов, ретрокавальном мочеточнике — у 1 ребенка. Пластика пиелоуретерального сегмента осуществлялась по методике Hynes-Anderson. При выполнении пиело-уретерального анастомоза использовался непрерывный шов (монофиламентная нить 6/0). Предпочтение в дренировании коллекторной системы почки отдавалось использованию Double-J-стента, устанавливаемого интраоперационно антеградно, за исключением случаев невозможности проведения катетера-стента. В подобных ситуациях использовалась пиелостома в 29 случаях.

Результаты. Нарушение проходимости анастомоза отмечено в 12 случаях после удаления системы катетер – стент и пиелостомического дренажа — у 2 пациентов. Восстановление проходимости после повторного стентирования достигнуто у 4 пациентов. Анализ рестенозирования пиелоуретерального анастомоза установил, что причинами нарушения проходимости являлись: нерадикальность резекции измененного лоханочно-мочеточникового соустья — у 5 детей, нарушение техники вмешательства — у 4, иные факторы — у 1 ребенка. Нарушение техники вызвано: грубым обращением с анастомозируемыми тканями, избыточное и неоправданное использование электрокоагуляции, натяжением тканей в зоне анастомоза, негерметичностью линии швов (мочевые затеки), неадекватное дренирование чашечно-лоханочной системы или отказ от него после операции.

Заключение. Выбор метода устранения обструкции ЛМС при рецидиве гидронефроза должен определяться причиной его возникновения. Использование лапароскопического доступа при рецидиве считаем возможным и приоритетным при условии соответствующих профессиональных навыков хирурга. Трансперитонеальный доступ позволяет в большинстве случаев идентифицировать причину рецидива гидронефроза и восстановить проходимость ЛМС. Обязательным является стентирование анастомоза при выполнении повторной операции. Предпочтение отдаем системе внутреннего дренирования.

ГЕРМИНОГЕННО-КЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ

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

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

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Кисты брюшной полости и забрюшинного пространства — не редкость у новорожденных. В отдельных случаях они представляют собой герминогенно-клеточные опухоли (ГКО) и требуют особой тактики.

Цель исследования. Проанализировать опыт лечения ГКО брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных.

Материалы и методы. Изучены истории болезни и катамнез 69 новорожденных с ГКО, находившихся на лечении с 2005 по 2019 г. Среди 13 детей с ГКО неопухочковой локализации у 5 (38%) опухоль располагалась в брюшной полости и/или забрюшинном пространстве. Все дети родились доношенными, полновесными. У 4 девочек пренатальное УЗИ выявило различные кистозные образования неясной природы без клинических проявлений, что и послужило поводом для перевода в хирургический стационар вскоре после рождения. У 1 мальчика пренатально патология обнаружена не была, ребенок переведен из роддома с подозрением на внутриутробный заворот яичка, который не подтвердился. Образование в брюшной полости выявлено «случайно» при стандартном обследовании новорожденного в стационаре.

Результаты. До операции диагноз ГКО подозревался у части детей, но ни у одного из них не был установлен убедительно. В брюшной полости кисты первоначально трактовались как лимфангиома брыжейки (2), при забрюшинной локализации — как нейробластома (2). Выполненные этим детям УЗИ и МСКТ-ангиография не позволили уточнить диагноз. У одной девочки данные УЗИ были расценены как киста яичника с внутриутробным заворотом, КТ не проводилась. Все дети оперированы в возрасте до 14 суток жизни, им выполнена лапаротомия, радикальное удаление опухоли (размеры — от 2,5 до 7 см в диаметре), при этом в 2 случаях ГКО брюшной полости располагалась позади желудка. Только у 1 пациента ГКО исходила четко из органа — надпочечника, который был удален вместе с опухолью. Во всех 5 случаях гистологический диагноз звучал как «зрелая тератома». После выписки регулярный контроль УЗИ и уровня онкомаркеров проводили четверым из пяти детей, на учете у детского онколога состояли только трое. На сегодня все дети живы (возраст: 7–12 лет), растут и развиваются по возрасту, жалоб нет, контрольные УЗИ — без патологии.

Заключение. Несмотря на редкую встречаемость и трудности дифференциальной диагностики, ГКО следует обязательно включать в спектр подозреваемых диагнозов при наличии кистозных образований брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных. Преобладание гистологически «благоприятных» вариантов, возможность полного радикального удаления обеспечивают этим пациентам хороший прогноз, что все же не отменяет необходимости длительного наблюдения детским онкологом с регулярным контролем УЗИ и онкомаркеров.

РЕДКИЙ ВАРИАНТ ПОРОКА РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА: ВРОЖДЕННЫЙ СТЕНОЗ В СОЧЕТАНИИ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМ СВИЩОМ У НОВОРОЖДЕННОГО

Гопиенко М.А.^{1,2}, Караваева С.А.^{1,3}, Корнилова А.Б.¹, Леваднев Ю.В.¹

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

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Врожденный стеноз пищевода (ВСП) представляет собой редкий вариант порока развития (1 : 25000–1 : 50000 живых новорожденных, 4,9% всех аномалий пищевода). Не менее редким является и врожденный изолированный трахеопищеводный свищ (ТПС) — около 4% всех аномалий пищевода. Описания сочетания обоих пороков у одного пациента в мировой литературе единичны. В нашей практике подобный случай — третий за последние 10 лет.

Описание наблюдения. Мальчик К. родился на 35-й неделе с массой 2540 г, по Апгар 7/8 баллов, пренатальное УЗИ патологии не выявило. При рождении пищевод проходим для зонда, но при кормлении из рожка отмечались эпизоды десатурации, поперхивания, аускультативно в легких — влажные хрипы, исчезающие вскоре после кормления. По фиброэзофаго- (ФЭС) и фибротрахеоскопии выявлены врожденный изолированный ТПС (на уровне 3-го хрящевого полукольца трахеи), а также ВСП в нижней трети (просвет — 3 мм в диаметре). Оперирован на 14-е сутки жизни: из супраюгулярного доступа ликвидирован ТПС, наложена гастростома. Интраоперационно под контролем ФЭС выполнена эзофагография (зона стеноза — в нижней трети пищевода, на протяжении 3 тел позвонков). Через 2 месяца выполнена серия ФЭС с бужированием зоны стеноза пищевода (№ 3). После первого бужирования начато кормление через рот — усваивал в полном объеме, гастростомой с тех пор не пользовался. В дальнейшем ФЭС выполнялась еще дважды: через 3 недели, затем через 1,5 месяца — пищевод был проходим, бужирование не показано.

Обсуждение. Эндоскопическое бужирование не является стандартом в лечении ВСП (предыдущие 2 пациента пролечены нами оперативно). Неэффективность метода чаще всего объясняется наличием в стенке пищевода аномальных хрящевых структур (так называемых трахеобронхиальных остатков), выявить которые возможно с помощью эндоскопического УЗИ. Хороший ответ на бужирование и результаты проведенного эндоУЗИ стенки пищевода у данного пациента позволяют надеяться на излечение без операции.

Выводы. Лечение подобного порока пищевода предполагает последовательную коррекцию обоих его компонентов. Если первый этап — ликвидация ТПС — всегда хирургический, то для последующей коррекции ВСП в ряде случаев достаточно бужирования.

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕВОЧКИ С СИНДРОМОМ КУРРАРИНО

Гопиенко М.А.^{1,2}, Котин А.Н.^{1,3}, Белогурова М.Б.¹, Веремейчик С.А.²

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

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Синдром Куррарино (1 : 100000 живых новорожденных) включает триаду компонентов: врожденный аноректальный стеноз, пресакральное образование и порок развития крестца. Несмотря на врожденный характер, патология далеко не всегда выявляется при рождении.

Описание наблюдения. У доношенной полновесной девочки Б. с первых дней жизни отмечались задержки стула до 3–5 дней и постоянное вздутие живота. В первые 4 месяца жизни также были низкими прибавки в массе тела (≥ 300 г в месяц), что и послужило причиной первого обращения в стационар. При осмотре обнаружено, что анус имеет несколько воронкообразную форму, ректально не пропускает буж Гегара больше № 7. По результатам обследования (УЗИ, ирригоскопия, МСКТ), ситуация расценена как врожденный анальный стеноз в структуре синдрома Куррарино — выявлены аномалии структуры 4–5-х крестцовых позвонков, неотчетливая «дополнительная прослойка» жировой ткани между прямой кишкой и копчиком размерами до 0,5 × 0,8 см. Девочке проводились сифонные клизмы, начато регулярное бужирование ануса, доведенное до бужа № 12. Был достигнут положительный эффект, оказавшийся временным: с введением прикормов стул перестал отходить даже после клизм, в возрасте 9 месяцев поступила экстренно с «каловым завалом», потребовавшим наложения колостомы. В возрасте 1 года 3 месяцев была выполнена заднесагиттальная анопластика по методике V. Lane, R. Wood, M. Levitt et al. (2016) с сохранением всех тканей природного анального канала с зубчатой линией, превращенных в ходе операции в переднюю полуокружность неоануса. На операции в области копчика было выявлено и удалено небольшое скопление однородной жировой ткани без четкой капсулы, расцененное как липома. Неожиданный результат гистологического исследования — «зрелая тератома» — потребовал дополнительно резекции копчика, которая выполнена одновременно с закрытием колостомы через 3 месяца, с последующим наблюдением онколога и контролем онкомаркеров. На сегодня девочке 2,5 года, растет и развивается по возрасту, признаков рецидива опухоли нет. Неоанус легко проходим для возрастного бужа, ткани эластичны. Тем не менее у ребенка сохраняются запоры, по контрольной ирригоскопии ректосигмоидный отдел по-прежнему расширен, девочке проводятся ежедневные очистительные клизмы с хорошим эффектом.

Выводы. У ребенка с запорами необходимо всегда исключать врожденный анальный стеноз, а при его подтверждении — компоненты триады Куррарино, одним из которых может быть герминогенно-клеточная опухоль! Использованная в данном случае методика хирургической коррекции врожденного анального стеноза показала хороший анатомический результат. Функциональный исход, вероятно, мог бы быть лучше при более ранней диагностике и более раннем хирургическом лечении порока.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗ- И НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Гордиенко И.И.¹, Марфицын А.В.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

² Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург

Введение. Чрезмыщелковые переломы плечевой кости одна из наиболее актуальных проблем детской травматологии. По данным литературы, эта группа переломов составляет 57,5% среди всех повреждений области локтевого сустава и 48,2% травм верхней конечности.

Цель. Анализ структуры, методов и исходов лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей.

Материалы и методы. На базе травматологических отделений ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга за период 2015–2021 гг. было пролечено 1307 детей с переломами дистального отдела плечевой кости, из которых 741 (56,7%) ребенок был госпитализирован с над- и чрезмыщелковым переломом плечевой кости.

По структуре переломов в подавляющем большинстве имели место закрытые повреждения у 702 (94,7%) детей, по характеру смещения разгибательные переломы преобладали над сгибательными, а ротационный компонент смещения имел место примерно в 40% случаев.

В структуре методов лечения данных патологий преобладал закрытый остеосинтез спицами Киршнера под контролем ЭОПа, который применяли в 87% случаев, открытый остеосинтез — в 2% случаев. В остальных случаях в дополнение к остеосинтезу спицами, использовали остеосинтез винтом или наложение аппарата внешней фиксации.

Результаты. Оценивали по объему движений в локтевом суставе в сравнении со здоровой рукой через 1 месяц после удаления спиц из плечевой кости и активной разработки локтевого сустава. В 73% случаев движения были восстановлены (180–150 градусов разгибания и 75–65 градусов сгибания), что являлось хорошим результатом. У 21% детей лечение закончилось удовлетворительным результатом, а именно общий объем движений был в пределах 100 градусов. У остальных 6% пациентов исход был неудовлетворительный с ограничением движений более 100 градусов. Функциональный исход лечения над- и чрезмыщелковых переломов во многом зависит от изначальной степени повреждения костных и мягкотканых структур, однако вовремя проведенное оперативное лечение значительно повышает шансы на хорошее восстановление функции.

Заключение. Для получения хороших функциональных результатов необходимо начинать как можно более раннюю активную реабилитацию движений, которая по нашим наблюдениям должна начинаться не позднее 3 нед. от момента оперативного лечения.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ

Горелик А.Л., Карасева О.В., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е.,
Ахлебинина М.И., Костикова Т.Д.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Введение. Разрыв диафрагмы — редкое и сложное для диагностики повреждение у детей. Данные повреждения часто могут не иметь выраженных клинических проявлений до момента декомпенсации с развитием дыхательной недостаточности и нарушений сердечного ритма.

Цель. Демонстрация редких клинических наблюдений разрыва диафрагмы в результате высокоэнергетической травмы у детей.

Материалы и методы. В период с 2017 по 2021 г. в НИИ НДХиТ получали лечение четверо детей с разрывом диафрагмы. Травма диафрагмы была диагностирована в структуре тяжелой сочетанной травмы. Все дети пострадали в результате ДТП: двое — в качестве пассажиров, двое — в качестве пешеходов. Все пациенты были переведены из других ЛПУ, где травма диафрагмы не была диагностирована.

Результаты. При поступлении во всех наблюдениях была выполнена компьютерная томография «whole body», по данным которой были диагностированы повреждения диафрагмы (разрыв правого купола — у 3 детей, левого — у одного) с дислокацией органов брюшной полости в плевральную полость. Всем детям была выполнена торакоскопическая пластика разрыва диафрагмы местными тканями после установки диагноза. С учетом перевода детей в НИИ НДХиТ в разные сроки после травмы, хирургическое лечение было выполнено на 5–28-е сут. посттравматического периода. Течение послеоперационного периода у всех детей гладкое. В катamnезе по данным рентгенограмм грудной клетки в двух проекциях контуры диафрагмы четкие, расположены правильно, клинический результат оценен как удовлетворительный.

Выводы. Высокоэнергетическая травма требует выполнения компьютерной томографии по протоколу «whole body», что обеспечивает своевременную диагностику всех повреждений, в том числе не имеющих выраженных клинических симптомов, но требующих хирургической коррекции. Торакоскопическая операция является методом выбора при травматических повреждениях диафрагмы у детей.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Григоренко А.В.¹, Пискалов А.В.^{2,3}

¹ Областная детская клиническая больница, Омск

² Омский государственный медицинский университет, Омск

³ Городская детская клиническая больница № 3, Омск

Введение. Наиболее часто синдром острой мошонки вызывается перекрутом гидатид (75–80%), реже — воспалительными заболеваниями яичка и придатка (14%), еще реже — перекрутом яичка (8%). Несмотря на наличие сложных методов диагностики, рутинное клиническое обследование остается основным в дифференциальной диагностике заболеваний, входящих в широкое понятие синдрома отечной мошонки. Порой бывают разногласия между данными клинического обследования и данными инструментальных методов, в таких случаях дальнейшую тактику решает детский хирург. Среди инструментальных методов диагностики острых заболеваний органов мошонки ультразвуковое исследование (УЗИ) является методом выбора, так как это доступный, высокоинформативный и неинвазивный метод исследования.

Цель исследования. Оценить информативную значимость ультразвукового исследования при острых заболеваниях органов мошонки.

Материалы и методы. В клинике БУЗОО «Городской детской клинической больницы № 3» хирургического отделения № 2 Омска находились 918 пациентов, поступивших с синдромом острой мошонки в период с 2017 по 2019 гг. Ультразвуковое исследование было проведено 636 (69%) детям, поступившим в приемное отделение ГКБ № 3. 95% больным была проведена неотложная операция.

Результаты. Среди нозологических форм, которые вызывают острое заболевание органов мошонки, наиболее часто встречается поражение гидатид (81%), реже — воспалительные заболевания яичка и придатка (11%) и перекрут яичка 5%. Орхэктомия выполнена у 18% пациентов, поступивших с перекрутом яичка. В статье представлены эхографические признаки поражения гидатиды и перекрута яичка. Установлена чувствительность и специфичность УЗИ при острых заболеваниях органов мошонки у детей. При УЗИ поражение гидатиды визуализируется в виде гипер- или гипозоногенного образования, располагающегося в большинстве случаев между яичком и придатком. Показатели диагностической эффективности УЗИ органов мошонки при поражении гидатиды были следующими: чувствительность — 77,3%; специфичность — 33,3%. При перекруте яичка УЗИ является обязательным методом исследования. Показатели диагностической эффективности УЗИ органов мошонки при перекруте яичка: чувствительность — 52%; специфичность — 100%.

Заключение. Таким образом, УЗИ является обязательным методом исследования при острых заболеваниях органов мошонки. Результат данного исследования напрямую зависит от квалификации врача ультразвуковой диагностики и уровня ультразвуковой техники. В большей части УЗИ органов мошонки позволяет первично установить нозологическую форму заболевания, выбрать правильную лечебную тактику и объем хирургического вмешательства.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ДИАФРАГМЫ — ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Гуз В.И., Веровский В.А., Полюдов С.А., Трамова Ж.Д., Мызин А.В., Герасимова Н.В.,
Курбанова Ф.А., Корнеев В.И.

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

Введение. По данным различных авторов, от 5–25% диафрагмальных грыж у детей выявляются после периода новорожденности в возрасте от 1 мес. до 18 лет. Диагноз устанавливается, как правило, случайно при рентгенологическом обследовании грудной клетки и бессимптомном течении. Если же появляются, то могут быть либо легкими, либо чрезвычайно тяжелыми. Со стороны дыхательных путей — в виде непроходимости. Поэтому ранняя диагностика данной патологии у детей весьма актуальна в любом возрасте.

Материалы и методы. В торакальном отделении РДКБ за 20 лет (с 1997–2017 г.) наблюдался и лечился 41 ребенок. До 4 нед. — 1 ребенок, до 1 года — 6 детей, 1–3 лет — 25 детей, 3–7 лет — 7 детей, от 8 до 14 — двое детей. Из них у 24 пациентов диафрагмально-плевральные грыжи у 3 — ретро-стернальные. У 13 больных релаксация диафрагмы: справа — 7, слева — 6. Аплазия левого купола диафрагмы — у 1 ребенка. Из всех обследованных в РДКБ у 12 выявлен послеоперационный рецидив (у 3 — релаксация купола диафрагмы, у 9 — диафрагмально-плевральные грыжи), что составило 29,2% общего количества поступивших больных.

Результаты. Оперативное вмешательство выполнено 39 пациентам, двум детям, поступившим с рецидивом диафрагмально-плевральной грыжи, оперативное вмешательство не проводилось, так как один ребенок умер, а второй выписан по причине отказа родителей от операции. Выбором оперативного доступа у 33 пациентов был абдоминальный, у 5 — торакальный, у 1 — торакоабдоминальный. В послеоперационном периоде возникли следующие осложнения (всего 10): хилоторакс — 1, парез кишечника — 2, непроходимость — 1, пневмоторакс — 1, гидроторакс — 1, гидропневмоторакс — 1, пневмония — 2. Рецидив после операции по поводу релаксации левого купола диафрагмы — у 1 ребенка, ему на вторые сутки выполнена повторная пластика левого купола диафрагмы синтетической сеткой. Число послеоперационных осложнений из числа поступивших детей составило 25,6%, а после операции рецидив — 2,5%.

Заключение. Таким образом, если у ребенка любого возраста респираторные симптомы напоминают проявления легочной инфекции с температурой и кашлем, дыхательными расстройствами и сопровождающиеся периодическими болями в животе, то необходимо диагностировать и исключить врожденную диафрагмальную грыжу с поздним началом ее появления.

ПРЕВЕНТИВНЫЕ КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Б.К., Досмагамбетов С.П., Тусупкалиев А.Б., Бисалиев Б.Н.,
Салыкбаев Б.Д., Толегенова А.Ж.

Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Введение. При пороках развития тонкой и толстой кишки, при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, при травматических повреждениях кишечника возникают показания к формированию энтеро- или колостомы как в экстренном, так и в плановом порядке. Принципы формирования кишечных стом у детей предусматривают в обязательном порядке этапность и выбор метода хирургической реабилитации, определение лечебной тактики при выполнении радикальных реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств.

Цель исследования. Изучение причин формирования кишечных стом, их предназначение, способы наложения, сроки закрытия.

Материалы и методы. Анализ истории болезни 85 детей, находившихся на лечении в детском стационаре Актюбинского медицинского центра. Гендерный состав: мальчики 51 (60%), девочки 34 (40%). Сроки формирования энтеро/колостом от 1 суток жизни до 16 лет. Недоношенные дети составили 22,2%. Наименьшая масса тела у оперированного ребенка 1500,0 г.

Результаты. Пороки развития и заболевания, послужившие показаниями к формированию кишечных стом, были следующими: некротизирующий энтероколит — 23; аноректальные пороки — 20; разлитой перитонит с парезом кишечника III степени — 18; болезнь Гиршпрунга — 10; атрезия тонкой кишки — 10; инвагинация кишечника — 8; перфорация меккелева дивертикула — 3; персистирующая клоака — 2. У 60% новорожденных имелись сопутствующие патологии со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем и опорно-двигательного аппарата.

Стомы тонкого кишечника были сформированы у 57, толстого — у 28 детей. У 15 детей наблюдались осложнения стом: эвагинация — 5, перистомальный дерматит — 5, ретракция стомы — 3, парастомические грыжи — 2. Сроки закрытия стомы варьировали от 3-х недель до полугода и зависели от состояния больных, выполнения стомой предназначенных ей функций.

Заключение. Формирование стом является экстренным и условно экстренным вмешательством как дополнительный компонент основного оперативного вмешательства. Выбор места и способ формирования кишечной стомы должен строго соответствовать предназначению данного вмешательства.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА У ДЕТЕЙ

Добросердов Д.А.^{1,2}, Щебеньков М.В.^{1,2}, Шавкин А.Л.²

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

² Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург

Введение. У детей с хронической почечной недостаточностью (ХПН) перитонеальный диализ имеет ряд неоспоримых преимуществ. Непрерывное использование перитонеального диализа ограничивается осложнениями, которые наиболее распространены. Применение лапароскопического доступа в лечении осложнений перитонеального диализа у детей сдерживается невозможностью добиться полной герметизации брюшины после удаления троакара и продолжения диализа.

Материалы и методы. В качестве способа герметизации брюшины троакарного доступа была использована методика PIRS-технологии. В одном случае причиной лапароскопической ревизии послужила дисфункция катетера (обтурация его жировым подвеском и фимбриями маточной трубы); во втором — хронические перикатетерные протечки диализата.

Результаты. При лапароскопической ревизии брюшной полости видеотроакар устанавливали через пупочное кольцо, что позволяло затем герметично ушить апоневроз. При обтурации катетера жировые подвески отсекали и проходимость катетера проверяли промыванием физраствором. При ревизии катетера по поводу хронических перикатетерных протечек был выявлен дефект брюшины рядом с внутренней манжетой. Дефект ушит чрескожно по методике PIRS. По методике PIRS так же были ушиты дефекты брюшины от рабочих троакаров в обоих случаях. Диализ продолжен в течение 2-х суток — случаев утечек диализата не было.

Заключение. Среди осложнений перитонеального диализа, требующих хирургического вмешательства, наиболее часто встречаются дисфункция катетера — до 25%, перикатетерные утечки диализата (7–10%), а также паховая грыжа (от 8 до 20%). Коррекция и профилактика этих осложнений оптимальна с использованием малоинвазивного лапароскопического метода, что имеет ряд известных преимуществ. Проблема негерметичности брюшной полости после лапароскопического доступа может быть успешно решена с помощью ушивания дефектов брюшины по технологии PIRS, что расширяет возможности лапароскопии в лечении и профилактике осложнений перитонеального диализа.

УРИНОМА НОВОРОЖДЕННЫХ. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Добросердов Д.А.^{1,2}, Каган А.В.¹, Караваева С.А.^{1,2}, Кучинский М.П.¹, Филатова Н.А.¹,
Гопиенко М.А.¹, Солнцева Е.А.¹, Кондратьева Е.А.¹

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

² Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург

Введение. Уринома — это редкая патология детского возраста, которая проявляется в скоплении мочи в околопочечном пространстве. При этом такое скопление возможно как под собственной капсулой почки, так и между почкой и капсулой Герота. Впервые уринома у новорожденного была описана в 1894 г., однако связь между ее возникновением и обструкцией нижних мочевых путей была выявлена лишь в 1952 г.

Материалы и методы. На базе СПб ГБУЗ ДГМ КСЦВМТ в период с 2007 по 2020 г. проходили лечение 7 новорожденных с данным диагнозом. Возраст пациентов составил от 1 до 2 месяцев. Все пациенты — мальчики. Из них 4 ребенка были недоношенными (родились на сроке от 34 до 36 недель гестации).

Результаты. Предполагаемой причиной возникновения уриномы в 1 случае был обструктивный мегауретер, у 3 пациентов — гидронефроз, у 2 — клапан задней уретры. У 1 пациента причина уриномы так и не была выявлена. У 3 детей на фоне основной патологии была обнаружена кистозная дисплазия одной или обеих почек. Основными методами диагностики уриномы стали УЗИ и МСКТ-ангиография. Для уточнения характера основного заболевания, приведшего к образованию уриномы, использовались цистография, цистоскопия, внутривенная урография. Тактика лечения уриномы была различной. У 1 ребенка с правосторонним гидронефрозом I степени и прогрессирующим уменьшением объема уриномы была выбрана тактика динамического наблюдения (по УЗИ). У 1 пациента в связи с большими размерами уриномы, компрессией органов брюшной полости и невозможностью провести дифференциальную диагностику между уриномой и лимфангиомой была выполнена лапаротомия и удаление уриномы. У 1 новорожденного с уриномой на фоне гидронефроза проведена пункционная нефростомия, затем в связи со смещением нефростомической трубки — ревизия почки, ликвидация уриномы и повторная нефростомия. У 2 детей изначально было выполнено пункционное дренирование уриномы, однако в связи с нарастанием объема околопочечного скопления у ребенка с обструктивным мегауретером выполнена уретерокутанеостомия, а у пациента с гидронефрозом — операция Андерсена.

Заключение. Редкость встречаемости такой патологии, как уринома, приводит к отсутствию единой тактики ее диагностики и лечения. Открытое вмешательство потребовалось 4 детям (57%). Консервативное лечение было оправдано в случае динамического наблюдения и самостоятельной ликвидации уриномы. Пункционная нефропиелостомия, как правило, затруднительна из-за малых размеров почки и полостной системы, но оправдана.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Дорохин А.И.¹, Меркулов В.Н.¹, Шеин В.Н.², Курышев Д.А.²

¹ Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва

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

Введение. Повреждения тазобедренного сустава (ТБС) у детей являются тяжелой травмой опорно-двигательного аппарата. Эти повреждения составляют от 1 до 1,7% всех переломов конечностей. Число неудовлетворительных результатов остается высоким. Развитие современных методов диагностики и лечения дают возможность получить хорошие результаты как при лечении острых повреждений, так и последствий травм ТБС.

Цель работы. Проанализировать результаты лечения с последствиями травм ТБС, определить показания к хирургическим методам лечения, оптимизировать и определить наиболее эффективные.

Материалы и методы. Наблюдались 146 пациентов с застарелыми повреждениями ТБС девочек — 68, мальчиков — 78: асептический некроз головки бедра — 36, деформации области ТБС — 37, контрактуры ТБС — 33, ложные суставы шейки бедра — 36, застарелые перелома-вывихи — 4. Методы обследования: рентгенологический, компьютерно-томографический, в 3 случаях селективная ангиография. КТ определяла асептический некроз головки бедра (АНГБ), что обосновывало применение остеосинтеза в сочетании с костной пластикой или медиализирующей корригирующей остеотомией. При отсутствии АНГБ проводили стабильный остеосинтез.

При лечении контрактур и внутрисуставных повреждений применялась артроскопия ТБС. Это привело к диагностике повреждений, устранению импичмент-синдрома, мобилизации сустава. При развитии укорочений конечностей проводилась компенсация длины по Илизарову; застарелых перелома-вывихах — открытое вправление с аппаратным остеосинтезом. У детей до 15–16 лет при разрушении головки бедренной кости выполняли операция Hirdleston. У пациентов старше 16 лет при ложных суставах с нарушениями кровообращения головки возможно эндопротезирование ТБС. Альтернатива — операция Hirdleston. При посттравматических деформациях проводились корригирующие остеотомии.

Результаты. При правильном выборе тактики лечения во всех случаях был получен положительный результат. В сложных случаях при развитии тяжелых последствий данные операции позволяли отсрочить эндопротезирование.

Заключение. Тактика лечения детей с последствиями повреждений ТБС окончательно не выработана. Комплексное обследование позволяет определить дифференцированный подход к выбору метода оперативного лечения. Основой его были малоинвазивные методы лечения, которые позволили получить обнадеживающие результаты.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Досмагамбетов С.П., Дженаалаев Б.К., Тусупкалиев А.Б., Абдуллаева Г.З.

Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова, Актобе, Республика Казахстан

Введение. Эхинококкоз — широко распространенное хроническое паразитарное заболевание человека в странах, где развито животноводство, в том числе в Казахстане. Несмотря на достигнутые успехи хирургического лечения эхинококкоза легких, вопросы интра- и послеоперационных осложнений остаются еще актуальной проблемой.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения детей с большими эхинококковыми кистами легких у детей.

Материалы и методы. Работа основана на изучении результатов лечения 25 детей с большими эхинококковыми кистами легких. Размеры кист составили $10,73 \pm 0,14$ см. Возраст детей — 10–17 лет. В зависимости от способа лечения пациенты были поделены на 2 группы. В первой группе ($n = 12$) перед операцией выполняли бронхоскопическую окклюзию поролоновой губкой приводящего бронха. Техника хирургического лечения кист легких в обеих группах больных включала торакотомию с учетом локализации кисты, пункцию и аспирацию содержимого кисты, рассечение фиброзной капсулы, эхинококкэктомию, обеззараживание фиброзной капсулы 1% раствором бетадина, ушивание бронхиальных свищей, ликвидации остаточной полости, дренирование плевральной полости.

Результаты. Результаты проводимого оперативного лечения оценивали по состоянию гемодинамики и газового состава крови во время операции, по продолжительности операции дренирования плевральной полости, продолжительности лечения, осложнениям. При выполнении основного этапа операции отмечается достоверное ($p < 0,05$) снижение парциального давления кислорода в капиллярной крови у пациентов 2-й группы, тогда как у пациентов 1-й группы таких изменений не отмечается. Достоверных различий гемодинамики во время операции, в продолжительности операции у больных в обеих группах не было. При выполнении основного этапа операции у пациентов обеих групп отмечается достоверное ($p < 0,05$) учащение частоты сердечных сокращений, но более выраженное у пациентов 2-й группы. Больше осложнений было в раннем послеоперационном периоде у больных 2-й группы. Наиболее распространенным осложнением было развитие пневмоторакса, причиной которого была несостоятельность швов на бронхиальном свище. Сроки лечения пациентов 1-й группы были короче, чем во 2-й группе. Сроки лечения у пациентов 1-й группы составили $11,58 \pm 0,77$ дня, во 2-й группе $15,69 \pm 0,66$ дня.

Заключение. Предварительная окклюзия приводящего бронха предупреждает утечку воздуха через бронхиальные свищи до их ушивания и тем самым предупреждает развитие гипоксемии, способствует созданию функционального покоя швам на бронхиальных свищах в послеоперационном периоде, предупреждает развитие пневмоторакса и формирование в последующем воздушных кист легких.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПЕНТАДЫ КАНТРЕЛЛА

Евдокимов В.Н.¹, Аксельров М.А.¹, Свазян В.В.², Столяр А.В.², Емельянова В.А.²

¹ Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

² Областная клиническая больница № 2, Тюмень

Введение. Пентада Кантрелла порок развития, встречающийся с частотой 1 : 100 000 — 1 : 200 000 новорожденных детей. Характеризуется наличием пяти основных признаков: омфалоцеле, эктопия сердца, отсутствие нижней части грудины с дефектом диафрагмы и перикарда.

Описание клинического наблюдения. Клиническое наблюдение представлено неполной формой пентады Кантрелла у новорожденного мальчика, рожденного на фоне отягощенного акушерского анамнеза. Внутриутробно был диагностирован дефект межпредсердной перегородки (ДМПП). Гестационный возраст на момент рождения составил 37 недель, задержка внутриутробного развития, вес при рождении 1876 г, длина тела 46 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. В родильном зале проведена первичная реанимация. В течение 2 месяцев проводилась терапия интеркуррентных заболеваний (bronхолегочной дисплазии с дыхательной недостаточностью, нарушения кровообращения вследствие врожденного порока сердца — дефекта межпредсердной перегородки, последствий ишемии мозга). После стабилизации состояния ребенок переведен для хирургического лечения в ОКБ № 2 г. Тюмени. При поступлении грудная клетка расправлена, диастаз краев грудины на всем протяжении, за исключением рукоятки до 1,0 см, с видимой сердечной пульсацией. Диастаз мышц передней брюшной стенки от пупка до реберной дуги 5,0 см в диаметре, пальпаторно определяются эвентрированные петли кишечника, легко поддающиеся вправлению. После проведения инструментальных методов обследования был выставлен диагноз: Пентада Кантрелла, неполная форма. Расщелина грудины. Врожденный порок сердца: дефект межпредсердной перегородки II, 5,0 мм со сбросом крови слева направо. Аневризма межпредсердной перегородки, тип R, 8,5 × 6,5 мм. Грыжа передней брюшной стенки. С целью проведения энтеральной нагрузки выполнено наложение гастростомы. Ребенок консультирован кардиологом, кардиохирургом, пульмонологом, генетиком. После купирования нарушений ритма сердца проведена первичная одномоментная коррекция врожденного порока развития. Выполнен разрез от пупка до рукоятки грудины, края грудины с диастазом до 2 см мобилизованы, фиксированы друг к другу стальной лигатурой отдельными узловыми швами. При осмотре стерильной части диафрагмы выявлен дефект до 1 см в диаметре, последний ушит. Целостность передней брюшной стенки восстановлена отдельными узловыми швами. Послеоперационный период протекал тяжело за счет объема и тяжести оперативного вмешательства. Экстубация и энтеральная водная нагрузка начаты на 4-е сутки после оперативного лечения. С 6-х суток была введена адаптированная молочная смесь. После нормализации сосательного рефлекса и моторно-эвакуаторной функции кишечника на 28-е сутки гастростомы закрыта. Длительность нахождения в палате реанимации составила 47 суток, включая предоперационный период. Для дальнейшей реабилитации ребенок переведен в районную больницу по месту жительства. На данный момент находится на диспансерном учете у детского хирурга, кардиолога, невролога.

Заключение. Пентада Кантрелла является тяжелым вариантом сочетанного врожденного порока с высоким риском неблагоприятного исхода. Поэтому каждое наблюдение представляет интерес для накопления опыта в лечении этой тяжелой патологии.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Елин Л.М., Наливкин А.Е., Пыхтеев Д.А., Филюшкин Ю.Н., Федоров А.К.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель исследования. Оптимизация хирургической тактики лечения больных детей со спонтанным пневмотораксом.

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 36 детей за период 2015–2020 г. находившихся в детском хирургическом отделении ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с диагнозом спонтанный пневмоторакс. Возраст больных от 4 лет до 17 лет. 31 мальчик, 5 девочек. По данным компьютерной томографии (КТ) у 27 детей выявлена односторонняя буллезная эмфизема легкого, у 8 детей — двусторонняя буллезная эмфизема легких.

Результаты. 33 детям была выполнена операция: торакоскопическая атипичная резекция легкого. Трем детям, поступившим в нашу клинику с первичным эпизодом спонтанного пневмоторакса, было выполнено дренирование плевральной полости. По данным КТ легких у этих детей патологии легочной ткани не выявлено. Дети выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, повторных эпизодов спонтанного пневмоторакса не отмечалось. При двусторонней буллезной эмфиземе легких (8 детей) придерживались тактики этапного оперативного лечения: первоначально выполнялась операция на легком, где был спонтанный пневмоторакс, в отсроченном порядке в среднем через 3 месяца с другой стороны. У 2 больных поступивших в стационар по данным КТ легких на стороне пневмоторакса данных о буллезной эмфиземе не получено, но интраоперационно выявлялся буллезно измененный участок легкого с наличием мелких булл (до 0,5 см).

Заключение. Всем детям с пневмотораксом необходимо проведение КТ легких. Абсолютным показанием к оперативному лечению является повторный эпизод пневмоторакса, а так же наличие буллезной эмфиземы. Первичный спонтанный пневмоторакс без изменений по КТ легких рекомендуется лечить консервативно, при сохраняющемся пневмотораксе или рецидивирующем пневмотораксе и отсутствии изменений по КТ легких показана диагностическая торакоскопия.

ВИБРОБУЖИРОВАНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ АГЕНЕЗИЯМИ

Есяян М.О., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Пелипенко Н.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. Реабилитация детей с аноректальными агенезиями остается значимой проблемой детской хирургии. Ее актуальность обусловлена прогрессивным ростом числа больных данным пороком развития, многообразием анатомических вариантов и сопутствующих пороков развития, отсутствием единого мнения о сроках начала профилактики стенозов неоануса. Важной составляющей реабилитации детей с аноректальными пороками развития является профилактика возникновения и лечение стенозов неоануса.

Цель настоящей работы — улучшение методов реабилитации, направленных на профилактику стенозирования неоануса и анального канала в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Располагаем опытом проведения реабилитации у 139 детей с различными анатомическими вариантами аноректальных агенезий. Для оценки предложенного метода бужирования из них были сформированы 2 группы больных, идентичных по возрастному-половому составу и анатомическим формам аноректальных мальформаций. Основную группу составили 74 ребенка — профилактику стенозирования неоануса начинали сразу после промежуточного этапа оперативного лечения, по купированию общих и местных признаков воспаления, на 6–8-е сутки послеоперационного периода. Контрольная группа — 65 пациентов — профилактику стенозирования неоануса начинали проводить по окончании всех этапов оперативного лечения, по традиционным методикам.

Детям, составившим основную группу, после пальцевого ректального осмотра и определения диаметра неоануса с использованием откалиброванных бужей, начинали проводить вибробуживание разработанным в клинике вибробужом со сменными эластическими насадками. Последний состоит из вибрационного элемента с регулятором мощности, съемной ручки и сменных бужирующих насадок различного диаметра. Длительность сеанса бужирования 5 минут у детей первого года жизни и 10 минут — в более старшем возрасте. Частота вибрирования колебалась от 80 до 95 Гц в зависимости от порога болевой чувствительности. Первые 2 недели бужирование проводили 2 раза в день. В последующем переходили на бужирование 1 раз в сутки. Увеличение диаметра бужирующей насадки проводили в индивидуальном порядке, с частотой 1 раз в 2–3 недели. По достижению физиологического размера диаметра неоануса переходили на профилактическое бужирование: 1-й триместр 1 раз в 3 дня, второй триместр 1 раз в неделю. В последующем ребенок переводился на контрольные пальцевые ректальные осмотры.

Результаты. Предложенный подход к профилактике стенозирования неоануса позволяет сократить продолжительность лечебно-профилактического бужирования в 2 раза.

Заключение. На основании полученных результатов и подтвержденной гипотезы исследования данную методику можно рекомендовать для широкого клинического применения.

ХРОНИЧЕСКАЯ ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Ефременков А.М.^{1,2}, Соколов Ю.Ю.¹, Туманян Г.Т.¹, Гогичаева А.А.³, Минуллина В.И.⁴

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

² Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

³ Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

⁴ Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва

Введение. К развитию хронической дуоденальной непроходимости (ХДН) у детей старшего возраста могут приводить различные аномалии развития двенадцатиперстной кишки (ДПК). Длительное и неэффективное консервативное лечение данной категории больных способствует развитию необратимых изменений и может потребовать во взрослом возрасте обширных органосохраняющих хирургических вмешательств.

Цель. Уточнить клинические варианты ХДН и оптимизировать хирургическую тактику у детей с дуоденостазом старшего возраста.

Материалы и методы. За последние 15 лет ХДН была установлена у 63 детей и подростков в возрасте от 3 до 17 лет. Мальротационный вариант ХДН у 29 (46,1%) больных включал мальротацию кишечника (27), «обратно расположенную» и «перевернутую» ДПК (2); компрессионный вариант ХДН у 20 (31,7%) детей был представлен артерио-мезентериальной компрессией ДПК (8), сдавлением ДПК кольцевидной поджелудочной железой (8), aberrантной панкреато-дуоденальной артерией (3) или предуоденальной воротной веной (1); гиперфиксационный вариант у 6 (9,5%) больных заключался в гиперфиксации ДПК (4), наличии внутренней грыжи Трейтца (2); obturационный вариант ХДН у 8 (12,7%) пациентов был представлен фенестрированной мембраной ДПК (3), кистозным удвоением ДПК (5). Были выполнены следующие оперативные вмешательства: операция Ледда (27), рассечение вокруг ДПК врожденных тяжелей брюшины или aberrантных артерий (9), иссечение мембраны или парафатериального удвоения ДПК (8), ликвидация грыжи Трейтца (2), наложение обходного дуоденодуоденоанастомоза (3) или дуоденоюноанастомоза (11), исключения ДПК из пассажа путем антрумэктомии с гастроэнтероанастомозом по Ру (3). Симультанная резекция холедоха с наложением гепатикоеюноанастомоза выполнена 2 (3,2%) детям. Открытые вмешательства выполнены 13 (20,6%) больным, лапароскопический доступ использован в 50 (79,4%) случаях.

Результаты. Конверсия потребовалась у 3 (11,1%) больных, которым выполнялась операция Ледда. Из ранних послеоперационных осложнений у 7 (11,1%) детей отмечены осложнения: анастомозит (2), перфорация ДПК (1), инвагинация (1), спаечная кишечная непроходимость (3). В отдаленном периоде одному больному после дуоденодуоденостомии потребовалось наложение проксимального дуоденоюноанастомоза.

Заключение. Нарушения дуоденальной проходимости у детей старшего возраста представлены различными функциональными вариантами ХДН. Выбор объема хирургической коррекции определяется видом аномалии ДПК, а также вариантом ХДН. В 80% наблюдений у детей с ХДН старшего возраста возможно применение лапароскопических вмешательств.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Зангиева М.Р., Хабалов В.К.

Раменская центральная районная больница, Раменское, Московская область

Описание клинического случая. Девочка 15 лет, доставлена в Раменскую ЦРБ через час после ДТП бригадой скорой медицинской помощи, сбита мотоциклом. При поступлении жалобы на боль в животе, головную боль, боль в области таза и левой нижней конечности. В приемном отделении осмотрена реаниматологом, травматологом, хирургом. В ходе обследования установлен диагноз: «ДТП. Политравма. Закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга средней степени тяжести. Перелом костей таза с нарушением целостности тазового кольца. Перелом диафиза левой большеберцовой кости. Внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря. Ушибы/ссадины лица и туловища. Параорбитальная гематома справа». При осмотре: кожа бледная, ссадины на лице, туловище, правый глаз не открывается из-за гематомы. Зрачки D = S. Нистагм горизонтальный, мелкокорзмашистый. Дыхание самостоятельное, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. АД 85/55 мм рт. ст, пульс 120 уд./мин, удовлетворительных свойств. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, болезненный над лоном, участвует в акте дыхания. Перитонеальные симптомы положительны. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. После травмы не мочилась, стула не было. Обследование: Rg-графия черепа — костных повреждений не выявлено. Rg-графия грудной клетки — без патологии. Rg-графия таза: разрыв лобкового симфиза с диастазом до 20 мм по ширине и до 5 мм по высоте. Цистография — определяется выход контраста за пределы мочевого пузыря. Мочевой пузырь неправильной формы. Оперативное лечение: девочка в экстренном порядке доставлена в операционную, где была выполнена диагностическая лапароскопия через прокол в параумбиликальной области, выявлен разрыв мочевого пузыря протяженностью около 7 см, точки установки троакаров в правой подвздошной области и над лоном. Выполнено ушивание мочевого пузыря непрерывным швом викрилом 3/0. Мочевой пузырь катетеризирован. Жидкость из малого таза аспирирована электроотсосом. В малый таз установлен страховочный дренаж. Троакарные раны ушиты. Асептические повязки. После операции девочка переведена в АРО, где проводилась стабилизация гемодинамики, антибактериальная, гемостатическая, инфузионная, симптоматическая терапия. Выполнено переливание крови. Наложена гипсовая лонгета на левую нижнюю конечность, наружная фиксация костей таза. Ежедневно девочка осматривалась детским хирургом, осуществлялся контроль диуреза (моча на 3-и сутки после операции приобрела светло-желтый цвет, стала прозрачной). Мочеиспускание осуществлялось по уретральному катетеру. На контрольном УЗИ на 2-е сутки после операции свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. В общем анализе мочи: белок — 0,1 г/л, эритроциты — 4–6 в п/зр, лейкоциты — 10–12. На 4-е сутки после операции девочка для дальнейшего лечения переведена в НИИ НДХиТ.

Заключение. Проведенное оперативное лечение позволило уменьшить операционную травму и избежать ухудшения состояния ребенка, выбор лапароскопического метода ревизии брюшной полости и ушивания мочевого пузыря снизил риск кровопотери и позволил ускорить период восстановления.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Захаров А.И.¹, Коварский С.Л.¹, Текотов А.Н.¹, Меновщикова Л.Б.¹, Склярова Т.А.², Соттаева З.З.¹, Петрухина Ю.В.², Струянский К.А.², Агеева Н.А.²

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

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

Материалы и методы. За последние 10 лет, с 2011 по 2021 гг., разобщающая пиелопластика выполнена 1073 детям, в возрасте от 1 мес. до 17 лет 11 мес.

Результаты. Полученные осложнения, условно можно разделить на 2 группы. К первой группе относятся осложнения, непосредственно не связанные с техникой операции и достаточно легко купирующиеся. Гематурия после операции. На фоне инфузионной терапии ликвидируется самостоятельно в течение до 5 сут. Микрогематурия (в микроскопии осадка до 50 эритроцитов) возможна на фоне стояния мочеточникового стента. Специального лечения не требует. Показано ограничение физической нагрузки, уросептическая терапия и увеличение диуреза. Инфекция мочевыводящих путей при длительном ношении мочеточникового стента, более 3 мес., возникла у 157 пациентов (14,6%). Антибактериальные препараты цефалоспоринового ряда 2–3-го поколения или аминогликозидов 2-го поколения, инфузионно-детоксикационной терапии, с последующим удалением стента купировали воспалительный процесс. Образование конкремента на лигатуре внутри лоханки — 1 (0,09%) случай. После проведения дистанционной литотрипсии рецидива литиаза не было. Инкрустация внутреннего стента отложениями солей — 10 (0,93%). Необходимо удаление стента. Для предупреждения данного осложнения требуется соблюдение диеты и питьевого режима, поддержание pH мочи в определенном диапазоне. Вторая группа осложнений, в основном, возникала на этапе освоения методики, а также связаны с нарушением техники операции и послеоперационного ведения больных. Послеоперационные троакарные дефекты апоневроза в окологупочной области — 3 (0,28%) случая. Лечение в плановом порядке — ушивание дефекта апоневроза. Эвентрация пряди сальника после удаления страховочного дренажа из брюшной полости после лапароскопической пиелопластики у 5 больных. У 4 из них удалось сразу с помощью пуговчатого зонда вправить прядь сальника в брюшную полость, а 1 больного пришлось оперировать вследствие подпая сальника к брюшной стенке. У одного пациента с двойным дренированием — нефростомический дренаж и внутренний мочеточниковый J-J-стент — при удалении нефростомической трубки был извлечен и внутренний стент, что потребовало его повторной установки. Во избежание таких осложнений при удалении нефростомических дренажных трубок мы используем цистоскопическую фиксацию пузырного завитка стента. У 8 детей возникла несостоятельность пиелоуретероанастомоза. Осложнение ликвидировано во время лапароскопии, санации и дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства, наложение пиелостомы. В связи с возможностью развития такого грозного осложнения мы рекомендуем применять трансмезентериальный доступ, а не протяженную мобилизацию толстой кишки для доступа к прилоханочному сегменту мочеточника. При трансмезентериальном доступе мочевой затек локализуется забрюшинно и дренирование его более адекватно, чем при мобилизации толстой кишки, при которой может возникнуть мочевой перитонит. Стеноз анастомоза после лапароскопической пиелопластики сформировался у 14 детей.

Заключение. Мы связываем возникновение рецидива с недооценкой длины патологического участка мочеточника и, как следствие, с неадекватностью резекции его прилоханочного отдела. Повторная лапароскопическая пиелопластика ликвидировала обструкцию и нормализовала уродинамику.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМ ОБСТРУКТИВНЫМ МЕГАУРЕТЕРОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Зоркин С.Н., Галузинская А.Т., Борисова С.А., Карпачев С.А., Уваров Б.Н., Шахновский Д.С.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Введение. Проблема лечения первичного обструктивного мегауретера (ПОМ) у детей остается в числе актуальных для детских урологов. За последние два десятилетия было предложено несколько вариантов хирургического лечения данного порока развития. Относительно новым решением стал метод трансуретральной эндоскопической баллонной дилатации высокого давления (БДВД) пузырно-мочеточникового сегмента (ПМС). Однако недостаточно изучена эффективность данного метода.

Цель исследования. Оценить и сравнить эффективность БДВД у детей разных возрастных групп.

Материалы и методы. В ретроспективном анализе представлен наш опыт применения БДВД пузырно-мочеточникового сегмента в период с 2017 по 2019 г. у детей трех возрастных групп: от 1 мес. до 1 года, от 1 года до 2 лет, старше 2 лет. В исследование включено 39 пациентов с подтвержденным односторонним диагнозом ПОМ по данным УЗИ органов мочевой системы, диуретической рентгенографии с МАГ-3 и нефросцинтиграфии, нуждающихся в хирургическом лечении. Критериями исключения являлись: невозможность интубации ПМС, эктопия устьев мочеточников, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, дивертикул мочевого пузыря. Критерии эффективности: уменьшение диаметра дистального размера мочеточника по данным УЗИ, улучшение показателей диуретической ренографии, нефросцинтиграфии.

Результаты. Метод баллонной дилатации высокого давления был применен у 39 детей. Во всех группах была достигнута общая эффективность, составившая 85%. Максимальная эффективность 100% достигнута в младшей возрастной группе до 1 года. Эффективность у детей старшего возраста была несколько ниже (7,5% от года до 2 лет, 0% от 2 лет и старше). В двух случаях (15%) возникла мочевиная инфекция. В одном случае у ребенка 6 лет БДВД была неэффективной, что потребовало оперативного лечения.

Заключение. БДВД пузырно-мочеточникового сегмента, как один из методов интервенционной урологии, зарекомендовал себя как эффективное лечение обструкции дистального отдела мочеточника. Эффективность данного метода значительно выше у детей младенческого возраста.

ЭНДОСОНОГРАФИЯ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Зыкин А.П.^{1,2}, Солодина Е.Н.¹, Фомичева Н.В.¹, Ефременков А.М.¹, Соколов Ю.Ю.²

¹ Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Введение. Эндоскопическое ультразвуковое исследование (Эндо-УЗИ) является наиболее информативным методом диагностики заболеваний панкреатобилиарной зоны у взрослых. Чувствительность метода зачастую превосходит трансабдоминальное ультразвуковое исследование, компьютерную и магнитно-резонансную томографии. Однако эффективность Эндо-УЗИ в детской популяции в настоящий момент не оценена.

Цель исследования. Оценить информативность эндо-УЗИ у детей с заболеваниями органов панкреатобилиарной зоны для предоперационного планирования.

Материалы и методы. В исследование включено 33 пациента в возрасте от 2 до 17 лет с заболеваниями органов панкреатобилиарной зоны, которые наблюдались, начиная с 2020 г. Стандартный эхогастроскоп с датчиком конвексного сканирования использовали в 23 случаях. Эхобронхоскоп с самодельным инсуффлятором использовали у детей младшей возрастной группы (младше 3–4 лет с массой тела менее 20 кг) в 10 случаях.

Результаты. Показания для проведения Эндо-УЗИ были следующими: подозрение на холедохолитиаз (11 человек), кистозные и солидные образования в области поджелудочной железы (10), кистозная трансформация холедоха (4), хронический панкреатит с дилатацией главного панкреатического протока (3), билиарный блок после операции (2), аномалия протоковой системы поджелудочной железы (2), травма поджелудочной железы с разрывом главного панкреатического протока (1). Эндо-УЗИ оказалось информативным у всех пациентов, у 31 оказало влияние на выбор лечебной тактики. Оперирован 31 пациент: эндоскопические транспапиллярные вмешательства как окончательный метод лечения у 5 пациентов, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с последующей лапароскопической холецистэктомией у 4, лечебно-диагностические пункции под Эндо-УЗИ-контролем у 6, лапароскопические и открытые операции у 16. Отказ от ЭРХПГ у 8 пациентов, холедохолитиаз отсутствовал. Осложнений при Эндо-УЗИ не было.

Заключение. Метод Эндо-УЗИ показал себя перспективным при лечении детей с пороками развития и заболеваниями панкреатобилиарной зоны. Он позволяет провести детальный осмотр поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков, выявить аномалии развития, новообразования и конкременты. В ряде случаев данные Эндо-УЗИ являются решающими в пользу отказа от ЭРХПГ и папилосфинктеротомии. Использование Эндо-УЗИ-навигации позволяет выполнять минимально-инвазивные пункционно-дренажные вмешательства, которые представляют как диагностическую, так и лечебную ценность. Применение эхобронхоскопа с самодельным инсуффлятором позволяет выполнять Эндо-УЗИ у детей младшей возрастной группы.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ И НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕРАПИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Зыкова М.А., Нурмеев И.Н.

Детская республиканская клиническая больница, Казань

Введение. Лимфатические мальформации — это врожденные аномалии лимфатической системы, в лечении которых сохраняется проблема радикального удаления и высокого риска рецидива, что диктует необходимость в совершенствовании имеющихся технологий; направленность на высокий эстетический результат, наряду с полным излечением, имеет все большую актуальность.

Цель исследования — повышение эффективности лечения детей с лимфангиомами путем оптимизации склеротерапии и внедрения новых хирургических методов лечения.

Представлено проспективное когортное исследование, охватывающее 150 детей различных возрастных групп, оперированных в нашей клинике за 20-летний период по поводу лимфангиом различных локализаций. Все пациенты были распределены на 3 группы, согласно применяемому методу лечения. Проведен анализ историй болезни всех пациентов по полу, возрасту, локализации лимфангиом, характеру проведенной операции, времени лимфоистечения, проведена оценка частоты рецидивов. 1-я группа включала пациентов, которым проведено радикальное одномоментное удаление лимфангиомы; 2-я группа — пациенты, которым проводилась частичная резекция лимфангиомы и склеротерапия остаточных полостей. 3-я группа включала пациентов, оперированных видео-эндоскопическим способом. Разработанный на базе нашей клиники способ лечения лимфангиом позволяет проводить мини-инвазивные оперативные вмешательства у детей (в том числе у новорожденных) и может применяться для лечения лимфангиом поверхностной локализации. Таким способом прооперированы 5 новорожденных детей. Проведена морфологическая характеристика микропрепаратов лимфангиомы и эксперимент по склерозированию лимфангиомы с элементами морфометрии.

Результаты. За исследуемый период в 1-й группе пациентов проведено 80 операций радикального удаления лимфангиом, возникло 8 случаев рецидива (10%). Во 2-й группе пациентов выполнено 85 резекций лимфангиом с дополнением склеротерапии, отмечалось 15 рецидивов (17,6%). Согласно полученной частоте распределения рецидивов по группам отмечено отсутствие достоверности различий в 1-й и 2-й группах согласно критерию $\chi^2 = 2,009$, ($p = 0,157$). Склерозирование лимфангиомы 70% этиловым спиртом и «классической» (жидкой) формой тетрадецилсульфата натрия с экспозицией 5 мин приводило к тотальной десквамации эндотелия, деструкции подэндотелиальной стромы. Склерозирование полости лимфангиомы «пенной» формой тетрадецилсульфата натрия вызывало тотальную десквамацию эндотелия уже при 3-минутной экспозиции.

Вероятность возникновения рецидива в случае частичной резекции лимфангиомы не возрастает ($p = 0,157$).

Заключение. В случае поверхностных локализованных лимфангиом мягких тканей возможно их радикальное удаление под видеоконтролем. Проведенный эксперимент с морфометрией эндотелия лимфангиомы позволяет применять на практике необходимую экспозицию склерозирующего препарата для тотальной деструкции эндотелиального покрова лимфангиомы при невозможности ее радикального иссечения.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО МНОГОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ ПРОГЛОЧЕННОЙ БАТАРЕЙКОЙ

Иванов А.П., Купатадзе Д.Д., Набоков В.В., Копяков А.Л., Жирылеев А.А.,
Лопатина Л.В., Ти А.Д., Казиахмедов В.А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Введение. Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей нередки в практике детской хирургии и эндоскопии. Разнообразие проглоченных детьми предметов в последние годы пополнилось бытовыми дисковыми батарейками, которые оказались очень опасными и агрессивными инородными телами. В представленном клиническом наблюдении описан случай незамеченного проглатывания крупной дисковой батарейки ребенком 1,5 лет, длительным ее нахождением в пищеводе и развитием неожиданных тяжелых геморрагических осложнений.

Описание наблюдения. Возникшие в результате электрохимические повреждения органов средостения привели к множественным эндоскопическим и хирургическим действиям, благодаря которым на первом этапе оказания помощи удалось сохранить жизнь ребенку. Рецидивирующее массивное кровотечение из пищевода потребовало срочной стернотомии с остановкой кровотечения и ангиомикрохирургическим восстановлением поврежденных сосудистых магистралей средостения. Возникшее повреждение пищевода потребовало его разобщения с формированием эзофагостомы, гастростомы и трахеостомы. Стабилизация состояния и выполнение деканюляции происходило в течение 1 года и 2 мес. Заключительным этапом ребенку успешно выполнена антеторакальная колоэзофагопластика.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРИПРОТЕЗНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Иванов Д.Ю.¹, Буркин И.А.¹, Дзампаев А.З.^{2,3}

¹ Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

² Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии, Москва

³ Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, Москва

Введение. Остеосинтез перипротезных переломов костей нижних конечностей у детей, перенесших тотальное эндопротезирование коленного сустава, как следствие злокачественного поражения (остеосаркома), представляет проблему, решение которой связано с нестандартными оперативно-техническими приемами при компроментированных прочностных характеристиках костной ткани.

Цель исследования. Обоснование технологий остеосинтеза перипротезных переломов бедренной и большеберцовой костей у детей с эндопротезами коленного сустава.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2020 гг. в клинике оперированы 4 детей (1 девочка и 3 мальчика) от 6 до 15 лет, у которых после тотального эндопротезирования коленного сустава, выполненного в Научно-исследовательском институте детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, возникли перипротезные переломы бедренной (3 пациента) и большеберцовой (1 ребенок) костей. Длительность послеоперационного периода на момент патологического перелома варьировала от 1,5 до 5 лет.

Результаты. Обоснование выбора технологии хирургического вмешательства осуществлялось в соответствии с результатами многофакторного анализа, включая локализацию перелома, объемно-пространственные соотношения эндопротез — кость, визуальную оценку плотности (выраженности остеопороза) костной ткани. В единичном наблюдении при переломе бедренной кости был выполнен накостный остеосинтез пластиной LCP с бикортикальной фиксацией проксимального фрагмента и монокортикальной установкой винтов в дистальный отломок кости. Двум детям фиксация проксимального фрагмента бедренной кости к пластине осуществлялась бикортикальными винтами, а удержание дистального отломка обеспечивалось комбинацией монокортикального винта и двух серкляжных колец, выполненных стальной проволокой диаметром 1 мм. При остеосинтезе перипротезного перелома большеберцовой кости также была реализована технология комбинации монокортикального винта и двух серкляжных колец применительно к проксимальному отломку и, соответственно, бикортикальной фиксации к пластине дистального фрагмента. После операции всем детям в течение 2–4 нед. обеспечивалась дополнительная внешняя иммобилизация, комплексная функциональная реабилитация назначалась непосредственно после стихания болевых проявлений. Вертикализация пациентов и дозированная нагрузка на конечность разрешались под контролем формирующейся костной мозоли. Удаление имплантатов выполняли в сроки от 8 мес. до 1 года, при условии полного сращения перелома.

Заключение. Предложенная технология остеосинтеза перипротезных переломов у детей позволяет сохранить длину и ортопедическую ось конечности, в ранние сроки начать функциональную реабилитацию с восстановлением мышечного тонуса оперированной конечности и объема движений в смежных суставах. Безусловно, представленные варианты остеосинтеза не относятся к категории функционально-стабильных, однако обеспечивают достойное качество жизни пациентов в послеоперационном периоде, облегчают уход за больными и возможность их социализации.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ ТРЕЙТЦА У ДЕТЕЙ

Игнатъев Е.М.¹, Свиридов А.А.², Свиридов А.А., Тома Д.А.¹, Годяцкий А.Г.²

¹ Детская областная клиническая больница, Белгород

² Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

Введение. Ущемленная грыжа Трейтца занимает 2-е место в структуре внутренних ущемленных грыж. По данным разных авторов, она встречается в 0,2–0,24% всех ущемленных грыж. Различают правосторонние и левосторонние локализации. Чаще встречаются правосторонние грыжи. Грыжевыми воротами является отверстие в области двенадцатиперстно-тощей ямки, а само грыжевое выпячивание располагается ниже поперечной ободочной кишки, в правой половине брюшной полости — в случае правостороннего расположения и слева от связки Трейтца, позади желудка — при левосторонней локализации. Грыжевой мешок может достигать огромных размеров и вмещать большую часть тонкого кишечника. Дооперационная диагностика ущемленной грыжи Трейтца чрезвычайно сложна. Описаны единичные наблюдения установления диагноза до операции, в т.ч. используя лапароскопию. Большинство больных попадают на операционный стол с предположительным диагнозом острой кишечной непроходимости, панкреатита, перфоративной гастродуоденальной язвы, а диагноз ущемленной парадуоденальной грыжи устанавливается во время операции. Даже при лапаротомии не всегда легко распознать этот вариант грыжи.

Материалы и методы. В хирургическом отделении Детской областной клинической больницы г. Белгорода за последние 8 лет находилось на лечении 3 ребенка с диагнозом: «Острая кишечная непроходимость. Грыжа Трейтца». Произведен ретроспективный анализ историй болезни. Возраст пациентов 3–5 лет, мужского пола, ранее на органах брюшной полости не оперированы. Сроки поступления в стационар от 6 до 12 часов. Все пациенты поступили в средне-тяжелом состоянии. Диагностическая программа включала эзофагогастродуоденоскопию (3), УЗИ органов брюшной полости (3), рентгенологическое исследование: обзорная рентгенография органов брюшной полости (3), в том числе с контролем пассажа контрастного вещества по ЖКТ (1), компьютерную томографию (1). Все используемые методы диагностики указывали прямо или косвенно лишь на наличие кишечной непроходимости, однако окончательное представление о ее причине удалось получить только в ходе выполнения оперативного вмешательства (3).

Результаты. Все пациенты были прооперированы, выполнена средне-срединная лапаротомия, где выявлена мезентерико-париетальная парадуоденальная грыжа. Объем оперативного вмешательства включал ликвидацию внутренних ворот грыж путем ушивания листков париетальной брюшины в области двенадцатиперстно-тощекишечного кармана. Послеоперационных осложнений не выявлено. Сроки выписки пациентов из стационара после оперативного лечения 7–9 суток. Катамнез прослежен у всех детей более 1 года, рецидивов не отмечалось.

Заключение. Для диагностики внутренних грыж у детей необходимо использование комплекса инструментальных методов исследования, однако окончательный диагноз можно установить только в ходе оперативного вмешательства.

РЕКОНСТРУКЦИЯ МЯГКОТКАННЫХ СТАБИЛИЗАТОРОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Исаев И.Н.¹, Коротеев В.В.¹, Тарасов Н.И.¹, Выборнов Д.Ю.², Семенов А.В.²

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

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

Введение. Коленный сустав один из самых сложных анатомических и динамических суставов человека. Образованный тремя самыми крупными трубчатыми и одной сесамовидной костями, имеет мощный капсульно-связочный аппарат. Это позволяет выдерживать значительные динамические и статические разноплоскостные нагрузки. Повреждение хотя бы одного из стабилизаторов приводит к снижению активности человека, а травма нескольких — к невозможности опорной функции конечности и, при отсутствии адекватного лечения этих повреждений, к развитию раннего артроза.

Основными стабилизаторами являются передняя и задняя крестообразные связки, наружная и внутренняя боковые связки, мениски, четырехглавая мышца бедра, собственная связка надколенника, медиальный удерживатель надколенника. И в меньшей степени, если говорить о детской травме, — передне-латеральная связка и задне-латеральный комплекс.

Омоложение профессионального спорта, участие детей в экстремальных видах спорта привело к увеличению количества пациентов с травмой стабилизаторов коленного сустава. Это заставило перенять опыт оперативного лечения у взрослых травматологов с определенными усовершенствованиями и модификациями, согласно анатомо-морфологическим отличиям детского возраста.

Материалы и методы. Аутосухожильная реконструкция стабилизаторов проводилась детям в возрасте от 10 до 18 лет. Для пластики использовались сухожилия hamstring-группы, фрагмент илиотибиального тракта или сухожилие *m. peroneus longus*. Наиболее часто нам приходится встречаться в своей практике с вывихом надколенника. Разработан алгоритм обследования и операционного планирования, зависящий от возраста ребенка, вида вывиха, анатомических особенностей и характера внутрисуставных повреждений. Пластика MPFL выполнена 90 пациентам.

При повреждении передней крестообразной связки у детей старшей возрастной группы (старше 14 лет) проводятся классические «взрослые» полные и частичные аутосухожильные реконструкции, у детей младшей возрастной группы — аутосухожильные пластики без рассверливания костных каналов — 423 пациента. При свежей травме, по показаниям, производится реинсерция связки — 4 пациента. При переломах межмышечкового возвышения — эндоскопическая репозиция и остеосинтез — 23 пациента.

При травме менисков максимально выполняются сохраняющие операции, соответствующие мировой тенденции «save the meniscus». Шов мениска наложен 67 пациентам.

Лечение разрывов боковых связок чаще консервативное, но также выполняются аутосухожильные реконструкции при сочетанных, мультилигаментарных повреждениях — 8 пациентов.

Повреждение задней крестообразной связки — редкая травма в детском возрасте, но при полных разрывах выполняются аутосухожильные пластики — 2 пациента.

Выводы. Сложные хирургические техники с использованием специализированных инструментов, проведение предоперационного обследования и алгоритмизация лечения привели только к положительным результатам.

Заключение. Реконструктивные и анатомосохраняющие операции в детской травматологической практике позволяют избежать осложнений, приводят к ранней социальной адаптации и возвращению детей-спортсменов на прежний уровень активности и спортивных достижений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭХОГРАФИИ

Казаков А.Н.¹, Румянцева Г.Н.², Бревдо Ю.Ф.¹, Петруничев В.В.¹

¹ Детская областная клиническая больница, Тверь

² Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Введение. Проблема выбора метода лечения инвагинации кишечника, как самого распространенного вида непроходимости, не теряет своей актуальности. Имеются различные варианты неоперативного расправления кишечного внедрения, при выборе которых в настоящее время приоритетными качествами должны быть высокая эффективность, доступность, безопасность для ребенка и медицинского персонала. Эхография в диагностике и лечении инвагинации кишечника занимает ведущие позиции, что позволяет улучшить результаты лечения детей с кишечным внедрением.

Цель исследования. Анализ результатов лечения инвагинации кишечника (ИК) с использованием гидроэхоколоноскопии (ГЭС).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения ИК с применением ГЭС у 81 ребенка за период с 2014 г. по 2021 г. на базе ГБУЗ ДОКБ г. Твери в возрасте от 3 мес. до 12 лет. Мальчиков было 53 (65,4%), девочек — 28 (34,6%). Среднее время с момента заболевания до поступления в стационар составило 16 часов, максимальное — 63 часа. Инвагинация преимущественно была илеоцекальная, в одном (1,2%) случае — тонкокишечная.

Результаты. Во всех случаях диагноз ИК подтверждался эхографически, при визуализации патогномичных симптомов «мишени» и «псевдопочки». Чаще инвагинат лоцировался в правом подреберье — у 51 (62,9%) детей, реже в правом мезогастрii — у 14 (17,3%) пациентов, в левом подреберье — у 9 (11,2%) и в 7 (8,6%) случае в левом мезогастрii. У одного (1,2%) ребенка с тонкокишечной ИК подвижный инвагинат визуализировался в окологупочной области. Левосторонняя локализация инвагината свидетельствовала о длительности заболевания более 24 часов. Проводилась эхографическая характеристика инвагината, при которой измерялся диаметр и ширина периферической части, оценивалась выраженность слоев, четкость наружного контура, степень эхогенности центральной зоны инвагинатов, наличие образований, а также определение кровотока кишечной стенки методом цветового доплеровского картирования. Из 80 детей с илеоцекальной ИК, которым была выполнена ГЭС, успешное расправление ИК достигнуто у 76 (93,8%) детей. У 5 (6,2%) детей расправить инвагинат не удалось. У 4 детей инвагинат расправлен частично, в области илеоцекального угла при эхографии выявлены образования. Гистологическое исследование выявило у двух детей аденому и кистому, у двух — удвоение кишки и увеличенные мезентериальные лимфоузлы, локализующиеся близ илеоцекального угла. В другом случае 2-кратная попытка методом ГЭС оказалась неэффективной: при лапароскопической дезинвагинации во время тракции по оси возник риск повреждения кишки; выполнена конверсия из правостороннего параректального доступа, из-за выраженного отека с техническими трудностями произведена дезинвагинация, кишка признана жизнеспособной; длительность заболевания в данном случае составляла 63 часа. У 3 детей в возрасте до 2 лет возникли рецидивы инвагинации: из них у двоих рецидивы произошли через полгода после дезинвагинации, у 1 ребенка рецидив повторился дважды — через 3 месяца и через 1 сутки. Во всех случаях дезинвагинация выполнялась методом ГЭС. Большинство инвагинатов расправлено легко, с первой попытки. Только в 3 (3,7%) случаях потребовалось повторное введение раствора из-за жесткого ущемления инвагината в области баугиниевой заслонки.

Заключение. Эхография позволяет достоверно установить диагноз и объективно охарактеризовать состояние инвагината, а также обнаружить причину кишечного внедрения (мезентериальный лимфаденит, органическую патологию и т.д.), что в последующем определяет лечебную тактику. К преимуществам ГЭС относится полная визуализация в режиме реального времени всех этапов расправления кишечного внедрения и отсутствие лучевой нагрузки. Метод технически прост, неинвазивен и безопасен.

ДВОЙНАЯ ЭКТОПИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЖЕЛУДОК

Казакова Е.И.¹, Румянцева Г.Н.¹, Бревдо Ю.Ф.², Минько Т.Н.², Трухачев С.В.², Светлов В.В.²

¹ Тверской государственный медицинский университет, Тверь

² Детская областная клиническая больница, Тверь

Введение. Эктопированная поджелудочная железа (ЭПЖ) является пороком развития, который представляет собой гетеротопию панкреатической ткани за пределы обычно расположенной железы с полным разобщением кровоснабжения и иннервации.

Описание клинического наблюдения. Ребенок Т. 12 лет, поступила в 1-е хирургическое отделение с выраженным и длительно некупируемым болевым абдоминальным синдромом. Со слов матери ребенка последние два года стали беспокоить боли в животе, тошнота и снижение аппетита. Амбулаторно лечение было малоэффективным, от проведения ФГДС родители ребенка отказывались. Длительно некупируемый болевой синдром, тошнота, снижение веса послужили поводом к повторному обследованию. Была проведена эзография с водной нагрузкой и прецизионной оценкой желудка, на которой в антральном отделе по передней поверхности в стенке желудка было выявлено гипозоногенное образование с неровными, выступающими за поверхность желудка, четкими контурами и размерами 18,9 × 9,0 × 12,1 мм. Затем под наркозом выполнена ФЭГДС — в средней 1/3 тела желудка по большой кривизне определялось полиповидное округлое образование около 1,0 см в диаметре с неизменной слизистой и втяжением. В антральном отделе по большой кривизне на передней стенке было обнаружено аналогичное образование полиповидной формы размерами 1,5 × 1,0 см, в центре которого определялось отверстие протока до 0,1 см в диаметре. Учитывая сохраняющийся болевой синдром, некупируемый консервативным лечением, наличие двух эктопированных участков поджелудочной железы проведена лапароскопическая сегментарная резекция стенок желудка, несущих образования с использованием «якорных» швов через переднюю брюшную стенку и интракорпоральным ушиванием ран желудка. В ближайшем послеоперационном периоде ребенок находился в отделении реанимации. На вторые сутки, по стабилизации состояния, пациентку перевели в 1-е хирургическое отделение, удалили назогастральный зонд. Энтеральное кормление проводилось с третьих суток, явлений диспепсии не отмечалось. Швы сняли на седьмые сутки, раны зажили первичным натяжением. Боли в животе не беспокоили, аппетит хороший, девочка была выписана на десятые сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Клиническое наблюдение показывает сложность и вариабельность диагностического поиска у ребенка с абдоминальным, диспепсическим синдромами и дефицитом веса. ЭГДС остается единственным методом диагностики эктопированной поджелудочной железы, которая может определить локализацию и тип образования, объективно оценить состояние слизистой оболочки желудка. Лапароскопическая полнослойная резекция образования желудка является методом выбора хирургического лечения эктопированной поджелудочной железы у детей, обеспечивая раннюю активизацию пациента и хороший косметический результат.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ

Карасева О.В., Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Понина И.В.,
Батунина И.В., Мельников И.А.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Введение. В наш малоподвижный век у детей все чаще стали проявляться обменные и метаболические нарушения с формированием камней в желчном пузыре. Такие медицинские технологии, как длительное парентеральное и зондовое питание, а также бесконтрольные «диеты», направленные на снижение веса в подростковом периоде способствуют росту частоты желчнокаменной болезни в детской популяции.

Цель исследования. Демонстрация лечебно-диагностического алгоритма лечения детей с желчнокаменной болезнью.

Материалы и методы. В НИИ НДХиТ пролечены 52 пациента с желчнокаменной болезнью. Девочки преобладали — 71% (37), мальчики — 29% (15). Средний возраст составил 11,04 + 5,6 года. С диагностической целью выполняли УЗИ, МРТ живота. Все дети, поступающие на лечение в НИИ НДХиТ по поводу желчнокаменной болезни, первоначально наблюдались у гастроэнтеролога и получали консервативную терапию препаратами урсодезоксихолевой кислоты в течение 3–6 мес. На этом этапе проводили эзофагогастродуоденоскопия для диагностики и последующего лечения сопутствующей патологии верхних отделов ЖКТ, формирование правильного пищевого поведения и УЗИ-контроль литолиза конкрементов.

Результаты. Положительный эффект от консервативной терапии был достигнут в 2 (3,8%) наблюдениях. 50 (96,2%) детям была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Всем детям перед хирургическим лечением выполняли магнитно-резонансную холангиопанкреатографию для оценки анатомии желчного дерева. Лапароскопию выполняли с использованием трех инструментальных 5 мм-портов. Холецистэктомию проводили от шейки, для диссекции использовали монополярную коагуляцию (крючок), пузырный проток пересекали после клипирования, а пузырную артерию — при помощи УЗ скальпеля-коагулятора, брюшную полость не дренировали. Интраоперационных осложнений не было. Применяли антибактериальную профилактику (24–48 часов) и обезболивание в первые сутки после операции. Течение послеоперационного периода во всех наблюдениях гладкое. Детей выписывали домой в соответствии с МЭС на 5–6-е сутки после операции, после проведения УЗИ. После выписки все дети продолжали в течение 1 года наблюдаться гастроэнтерологом в КДО НИИ НДХиТ.

Заключение. При постановке диагноза ЖКБ обязательным является сопровождение ребенка гастроэнтерологом и назначение консервативной терапии, направленной как на литолиз конкрементов, так и на лечение сопутствующей патологии гастродуоденальной зоны. При ее неэффективности в течение 3–6 месяцев показано хирургическое лечение, золотым стандартом которого считается лапароскопическая холецистэктомия.

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

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

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Введение. В неотложной абдоминальной хирургии возникают ситуации, требующие неоднократного контроля за состоянием органов брюшной полости. Ведение таких пациентов всегда затруднительно. Одним из методов является применение вакуум-терапии.

Цель исследования. Представить возможности вакуум-терапии в лечении детей с неотложной абдоминальной патологией.

Материалы и методы. С 2013 года в НИИ НДХИТ наблюдалось 30 детей с абдоминальной патологией, в лечении которых была применена вакуум-терапия. Мальчики составили 76,7% (23), девочки — 23,3% (7), средний возраст детей — $11,4 \pm 4,9$ лет.

Результаты. Наиболее частым показанием (26,7%, 8) к применению вакуум-терапии служило формирование кишечных свищей. Понадобилось 3–11 лапаростомных ревизий со сменой абдоминальной вакуум-системы. Терапия направлена на ограничение брюшной полости и создание благоприятных условий для петель кишечника. На петли кишок укладывалось сетчатое атравматическое покрытие, далее поролон, к области свища подводилась отдельная аспирационная трубка, поверх укладывался поролон с дренажной трубкой. Все трубки подключались к вакууму. Перевязки производились раз в 3–5 дней. Вторую группу составили дети после ДТП с абдоминальной травмой в результате повреждения ремнем безопасности (20%, 6). Данный механизм приводил к массивным размозжениям мягких тканей брюшной стенки, разрывам кишок, нарушению кровоснабжения петель кишечника. Потребовалось 4–29 лапаростомных ревизий. Помимо ограничения брюшной полости вокруг кишечных свищей лечение направлено на улучшение состояния мягких тканей. Абдоминальная вакуум-терапия использовалась при запрограммированных ревизиях у 6 детей (20%). Двое были с разрывами 12-ти перстной кишки, двое — с ишемическим энтероколитом, один ребенок после огнестрельного повреждения верхней брыжеечной артерии и один с разрывом печени V степени, у которого применена тактика damage control (тампонада печени и лапаростомическое ведение брюшной полости на 48 часов). Дети с осложненным течением деструктивного аппендицита после традиционной аппендэктомии составили 13,3% (4). В одном случае был продолженный перитонит, в 3 случаях — развитие массивных флегмон мягких тканей брюшной стенки, забрюшинного пространства и промежности. Раны велись на вакуум-терапии до момента отчищения.

4 ребенка были с несостоятельностью лапаростомы, что потребовало от 2 до 4 перевязок с использованием вакуум-систем для улучшения репаративных процессов мягких тканей.

Вакуум-терапия использована при лечении ребенка со свищом паранефральной области после гнойного перинефрита и свищом передней брюшной стенки после нагноения урахуса.

Осложнений, связанных с применением вакуум-терапии не было.

Заключение. Абдоминальная вакуум-терапия позволяет создать условия для санации гнойных очагов, улучшения репаративных процессов мягких тканей, а также позволяет безопасно контролировать состояние органов брюшной полости при множественных ревизиях.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Карпачев С.А., Зоркин С.Н., Борисова С.А., Шахновский Д.С.,
Уваров Б.Н., Галузинская А.Т.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Введение. Одно из наиболее перспективных направлений в детской урологии — использование пневмовезикоскопического доступа (ПВД) для операций на мочевом пузыре. Совершенствование хирургической техники позволяет применить ПВД для выполнения широкого спектра операций.

Цель исследования. Обоснование показаний к применению ПВД для выполнения оперативных вмешательств на мочевом пузыре у детей различных возрастных групп.

Материалы и методы. Проанализированы данные 67 детей, которым была проведена операция с использованием ПВД. Реимплантация мочеточника по Козну выполнена 60 детям: с пузырно-мочеточниковым рефлюксом — 33; обструкцией пузырно-мочеточникового сегмента — 25; эктопией мочеточника в уретру — 2. Одномоментное с реимплантацией мочеточника удаление парауретерального дивертикула выполнено в 8 случаях. Двусторонних реимплантаций — 18. Реимплантаций единым блоком при удвоении — 2. Распределение по возрасту: от 3 до 6 мес. — 10, от 6 мес. до 1 года — 8, от 1 до 2 лет — 12, старше 2 лет — 30, минимальный вес ребенка — 4 кг.

Мочеточники интубировались катетерами СН 5 с выведением через уретру у девочек и троакарные проколы у мальчиков. Уретральный катетер удаляли на 2–7-е сутки.

Другими показаниями к операции были: культя мочеточника — 3; полип мочевого пузыря — 4.

Результаты. Пневмоперитонеум осложнил течение операции у всех детей в возрасте до 6 мес., у 3 детей в возрастном интервале от 6 мес. до 1 года, и в одном случае — у ребенка старше 1 года. Осложнение устранялось установкой иглы Вереша, при выраженном сбросе воздуха выполнялось дренирование брюшной полости. Кровотечений не было. Наличие парауретеральных дивертикулов не оказало значимого влияния на ход и продолжительность операции. Значительные трудности встретились при реимплантации мочеточников после множественных (до 5 раз) эндоскопических коррекций рефлюкса. Все операции завершены без конверсии. Катамнестическое обследование проведено 49 детям (73%). случаев обструкции не отмечено. У 1 ребенка с парауретеральными дивертикулами больших размеров, оперированного в возрасте 4 мес. по поводу двустороннего мегауретера, при контрольном обследовании диагностирован односторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс II стадии без клинических проявлений. При удалении полипов и культы мочеточников осложнений не было.

Заключение. Пневмовезикоскопический доступ показал высокую эффективность, минимальное количество осложнений. Данная методика может быть использована в сложных клинических ситуациях, включающих парауретеральные дивертикулы, внепузырную эктопию мочеточников, а также случаи неудачного проведения множественных эндоскопических коррекций рефлюкса. Возраст и объем мочевого пузыря не являются ограничивающими факторами.

МИКРОБИОТА НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Карпова И.Ю., Карпеева Д.В., Послова Л.Ю., Паршиков В.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Материалы и методы. На базе Нижегородской областной детской клинической больницы с 2012 по 2021 г. пролечено 119 новорожденных с некротизирующим энтероколитом (НЭК). Доношенных было 34 (28,5%), недоношенных — 85 (71,5%), из них детей с низкой массой тела — 36 (30%), с очень низкой массой тела — 16 (13,5%) и с экстремально низкой — 33 (28%). При госпитализации у 32% пациентов выявили внутриутробные инфекции (ВУИ). В 68% случаев ВУИ диагностировали при нахождении младенцев в стационаре, из них: цитомегаловирус (ЦМВ) и уреоплазмоз выявили у 25% больных, микоплазмоз, хламидиоз и токсоплазмоз — в 15% случаях, вирус герпеса — в 5% исследований. Сочетание ЦМВ и уреоплазмоза наблюдали у 17% пациентов.

Результаты. В разные сроки от момента госпитализации 42 (35%) новорожденным выполняли оперативные вмешательства: (резекции кишки с последующим наложением стом (илео-, энтеро-), ушивание перфораций, лапароцентез, лапаростому, ревизию брюшной полости после лапароцентеза). В микробном пейзаже больных, пролеченных консервативно, преобладали энтеробактерии (*Klebsiella*, *E.coli*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Enterococcus*) — 61%, стафилококки встречали в 30,4%, грибы рода *Candidae* в 8,6% обследований. В группе оперированных детей соотношение энтеробактерий (54%) к стафилококкам (46%) было практически одинаковым.

При распределении противомикробных препаратов по группам, отмечено, что наиболее чувствительна патогенная флора была к β -лактамам (61%), восприимчивость к аминогликозидам составила 56%, фторхинолонам — 31%, макролидам — 7%. Эффективное применение: оксазолидонов, линкозамидов, глицилциклинов, ансамицинов отмечено у 43% пациентов. В послеоперационном периоде в первой группе (2012–2016 гг.) летальных исходов было 10, у больных второй группы (2017–2021 гг.) неблагоприятные исходы наблюдали в 12 случаях. Наиболее частым осложнением (21%) были стенозы (пост-НЭК стриктуры кишечника) кишки в зонах ушитых перфораций и некрозов.

Заключение. Таким образом, выявление внутриутробных и бактериологических инфекций у новорожденных с некротизирующим энтероколитом позволит своевременно назначить противомикробную терапию, способствующую сокращению хирургических стадий заболевания.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Карташев В.Н.^{1,2}, Румянцева Г.Н.¹, Долинина М.В.², Аврасин А.Л.^{1,2}, Бурченкова Н.В.^{1,2}

¹ Тверской государственный медицинский университет, Тверь

² Детская областная клиническая больница, Тверь

Введение. В последние годы эндоскопическое рассечение уретероцеле (УЦ) признано методом выбора в лечении данной патологии. Вместе с тем ряд клиницистов указывают на возникающие в послеоперационном периоде осложнения, требующие лечебных мероприятий. В данной работе освещены осложнения, возникающие после эндоскопической коррекции УЦ и способы их лечения.

Цель исследования. Анализ осложнений после эндоскопической коррекции уретероцеле.

Материалы и методы. В исследование включены 34 пациента с УЦ в возрасте от 1 мес. до 17 лет, проходивших лечение в урологическом отделении г. Твери в 2007–2020 г. Ортопическое УЦ диагностировано у 19 детей, гетеротопическое — у 15 больных. Размеры УЦ варьировали от 1 до 2,5 см. Всем больным выполнена эндоскопическая инцизия УЦ электрокоагулятором в поперечном или продольном направлении. Баллонная дилатация искусственного устья потребовалась 2 пациентам. Бужирование мочеточника с последующей установкой катетера-стента потребовалось 2 пациентам в связи со стенозом дистального отдела мочеточника. Нефрэктомия и геминефрэктомия выполнена 5 пациентам, у которых после рассечения УЦ не наблюдалось восстановления функции почки.

Результаты. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 мес. до 10 лет.

Наиболее частым осложнением эндоскопической инцизии УЦ является ПМР, который диагностирован у 7 (21%) пациентов в сроки от 6 до 12 мес. после операции. Следует отметить, большинство пациентов (5) с данным осложнением имело эктопическое УЦ верхнего сегмента удвоенной почки. Коррекция ПМР II–III степени проведена эндоскопически, используя объемобразующие препараты. Стенозирование неоустья наблюдалось у 1 пациента через 2,5 года после вмешательства, что потребовало бужирования устья с установкой мочеточникового катетера. После ликвидации осложнений у всех пациентов отмечена стойкая ремиссия пиелонефрита на фоне улучшения уродинамики верхних мочевых путей.

Заключение. Таким образом, пациенты после эндоскопической коррекции УЦ требуют диспансерного наблюдения и этапных обследований с целью своевременной диагностики и лечения возможных осложнений.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кауфов М.Х., Коровин С.А., Ефременков А.М.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

Введение. Травматические разрывы поджелудочной железы относят к наиболее тяжелым повреждениям при закрытой травме живота. Ее частота в структуре детского травматизма составляет 0,3%, а среди всей абдоминальной травмы — 0,6%. Несмотря на редкую встречаемость, разрывы поджелудочной железы с повреждением главного панкреатического протока представляют серьезную проблему для детских хирургов из-за отсутствия выработанной стратегии лечения. Требуется дальнейшее проведение научного поиска по данной проблеме с целью улучшения до- и интраоперационной диагностики повреждений поджелудочной железы у детей, оптимизации хирургической тактики, выявления факторов, влияющих на возникновение послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с травматическими повреждениями поджелудочной железы.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 77 детей с травмами поджелудочной железы (в возрасте от 1 до 17 лет), получавших лечение на клинических базах Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования за последние 20 лет. Были выделены две группы детей: основная — пострадавшие, которым проводилось консервативное лечение; контрольная — пострадавшие, которым выполнялись различные хирургические вмешательства в остром и отдаленном периодах травмы поджелудочной железы.

Произведен проспективный и ретроспективный рандомизированный сравнительный обзор с использованием клинических, инструментальных и аналитических методов исследований.

Результаты. Травма была ограничена поджелудочной железой у 23 пациентов. Печень была наиболее частым внутрибрюшным органом, вовлеченным в процесс, за ней следовали двенадцатиперстная кишка, селезенка. Пациенты предъявляли жалобы на боль в животе, у некоторых отмечалась тошнота, рвота и слабость. В большинстве случаев диагноз был подтвержден на основании ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ). В 26 случаях пациенты находились под наблюдением и лечились консервативно. Остальным 51 ребенку в ранние и отдаленные сроки были выполнены следующие оперативные вмешательства: дистальная резекция ПЖ (9), секвестрэктомия ПЖ (1), лапароскопическое дренирование псевдокист поджелудочной железы (5), дренирование кист сальниковой сумки (7), панкреатоюностомия с наложением анастомоза по Ру (4), ушивание разрыва печени (10), ушивание разрыва двенадцатиперстной кишки (9), гастроэнтероанастомоз по Ру (8), спленэктомия (5), холецистэктомия (5), резекция/ушивание кишечника (8), прошивание протока ПЖ (1), аспирация гематомы (6), дренирование абсцессов сальниковой сумки (3), интубация кишечника (5), резекция почки (1), марсупализация кисты (1), дуоденоюноанастомоз (1). У 11 пациентов после лапароскопических вмешательств была выполнена конверсия. Всего открытые вмешательства были использованы 67 раз (у 44 детей), лапароскопический доступ был использован в 25 наблюдениях (у 22 пациентов), чрезкожное дренирование у 4 детей. Наиболее частые осложнения, потребовавшие повторного хирургического вмешательства: формирование псевдокист после лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы и свища поджелудочной железы в месте стояния дренажа.

Заключение. Выбор оптимальной лечебной тактики при травмах поджелудочной железы у детей остается спорным вопросом. На основании полученных данных можно сделать вывод, что у детей с травматическим повреждением поджелудочной железы проведение лапароскопических миниинвазивных органосохраняющих операций представляется эффективным методом лечения. Но окончательный вариант доступа и объема операции определяется исходя из степени повреждения, различных сочетаний с травматическим повреждением других органов брюшной полости, наличии осложнений, локализации и анатомических особенностей.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ С КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кирсанов А.С., Ольхова Е.Б., Карцева Е.В., Медведева Н.В., Бибикова Е.Е.,
Минуллина В.И., Ковбасюк Д.А.

Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

Целью исследования послужила оценка эффективности применения современных миниинвазивных методов лечения кистозных образований брюшной полости у новорожденных.

Материалы и методы. Проведено лечение 44 новорожденных с кистозным образованием брюшной полости, включавшими кисты яичника — у 28 (63,6%) детей, энтерокисты — у 14 (31,8%), лимфатические мальформации — у 2 (4,6%) пациентов. Основным методом диагностики стало ультразвуковое исследование с доплерографией сосудов. По показаниям проводилось рентгенологическое, МРТ- и КТ-исследование ЖКТ с контрастированием. В качестве методов лечения использовали лапароскопическую методику удаления кисты яичника у 28 новорожденных, энуклеацию энтерокисты — у 7 детей, иссечение лимфангиомы — у 1 ребенка. Видеоассистированную хирургию применили у 6 детей с энтерокистами и 1 ребенка с лимфатической мальформацией в виде иссечения лимфангиомы с резекцией участка тонкой кишки. Открытым способом у 1 новорожденного с низким расположением энтерокисты прямой кишки выполнена открытая операция.

Результаты. Антенотально с помощью УЗИ плода диагноз кисты яичника заподозрен у всех 28 новорожденных, энтерокисты — у 5 детей. После рождения с помощью УЗ-визуализации выявлена патология в виде лимфатической мальформации — у 2 пациентов, энтерокисты — у 9, в т.ч. в трех случаях клинически имела место кишечная непроходимость. Анатомически — энтерокисты были представлены удвоением подвздошной, слепой, двенадцатиперстной, толстой и прямой кишки. В 35,7% случаев по данным УЗИ невозможно было окончательно диагностировать кисту яичника без перекрута (у 2 новорожденных), удвоение двенадцатиперстной (2 детей) и прямой кишки (1 ребенок). Диагноз подтвержден только в ходе лапароскопии. Во всех случаях получен хороший результат оперативного лечения. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде не было зафиксировано.

Заключение. Таким образом, лапароскопия является окончательным этапом в диагностике кистозных образований брюшной полости у новорожденных. Современные миниинвазивные методы оперативного лечения показаны у новорожденных с данной патологией.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ И ПРОФИЛАКТИКА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Склярова Т.А.,
Захаров А.И., Николаев С.Н., Текотов А.Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет, Москва

Введение. Внедрение эндоскопической коррекции ПМР в лечебный протокол позволило не только добиться хороших клинических результатов, но и поставило перед врачами ряд задач, касающихся выбора способа коррекции и вида уроимпланта, количества повторных инъекций, длительности послеоперационного наблюдения и характера реабилитационных мероприятий.

Цель. Улучшение результатов эндоскопической коррекции ПМР у детей путем анализа возникающих осложнений и усовершенствования способов их предупреждения.

Материалы и методы. За период времени с мая 2014 г. по май 2021 г. в отделении урологии и амбулаторном Центре урологии и репродуктивного здоровья ДГКБ им. Н.Ф. Филатова выполнено 1025 эндоскопических коррекций ПМР у детей в возрасте от 3 месяцев до 17 лет. Двусторонний ПМР выявлен у 841 (82%), односторонний — у 184 (18%). Причиной обследования стали инфекционные осложнения (33% случаев), уменьшение размеров почек при плановом УЗИ (21% случаев), у остальных — при обследовании по поводу нейрогенных дисфункций мочевого пузыря при выявлении дилатации верхних мочевых путей.

Результаты. Как показал анализ осложнений, наиболее часто (35,6%) встречаются инфекционные осложнения (в 89% случаев нефебрильные), что позволило включить в послеоперационный протокол назначение уросептиков (фосфомицина трометамол или нитрофураны) короткими курсами, при фебрильных осложнениях — обязательное дренирование нижних мочевых путей и назначение антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры (клавуланат — защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения, аминогликозиды).

Заключение. При выполнении эндоскопической коррекции ПМР с целью уменьшения числа осложнений необходимо четко соблюдать не только диагностический протокол (обязательно купировать инфекционные осложнения, провести коррекцию нейрогенной дисфункции, исключить/устранить инфравезикальную обструкцию и рефлюкс-нефропатию), но и дифференцированно подходить к выбору объемобразующего препарата, обязательно визуализируя его расположение в послеоперационном периоде, а также оценить состояние верхних мочевых путей с целью своевременного купирования возможных осложнений, начиная с малоинвазивных технологий.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ФОРМ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ У МЛАДЕНЦЕВ

Козлов Ю.А.¹⁻³, Ковальков К.А.⁴, Полоян С.С.⁵

¹ Областная детская клиническая больница, Иркутск

² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

³ Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

⁴ Кузбасская областная детская клиническая больница им. Ю.А. Атаманова, Кемерово

⁵ Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово

Введение. В настоящем исследовании представлен опыт лапароскопического лечения интраабдоминальной формы бронхолегочной секвестрации у младенцев, диагноз которым установлен пренатально до появления симптомов заболевания.

Материалы и методы. В исследовании выполнен ретроспективный анализ клинических данных 4 пациентов с интраабдоминальным типом бронхолегочной секвестрации, которым выполнены лапароскопические операции на протяжении последних 5 лет, начиная с 2015 г. Все случаи были впервые обнаружены при пренатальном ультразвуковом исследовании, которое показало наличие гиперэхогенной массы, расположенной ниже диафрагмы.

Результаты. Были проанализированы 4 случая бронхолегочной секвестрации внутри брюшной полости (2 мальчика и 2 девочки), которые были диагностированы в нашем госпитале на протяжении последних 5 лет. Пренатальный диагноз был установлен в среднем на 28 ± 4 недели беременности. Возраст, в котором была проведена операция, составлял от 14 до 60 дней (в среднем 30 дней). У 3 пациентов легочный секвестр располагался под левым куполом диафрагмы, у 1 — под правым куполом. Всем пациентам выполнена полностью лапароскопическая резекция легочного секвестра. Средняя продолжительность хирургического вмешательства составила $60 \pm 18,0$ мин. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Гистологический анализ образцов, взятых во время операции, показал наличие в них бронхиальной и альвеолярной ткани, покрытой клетками мезотелия. У 3 пациентов обнаружены кистозные образования, сходные с теми, что наблюдаются при кистоаденоматозном пороке легкого. Послеоперационное наблюдение проводилось на протяжении от 6 месяцев до 5 лет после операции. В ходе этих наблюдений скелетно-мышечные деформации грудной клетки и спаечная кишечная непроходимость не регистрировались.

Заключение. Представленная в настоящем исследовании серия минимально инвазивного лечения пациентов с бронхолегочной секвестрацией интраабдоминальной локализации демонстрирует эффективность и безопасность такого подхода, особенно для хирургической коррекции тех форм заболевания, когда секвестры располагаются в труднодоступных анатомических пространствах тела.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФУНДОПЛИКАЦИЯ НИССЕНА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ПАЛАТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Козлов Ю.А.^{1,3}, Ковальков К.А.⁴, Полоян С.С.⁵

¹ Областная детская клиническая больница, Иркутск

² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

³ Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

⁴ Кузбасская областная детская клиническая больница им. Ю.А. Атаманова, Кемерово

⁵ Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово

Введение. Настоящее исследование фокусируется на регистрации ранних послеоперационных изменений, основанных на сравнении клинических параметров респираторной и нутритивной поддержки после лапароскопической фундопликации Ниссена у недоношенных детей, находящихся в условиях палаты интенсивной терапии.

Материалы и методы. В исследовании были ретроспективно изучены истории болезни всех младенцев с массой тела менее 2500 г и гестационным возрастом менее 37 нед., которым выполнены лапароскопические антирефлюксные процедуры. Этому критерию соответствовали 25 пациентов. В финальной стадии исследования были изучены периоперативные данные, которые включали демографические параметры пациентов, сведения о зависимости пациентов от искусственной вентиляции легких и кислородной терапии, показатели баланса массы тела, осложнения, возникшие в раннем и отдаленном периоде наблюдений.

Результаты. Средний вес больных составил $1560,0 \pm 450,4$ г (медиана — 1600,0 [1200,0; 1950,0] г). Младенцы с гастроэзофагеальным рефлюксом находились на различных режимах респираторной терапии (50% — искусственная вентиляция легких, 50% — кислородная терапия). Средняя длительность операции составила $35,4 \pm 8,2$ мин (медиана — 35,0 [30,0; 40,0] мин). Среднесуточная прибавка веса до и после операции, измеренная в первые 28 дней после хирургического вмешательства, составила соответственно $15,3 \pm 2,1$ г/день (медиана — 15,0 [14,0; 16,0] г/день) против $24,9 \pm 1,8$ г/день (медиана — 25,0 [24,0; 26,0] г/день) ($p < 0,001$). Оценка тяжести заболевания легких, основанная на определении концентрации O_2 во вдыхаемой смеси (FiO_2) до операции и через 7 дней после нее, показала статистически значимое ($p < 0,001$) снижение потребности организма ребенка в кислороде для обеспечения адекватного газообмена с $34,4 \pm 3,9\%$ (медиана — 35,0 [30,0; 37,5]%) до $23,1 \pm 3,4\%$ (медиана — 21,0 [21,0; 25,0]%). Необходимость в инвазивной искусственной вентиляции легких статистически значимо снизилась с 68 [47; 85]% до 20 [7; 41]% ($p < 0,001$), в неинвазивной искусственной вентиляции легких — с 32 [15; 54]% до 20 [7; 41]%, но данное снижение было статистически незначимым ($p = 0,084$). Способность к самостоятельному дыханию появилась у 60% пациентов (0 [0; 14]% против 60 [39; 79]%; $p = 0,002$). Послеоперационные осложнения включали рецидив рефлюкса у 1 больного (4 [0; 20]%), который потребовал повторной фундопликации в отдаленном периоде наблюдений.

Заключение. Таким образом, лапароскопические антирефлюксные операции возможны у недоношенных детей. Эти хирургические процедуры хорошо переносятся младенцами и позволяют улучшить качество их жизни.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОЕ ЗАКРЫТИЕ ЭНТЕРОСТОМ У ДЕТЕЙ

Козлов Ю.А.¹⁻³, Ковальков К.А.⁴, Полоян С.С.⁵

¹ Областная детская клиническая больница, Иркутск

² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

³ Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

⁴ Кузбасская областная детская клиническая больница им. Ю.А. Атаманова, Кемерово

⁵ Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово

Цель исследования. Получить опыт лапароскопически ассистированного закрытия энтеростом у детей раннего возраста, оценить безопасность и эффективность такого лечебного подхода.

Описание техники закрытия энтеростом у детей при помощи лапароскопии.

Материалы и методы. У 20 новорожденных, которые получали лечение на протяжении последних 5 лет, начиная с 2015 г., выполнено лапароскопически ассистированное закрытие энтеростом. Их возраст составлял от 36 до 160 дней, а масса тела — от 2 до 4,1 кг. Хирургическое вмешательство выполнялось под общей анестезией. Оптический троакар вводили через пупок открытым способом. Лапароскопия использовалась для исследования кишечника, энтеростомы и разделения спаек. Производился поиск и мобилизация из перитонеальных сращений отводящего сегмента кишечника, перевязанного цветной лигатурой в ходе резекции кишечника во время первой операции. Далее выполняли слегка расширенный разрез кожи по окружности энтеростомы и ее освобождение из тканей брюшной стенки. Затем в этот разрез извлекали дистальный сегмент кишечника, чтобы выполнить двухрядный экстракорпоральный кишечный анастомоз. Далее сегмент кишки с анастомозом погружали в брюшную полость. Рана брюшной стенки герметизировалась.

Результаты. Все пациенты были успешно прооперированы без интраоперационных осложнений и конверсий в открытые операции. Средняя продолжительность хирургического вмешательства, включая длительность лапароскопического и открытого этапов составила 59,5 минут. Старт энтерального питания был осуществлен в среднем на 3-и сутки. Длительность пребывания в госпитале составила в среднем 9,1 дня. В раннем послеоперационном периоде регистрировался 1 случай раневой инфекции. В отдаленном периоде наблюдений в среднем на протяжении 12 месяцев отмечался 1 случай спаечной кишечной непроходимости, который потребовал повторной лапароскопии и рассечения спаек, локализованных дистальной анастомоза.

Заключение. Опыт лапароскопически ассистированного закрытия энтеростом у детей раннего возраста, продемонстрированный в настоящем исследовании, свидетельствует о безопасности и эффективности такого лечебного подхода.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К МОНОПОРТОВОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ

Кокоталкин А.А.¹, Аксельров М.А.², Столяр А.В.³

¹ Ноябрьская центральная городская больница, Ноябрьск

² Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

³ Тюменский научный центр СО РАН, Тюмень

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — это дистрофически-дисметаболическое заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и/или билирубина и характеризующееся образованием конкрементов в желчных путях. Частота встречаемости патологии у детей достоверно не определена, однако в последнее время заболевание встречается все чаще. Консервативное лечение несмотря на использование новых фармакологических препаратов и алгоритмов их применения не всегда успешно. При его неэффективности и при наличии органических конкрементов выражено снижающих «качество жизни» ребенка применяется оперативное лечение. Золотым стандартом оперативного лечения ЖКБ является лапароскопическая холецистэктомия. Единый лапароскопический доступ (ЕЛД) — следующий этап лапароскопии на пути уменьшения разрезов и шрамов на брюшной стенке. В детской хирургии холецистэктомия в настоящее время еще не стала повседневной, рутинной операцией и в литературе носит вид описаний клинических случаев или разбора оперативной техники на небольших, по количеству пациентов, групп детей. Главной проблемой ЕЛД являются измененные параметры условий манипуляций хирургическими инструментами, возможность их перекрещивания, контакта между собой и с видеокамерой и стравливание углекислого газа через не всегда герметичный порт, что существенно повышает сложность вмешательства, так как требует применения специальных инструментов и технических решений.

Цель — разработка анатомических предпосылок, осложняющих манипуляции инструментами при холецистэктомии из ЕЛД и выработка показаний для оптимизации операции постановкой дополнительного порта «монопорт + 1».

Материалы и методы. Измеряли угол реберной дуги по А.В. Чоговадзе, как при осмотре непосредственно на пациенте или оценке рентгеновского снимка, если таковой выполняли для определения состава камней.

Результаты. В ходе исследований и наблюдений было установлено, что угол реберной дуги более 92° соответствует гиперстеническому телосложению, с 91 до 89° нормостеническому и меньше 89° астеническому. Сопоставив данные результатов операций из ЕЛД выявили, что наибольшие трудности с фиксацией дна пузыря и его тракцией возникали у детей с гиперстеническим телосложением в связи с «распластанностью» печени и достаточно узким «углом атаки». При операциях у детей с нормостеническим и астеническим телосложением подобных проблем возникало гораздо меньше.

Заключение. Таким образом классическую монопортовую холецистэктомию можно рекомендовать к выполнению у детей с углом реберной дуги от 91° и ниже, при угле реберной дуги более 91°, методом выбора доступа для проведения холецистэктомии может быть «монопорт + 1».

ТРАНСАНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ МЕГАРЕКТУМ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ АТРЕЗИИ И АНАЛЬНОЙ АХАЛАЗИИ

Колесникова Н.Г., Комиссаров И.А., Ковалев Ф.С., Гуаделупе С.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Материалы и методы. В 2018–2021 гг. в СПбГПМУ получали лечение 10 пациентов с мегаректум после коррекции аноректальной атрезии (5 детей) и неэффективного лечения анальной ахалазии (5 детей) в возрасте от 2 до 9 лет. Для оперативного лечения применяли принцип операции De La Torre — протяженную демукозацию всей прямой кишки, максимально проксимальное пересечение мышечного футляра в зоне перехода прямой кишки в сигмовидную — то есть в брюшной полости. Целью этого подхода является исключение хирургических маневров в малом тазу, где расположены парасимпатическое сплетение, леваторный комплекс и рубцы после перенесенных операций.

Результаты. Благодаря этому трансанальные резекция мегаректум и низведение сигмовидной кишки без применения лапароскопической ассистенции стали возможны не только у детей до 1 года (что выполняют очень часто), но и у более старших детей.

Заключение. Таким образом, трансанальная резекция мегаректум без применения лапароскопической ассистенции у пациентов после коррекции аноректальной атрезии и анальной ахалазии — эффективный, но при этом малоинвазивный метод лечения.

ОТЛИЧИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО ПРОХОДА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АНАЛЬНОЙ АХАЛАЗИИ: ЗАПОРАМИ, АНАЛЬНЫМИ ТРЕЩИНАМИ, ГЕМОРРОЕМ

Колесникова Н.Г., Комиссаров И.А., Ковалев Ф.С.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Введение. До настоящего времени не установлено, почему одно и то же заболевание — анальная ахалазия — приводит к различным проявлениям.

Цель. Выявить особенности участков внутреннего сфинктера у пациентов с различными клиническими проявлениями этого заболевания: запорами, анальными трещинами, дилатацией вен околоанальной области и геморроем.

Материалы и методы. В 2016–2020 гг. в СПбГПМУ получали лечение 318 пациентов с анальной ахалазией. Наиболее частым клиническим проявлением этого заболевания были запоры, часто осложненные каломазанием. Но у 25% пациентов анальная ахалазия проявлялась рецидивирующими анальными трещинами, а у 8% — дилатацией вен околоанальной области или геморроем.

Результаты. Всем пациентам с анальной ахалазией было выполнено оперативное лечение: задняя внутренняя сфинктеромиотомия. Макроскопически во всех случаях были выявлены выраженные утолщение, склероз и ригидность внутреннего сфинктера, наиболее выраженные у пациентов с анальными трещинами, дилатацией вен и геморроем. Микроскопически в участках внутреннего сфинктера заднего прохода при различных вариантах анальной ахалазии не было отличий в количестве ганглиозных клеток и нервных волокон, но изменения мышечной ткани носили необратимый характер в виде ее келлоидоподобной трансформации.

Заключение. Анальная ахалазия — заболевание, которое может быть с многообразной клинической картиной (запорами, каломазанием, рецидивирующими анальными трещинами, дилатацией вен области ануса и геморроем). При микроскопическом исследовании выявлена не только необратимая келлоидоподобная трансформация мышечной ткани внутреннего сфинктера заднего прохода, но и ее различия при разных проявлениях анальной ахалазии.

ПЕРЕСЕЧЕНИЕ ВНЕПОЗВОНОЧНОЙ ЧАСТИ РИГИДНОЙ ТЕРМИНАЛЬНОЙ НИТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАПОРОВ И КАЛОМАЗАНИЯ У ДЕТЕЙ

Колесникова Н.Г., Комиссаров И.А., Купатадзе Д.Д., Ковалев Ф.С., Гуаделупе С.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Введение. Запоры отмечены у 5–10% детей и остаются самой актуальной проблемой в детской колопроктологии. Учитывая отсутствие эффекта от проводимой терапии у 25–40% детей с запорами и каломазанием, было решено применять пересечение терминальной нити, которая у этих пациентов ригидная.

Материалы и методы. В 2018–2020 гг. в СПбГПМУ 150 пациентам с гипорефлекторной дисфункцией прямой кишки при некурабельных запорах было выполнено пересечение ригидной терминальной нити малоинвазивным доступом — за пределами позвоночного канала.

Результаты. После пересечения ригидной терминальной нити внепозвоночным доступом была достигнута ликвидация запоров и каломазания у 76% детей с гипорефлекторной дисфункцией прямой кишки и запорами. Это соответствует результатам лечения ригидной терминальной нити при ее пересечении внутрипозвоночным, более инвазивным доступом, который в настоящее время является основным во всех странах мира. Макроскопически при ревизии терминальной нити всегда были выявлены ее ригидность и натяжение, у части больных — ее липома и утолщение. Неврологических осложнений после операции не было ни в одном случае.

Заключение. Применение нового хирургического малоинвазивного метода — пересечение ригидной терминальной нити вне позвоночного канала — позволило ликвидировать некурабельные запоры у 76% детей.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Комина Е.И., Алхасов А.Б., Ратников С.А., Романова Е.А., Савельева М.С.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Введение. Стеноз подголосового пространства — одна из самых частых причин обструкции верхних дыхательных путей. В 90% случаев развивается в результате эндотрахеальной интубации. Частота развития постинтубационных стенозов верхних дыхательных путей варьирует от 0,9 до 24,5%. В связи с повышением выживаемости детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, нуждающихся в длительной ИВЛ, возросло количество детей с постинтубационными стенозами подголосового пространства. Так как единого мнения о выборе хирургической тактики лечения, а также о длительности послеоперационного наблюдения перед деканюляцией не существует, тема данной работы является актуальной.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с постинтубационными сужениями подголосового пространства.

Материалы и методы. В хирургическом торакальном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» за период с 2019 по 2020 г. пролечено 49 пациентов с постинтубационными сужениями подголосового пространства. Возраст пациентов составил от 3 мес. до 17 лет 9 мес. Диагностика: трахеобронхоскопия и МСКТ для оценки протяженности зоны стеноза. Методы лечения были разделены на 2 группы. 1-я группа — эндоскопические методы лечения (бужирование, лазерная вапоризация зоны стеноза). 2-я группа — открытые реконструктивные вмешательства (пластика гортани со стентированием Т-образной трубкой, пластика гортани реберным хрящом). Эндоскопические методы лечения применяли у 26 пациентов, реконструктивные операции — у 28. 5 пациентам реконструктивные операции выполнены после безуспешных попыток эндоскопического лечения. 4 пациентам проведена повторная пластика гортани со стентированием Т-трубкой после ее самостоятельного удаления ребенком. 1 пациенту выполнена пластика гортани со стентированием Т-трубкой после пластики гортани реберным хрящом. Пластику гортани со стентированием Т-образной трубкой проводили в следующих случаях: неэффективность эндоскопических методов, неэффективность пластики гортани реберным хрящом, грубый рубцовый стеноз, полная непроходимость гортани, парез гортани.

Результаты. В результате применения эндоскопических методов лечения удалось избежать трахеостомии у 16 пациентов. 1 пациент деканюлирован после выполнения бужирования гортани и лазерной фотокоагуляции рубца. 7 пациентов после пластики гортани со стентированием Т-образной трубкой деканюлированы на данный момент. Результат лечения у деканюлированных пациентов хороший.

Выводы.

1. Эндоскопические методы являются альтернативой реконструктивной хирургии, позволяют достичь хорошего результата лечения стенозов гортани и избежать наложения трахеостомы у определенной группы пациентов.

2. Необходим персонализированный подход к выбору метода лечения пациентов с сужениями подголосового пространства.

3. Пациентам с сочетанием стеноза и пареза гортани показана пластика гортани со стентированием Т-трубкой.

4. Улучшение диагностики постинтубационных сужений подголосового пространства позволит улучшить результаты лечения.

ПЕРСониФИЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР ДОСТУПА И ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Коровин С.А.¹, Дзядчик А.В.², Тимохович Е.В.³, Акопян М.К.³, Донской Д.М.¹, Соколов Ю.Ю.¹

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

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

³ Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

Введение. Вопросы оказания экстренной хирургической помощи детям являются приоритетными в детской хирургии.

Цель исследования. Обосновать доступ и объем оперативных вмешательств у детей с кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. В клинике кафедры детской хирургии с 2008 по 2020 г. прооперировано 88 больных с обтурационной кишечной непроходимостью (ОКН) (51) и странгуляционной кишечной непроходимостью (СКН) (37) в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Изучены клиничко-анамнестические данные (КАД), результаты инструментальных методов предоперационной диагностики (ИМПД) и лапароскопии (ЛС), определены чувствительность, специфичность и точность последних. Чувствительность (Sn) — возможность завершения оперативного вмешательства в ЛС-варианте; специфичность (Se) — ограничение возможности завершения оперативного вмешательства в ЛС-варианте; точность (ACC) — показатель эффективно проведенных оперативных вмешательств. Метод индивидуального определения возможности выполнения эндохирургических вмешательств (ЭХВ) создан на основе коэффициентов признаков «решающего правила» по методу Байеса.

Результаты. При оценке возраста и тяжести состояния пациентов отличий при различных видах непроходимости не установлено. В анамнезе ранее выполненные оперативные вмешательства (преимущественно по поводу осложнений аппендицита и пороков развития ЖКТ) отмечены в группах пациентов с ОКН и СКН в 46 (90,5%) и 13 (35,7%) наблюдениях соответственно ($p < 0,05$). УЗИ и рентгенография БП не стали абсолютными для установления характеристик заболевания. ЛС была наиболее информативной при уточнении причины и проявлений непроходимости. ЛС-технологии были эффективными в группах больных с ОКН и СКН в 45 (88%) и 24 (65%) наблюдениях соответственно. Конверсии были обусловлены специфическими для отдельного вида непроходимости причинами. Метода индивидуального определения возможности выполнения эндохирургических вмешательств (ACC — 85,8%) создан на основе 11 признаков КАД, ИМПД и ЛС, включенных в «решающее правило»: тяжесть состояния больного, доступ, патология и объем первичного оперативного вмешательства, вид кишечной непроходимости, ультразвуковые и рентгенологические проявления кишечной непроходимости, выраженность спаечного процесса (заворота) в БП, макроскопический вид «пораженной» кишки, ЛС-визуализация причины непроходимости, проявления кишечной недостаточности ($p < 0,001$). Точность предложенного теста составила 92,9%, что позволяет рекомендовать последний для персонифицированного выбора доступа и объема оперативных вмешательств у детей с кишечной непроходимостью.

Заключение. Метод индивидуального определения возможности завершения ЭХВ является реальной поддержкой принятия решений при выборе доступа и объема оперативных вмешательств у детей с кишечной непроходимостью.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ С ОБЗОРОМ ЛИТЕРАТУРЫ

Коротеев В.В., Семенов А.В., Трусова Н.Г., Кардаш Е.В., Исаев И.Н., Лозовая Ю.И.,
Ти-Мин-Чуа Д.В., Петрухин И.А., Тарасов Н.И., Крестьяшин В.М., Выборнов Д.Ю.

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

Введение. Разрывы связок голеностопного сустава составляют в общей популяции до 11,6 случаев на 1000 пациентов, общая доля всех травматических повреждений — до 11,9%, и от 10 до 30% всех спортивных травм. Чаще всего при таких повреждениях отмечаются разрывы передней таранно-малоберцовой, пяточно-малоберцовой, задней таранно-малоберцовой связок, межберцового синдесмоза. От 36 до 85% острых повреждений связок голеностопного сустава успешно лечатся консервативно, однако в ряде случаев возникает хроническая нестабильность голеностопного сустава. До 70% пациентов испытывают остаточные явления после повреждения связок: боль, припухлость, ощущение нестабильности сустава, а в 3–34% отмечаются повторные повреждения связок. Существуют 3 основные методики восстановления связочного комплекса латерального отдела голеностопного сустава: анатомическое восстановление, анатомическая реконструкция и неанатомическая реконструкция связок. При анатомическом восстановлении положительный результат, по данным литературы, достигает с частотой до 85% случаев, однако методика неприменима при генерализованной дисплазии соединительной ткани, застарелых разрывах с выраженной нестабильностью, а также с сопутствующими повреждениями связок помимо передней таранно-малоберцовой. Анатомическая реконструкция подразумевает тенodes остатков передней таранно-малоберцовой связки с усилением путем подшивания нижней порции удерживателя сухожилий разгибателей стопы (процедура Brostrom – Gauld). Данная операция позволяет уменьшить внутреннюю ротационную нестабильность голеностопного сустава и приводит к большей частоте удовлетворительных результатов по сравнению с вышеописанной.

Описание клинического наблюдения. Мы представляем клинический случай ребенка 12 лет — спортсмена (футбол) — с хронической комбинированной передне-задней и ротационной нестабильностью голеностопного сустава, которому был выполнен третий вариант — неанатомическая реконструкция латерального связочного комплекса методом Watson-Jones — аутосухожильной реконструкцией связочного комплекса сухожилием короткой малоберцовой мышцы. Данная процедура, согласно данным литературы, приводит к положительным результатам с частотой до 88% случаев. В нашем случае спустя 2 года после реконструкции у ребенка не отмечается жалоб, ребенок полностью восстановился и вернулся в спорт с полной нагрузкой на сустав.

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Коряшкин П.В., Вечеркин В.А., Птицын В.А., Баранов Д.А., Шишунов Д.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение. Оценка параметров центральной гемодинамики (ЦГ) у детей школьного возраста с аппендикулярным перитонитом — один из критериев успешной коррекции нарушений гемодинамики, что способствует скорейшему выздоровлению пациентов.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения детей школьного возраста с аппендикулярным перитонитом (АП).

Материалы и методы. В клинике хирургии детского возраста ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с 2017 по 2020 г. находилось на лечении 203 ребенка с АП. Среди пациентов школьников было 162. При этом мальчики составляли 44,6%, а девочки — 55,4%. Все дети поступили в тяжелом состоянии, лечение их проводилось в ПИТ гнойно-септического отделения или ОРИТ стационара. Наряду с клиническим и лабораторным обследованием у 63 пациентов аппаратом «Кардиокод» оценивали параметры ЦГ (V_0 , МОК, $V_{p.d.}$ — ранняя диастола, $V_{c.p.}$ — систола предсердия, $V_{т.а.}$ — тонус аорты, $V_{б.и.}$ и $V_{м.и.}$ — быстрое и медленное изгнание) при поступлении, после операции, на 3, 5, 7-е сутки. После операции этим детям проводили сеансы гипербарической оксигенации.

Результаты. Нами были выявлены значительные нарушения ЦГ. Так ЧСС при поступлении в ДХО у больных превышало норму от 20% до 36%. Было отмечено снижение показателей $V_{p.d.}$ до 69% от нормы. При этом значения $V_{c.p.}$ также компенсаторно превышали норму. Сократительная способность миокарда пациентов не страдала. С 3–4-е суток для устранения токсикоза, гипоксии и пареза кишечника пациентам с АП применяли сеансы гипербарической оксигенации в режиме 1,3–1,5 АТА длительностью 40–45 мин. Курс баротерапии составлял от 4 до 8 сеансов.

Выводы.

1. У школьников с АП регистрируются значительные нарушения систолических ($V_{б.и.}$) и диастолических ($V_{p.d.}$) показателей параметров ЦГ.
2. Оценка параметров ЦГ в день поступления больных в стационар позволяет в ранние сроки диагностировать гемодинамические нарушения и проводить рациональную интенсивную терапию.
3. Применение гипербарической оксигенации является эффективным методом борьбы с эндотоксикозом, гипоксемией и парезом кишечника.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОРАФИЯ ПРИ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖЕ У ДЕТЕЙ

Кошурников О.Ю.¹, Потапенко В.Ю.¹, Лукашина Н.А.¹, Мигачева Л.В.¹, Огнев С.И.²

¹ Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

² Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Актуальность. Грыжесечение при паховой грыжи у детей является наиболее частым оперативным вмешательством. Редкая форма грыжи в проекции пахово-бедренной области у детей — бедренные грыжи составляют до 0,3%. На клиническом этапе не всегда возможно достоверно диагностировать бедренную грыжу, симулирующую паховую грыжу. Использование лапароскопии позволяет четко дифференцировать бедренный вариант грыжи от паховой, что нередко приводит к конверсии на открытый метод грыжесечения бедренной грыжи (методики Bassini, Ruggi – Parlavecchio).

Цель. Представить опыт лечения бедренных грыж у детей.

Материалы и методы. В нашей клинике за 2019–2020 г. пролечено 3 пациента с бедренной грыжей в возрасте 7 и 9 лет, две девочки и 1 мальчик. Все с односторонним вариантом грыжи (правосторонняя локализация — 2, левосторонняя — 1). Только у 1 пациента в предоперационном периоде диагностирована бедренная грыжа, у остальных на дооперационном этапе — паховая грыжа. Диагноз установлен на основании объективного обследования и УЗИ паховых областей. На предоперационном этапе выполнен комплекс лабораторных исследований.

Результаты. Дети поступали в плановом порядке. Под общим обезболиванием всем детям выполняли лапароскопический доступ, при ревизии брюшной полости выявлены анатомические признаки бедренной грыжи: паховое внутреннее кольцо интактно, воронкообразное втяжение ниже паховой связки и медиальнее *a.v.epigasrica inferior*, жировой предбрюшинный компонент. Устранение бедренной грыжи осуществляли по методике McVay, предусматривающей ряд оперативно-технических принципов: иссечение предбрюшинного жирового компонента, ликвидация дефекта бедренной грыжи за счет аппроксимации паховой и куперовской связок отдельными швами, восстановление париетальной брюшины. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений нет, катамнез через 6 мес. — рецидива бедренной грыжи нет.

Выводы:

1. Лапароскопическая ревизия брюшной полости позволяет выполнить более достоверную дифференциальную диагностику грыж передней брюшной стенки.
2. Методика грыжесечения по McVay позволяет провести лапароскопическим способом устранение бедренной грыжи без использования синтетических материалов (имплантов) для ликвидации дефектов передней брюшной стенки.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Кульчицкий О.А., Соловьев А.Е.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Введение. Ишемическое повреждение играет важную роль в этиологии и патогенезе заболеваний органов брюшной полости. Особую актуальность они приобретают в условиях экстренной хирургии в оценке степени этих нарушений, выборе рациональной тактики при острых ишемических поражениях кишечника. В клинической практике для оценки кровообращения в кишечнике обычно пользуются визуальными признаками, которые основываются на анализе цвета, блеска серозной оболочки, пульсации брыжеечных сосудов, наличии перистальтических сокращений, характера выпота брюшной полости. Недостатком является субъективизм оценки.

Цель исследования. Определить возможность эндоскопических и лабораторных методов исследования в диагностике ишемии кишечника при острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) у детей.

Материалы и методы. Проводили общепринятое обследование 40 детям с ОСКН, включая УЗИ, рентгенографию брюшной полости, лапароскопию, а также лабораторные методы исследования. Особое внимание уделялось лапароскопии и исследованию уровня лактата в крови при поступлении и в послеоперационном периоде. Определяли уровень лактата в плазме крови «колориметрическим тестом для определения лактата в сыворотке, плазме и цереброспинальной жидкости». Статистически анализировали различия уровня лактата в зависимости от стадии заболевания с помощью критерия Краскела – Уоллиса.

Результаты. Выделены 3 клинических стадии ОСКН: компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная. Критерии выделения стадий: время, прошедшее с момента заболевания, особенности клиники, УЗИ, рентгенологические и инструментальные исследования, данные лапароскопии и оперативного вмешательства. Определяли степень эндотоксикоза и уровень лактата крови. Установлено, что лапароскопия и уровень лактата крови позволяют с точностью до 80% диагностировать ишемию и стадию заболевания. Повышение уровня лактата крови в 2 раза является показателем ишемии кишечника и требует хирургического вмешательства.

Заключение. Лапароскопические исследования и уровень лактата крови при ОСКН у детей представляется важными факторами диагностики ишемии кишечника.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ КИСТЕЙ И СТОП У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ

Кунгуров И.С., Степанов М.А.

Медицинский центр современной медицины «Евромед», Омск

Введение. Синдактилия является одной из наиболее распространенных врожденных пороков развития конечностей у детей. Четких статистических данных о частоте возникновения данной патологии в популяции нет. В большинстве клиник на территории Российской Федерации нет единой стратегии выбора метода хирургического лечения и общей тактики раннего послеоперационного периода.

Цель хирургического вмешательства — это улучшение функции кисти и определение оптимальной хирургической техники и тактики раннего послеоперационного ведения пациента. Использование донорской кожи для закрытия дефекта кожи — не «фатальное» решение в выборе тактики.

Материалы и методы. В нашей клинике за период 2020–2021 г. было прооперировано 20 пациентов в возрасте от 1 года до 4 лет с пороками развития кисти. Данным пациентам применены следующие методы реконструкции: прямоугольный лоскут на дорсальной основе с кожным трансплантатом, взятым с паховой области или внутренней поверхности плеча. В ходе оперативного вмешательства для формирования межпальцевого промежутка и атравматического обращения с тканями использовали рассасывающийся материал (мононить 5/0, 6/0). В раннем послеоперационном периоде использовали «дисциплинирующую» шину сроком на 21 день, первая перевязка выполнена на 10-е сутки с применением регенерирующей пены. С 14–16-х суток пациентам осуществлялась санация кожных покровов с последующей противорубцовой терапией (физиолечение, массаж, применением гелей на силиконовой основе).

Результаты. Прямоугольные лоскуты на дорсальной основе с кожным трансплантатом имеют лучшие косметические и функциональные результаты. Выбор вышеуказанной тактики оперативного вмешательства и особенности ведения пациентов в раннем послеоперационном периоде (использование шовного материала, отсутствие ранних перевязок, деликатное обращение с тканями) исключили формирование гипертрофированных рубцов и краевого некроза тканей. Получены субъективные данные при опросе родителей о качестве проведенного оперативного вмешательства. Задано два вопроса: довольны ли функцией кисти и имеет ли место косметический дефект. Предполагалась оценка по 5-и бальной шкале. В 100% случаев родители оценили качество рубцов и полученные функциональные результаты (формирование кончиков пальцев, межпальцевого промежутка) на «хорошо» и «отлично».

Заключение. Несмотря на использование кожной трансплантации и связанной с ней «заболеваемости» на донорском участке, дорсальные прямоугольные лоскуты имеют достаточно хорошие эстетические результаты, кожный трансплантат не имеет изменений, которые повлияли бы на функцию кисти. В отдаленных результатах пациенты и их родители не предъявляли жалобы на донорский участок. Накопление статического материала по реконструктивно-пластическим операциям у детей с пороками развития кистей и стоп необходимо для систематизации и обобщения опыта оперативной деятельности.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Купатадзе Д.Д., Полозов Р.Н., Иванов А.П., Набоков В.В., Рыбка Е.П., Щеголев Д.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург

Введение. Реплантация конечностей и их сегментов у детей, а также лечение повреждений сосудисто-нервных магистралей конечностей остается актуальной проблемой детской хирургии. Следует учитывать общее состояние больного, характер травмы (отсечение, разможнение, тракция), время холодовой и тепловой аноксии, уровень ампутации. Зачастую пригодными для реплантации являются уровни ампутации от запястья до средней трети предплечья и от голеностопного сустава до верхней трети голени. Исход при наличии уровня более высокой локализации является сомнительным, особенно при условии отчленения выше средней трети бедра.

Материалы и методы. В клинике микрохирургии СПбГПМУ с 1998 по 2016 г. было проведено 12 реплантаций с использованием пяточно-подошвенного сегмента, две реплантации предплечья, одна голени, 99 реплантаций и 34 реваскуляризации пальцев (всего 145 операций), пролечено 310 детей с повреждениями сосудисто-нервных магистралей (всего 455 наблюдений). При небольших дефектах мягких тканей пальцев использовали пластику по Транквилли – Леали. Пластика кожным лоскутом на временно питающей ножке с ладони или соседнего пальца являлись методами выбора при значительных дефектах мягких тканей дистальных фаланг. При скальпированных, циркулярных дефектах функционально значимых пальцев мы применяли кожную пластику острым стеблем по Блохину – Конверсу. При ампутациях на уровне дистального межфалангового сустава и проксимальнее использовали реплантации или реваскуляризации отчлененных сегментов кисти. У пациентов с полными и неполными отчленениями пальцев и сегментов кисти, которые имели множественные повреждения тканей кисти, выполняли первичную хирургическую обработку, формирование культи, различные кожно-пластические операции, шов сухожилий, нервов, сосудов с микрохирургической техникой. Решающее значение для результатов лечения повреждений магистралей конечностей имеет ранняя диагностика ишемии и венозной недостаточности, одномоментное восстановление всех поврежденных структур.

Результаты. В большинстве случаев получены отличные и хорошие отдаленные функциональные и косметические результаты, обязательна микрохирургическая техника оперирования с оптическим увеличением 6–20 раз, атравматическими нитями 6/0 — 10/0.

Заключение. Следует подчеркнуть особое значение реабилитации этих пациентов, что наряду с первичной хирургической операцией определяет результат их лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ 500 ПАЦИЕНТОВ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ГИДРОНЕФРОЗОМ

Левитская М.В.¹, Шумихин В.С.^{1,2}, Мокрушина О.Г.^{1,2}, Гуревич А.И.¹,
Юдина Е.В.¹, Ерохина Н.О.¹

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

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

Введение. Классификация SFU и антенатальная консультация детского хирурга позволяют прогнозировать течение порока развития после рождения, выделить группу детей для оказания срочной урологической помощи.

Цель исследования. Оценить результаты лечения пациентов раннего возраста с гидронефрозом III–IV степени, выявленным при антенатальной диагностике.

Материалы и методы. За последние 12 лет в ДГКБ им Н.Ф. Филатова проведено 5067 консультаций беременных с пороками развития мочевыделительной системы у плода. Гидронефроз (ГН) диагностирован у 1342 плодов. Антенатальное консультирование проводилось дважды, что позволяло выявить группу плодов с критическим расширением лоханки. На основании антенатальной диагностики пациенты разделены на 2 группы — с гидронефрозом III и IV степени. Всем детям проводилось УЗИ почек с доплерографией, микционная цистоуретрография, нефросцинтиграфия (99mTc-ДМСА). У пациентов с ГН III степени (392 ребенка) размер лоханки составил $20-25 \pm 2,53$ мм, толщина паренхимы 4–5 мм, отмечено ослабление внутриорганного кровотока, снижение функции почки на 25–45%. У пациентов с ГН IV степени (118) размер лоханки составил $34,6 \pm 2,2$ мм, толщина паренхимы 2–3,5 мм, отмечено выраженное угнетение кровотока, снижение функции почки более чем на 40%, повышение индекса резистентности до 0,78–0,8. Пациентам этой группы первым этапом выполнена пункционная нефростомия. Сроки проведения дренирования составили 45–60 дней.

Результаты. У 8 детей в связи с резким снижением функции почки даже после дренирования лоханки выполнена нефрэктомия.

В возрасте 60–90 дней жизни 502 детям выполнена резекционная пиелопластика с внутренним или наружным дренированием лоханки в послеоперационном периоде. Продленная нефростомия потребовалась 5 детям (4,2%) с ГН IV степени. Семи детям (1,4%) в связи с рестенозом прилоханочного отдела мочеточника выполнена повторная операция. Мочевой затек в забрюшинное пространство отмечен у 2 детей (0,4%). Оценка эффективности оперативного лечения включало оценку восстановления уродинамики, функции почки и инфекционных осложнений и составило 98,6%. Несмотря на восстановление уродинамики только у 67% детей функция почки достигает 95–100% через 12–18 мес. после проведения операции.

Заключение. Антенатальная диагностика и активная хирургическая тактика позволяет достичь высокого уровня успешных результатов (98%) у пациентов с гидронефрозом, в том числе с ГН IV степени.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПЕРЕРОЖДЕНИЕ АДЕНОМЫ ПЕЧЕНИ В ГЕПАТОБЛАСТОМУ У РЕБЕНКА

Лившиц И.С.^{1,2}, Гудумак Е.М.³

¹ Институт матери и ребенка, Кишинев, Республика Молдова

² Научно-практический центр детской хирургии им. Натальи Георгиу, Кишинев, Республика Молдова

³ Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты, Кишинев, Республика Молдова

Введение. Аденома печени составляет 4,6% всех доброкачественных образований печени у детей и занимает 5 место среди всех доброкачественных некистозных образований печени у детей. Чаще развивается у девочек старше 10 лет, что связано с приемом оральных контрацептивов. Существуют публикации о сочетании аденомы печени с анемией Фанкони, диабетом, галактоземией, гликогенозом. Данная опухоль предрасположена к кровотечению, редко к малигнизации.

В статье представлен клинический случай ребенка, у которого была выявлена гепатобластома через 8 лет после оперативного вмешательства по поводу аденомы печени.

Клинический случай. Ребенок И., женского пола, в возрасте 3 лет поступил в больницу с подозрением на опухолевое образование печени, которое было обнаружено педиатром во время профилактического осмотра. Ребенку были проведены лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости, сцинтиграфия печени. Выполнено хирургическое вмешательство с частичным удалением опухоли, из-за ее центрального расположения. После чего ребенок находился под наблюдением: 2 раза в год — УЗИ живота, 1 раз в год — сцинтиграфия печени, а последние годы — 1 раз в год КТ, осмотр семейного врача и оперировавшего хирурга не менее 1–2 раз в год.

Через 8 лет после первичного обращения, мама заметила у ребенка увеличение живота, через 2–3 недели его ассиметрию и за 2 дня до обращения в больницу появились боли в животе. На УЗИ было выявлено увеличение в размерах остаточной опухоли с изменением ее структуры, эти же данные были получены на КТ с в/в контрастированием. Ребенку была проведена биопсия печени, и гистологически был поставлен диагноз гепатобластомы эпителиального типа. Ребенку проведены 5 курсов полихимиотерапии и на данный момент находится в стадии ремиссии.

Заключение. Детям с объемными образованиями печени кроме клинического наблюдения необходимо проводить КТ или ЯМР с ангиографией каждые 6 мес.

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА. ОПЫТ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Лидяева Е.Е., Стриженок Д.С., Карпова И.Ю.

Детская городская клиническая больница № 1, Нижний Новгород

Материалы и методы. В Детской городской клинической больнице № 1 Нижнего Новгорода в период с 2019–2021 гг. находились на лечении 7 пациентов с атрезией пищевода. Во всех случаях патология диагностирована постнатально. Доношенных новорожденных было 5, недоношенных — 2. Эзофагографию выполняли с водорастворимым контрастным веществом (раствор «Тразограф», 2 мл) на которой в 100% случаев установлена атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем (АП ДТПС). Множественные пороки развития выявили у 3 новорожденных (1 — синдром Эдвардса, 1 — неполный VACTER-синдром, 1 — сочетание с низкой формой атрезии ануса). В 4 случаях АП являлась изолированной аномалией.

После предоперационной подготовки на 2–4-е сутки все пациенты были прооперированы. Торакоскопическую коррекцию осуществили 5 младенцам, в 2 случаях использовали видеоассистированный мини-торакотомный доступ.

Одноэтапная пластика АП с разделением трахеопищеводного свища и формированием прямого эзофаго-эзофагоанастомоза проведена 6 новорожденным. Ребенку с очень низкой массой тела (1060 г) и подтвержденным синдромом Эдвардса, из-за крайней степени тяжести, использовали видеоассистированный мини-торакотомный доступ для ликвидации ДТПС.

Длительность торакоскопических вмешательств составила $165 \pm 30,5$ мин (min = 125 мин; max = 195 мин). После операции выхаживание пациентов осуществляли в ОРИТ на открытой реанимационной системе или в режиме кювеза. Искусственную вентиляцию легких выполняли в режиме P-SIMV, в рамках антибактериальной терапии назначали защищенные цефалоспорины, амикацин, метрогил в течение 10 суток, дренирование плевральной полости было с пассивной аспирацией по Бюлау. С целью нейровегетативной блокады титровали фентанил, при катетеризации эпидурального пространства использовали ропивакаин.

На 7-е сутки после операции больным начинали вводить пробное энтеральное питание через назогастральный зонд сцеженным грудным молоком или адаптированной молочной смесью. Через 10 суток — проводили контрольную эзофагографию.

Результаты. В двух случаях была констатирована несостоятельность анастомоза (1 — на 6 сутки после оперативного лечения, 1 — на 11-е сутки), потребовавшая проведения дополнительного дренирования плевральной полости. У двоих детей в отдаленном послеоперационном периоде был установлен рубцовый стеноз пищевода, проводилось однократное бужирование пищевода по струне под контролем фиброэндоскопа. Одному новорожденному в возрасте 2,5 месяцев диагностирован рецидив трахеопищеводного свища, с последующей торакоскопической ликвидацией последнего. В удовлетворительном состоянии 6 пациентов выписаны домой, умер 1 младенец с очень низкой массой тела и синдромом Эдвардса.

Заключение. Таким образом, торакоскопический метод лечения атрезии пищевода является мало-травматичным вмешательством, создающим хорошую панораму операционного поля. Методика не требует длительной седации и аналгезии с применением опиоидных анальгетиков в послеоперационном периоде в условиях ОРИТ, не формирует грубые рубцовые изменения и косто-мышечные деформации, дает возможность ранней экстубации и восстановления энтерального питания.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ВЫВИХОМ НАДКОЛЕННИКА

Лукаш А.А.

Омский государственный медицинский университет, Омск

Введение. Известно, что одним из наиболее частых повреждений коленного сустава у детей является вывих надколенника. До сих пор нет единого мнения относительно тактики ведения пациентов с вывихом, ввиду неудовлетворенности результатами лечения и не полной ясности этиологии вывиха все чаще клиницисты стали искать предрасполагающие к нему факторы, приходя к выводу, что пациенты с низким риском нестабильности могут лечиться консервативно, тогда как хирургическое вмешательство следует рассматривать для пациентов с высоким риском вывиха.

С учетом вышесказанного, мы посчитали необходимым проводить более углубленное обследование пациентов с диагнозом «посттравматический вывих надколенника» с целью выявления причин вывиха и, при наличии отклонений от возрастной нормы в строении коленного сустава, отдавать предпочтение оперативным видам лечения.

Цели исследования. Обосновать необходимость раннего оперативного лечения детей с вывихом надколенника, произошедшим при травме, при наличии у них признаков системного вовлечения соединительной ткани с проявлениями в области коленного сустава.

Материалы и методы. В работе представлен анализ результатов лечения 257 пациентов в возрасте от 6 до 17 лет в период с 2014 по 2019 год. Пациенты с вывихом надколенника были разделены на 3 группы: основную клиническую группу, в которой у пациентов были выявлены признаки дисплазии соединительной ткани и применялось раннее оперативное лечение; группу клинического сравнения, в которой у пациентов так же были выявлены признаки дисплазии соединительной ткани, но применялись консервативные методы лечения; контрольную группу, в которой у пациентов был вывих надколенника без дисплазии соединительной ткани.

Результаты. У пациентов основной группы на основании шкалы оценки результатов лечения и опросника Kujala отмечался положительный результат в 100% случаев. В группе клинического сравнения лечение оказалось успешным только у 48% пациентов. У всех пациентов контрольной группы достигнуты хорошие результаты лечения.

Заключение. Пациенты, поступающие с впервые возникшим вывихом надколенника, произошедшим при травме, должны быть обследованы на наличие отклонений в строении коленного сустава, присущих системному вовлечению соединительной ткани, как компенсированной формы диспластического вывиха, спровоцированного травмой. Пациентам с вывихом на фоне предрасполагающих факторов в строении коленного сустава на фоне минимальной травмы показано оперативное лечение как пациентам с диспластическим вывихом надколенника и высоким риском неудовлетворительного результата консервативного лечения.

УДВОЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Лукашина Н.А.¹, Цап Н.А.^{1,2}, Кошурников О.Ю.¹, Мигачева Л.В.¹,
Потапенко В.Ю.¹, Огнев С.И.²

¹ Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

² Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Актуальность. Удвоения желудочно-кишечного тракта являются редким пороком развития, требующим индивидуального подхода и выбора тактики лечения.

Цель. Анализ клинических симптомов удвоений желудочно-кишечного тракта в зависимости от локализации, оценка информативности методов исследования, выбранной тактики лечения.

Материалы и методы. Опыт лечения 11 детей за период 2015–2021 г. с удвоениями различных отделов желудочно-кишечного тракта: желудка (2), двенадцатиперстной кишки (3), тонкой кишки (2), толстой кишки (3), прямой кишки (1).

Результаты. Удвоения желудка были выявлены на скрининг-УЗИ. Лечение выполнено лапаротомным доступом в объеме энуклеации кистозного удвоения задней стенки желудка и фенестрации кистозного удвоения дна желудка.

С кистозным удвоением двенадцатиперстной кишки 2 ребенка поступили с клиникой абдоминального болевого синдрома и рвотой. Методы оперативных вмешательств: лапароскопическая фенестрация парафателлярного кистозного удвоения, лапароскопически ассистированная фенестрация удвоения верхней горизонтальной ветви, энуклеация удвоения верхней горизонтальной ветви лапаротомным доступом.

Тубулярное удвоение тонкой кишки проявилось клиникой кишечного кровотечения. Эктопия эпителия желудочного типа выявлена с помощью скинтиграфии. Оперативное лечение выполнено лапаротомным доступом в объеме резекции протяженного тубулярного удвоения подвздошной кишки и резекции тощей кишки с двумя участками удвоения с наложением анастомозов «конец в конец». Морфологически подтверждена эктопия эпителия желудочного типа.

Удвоение толстой кишки у 2 детей диагностировано пренатально. В одном случае кистозное удвоение слепой кишки выявлено у ребенка с инвагинацией кишечника. В 2 случаях выполнена резекция илеоцекального угла с кистозным удвоением, в 1 случае — энуклеация кистозного удвоения лапаротомным доступом.

Ребенку с удвоением прямой кишки первоначально по данным КТ диагностирована тератома крестцово-копчиковой области. Проведена ревизия пресакральной области, лапаротомия, ревизия малого таза, установлен диагноз кистозного удвоения прямой кишки, выполнена резекция стенки прямой кишки с удвоением брюшно-промежностным доступом с восстановлением целостности прямой кишки.

Заключение. Достоверность предоперационной диагностики кистозных удвоений ЖКТ составила 54,5%. Осложненное течение порока развития в виде частичной кишечной непроходимости, кишечного кровотечения чаще встречалось у детей с удвоением двенадцатиперстной и тонкой кишки. Интраоперационная диагностика имеет решающее значение в определении оперативной тактики.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Максимова С.В.¹, Цап Н.А.^{1,2}, Некрасова Е.Г.², Мликова Т.В.², Бабин И.Г.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

² Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

Введение. Ожоги пищевода занимают первое место по частоте среди всех повреждений пищевода, они требуют длительного лечения в условиях стационара и дальнейшей длительной реабилитации. Количество детей, получающих данную травму, не снижается, развитие осложнений в результате ожога при отсутствии своевременной и адекватной медицинской помощи приводит к инвалидизации ребенка и социальной дезадаптации.

Цель исследования. Изучить частоту, возрастной состав и структуру химических ожогов пищевода у детей, совершенствовать методы диагностики и лечения.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии с 2015 по 2020 г. пролечено 187 детей с химическим ожогом пищевода (ХОП). Преобладали дети раннего возраста (70% составили дети с 1 года до 3 лет, 12% — с 3 до 7 лет, 18% — старше 7 лет). Количество госпитализаций: 2015 г. — 25 детей, 2016 г. — 36, 2017 г. — 40, 2018 и 2019 гг. — 34, 2020 г. — 18). По степени химического ожога преобладает III степень.

Результаты. Всем поступившим детям выполнялась диагностическая ФГДС на 7–10-е сутки после ожога. При выявлении II степени и более ХОП, рубцовом стенозе проводилось профилактическое бужирование (прямое бужирование пищевода вслепую, бужирование пищевода за нить, бужирование пищевода по струне под эндотрахеальным наркозом). Через 2 нед. после бужирования проводилось повторное ФГДС — при выявлении III степени ХОП, рубцовом стенозе пищевода профилактическое бужирование продолжалось.

Заключение.

1. Тенденции к снижению частоты химических ожогов пищевода у детей достоверно не определяется, преобладают дети раннего возраста. В структуре диагноза преобладают ожоги пищевода III степени.

2. Соблюдение алгоритма оказания помощи детям с химическими ожогами пищевода на всех этапах лечения является необходимым условием выздоровления и снижает количество рубцовых стенозов. Профилактическое бужирование пищевода предупреждает развитие рубцового стеноза пищевода при III степени ожога.

3. Методика бужирования пищевода по струне позволяет достичь восстановления просвета пищевода у детей со стенозами в сокращенные сроки без оперативного лечения.

СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН В СОБСТВЕННОЙ ЖИДКОЙ СРЕДЕ У ДЕТЕЙ

Мензул В.А.

Московский областной ожоговый детский центр, Люберцы, Московская область

Введение. Нами разработана концепция альтернативного способа лечения ожоговых ран в собственной жидкой среде (СЖС) в комбинации с хирургическими методами.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с ожоговыми ранами I–III степени.

Материалы и методы. Результаты системы лечения были изучены у 780 детей. Из них у 80,3% проведено консервативное лечение и было самостоятельное заживление ран в собственной жидкой среде под пленочными повязками Menzul Dressing. А у остальных 19,7% было проведено оперативное лечение, а именно предтрансплантационная резекция грануляционной ткани и одномоментная свободная аутодермопластика — 18,1%.

Результаты. Летальность составила 0,6%. К 2001 г. летальность была сведена к нулю.

Заключение. Исследование подтвердило, что наша система лечения ожоговых ран в собственной жидкой среде под пленочными повязками — щадящая, по сравнению с активными хирургическими методами лечения в условиях специализированного стационара.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мензул В.А.

Московский областной ожоговый центр, Люберцы, Московская область

Введение. Распространенными реконструктивно-пластическими операциями по устранению последствий ожогов в области верхних конечностей является свободная пересадка кожи, пластика трапециевидными лоскутами и z-пластика, которые не лишены недостатков.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения послеожоговых деформаций, рубцов и контрактур в области конечностей.

Материалы и методы. За период с 1989 по 2001 г. было прооперировано 250 больных детей с послеожоговыми деформациями, рубцами и контрактурами. Выполнялась свободная пересадка кожи, пластика z-образными, треугольными лоскутами, трапециевидная, языкообразная пластика и пластика методом острого растяжения ткани.

Результаты. Пластика трапециевидными, языкообразными лоскутами и пластика методом острого растяжения ткани показали свои преимущества перед пластикой треугольными лоскутами и свободной пересадкой кожи. Целесообразно использование дозированного растяжения мягких тканей с помощью экспандера.

Заключение. Пластика трапециевидными, языкообразными лоскутами и методом острого растяжения тканей значительно улучшает функциональные и косметические результаты.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕКТО-УРЕТРАЛЬНЫМ СВИЩЕМ

Мигачева Л.В., Кошурников О.Ю., Лукашина Н.А., Огнев С.И., Потапенко В.Ю.

Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

Актуальность. Частота встречаемости аноректальных мальформаций в мире составляет 1 : 5000 живых новорожденных. Ректо-уретральные свищи являются одной из редких форм аноректальной мальформации. Данная патология имеет ряд диагностических и технологических особенностей, соблюдение которых необходимо для сохранения адекватной кишечной континенции.

Цель. Представить алгоритм диагностики, этапности оперативной коррекции порока на основании анализа историй болезни.

Материалы и методы. Исследование построено на анализе 9 историй болезни детей с аноректальной мальформацией, а именно с ректо-уретральным свищем. Дети в возрасте от 6 до 18 месяцев пролечены в отделении плановой хирургии ОДКБ в период с 2015 по 2021 годы. На амбулаторном и госпитальном этапе выполняли полный комплекс клинико-лабораторного исследования. В основе диагностического этапа использованы методы инструментальной (эндоскопия) и лучевой диагностики (контрастная рентгенография, МРТ).

Результаты. Характерная клиническая картина данной аноректальной мальформации указывала на необходимость поиска сообщения между аномальной прямой кишкой и мочевыделительной системой. Выполнение ирригографии позволило достоверно установить наличие ректо-уретрального свища в 77,7% случаев (7 детей). Более информативным методом дифференциальной диагностики стала цистоскопия — у 8 детей (89%) выявлен ректо-уретральный свищ. Только одному ребенку потребовалось дополнительное обследование в объеме МРТ органов брюшной полости. Всем детям выполнена трехэтапная оперативная коррекция порока: отключение дистального отдела толстой кишки путем формирования сигмостомы, лапароскопически ассистированная брюшно-промежностная проктопластика, внутрибрюшинное закрытие сигмостомы. Удовлетворительная кишечная континенция в отдаленном послеоперационном периоде достигнута у 66,6% (6 детей), у 22,4% (2 ребенка) удовлетворительные результаты получены после проведения курса консервативной терапии. Один ребенок повторно оперирован, проведена реконструкция неоануса с последующим бужированием с целью устранения энкопреза.

Выводы:

1. Проведение комплексного обследования в объеме цистоскопии, ирригографии позволяют установить диагноз ректо-уретрального свища в 89%.
2. Оптимальным признан алгоритм трехэтапной оперативной коррекции данного вида аноректальной мальформации.
3. Использованный алгоритм диагностики и лечения позволяет достичь хорошего качества жизни у 90% детей с устранимым ректо-уретральным свищем.

3D-ТЕХНОЛОГИИ В ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Минаев С.В., Герасименко И.Н., Мащенко А.Н., Быков Н.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. В последнее время для улучшения результатов лечения лапароскопической технологией в хирургии печени мы начали применять 3D-технологии.

Методика. После комплексного лабораторно-инструментального обследования выполняли 3D-моделирование паразитарного поражения печени в 2 этапа: 1-й этап — создание компьютерной 3D-реконструкции; 2-й этап — печать 3D-модели органа с паразитарной кистой.

На 1-й этапе 3D-моделирования после проведения компьютерной томографии данные в формате DICOM обрабатывались в программах DoctorCT с модулем DICOM 3.0 (Ставрополь, Россия), КиберСклиф 1.0 (Ставрополь, Россия) и Builder3D в комплекте с Windows 10 (Майкрософт, США). Следует отметить, что КТ-срезы были получены методом многопланового сканирования высокого разрешения толщиной среза 0,5 мм и последующим проведением сегментации изображения [3Д МВСК].

На 2-й этапе выполнялась печать 3D-модели органа с паразитарной кистой на двух 3D-принтерах: Zortrax M200 (Польша) с объемом рабочей камеры 200 × 200 × 185 мм и временем печати непрозрачной модели 6 ч; FORMLABS FORM 2 (США) с областью печати 145 × 145 × 175 мм и временем печати прозрачной модели 34 ч.

В процессе создания непрозрачной 3D-модели печени с паразитарной кистой и топическим ее расположением к желчным путям на 3D-принтере Zortrax M200 использовали пластик FLEX REC 2,85 мм красного, белого и зеленого цветов. Для обработки конечной модели мы применяли полимолочную кислоту, акрилонитрил бутадиенстирол (ABS). Как только процедура печати была закончена, проводилось снятие конструкции из опорных структур с очищением краев и доработкой структур для получения оптимальной модели.

Заключение. Таким образом, применение 3D-технологий в гепатобилиарной хирургии позволяет при помощи виртуальной трехмерной реконструкции с использованием специализированного программного обеспечения вначале четко визуализировать анатомические образования (сосуды с желчными протоками и паразитарную кисту), а затем изготовить персонифицированную 3D-модель печени с возможностью отработки наиболее адекватного лапароскопического доступа и оперативного приема, снижающих риск развития интра- и послеоперационных осложнений.

НОВЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ АППАРАТЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Минаев В.П.

Научно-техническое объединение «ИРЭ-Полюс», Фрязино, Московская область

Введение. В этом году исполняется 60 лет первому использованию лазерного излучения в медицине. Несмотря на созданный за столетия арсенал лазерных аппаратов для хирургии, в последние 10 лет не замедлялся темп разработки новых аппаратов и медицинских технологий на их основе.

Аппаратура. Вышли на рынок аппараты на основе полупроводниковых лазеров синего (0,45 мкм) диапазона. Эти аппараты с успехом используются в гинекологии, проктологии, дерматологии и других областях медицины. Пока в России доступны только импортные аппараты, но появился и отечественный опытный образец.

Продолжалось совершенствование аппаратов на основе лазеров на Tm (тулий) — активированном волокне разработано и производится семейство отечественных мощных лазерных аппаратов «FiberLase U» (НТО «ИРЭ-Полюс», Фрязино) с мощностью излучения на длине волны 1,94 мкм до 120 Вт. Эти аппараты превосходят по эффективности предыдущего лидера рынка аппарата на основе АИГ:Но — «Pulse 120H» от «Lumenis» (Израиль).

В РФЯЦ-ВНИИТФ им. Е.И. Забабахина (Снежинск) завершена разработка аппарата на волоконном лазере с диапазоном 1,9 мкм «ЛТН-101» с выходной мощностью до 40 Вт.

Аппараты с диапазоном 1,9 мкм с успехом используются в урологии, при лечении сосудистых мальформаций, для лечения варикозно расширенных вен методом эндовазальной лазерной коагуляции.

Получили развитие разработанный МФЦ «Фотомед» (Челябинск) для лечения костной патологии метод лазерной остеоперфорации с использованием излучений с длинами волн 0,97 и 1,94 мкм.

Серьезные успехи достигнуты в использовании лазерной интерстициальной термотерапии в нейрохирургии.

На основе параметрического оптического генератора с диапазоном 3 мкм с мощностью излучения до 20 Вт разработан опытный образец медицинского аппарата, превосходящего аналоги на основе твердотельных лазеров.

На основе фемтосекундных лазеров разработана технология безопасной маркировки яйцеклеток при ЭКО и другие вспомогательные репродуктивные технологии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕДНИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ. ОПЫТ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИК

Морозов Д.А.¹, Хаспеков Д.В.², Топилин О.Г.³, Окулов Е.А.⁴, Масевкин В.Г.⁵, Морозов К.Д.¹

¹ Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва

² Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

³ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

⁴ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

⁵ Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Введение. Передняя диафрагмальная грыжа (ПДГ) является редкой врожденной патологией, встречающейся у детей с частотой 1 : 4800 (1–6% всех врожденных диафрагмальных грыж). В настоящее время сохраняется множество неоднозначных и спорных аспектов в хирургическом лечении пациентов с ПДГ: выбор оперативного доступа, способа пластики диафрагмы и целесообразность иссечения грыжевого мешка. В ситуации относительной редкости ПДГ, многообразия их клинико-анатомических вариантов хирург нуждается в четких правилах хирургической тактики.

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа хирургического лечения пациентов с передней диафрагмальной грыжей (ПДГ) на основе опыта разных хирургических школ и команд.

Материалы и методы. Исследование проведено на основании хирургического лечения 10 пациентов с ПДГ различными хирургическими командами. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации и архивных материалов пациентов с передней диафрагмальной грыжей, оперированных во временной период с 2009 по 2019. У 7 пациентов были оценены отдаленные результаты лечения: выполнили телефонный и интернет-опросы родителей пациентов, амбулаторное дополнительное обследование детей (рентгенографии органов грудной полости в двух проекциях).

Результаты. У большинства детей грыжа была обнаружена случайно при рентгенографии органов грудной полости. Односторонняя ПДГ была диагностирована у 6 пациентов (2 левосторонних, 4 правосторонних), двусторонняя ПДГ — у 4. Лапароскопическую коррекцию выполнили в 8 (80%) случаях, торакоскопическую — в 2 (20%). Грыжевой мешок иссекали ровно в половине случаев. Устранение дефекта (пластику диафрагмы) производили при помощи погружных узловых швов, фиксирующих диафрагму к передней брюшной стенке (8) и к тканям грудной клетки (2), в 7 случаях выполняли дополнительную фиксацию к ребру. В большинстве случаев пластику производили местными тканями, лишь у одного пациента была использована дакроновая заплатка. Рецидив возник в 1 клиническом наблюдении. На момент оценки отдаленных результатов лечения (средняя длительность отслеживания — 7 лет) во всех случаях родители и ребенок жалоб не предъявляли, у всех пациентов грудная клетка не имела деформаций, на рентгенограммах рецидивов ПДГ выявлено не было.

Заключение. Многие вопросы в хирургическом лечении детей, страдающих ПДГ, остаются открытыми. Требуется проведение объемных многоцентровых исследований с многофакторным анализом отдаленных результатов для стандартизации хирургического лечения таких пациентов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЖЕСТКОЙ КОМПРЕССИИ ОРГАНОВ МОШОНКИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ (ЯИЧКОВОЙ) ГРЫЖЕ

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

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

Введение. Ущемление паховой грыжи — наиболее частое и опасное осложнение. Риск ущемления и странгуляции при паховой грыже существенно выше у детей первых трех месяцев жизни и колеблется, по данным разных авторов, от 28 до 31%, к 6 мес. данный показатель снижается до 15–24%.

Описание клинического наблюдения. Под нашим наблюдением в марте 2021 г. на базе детского хирургического отделения ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина с диагнозом: «Ущемленная яичковая грыжа справа», находился ребенок Б., 2 мес. Из анамнеза: 24.03.2021 мальчик поступил с жалобами матери на периодическое беспокойство, рвоту. Со слов мамы ребенок болен около 12–13 ч, когда начал периодически беспокоиться, ночью спал плохо. Утром однократная рвота. Пациент доставлен в ДХО. Госпитализирован по экстренным показаниям после осмотра детского хирурга с диагнозом: «Ущемленная паховая грыжа справа». УЗИ органов мошонки от 24.03.2021 — УЗ-признаки паховой грыжи справа, нельзя исключить ущемление. Гидроцеле справа. Состояние при поступлении средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные. Температура при поступлении в норме. По внутренним органам и системам без особенностей. При осмотре отмечается периодическое беспокойство, половые органы по возрасту, по мужскому типу. Яички в мошонке. В пахово-мошоночной области имеется выраженный отек, боли при пальпации, определяется выпячивание по ходу семенного канатика не вправимое в брюшную полость. ОАК от 25.03.2021 — выраженный лейкоцитоз, снижение гемоглобина. ОАМ — без патологии. УЗИ органов брюшной полости — без патологии. НСГ от 25.03.2021 — без патологии. Контрольное УЗИ мошонки от 31.03.2021 — отечность мягких тканей мошонки справа, небольшое количество жидкости вокруг правого яичка (состояние после оперативного лечения).

Лечение: симптоматическая терапия, антибиотикотерапия. Оперативное лечение от 24.03.2021 — грыжесечение. Швы сняты на 7-е сутки, заживление первичным натяжением. Послеоперационный период без особенностей.

Заключение. Данный случай свидетельствует, что ущемленные паховые грыжи в некоторых случаях могут привести к компрессии элементов семенного канатика и яичка. При ранней диагностике и активном оперативном лечении можно избежать дальнейших осложнений в виде атрофии органа.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ

Неизвестных Е.А., Носков Н.В.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Введение. Высокоинтенсивное лазерное излучение прочно вошло в комплекс лечения многих ортопедических заболеваний. Его применение сокращает длительность и улучшает результаты лечения, позволяет отказаться от травматичных вмешательств и добиться более полного восстановления структуры и формы костной ткани

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты лечения детей с болезнью Пертеса с использованием метода ревазуляризирующей лазерной остеоперфорации

Материалы и методы. За период с 1994 по 2020 г. проведен анализ результатов лечения 204 пациентов с болезнью Пертеса в различные стадии заболевания. Основную группу составили 96 детей, в комплексном лечении которым была применена лазерная остеоперфорация шейки бедра. В группу сравнения вошли 108 пациентов (у 84 человек с болезнью Пертеса, в лечении применялась корригирующая межвертельная остеотомия бедренной кости, у 24 детей проводилось консервативное лечение). В связи с тем, что основной причиной развития данной патологии является нарушение кровообращения врожденного или приобретенного, лечение было направлено на улучшение кровотока в артериях, питающих тазобедренный сустав. Для этого у пациентов 1-й группы нами был применен метод ревазуляризирующей лазерной остеоперфорации шейки бедренной кости. Лечение больных осуществлялось с использованием лазерного аппарата «МИЛОН ЛАХТА» модель 920-35. Операция проводилась под общим обезболиванием. Остеоперфорация осуществлялась в импульсном режиме соответственно большому вертелу бедренной кости, а также непосредственно шейки бедренной кости в разных плоскостях. Длина волны лазерного излучения 920 нм, мощность рабочего излучения на выходе аппарата 20–24 Вт. Техника пункции заключалась в быстром проколе кожи, затем игла подводилась к кости, после чего в просвет иглы вводился стерильный световод. Лазерная остеоперфорация проводилась на глубину от 5 до 10 мм. В дальнейшем все дети проходили консервативное лечение по традиционным методикам (разгрузка пораженного тазобедренного сустава, лечебная физкультура, массаж, физиолечение).

Результаты. Через 6 месяцев у 84% больных основной группы отмечалось повышение пиковой скорости кровотока в огибающих артериях бедра и восстановление структуры головки бедренной кости.

Заключение. Таким образом, применение ревазуляризирующей лазерной остеоперфорации в лечении детей с болезнью Пертеса, улучшает результаты и позволяет отказаться от травматичных операций.

БУЛЛЕЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ, ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Некрасова Е.Г.¹, Мликова Т.В.², Бабин И.Г.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

² Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

Введение. В последние годы диагностика буллезной болезни стала возможной вследствие более широкого применения компьютерной томографии при обследовании пациентов со спонтанным пневмотораксом, что увеличило показатель выявляемости заболевания.

Цель исследования. Анализ методов диагностики и результатов хирургического лечения детей с буллезной болезнью легких.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии за 2016–2020 гг. оперировано 25 подростков в возрасте от 13 до 17 лет. Все пациенты госпитализированы в неотложном порядке с клиникой спонтанного напряженного пневмоторакса, что потребовало проведения дренирования плевральной полости. В алгоритм диагностики после купирования пневмоторакса включена компьютерная томография органов грудной клетки.

Результаты. Наиболее типичная локализация булл в области верхней доли, у 2 пациентов в сочетании с единичными буллами 6-го сегмента, что доказано по сканам КТ, послужило абсолютным показанием к оперативному лечению как основному методу профилактики рецидивов спонтанного пневмоторакса. Торакоскопическая атипичная резекция участка легкого с буллами в области верхней доли с применением сшивающего аппарата «Endo Gia» проведена 16 пациентам (64%). Торакоскопическая электрокоагуляция с последующей герметизацией поверхности легкого медицинским клеем «Сульфакрилат» выполнена 8 пациентам (32%). У одного пациента при попытке проведения торакоскопии, в связи с тотальным спаечным процессом в плевральной полости, осуществлена конверсия на миниторакотомию, выполнен адгезиолизис. Средние сроки пребывания в стационаре после оперативного лечения составили 7 дней. У пациентов, которым выполнена атипичная резекция, после операции клиничко-рентгенологически отмечалось расправление легкого, дренаж из плевральной полости удален на 1–2-е сутки. У 3 пациентов после электрокоагуляции булл сохранялся бронхоплевральный свищ в течение 3–5 дней, после чего отмечалось самостоятельное заживление свища. Все больные находятся на диспансерном наблюдении у торакального хирурга.

Заключение. КТ грудной клетки — основной метод выявления буллезной болезни легких. Торакоскопические методы хирургического лечения буллезного поражения легких являются малоинвазивными и эффективными. При использовании атипичной резекции с применением сшивающего аппарата достигнута в 100% случаев полная герметизация легкого.

ПОВТОРНЫЕ ТРАНСАНАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Новожилов В.А.^{1,2}, Степанова Н.М.^{1,2}, Милюкова Л.П.², Петров Е.М.², Звонков Д.А.²

¹ Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

² Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск

Цель. Провести анализ результатов повторных операций с использованием трансанальной резекции толстой кишки и формированием эндоректального анастомоза при болезни Гиршпрунга после различных вариантов первичных вмешательств.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2021 г. 18 пациентов были оперированы с применением трансанальной резекции толстой кишки. Из них первичная операция Соаве – Ленюшкина выполнена в 8 случаях, трансанальная резекция по дела Торре – Ортега — у 4, операция Свенсона — у 6 детей. Показанием к повторной операции в большинстве случаев явилась остаточная аганглионарная зона и рецидив запоров — у 12 пациентов, рубцовая деформация и стеноз анального канала / прямой кишки — у 5, ректо-промежностный свищ — 1. Трансанальное низведение у этих пациентов выполнено без формирования мышечного футляра. В 61% дети получали лечебно-профилактическое бужирование, обучение акту дефекации. Реконструкция стом выполнялась в среднем в сроки от 1 до 3 месяцев.

Результаты. Ретроспективное исследование было проведено путем интервьюирования родителей, оценки клинического статуса пациентов, изучения контрольных ирригограмм, бактериологического пейзажа, данных ректальной биопсии.

У семи пациентов достигнут хороший результат, что подтверждалось отсутствием жалоб со стороны родителей, восстановлением ритма дефекации, сохранением нормальной консистенции стула. У ряда пациентов умеренный (2) и тяжелый хронический запор (2) возник после повторной операции. В одном случае констатировано каломазание, связанное с запором, которое исчезает на фоне использования слабительных средств и клизм. Энтероколит возник у одного пациента. Нарушения функции мочевого пузыря, формирования рубцовых сращений таза не наблюдалось.

Заключение. Трансанальное низведение является относительно безопасной процедурой, выполнимой даже после предшествующего использования эндоректальной резекции, что в большинстве случаев позволило добиться хороших и удовлетворительных клинических результатов.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО Nd:YAG/Er:YAG-ЛАЗЕРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЯЗВЕННУЮ ПОВЕРХНОСТЬ ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕМАНГИОМЫ У ДЕТЕЙ

Нурмеев И.Н., Миролюбов Л.М., Осипов Д.В.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель исследования. Обобщение опыта применения комбинированной лазерной коагуляции и деструкции язвенных поверхностей осложненных гемангиом у детей.

Актуальность лечения осложненных гемангиом с изъязвлением определяется как косметическими и функциональными требованиями, так и с точки зрения устранения страданий, испытываемых ребенком. В настоящее время методы выбора представлены медикаментозным лечением (пропранолол) и лазерным воздействием.

Материалы и методы. В ДРКБ МЗ РТ для лечения язвенных поверхностей младенческих гемангиом применяли Nd:YAG-лазер 1064 нм и Er:YAG-лазер 2940 нм. Первый из лазеров широкого спектра поглощения с преимущественным нагревом гемоглобина крови обладает сосудистой тропностью и глубоким проникновением. Второй же соответствует пику поглощения воды и минимальному проникновению. Комбинированное лечение состояло из послойного, по 50 мкм, выпаривания эрбиевым лазером тканей язвенной поверхности гемангиомы с последующим воздействием неодимового лазера на очищенную поверхность гемангиомы, патент РФ RU2584080. В период с 2013 по 2020 г. проведено 9 случаев комбинированного лечения указанной патологии при различной локализации гемангиом. Пациенты были в возрасте от 1 мес. до 1 года, из них мальчиков 3 (33,3%) и девочек 6 (66,66%). Распределение по локализации: голова — 3 (33,3%), промежность — 2 (22,2%), туловище — 2 (22,2%), конечности — 2 (22,2%). Для объективизации контроля результатов лечения применяли серии цифровых фотоснимков, выполненных в процессе лечения. В качестве анестезиологического пособия применяли местное нанесение прилокаин-лидокаиновой смеси, лидокаиновой спрея. Мощность Nd:YAG-импульсов варьировала от 130 до 200 Дж, длительность импульса составила 20–35 мс. Лечение потребовало 1–3 сеансов. Пациенты одновременно получали терапию пропранололом, что позволило непосредственно после заживления язвенной поверхности исключить лазерный компонент лечения.

Результаты. Излечение достигнуто во всех случаях. Осложнений не отмечено. Косметический результат варьировал от удовлетворительного до констатации появления рубцов атрофического и нормотрофического типа.

Выводы. Комбинированная Nd:YAG/Er:YAG-лазерная коагуляция язвенных поверхностей гемангиом показала себя как эффективный и безопасный способ быстрого заживления язвенных поверхностей осложненных гемангиом.

ОБ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОЖОГАМИ

Оборкина Д.С., Будкевич Л.И.

Отдел хирургии детского возраста Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Введение. Первые минуты после получения ожоговой травмы крайне важны в отношении дальнейшего течения заболевания. Наше исследование, проведенное в детском ожоговом центре на базе ДГКБ имени Г.Н. Сперанского, было посвящено ошибкам, допущенным на догоспитальном этапе при оказании первой медицинской помощи детям с ожогами.

Цель исследования. Выявить наиболее частые ошибки при оказании первой медицинской помощи, влияющие на прогноз и дальнейшее течение заболевания.

Материалы и методы. Было ретроспективно проанализировано 328 историй болезней пациентов, которые поступили в стационар с ожогами и общее состояние которых потребовало их госпитализации в отделение реанимации. При разборе сопроводительной документации сотрудников СМП были определены основные направления оказания первой помощи: диагностика шока и площади поражения, обезболивание пациента, попытки произвести перевязки ран на месте происшествия, выполнение инфузионной терапии и др.

Результаты. Лишь в 5,5% случаев диагностика шока была своевременной, в 38% обезболивание адекватным, у 36% пациентов площадь поражения определена верно и др. Выявлена достоверная зависимость неправильной диагностики площади поражения с недостаточным обезболиванием, которое в свою очередь чаще приводит к развитию таких жизнеугрожающих состояний, как судорожный синдром и др.

Заключение. Замерзание пациента, недостаточное обезболивание, прикладывание льда к ране — эти факторы опосредованно или непосредственно влияют на развитие картины шока, за которой неизменно тянутся сосудистые реакции, а в особенности столь нежелательная вазоконстрикция. Спазм сосудов всегда приводит к недостаточной перфузии тканей и углублению ожоговой раны. Полученные нами данные свидетельствуют о необходимости создания четкого алгоритма действий медицинского персонала при работе с обожженными детьми.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ

Павленко Н.И.¹, Пискалов А.В.^{1,2}

¹ Омский государственный медицинский университет, Омск

² Областная детская клиническая больница, Омск

Введение. Острая абдоминальная боль — одна из наиболее частых причин обращения пациентов детского возраста к хирургу. Вместе с тем острый абдоминальный болевой синдром — это совокупность симптомов, сопровождающих как хирургическую, так и не хирургическую патологию. В последние годы увеличивается доля заболеваний органов репродуктивной системы, проявляющихся острой болью в животе, что в части случаев сопровождается диагностическим затруднением и, как следствие, несвоевременным оказанием квалифицированной помощи и органоуносящими операциями.

Цель исследования. Провести анализ частоты патологии органов репродуктивной системы как причины острой абдоминальной боли у детей на территории Омской области за 2020 г. и оценить результаты лечения этих пациентов с учетом работы круглосуточного гинекологического поста.

Материалы и методы. В клиниках ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», г. Омск, в 2020 году находилось на обследовании и лечении 1315 девочек в возрасте от 2 до 17 лет, госпитализированных по неотложным показаниям ввиду острой абдоминальной боли. Всем пациенткам проведено общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование, по показаниям осмотр гинеколога в неотложном порядке.

Результаты. В ходе проведенного обследования пациенток и осмотра врачом — акушером-гинекологом установлено, что в 21% случаев (277 пациенток) причиной острой абдоминальной боли послужила патология органов репродуктивной системы, в том числе в 7% случаев (20 пациенток) — апоплексия яичника, геморрагическая форма, в 5% случаев (15 пациенток) — перекрут придатков матки, в 1% случаев (3 пациентки) — атрезия девственной плевы, что явилось показанием к неотложному оперативному вмешательству и завершилось проведением органосохраняющих операций.

Заключение. В ходе обследования пациенток с острой болью в животе, независимо от возраста, обязательно участие врача — акушера-гинеколога. Это позволит своевременно диагностировать патологию органов репродуктивной системы как причину острой абдоминальной боли и своевременно ее устранить, в том числе с применением оперативного органосохраняющего лечения.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ И НЕХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ У ДЕВОЧЕК

Павленко Н.И.¹, Пискалов А.В.^{1,2}, Федоров Д.А.²

¹ Омский государственный медицинский университет, Омск

² Областная детская клиническая больница, Омск

Введение. Международная ассоциация по изучению боли (IASP) определяет тазовую боль, как «неприятный сенсорный и эмоциональный опыт, связанный с фактическим или потенциальным повреждением ткани, или описываемый в терминах такого повреждения». Соответственно, тазовая боль связана с повреждением органов, расположенных в полости таза или близко к ней. Как и любая боль иной локализации, она может быть острой и хронической. Хроническая тазовая боль продолжается более 3 месяцев и может сопровождать заболевания мочевой системы, заболевания органов репродуктивной системы и желудочно-кишечного тракта, а также быть следствием тревожно-депрессивных расстройств у пациента без четкого морфологического субстрата, что, несомненно, усложнит терапию. Хроническая тазовая боль встречается у большого числа подростков во всем мире и сопровождается негативными изменениями качества жизни, вызванными бессонницей, расстройствами пищевого поведения, неадекватными стрессовыми реакциями и депрессией. Клиническая картина, результаты эхографии не всегда позволяют точно установить причину хронической тазовой боли. В большинстве своем только комплексное обследование с привлечением смежных специалистов позволяет поставить правильный диагноз и подобрать эффективное лечение.

Цель исследования. Провести анализ причин хронической тазовой боли у детей на территории Омской области за 2019–2020 гг. и оценить результаты лечения этих пациентов.

Материалы и методы. В клинике ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», г. Омск, в 2019–2020 гг. находились на обследовании и лечении 226 девочек в возрасте от 14 до 17 лет, госпитализированных в плановом порядке по причине тазовой боли, продолжительностью более 3 месяцев. Всем пациенткам проведено психологическое анкетирование с применением валидизированных опросников, общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование, по показаниям ирригография, цистоскопия, лапароскопия, осмотр гинеколога.

Результаты. В ходе проведенного обследования пациенток и осмотра их врачом – акушером-гинекологом установлено, что в 64% случаев (145 пациенток) причиной хронической абдоминальной боли послужила патология органов репродуктивной системы. Хирургические причины хронической абдоминальной боли были нами диагностированы в 28% случаев (63 пациентки), в том числе хронический цистит — 7 (11%) случаев, спайки брюшной полости 10 (16%) случаев, цекоилеальный рефлюкс 28 (44%) случаев, долихоколон, энтероптоз — 18 (29%) случаев. У 18 пациенток в ходе проведенного обследования морфологической причины хронической абдоминальной боли выявлено не было, вместе с тем установлены отклонения по результатам психологического анкетирования.

Заключение. Таким образом, в программу обследования девочек с хронической тазовой болью необходимо включить психологическое анкетирование и осмотр врача – акушера-гинеколога, что улучшит качество обследования и результаты лечения данной группы пациентов.

ТРАВМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК

Павленко Н.И.¹, Писклаков А.В.^{1,2}, Чуян И.И.²

¹ Омский государственный медицинский университет, Омск

² Областная детская клиническая больница, Омск

Введение. Травмы половых органов у девочек является актуальной проблемой ввиду увеличения частоты случаев в последние годы. Причина данной патологии в возрасте от 1 года до 13 лет, преимущественно — падение на тупые и острые предметы, в возрасте от 13 до 17 лет — насильственные травмы. Тяжесть травмы бывает различной: от незначительных осаднений и гематом, до повреждения соседних органов и крупных сосудов (маточных артерий). Чаще всего травмируются наружные половые органы (раны малых половых губ, клитора, гематомы больших и малых половых губ). Реже повреждение распространяется на мышцы промежности с нарушением целостности сфинктера прямой кишки, на стенку влагалища с повреждением свода и отрывом шейки матки. Кроме того, выделяется категория химических травм наружных половых органов, связанная с попаданием во влагалище и на наружные половые органы химических веществ.

Цель исследования. Провести анализ частоты встречаемости травм половых органов у девочек на территории Омской области за период с 2016 по 2020 г., оценить механизм травм, характер повреждений и результаты лечения.

Материалы и методы. В клинике ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», г. Омск, за период 2016–2020 г. находились на обследовании и лечении 120 девочек в возрасте от 1 года до 17 лет, госпитализированных по неотложным показаниям ввиду травмы наружных половых органов, сопровождавшейся продолжающимся кровотечением.

Результаты. В ходе анализа историй болезни пациенток установлено, что в 82% случаев пациентки доставлены в стационар в течение 6 часов от момента травмы. 105 пациенток (87,5%) имели травму наружных гениталий без повреждения влагалища и смежных органов, что потребовало оперативного лечения — восстановления целостности наружных половых органов. У 9 пациенток (7,5%) с кровотечением из половых путей после полового акта в ходе детального осмотра были выявлены повреждения влагалища, которые были ушиты с удовлетворительным послеоперационным результатом. У 6 пациенток (5%) одновременно с нарушением целостности наружных половых органов выявлено повреждение мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, мышц промежности, сфинктера прямой кишки, что потребовало привлечения в операционную бригаду детского хирурга. В послеоперационном периоде инконтиненции не отмечено ни у одного пациента.

Заключение. Травмы половых органов у девочек могут сочетаться с повреждением смежных органов. Поэтому, с целью оказания квалифицированной помощи этой категории пациентов, они должны быть осмотрены как врачом — акушером-гинекологом, так и детским врачом-хирургом.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ

Панкратов И.Д.¹, Тараканов В.А.², Барова Н.К.¹, Степкин М.А.¹, Терещенко О.А.¹,
Клименко А.Н.¹, Убилава И.А.¹, Кулиш Т.А.¹

¹ Детская краевая клиническая больница, Краснодар

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Введение. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) в практике детского хирурга диагностируется чаще всего начиная с подросткового периода, преимущественно у мальчиков. Несмотря на множество различных вариантов хирургического лечения ЭКХ, вопросы инфекционных осложнений в послеоперационном периоде, длительные сроки восстановительного лечения, а также рецидивного течения заболевания сохраняются до настоящего времени, что требует оптимизации вопросов диагностики и хирургического лечения детей с ЭКХ.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с ЭКХ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ 91 истории болезни детей, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях № 1 и № 3 Краевого центра детской хирургии в период с 2018 г. по настоящее время в возрасте от 13 до 17 лет включительно. Медиана — 15,5. Мальчиков — 69 (75,8%), девочек — 22 (24,2%). Соотношение — 3 : 1. Все дети госпитализированы в плановом порядке, предоперационная подготовка не требовалась. КТ крестцово-копчиковой области (ККО) с контрастированием хода выполнено 34 (37,4%) пациентам. Всем проведена операция — иссечение ЭКХ с ушиванием и дренированием раны спиральным или перфорированным трубчатым дренажом. В 54 (59,3%) случаях — рану ушивали послойно, у остальных 37 (40,7) детей закрытие раны проводили путем наложения швов по Донати. Дренаж удалялся при отсутствии отделяемого по нему. В послеоперационном периоде а/б терапия проведена у 87 (95,6%) детей. ФТЛ получили все.

Результаты. Средний койко-день — 9. Швы снимались на 10–14-е сутки в амбулаторных условиях. Послеоперационные осложнения отмечены в 16 (17,6%) случаях: инфицирование послеоперационной раны у 12 (13,2%) и лигатурные свищи у 4 (4,4%) детей. У всех детей с осложнениями воспалительного характера рану ушивали послойно. Рецидив заболевания отмечен у 10 (10,9%) детей в виду отсутствия радикальности при первой операции. В группе детей с рецидивами КТ ККО не выполнена ни в одном случае.

Заключение. В целях профилактики послеоперационных осложнений и рецидивного течения при ЭКХ считаем целесообразным введение в алгоритм обследования детей с ЭКХ КТ ККО с контрастированием хода и исключение многослойных швов в закрытии послеоперационной раны с целью профилактики воспалительных осложнений.

ЭКСТРАТОРАКАЛЬНАЯ СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКОГО — РЕДКИЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ

Патрикеева Т.В.¹, Караваева С.А.², Котин А.Н.³, Голубева М.В.¹

¹ Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий (Детская городская больница № 1), Санкт-Петербург

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

³ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Цель. Продемонстрировать редкий вариант экстраторакальной секвестрации легкого, определить объем необходимых методов обследования и дифференциальной диагностики.

Материалы и методы. С 1996 по 2020 г. в детской городской больнице № 1 Санкт-Петербурга находились на лечении 213 детей с антенатально выявленными врожденными пороками развития легких и средостения. У 70 детей (33%) подтверждена секвестрация легкого: в 29 случаях интралобарная, у 41 ребенка — экстра-лобарная, среди которых у 4 пациентов редкая экстраторакальная (интраабдоминальная или забрюшинная) форма. Все четверо детей родились доношенными без клинических проявлений порока. При ультразвуковом исследовании у всех детей обнаружено кистозно-солидное образование размером до 3 см в диаметре, располагающееся в левом верхнем квадранте брюшной полости или забрюшинном пространстве в проекции левого надпочечника. В связи с локализацией образования и отсутствием визуализации aberrантного артериального сосуда при УЗ-исследовании первым двум пациентам установлен дифференциальный диагноз с опухолью надпочечника и нейробластомой. Онкомаркеры были отрицательными, гормоны коры надпочечников в пределах нормы. Для уточнения диагноза детям была проведена мультиспиральная компьютерная томография-ангиография — МСКТА. В обоих случаях подтвержден диагноз интраабдоминальной внелегочной секвестрации с питающим артериальным сосудом, отходящим от грудного отдела аорты. Двум детям, лечившимся в последние 2 года, диагноз был поставлен только по результатам УЗИ, при котором четко был виден aberrантный артериальный сосуд, питающий секвестр. Поставлены показания к оперативному лечению. Родители одного ребенка от лечения отказались по парамедицинским обстоятельствам, 3 детям выполнено удаление секвестра (2 — лапароскопическим доступом, 1 — лапаротомным). Гистологически подтверждена экстраторакальная секвестрация в сочетании с кистаденоматозом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Средний койко-день после операции не превысил 10 суток.

Результаты. Отдаленные результаты лечения прослежены у всех прооперированных пациентов в сроки от 4 до 10 лет. Оценка проводилась на основании жалоб, данных УЗИ и МСКТ (при необходимости). Все пациенты растут и развиваются соответственно возрасту.

Выводы:

1. Экстраторакальная секвестрация легкого — редкий вид порока, подлежащий хирургическому лечению.
2. Данная патология должна входить в спектр дифференциальной диагностики опухолевидных образований брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных.
3. Основными методами постнатальной диагностики порока являются УЗИ и МСКТА.

ПРОГРАММА «УПРАВЛЕНИЕ КИШЕЧНИКОМ» В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Пименова Е.С.¹, Королев Г.А.¹, Клементьев М.В.² Кеженбаева К.М.², Морозов Д.А.¹

¹ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

² Детская городская больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Цель. Анализ результатов внедренной в практику программы «Управление кишечником» для детей с врожденной патологией толстой кишки и тазового дна.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов внедрения программы «Управление кишечником» при нарушении дефекации у детей после хирургической коррекции аноректальных мальформаций (АРМ), болезни Гиршпрунга (БГ) и спинальной патологии (СП). Критерии включения: наличие вышеперечисленных оперированных пороков развития, стойкое нарушение дефекации (запор, недержание кала).

Этапы программы:

1. Ознакомительные лекции для пациентов.
2. Госпитализация для прохождения программы.
3. Ирригография с водорастворимым контрастом.
4. Обучение родителей методике очистительных клизм с катетером Фолея с баллоном-обтуратором.
5. Обзорная рентгенография брюшной полости для оценки опорожнения толстой кишки.
6. Ведение дневника дефекации.
7. Изменение рецепта раствора для клизмы (объем, добавление ирритантов) с учетом дневника дефекации и рентгенографии.
8. Контроль эффективности и коррекция рекомендаций после выписки из стационара по электронной почте.

Сбор данных включал: диагноз, пол, возраст, предшествующее лечение, особенности анатомии толстой кишки, изменение тактики лечения в ходе прохождения программы, удовлетворенность программой.

Результаты. В исследование были включены 27 детей (15 девочек, 12 мальчиков). Возраст от 1,6 до 17 лет (медиана 5,5 лет). Структура патологии: АРМ 12 (45%), СП 13 (48%), БГ 2 (7%). При анализе предшествующего лечения выявлено, что лишь 3 детям (11%) ранее выполнялись регулярные очистительные клизмы, 9 (33%) использовали клизмы нерегулярно, 15 (56%) не были ранее информированы о необходимости ежедневного очищения кишечника для предотвращения недержания кала. При ирригографии расширение толстой кишки отмечено у 10/12 (83%) пациентов с АРМ. 17 детей не имели дилатации толстой кишки (13 СП, 2 АРМ, 2 БГ). При расширении толстой кишки и недостаточном опорожнении в рецепт для клизмы добавляли раствор глицерина. Всем пациентам с СП с недилатированной толстой кишкой потребовалось использование глицерина для получения стула. Отсутствие недержания кала между клизмами и удовлетворенность программой отмечены у 22 пациентов (82%), неэффективность программы — у 2 (7%), 3 (11%) не были доступны для оценки после выписки.

Выводы. У 83% детей с АРМ выявлено расширение толстой кишки. У всех детей с СП отсутствовала дилатация толстой кишки, однако опорожнение после клизмы было возможным только после добавления ирритантов. 56% пациентов ранее не были информированы о необходимости искусственного очищения кишечника для предотвращения недержания кала. Программа «Управление кишечником» была эффективной у 82% детей со стойким нарушением дефекации.

ПОВРЕЖДЕНИЯ РАЗГИБАТЕЛЬНОГО АППАРАТА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Плигина Е.Г., Буркин И.А., Ковалюнас И.С., Анохин В.В.

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Введение. Разгибательный аппарат коленного сустава представляет собой сухожилие четырехглавой мышцы бедра, надколенник, собственную связку надколенника, бугристость большеберцовой кости. Частота повреждений его в структуре травм коленного сустава составляет по данным разных авторов 6–50%. В доступной литературе данных о частоте в детском возрасте не найдено. В наших наблюдениях дети с такими повреждениями составили около 0,5% от всего количества оперированных на коленном суставе больных.

Материалы и методы. Основу настоящего исследования составили данные обследования и хирургического лечения 25 детей с повреждением разгибательного аппарата коленного сустава. При этом перелом надколенника с выраженным смещением отломков был диагностирован в 15 случаях, отрывной перелом бугристости большеберцовой кости — у 5 детей. Повреждение сухожилия четырехглавой мышцы бедра было выявлено в 2 наблюдениях. Полный разрыв собственной связки надколенника — у 3 пациентов.

Восстановление целостности сухожилия четырехглавой мышцы бедра и собственной связки надколенника произведено наложением швов. При переломах надколенника и бугристости большеберцовой кости выполнен остеосинтез стягивающими шурупам.

Во всех случаях применялась иммобилизация — до 5 недель после операции. Полное восстановление достигнуто в среднем через 2 месяца.

Результаты. Отдаленные результаты оценены через 12 месяцев после операции. Объективное клиническое обследование не выявило анатомического и функционального дефицита у 24 детей. В 1 случае после пластики собственной связки надколенника констатировано образование гетеротопического оссификата, что, по-видимому, послужило следствием раннего расширения режима двигательной активности и потребовало дальнейшей хирургической реабилитации.

Заключение. Таким образом, повреждения разгибательного аппарата коленного сустава у детей являются редкими по частоте и безусловно требуют оперативного лечения. Своевременное хирургическое лечение и соблюдение режима реабилитации позволяет полностью восстановить анатомическую и функциональную полноценность коленного сустава.

СТАНОВЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В РЕГИОНАЛЬНОЙ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКЕ ЗА 2008–2020 ГГ.

Присуха И.Н.¹, Белоцерковцева Л.Д.², Бабич И.И.³, Аксельров М.А.⁴

¹ Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства, Сургут

² Сургутский государственный университет, Сургут

³ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

⁴ Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Введение. В перинатальном центре клиники за 2008–2020 гг. родилось живыми 107 941 детей, из них 7,08% ($n = 7646$) недоношенных. В соответствии с растущими потребностями в хирургической помощи изменялась и концепция организации таковой.

Цель исследования. Представление результатов работы отделения неонатальной хирургии в Сургутском окружном клиническом центре охраны материнства и детства.

Материалы и методы. За 1-й период (2008–2012 гг.) количество недоношенных детей составляло 4,83% ($n = 1818$) из 37 564 живых новорожденных; в указанный период начала работу группа детских хирургов и анестезиологов, подготовленных по профилю «хирургия новорожденных» в передовых учреждениях нашей страны.

На конец 2017 г. (за равнозначный 5-летний период) родилось 45 552 живых новорожденных, что в 1,21 раза больше, чем за 5 лет первого периода; количество недоношенных детей увеличилось более чем в 2 раза.

Во 2-м периоде (2013–2020 гг.) повысилась потребность в специализированной помощи и своевременно начало работу отделение неонатальной хирургии.

Результаты. За 12 лет хирургическая помощь оказана 768 новорожденным детям, из них 33,85% ($n = 260$) пациентов страдали врожденными пороками развития, а у 66,14% ($n = 508$) оперативного лечения требовали приобретенные заболевания, в том числе с угрозами перфорации кишки. Всего было выполнено 1236 различных оперативных вмешательств.

За 1-й период в хирургической помощи нуждались 154 пациента, среди них недоношенные дети составили 37,66% ($n = 58$), им выполнено 187 операций.

Во 2-м периоде оперативная помощь оказана 614 детям, в том числе 63,02% ($n = 387$) недоношенным, которым выполнено 1049 различных пособий.

На этапах выхаживания реабилитация включала не только оперативную работу по закрытию энтеростом в 9,34% ($n = 98$) и герниопластики в 5,52% ($n = 58$) случаев; внедрены специализированные вмешательства по узким профилям: «нейрохирургическому» у 1,71% ($n = 18$), «офтальмологическому» у 8,86% ($n = 93$) детей и прочие. Часть из перечисленных вмешательств проведены симультантно у 6,63% ($n = 25$) детей под одним наркозом.

В результате достигнуто снижение летальности и улучшение качества жизни новорожденных и недоношенных детей.

Заключение. Организация хирургической помощи новорожденным детям, использование передового научно-практического опыта в регионе дают возможность улучшить результаты выхаживания новорожденных пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРВИЧНОГО АНАСТОМОЗА ОТКРЫТОГО ТИПА В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА

Присуха И.Н.¹, Белоцерковцева Л.Д.², Бабич И.И.³, Аксельров М.А.⁴

¹ Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства

² Сургутский государственный университет

³ Ростовский государственный медицинский университет

⁴ Тюменский государственный медицинский университет

Введение. С увеличением количества недоношенных детей, ожидаемое повышение заболеваемости некротизирующим энтероколитом потребовало изменений в хирургической тактике и стратегии.

Цель исследования. представление результатов использования первичного анастомоза открытого типа в лечении некротизирующего энтероколита.

Материалы и методы. За 2008–2020 гг зарегистрировано 119 случаев некротизирующего энтероколита, из которых в 35,29% ($n = 42$) случаях успешной оказалась консервативная терапия, а в 64,70% ($n = 77$) развился «хирургический» НЭК. Гендерный состав пациентов: мальчики 69 (57,98%), девочки — 50 (42,01%). Средняя масса тела при рождении: 970 грамм [470; 1515]; сроки гестации 24–31 [26,6] нед.

В I периоде (2008–2013 гг) консервативно излечены $n = 10$ детей, во II периоде (2014–2020 гг) было $n = 32$ подобных случая.

Показания к операции устанавливали I периоде при перфорации кишечника, оперированы $n = 25$ пациентов. После резекции кишечника двойную энтеростомию в I периоде выполнили в 92,00% ($n = 23$) случаях, во 2 периоде — в 5,76% ($n = 3$) случаях.

Во 2 периоде оперативное пособие стремились выполнить до перфорации кишечника; всего оперировано $n = 52$ младенца, у 80,76% ($n = 42$) из которых, удалось опередить перфорацию кишечника, а в 19,23% ($n = 10$) случаях — после перфорации.

Первичный анастомоз открытого типа использовали: в I периоде у 8% ($n = 2$) детей; во 2 периоде у 86,53% ($n = 45$) пациентов, из которых — до перфорации у 42 младенцев (80,76%), у 3,84% ($n = 2$) — на этапах лапаростомы, у 1,92% ($n = 1$) — в ранние сроки после перфорации.

Результаты. Количество пациентов, потребовавших релапаротомии во II периоде, снизилось почти в 6 раз (с 20,58% до 3,65%, $\varphi^*_{эмп} = 2.721$).

Летальность при хирургическом НЭК в I периоде составила 44,00% ($n = 11$), во 2 периоде — 17,30% ($n = 9$), что ниже более чем в 2,2 раза ($\varphi^*_{эмп} = 2.437$ — в зоне значимости).

Заключение. За период исследования повысилась заболеваемость недоношенных детей некротизирующим энтероколитом.

В результате применения первичного анастомоза уменьшилось количество релапаротомий и достигнуто снижение летальности.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫЕ СОУСТЬЯ У ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ПИЩЕВОДА И ТРАХЕИ

Прутова О.Р., Хаспекоев Д.В., Сар А.С., Кузнецова Е.В., Рогачева О.А., Ткаченко Н.В.

Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

Введение. Наличие инородных тел пищевода и трахеи может иметь тяжелые последствия, угрожающие жизни ребенка. В настоящее время отсутствует единая тактика ведения пациентов с травматическими трахеопищеводными соустьями.

Материалы и методы. С 2010 по 2020 г. в отделении торакальной хирургии ДГКБ св. Владимира находились на лечении 5 детей с травматическими трахеопищеводными соустьями. В 3 случаях это были плоские литиевые батарейки, в двух случаях — магниты, одновременно локализованные в пищеводе и трахеи. Все дети были мальчики (100%) в возрасте от 1 г. 4 мес. до 7 лет. Первым этапом выполняли удаление инородных тел. В 4 наблюдениях при выявлении травматического трахеопищеводного соустья для осуществления кормления формировалась гастростома. При наличии рефлюкса в пищевод через гастростому устанавливали зонд в тощую кишку для кормления. Затем проводилось длительное консервативное лечение до формирования трахеопищеводного свища. Средняя продолжительность 1,5 месяца. Отсроченное хирургическое вмешательство в виде разобщения трахеопищеводного свища, пластики трахеи и пищевода выполняли с использованием тканей сформированного трахеопищеводного свища. В одном случае трахеопищеводный свищ закрылся самостоятельно.

Результаты. У одного ребенка в послеоперационном периоде сформировался стеноз пищевода, устраненный курсом бужирования. Еще у одного ребенка в раннем послеоперационном периоде наблюдалась частичная несостоятельность швов на пищеводе, что привело к формированию шейного свища, закрывшегося самостоятельно. У 2 больных послеоперационный период протекал гладко, дети в удовлетворительном состоянии были выписаны домой.

Заключение. Таким образом, при формировании травматического трахеопищеводного соустья оптимальным является отсроченное оперативное лечение после формирования трахеопищеводного свища.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Пыхтеев Д.А., Наливкин А.Е., Елин Л.М., Филюшкин Ю.Н., Федоров А.К.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Введение. Увеличение числа больных с калькулезным холециститом обуславливает необходимость выбора адекватного метода лечения.

Цель исследования. Оптимизация тактики хирургического лечения детей с калькулезным холециститом и его осложнениями.

Материалы и методы. Наиболее частыми симптомами калькулезного холецистита были боли в животе приступообразного характера, чаще локализующиеся в правом подреберье. Диспептические явления наблюдались у 16 детей, лихорадка у 5. Желтуха была отмечена у 10 детей с холедохолитиазом. Основным методом диагностики калькулезного холецистита у детей было УЗИ.

Результаты. При дооперационной диагностике по данным УЗИ и в ряде случаев МРТ в 86 (75%) случаях были выявлены различные врожденные аномалии желчного пузыря и пузырного протока, подтвержденные на операции: внутрпеченочное расположение желчного пузыря — 46, подвижный желчный пузырь — 7, фиксированные перегибы и деформации воронкошеечного и шеечно-протокового отделов — 17, короткий пузырный проток — 10, гипоплазия пузырного протока — 1, аномалия положения печеночной артерии — 4, длинный пузырный проток с низким впадением (по данным МРТ у больного холедохолитиазом) — 1. Холедохолитиаз диагностирован у 12 больных (мальчиков — 4, девочек — 8) в возрасте 15 ± 2 лет. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография была выполнена у 12 (100%) больных. В 8 случаях произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением конкрементов. У 4 пациентов ее дополняли холедохолитотомией. Осложнения в виде развития реактивного панкреатита наблюдались в 30% случаев. Холецистэктомия выполнена у всех больных через 7 ± 3 дней.

Заключение. Таким образом применения дифференцированного подхода в диагностике и лечении калькулезного холецистита и его осложнений позволяет добиться хороших результатов и избежать возможных осложнений.

ТРАВМА МОЧЕТОЧНИКА ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ. ОПИСАНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Пяттоев Ю.Г.¹, Лисицына Н.А.²

¹ Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск

² Детская республиканская больница, Петрозаводск

Введение. Ятрогенные повреждения мочеточника в детском возрасте приводятся как казуистические наблюдения.

Описание наблюдения. Мальчик Б., 15 лет, поступил из районной больницы с жалобами на периодические боли в животе и выбухание в проекции рубца правой подвздошной области. Из анамнеза известно, что четыре года назад пациент оперирован по поводу флегмонозного аппендицита. В протоколе операции нет указаний на технические трудности и особенности аппендэктомии. Через год в области рубца появилось выбухание. Отмечал непостоянные боли в животе, правой поясничной области. При поступлении состояние удовлетворительное. При осмотре живота — асимметрия за счет выбухания в проекции рубца, которое увеличивалось в горизонтальном положении. Пальпаторно живот был мягкий, в области рубца, ближе к крылу подвздошной кости, определялось эластичное, безболезненное, не спаянное с рубцом образование размерами 6 × 7 см. Выполнено УЗ исследование: правая почка представлена полостным образованием размерами 129 × 47 мм, с истонченной паренхимой до 5–8 мм и увеличенной лоханкой 91 × 43 мм. От нижнего полюса почки отходит трубчатое образование диаметром 9 мм (мочеточник?). Левая почка размерами 118 × 50 мм, нормальной эхо плотности. Эктазии коллекторов нет. При сканировании рубца правой подвздошной области — в толще брюшной стенки (5 мм от поверхности) выявлены два овальной формы полостных образования, размерами: 64 × 44 × 63 мм (объемом до 90 см³) и 27 × 27 × 39 мм. Содержимое образований неоднородное с мелкодисперсной взвесью. На внутривенных урограммах (в том числе в отдаленные сроки) функции правой почки нет. Под наркозом выполнена пункция образования, получено 40,0 мл прозрачной бесцветной жидкости. После введения 30% урографина оба образования законтрастированы, при этом выявлено и контрастирование расширенного правого мочеточника и коллекторов правой почки. Выполнена цистоскопия, при катетеризации правого мочеточника имеется стойкое препятствие на 7 см от устья.

С диагнозом «Правосторонний уретерогидронефроз, нефункционирующая правая почка, мочевиная киста правой подвздошной области» мальчик взят в операционную. Доступом Израэля справа обнажено забрюшинное пространство. Правая почка гидронефротически изменена, напряжена. При ее пункции удалено 200,0 мл прозрачной мочи, паренхима почки составляет 3–4 мм. Мочеточник расширен до 1,5 см, выделен до крыла подвздошной кости, где определяются два тонкостенных кистозных образования. С одним из них имеется узкое сообщение. Одна из кист тесно прилежит к слепой кишке, при ее выделении вскрыт просвет кишки. Наложен 2-рядный шов на дефект кишки. Дистальнее кист мочеточник имеет диаметр 4 мм, прошит, перевязан, отсечен. Завершена нефруретерэктомия.

При гистологическом исследовании почки — картина хронического пиелонефрита вне обострения. Стенка кисты представлена фиброзной тканью без выстилки, которая врастает в стенку измененного мочеточника в месте их сообщения.

Послеоперационный период протекал гладко, выписан в удовлетворительном состоянии. Отдаленный результат не прослежен, пациент на вызов не явился.

Заключение. Таким образом, у пациента после аппендэктомии сформировалась ложная мочевиная киста — уринома. Возможной причиной травмы мочеточника стало его пристеночное ранение при коагуляции ложа отростка с последующим развитием забрюшинного фиброза.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА

Рукевич С.Г.¹, Карпова И.Ю.²

¹ Городская детская клиническая больница № 1, Нижний Новгород

² Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Материалы и методы. В детской городской клинической больнице № 1 Нижнего Новгорода за период 2018–2020 г. обследовано 124 ребенка в возрасте от 5 месяцев до 5 лет после употребления прижигающих веществ. Эзофагогастродуоденоскопию проводили в первые 3 суток аппаратом Pentax EG-2490 K с диаметром наружной трубки 7,8 мм (процессор ЕРК-3000), на 7–10-е и 21–23-е сутки в обычном свете и узкоспектральном режиме (функция i-scan). Химический ожог пищевода выявлен у 98 (79%) пациентов. Повреждения II–III степени диагностировали у 44 детей (45%). При обследовании в узком спектре на 7–10-е сутки у 14 больных выявили усиление сосудистого рисунка, как признак эпителизации. У 5 пострадавших при эзофагоскопии визуализировали зоны, лишенные сосудов в слизистом и подслизистом слое, что соответствовало III степени тяжести ожога. У 25 обследованных фибриновые наложения препятствовали осмотру в режиме i-scan. На 21–23-е сутки у 19 детей отмечена полная эпителизация. Рубцы пищевода различной локализации выявили в 11 случаях, среди них в 10 наблюдениях на 7–10-е сутки диагностировали рубцовый стеноз. Локусы с послеожоговыми стриктурами пищевода были лишены сосудов, при их осмотре в узкоспектральном режиме эффективность эзофагоскопии повышалась.

Результаты. Пациентам с рубцовыми стенозами дилатацию пищевода начинали с бужирования «по струне» под эндоскопическим контролем (2–3 процедуры), далее с переходом на поддерживающее бужирование «вслепую». Двум пациентам с рефрактерными стенозами потребовалось более 5 дилатаций «по струне» под эндоскопическим контролем. Дальнейшее эндоскопическое наблюдение проводили не реже 1 раза в 3 месяца.

Заключение. Таким образом, повреждения пищевода после химических ожогов эндоскопически подтверждают в 79% наблюдений. Посттравматическое стенозирование пищевода возникает в 10,2% случаев. Эзофагоскопия с применением узкоспектрального режима позволяет выявить на 7–10-е сутки зоны, лишенные сосудов, и улучшает визуализацию рубцов на 21–23-е сутки.

ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Румянцева Г.Н.¹, Горшков А.Ю.¹, Марченко А.А.², Карташев В.Н.^{1,2}, Портенко Ю.Г.¹,
Михайлова С.И.², Кузнецов В.Н.², Петруничев В.В.²

¹ Тверской государственный медицинский университет, Тверь

² Детская областная клиническая больница, Тверь

Введение. Несмотря на достигнутый технический прогресс в бережном щадящем выполнении аппендэктомии и санации брюшной полости при перитоните остаются дискуссионными вопросы ее дренирования.

Цель исследования. Разработать показания к дренированию перитонитов аппендикулярного генеза.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе историй болезни 87 пациентов от 2-х до 17 лет (мальчиков 52, девочек 35), оперированных по поводу деструктивных форм аппендицита, осложненных перитонитом, находившихся на обследовании и лечении в отделении гнойной хирургии ДОКБ в 2020 г. Все пациенты имели деструктивную форму аппендицита, перитонита и поступали в сроки более 24 часов от начала заболевания (71 человек — 81,6%). Больным выполнялась лапароскопическая аппендэктомия с санацией брюшной полости электроотсосом. Дренажную трубку устанавливали при разлитых формах перитонита, абсцессах I–II стадии (19 пациентов — 21,8%). Дренирование малого таза, дополненное дренированием ложа червеобразного отростка по Генералову, выполнено в 18 случаях, у 1 пациента сопровождалось дренированием подпеченочного пространства. Дренаж удаляли на 2–5-е сутки при условии отсутствия гнойного отделяемого и при УЗИ-контроле за состоянием брюшной полости.

Результаты. Эндоскопическая методика операции, применяемая в клинике с 2009 г. с санацией брюшной полости под визуальным контролем и установкой трубчатого дренажа в полость малого таза и ложа отростка по Генералову, улучшила течение послеоперационного периода, сократила его сроки. При изучении отдаленных результатов после операций в сроки от 6 мес. до 5 лет выявлено значительное уменьшение количества ранних и поздних послеоперационных осложнений у пациентов, что в последующем у лиц женского пола будет способствовать сохранению репродуктивного здоровья.

Заключение. Дренирование брюшной полости остается неотъемлемой частью лечения перитонитов у детей. Профилактика спайкообразования и нарушений репродуктивной функции у девочек после перенесенного гнойного перитонита включает эндоскопическую методику операции и соблюдение программы реабилитационных мероприятий, среди которых большая роль отводится физиотерапии.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХИЛОТОРАКСОМ

Румянцева Г.Н.¹, Горшков А.Ю.¹, Светлов В.В.², Бревдо Ю.Ф.², Карташев В.Н.^{1,2},
Бурченкова Н.В.¹, Галахова Д.Г., Петруничев В.В.²

¹ Тверской государственный медицинский университет, Тверь

² Детская областная клиническая больница, Тверь

Введение. Лечение детей с хилотораксом является сложной проблемой в практике детского хирурга. До настоящего времени сохраняется высокая летальность среди пациентов с хилотораксом.

Цель исследования. Анализ результатов консервативного лечения хилоторакса.

Материалы и методы. В хирургической клинике ДОКБ г. Твери в период с января 2020 г. по март 2021 г. пролечено 3 пациента (2 мальчика, 1 девочка) в возрасте от 1 суток до 1 г. 8 мес. с правосторонним (2) и левосторонним (1) хилотораксом. В клинической картине больных преобладали респираторные нарушения и они направлялись в стационар с диагнозом «пневмония, гидроторакс». Диагностика заболевания базировалась на лучевых методах и цитологическом исследовании экссудата из плевральной полости, который содержал до 96% лимфоцитов. Причиной развития хилоторакса у мальчика 1 г. 8 мес. послужила перенесенная в возрасте 7 мес. операция по поводу сложного врожденного порока развития лимфатической системы. Консервативная терапия проведена все больным и включала в себя длительное парентеральное питание с последующим переходом на специальную диету, антибактериальное и симптоматическое лечение, введение октреотида, дренирование плевральной полости по Бюлау с момента установления диагноза с последующим проведением химического плевродеза (в плевральную полость вводилось от 5 до 15 мл 40% раствора глюкозы).

Результаты. Длительность консервативного лечения составила от 23 дней до 1,5 мес. Консервативная терапия позволила купировать хилоторакс у двух детей. У пациента с хилотораксом, развившимся после хирургического вмешательства, на фоне проводимого лечения продолжалось отхождение лимфы из плевральной полости в объеме от 50 до 200 мл. Ребенок был переведен в центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.И. Бакулева для хирургического лечения.

Заключение. Таким образом, наш небольшой клинический опыт доказывает, что консервативная терапия хилоторакса может рассматриваться как первый этап лечения. Неэффективность его более 3 недель требует перехода на хирургическое лечение.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДИК

Румянцева Г.Н.¹, Карташев В.Н.^{1,2}, Бурченкова Н.В.¹, Аврасин А.Л.¹, Медведев А.А.²,
Долинина М.В.², Петруничев В.В.²

¹ Тверской государственный медицинский университет, Тверь

² Детская областная клиническая больница, Тверь

Введение. В последнее время в лечении врожденного гидронефроза применяются малоинвазивные эндоскопические методики, как самостоятельный метод лечения у детей младшей возрастной группы, в виде бужирования прилоханочного сегмента мочеточника.

Цель исследования. Предупредить возникновение осложнений при применении катетеров-стентов.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с гидронефрозом II и III степени (25) в возрасте от 3-х месяцев до 7 лет, находившиеся на обследовании и лечении в урологическом отделении ДОКБ в период с 2016 по 2018 г., которым выполнено бужирование прилоханочного отдела мочеточника, в качестве самостоятельного метода лечения. У 8 детей вначале выполнено бужирование интравезикального и прилоханочного сегментов мочеточниковым катетером Ch-3,4,5 с последующей его заменой на JJ — стент Ch-5 через 5–7 дней. Использовались стенты с закрытым и открытым почечными концами. Контроль за проходимостью стента проводился с использованием УЗИ МВС на 1–3-е сутки после установки катетера-стента, через месяц, перед- и после его удаления с оценкой размеров ЧЛС. Всем детям назначалась антибактериальная терапия в пред и послеоперационном периодах для предупреждения обострения вторичного пиелонефрита. Длительность стояния катетера-стента в мочевых путях составила 3 ± 2 мес.

Результаты. Нарушение проходимости стента отмечено через 1–2 месяца у 2 детей, проявившееся почечной коликой, расширением ЧЛС по УЗИ, что явилось показанием в одном случае для его удаления, в другом — для замены. Обострение пиелонефрита отмечено у 5 пациентов. Колонизация стента бактериями выявлена у 6 из 8 больных и представлена разнообразной бактериальной и микотической флорой. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс выявлен у 11 больных, из них у 5 детей отмечено обострение пиелонефрита.

Заключение. Всем детям с эндоурологическими вмешательствами должна осуществляться антибактериальная терапия в пред- и послеоперационном периодах для предупреждения активизации хронического воспалительного процесса. Колонизация бактериями катетеров-стентов развивается достаточно быстро после его установки, при продолжительном стоянии катетера-стента возможно присоединение микотической инфекции, которое требует назначения соответствующего этиотропного лечения. Наряду с антибактериальной терапией, обязательным компонентом лечения являлась установка уретрального катетера в среднем на 5–7 дней.

ТОРАКОСКОПИЯ В КОРРЕКЦИИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ: НАШ ОПЫТ

Рустемов Д.З.¹, Дженалаев Д.Б.¹, Оспанов М.М.², Ольховик Ю.М.¹, Сакуов Ж.Н.²,
Чарипова Б.Т.², Букибаева Г.Т.², Манайбекова Ж.А.²

¹ Корпоративный фонд «University medical center», Нур-Султан, Казахстан

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

Актуальность. В последние годы благодаря внедрению новых анестезиологических, реаниматологических и хирургических стратегий удалось значительно улучшить результаты лечения пациентов с диафрагмальными грыжами. Внедрение эндохирургических вмешательств при лечении диафрагмальных грыж интенсивно расширяется за счет лучшей визуализации органов грудной полости, хороших функциональных и косметических результатов, благоприятного течения послеоперационного периода и быстрой реабилитации больных после оперативных вмешательств.

Цель. Проанализировать результаты использования эндовидеохирургии в лечении диафрагмальных грыж у новорожденных.

Материалы и методы. За период 2015–2020 г. на лечении в Национальном научном центре материнства и детства находились 38 новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей (ВДГ). Антенатально диагноз установлен в 94,7% случаях, что послужило показанием для родоразрешения в нашем центре. 97% детей родились доношенными, с весом более 2500 г. Левосторонняя локализация установлена у 35 новорожденных (92,1%), из них ложная грыжа у 29 детей, а истинная грыжа — у 6. Правосторонняя ВДГ диагностирована у 3 (7,9%), в 2-х случаях истинная грыжа. По полу распределение было таковым: мальчиков — 21, девочек — 17. С целью диагностики всем детям проведены лабораторные и инструментальные методы обследования, множественные пороки развития выявлены у 6 детей. Летальный исход был у 17 (44,7%) новорожденных, из них 9 детей умерли до операции. Средняя длительность предоперационной подготовки составила около 46 ч и включала в себя инфузионную, антибактериальную, седативную терапию и ИВЛ. С 2019 г. в нашей клинике применяется монооксид азота, для лечения персистирующей легочной гипертензии, хотя доказательная база этого метода при лечении легочной гипертензии у детей с диафрагмальной грыжей недостаточна, мы применили этот метод у 8 новорожденных. Показанием для подключения NO стало повышенное давление в легочной артерии при Эхо-КГ. Положительный результат получен у 5 новорожденных.

Результаты. Оперативное лечение проведено 29 (76%) новорожденным. 12 детям коррекция порока проведена открытым методом. Торакоскопическая пластика диафрагмы была проведена 17 новорожденным, при истинной грыже выполнялось гофрирование и пликация купола диафрагмы (6 детей), при ложной форме проводилось низведение органов в брюшную полость, ушивание дефекта и дренирование плевральной полости (11 детей). Течение раннего послеоперационного периода у 2 детей осложнилось пневмотораксом, у 1 — гидротораксом. Рецидив диафрагмальной грыжи диагностирован у 3 детей, коррекция проведена открытым методом.

Заключение. Лечение ВДГ требует мультидисциплинарного подхода. Несмотря на антенатальную выявляемость и современные методы лечения, летальность остается на высоком уровне. С внедрением эндовидеохирургии стала возможной коррекция диафрагмальной грыжи у новорожденных торакоскопическим методом, который имеет ряд преимуществ, такие как лучшая визуализация, более «мягкое» течение послеоперационного периода, косметический результат.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕЙРОГЕННЫХ ОПУХОЛЯХ У ДЕТЕЙ

Рябов А.Б.¹, Поддубный И.В.^{1,2}, Трунов В.О.³, Кубиров М.С.¹, Хижников А.В.¹,
Милащенко Т.А.¹, Манжос П.И.⁴, Иманалиева А.А.⁴, Бачу М.Р.Х.⁵

¹ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

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

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

⁴ Российский университет дружбы народов, Москва

⁵ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва

Введение. Стандартным хирургическим доступом при нейрогенных новообразованиях брюшного пространства считается срединная лапаротомия. Однако остается под вопросом целесообразность применения большого травматичного доступа у пациентов с локализованной нейрогенной опухолью. В России опыт применения лапароскопического доступа у детей с нейрогенными опухолями брюшного пространства ограничивается небольшими сериями наблюдений, а работ, посвященных сравнению эффективности лапароскопических и открытых операций, крайне мало.

Цель исследования. Обосновать целесообразность и преимущества лапароскопических операций у детей с нейрогенной опухолью брюшного пространства.

Материалы и методы. В исследование включены 40 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет с нейрогенной опухолью брюшного пространства без факторов риска IDRF, оперированных за период с 2018 по 2020 г. Основную группу исследования составили 18 пациентов, оперированных лапароскопическим доступом. В группу сравнения вошли 22 пациента, оперированные лапаротомным доступом. Сравнительный анализ между группами проводили по следующим параметрам: длительность операции, объем интраоперационной кровопотери, потребность в наркотических анальгетиках после операции, частота интра- и послеоперационных осложнений, срок возобновления энтерального питания, продолжительность пребывания пациента в стационаре после операции. Проведен анализ локальных событий.

Результаты. Длительность операций в группах лапароскопических и открытых вмешательств статистически не различалась (80,5 мин против 86,5 мин, $p > 0,05$). Объем интраоперационной кровопотери в основной группе был достоверно меньше, чем в группе сравнения (10 мл/кг против 17 мл/кг, $p < 0,05$). При выполнении лапароскопических операций у 2 пациентов выполнена конверсия. В группе открытых операций интраоперационное осложнение в виде массивного кровотечения отмечено у 1 пациента. Потребность в применении наркотических анальгетиков после операции в основной группе была ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). В основной группе отмечалось раннее начало энтерального питания и нормализации функции кишечника. Отмечено сокращение сроков пребывания в стационаре пациентов основной группы по сравнению с группой открытых операций ($p < 0,05$). В позднем послеоперационном периоде в основной группе метастатических и локальных рецидивов не отмечено. В группе сравнения у 1 пациента был обнаружен метастатический рецидив.

Заключение. При одинаковой эффективности лапароскопических и открытых вмешательств при нейрогенных опухолях брюшного пространства у детей первые имеют ряд преимуществ: позволяют уменьшить травматичность выполняемых операций, снизить объем интраоперационной кровопотери, уменьшить потребность в использовании обезболивающих препаратов в послеоперационном периоде, сократить сроки пребывания в стационаре. Применение лапароскопического доступа целесообразно при отсутствии признаков инвазии опухоли в магистральные сосуды. При наличии признаков прорастания опухоли в магистральные сосуды оптимальнее выбирать открытый доступ.

ОПАСНОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МЕГАУРЕТЕРА — ВАЖНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Сабирзянова З.Р.¹, Павлов А.Ю.¹, Казанская И.В.²

¹ Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва

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

Введение. Широкое внедрение эндоскопических технологий коррекции мегауретера у детей на сегодняшний день закономерно привело к формированию ряда типичных ошибок применения малоинвазивных технологий, часть из которых приводит к соответствующим осложнениям.

Цель исследования. Установить причинно-следственную связь ошибок и возникающих в их следствии осложнений при применении эндоскопических методов лечения мегауретера у детей.

Материалы и методы. Проспективное обследование 60 пациентов с нерефлюксированным мегауретером и ретроспективное обследование 110 пациентов с обструктивным и рефлюксированным мегауретером в возрасте от 3 мес. до 9 лет, у которых применялись эндоскопические методы коррекции. Специализированное обследование у каждого включало: УЗИ, статическую нефросцинтиграфию, цистографию, динамическую нефросцинтиграфию, в сочетании с ОФЭКТ по показаниям, экскреторную урографию у ряда больных ретроспективной группы на этапе первичной диагностики, антеградную уретерографию на этапе стентирования мочеточников у 72 пациентов. В группе проспективного наблюдения 60 пациентам с нерефлюксированным мегауретером проводилось стентирование мочеточника. В группе ретроспективной оценки 28 пациентам ранее выполнялась эндоскопическая коррекция по поводу рефлюксированного мегауретера путем введения объемобразующих препаратов, у остальных бужирование и стентирование по поводу первичного нерефлюксированного мегауретера.

Результаты. У 17 больных отмечены обструктивные осложнения после введения объемобразующих препаратов, у остальных 11 пациентов с РМУ — сохранялся пузырно-мочеточниковый, но уродинамика верхних мочевых путей по данным ДНСГ носила обструктивный характер. Среди 142 пациентов, которым проводилось первичное стентирование мочеточника, неудачная попытка с невозможностью установки стента отмечена у 13 больных, у 22 стентирование проводилось низкими стентами, не позволяющими в полном объеме обеспечить дренирование верхних мочевых путей при уретерогидронефрозе. У одного больного после проведения стентирования не отмечалось осложнений в виде появления ПМР. При последующем ведении на фоне стентов обострения обструктивного пиелонефрита возникли у 28 больных, дисфункция дренажа-стента — у 11 пациентов, миграция стента у 12 больных. В раннем катамнезе после удаления стента обострения обструктивного пиелонефрита с нарастанием признаков обструкции ВМП возникли у 8 пациентов, что потребовало повторной установки стентов, либо выведения уретерокутанеостом. В целом, осложнения установлены у 35% пациентов.

Заключение. Выявленные ошибки могут быть разделены на тактические ошибки выбора метода лечения, технологические ошибки проведения оперативного вмешательства, ошибки послеоперационного ведения пациента. Внедрение рекомендаций диагностики и лечения позволит стандартизировать подход к лечению больных и уменьшить риски возникновения осложнений лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ И ЗНАЧЕНИЕ НЕОАДЪЮВАНТНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗОМ

Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Мифтяхетдинова О.В., Симонян Г.В., Соболевский А.А.

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва

Введение. На протяжении последних лет внедряется и обосновывается тактика эндоскопического лечения мегауретера, тем не менее реконструктивно-пластические операции на уретеровезикальном соустье не теряют актуальности. Доказана большая частота осложнений при реимплантации широких мочеточников у детей раннего возраста.

Цель исследования. Определить значимость эндоскопического стентирования мочеточников при обструктивном мегауретере у детей раннего возраста

Материалы и методы. Проспективное исследование 40 пациентов в возрасте от 3 до 12 месяцев с диагностированным обструктивным мегауретером (65 мочеточников), которым проводилось первичное стентирование мочеточников. Односторонний мегауретер — 19 пациентов, двусторонний — 15 пациентов, единственной почки — 6 больных. Специализированное обследование на этапе первичной диагностики включало: УЗИ, статическую нефросцинтиграфию, цистографию, а для уточнения анатомического строения верхних мочевых путей применялось безконтрастное МРТ у 8 пациентов с нарушением секреторной функции обеих почек, либо единственной почки, ОФЭКТ с динамической нефросцинтиграфией у 22 больных, у 9 пациентов анатомическое строение ВМП уточнялось только путем ретроградной уретеропиелографии при эндоскопической коррекции.

Результаты. Показаниями к стентированию одностороннего мегауретера на первом году жизни являлись снижение секреторной функции почки со снижением распределения более 15%, рецидивирующее течение инфекции мочевых путей, нарастание дилатации ВМП по данным УЗИ более чем на 50% в процессе наблюдения, обструктивный характер нарушения уродинамики с выведением в ортостазе менее 30%. У детей с двусторонним мегауретером или мегауретером единственной почки независимо от состояния функции паренхимы почек, наличия инфекционно-воспалительных осложнений проводилась цистуретроскопия с целью исключения инфравезикальной обструкции с одномоментной установкой стентов при снижении секреторной функции почек, либо обструктивной уродинамике ВМП.

В целом, эффективность эндоскопического бужирования и стентирования уретеровезикального соустья (УВС) в виде полного восстановления уродинамики верхних мочевых путей у детей первого года жизни составила 35,5% (23 мочеточника), что не потребовало в последующем никаких дополнительных методов хирургического лечения. В качестве хирургической нефропротекции (улучшение/сохранение секреции, санировании мочи) эффективность достигнута у 37 больных, что позволило в последующем провести реконструктивно-пластическую операцию.

Заключение. Таким образом, тактика эндоскопического лечения обструктивного мегауретера у детей раннего возраста имеет дифференцированные задачи: с одной стороны, как этап временной малоинвазивной деривации мочи с целью восстановления/сохранения функции почки, либо в качестве первичной уретеропластики с полным восстановлением уродинамики верхних мочевых путей.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КРОВОТОКА ГОНАДЫ ПРИ ВРОЖДЕННОМ КРИПТОРХИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Савченков А.Л., Тарасов А.А., Лабузов Д.С., Киселев И.Г., Степанов В.Н.,
Абросимова Т.Н., Корневская К.В.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Введение. Жизнедеятельность гонад тесно связана с функционированием гемомикроциркуляторного русла.

Цель исследования. Провести анализ интраоперационного изучения кровотока тестикул методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) при лечении врожденного крипторхизма у детей.

Материалы и методы. В ходе операции по единой методике выполнялась запись ЛДФ-граммы у 60 пациентов с крипторхизмом. При анализе последней учитывались три составляющие: N — показатель перфузии ткани яичка в норме, M — средняя перфузия тканей гонады за определенный промежуток времени, m — амплитуда колебаний микрокровотока (оцениваются миогенные колебания, регулирующих приток крови), d — дыхательная волна в микроусле (обусловлена динамикой венозного давления). Изменение M характеризует уменьшение или увеличение перфузии тканей кровью. Возрастание показателя m свидетельствует о вазодилатации, то есть хорошем поступлении крови в ткани. Нарушение оттока крови по венам приводит к росту показателя d , что говорит о венозном стазе.

Результаты. В ходе интраоперационных исследований получены следующие варианты состояния микроциркуляторного русла в яичках. 1. Венозная ишемия — наблюдалась в 43 случаях ($M \Rightarrow N$ соотношение m к d меньше нормы). 2. Артериальная ишемия — наблюдался в 6 случаях ($M < N$ соотношение m к d меньше нормы, или норма). 3. Нормальный вариант кровоснабжения яичка — наблюдался в 11 случаях ($M = 2,5-9$ перфузионных единиц, $m > d$ в соотношении 2 : 1). Венозозастойная ишемия определена при высоких ретенциях яичка. Артериальная ишемия определялась в гипоплазированных яичках независимо от степени ретенции. Нормальный вариант кровоснабжения регистрировался у детей при низких ретенциях, в основном до 3-летнего возраста.

Заключение. Таким образом, применение лазерной доплеровской флоуметрии позволяет нам глубже понять и оценить на уровне тканей яичка те патологические изменения, которые присущи неопущенной гонаде, и выбрать оптимальную методику низведения.

ТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СЕКВЕСТРАЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

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

¹ Корпоративный фонд «University medical center», Нур-Султан, Казахстан

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

Актуальность. Секвестрация легкого (СЛ) — редкий порок развития, который вызван комбинированным нарушением развития всех структур, образующих легкое, при этом обособленный участок легочной ткани имеет автономное кровоснабжение из аномально отходящих сосудов и представляет собой полностью эктопированную ткань, или располагается внутри функционирующей ткани легкого.

Порок развития определяют три основных признака: автономное кровоснабжение сосудом большого диаметра, аномалия развития бронхиальной генерации и порочно развитая паренхима легкого.

Основным методом лечения СЛ является хирургический — удаление патологического участка легкого. С развитием торакоскопии стало возможным выполнять многие хирургические операции на легких, избегая широкого торакального доступа, в том числе и при СЛ.

Цель. Проанализировать результаты применения торакоскопии в хирургическом лечении секвестрации легких у детей.

Материалы и методы. В ННЦМД КФ «УМС» с 2010 г. находились на лечении 7 пациентов с СЛ, в лечении которых были использованы методы эндовидеохирургии. Возраст пациентов — от 3 месяцев до 3 лет (в среднем 1,2 года).

Среди детей с СЛ внутрилегочная форма отмечена у 2 (28,6%) больных, внелегочная форма — у 5 (71,4%) пациентов. Практически во всех случаях СЛ локализовалась в нижних долях легкого и чаще — справа.

Предоперационная подготовка не отличалась от таковой при открытой операции. Проводили стандартную эндотрахеальную вентиляцию. Положение больных на спине с приподнятым боком на стороне операции. во всех случаях использовали 4 троакара: 2 троакара диаметром 3 мм для рабочих инструментов, 1 троакар диаметром 5 мм для эндоскопа и 1 троакар диаметром 10 мм для эндоклипатора диссектора и/или сшивающего аппарата. Объем оперативного вмешательства зависел от анатомического варианта порока. При внелегочной секвестрации проводилось клиппирование питающей артерии, после чего питающий сосуд пересекали и резецировали секвестрированный участок легкого.

При внутрилегочной секвестрации первым этапом клиппировали и пересекали питающую артерию. При помощи коагуляции и линейных сшивающих аппаратов выполняли атипичную резекцию патологического участка легкого ($n = 3$) или производили лобэктомию ($n = 2$). Резецированную секвестрированную часть легкого удаляли через расширенное отверстие нижнего троакара. В плевральной полости под контролем эндовидеокамеры устанавливали силиконовую дренажную трубку.

Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства при внелегочной секвестрации составила $48,7 \pm 8,7$ мин, при внутрилегочной секвестрации — $75,8 \pm 14,4$ мин. Послеоперационный период при внелегочной секвестрации в среднем длился $8,4 \pm 3,2$ сут, при внутрилегочной — $8,4 \pm 2,1$ сут.

Заключение. Анализируя наш незначительный опыт, можно отметить, что в настоящее время торакоскопические операции при СЛ могут считаться операцией выбора, так как обладают всеми преимуществами миниинвазивных вмешательств.

ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОРЕИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Самороковская М.В.^{1,2}, Кучеров Ю.И.^{1,2}

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

² Детская городская больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Введение. Одной из сложных категорий детей являются пациенты с накоплением хилезной жидкости в плевральных и абдоминальной полости.

Материалы и методы. В отделении хирургии новорожденных ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского за период с сентября 2017 г. по июнь 2021 г. находились 12 детей с лимфореей, из них 8 детей с хилотораксом, и 4 детей с хилоперитонеумом. Возраст детей от 2-х недель до 4-х месяцев. При поступлении выполнялось УЗИ плевральной и брюшной полости. Количество жидкости — от 80 до 500 мл. После УЗИ проводилось дренирование полостей с определением характера жидкости. При наличии в ней лимфоцитов более 70%, триглицеридов более 1,1 ммоль/л диагностировали хилезный характер отделяемого. Лечение включало: перевод на полное парентеральное питание, назначение октреотида (соматостатина), в начальной дозе 5 мкг/(кг · ч) с увеличением дозы при отсутствии эффекта до 12 мкг/(кг · ч). Положительным эффектом от консервативной терапии считалось уменьшение количества отделяемого из полостей. Энтеральное питание назначали детям через неделю, после окончания истечения жидкости из полостей, расщепленными смесями, по 1–2 мл дробно, с постепенным увеличением объема кормления. При отделении жидкости более 50 мл/(кг · ч) и/или неэффективности консервативной терапии в течение 2 нед., назначали оперативное вмешательство.

Результаты. Выполнение операций при хилотораксе из 8 пациентов потребовалось у 3-х, выполнялось клипирование грудного лимфатического протока (ГЛП). При хилоперитонеуме из 4 детей операции проведены у двух. Для клипирования ГЛП выполнялась торакоскопия справа, в грудную полость устанавливались 2–3 мм и 1–5 мм троакары, позади пищевода (сразу над диафрагмой) из окружающих тканей выделялся ГЛП и накладывалась пластиковая клипса Hem-o-lock. В обоих случаях оперативное вмешательство прошло успешно, лимфорейя полностью прекратилась на третьи сутки. При операциях при хилоперитонеуме затруднена визуализация поврежденного лимфатического протока в брюшной полости. Введение жирорастворимых эмульсий с метиленовым синим через рот перед оперативным вмешательством не помогает визуализации поврежденного лимфатического протока. В последнем случае, при лечении хилоперитонеума, мы выполнили верхне-поперечную лапаротомию справа, мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру. В забрюшинном пространстве выделена нижняя полая вена и брюшной отдел аорты, визуализированы множественные нитевидные лимфатические протоки, которые были клипированы. Место оперативного вмешательства обработано гемостатическим порошком PerClot. После операции состояние ребенка с положительной динамикой, истечение хилезной жидкости прекратилось.

Выводы:

1. При наличии хилоторакса или хилоперитонеума устанавливаются дренажи и проводится консервативная терапия в течении 2 нед., при положительной динамике в виде уменьшения лимфорейи, консервативное лечение продолжается до 1 мес.
2. При большом количестве отделяемой хилезной жидкости, более 50 мл/(кг · ч) и невозможности компенсировать потери инфузионной терапией, ставятся показания к более раннему оперативному вмешательству.
3. Торакоскопия — метод выбора при клипировании грудного лимфатического протока.
4. Оперативное вмешательство при хилоперитонеуме требует дальнейшего исследования.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОВТОРНОГО РЕЦИДИВА ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ ЩЕЛИ БОХДАЛЕКА У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ

Сар А.С., Хаспеков Д.В., Кузнецова Е.В., Прутова О.Р., Рогачева О.А., Сайранова В.В.

Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

Введение. Врожденная диафрагмальная грыжа — один из самых сложных конгенитальных пороков. Рецидив — известное осложнение. Обзор мировой литературы показывает различную встречаемость и варианты стратегии лечения.

Описание клинического наблюдения. В отделение торакальной хирургии поступил ребенок 2 года 7 месяцев с диагнозом «Рецидив левосторонней диафрагмальной грыжи щели Бохдалека» с жалобами на периодическую боль в животе, задержку стула, плохую прибавку в весе. Из анамнеза: 1-я беременность, угроза преждевременных родов. Диагноз диафрагмальной грыжи щели Бохдалека поставлен антенатально на 25-й неделе. Роды самостоятельные на 34-й неделе. На 4-е сутки жизни выполнена торакоскопическая пластика левого купола диафрагмы за счет собственных тканей диафрагмы. Послеоперационный период с явлениями хилоторакса, дыхательной недостаточности. В возрасте 1 года 1 месяца ребенок экстренно оперирован по поводу странгуляционной кишечной непроходимости. Интраоперационно выявлен рецидив диафрагмальной грыжи с эвентрацией кишечных петель в плевральную полость. Выполнена пластика дефекта диафрагмы без применения имплантов и фиксации к ребрам. В возрасте 2 г. 5 мес. выявлен повторной рецидив диафрагмальной грыжи. Ребенку проведена реторакоскопия. Спаечный процесс умеренно выражен. Пневмолиз. При дальнейшей ревизии выявлен дефект левого купола диафрагмы в заднем отделе 3 × 3 см с эвентрацией в плевральную полость левого изгиба ободочной кишки, левой почки. С умеренными трудностями грыжевое содержимое низведено. Пластика дефекта пластиной ксеноперикарда с фиксацией к ребру. Продолжительность операции 105 мин. Кровопотери не было. Экстубация сразу после операции. Послеоперационный период протекал благоприятно. Ребенок выписан на 8-е сутки после операции. На катamnезе через 6 мес. в состоянии удовлетворительное, на рентгенограмме грудной клетки левый купол диафрагмы уплощен.

Заключение. Данное клиническое наблюдение демонстрирует редкий случай повторного рецидива диафрагмальной грыжи, необходимость использования имплантационного материала и фиксации его к ребру, возможность использования торакоскопии при повторных вмешательствах на диафрагме.

ЛЕГОЧНАЯ СЕКВЕСТРАЦИЯ У ДЕТЕЙ

Сар А.С., Хаспекоев Д.В., Прутова О.Р., Кузнецова Е.В., Рогачева О.А.,
Сайранова В.В., Ткаченко Н.В.

Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

Введение. Частота встречаемости легочной секвестрации составляет от 1,5% до 6,4% среди бронхолегочных аномалий. В детском возрасте данная патология чаще всего протекает бессимптомно. Есть мнение, что секвестрации не требуют хирургического лечения. Имеются исследования, подтверждающие наличие симптомов у 56% неоперированных в детском возрасте пациентов, которым впоследствии выполнены оперативные вмешательства. В мировой практике имеются описания таких осложнений, как карцинома легкого, тромбоз и некроз интралобарного секвестра, перекрут сосудистой ножки внелегочного секвестра с выраженным болевым синдромом, нагноение и формирование очага хронического воспаления.

Легочная секвестрация — достаточно редкая врожденная аномалия нижних дыхательных путей, характеризующаяся нефункционирующей массой легочной ткани, которая не имеет нормального сообщения с трахеобронхиальным деревом и получает обильное кровоснабжение из большого круга кровообращения. Диагноз может быть установлен при антенатальной диагностике на разных сроках беременности и подтвержден компьютерной томографией с контрастированием.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии ДГКБ св. Владимира в период 2014–2020 г. оперировали 16 детей с различными видами легочной секвестрации. Средний возраст 14 ± 6 мес. У трех детей имелись сочетания легочного секвестра с другими врожденными пороками развития: кистозно-аденоматозная мальформация легкого, истинная и ложная диафрагмальные грыжи.

Результаты. Оперировали двух пациентов с клиническими проявлениями: 16-летняя девочка с рецидивирующей пневмонией и нагноением внутридолевого секвестра, 10-летний мальчик с болевым синдромом, локализацией секвестра в грудной стенке. В одном наблюдении имелись кистозно-аденоматозные изменения самого секвестра. Нам встретилась также редкая форма интрадиафрагмальной секвестрации. Всем детям выполнено эндохирургическое удаление секвестра.

Заключение. Таким образом, легочная секвестрация — порок развития, в определенном проценте случаев приводящий к тяжелым осложнениям. Своевременная диагностика и оперативное лечение позволяют избежать данных осложнений у взрослых. Удаление легочной секвестрации торакоскопическим доступом является основным методом лечения данной патологии у детей.

О ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Сварич В.Г.^{1,2}, Сварич В.А.³, Каганцов И.М.^{2,4}

¹ Республиканская детская клиническая больница, Сыктывкар

² Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина, Сыктывкар

³ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми, Сыктывкар

⁴ Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

Актуальность. Долгое время желчнокаменная болезнь считалась уделом взрослых пациентов, поэтому в детской практике ей почти не уделялось внимания. Лишь в последнее время вышеуказанная патология привлекла внимание детских специалистов. Отдельные публикации по этой теме не дают четких ответов на вопросы о причинах возникновения желчнокаменной болезни у детей.

Цель. Уточнение возможной причины возникновения желчнокаменной болезни у детей.

Материалы и методы. В период с 1991 по 2021 г. в хирургическом отделении Республиканской детской клинической больницы под нашим наблюдением находились 153 ребенка от 4 до 16 лет с желчнокаменной болезнью. В большинстве случаев (70,4%) заболевшими были девочки. У 11 (7,2%) пациентов заболевание возникло вследствие гемолитической анемии. Каждый пациент, при отсутствии признаков обызвествления камней в желчном пузыре, что устанавливалось при обзорной рентгенографии брюшной полости, получал консервативную терапию препаратами урсодезоксихолевой кислоты минимум в течение 12 мес. Всем пациентам в процессе лечения проводилось периодическое ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы. Отсутствие эффекта от консервативной терапии и наличие эпизодов болевого синдрома вследствие вышеуказанного заболевания являлось показанием к выполнению холецистэктомии. В лапароскопический период с 1991 по 1997 г. у 7 пациентов холецистэктомия выполнена путем лапаротомии по Кохеру. С 1997 по 2007 г. холецистэктомия у 13 детей — с использованием минилапаротомного доступа. С 2007 г. лапароскопическая холецистэктомия — у 133 пациентов. Осложнение в послеоперационном периоде отмечено у 1 ребенка — кровотечение из ложа удаленного желчного пузыря, ликвидированное при релапароскопии.

Результаты. Ни у одного пациента консервативное лечение не дало положительного эффекта. У всех детей при ультразвуковом исследовании кроме конкрементов в желчном пузыре выявлена деформация его пузырного протока. Интраоперационно у 5 (3,7%) детей визуализировалось сдавление пузырного протока лимфатическим узлом, у 12 (7,8%) — Z-образная форма пузырного протока, у остальных 136 (88,5%) — сужение в средней трети последнего. При патогистологическом исследовании удаленного желчного пузыря во всех случаях последний имел признаки хронического воспаления и деформацию пузырного протока, что четко коррелировало с данными дооперационного ультразвукового исследования. В 56% конкременты были билирубиновые и в 44% — смешанные.

Выводы. Считаем, что одной из наиболее возможных причин желчнокаменной болезни у детей является деформация пузырного протока с затруднением оттока желчи из желчного пузыря и последующим образованием конкрементов.

ЗАВОРОТ СТЕНОЗИРОВАННОГО УЧАСТКА КИШКИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Северинов Д.А.¹, Гаврилук В.П.², Донская Е.В.²

¹ Курский государственный медицинский университет, Курск

² Курская областная детская больница № 2, Курск

Введение. В данной работе рассмотрен нетипичный клинический случай диагностики и хирургического лечения стеноза и заворота петли подвздошной кишки после перенесенного в периоде новорожденности некротического энтероколита у ребенка 3-х месяцев, осложненные некрозом и прикрытой перфорацией.

Описание клинического наблюдения. В реанимационное отделение Курской областной детской больницы № 2 (КОДБ № 2) госпитализирован ребенок М. 3 месяцев в тяжелом состоянии. За сутки до обращения мать ребенка отмечает выраженное беспокойство ребенка, вздутие живота, задержку стула. Ночь ребенок провел беспокойно. На утро отмечается вялость, частые срыгивания. После осмотра педиатром направлен в КОДБ № 2.

При первичном обследовании признаков кишечной непроходимости не выявлено. Ребенок получал парэнтеральное питание, антибактериальную терапию. Ежедневно выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) и рентгенографию органов брюшной полости. На третьи сутки наблюдения отмечается ухудшение состояния (живот вздут преимущественно в верхних отделах, мягкий, при пальпации ребенок беспокоится, перистальтика снижена), при УЗИ: перистальтика эпизодическая, крайне вялая, слева петли преимущественно спавшиеся, в параумбиликальной области между петлями расширенной кишки определяется экзогенный тяж до 18 мм, между петлями жидкостной компонент.

Учитывая вышеизложенные данные, принято решение о необходимости оперативного вмешательства. Под эндотрахеальным наркозом ребенку выполнена лапаротомия, при ревизии брюшной полости отмечается смещение отделов толстой кишки в левые ее отделы. Отмечается значительное количество плотных спаечных сращений в области двенадцатиперстной кишки, деформирующих ее стенку, которые поэтапно разделены. Петли толстого отдела кишечника и тонкой кишки спавшиеся практически на всем протяжении. На 10 см от илеоцекального угла обнаружен участок подвздошной кишки протяженностью до 15 см, представляющий собой «двустволку», завернутую у основания вокруг своей оси вокруг шнуровидной спайки, протянувшейся к задней брюшной стенке. Визуально петля темно-бордового цвета, стенки отечны, инфильтрированы, пальпаторно в зоне соприкосновения стенок кишки определяется их хрящевидная плотность, в этой же зоне имеется перфорационное отверстие диаметром до 2 мм. Участки кишечной трубки проксимальнее и дистальнее «двустволки» жизнеспособны. Выполнена резекция измененной петли, адаптация дистального и проксимального участков подвздошной кишки по диаметру, наложен тонко-тонкокишечный анастомоз конец-в-конец по методике J. Louw.

После операции ребенок получал лечение в отделении реанимации, энтеральное кормление — на 5-е сутки, на 10-е сутки после расширения объема кормления переведен в отделение детской хирургии. Выписан в удовлетворительном состоянии на 15-е сутки после операции.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ КОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ С ПОМОЩЬЮ СКРИНИНГОВЫХ И ЛОКАЛЬНЫХ ТЕСТОВ

Семакин А.С., Игнатьев С.В., Разин М.П.

Кировский государственный медицинский университет, Киров

Введение. Гнойно-воспалительные заболевания опосредуют гиперкоагуляционные нарушения в системе гемостаза, которые в присутствии дополнительных факторов могут реализоваться в тромбоземболические осложнения. Распространенность их в общей детской популяции составляет 0,07–0,14 случаев на 10 000, против — 1,6 на 1000 взрослого населения в год.

Цель исследования. Оценить состояние коагуляционного звена гемостаза у детей с гнойным аппендикулярным перитонитом (ГАП) в ранний послеоперационный период.

Материалы и методы. Обследовано 40 детей с ГАП, получавших лечение в хирургическом отделении ОДКБ г. Кирова, в возрасте 7–14 лет ($Me = 9$ лет), из них 22 (55%) мальчика и 18 (45%) девочек. Распространенный гнойный перитонит диагностирован у 13 (32,5%), местные формы — у 27 (67,5%). Лапаропищеская аппендэктомия с санацией брюшной полости выполнена в 45% случаев. Группу контроля составили здоровые дети 7–14 лет ($n = 50$). Оценивались показатели гемограммы: активность АСТ, АЛТ, концентрация билирубина, мочевины, креатинина, СРБ, общего белка сыворотки. Состояние коагуляционного звена гемостаза исследовали в ранний послеоперационный период ($Me = 12$ часов), с помощью скрининговых тестов коагулограммы: АЧТВ, ПВ, МНО, ТВ, количество фибриногена и локальных тестов (уровень FVIII:C, vWF:Ag, vWF:RCo Хагеман-зависимый фибринолиз (ФА) с определением РФМК). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы Statistica 7,0. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. При анализе данных гемограммы и биохимического исследования крови у детей с ГАП установлено наличие выраженного интоксикационно-воспалительного синдрома (ИВС). Отмечено значимое увеличение количества лейкоцитов, палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, СОЭ и ЛИИ, который соответствовал средней и тяжелой степени тяжести пациентов — 5,73; 3,6–7,4 (Me ; Q_1 – Q_3). Достоверных изменений показателей биохимии крови не обнаружено, ни один из показателей не выходил за референтные значения. Установлено значимое повышение СРБ, значение медианы которого превышало показатели нормальных значений (0,01–5 мг/л) в 32 раза — 163,8; 132,8–224,9 мг/л (Me ; Q_1 – Q_3). У детей с ГАП установлены гиперкоагуляционные нарушения, выявлено статистически достоверное увеличение концентрации фибриногена, РФМК, FVIII:C, фактора фон Виллебранда и его активности. Кроме того, у всех больных исследуемой группы установлено угнетение фибринолитической активности плазмы — ФА более 60 мин (норма — 4–10 мин). Достоверных изменений показателей скрининговых тестов (АЧТВ, ПВ, МНО, ТВ) выявлено не было.

Заключение.

1. Гнойный аппендикулярный перитонит сопровождается выраженным ИВС в сочетании с гиперкоагуляционными нарушениями системы гемостаза, но скрининговые тесты коагулограммы (АЧТВ, ПВ, МНО, ТВ) у данной категории пациентов оказались малоинформативными и не позволяют оценить истинную картину состояния коагуляционного звена гемостаза.

2. Выявленные с помощью локальных тестов (FVIII:C, vWF:Ag, vWF:RCo, ФА, РФМК) нарушения в ранний послеоперационный период носят протромботический характер и обуславливают состояние повышенной тромботической готовности, которое при наличии дополнительных факторов может реализоваться в тромбоз.

3. Установленное состояние тромботической готовности у детей с деструктивными формами аппендицита в ранний послеоперационный период является основанием для дополнительных исследований.

ВЫЯВЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ПРОКОАГУЛЯНТНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ С ПОМОЩЬЮ ГЛОБАЛЬНОГО ТЕСТА «ТРОМБОДИНАМИКА»

Семакин А.С., Игнатьев С.В., Разин М.П.

Кировский государственный медицинский университет, Киров

Введение. Гнойно-воспалительные заболевания опосредуют гиперкоагуляционные нарушения в системе гемостаза, которые в присутствии дополнительных факторов могут реализоваться в тромбоемболические осложнения.

Цель исследования. Оценить состояние коагуляционного звена гемостаза у детей с гнойным аппендикулярным перитонитом (ГАП) в ранний послеоперационный период.

Материалы и методы. Обследовано 40 детей с ГАП, получавших лечение в хирургическом отделении ОДКБ г. Кирова, в возрасте 7–14 лет ($Me = 9$ лет), из них 22 (55%) мальчика и 18 (45%) девочек. Распространенный гнойный перитонит диагностирован у 13 (32,5%), местные формы — у 27 (67,5%). Лапароскопическая аппендэктомия с санацией брюшной полости выполнена в 45% случаев. Группу контроля составили здоровые дети 7–14 лет ($n = 50$). Оценивались показатели гемограммы: активность АСТ, АЛТ, концентрация билирубина, мочевины, креатинина, СРБ, общего белка сыворотки. Состояние коагуляционного звена гемостаза исследовали в ранний послеоперационный период ($Me = 12$ ч), с помощью скрининговых тестов коагулограммы. Поскольку скрининговые лабораторные тесты обладают низкой чувствительностью к гиперкоагуляционным состояниям системы свертывания крови, в исследование был включен глобальный тест «Тромбодинамика», который дает интегральную картину происходящих изменений с учетом как прокоагулянтных, так и антикоагулянтных компонентов; оценивали: начальную (V_i) и стационарную скорость роста сгустка (V_{st}), размер сгустка (CS), наличие спонтанных сгустков вдали от активатора свертывания (TSP), плотность сгустка (D), время задержки роста сгустка (T_{lag}). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы Statistica 7.0. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. При анализе данных гемограммы и биохимического исследования крови у детей с ГАП установлено наличие выраженного интоксикационно-воспалительного синдрома (ИВС). Отмечено значимое увеличение количества лейкоцитов, палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, СОЭ и ЛИИ средней и тяжелой степени тяжести пациентов — 5,73; 3,6–7,4 ($Me; Q_1-Q_3$). Достоверных изменений показателей биохимии крови не обнаружено, ни один из показателей не выходил за референтные значения. Установлено значимое повышение СРБ, значение Me которого превышало показатели нормальных значений (0,01–5 мг/л) в 32 раза — 163,8; 132,8–224,9 мг/л ($Me; Q_1-Q_3$). У детей с ГАП установлены гиперкоагуляционные нарушения — значимое повышение показателей интегрального теста «Тромбодинамика»: V_i , V_{st} , CS и D . У 60% пациентов по данным глобального теста отмечено появление спонтанных сгустков вдали от активатора свертывания (TSP). Достоверных изменений показателей скрининговых тестов (АЧТВ, ПВ, МНО, ТВ) выявлено не было.

Заключение.

1. Деструктивные формы аппендицита сопровождаются выраженным ИВС в сочетании с гиперкоагуляционными нарушениями системы гемостаза.
2. Скрининговые тесты коагулограммы у детей с ГАП являются малоинформативными и не позволяют оценить истинную картину состояния коагуляционного звена гемостаза.
3. Выявленные нарушения в ранний послеоперационный период носят протромботический характер и обуславливают состояние повышенной тромботической готовности.
4. Считаем, что установленное с помощью глобального теста «Тромбодинамика» состояние тромботической готовности у детей с деструктивными формами аппендицита в ранний послеоперационный период является основанием для дополнительных исследований и более тщательного диагностического поиска возможных тромбоемболических осложнений.
5. Выявленные нарушения свидетельствуют в пользу использования антикоагулянтной терапии как важного направления комплексного лечения детей с ГАП.

МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕКАЮЩЕГО ОСТЕОХОНДРИТА У ДЕТЕЙ

Семенов А.В.¹, Трусова Н.Г.², Коротеев В.В.², Исаев И.Н.², Лозовая Ю.И.²,
Тарасов Н.И.², Крестьяшин В.М.¹, Выборнов Д.Ю.¹

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет, Москва

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

Введение. Рассекающий остеохондрит (РО) у детей продолжает оставаться нерешенной проблемой в современной детской ортопедии, приводя к длительной утрате повседневной и спортивной активности, а также к повышенной частоте раннего артроза коленного сустава. Несмотря на множество публикаций об эффективности лечения РО, во всех статьях используются различные шкалы и методы оценки результатов, включая различные инструментальные исследования для подтверждения результатов.

Цель исследования. Была разработана методика оценки очага РО по данным МРТ и создана шкала оценки очагов РО. Целью исследования является проверка надежности оценки степени заживления очагов РО по новой шкале оценки, а также ее корреляции с клиническими и рентгенологическими данными.

Материалы и методы. Для исследования надежности новой шкалы оценки РО по МРТ, включающей 5 параметров, были отобраны 34 исследования МРТ (у 10 пациентов) на разных стадиях течения заболевания. Исследования оценивались группой из 6 человек, включающей одного студента, трех врачей-ординаторов, одного врача-аспиранта и одного специалиста в области детской травматологии и ортопедии. Статистическая обработка проводилась с использованием программного обеспечения SPSS 26, оценивался коэффициент интраклассовой корреляции по модели «two-way random effects» с расчет Каппа Fleiss, в результате чего оценивалась надежность шкалы оценки.

Результаты. В результате оценки степени отека костного вещества отмечается низкая степень согласия между оценивающими (0,276), при оценке структуры кости — 0,341, что говорит о плохой диагностической точности указанных критериев. При оценке степени консолидации фрагмента с материнской костью — 0,456, при оценке структуры хряща — 0,45, что говорит об умеренной точности этих критериев. При сравнении средней арифметической оценки по всем критериям коэффициент Каппа составил 0,478, что соответствует суммарной умеренной диагностической точности разработанной шкалы.

Заключение. Разработанная шкала оценки динамики заживления очага рассекающего остеохондрита по данным статистического анализа обладает умеренной диагностической точностью при оценке разными исследователями. В связи с тем что МРТ является наиболее чувствительным методом при диагностике ранних стадий РО, а также минимальных остаточных явлений РО, данная шкала может быть использована при оценке результатов лечения РО у детей.

НЕОБХОДИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ОСНАЩЕННОСТИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Симонян Г.В., Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р., Мифтяхетдинова О.В.,
Соболевский А.А., Старостина И.Е.

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва

Введение. Мочекаменная болезнь — одно из распространенных заболеваний детского возраста, которое имеет чаще всего рецидивирующее течение и может привести к необратимым нарушениям функции почек. В течение последних десятилетий отмечается рост заболеваемости мочекаменной болезнью (МКБ), в том числе и у детей. Согласно рекомендациям ЕАУ в лечении МКБ у детей возможно применение всех современных методов доступа к органам мочевыделительной системы (трансуретральные, чрескожные, дистанционные) и все виды энергии для разрушения камней (лазеры, дистанционные ударные волны, УЗ-литотрипсия, пневматическая и т.д.). С громадными темпами развития современного эндоскопического оборудования и энергетических установок, стало возможным применение указанных методик у пациентов с первого года жизни. Проведенные исследования доказывают эффективность и, самое важное, безопасность применения данных технологий у детей.

Материалы и методы. За период наблюдения (2015–2021 гг.) пролечено 113 детей (47 девочек, 66 мальчиков) с мочекаменной болезнью в возрасте от 11 мес. до 17 лет, которым выполнено 171 вмешательство. 103 ДУВЛТ (дистанционная ударноволновая литотрипсия), 50 ПНЛТ (перкутанная нефролитотрипсия), 15 КУЛТ (контактная уретеролитотрипсия), 2 цистолитотрипсии, 1 лапароскопическая уретеролитотомия. ДУВЛТ выполнялась на аппарате Siemens Lithoskop, Dornier lithotripter S. КУЛТ — с помощью детского уретерореноскопа 9 Ch, фиброуретерореноскопа. При ПНЛТ использовали детские нефроскопы диаметром 9–16 Ch. Для разрушения конкрементов применялась пневматическая литотрипсия, тулиевый, гольмиевый лазеры. Лапароскопическая операция выполнялась по стандартным методикам.

Результаты. ДУВЛТ. Размеры конкрементов до 15 мм расположенных в чашечно-лоханочной системе (ЧЛС) (82), в мочеточнике (21). Полной элиминации конкремента удалось достичь у 70 пациентов. 18 пациентам потребовалось повторное ДУВЛТ. Установка внутреннего стента потребовалась у 19 пациентов.

КУЛТ применялась у 15 пациентов. 10 пациентам после ДУВЛТ, 5 пациентам для удаления камней нижней трети мочеточника размерами до 0,8 см.

ПНЛТ выполнено 50 пациентам. У 4-х имелось множество конкрементов в почке, у 10 пациентов до 1,5 см, у 20 — от 1,5 до 2 см, у 16 — камни были коралловидными, размерами более 2 см. У 8 пациентов определялись резидуальные конкременты. Трем пациентам выполнена повторная ПНЛТ с удалением всех резидуальных фрагментов. 5 пациентам — выполнена ДУВЛТ через 2 месяца после ПНЛТ.

Лапароскопическая уретеролитотомия проведена одному пациенту с крупным камнем правого мочеточника размерами 44 × 18 мм.

Заключение. Таким образом, лечение мочекаменной болезни у детей требует специализированной помощи в стационарах, оснащенных комплексом оборудования для применения разных высокотехнологических вмешательств с целью обеспечения максимально эффективного лечения каждого пациента.

20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ АНДРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

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

¹ Дальневосточный федеральный университет, Владивосток

² Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва

³ Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток

Введение. Анализ 20-летней работы детского амбулаторного хирургического центра андрологии в условиях типовой городской поликлиники.

Цель исследования. Поделиться 20-летним опытом организации и работы детского амбулаторного хирургического стационара одного дня.

Материалы и методы. В 2000 г. в детской поликлинике № 12 г. Владивостока был организован хирургический стационар одного дня, где было прооперировано более 5000 пациентов с грыжами, андрологической патологией и образованиями кожи и подкожной клетчатки. В 2015 г. в медицинском центре Дальневосточного федерального университета был создан второй центр амбулаторной хирургической помощи для детей и подростков, где прооперировано более 2000 больных. Все операции проведены под общим наркозом (фторотан, севоран, пропофол) в сочетании с местной анестезией (лидокаин, нарופן). Применяли малоинвазивные технологии (микродоступы, медицинский клей, операцию Мармара, собственные изобретения микрохирургических вмешательств).

Результаты. В структуре плановых операций преобладали андрологические вмешательства (до 80%) при фимозе, гидроцеле, варикоцеле, крипторхизме, кистах семенного канатика. Кроме того, проводились операции (до 20%) по поводу грыж передней брюшной стенки, опухолевидных образований кожи и подкожной клетчатки.

Применение микрохирургической оперативной техники позволило минимизировать операционную травму и сократить время заживления послеоперационной раны. С 2004 года используем особую технику ушивания операционных ран с применением медицинского клея «Дермабонд», что позволяет не делать перевязки и не снимать швы в послеоперационном периоде. С 2018 года используем бесшовную (клеевую) методику при операциях по поводу фимоза у детей в возрасте до 10 лет (158 больных). С 2001 г. применяем варикоцелэктомия по Мармару (128 операций), а с 2009 г. надмошоночный доступ собственной разработки (патент) при варикоцеле (420 пациентов). Послеоперационное пребывание в палате 3–3,5 ч. В последующем обезболивание на дому проводили сиропом нурофена. У 16 детей (0,2%) отмечены осложнения — отеки, подкожные гематомы, гипертермия. Повторных оперативных вмешательств не было.

Заключение. Амбулаторная детская хирургия в условиях поликлиники является одной из самых перспективных направлений в современной медицине. Она требует специальной подготовки хирурга, отбора пациентов, применения малотравматичной, микрохирургической оперативной техники и современного анестезиологического пособия.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

Соболевский А.А., Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р., Мифтяхетдинова О.В.,
Симонян Г.В., Старостина И.Е.

Российский научный центр рентгенодиагностики, Москва

Введение. В настоящее время эндоскопическая коррекция уретерovesикального соустья объемобразующими препаратами является основной технологией лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса. Несмотря на ее достаточную эффективность, имеется вероятность обструктивных осложнений применения объемобразующих препаратов от 2 до 5%, а неэффективность может достигать 50%.

Цель работы — на основании клинического анализа обструктивных осложнений ранее проведенной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у детей установить критерии возможности применения эндоскопических технологий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов с прогрессирующей после эндопластики устья мочеточника обструктивной уropатией. За осложненное течение заболевания принято прогрессирование нефросклероза на фоне уретерогидронефроза или сохраняющегося пузырно-мочеточникового рефлюкса после эндопластики.

Комплексно обследованы 20 детей (30 мочеточников), 11 мальчиков и 9 девочек, в возрасте от 1 до 9 лет с целью коррекции ПМР (11 больных — 17 мочеточников), обструктивного мегауретера 10 больных (13 мочеточников).

Ранее, в возрасте от 1,5 мес. до 2 лет, всем представленным пациентам проводилась эндоскопическая коррекция рефлюкса объемобразующими препаратами по поводу пузырно-мочеточникового рефлюкса 2–3 ст. — 13 пациентов (18 мочеточников), рефлюксирующего мегауретера — 7 больных (12 мочеточников).

Результаты. Однократная коррекция выполнена 7 пациентам, двукратная — 10, три и более раз — 3 детям. Первично в возрасте до года коррекция выполнена 14 больным, до 2 лет — 6 пациентам. Из 13 пациентов с неоднократными коррекциями повторные вмешательства выполнялись в сроки от 3 до 9 мес. после первичного лечения, из них основную часть (12 пациентов) составляли дети первого года жизни.

Анализ используемых для коррекции объемобразующих препаратов выявил, что стабильные импланты использовались, в том числе, и как препараты первой линии в лечении детей раннего возраста. Стоит отметить частое применение комбинаций объемобразующих препаратов для эндопластики.

Ранние обструктивные осложнения, потребовавшие чрескожной пункционной нефростомии — у 3 пациентов, стентирования мочеточника у 2 детей, у остальных 5 пациентов обструктивные нарушения уродинамики установлены в катамнезе от 3 до 12 мес. после операции.

Сопутствующая неустранимая патология нижних мочевых путей в виде инфравезикальной обструкции выявлена у 4 мальчиков (КЗУ, меатостеноз, фимоз), дисфункция мочевого пузыря у 6 детей.

Заключение. Таким образом, существуют клинические ситуации, в которых проведение эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса должно быть ограничено в целом либо частично путем применения только биodeградируемых материалов. Абсолютно противопоказана эндопластика устьев мочеточников ввиду обструктивных осложнений при наличии сочетанной патологии устья в виде рефлюкс-обструкции, а также при резком снижении секреторной функции почки.

ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Соколов С.В., Кислова А.Ю., Анфиногенов А.Л., Гогин В.Н., Троицкий С.А., Лаухина И.Г.

Областная детская клиническая больница, Ярославль

Введение. Спаечная кишечная непроходимость может стать осложнением любой операции на органах брюшной полости. Несмотря на большую работу специалистов всего мира, до настоящего времени не разработано метода, позволяющего с высокой степенью вероятности предотвращать формирование и регрессию внутрибрюшных сращений.

Цель исследования. Выявление операций, наиболее часто сопровождающихся развитием спаечной кишечной непроходимости, и преимущественных сроков формирования данного осложнения.

Материалы и методы. Основу исследования составили результаты лечения всех пациентов (61 ребенок), находившихся на госпитализации в ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница» с диагнозом «Спаечная кишечная непроходимость» за период с января 2016 г. по февраль 2021 г. Изучена частота развития данного осложнения в зависимости от первичной операции, сроки возникновения кишечной непроходимости и методы лечения.

Результаты. Наиболее часто (24 наблюдения, 39,3%) спаечная кишечная непроходимость встречалась после операций в связи с врожденными пороками развития органов брюшной полости: атрезии тонкой и двенадцатиперстной кишки (11 наблюдений, 18,0%), болезни Гиршпрунга (4 наблюдения, 6,5%), дивертикула Меккеля (4 наблюдения, 6,5%), диафрагмальной грыжи (2 наблюдения, 3,3%), аномалии желчных путей (1 наблюдение, 1,6%), внутриутробного перекрута яичника (1 наблюдение, 1,6%), гастрошизиса (1 наблюдение, 1,6%). Из них в периоде новорожденности выполнено 7 (29%) операций.

Второй по частоте причиной развития внутрибрюшных спаек с кишечной непроходимостью были операции по поводу различных форм аппендицита (19 пациентов, 31,1%). Удаление новообразований брюшной полости стало причиной спаечной непроходимости у 4 (6,5%) детей, тупая травма живота — у 3 (4,9%) пациентов, заворот кишки — у 2 (3,2%) детей, оперативная дезинвагинация без резекции кишки — у 2 (3,2%) пациентов. Однократно встречалась кишечная непроходимость после операций в связи с ущемлением паховой грыжи, перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, перфоративной язвой тонкой кишки, после венстрикулоперитонеального шунтирования, операции по фиксации толстой кишки, внутрибрюшинного закрытия колостомы, лапароскопической нефрэктомии.

Ранняя простая спаечная кишечная непроходимость возникла у 6 (9,8%) детей, рана отсроченная — у 7 (11,4) детей, поздняя до 1 года — у 10 (16,4%) детей, поздняя в срок более года от операции — у 38 (62,3%) пациентов.

Консервативное лечение кишечной непроходимости было эффективным у 34 (56%) детей, хирургическое вмешательство выполнено 27 (44%) пациентам.

Заключение. Наибольшего внимания при проведении специфической и неспецифической профилактики образования внутрибрюшных спаек требуют операции по поводу врожденных заболеваний органов брюшной полости и острого аппендицита.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ АППЕНДИЦИТА И АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА

Соколов С.В., Кислова А.Ю., Анфиногенов А.Л., Щедров Д.Н., Андреев А.И., Бунин И.В.

Областная детская клиническая больница, Ярославль

Введение. В связи с большим количеством операций, выполняемых у детей с неосложненными и осложненными формами аппендицита, спаечная кишечная непроходимость, развивающаяся после данного вида вмешательств, является актуальным направлением практической и научно-исследовательской работы. До настоящего времени не разработаны единые подходы к эффективной интраоперационной и послеоперационной профилактике этого осложнения, а также достоверные способы прогнозирования вероятности его развития.

Цель исследования. Выявление форм аппендицита, наиболее часто сопровождающихся развитием спаечной кишечной непроходимости и преимущественных сроков формирования данного осложнения.

Материалы и методы. Основу исследования составили результаты лечения всех пациентов (19 детей), находившихся на госпитализации в ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница» с диагнозом «Спаечная кишечная непроходимость» за период с января 2016 г. по февраль 2021 г., перенесших операции по поводу острого аппендицита и первичного перитонита.

Результаты. Встречаемость спаечной кишечной непроходимости после операций по поводу различных форм аппендицита (1547 операций) составила 1,2%: после неосложненного аппендицита 0,3% (4 из 1318 операций), отграниченного перитонита — 2,8% (3 из 112 операций), неотграниченного перитонита — 10,9% (10 из 91 операции), первичного перитонита — 7,7% (2 из 26 операций). У 4 (21%) детей спаечная непроходимость была ранней простой, у 7 (37%) — ранней отсроченной, в 4 (21%) наблюдениях — поздней, возникшей в срок менее 1 года после операции, в 4 (21%) — поздней, развившейся в период от 2 до 8 лет после операции.

Консервативное лечение впервые возникшей кишечной непроходимости было эффективным у 13 (68%) детей, хирургическое вмешательство потребовалось 6 (31%) пациентам. Рецидивы кишечной непроходимости у 4 (21%) пациентов были успешно излечены консервативными методами в 2 наблюдениях, хирургический адгезиолизис выполнен 2 детям.

Лапароскопическое разделение спаек позволило устранить кишечную непроходимость у 2 (25%) из 8 оперированных детей, у 1 (12,5%) ребенка ввиду распространенности спаечного процесса была выполнена конверсия на лапаротомию, 5 (62,5%) пациентам проведен адгезиолизис через лапаротомный доступ. 1 пациенту в связи со странгуляцией выполнена резекция некротизированной подвздошной кишки с формированием тонко-тонкокишечного анастомоза.

Заключение. Несмотря на невысокую частоту встречаемости спаечной кишечной непроходимости после операций по поводу неосложненных форм аппендицита, данное осложнение не редко возникает у пациентов, перенесших неотграниченный аппендикулярный перитонит и первичный перитонит. Наибольшее количество случаев спаечной кишечной непроходимости развивается в срок менее 1 года.

ПЕРВЫЙ РОССИЙСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ DA VINCI У ДЕТЕЙ

Соколов Ю.Ю.¹, Ефременков А.М.^{1,2}

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

² Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Введение. С момента первого использования роботической системы «Da Vinci» в конце 1990-х годов отмечено широкое применение робота у взрослых больных в различных областях, особенно в урологии и гинекологии. В последние 15 лет началось также активное внедрение робота в детскую хирургию. В настоящее время в большинстве детских хирургических клиник Европы количество роботических операций достигает 4,2% от всех выполняемых оперативных вмешательств.

Цель. Продемонстрировать первый собственный опыт применения робот-ассистированных операций у детей.

Материалы и методы. В ЦКБ с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации роботические операции у детей выполняются с июля 2019 г. За время освоения методики прооперировано 8 детей в возрасте от 13 до 17 лет. Показаниями для операции были: киста селезенки (5), киста правого купола диафрагмы (1), эктопированная поджелудочная железа (хористома) в желудок (1), гидронефроз слева (1). Операции выполняли с использованием компьютерной телеманипуляционной системы Da Vinci (Intuitive Surgical, Mountain View, Калифорния, США) под комбинированным эндотрахеальным наркозом со стандартным мониторингом жизненных функций. Операционный стол с пациентом позиционировали к роботической установке, исходя из интересующей анатомической области. Оптический 12 мм троакар устанавливали над пупком открытым способом по Хассону. Накладывали карбоксиперитонеум с внутрибрюшным давлением 14 мм рт. ст. и потоком 19 л/мин. Рабочие 8 мм троакары устанавливали под оптическим контролем по принципу триангуляции. Для введения дополнительных лапароскопических инструментов, подачи в брюшную полость шовного материала и аспирации вводили дополнительный лапароскопический 5 мм троакар в правом или левом подреберье. Набор роботических инструментов включал в себя диссекторы с моно- и биполярной коагуляцией, ножницы, иглодержатель.

Результаты. Были выполнены следующие роботические операции: фенестрация кисты селезенки (5), иссечение обширной кисты диафрагмы справа (1), гастротомия и иссечение хористомы желудка (1), пиллопластика по Хайнс-Андерссену (1). Установка троакаров и подсоединение (докин) робота занимало от 20 до 30 минут. Среднее время оперативных вмешательств — от 30 до 150 мин. Состояние пациентов и течение анестезии во время роботических операций не отличалось от такового при лапароскопических вмешательствах. Интраоперационных осложнений и конверсий не отмечено. Во всех случаях послеоперационное течение было гладким. При катамнестическом наблюдении более 6 мес. рецидивов кист селезенки, диафрагмы не отмечено, клинические проявления хористомы и гидронефроза были купированы.

Заключение. Наш первый опыт применения робот-ассистированной системы Da Vinci свидетельствует о безопасности и эффективности применения роботических операций у детей старшего возраста.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПЕРЕКРУТОМ БЛУЖДАЮЩЕЙ СЕЛЕЗЕНКИ

Соколов Ю.Ю.¹, Стоногин С.В.², Коровин С.А.¹, Дзядчик А.В.², Вилесов А.В.³

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

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

³ Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

Введение. Блуждающая селезенка (wandering spleen) — патология, при которой отсутствует полноценный связочный аппарат селезенки. Бессимптомное течение заболевания до первого эпизода перекрута селезенки отмечается в 70% случаев. Ранняя диагностика чрезвычайно сложна. У пациентов с блуждающей селезенкой при пальпации живота может выявляться объемное, легко смещаемое в область левого подреберья образование в брюшной полости. Важное значение имеет УЗИ с определением кровотока в сосудах селезенки. Спиральная компьютерная томография с контрастированием и МРТ позволяют визуализировать извитые сосуды ворот селезенки. К основным серьезным осложнениям блуждающей селезенки относятся: перекрут, инфаркт, некроз и разрыв селезенки с развитием гемоперитонеума, кишечная непроходимость, острый панкреатит, перитонит. В мировой литературе описано около 500 случаев блуждающей селезенки у детей и взрослых. Возраст больных от 3 мес. до 82 лет.

Описание клинических наблюдений. Представлены три клинических наблюдения перекрута блуждающей селезенки у детей 8 мес., 7 и 13 лет.

Девочка, 8 мес. поступила с симптомами острой кишечной инфекции, многократной рвотой после погрешности в питании. При осмотре ребенок вялый, капризный. Живот при пальпации вздутый, мягкий, безболезненный. СКТ не использовалась. Оперирована после проведения УЗИ брюшной полости. Выявлен перекрут и некроз блуждающей селезенки. Выполнена лапароскопическая деторзия селезенки, спленэктомия.

Мальчик М., 7 лет, госпитализирован с жалобами на боль в животе, рвоту, диарею. При осмотре живот мягкий, безболезненный, над лоном пальпируется край подвижного объемного образования тугоэластической консистенции. Мальчику выполнена лапароскопическая деторзия селезенки, лапароскопическая спленопексия.

Девочка Ш., 13 лет, госпитализирована в стационар для обследования по поводу увеличения селезенки, выявленного при УЗИ. Выполнена лапароскопическая деторзия селезенки, резекция селезенки, спленопексия.

Заключение. Таким образом, представлены чрезвычайно редкие клинические наблюдения перекрута блуждающей селезенки у детей. Лапароскопические оперативные вмешательства были выполнены во всех случаях. Ранняя диагностика и настороженность в отношении данного патологического состояния позволили до развития грозных осложнений выполнить в двух случаях органосохраняющие вмешательства, используя лапароскопический доступ. Следует подчеркнуть, что из-за высокого риска развития серьезных осложнений хирургическое вмешательство показано даже у детей с бессимптомным течением данного заболевания. Предпочтение следует отдавать органосохраняющим операциям, так как частота постспленэктомического сепсиса у детей достигает 4%.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ РАЗМОЗЖЕННЫХ ПОЧКАХ У ДЕТЕЙ

Соловьев А.Е.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Цель. Изучить тактику лечения детей с размозжением почек.

Материалы и методы. За 20 лет под наблюдением находились 76 детей с травмами почек в возрасте от 2 до 18 лет. У 35 из них имелась сочетанная травма. В диагностике использовали клинические, рентгенологические и инструментальные методы исследования.

Результаты. Консервативно лечились 49 детей, оперативно — 27. Нефрэктомия произведена у 5 детей. За 20 лет в клинике детской хирургии детям с так называемым размозжением почки производилась двух этапная органосохраняющая операция. На I этапе при сомнительной жизнеспособности почки во время люмботомии производили тщательный гемостаз и дренирование забрюшинного пространства. На II этапе (через 4–5 дней) — релюмботомию. Некротизированные ткани почки удаляли. Оставшуюся жизнеспособная паренхима ушивается, чашечно-лоханочная система дренируется. С диагнозом «размозжение» почки двух этапная органосохраняющая операция произведена у 7 детей. У всех удалось сохранить поврежденную почку. Контроль через 5–10 лет: функция оперированной почки удовлетворительная.

Заключение. При тяжелых повреждениях почек в трудных для диагностики случаях операцией выбора может быть двух этапная органосохраняющая операция при «размозжениях» почек у детей.

НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ВНУТРЕННИМИ МЕЖКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Соловьев А.Е.¹, Кульчицкий О.А.¹, Притуло Л.Ф.², Олейник А.В.²,
Акмоллаев Д.С.², Джемилов И.В.²

¹ Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань

² Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Введение. У детей приобретенные внутренние межкишечные свищи возникают очень редко. Причиной их возникновения может служить острая перфорация кишечника после оперативных вмешательств, или прикрытая (недиагностируемая) язва как осложнение НЭК у глубоко недоношенных детей.

Цель исследования. Сообщить о клиническом наблюдении детей с приобретенными внутренними межкишечными свищами.

Материалы и методы. Изучена медицинская документация 3 детей с внутренними межкишечными свищами.

Результаты. Среди 3 детей с приобретенными внутренними межкишечными свищами 2 были оперированы по поводу врожденной кишечной непроходимости. После операции возникли острые язвы кишечника. У недоношенного ребенка межкишечный свищ возник на фоне НЭК, который лечился консервативно. Все дети оперированы, межкишечный свищ ликвидирован. 2 детей живы, 1 умер после операции (полиорганная недостаточность).

Интерес сообщения в редкости наблюдений приобретенных внутренних прямых межкишечных свищей у детей. В первом случае свищ между слепой и восходящей кишками возник вследствие тяжелого осложненного течения НЭК у глубоко недоношенного ребенка. Причиной внутреннего прямого межкишечного свища у второго ребенка послужила острая язва подвздошной кишки. Хотя острая перфоративная язва была вовремя диагностирована и ушита, в дальнейшем развился межкишечный свищ между петлями тонкого кишечника, на что указывает тяжелое послеоперационное течение.

Заключение. Таким образом, приобретенные внутренние межкишечные свищи у детей встречаются редко. Причиной их могут быть острая перфорация кишечника после оперативных вмешательств или прикрытая (недиагностируемая) язва как осложнение НЭК у глубоко недоношенных детей.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛАКТАТА КАК МАРКЕРА ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Соловьев А.Е.¹, Кульчицкий О.А.¹, Притуло Л.Ф.², Олейник А.В.²,
Акмоллаев Д.С.², Джемилов И.В.²

¹ Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Рязань

² Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Симферополь

Введение. Ишемическое повреждение играет важную роль в этиологии и патогенезе заболеваний органов брюшной полости. Особую актуальность они приобретают в условиях экстренной хирургии в оценке степени этих нарушений, выбора рациональной тактики при острых ишемических поражениях кишечника.

Для оценки кровообращения кишечника в клинике обычно пользуются визуальными признаками, суть которых заключается в анализе цвета, блеска серозной оболочки, пульсации брыжеечных сосудов, наличии перистальтических сокращений, характера выпота брюшной полости. Недостаток метода заключается в субъективизме оценки.

Цель исследования. Определить изменения уровня лактата в крови для диагностики кишечной ишемии при ОССКН у детей в зависимости от стадии заболевания.

Материалы и методы. У 40 детей с ОССКН наряду с общепринятым обследованием, включая УЗИ, рентгенографию брюшной полости, лапароскопию, было проведено исследование уровня лактата в крови (молочной кислоты). Проведен статистический анализ среди групп детей в зависимости от стадии заболевания, а также контрольной группы здоровых детей.

Результаты. Установлено, что повышение уровня лактата в крови с лапароскопическим подтверждением позволяют эффективно диагностировать ишемию у детей с ОССКН. У детей с I стадией ОССКН уровень лактата был статистически не значимо повышен, со II и III стадиями заболевания — превышал норму в 2 раза и более.

Заключение. Уровень лактата и лапароскопическое исследование — важные факторы в своевременной диагностике ишемии кишечника при ОССКН у детей.

К ВОПРОСУ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Сорокина А.О.¹, Минько Т.Н.¹, Румянцева Г.Н.², Галахова Д.Г.¹, Кириенко И.С.¹

¹ Детская областная клиническая больница, Тверь

² Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Введение. Химический ожог пищевода — повреждение пищевода под воздействием химических веществ. Широкое использование в быту прижигающих веществ с различной химической структурой, способствуют увеличению количества пострадавших среди детского населения. Чаще страдают дети от 2 до 6 лет, что объясняется активностью ребенка в этом возрасте и недосмотром со стороны родителей.

Цель исследования. Проанализировать лечение детей с химическими ожогами.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 65 детей в возрасте от 1 мес. до 17 лет, находившихся в ДОКБ г. Твери с 2015 по 2020 г. с химическими ожогами пищевода.

Результаты. До 1 года — 1 пациент, от 1 до 3 лет — 45, старше 3-х лет — 19 больных. Ожоги I степени выявлены у 24 (37%) пациентов и у 41 (63%) ожоги 2–3 ст. Все дети с подозрением на ожог пищевода госпитализированы в хирургическое отделение, где им выполнялось ЭГДС. В течении первых суток после травмы ЭГДС выполнено у 50 пациентов, на вторые — у 6 и на третьи сутки — у 7 пациентов. Диагноз I–II степени выставлялся у пациентов, осматриваемых в ранние сроки после приема агрессивной жидкости.

Наибольшая часть ожогов II–III степени была вызвана приемом щелочных жидкостей (чаще «Крот») и плоскими батарейками — 26 чел. Ожоги I степени встречались при приеме кислотосодержащего вещества (чаще уксусной эссенции) — 15 чел.

Всем пациентам проводилась консервативная терапия ожогов: обволакивающие средства, облепиховое масло, гормональная, антибактериальная и антисекреторная терапия (ожоги II–III степени) Бужирование пищевода выполнялось пациентам с ожогами III степени.

Заключение.

1. Все дети с подозрением на химический ожог пищевода должны быть госпитализированы в хирургическое отделение.

2. Степень повреждения при ожоге зависит от площади поражения, количества и вида агрессивного фактора, его концентрации и времени контакта со слизистой оболочкой.

3. Эндоскопический метод позволяет уточнить степень поражения и спрогнозировать формирование стриктур пищевода.

4. Дифференцировка степени повреждения пищевода (по данным ЭГДС) позволяет избежать «напрасного» бужирования в ближайшем периоде после травмы.

ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКАЯ ОПУХОЛЬ У ДЕТЕЙ

Стальмахович В.Н.¹, Страшинский А.С.², Кайгородова И.Н.², Ли И.Б.², Дмитриенко А.П.²

¹ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

² Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск

Введение. Воспалительная миофибробластическая опухоль (ВМО) является редким объемным новообразованием детского возраста, исходящим из мезодермальной ткани и, согласно классификации опухолей мягких тканей, относится к опухолям с промежуточным биологическим потенциалом. В публикации представлены три клинических наблюдения за детьми с ВМО.

Описание клинических наблюдений. У всех трех мальчиков в возрасте 6, 8 и 15 лет опухоль локализовалась в правом гемитораксе: нижняя доля легкого (два ребенка), верхнее переднее средостение (один) без достоверной органной принадлежности. Специфических клинических симптомов заболевания не отмечалось. У двух детей объемное образование было случайной находкой: у одного — при ультразвуковом исследовании живота выявлена округлая опухоль над печенью, у другого — при проведении рентгенографии грудной клетки во время профилактического осмотра. Только в одном наблюдении опухоль легкого вызывала дыхательную недостаточность при физической нагрузке за счет полного ателектаза нижней доли и эмфиземы средней доли, что было обусловлено ростом опухоли из паренхимы нижней доли в просвет нижнедолевого и промежуточного бронхов. Значимых отклонений в клинических и биохимических анализах крови не было. Онкомаркеры были отрицательными. Показанием к оперативному лечению было наличие объемного образования, топография которого подтверждена мультиспиральной компьютерной томографией с контрастированием сосудов и фибробронхоскопией. Объем операции — торакотомия, лобэктомия (1 ребенок); торакотомия, пульмонотомия, туморэктомия (1 ребенок); торакоскопия, удаление опухоли средостения (1 ребенок). Наибольшие технические трудности отмечались при удалении опухоли средостения при ее мобилизации от верхней полой вены и в апертуре грудной клетки, где она была интимно спаяна с плечеголовной веной. Послеоперационный период был без осложнений. Исход лечения у всех детей — выздоровление.

ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТРАХЕЕ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Степаненко Н.С., Разумовский А.Ю., Куликова Н.В.

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

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты реконструктивных операций на трахее с использованием экстракорпоральной мембранной оксигенации у детей (ЭКМО).

Материалы и методы. За период 2012–2021 г. в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова реконструктивные операции на трахее и/или на крупных сосудах с использованием ЭКМО выполнены у 64 детей с патологией: полные кольца трахеи, трахео-пищеводная расщелина IV степени, петля левой легочной артерии и рецидивирующий трахео-пищеводный свищ. Средний возраст пациентов составил 1 год 7 месяцев, 50 пациентам (78,4%) выполнена слайд-пластика трахеи, из них 8 (12,7%) совместно с реимплантацией левой легочной артерией. У 1 пациента (1%) произведена слайд-пластика с одновременной реимплантацией правой подключичной артерии, 7 (10,9%) произведена реимплантация левой легочной артерии при изолированной петле левой легочной артерии без полных хрящевых колец трахеи. У 5х пациентов (8,7%) выполнено ушивание трахео-пищеводной расщелины гортани IV степени. 2 пациентам (2%) с диагнозом рецидивирующего трахео-пищеводного свища выполнена резекция трахеи с анастомозом конец в конец и ушивание дефекта пищевода с проведением экстракорпоральной мембранной оксигенации. Операционный доступ: у 48 пациентов (75%) — продольная стернотомия, у 4 (7,2%) — рестернотомия, 6 пациентам (9,8%) выполнен разрез на шее. Центральная канюляция проведена у 55 пациентов (85%). Периферическая канюляция для экстракорпоральной мембранной оксигенации через брахиоцефальные сосуды выполнена у 9 пациентов (14%). Сопутствующая патология отмечалась в 40 случаях (61,4%), из них порок легкого — у 13 пациентов (25,7%), порок сердца — у 11 (8,7%), трахеальный бронх — у 9 пациентов (15%).

Результаты. Среднее время оперативного вмешательства составило 135 мин., время ЭКМО составило 67 мин. Показатели послеоперационного периода: среднее время, проведенное на искусственной вентиляции легких после операции, составило 10 дней, среднее время нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии — 14,5 дней, среднее количество койко-дней — 34. Осложнения встречались в 24 случаях (37%), ближайшие послеоперационные осложнения — в 9 случаях (21,4%), отдаленные послеоперационные осложнения — в 11 случаях (14,6%). Повторные операции потребовались 10 пациентам (11,6%). У 2 пациентов (7,2%) кровотечения в раннем послеоперационном периоде в связи с гипокоагуляцией. Произведена ревизия раны, гемостаз краев раны и операционного поля. У 1 ребенка (16%) с трахео-пищеводной расщелиной в позднем послеоперационном периоде отмечалось кровотечение в зоне послеоперационной раны выполнен гемостаз, а также несостоятельность швов в зоне анастомоза, проведено повторное ушивание передней стенки трахеи. 7 детям (10,7%) в результате нарастающей дыхательной недостаточности в позднем послеоперационном периоде выполнено наложение трахеостомы. Летальность составила 24,3% — 8 пациентов, среди которых 3 детей (3,6%) после ушивания трахео-пищеводной расщелины IV степени, 3 пациента (3,6%) — после операции слайд пластики трахеи, 2 (7,2%) — после слайд-пластики трахеи с реимплантацией левой легочной артерии. У 50 пациентов (39,3%) в отдаленном послеоперационном периоде жалобы отсутствуют полностью, у 7 (10,7%) сохраняются жалобы на одышку при физической нагрузке, у 10 пациентов (21,4%) сохраняются жалобы на рецидивирующие трахеобронхиты. У 3 детей (3,6%) в позднем послеоперационном периоде развился двусторонний паралич голосовых связок. 1 пациент (3,6%) в настоящее время носитель трахеостомической трубки.

Выводы. Использование ЭКМО позволило выполнять наиболее сложные реконструктивные оперативные вмешательства при тяжелых пороках развития дыхательных путей у детей.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ: СПОСОБ GIPS

Степанова Н.М.^{1,2}, Новожилов В.А.^{1,2}, Звонков Д.А.², Мочалов М.Н.², Петров Е.М.²,
Ханхасова Т.Д.², Воропаева А.Н.²

¹ Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

² Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск

Актуальность. В настоящее время остается актуальной проблема хирургического лечения пилонидальных кист за счет сохраняющихся неудовлетворительных результатов лечения и довольно высокой частоты рецидивов. Интерес представляет минимально инвазивный способ лечения пилонидальных кист, предложенный M.Gips (2008), основанный на иссечении первичных и вторичных свищевых ходов и кюретаже кистозной полости.

Цель. Оценить эффективность минимально инвазивного лечения больных пилонидальными кистами по способу Gips.

Материалы и методы. За период с января 2020 г. по май 2021 г. было пролечено 15 детей с пилонидальными кистами. Группу исключения составили случаи, осложненные абсцедированием. Всем пациентам предоперационно выполнялось навигационное УЗИ с целью определения размеров кисты, ее локации, характера содержимого, состояния окружающих тканей. Антибиотикопрофилактика за 30 минут до оперативного вмешательства. Оперативное лечение проходило под местной анестезией 1% р-ром лидокаина. Положение пациента в положении лежа на животе. Иссечение свищевых ходов при помощи Dermo-punch с последующим удалением содержимого и кюретажа стенки кисты. Кожные послеоперационные отверстия оставляли открытыми без наложения швов, в раны устанавливались марлевые турунды. В последующем проводились ежедневные перевязки до полного заживления ран.

Результаты. Гендерный состав: 75% юношей и 25% девушек. Средний возраст — 15,6 года. Средний срок заболевания — 5,1 мес. Среднее время операции составило 15 мин. Возобновление двигательного режима — в первые сутки после операции. Обезболивание путем приема НПВС первые 2 дня послеоперационного периода. Ранних послеоперационных осложнений не отмечено. Среднее время пребывания в больнице — 3,8 сут. Полное заживление вторичным натяжением в среднем через 3,9 нед. Катамнез в среднем составил 7 мес.: ранние рецидивы 6,7% (1).

Выводы. Малоинвазивное лечение пилонидальных кист по Gips отличается минимальным доступом, примитивной оперативной техникой, обеспечивая тем самым хороший косметический результат, раннее восстановление трудоспособности и минимальное количество ранних осложнений. Оценка отдаленных результатов позволит оптимизировать способ, программу послеоперационных наблюдений и показания к селекции пациентов.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГОНАДАХ ПОСЛЕ ПАХОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ У МАЛЬЧИКОВ

Столяр А.В., Аксельров М.А.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Введение. Паховая грыжа — одна из самых распространенных хирургических патологий детского возраста с частотой встречаемости от 5 до 20 случаев на 1000 новорожденных детей.

До сегодняшнего дня хирурги по всему миру не достигли консенсуса по вопросу — какой из методов грыжесечения, «открытый» или лапароскопический, является более эффективным и приводит к развитию меньшего количества осложнений в интраоперационном, а также в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах.

Достоверным и объективным критерием оценки послеоперационного периода является ультразвуковое исследование (УЗИ) органов мошонки, позволяющее оценить как структурные, так и функциональные изменения в исследуемом органе.

Цель исследования. Изучить гемодинамические изменения в гонадах у пациентов, оперированных различными методами до и после операции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 23 мальчика. Группа 1 — 9 человек, которым проводилось оперативное лечение паховым доступом. Группа 2 — 7 мальчиков, оперированных методом LASSO. Группа 3 — 7 человек, оперированных методом LASSO с использованием оригинальной иглы. Возраст пациентов составил от 1 до 16 лет, средний — $5,5 \pm 4,45$ года.

Результаты. Выявлено, что при выполнении открытого грыжесечения изменений показателей индекса резистентности не происходит как на стороне операции, так и на стороне, где операция не выполнялась. У пациентов, оперированных методом LASSO, отмечается статистически значимое повышение индекса резистентности как на оперированной, так и неоперированной стороне, что объясняется, по-видимому, негативным системным воздействием карбоксиперитонеума на тестикулярный кровоток обоих гонад.

Изменение скорости систолического кровотока происходит у пациентов всех групп как на оперированной стороне, так и на стороне без операции. Но в группах, оперированных методом LASSO, эти изменения имеют большее отклонение.

В группе детей, оперированных по методике с использованием оригинальной иглы для герниорафии, на неоперированной стороне отмечается усиление диастолического кровотока, остальные изменения в группах статистически не значимы.

Заключение. При различных видах грыжесечения у мальчиков происходят различные изменения в гемодинамике яичек в ближайшем послеоперационном периоде, при чем как на стороне операции, так и на противоположной стороне.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА БОЛЕЗНЬ ЛЕГГА – КАЛЬВЕ – ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ

Тарасов Н.И.¹, Выборнов Д.Ю.², Лозовая Ю.И.^{1,2}, Трусова Н.И.¹,
Коротеев В.В.¹, Семенов А.В.¹, Кардаш Е.В.¹

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

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

Введение. Болезнь Легга – Кальве – Пертеса остается одной из наиболее сложных проблем детской ортопедии.

Цель. Оптимизировать тактику лечения детей с БЛКП на основании своевременной диагностики, и раннего, патогенетически обоснованного, лечения.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни детей с 2015 по 2021 г. с различной патологией тазобедренных суставов (БЛКП, коксартритами, асептическими некрозами головки бедра, эпифизарными дисплазиями). При обследовании применялись: рентгенография, УЗИ, МРТ, КТ, РИИ. Изменился контингент поступающих пациентов — увеличилось количество пациентов со случаями поздней диагностики и агрессивными формами течения заболевания. Различия гемодинамики в бассейне огибающих сосудов бедра мы применяли как субъективный дифференциально-диагностический критерий, оптимизирующий тактику лечения. Комплексный подход в лечении БЛКП сочетал коррекцию нарушений первичного звена патогенеза — нарушения кровообращения и устранение вторичных деформаций. С целью стимуляции репарации на начальных этапах заболевания применялись остеоперфорация, биологическая стимуляция аллотрансплантатом шейки бедренной кости. Различные степени децентрации головки бедра в сочетании с торсионными нарушениями определили показания для корригирующей остеотомии с фиксацией пластинами РНР на более поздних сроках заболевания. Применение ГБО позволили достоверно улучшить результаты лечения.

Обсуждение. Применение современного диагностического алгоритма позволяет оптимизировать тактику и результаты хирургического и реабилитационного лечения.

Результаты. Было получено 76% хороших, 14% удовлетворительных, 5% неудовлетворительных результатов, 5% пациентов не обследованы.

Выводы. Своевременная диагностика позволяет сократить сроки «страдания» пациентов, улучшить качество жизни, предотвратить инвалидизацию. Стимуляция проксимальной зоны роста бедра на фоне ГБО в 1,5 раз сокращает сроки заболевания. ДВМО с применением стабильного остеосинтеза привело в 87% случаев к восстановлению сферичности головки, улучшению конгруэнтности в тазобедренном суставе. У детей с КА, АНГБК, ЭД получено 70% удовлетворительных результатов, 30% пациентов в отдаленные сроки показано оперативное лечение.

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА БАТАРЕЙКАМИ

Теплов В.О.¹, Разумовский А.Ю.^{1,2}, Степаненко Н.С.^{1,2}

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

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

Введение. В 21 веке в связи с ускорением темпов технического прогресса большую долю среди заболеваний пищевода занимают электрохимические ожоги батарейками. Частота встречаемости по всему миру достигает 15 случаев на 1 млн населения. С 2006 г. выявлено увеличение доли осложненных и летальных случаев в 5,8 и 12,5 раза соответственно. Высокий риск осложнений делает данную проблему одной из ведущих в хирургии пищевода.

Цель исследования. Оптимизировать тактику лечения детей с осложненными формами ожогов пищевода батарейками.

Материалы и методы. С 2010 по 2019 г. в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова пролечено 75 детей с различными повреждениями пищевода батарейками. Из них мальчиков — 39, девочек — 36. Самый частый возраст от 12 до 19 мес. (5 мес. — 7,5 лет). Всем детям производилось эндоскопическое удаление батарейки с последующим контролем. Осложнения имели 39 детей. Среди них: трахеопищеводный свищ (ТПС) — 21, стеноз пищевода — 19, парез гортани — 14, перфорация пищевода — 3. Экспозиция батарейки варьировалась от 1 ч до 3 мес.

Результаты. При стабильном состоянии детям с ТПС выполнялись гастростомия и фундопликация. При большом размере дефекта и невозможности консервативного ведения выполнялись различные реконструктивные операции: 8 — разобщение ТПС, 4 — экстирпация пищевода с закрытием дефекта трахеи пищеводным лоскутом, эзофаго- и гастростомия с последующей колоэзофагопластикой. При стенозе пищевода проводились бужирования. Детям с парезом гортани первично выполнялась трахеостомия, 6 потребовались реконструктивные операции. Летальность — 0. Осложнения хирургического лечения — 4.

Заключение. Раннее разобщение ТПС сопровождается высоким риском осложнений, что может потребовать многоэтапного хирургического лечения.

Наиболее оптимальной тактикой лечения ТПС является выполнение фундопликации и гастростомии с возможным спонтанным закрытием свища, отсроченное оперативное лечение по закрытию ТПС при его сохранении.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ

Тибилев А.З.¹, Киреева Н.Б.²

¹ Нижегородская областная детская клиническая больница, Нижний Новгород

² Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород

Введение. В настоящее время известно более 200 методик оперативного лечения гипоспадии, но ни одна из них не является идеальной и имеет определенный процент осложнений, по данным различных авторов, от 20 до 40%. Кроме оценки функционального результата большое внимание уделяется косметической составляющей, включающей не только нормальную конфигурацию головки, но и ее анатомию, в том числе наличие уздечки.

Цель исследования. Улучшить функциональные и косметические результаты хирургического лечения дистальных форм гипоспадии.

Материалы и методы. За 1,5-летний период в клинике ГБУЗ НО «НОДКБ» выполнено 30 операций с пластикой головки и формированием искусственной уздечки мальчикам с дистальной формой гипоспадии от 2 до 13 лет. Способ (патент № RU 2747692 С1 от 12.05.2021 г.) заключался в следующем: после разметки выполнялся V-образный разрез с выкраиванием по обеим сторонам крайней плоти краевых остроконечных лоскутов, разрез циркулярно продолжался на вентральную поверхность. На катетере Нелатона 8–10 Ch формировали уретру непрерывным двухрядным швом нитью PDS 6 «0». Линию шва укрывали мясистой оболочкой. Выкраенные лоскуты внутреннего листка крайней плоти переносили на вентральную поверхность, где фиксировали к головке и сшивали между собой, образуя искусственную веерообразную уздечку. В группе сравнения 44 пациента с дистальной формой гипоспадии, которым выполнена TIP — уретропластика с замыканием головки.

Результаты. Осложнений уретропластики не было. В послеоперационном периоде дети получали антибиотикотерапию и местное лечение. В течение 10 дней выполняли отведение мочи катетером. Контрольный осмотр проводили через 1, 3 и 6 мес. У 21 (70%) больного косметический эффект удовлетворительный, показатели урофлоуметрии соответствовали нормальным значениям — 13 мл/с. У 3 (10%) больных сформировался меатостеноз, что потребовало проведения меатотомии. У одного больного сформировался уретральный свищ (3,3%). В группе сравнения меатостеноз развился у 5 больных (12,5%), уретральный свищ — у 3 пациентов (6,8%), в одном случае имело место расхождение швов головки и смещение неомеата на венечную борозду (2,2%). В целом частота осложнений при замыкании головки составила 20,4%, без замыкания — 13,3%.

Заключение. Формирование уретры в области головки без ее замыкания снижает число послеоперационных осложнений на 7%. Технически простое выкраивание двух лоскутов внутреннего листка крайней плоти обеспечивает удовлетворительный функциональный и косметический результат.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Тимофеев А.Д.¹, Соловьев А.А.^{1,2}, Тимофеев Д.В.²

¹ Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск

² Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Актуальность. Встречаемость первичного обструктивного мегауретера (ПОМ) колеблется от 0,7 до 20% и, по данным большинства современных исследований, вопрос о выборе первой линии его лечения до сих пор далек от разрешения.

Цель. Оценить эффективность эндоскопической дилатации (ЭД) первичного обструктивного мегауретера у детей.

Материалы и методы. За период 2013–2018 год пролечен 41 пациент с первичным обструктивным мегауретером. Проспективные результаты оценены у 24 пациентов, которым была выполнена инструментальная дилатация мочеточника и его последующее стентирование. Протокол наблюдения включал клиническое обследование, экскреторную урографию, МЦУГ, МСКТ, урофлоуметрию и диуретическую гаммасцинтиграфию почек.

Результаты. Средний возраст на момент начала лечения ПОМ составил 9 мес. (2 мес. – 1,3 года). Среднее время операции — 13 мин. (10–31 мин), а пребывание в стационаре — 2 дня (1–7 дней). Функция почек оставалась сохранной у всех пациентов, более того, — со значительным улучшением почечного дренажа по диуретической ренограмме ($p < 0,01$, Т-тест). Важные послеоперационные различия были в степени гидронефроза и диаметре мочеточника, которые сохранялись в течение длительного времени ($p < 0,01$). Долгосрочное улучшение имело место в 80%, со средним наблюдением 1,5–2 года. Вторичный ПМР был обнаружен в 2 случаях (8,3%), с последующим успешным введением уроимпланта (vurdex). В 3 случаях развился рецидив стеноза (12,5%), который был разрешен повторной ЭД. Эндоскопическое бужирование не удалось выполнить у 4 пациентов (16,6%), которые в дальнейшем потребовали реимплантации мочеточника.

Выводы. Было доказано, что ЭД является эффективным методом лечения ПОМ с небольшим количеством осложнений и хорошими результатами при длительном наблюдении, при этом основным осложнением являлся вторичный ПМР, который достаточно легко поддавался атравматичной коррекции путем подслизистого введения уроимпланта. Эндоскопическое бужирование по совокупности анатомофункциональных эффектов может представляться лечением первой линии при ПОМ.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Тома Д.А., Вечеркин В.А., Птицын В.А., Королев П.В., Коряшкин П.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Введение. Ранняя диагностика и дифференцированное лечение деструктивных пневмоний различного возраста остается актуальной проблемой современной науки и этим вопросом задаются каждый из практикующих врачей, детских хирургов.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с деструктивными плевропневмониями.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко и в областной детской больнице Белгорода с 2016 по 2020 г. под наблюдением и лечением находились 187 детей с деструктивными плевропневмониями (ДП) в возрасте от 2 до 17 лет. У 123 больных основной группы ранняя диагностика и лечение проводились с использованием аппарата «Кардиокод» и разработанной прогностической модели, а 64 ребенка лечились традиционным способом. Все пациенты поступали в тяжелом состоянии с признаками интоксикации и ДН. Лечение проводилось в реанимации и палате ПИТ. Наряду с лабораторными методами исследования для ранней диагностики осложнений нами использован аппарат «Кардиокод» (оценка параметров ЦГ), УЗИ плевральных полостей, РКТ грудной клетки, бронхоскопия.

Результаты. У детей основной группы выявлены значительные нарушения показателей ЦГ (особенно у детей с легочно-плевральными осложнениями) — снижение показателей ранней диастолы, компенсаторное повышение МОК, систолы предсердия. Прогностическая модель с использованием 27 параметров позволила у 117 (95%) больных в день поступления в стационар оценить стадию заболевания у ребенка, решить вопрос об характере оперативного лечения и проведении рациональной интенсивной терапии.

Заключение. Применение современных технологий в диагностике и лечении ДП привели к снижению летальности до 0 и к уменьшению общей продолжительности заболевания у детей основной группы в среднем на 2,7 дня или 7,8%, снижение количества проведенных в стационаре дней в среднем на 4,5 дня или 13,19%.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ ТОРАКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Топилин О.Г.¹, Пикин О.В.², Рябов А.Б.², Абрамян М.А.¹, Айрапетян М.И.³, Куренков И.В.¹

¹ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

² Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, Москва

³ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель. Демонстрация опыта успешного лечения воспалительной миофибробластической опухоли (ВМФО) торакальной локализации у детей.

Материалы и методы. С 2017 г. пролечено 13 пациентов в возрасте от 8 до 17 лет с гистопатологическим диагнозом ВМФО. Гендерное соотношение 12 м : 1 ж. Девяти пациентам диагноз поставлен по результатам предварительной биопсии. Опухоль располагалась в трахее у 1 пациента, в левом главном бронхе — у 2, в легочной паренхиме — у 9 пациентов и в сердце — у 1. Были применены следующие варианты хирургического лечения: циркулярная резекция трахеи и бронхов — 3, торакоскопическая лобэктомия — 4, торакотомическая лобэктомия — 1, торакоскопическая анатомическая сегментэктомия — 2, стернотомия, пластика правого предсердия — 1. В 2 случаях проведение радикальной операции было невозможно, проводилась таргетная терапия.

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Таргетная терапия привела к сокращению объема образования. Длительность наблюдений по протоколу от 1 до 3 лет, рецидивов отмечено не было.

Выводы. ВМФО бронхолегочной локализации — редкая опухоль у пациентов детского возраста. Радикальное хирургическое вмешательство (полное удаление опухоли), является основным методом лечения и профилактикой рецидивов, однако при иноперабельном варианте показано гистологическое и генетическое исследование для назначения таргетной терапии, как первого этапа.

ВРОЖДЕННЫЕ РЕЦИДИВНЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ГРЫЖИ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ. ПРИЧИНЫ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Топилин О.Г.¹, Соколов Ю.Ю.², Хаспеков Д.В.³, Айрапетян М.И.⁴,
Миронова И.К.³, Ковачич А.С.³

¹ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

³ Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Введение. Наибольшие трудности в диагностике и хирургической коррекции вызывают рецидивные и приобретенные грыжи диафрагмы.

Цель. Проанализировать причины возникновения рецидивных, травматических и ятрогенных грыж у детей и определить хирургическую тактику при их устранении.

Материалы и методы. С 2008 года коллективом авторов было пролечено 12 пациентов с рецидивом врожденной диафрагмальной грыжи и 14 детей с приобретенными диафрагмальными грыжами. Последние включали 5 с травматической, 4 — с ятрогенной грыжей и 5 детей с диафрагмальными грыжами в возникшими вследствие перенесенных операций в области диафрагмы. У большинства пациентов была яркая клиническая картина, однако у детей с травматическими и ятрогенными грыжами диагноз не всегда был очевиден и своевременен. Выбор метода лечения и хирургический доступ определялся локализацией, топографоанатомическими особенностями, размерами дефекта и наличием ущемления. Пятерым детям оперативное вмешательство выполнено эндохирургическим доступом (торакоскопия, лапароскопия, торакоскопическиассистированная лапароскопия), 4 — торакотомия, остальные пациенты оперированы лапаротомическим доступом

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Всем детям удалось восстановить целостность диафрагмы, у 7 пациентов с обширным дефектом в диафрагму вшит протез из пластины «Ксеноперикард». Длительность операций составила в среднем 70 мин. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. У одного ребенка с рецидивом грыжи Бокдалека, оперированного повторно торакоскопическим доступом, через 1 год возник вновь рецидив. В данном случае пациент был оперирован в третий раз лапаротомическим доступом с хорошим отдаленным результатом.

Выводы. Выбор того или иного хирургического доступа у детей с приобретенными и ятрогенными диафрагмальными грыжами зависит от этиологии, формы, размеров дефекта и наличия ущемления. Пациентам с рецидивом врожденной диафрагмальной грыжи предпочтительным является лапаротомный доступ, т.к. во всех случаях позволил надежно устранить дефект диафрагмы, в том числе с использованием протеза из ксеноперикарда.

ТЕСТИКУЛЯРНЫЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОСЛЕ МАНУАЛЬНОЙ ДЕТОРСИИ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРЕКРУТОМ ЯИЧКА

Топольник М.В.¹, Ольхова Е.Б.^{1,2}, Аллахвердиев И.С.¹, Борисов С.Ю.¹,
Мукасева Т.В.¹, Тагирова А.Ю.¹

¹ Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

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

Введение. Изучение динамики тестикулярного кровотока непосредственно после успешной и неуспешной мануальной деторсии (МД).

Цель исследования. Уточнить доплеровскую эхографическую семиотику перекрута яичка (ПЯ) у детей и возможность УЗИ в контроле тестикулярного кровотока при МД.

Материалы и методы. Решение о целесообразности МД принималось хирургами в зависимости от длительности заболевания и наличии/отсутствии выраженных (прогностически неблагоприятных) серошкальных изменений яичка при УЗИ. В исследование вошли 47 детей в возрасте от 13 до 17 лет включительно за период 2006–2020 г. УЗИ органов мошонки выполнялось на аппаратах экспертного класса с определением следующих показателей: наличие интратестикулярного сосудистого рисунка яичка на стороне поражения и качественное сравнение его интенсивности (при наличии) со здоровой стороной; повторная оценка интратестикулярного сосудистого рисунка и количественная оценка показателей кровотока в интратестикулярных артериях обоих яичек (V_{\max} и RI) через 1 мин после МД.

Результаты. При первичном эхографическом определении тестикулярного кровотока в 11 случаях из 47 наблюдений ПЯ без выраженных диффузных изменений паренхимы яичка кровотоки прослеживались достоверно, что расценивалось как неполный или нетугой перекрут. В большинстве случаев (38/47, 81%), независимо от степени выраженности серошкальных изменений паренхимы, интратестикулярный сосудистый рисунок зафиксировать не удалось. После проведения хирургом попытки МД одним из критериев эффективной деторсии послужило появление интратестикулярного сосудистого рисунка, при этом его интенсивность в 77% случаев успешной деторсии (36/47) превышала интенсивность сосудистого рисунка контралатеральной гонады. При выполнении доплерографии на сосудах семенного канатика и яичка после деторсии подтверждалось достоверное повышение скорости кровотока и снижение его резистивных характеристик по сравнению с контралатеральной стороной. В 21% случаев ($n = 10$) попытки МД были безуспешными — тестикулярный кровоток не восстанавливался. Во всех случаях после МД выполнялась оперативная орхипексия с контролем наличия/отсутствия остаточных проявлений ПЯ и состояния его паренхимы. Интраоперационные данные подтвердили результат УЗ-оценки состояния яичек в 100% случаев.

Заключение. УЗИ с доплеровской оценкой кровотока является высокоинформативным методом контроля эффективности МД ($Se = 100\%$). Успешная МД яичка сопровождается появлением интенсивного интратестикулярного сосудистого рисунка на стороне поражения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАВОРОТА С НЕКРОЗОМ СОСУДИСТОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ИМИТИРУЮЩЕЙ КЛИНИКУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Трофимова Ю.А., Филькин А.А.

Детская городская клиническая больница № 1, Нижний Новгород

Описание клинического наблюдения. Пациентка В., 14 лет, обратилась в приемный покой детской городской клинической больницы № 1 с жалобами на периодическую боль в нижних отделах живота в течение четырех дней. Тошноты и рвоты не было. Температура тела не повышалась. Стул оформленный, дизурии нет. Госпитализирована в хирургическое отделение в экстренном порядке с подозрением на острый аппендицит. При поступлении состояние пациентки средней степени тяжести. Не лихорадит. Видимые слизистые и кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 74 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный над лоном, в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины слабо положительны. Печень определяется по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. В общем анализе крови лейкоцитоз до $14,2 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. В общем анализе мочи норма. По данным УЗИ ОБП + ОМТ — патологии не выявлено.

После предоперационной подготовки выполнено лапароскопическое вмешательство из трехтроакарного доступа (10 мм троакар над пупком — для оптики, 10 мм троакар над лоном, 7 мм троакар в правой подвздошной области) обнаружено образование на тонкой длинной перекрученной сосудистой ножке, идущее от большого сальника в полость малого таза. Образование темно-синюшного цвета, размерами 80×20 мм, ригидное, местами хрящевидной плотности, имеет светло-серую капсулу. Выполнено удаление образования биполярной электрокоагуляцией с помощью Ligasure. Направлено на гистологическое исследование.

Заключение гистологического исследования: картина артериовенозной мальформации/гемангиомы. Продолжительность оперативного лечения составила 20 мин. Послеоперационный период без осложнений. Срок пребывания в стационаре составил 7 койко-дней.

Заключение. Данный клинический случай представляет интерес в связи со сложностью постановки диагноза на дооперационном этапе, редкостью интраоперационной находки.

МЕГАРЕКТУМ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Федотов Л.С.¹, Смирнов А.Н.^{1,2}, Холостова В.В.^{1,2}, Залихин Д.В.¹, Маннанов А.Г.^{1,2}

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

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

Введение. Функциональные нарушения моторики толстой и прямой кишки после хирургического лечения аноректальных мальформаций (АРМ) встречается с частотой от 30 до 90%. Наиболее часто моторно-эвакуаторная дисфункция кишечника проявляется запорами и вторичным энкопрозом и не имеет четкой зависимости от вида АРМ.

Материалы и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ лечения 12 пациентов в возрасте от 9 мес. до 16 лет (средний возраст 4,5 + 1,3 года), оперированных в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова по поводу вторичного мегаректума в период с 2010 по 2020 г. Пациенты имели следующие формы АРМ: атрезия ануса с ректо-уретральным свищом — 2 (16,6%), атрезия ануса с ректо-вестибулярным свищом — 9 (75%), атрезия ануса без свища — 1 (8,3%). В исследовании использованы данные УЗИ, ирригоскопии, биопсии толстой кишки, посевок кала и сфинктерометрии. Основными критериями диагностики являлись расширение прямой кишки (в 3 и более раз) и ганглионарные нарушения. Всем пациентам проводилось консервативное лечение не менее 1–2 лет, показания к оперативной коррекции устанавливались только при неэффективности терапии. Лишь 1 пациент оперирован в раннем возрасте в связи с эктопией неоануса кзади. У всех пациентов был исключен стеноз неоануса. Всем детям выполнена резекция дистального отдела толстой кишки, в 7 (58,3%) случаях — операция Соавэ в 2 этапа, в 5 (41,6%) — резекция с наложением одномоментного колоректального анастомоза. Лапароскопическим способом оперировано 6 (50%), открытым — 6 детей (50%).

Результаты. Наиболее частыми клиническими проявлениями у детей были: запоры 12 (100%), недержание кала 9 (75%), боли в животе 5 (41,6%), вздутие живота 8 (66,7%), гипотрофия 7 (58,3%). Длительность лечения в стационаре составила 18,3 + 3,2 сут у детей при двух этапном лечении и 12,2 + 2,8 сут при одноэтапном. По данным гистологического исследования удаленных участков прямой кишки аганглиоз диагностирован у 1 (8,3%) пациента, гипоганглиоз — 3 детей (25%), фиброзные изменения — у 10 (83,3%) пациентов. Все пациенты обследованы повторно в сроки от 6 мес. до 3 лет. Восстановление пассажа достигнуто в 9 (75%) случаях, частота недержания кала — снизилась до 33,3%, потребность в клизмах — до 41,6%. Явления вздутия живота, болевой синдром, явления гипотрофии купированы в 100% случаев.

Заключение. Основными моторно-эвакуаторными нарушениями у пациентов с АРМ в отдаленные сроки после хирургической коррекции являются запоры и недержание кала. При отсутствии стенозирования неоануса выраженные явления мегаректума, как правило, необратимы, что требует хирургической коррекции и позволяет значительно улучшить функциональное состояние толстой кишки.

ОПЫТ ПОВТОРНЫХ И ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ У ДЕТЕЙ

Хворостов И.Н.¹, Окулов Е.А.², Гусев А.А.², Игнатъев Р.О.², Яцык С.П.², Доценко А.В.²

¹ Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

² Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Введение. Несмотря на технические достижения в хирургическом лечении аноректальных мальформаций, осложнения, которые требуют повторной операции, по-прежнему распространены.

Цель исследования. Установить причины неудовлетворительных результатов лечения, определить показания к этапным (повторным) операциям у детей с аноректальными пороками развития.

Материалы и методы. Проведено нерандомизированное неконтролируемое исследование. Обследовано 99 больных с аноректальными мальформациями. Группы не формировали. Повторные и этапные операции выполнены 86 больным. В протоколе обследования использовали метод визуального осмотра, МРТ, УЗИ, электромиографию, рентгенологические исследования.

Результаты. Повторные операции выполнены 86 больным. 10 пациентам (6 мальчиков, 4 девочки) в связи с внесфинктерным низведением кишки на промежность выполнена повторная аноректосфинктеропластика заднесагиттальным доступом, 9 больным (все девочки) реконструкция промежности, в подавляющем большинстве — под защитой колостомы. В 43 случаях (38 мальчиков, 5 девочек) потребовалась проктопластика в связи с пролапсом стенки низведенной кишки как сегментарного, так и циркулярного характера. В 1-м случае выявлен сегментарный пролапс, оказавшийся формой тубулярного удвоения прямой кишки. При формировании стеноза неоануса (15 больных), не поддающегося бужированию (4 больных) с развитием патологического мегаректума, выполняли на уровне резекцию нижних отделов толстой кишки с ренизведением ее на промежность. У 5 пациентов (мальчики), имевших клинически значимую сохранившуюся культю после удаления ректоуретрального свища, выполнялась лапаротомия с ликвидацией культи и прецизионной пластикой входа в заднюю уретру. 4 больным с клиникой ретракции низведенной кишки потребовалось ренизведение на промежность с повторным формированием анального и ректального каналов. Причины необходимости этапных (повторных) операций у детей с аноректальными пороками развития можно классифицировать на отдельные подгруппы. Технические дефекты первичных операций: низкое расположение первично наложенной дистальной колостомы, отсутствие электромиоидентификации в ходе первичной операции для достоверного определения топики запирающего аппарата прямой кишки, низведение кишки на фоне явных нарушений микроциркуляции, высокая обработка дистальных отделов толстой кишки с оставлением культи при ректоуретральном свище, отсутствие циркулярного освобождения низводимой кишки от капсулы Денонвилье. Послеоперационные осложнения: гнойно-воспалительные осложнения, связанные с отсутствием защитной колостомы, отсутствие полноценной длительной реабилитации в послеоперационном периоде, включающей своевременное и непрерывное бужирование, контроль за частотой и полнотой опорожнения кишечника.

Заключение. Полученные результаты позволили объяснить причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения аноректальных мальформаций у детей и определить показания к повторным операциям.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

Ходневич А.Е.¹, Цап Н.А.^{1,2}, Баранов Ю.В.¹, Ершов В.А.¹, Пигарева А.Е.¹, Бессонова Ю.С.¹

¹ Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

² Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Актуальность. До настоящего времени основным методом лечения мочекаменной болезни (МКБ) остается хирургический. Внедрение уретероскопов меньшего диаметра, применение атравматичного дизайна инструмента сделало уретероскопию безопасным и эффективным методом дезинтеграции конкрементов мочеточника. Многие авторы считают уретеролитотрипсию золотым стандартом и первой линией хирургического лечения при конкрементах мочеточника. Даже идеально выполненное хирургическое вмешательство само по себе приносит новые факторы риска рецидивного камнеобразования и в 21–36% случаев может стать фактором риска возникновения рецидива.

Цель. Оценить эффективность контактной уретеролитотрипсии у детей с использованием энергии лазерного гольмиевого литотриптора.

Пациенты. В период с апреля 2019 по апрель 2020 г. в детском урологическом отделении получили лечение 19 детей с конкрементами мочеточников. Диапазон возраста — от 5 месяцев до 17 лет. Распределение по полу: преобладают девочки — 10 (53%), мальчиков — 9 (47%). Локализация конкрементов: у 12 (63%) детей слева, в 42% (8 чел.) случаев конкремент локализовался в средней трети мочеточника; размеры в 53% (10 чел.) случаев от 5 до 10 мм. Изучена плотность конкрементов: у 11 (58%) пациентов конкременты плотностью от 1000 до 1700 HU. После ликвидации обструкции JJ-стентом, и с сохранением его в мочеточнике на 1 мес. литотрипсия осуществлялась в нескольких различных режимах мощности и частоты, гольмиевым лазерным литотриптором Karl Storz Calculase II, Holmium, с ригидным уретероскопом.

Результаты. Наружный мочеточниковый катетер установлен 18 (95%) пациентам и на третьи сутки после операции удален. Всем пациентам проводилось УЗИ МВС в день удаления катетеров и в день выписки — на 1-е и 2-е сутки после операции соответственно. Одному пациенту интраоперационно установлен JJ-стент, удаленный на 28-е сутки при повторной госпитализации, проведено УЗИ, после операции данный пациент выписан своевременно. У 15 (79%) пациентов отмечено отхождение конкрементов в 1–2-е сутки после операции. Все дети выписывались домой с полной очисткой мочевых путей от камней. 9 (47%) пациентов посещали уролога поликлиники в срок от 3 до 10 мес., 5 (56%) проведено КТ мочевого выделительной системы с контрастированием. У 1 (5%) ребенка отмечено формирование одиночных односторонних конкрементов в пиелоретеральном сегменте 3 мм и в средней трети мочеточника 4 мм.

Заключение. Эффективность лечения гольмиевым лазерным литотриптором в раннем послеоперационном периоде составила 100%, в сроке от 3 до 10 месяцев после операции эффективность составила 95%, что является весьма существенным плюсом для малоинвазивной методики.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Цап Н.А.^{1,2}, Некрасова Е.Г.², Мликова Т.В.², Бабин И.Г.², Борисов С.А.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

² Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

Введение. В хирургии диафрагмы детского возраста обсуждаются в основном вопросы антенатальной диагностики и постнатальной лечебной тактики при наличии у новорожденного ребенка порока развития грудобрюшной преграды. За последние годы отмечается тенденция к выявлению диафрагмальной грыжи у детей, значительно переживших период новорожденности, и даже в возрасте старше 7 лет. Доказательного объяснения факту длительного бессимптомного течения порока развития, при котором сочетается патология органов грудной и брюшной полостей, в настоящее время не найдено.

Цель исследования. Провести оценку клинико-рентгенологической картины диафрагмальной грыжи у детей, переживших период новорожденности, представить технологию и результаты оперативного лечения

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии за 5-летний период оперировано 22 ребенка в возрасте от 7 месяцев до 17 лет с диафрагмальной грыжей (ДГ), из них 3 (13,6%) ребенка с рецидивом ДГ (оперированы в период новорожденности). Особенностью клинической картины ДГ у большинства детей (81,8%) данной группы исследования является бессимптомное течение, в связи с чем порок диафрагмы выявлен был при проведении профилактического обследования и, в частности, у 17-летней девочки — спортсменки. В экстренном порядке установлено наличие ДГ при развитии осложнений у 4 (18,2%) детей. Регламентированы ключевые методы обследования: обзорная R-графия грудной клетки, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта, по показаниям КТ.

Результаты. Локализация ДГ в большинстве случаев левосторонняя — 15 (68,2%) детей, наличие ДГ в правом куполе диафрагмы установлено в 5 (22,3%) случаях, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы обнаружена у 2 (9,1%) детей. Преобладали истинные ДГ (68,2%). В неотложном порядке с клиникой кишечной непроходимости были госпитализированы 4 (18,2%) ребенка в возрасте от 3 до 8 лет, причиной абдоминальной катастрофы было ущемление кишечных петель в дефекте купола диафрагмы — ложная ДГ впервые выявлена. Оперативные вмешательства выполнялись в экстренном (18,2%) и в плановом порядке (81,8%). Во всех случаях ДГ устранена: доступ лапаротомный (18), торакоскопический (4), органы брюшной полости низведены на должствующее место, выполнена пластика порочного купола диафрагмы, при которой в 16 (72,7%) случаях использовались импланты «Пермакол» и проленовая сетка. Ближайший и отдаленный послеоперационный период без осложнений. Дети находятся на длительном динамическом наблюдении у торакального хирурга.

Заключение. Диафрагмальные грыжи могут протекать бессимптомно, в связи с чем диагноз устанавливается у детей старшей возрастной группы. Использование имплантов при пластике диафрагмы позволяет исключить рецидивы заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ПОЛИПАХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

Цап Н.А.^{1,2}, Шнайдер И.С.¹, Кошурников О.Ю.², Гайдышева Е.В.³, Комарова С.Ю.¹

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

² Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

³ Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург

Введение. Уже в конце XX в. медицинскому сообществу стало понятно, что желчнокаменная болезнь (ЖКБ) в детском возрасте не «чрезвычайная редкость», а довольно часто встречаемое заболевание у детей любой возрастной группы. Показатель заболеваемости вырос и благодаря широкому внедрению в педиатрическую практику УЗИ-скрининга органов брюшной полости, что способствовало выявлению и полипов желчного пузыря. И уже более 30 лет как лапароскопическая холецистэктомия нашла свое место в определении лечебной тактики у детей с ЖКБ и полипами желчного пузыря. Хотя дискуссии между педиатрами и хирургами еще продолжаются.

Цель исследования. Обосновать диагностический алгоритм и показания к оперативному лечению желчнокаменной болезни и полипов желчного пузыря у детей, проанализировать ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы. Группа исследования представлена пациентами, пролеченными в отделениях плановой хирургии двух клинических баз в течение 2018–2020 годы, всего 152 ребенка в возрасте от 1,5 до 17 лет. Патологические изменения билиарной системы структурированы следующим образом: холецистолитиаз — 131 (86,2%) ребенок; холедохолитиаз — 2 (1,3%), полипы желчного пузыря — 19 (12,5%). В алгоритм диагностики холецистолитиаза и полипов желчного пузыря включены УЗИ и динамическая радиоизотопная скинтиграфия гепатобилиарной системы, которая обеспечивает оценку функционального состояния желчного пузыря. При холедохолитиазе обязательным компонентом своевременной диагностики является МРТ-холангиография.

Результаты. Дети с холедохолитиазом и механической желтухой пролечены консервативно с полной элиминацией конкремента, обтурирующего дистальный отдел холедоха. При холецистолитиазе и полипах желчного пузыря, при которых отмечается бессимптомное течение до 80% случаев, функциональное исследование показало варианты нарушений: «отключенный» желчный пузырь (68,7%), гипотония желчного пузыря с нарушениями сфинктерного аппарата (15,3%), нормофункция (16%). Литолитическая терапия при нефункционирующем желчном пузыре является нецелесообразной. Лапароскопическая холецистэктомия — ведущий и оптимальный метод лечения при патологии желчного пузыря, выполнена за 3 года 150 детям. Показанием к оперативному вмешательству являются полипы и конкременты более 5 мм, множественные конкременты, болевая форма течения ЖКБ или желчная колика, отсутствие функции желчного пузыря. Конверсий, осложнений не было. В послеоперационном периоде наблюдаются хирургом и гастроэнтерологом.

Заключение. Показания к лапароскопической холецистэктомии у детей имеют на сегодняшний день четкое обоснование, базируются на комплексной диагностике, важнейшим компонентом которой является исследование функционального состояния билиарной системы. При полипах желчного пузыря руководствуемся принципом онконастороженности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УЩЕМЛЕНИЯ ПРИДАТКА ЯИЧКА

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

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

Введение. Актуальность проблемы заболеваний яичка заключается в необходимости своевременной и точной диагностики заболеваний, проявляющихся клиническим синдромом отечной мошонки, проведения дифференциальной диагностики и определения тактики ведения пациента.

Описание наблюдения. Под нашим наблюдением в апреле 2021 г. на базе ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина с диагнозом: «Острый эпидидимит. Спайка придатка левого яичка», находился ребенок К., 12 лет. Из анамнеза: заболел 11.04.2021 около 22:00. 12.04.2021 в состоянии средней степени тяжести с жалобами на боли в области левого яичка мальчик поступил в ДХО. При осмотре 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. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Отека мошонки нет. Пальпация левого яичка в области придатка резко болезненна. Физиологические отправления в норме. Неврологическая симптоматика без особенностей. УЗИ яичек и их придатков от 12.04.2021 — УЗ-признаки эпидидимита слева, нельзя исключить перекрут. 12.04.2021 оперативное лечение — ревизия мошонки, удаление спайки придатка левого яичка. Рана зажила первичным натяжением, без признаков воспаления.

Заключение. Спайкообразование после оперативного лечения — это естественный процесс, даже односторонняя спайка может привести к ущемлению органа и картине острого заболевания яичка, которая требует срочной ревизии для спасения столь важного органа, как яичко.

МУЛЬТИСИСТЕМНЫЙ COVID-АССОЦИИРОВАННЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Чевжик В.П., Арабская Е.А.

Областная клиническая больница № 2, Тюмень

В период с сентября по декабрь 2020 г. в нашем отделении лечились три ребенка с мультисистемным COVID-ассоциированным воспалительным синдромом (все три девочки).

Описание клинических наблюдений. Девочка Б., поступила через 3 суток от начала заболевания с жалобами на боли в животе, повышение температуры тела до 40°C, слабость, вялость, снижение аппетита, разжиженный стул. За 2 месяца до этого перенесла коронавирусную инфекцию (подтверждена) в легкой форме. При поступлении состояние тяжелое, вялая. Температура тела: 40,1°C, явления конъюнктивита, на щеках яркая гиперемия. Живот поддут, напряжен, болезненный по всем отделам. Перитонеальные симптомы положительные.

Выполнена диагностическая лапароскопия — червеобразный отросток не изменен, печень увеличена, желчный пузырь увеличен, стенка не изменена. Ревизия тонкой кишки — без патологии, в брыжейке увеличенные лимфоузлы до 5 мм. Небольшое количество светлого выпота. Данных о хирургической патологии органов брюшной полости нет. Передана на лечение педиатрам.

Девочка Я., поступила с жалобами на боли в животе, повышение температуры тела 38,6°C, кашицеобразный стул через 7 суток от начала заболевания. За месяц до поступления отмечался эпизод лихорадки без катаральных явлений. При поступлении: состояние тяжелое, вялая. Температура тела 37,0°C. Параорбитальная пигментация, мелкая эритема правой ушной раковины, яркая эритема кистей и стоп, явления двухстороннего катарального конъюнктивита с кровоизлиянием в склеру правого глаза. Пальпируются задне-шейные, подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, эластичные, безболезненные. Живот не вздут, мягкий, болезненный внизу справа. Перитонеальные симптомы сомнительные. Госпитализирована с диагнозом: «Острый аппендицит»? За время наблюдения острая хирургическая патология исключена, обнаружены иммуноглобулины G к коронавирусной инфекции, передана на лечение педиатрам.

Девочка Г., поступила через 8 суток от начала заболевания из районного лечебного учреждения, где накануне была выполнена диагностическая лапаротомия, диагностирован брыжеечный лимфаденит. В клинике отмечались боли в животе, явления конъюнктивита, лихорадка до 38°C. Упоминания о перенесенной коронавирусной инфекции нет. При обследовании в нашей клинике выявлены антитела G. После установления диагноза передана для лечения педиатрам.

Заключение. Таким образом, мультисистемный воспалительный синдром у детей может симулировать хирургическую патологию органов брюшной полости.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ЛЕГКОГО

Чевжик В.П., Арабская Е.А., Сорокина Е.С.

Областная клиническая больница № 2, Тюмень

Описание клинического наблюдения. Девочка, 9 лет, поступила через 2 недели от начала заболевания, когда после приема пульмонолога выполнена компьютерная томография органов грудной клетки и диагностировано инородное тело бронха S4 справа.

Из анамнеза: в 2012 г. оперирована по поводу сочетанного врожденного порока сердца — пластика ДМЖП, ушивание ДМПП. На диспансерном учете состоит у пульмонолога с бронхиальной астмой средней степени тяжести, у кардиолога с ДМПП (сохраняется дефект после оперативного лечения).

Выполнена КТ органов грудной клетки. На полученных КТ-сканах определяется состояние после стернотомии. В верхнем средостении, за рукояткой грудины определяется металлическое инородное тело (серкляж), размером до 5 мм. Определяется ателектаз средней доли правого легкого, на фоне которого визуализируются расширенные просветы бронхов и инородное тело (серкляж), размером до 12 мм. Заключение: КТ-признаки ателектаза средней доли правого легкого. Инородные тела средостения и средней доли правого легкого. Фибробронхоскопия — инородное тело не визуализировано.

После обследования 04.03.2021 выполнена торакоскопическая среднедолевая лобэктомия справа. В послеоперационном периоде длительное время сохранялся пневмоторакс справа на фоне бронхиальной астмы. 22.03.2021 удален дренаж из плевральной полости.

Макропрепарат — на разрезе легкое безвоздушное, с наличием фрагмента проволоки длиной 1,3 см. Выписана на 20-е сутки после операции с выздоровлением.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Чудаков В.Б.

Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

Введение. Согласно определения ВОЗ к пренатальной (антенатальной) диагностике относятся все виды исследований плода до рождения, направленные на выявление врожденных заболеваний, к которым относятся любые аномалии морфологического, структурного, функционального или молекулярного развития. Перинатальный период обозначен с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода по 7-й день включительно (168 ч) внеутробной жизни, когда плоду или новорожденному ребенку требуется оказание медицинской помощи, в том числе хирургической при выявлении врожденных пороков развития.

Цель исследования. Провести анализ организационных и практических аспектов перинатальной помощи в регионе.

Материалы и методы. На основании нормативной документации: приказ МЗ РФ от 20.10.2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», приказ МЗ СО от 30.12.2020 № 2496-п «О совершенствовании маршрутизации беременных, рожениц, родильниц на территории Свердловской области» — организована перинатальная помощь. Проводятся два перинатальных консилиума 3-го уровня пренатальной диагностики — городской на базе Областного центра планирования семьи и репродукции, федеральный на базе НИИ «Охраны материнства и младенчества».

Результаты. Оценка результатов экспертного УЗИ на 3-м уровне проводится совместно с генетиками, детскими хирургами, неонатологами, педиатрами, кардиологами и другими специалистами. Основные задачи включают: обеспечение своевременного выявления ВПР, предоставление возможности оптимального лечения плода/новорожденного при выявлении порока развития; предоставление родителям всеобъемлющей информации и возможности принимать определяющее решение относительно дальнейшего ведения беременности. В практику НИИ ОММ внедрено более 10 фетальных методик. Внутриутробная хирургия объединяет врачей различных специальностей — акушеров-гинекологов, неонатальных хирургов, анестезиологов-реаниматологов, специалистов биофизической и лучевой диагностики, трансфузиологов.

Заключение. Перинатальный консилиум выставляет показания к прерыванию беременности по медицинским показаниям в случае диагностики не корректируемых, тяжелых ВПР, принимает решение о проведении фетальных операций, выставляет показания к досрочному родоразрешению, при необходимости оказания неотложной помощи плоду/новорожденному, направляет беременных женщин на роды в областной перинатальный центр, где существует возможность оказания специализированной хирургической помощи новорожденному. В настоящее время в НИИ ОММ проводятся внутриутробные операции совместно с детскими хирургами, нейрохирургами, сосудистыми хирургами, урологами. На базе областного перинатального центра, который входит в состав ОДКБ осуществляется обследование и хирургическое лечение новорожденного с установленным ВПР.

ЭНДОХИРУРГИЯ В ЛИКВИДАЦИИ КИСТОЗНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ И МЛАДЕНЦЕВ

Чудаков В.Б.¹, Цап Н.А.^{1,2}, Шибанова О.А.¹, Швалев Ф.М.¹, Клейменов Е.Н.¹

¹ Областная детская клиническая больница, Екатеринбург

² Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Введение. Развитие антенатальной диагностики пороков развития, в том числе органов брюшной полости и забрюшинного пространства, обозначило тенденцию к увеличению частоты встречаемости кистозных новообразований данной анатомической локализации, составляющей по данным различных источников 1–3%. Закономерно, что проблема становится все более актуальной, требует совершенствования ряда аспектов: маршрутизации для родоразрешения с целью приближения хирургической помощи новорожденного, алгоритма постнатальной дифференциальной диагностики, определения показаний к экстренному, отсроченному или плановому оперативному вмешательству, интраоперационного решения вопроса об органосохраняющей или органоуносящей тактике. А при выявлении кист яичников важным является согласование лечебных мероприятий с детскими гинекологами.

Цель исследования. Представить опыт лечения новорожденных и младенцев с кистозными новообразованиями органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Материалы и методы. В аналитическую выборку включены 30 детей, пролеченных в отделении хирургии новорожденных за 2019–2020 гг. Согласно маршрутизации 26 (86,7%) детей родились в областном перинатальном центре, с первых суток жизни новорожденные наблюдаются хирургом. На постнатальном этапе доминирующая роль в дифференциальной диагностике кистозных образований принадлежит УЗИ, КТ, МРТ, что позволило в 66,7% случаев достоверно определить локализацию кистозного новообразования, размеры, топографию по отношению к жизненно важным структурам.

Результаты. В данной группе исследования все дети в возрасте от 1 суток до 4 месяцев были оперированы, из них в экстренном порядке 13 (43,3%) новорожденных, в плановом порядке — 17 (56,7%). Половое различие при данной патологии указывает на приоритет девочек — 22 (73,3%), что обусловлено и приоритетной локализацией кистозных новообразований: яичник — 14 (46,7%) случаев, удвоения различных отделов желудочно-кишечного тракта (желудка — 1, тощей кишки — 2, подвздошной кишки — 5) — 8 (26,7%) детей, внеорганные расположение — 5 (16,7%), лимфангиома брыжейки — 2 (6,7%), гигантская киста селезенки — 1 (3,3%) ребенок. Лапароскопическое удаление кистозного новообразования выполнено у 20 (66,7%) детей, что особенно ценно у всех девочек с кистами яичников с соблюдением органосохранного принципа. Лапароскопически ассистированные операции выполнены 9 детям, в основном при удвоениях кишечника, у одного ребенка сразу принято решение о лапаротомии. Летальный исход в одном случае (3,3%) при завороте и некрозе кишечника на фоне кисты брыжейки. Послеоперационных осложнений не было.

Заключение. Дооперационная дифференциальная диагностика кистозных новообразований органов брюшной полости и забрюшинного пространства имеет важное значение в определении оперативно-технических возможностей органосохраняющего вмешательства для обеспечения будущего качества жизни.

КЛАССИКА И ИННОВАЦИИ В ДЕТСКОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ. КОНСЕРВАТИВНЫЙ ВЗГЛЯД

Шастин Н.П.

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

Введение. Детская травматология, как раздел медицинской науки, как в мире, так и в нашей стране, появилась в 50–60 годах XX века. Тогда же сформировалось и коренное различие ментальности отечественных детских травматологов и западных коллег. Если в СССР, начиная с 30-х годов XX века формирование детских врачей проводилось на базе педиатрических факультетов медицинских вузов и травматологией занимались как правило детские хирурги, с первого курса института нацеленные на врачевание детей, то на Западе такой практики не было и оказание помощи детям с травмой стало уделом врачей-травматологов, лечащих взрослых.

В последние годы наметилась тенденция к пересмотру классической консервативной лечебной тактики, в значительной степени продиктованная социальными факторами и опирающаяся на опыт западных коллег. Актуальной задачей является сравнение принципов лечения детей с травмой, применяемых ранее и в настоящее время, в нашей стране и за рубежом и выявление результатов, к которым приводят их различия.

Цель работы. Анализ различных методик выбора тактики лечения, применяемых в детской травматологии и выявление следствий этих различий.

Материалы и методы. Проанализирована литература, посвященная лечебным методикам, применяемым в различных клиниках нашей страны и за рубежом. Проведенное исследование позволило выявить различия в методиках, использовавшихся ранее и применяемых в настоящее время. Общей тенденцией при этом является расширение показаний к оперативному лечению. Это касается и западной и отечественной школ детской травматологии.

Результаты. Информационная революция, произошедшая на рубеже тысячелетий, значительно ускоряет работу с информацией, делает доступными научные исследования, однако она имеет и отрицательные стороны, научная отечественная литература периода до 2000 г. по большей части не оцифрована и недоступна онлайн, что приводит к тому, что современные молодые ученые вновь и вновь «наступают на грабли».

Заключение. Безусловно прав А.П. Чехов, когда говорил, что «нет национальной науки...», однако это не значит, что методы, разработанные наукой в условиях одной географической зоны, территории, в конце концов — законодательства, могут быть автоматически использованы в другом социуме.

УРЕТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГОЛЬМИЕВОГО ЛАЗЕРА ПРИ КАМНЯХ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Шахновский Д.С., Зоркин С.Н., Борисова С.А., Карпачев С.А., Уваров Б.Н., Галузинская А.Т.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Введение. В настоящее время распространенность мочекаменной болезни увеличивается во всем мире и ее частота в детской популяции также имеет тенденцию к росту. При лечении конкрементов мочеточника наблюдается постепенное увеличение частоты использования уретероскопии. Одной из причин этого стала широкая доступность гольмиевого лазера, который позволяет проводить литотрипсию во всех местах расположения камней независимо от состава камня. Камни в мочеточнике у детей встречаются реже, чем у взрослых, и составляют лишь около 7% общего количества камней мочевой системы, но обычно из-за сложности доступа к ним они представляют собой проблему для уролога.

Цель исследования. Провести оценку эффективности и безопасности контактной лазерной литотрипсии при уретероскопическом лечении камней мочеточника различной локализации.

Материалы и методы. Мы ретроспективно проанализировали результаты лечения 35 пациентов (23 мальчика и 12 девочек; средний возраст 5,5 лет), которым за последние 2 года была проведена лазерная контактная литотрипсия конкрементов мочеточника. Критериями исключения были пациенты с почечными камнями, почечной недостаточностью, активной инфекцией мочевыводящих путей или нарушением свертывания крови.

Результаты. Средний размер камня составлял 9,5 мм (диапазон 5–13 мм). Камни располагались в дистальном отделе мочеточника в 14 случаях (51,7%), в средней трети мочеточника — в 5 случаях (15,4%) и в проксимальном отделе мочеточника — в 16 (32,9%). Среднее время операции составляло 38 мин (диапазон 27–79). Интраоперационные осложнения включали 3 случая ретропульсии камней (4,7%). Общий показатель полной элиминации камней — 95,5%. Общая частота послеоперационных осложнений составила 4,0% и включала два случая миграции стента (1,3%) и два остаточных фрагмента камня более 3 мм (2,7%), которые были успешно удалены в ходе повторного эндоскопического лечения. При статистическом анализе частота повторных операций зависела от проксимального расположения камня и наличия остаточных фрагментов >3 мм.

Заключение. Лазерная контактная литотрипсия является методом первой линии для лечения детей с камнями мочеточника, независимо от их локализации и размера. Однако пациенты с проксимальными камнями мочеточника и остаточными фрагментами >3 мм имеют более высокий риск повторной операции. Комбинирование режимов дробления и использование миниатюрных эндоурологических инструментов являются ключевыми элементами для успешного проведения операции независимо от размера и расположения камней.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ МЕТОДОМ КАТЕТЕРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ СОСУДА ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ У НОВОРОЖДЕННОГО

Шестакова Е.В., Яницкая М.Ю., Иваненко А.Н., Озябкина Е.Н., Зеленский В.В.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Цель. Продемонстрировать эффективность эмболизации сосуда при родовой травме печени у новорожденного.

Описание наблюдения. Мальчик, 40 нед. гестации, вес при рождении 3480 гр. В первые сутки после рождения отмечено прогрессивное ухудшение состояния в связи с нарастанием анемии, признаками гиповолемического шока (падение АД, тахикардия). Определялись симптомы внутрибрюшного кровотечения: бледность кожных покровов, увеличение живота, уплотнение и увеличение печени, положительные перитонеальные симптомы. УЗИ брюшной полости выявило феномен газа в портальной системе, выраженный гидроперитонеум, объемное неоднородное гиперэхогенное образование печени, которое занимало почти всю ее правую долю. Не исключалась опухоль печени с ее травматическим повреждением и кровотечением или разрыв печени с формированием обширной гематомы правой доли. Для стабилизации состояния проводилось переливание компонентов крови, гемостатическая терапия.

Открытая операция с целью ушивания раны печени, учитывая размеры гематомы, была связана с высоким риском. Поэтому решено выполнить катетерную эмболизацию сосуда. Ребенок переведен в отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Выполнена пункция правой бедренной артерии с катетеризацией печеночной артерии через чревный ствол. Выявлена экстравазация контраста в проксимальном отделе правой печеночной артерии, проведена ее эмболизация. Кровотечение остановлено, состояние ребенка стабилизировано.

На 3-и сутки после эмболизации сосуда выполнено КТ печени с внутривенным контрастированием: кровотечение не выявлено.

Заключение. При обширной родовой травме печени малоинвазивная операция — катетерная эмболизация сосуда — представляется эффективным и малотравматичным методом лечения.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕЗЕКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С КИШЕЧНЫМИ ДИСГАНГЛИОЗОЗАМИ

Шнайдер И.С., Цап Н.А.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург

Введение. Кишечные дисганглиозы у детей все чаще сопровождаются выполнением радикального органосохраняющего вмешательства.

Цель исследования. Оценить результаты диагностики и течения послеоперационного периода при субтотальной и тотальной резекции толстой кишки у детей.

Материалы и методы. В режиме реального времени за пятилетний период анализировали 12 клинических случаев при выполнении детям субтотальной и тотальной резекции толстой кишки в отделениях плановой и неотложной хирургии ДГКБ № 9. Возраст детей на момент госпитализации составил от 7 месяцев до 15 лет. В структуре исследуемой группы детей мальчики значительно преобладали над девочками и составили 83% (10 детей). В предоперационном периоде детям проводилось комплексное обследование, которое включает лабораторные, инструментальные, рентгенологические методы исследования, а также морфологическое исследование в послеоперационном периоде. В клинику детской хирургии дети поступали как в плановом, так и в неотложном порядке.

Результаты. Диагноз кишечного дисганглиоза устанавливался на основе жалоб, данных анамнеза, физикального обследования и инструментальных методов диагностики, включая рентгенологические методы исследования. Согласно клинико-anamнестическим данным у всех детей присутствовали длительные запоры до 7–10 дней, неэффективность консервативного лечения с использованием диеты, слабительных и очистительных клизм, вздутие живота. По данным ирригографии отмечалось сужение просвета отделов толстой кишки, сглаженность и отсутствие гаустрации, атония и снижения эластичности стенки кишки. Всем детям проведена срединная лапаротомия, колэктомия с формированием илео-/колоректоанастомоза однорядным прецизионным швом. Тотальная резекция толстой кишки выполнена 5 детям (42%), субтотальная — 7 (58%). При макроскопическом описании отделы толстой кишки резко расширены либо резко сужены, отмечается продольная исчерченность, отсутствие гаустр, истончение стенки кишки. При дальнейшем морфологическом исследовании обнаружены изменения, характерные для нейроинтестинальной дисплазии толстой кишки — дистрофические изменения подслизистого и мышечного слоя, гиперплазия нервных ганглиев, снижение количества нервных ганглиев. В послеоперационном периоде все дети получали обезболивание, антибактериальную, инфузионную и симптоматическую терапию.

Заключение. Таким образом, нейроинтестинальная дисплазия у детей имеет свои клинико-рентгенологические особенности и является показанием к проведению оперативного вмешательства. Морфологическое исследование послеоперационного материала подтверждает ранее установленный диагноз.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТРЕЗИЕЙ АНУСА

Шугина Ю.В., Мокрушина О.Г., Халафов Р.В., Шумихин В.С., Левитская М.В.

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

Введение. На сегодняшний день не существует единого комплексного подхода к реабилитации пациентов с аноректальными пороками. До настоящего времени бытует мнение, что все пациенты с высокими формами атрезии ануса являются неперспективными в вопросах удержания кишечного содержимого, это вызвано отсутствием единого подхода в оценке результатов инструментальных и функциональных исследований запирательного аппарата прямой кишки у детей.

Цель исследования. Сравнительный анализ отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с атрезией ануса

Материалы и методы. Нами был проведен сравнительный анализ результатов лечения 219 детей с различными формами атрезии ануса, оперированных в отделении хирургии новорожденных ГБУЗ ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с 2012 по 2017 г. Пациенты были разделены на две группы по типу атрезии: I группа (Gr.I, основная) — надлеваторные формы ($n = 76$); II группа (Gr.II, контрольная) — подлеваторные формы ($n = 143$). Сравнение в группах проводили на основании групповой принадлежности и первичного прогноза. Для статистического анализа использовали программу StatTech v. 2.1.0.

Результаты. Различия между группами при сравнительном анализе по сроку гестации (Gr.I — $38,34 \pm 2,20$, Gr.II — $38,68 \pm 2,29$, $p = 1,972$), массе тела при рождении (Gr.I — $3065,89 \pm 642,32$, Gr.II — $3234,05 \pm 709,88$, $p = 1,972$) были статистически незначимы. Прогноз оценивался на основании значения крестцового индекса (SI), наличия сопутствующей патологии спинного мозга и пресакральных масс. В I группе: благоприятный прогноз — 17,39% ($n = 12$), условно благоприятный — 52,17% ($n = 36$), неблагоприятный — 24,64% ($n = 17$) и крайне неблагоприятный — 5,8% ($n = 4$). Во II группе: 57,02% ($n = 65$) / 34,21% ($n = 39$) / 8,77% ($n = 10$) / 0% соответственно. В 3-летнем возрасте все дети прошли стандартное обследование. Проведена оценка клинических проявлений нарушений кишечного транзита и результатов обследования. Выраженность клинических проявлений имела статистически значимые различия в зависимости от группы и прогноза ($p < 0,001$). Нарушение позыва к дефекации преобладало в Gr.I — 70,2% ($p < 0,001$), Gr.II — 36,4% ($p = 0,005$). Проблемы социальной адаптации преобладали в Gr.I — 29,8% ($p < 0,001$). Выявлена зависимость проявлений нормальной моторики толстой кишки (Gr.I — 25,6% / Gr.II — 47,2%), гипермоторной функции толстой кишки (Gr.I — 28,2% / Gr.II — 1,9%) в зависимости от группы ($p = 0,036$, $p < 0,001$ соответственно; хи-квадрат Пирсона, точный критерий Фишера). При оценке гипомоторной функции в группах нам не удалось выявить значимых различий ($p = 0,650$). Недостаточность неоануса по данным сфинктерометрии имела статистически значимые различия в зависимости от прогноза ($p = 0,004$). Результаты ультразвуковой диагностики также оказались статистически значимыми ($p < 0,001$). Зависимость от дополнительных методов опорожнения кишки преобладала у Gr.I — 66,7%, Gr.II — 27,3% ($p < 0,001$; критерий хи-квадрат Пирсона). Все пациенты с клиническими нарушениями транзита по результату обследования были включены в программу управления кишечником.

Заключение. Различия в результатах лечения между двумя группами в зависимости от уровня анальной атрезии являлись статистически значимыми. Это позволяет первично в ранние сроки определять прогноз на основе разработанных нами критериев, а также своевременно и целенаправленно начать реабилитацию пациентов с атрезией ануса.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Щапов Н.Ф., Екимовская Е.В., Фисенко М.В., Шатова С.М.

Московский областной центр охраны материнства и детства, Люберцы, Московская область

В нашей работе мы впервые применили лазер на основе углекислого газа с длиной волны 10,6 мкм и контролируемой выходной мощностью технологии DekaPulse.

Материалы и методы. За период с 30 января по 16 апреля 2020 года были проведены 22 операции детям возрастом от 1 дня до 8 месяцев ($105,1 \pm 57,78$ дня) и весом от 600 г до 10 кг (4999 ± 1954 г). Было выполнено 3 операции по коррекции атрезии ануса, радикальная коррекция персистирующей клоаки, выведение кишечной стомы с резекцией пораженного участка кишки, 9 операций по закрытию кишечной стомы, 3 операции по неопластации мочеточников, 3 операции по удалению энтерокисты, тератомы крестцово-копчиковой области и гемангиомы и 1 операция *circumcisio*. Мы применяли CO₂-лазер для диссекции тканей и коагуляции сосудов. Учитывая физические свойства лазерного излучения, нам удалось контролировать область и глубину поражения. Диссекция проводилась на мощности 3,5–4 Вт импульсным излучением, коагуляция сосудов была достигнута за счет абляции расфокусированным лучом в режиме со следовым температурным эффектом. Остальные элементы оперативных вмешательств не отличались от принятых при рассматриваемой патологии.

Результаты. В результате, при сравнении времени оперативных вмешательств с применением CO₂-лазера и традиционных методов коагуляции различия по продолжительности вмешательства нет, минимальная кровопотеря, за счет отсутствия кровоточивости из кожи, мышц, брыжейки кишки, которой не удается избежать даже на повышенной мощности и эффекте электрокоагуляции. При макроскопической оценке характера краев раны отсутствовала зона перифокального термического и электрического повреждения, что было подтверждено при патологогистологическом исследовании. При заживлении раны отсутствовал отек, гиперемия в области шва.

Заключение. При сравнении технологии CO₂-лазера с другими вариантами операционной энергии, есть значительные отличия от становящегося уже привычным диодного лазера. Возможно добиться различного эффекта в зависимости от рабочего режима, мощности излучения и частоты импульса, применяемой фокусирующей линзы, а также расстояния от манипулы до объекта. По сравнению с электрокоагуляцией нет термического повреждения, нет зоны повреждения электрического облака, которое возникает даже рядом с браншами биполярной коагуляции, нет электрической дуги, которая формируется между монополярным коагулятором и нейтральным электродом. По сравнению с ультразвуковым инструментом нет необходимости обходить вокруг пересекаемую структуру. Применение различных линз позволяет фокусировать луч в пятно диаметром от 1,5 мм, что делает возможным операции даже у новорожденных и недоношенных детей.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УДВОЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Щапов Н.Ф., Шатова С.М., Екимовская Е.В., Фисенко М.В., Дудецкая Ю.Ю.,
Андреева Е.Н., Иваницкая О.Н.

Московский областной центр охраны материнства и детства, Люберцы, Московская область

Введение. Удвоения желудочно-кишечного тракта встречаются в 1 случае на 4500 аутопсии, и могут локализоваться в любом отделе пищеварительной трубки в виде кистозной или тубулярной структуры, имеющей общую стенку или общее кровоснабжение с каким-либо участком желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. В отделении хирургии новорожденных ГБУЗ МО «МОЦОМД» за период с января 2018 по май 2021 г. было пролечено 23 ребенка с удвоениями различных отделов желудочно-кишечного тракта. Из них 3 детей были выписаны под наблюдение по месту жительства и повторно не госпитализировались, эти дети были исключены из нашего исследования.

Кистозное удвоение желудочно-кишечного тракта было заподозрено либо по данным антенатального обследования, либо при скрининговом ультразвуковом обследовании брюшной полости в роддоме, либо являлось случайной находкой при развитии осложнений в постнеонатальном периоде. Осложнения энтерокист отмечены у 3 детей в грудном возрасте: кишечная непроходимость, патологическая тонко-толстокишечная инвагинация, заворот тонкой кишки. Основным методом диагностики было ультразвуковое обследование брюшной полости с оценкой кровотока стенки образования при помощи цветного доплеровского картирования. Дифференциальная диагностика проводилась с другими объемными образованиями брюшной полости (кистой яичника, кистой общего желчного протока). В качестве дополнительного метода обследования применяли компьютерную томографию с внутривенным контрастным усилением, однако достоверных отличительных признаков между энтерокистой и кистой яичника выделить не удалось.

Всем детям была выполнена диагностическая лапароскопия, для верификации диагноза, определения локализации образования и оценки возможности малоинвазивного удаления образования.

Результаты. В 18 случаях выполнено лапароскопическое удаление энтерокист, в 1 случае произошло спонтанное дренирование энтерокисты в просвет основной кишки, в данном случае мы воздержались от резекции кисты, и в 1 случае, при размерах кисты более 5 диаметров основной кишки была выполнена конверсия. Через минилапоротомный доступ проведена открытая резекция основной кишки с энтерокистой при помощи лазерной технологии с последующим наложением межкишечного анастомоза.

В раннем послеоперационном периоде у троих детей отмечены осложнения в виде некроза и перфорации стенки кишки. Всем детям выполнено повторное оперативное вмешательство — лапаротомия с выведением энтеростомы выше участка перфорации. После купирования воспалительного процесса и нормализации пассажа по желудочно-кишечному тракту проводили закрытие кишечной стомы.

Заключение. Энтерокисты — врожденный порок развития, который возможно диагностировать внутриутробно. Тактика лечения зависит от размеров, места положения образования и клинической картины. Новорожденного с подозрением на объемное образование брюшной полости необходимо направить в специализированное отделение для верификации диагноза и проведения радикального оперативного вмешательства.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАВОРОТА СЛЕПОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ. РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Щебеньков М.В.^{1,2}, Кесаева Т.В.², Шевченко В.Е.²

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

² Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург

Описание клинического наблюдения. Ребенок 6 лет с задержкой психомоторного развития поступил с жалобами на вздутие живота, беспокойство, многократные рвоты с примесью желчи.

За 3 недели до поступления выписан из стационара, где находился по поводу мультисистемного воспалительного синдрома с поражением тонкой кишки после перенесенной коронавирусной инфекции. В процессе лечения выполняли лапароскопию, лапаротомию, ревизию кишечника в связи с невозможностью исключения острой хирургической патологии. На операции обнаружены воспалительные изменения в среднем отделе тонкой кишки с петехиальными кровоизлияниями и признаками венозного стаза. Толстая кишка была без особенностей. В послеоперационном периоде отмечено длительное восстановление пассажа (около 10 дней) по ЖКТ. Выписан в удовлетворительном состоянии.

При повторном обращении — резкое беспокойство, многократные рвоты с примесью желчи. Стула не было. В приемном отделении выполнены рентгенограммы брюшной полости — снижение пневматизации кишечных петель, в правых отделах — резко раздутая петля кишки (толстая?) с уровнем жидкости. После очистительной клизмы стул не получен. На повторных рентгенограммах брюшной полости — сохраняется раздутая газом петля кишки. В динамике появилась рвота «застойным» содержимым. Поставлены показания к оперативному вмешательству.

При лапароскопии выявлен изолированный заворот слепой кишки по часовой стрелке на 360 градусов без признаков нарушения кровообращения. Петля толстой кишки резко расширена до 8–10 см. Спаечный процесс не выражен. К передней брюшной стенке фиксирована тонкая кишка без признаков нарушения проходимости. Другой патологии не выявлено. Выполнен лапароскопический адгезиолизис, ликвидация заворота слепой кишки, цекопексия. Странгуляционная борозда располагалась в проекции печеночного угла. Вся толстая кишка жизнеспособная.

Послеоперационный период протекал без хирургических осложнений. Пассаж восстановился на 2-е сутки после операции. Ребенок выписан домой на 8-е сутки.

Заключение. Изолированный заворот слепой кишки — крайне редкая патология. Оперативное лечение с использованием лапароскопии является методом выбора при данном заболевании.

УДВОЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Щербакова О.В., Хабибуллина Л.Р.

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

Введение. Удвоения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — редкая аномалия, встречающаяся с частотой 1 : 4500 новорожденных. Так как дубликатуры могут локализоваться во всех отделах ЖКТ, а клиническая картина удвоения кишечника не имеет четких патогномичных признаков, это может приводить к трудностям в диагностике и выборе тактики хирургического лечения.

Цель. Улучшение результатов лечения детей с удвоением кишечника.

Материалы и методы. С 1992 по 2020 г. в хирургическом отделении № 1 РДКБ наблюдались 13 пациентов с удвоением ЖКТ (8 девочек и 5 мальчиков). Все пациенты разделены на 3 группы: изолированное удвоение толстой кишки (6/13 — 46%), изолированное удвоение тонкой кишки (1/13 — 8%) и синдром каудальной дубликации (6/13 — 46%). Оценивался объем диагностики и виды оперативных вмешательств.

Результаты. Средний возраст пациентов в первой группе — 3,8 лет (1–9), во второй — 1 год, в третьей — 3,3 года (1–5), статически значимых различий по возрасту ($p = 0,57$) и полу ($p = 0,5$) не выявлено. Формирование кишечных стом проведено в половине наблюдений (7/13 — 54%), из них 6 пациентам следующим этапом выполнены разные варианты вмешательств: промежностная проктопластика с резекцией дубликатуры прямой кишки (4/6 — 66%), формирование асцендоректального анастомоза (1/6 — 16%) и закрытие колостомы с устранением общей перегородки удвоенного участка кишки (1/6 — 16%). Одним из вариантов операций была резекция удвоенного участка с формированием первичного анастомоза (6/13 — 46%). Статистически значимых различий по тактике лечения в группах не отмечено ($p = 0,069$), что объясняется недостаточным объемом выборки. Стоит отметить, что наибольшие сложности возникли при лечении пациентов с синдромом каудальной дубликации, которым требовалось проведение этапной коррекции сопутствующих аномалий (удвоения мочевого пузыря и полового члена, удвоения влагалища и матки).

Заключение. Важным аспектом ведения больных с удвоением кишечника является своевременная постановка диагноза для предупреждения развития осложнений, таких, например, как заворот удвоенной кишки. При выборе тактики хирургического лечения в приоритете должны быть органосохраняющие методики, чтобы сохранить максимально возможную длину кишечника. Пациенты с синдромом каудальной дубликации требуют участия междисциплинарной команды специалистов для принятия решения об этапности лечения сопутствующих аномалий развития.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Щипанов Л.М., Черненко Л.Ю., Эрленбуш В.В., Микая И.Г.

Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург

Введение. Хронический остеомиелит (ХрО) — не самая частая патология в детской хирургической клинике. По этой причине, в диагностике и лечении на сегодняшний день остается немало нерешенных вопросов. Исходы заболевания могут приводить к инвалидизации, патологическим переломам и значительно снижать качество жизни пациентов.

Цель исследования. Оценить лечебно-диагностическую тактику при хроническом остеомиелите у детей.

Материалы и методы. В аналитическую базу данных за 2018–2020 гг. включено 75 детей, пролеченных по поводу ХрО в отделении гнойной хирургии ДГКБ № 9. Все случаи заболевания оценены ретроспективно. В гендерной структуре незначительно преобладали мальчики (61,3%). Диагностический алгоритм включал в себя сбор жалоб и анамнеза. Методы визуализации ХрО объективны: рентгенография интересующего сегмента, КТ. Для верификации возбудителя выполнялось микробиологическое исследование. С целью верификации патологического процесса, производилось морфологическое исследование материала.

Результаты. Основной жалобой являлась боль в пораженном сегменте конечности. В анамнезе выясняли: факт предшествующей травмы — 32%, перенесенный острый гематогенный остеомиелит — 14,7%, на первично-хронический остеомиелит пришлось 25,3%. Дети обращались за помощью в сроки от 4 недель до 6 месяцев от начала заболевания. Основными рентгенологическими находками были: секвестрация костной ткани, периостальная реакция. В подавляющем большинстве случаев патологический очаг локализовался в костях голени (26,2%). Также одним из типичных мест локализации ХрО были фаланги пальцев (21,4%) и кости стопы (16,7%). КТ была необходима для детализации деструкции пораженной кости и для верификации диагноза меньше чем в 40% случаев. При микробиологическом исследовании отделяемого по свищу чаще всего выявлялся *Staphylococcus aureus*. Из консервативных мероприятий эффективными были таргетная антибактериальная, противовоспалительная, симптоматическая терапия, курс физиолечения — МЛТ. Только консервативным лечением удалось ограничиться в 22 случаях (29,3%), оперативное лечение было показано 53 (70,7%) детям и проводилось в объеме вскрытия, дренирования флегмон, секвестр-некрэктомии, удаления металлофиксаторов. В гистологическом заключении описывали некроз костной ткани и костного мозга, повышенную пролиферацию остеобластов, отек и расширение сосудистых каналов.

Заключение. Лечебная тактика при хроническом остеомиелите у детей базируется на клинко-рентгенологической картине степени деструктивных изменений костной ткани. Оперативное лечение остеомиелитического очага требуется в 70% случаев.

РАСПРАВЛЕНИЕ ПРОСТОЙ И СЛОЖНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА МЕТОДОМ ГИДРОЭХОКОЛОНОГРАФИИ

Яницкая М.Ю., Золотарев Н.В.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Цель. Продемонстрировать эффективность и безопасность дезинвагинации методом гидроэхоколонографии.

Дезинвагинация методом гидроэхоколонографии (ГЭК) используется в ГБУЗ АО «Архангельская областная детская клиническая больница (АОДКБ) им. П.Г. Выжлецова» с 2005 года. Данная процедура применяется во всех случаях независимо от возраста ребенка и длительности симптомов при условии сохраненного кровотока в брыжейке образующей инвагинат кишки и отсутствии свободного газа в брюшной полости на рентгенограмме. Лечение инвагинации методом ГЭК после УЗИ с оценкой кровоснабжения кишки по нашим данным эффективно в 95,8%.

Представлено видео дезинвагинации методом ГЭК у двух пациентов старше года с длительностью симптомов больше суток.

Девочка 2 г. 7 мес. Болеет 37 часов: беспокойство, рвота, выделение крови и слизи из прямой кишки. УЗИ брюшной полости выявило инвагинат в области эпигастрия. При ЦДК кровоток в брыжейке кишки, образующей инвагинат, сохранен. Под наркозом выполнена дезинвагинация методом ГЭК. Инвагинат удалось расправить со второй попытки.

Мальчик, 2 г. 9 мес. Болен 60 часов. Лечился у участкового педиатра с подозрением на кишечную инфекцию. Из ануса отходила темно-красная кровь, которая трактовалась как жидкий стул. Госпитализирован в реанимационное отделение АОДКБ в связи с нарастанием признаков эксикоза на фоне многократной рвоты. УЗИ выявило инвагинат, который располагался в эпигастрии, кровоток в брыжейке кишки, образующей инвагинат, регистрировался. При дезинвагинации выявлено, что имела место сложная подвздошно-ободочная инвагинация. Инвагинат удалось расправить с третьей попытки.

Осложнений манипуляций не было. Энтеральное питание в обоих случаях начато через 2 ч после дезинвагинации.

Вывод. Лечение инвагинации методом гидроэхоколонографии после УЗИ с оценкой кровоснабжения кишки эффективно, позволяет контролировать процесс, исключает органическую причину инвагинации.

СОДЕРЖАНИЕ

Технологии лазериндуцированного кипения в детской хирургии	5
<i>Абушкин И.А., Чудновский В.М., Галиулин М.Я.</i>	
Артроскопическая реконструкция передней крестообразной связки у детей. Современные тренды	6
<i>Авраменко В.В., Салихов М.Р., Кемкин В.В., Васильева О.Н.</i>	
Спонтанный пневмоторакс в практике детского хирурга	7
<i>Алибаев А.К., Нигаметьянов Р.А., Шангареева Р.Х., Сабиров А.Э., Гилязова Г.Р., Минибаева Г.И.</i>	
Скользкая трахеопластика при полных хрящевых кольцах трахеи у детей	8
<i>Алхасов А.Б., Комина Е.И., Ратников С.А., Савельева М.С., Романова Е.А., Лежнев А.А.</i>	
Хирургическое лечение внепеченочной портальной гипертензии у детей	9
<i>Алхасов А.Б., Ратников С.А., Яцык С.П., Савельева М.С. Романова Е.А. Комина Е.И.</i>	
Хроническая дуоденальная непроходимость у детей, обусловленная гепатодиафрагмальной интерпозицией двенадцатиперстной кишки	10
<i>Аманова М.А., Разумовский А.Ю., Холостова В.В., Куликова Н.В.</i>	
Хирургическое лечение хронической дуоденальной непроходимости у детей	11
<i>Аманова М.А., Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Холостова В.В.</i>	
Тромбоз верхней брыжеечной и бедренной артерии, возникший на фоне осложненного течения перитонита у ребенка с магнитными инородными телами	12
<i>Ампар Ф.Б., Батаев С.М., Молотов Р.С., Аверьянова Ю.В., Иванов В.А., Зурбаев Н.Т.</i>	
Организационный и клинический потенциал регистра пациентов с синдромом короткой кишки	13
<i>Ампар Ф.Б., Исаков М.А., Музурова О.В., Самороковская М.В., Швец Л.В.</i>	
Интраоперационное УЗИ гепатодуоденальной зоны при лапароскопической холецистэктомии у детей	14
<i>Антоненко Ф.Ф., Иванова С.В., Марухно Н.И., Парицкий Е.А.</i>	
Аномалии развития желчного пузыря как причина калькулезного холецистита у детей	15
<i>Антоненко Ф.Ф., Марухно Н.И., Иванова С.В., Сичинава З.А.</i>	
Опыт хирургических вмешательств у детей с солидной псевдопапиллярной опухолью поджелудочной железы	16
<i>Ахматов Р.А., Ефременков А.М., Егоров В.И., Кауфов М.Х.</i>	
Оперативное лечение вросшего ногтя у детей	17
<i>Ашурбеков В.Т., Казиев А.А.</i>	
Оментит — как осложнение острого аппендицита у детей	18
<i>Ашурбеков В.Т., Моржен А.</i>	
Лечебная тактика при лимфатическом филяриидозе	19
<i>Ашурбеков В.Т., Тахиру Б.</i>	
Отдаленные результаты лечения кист холедоха у детей	20
<i>Бабич И.И., Бабич И.В., Новошинов Г.В., Сизонов В.В., Мельникова С.Р., Мельников Ю.Н.</i>	
Особенности лечения травматических разрывов поджелудочной железы у детей	21
<i>Бабич И.И., Бабич И.В., Новошинов Г.В., Чепурной М.Г., Сизонов В.В., Волкова Л.П., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р.</i>	
Анализ результатов оперативного лечения пациентов с острым аппендицитом	22
<i>Бабич И.И., Бабич И.В., Фокин Е.В., Тупиков В.А., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р.</i>	
Центр хирургии новорожденных на функциональной основе как эффективная модель оказания помощи новорожденным с врожденными пороками развития	23
<i>Бабашко П.Г., Базалий В.Н., Царева В.В., Баистракова Д.Г., Софина Н.В., Никитин Д.К.</i>	
Гибридный подход к оперативному лечению овариальных кист у детей раннего возраста	24
<i>Барадиева П.Ж., Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Распутин А.А., Сыркин Н.В., Подкаменев А.В., Юрков П.С., Соловьев А.А., Радикович О.В.</i>	
Оказание хирургической помощи детям в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции	25
<i>Барадулин А.А., Добышев В.В., Чевжик В.П., Арабская Е.А.</i>	
Особенности хирургической тактики у новорожденных со спинномозговыми грыжами	26
<i>Бардеева К.А., Мишкин В.В.</i>	
Организация хирургической помощи детям в Краснодарском крае. Состояние, проблемы, пути решения.	27
<i>Барова Н.К., Тараканов В.А., Гольберг Е.Н., Клещенко Е.И., Трембач А.В., Калинин Г.И.</i>	
Кожная пластика по красовитову в лечении травматических дефектов кожи	28
<i>Барова Н.К., Тараканов В.А., Степкин М.А., Богданов С.Б., Панкратов И.Д.</i>	
Лапароскопические вмешательства у детей с забрюшинными лимфатическими мальформациями	29
<i>Бибикова Е.Е., Донской Д.В., Гогичаева А.А., Минуллина В.И., Ковбасюк Д.А.</i>	

Спонтанный пневмоторакс у новорожденных в Тверской области	30
<i>Буровникова А.А.</i>	
Симультанные операции в детском хирургическом отделении общего профиля	31
<i>Великанов А.В., Цап Н.А., Чиликов А.Л.</i>	
Выбор метода коррекции гипертрофических и келоидных рубцов в детском и подростковом возрасте	32
<i>Владимирова О.В., Минаев С.В., Лаврешин П.М., Григорова А.Н., Кораблина С.С.</i>	
Причины рецидива гидронефроза и технические особенности лапароскопической пиелопластики	33
<i>Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Оганесян А.А., Валиев Р.Ю., Ахметжанов И.С.</i>	
Герминогенно-клеточные опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных	34
<i>Гопаенко М.А., Караваева С.А., Белогурова М.Б., Попова Е.Б., Леваднев Ю.В.</i>	
Редкий вариант порока развития пищевода: врожденный стеноз в сочетании с изолированным трахеопищеводным свищом у новорожденного	35
<i>Гопаенко М.А., Караваева С.А., Корнилова А.Б., Леваднев Ю.В.</i>	
Трудности в диагностике и лечении девочки с синдромом Куррарино	36
<i>Гопаенко М.А., Котин А.Н., Белогурова М.Б., Веремейчик С.А.</i>	
Наш опыт лечения чрез- и надмышцелковых переломов плечевой кости у детей	37
<i>Гордиенко И.И., Марфицын А.В.</i>	
Травматический разрыв диафрагмы у детей	38
<i>Горелик А.Л., Карасева О.В., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Ахлебинина М.И., Костинова Т.Д.</i>	
Ультразвуковая диагностика при острых заболеваниях органов мошонки у детей	39
<i>Григоренко А.В., Пискалов А.В.</i>	
Пороки развития диафрагмы — поздняя диагностика и результаты лечения	40
<i>Гуз В.И., Веровский В.А., Полюдов С.А., Трамова Ж.Д., Мызин А.В., Герасимова Н.В., Курбанова Ф.А., Корнеев В.И.</i>	
Превентивные кишечные стомы у детей	41
<i>Дженалаев Б.К., Досмагамбетов С.П., Тусупкалиев А.Б., Бисалиев Б.Н., Салыкбаев Б.Д., Толегенова А.Ж.</i>	
Применение лапароскопии в лечении хирургических осложнений перитонеального диализа у детей	42
<i>Добросердов Д.А., Щебенков М.В., Шавкин А.Л.</i>	
Уринома новорожденных. Опыт лечения	43
<i>Добросердов Д.А., Казан А.В., Караваева С.А., Кучинский М.П., Филатова Н.А., Гопаенко М.А., Солнцева Е.А., Кондратьева Е.А.</i>	
Тактика лечения детей с последствиями повреждений тазобедренного сустава	44
<i>Дорохин А.И., Меркулов В.Н., Шеин В.Н., Курышев Д.А.</i>	
Хирургическое лечение больших эхинококковых кист легких у детей	45
<i>Досмагамбетов С.П., Дженалаев Б.К., Тусупкалиев А.Б., Абдуллаева Г.З.</i>	
Клиническое наблюдение и лечение пентады Кантрелла	46
<i>Евдокимов В.Н., Аксельров М.А., Связан В.В., Столяр А.В., Емельянова В.А.</i>	
Хирургическая тактика лечения детей со спонтанным пневмотораксом	47
<i>Елин Л.М., Наливкин А.Е., Пыхтеев Д.А., Филюшкин Ю.Н., Федоров А.К.</i>	
Вибробуживание в реабилитации детей с аноректальными агенезиями	48
<i>Есаян М.О., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Пелипенко Н.В.</i>	
Хроническая дуоденальная непроходимость у детей старшего возраста	49
<i>Ефременков А.М., Соколов Ю.Ю., Туманян Г.Т., Гогичаева А.А., Минуллина В.И.</i>	
Клинический случай успешного лапароскопического ушивания внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря	50
<i>Зангиева М.Р., Хабалов В.К.</i>	
Осложнения лапароскопической коррекции гидронефроза у детей	51
<i>Захаров А.И., Коварский С.Л., Текотов А.Н., Меновщикова Л.Б., Склярова Т.А., Соттаева З.З., Петрухина Ю.В., Струянский К.А., Агеева Н.А.</i>	
Эффективность метода баллонной дилатации высокого давления у детей с первичным обструктивным мегауретером в зависимости от возраста	52
<i>Зоркин С.Н., Галузинская А.Т., Борисова С.А., Карпачев С.А., Уваров Б.Н., Шахновский Д.С.</i>	
Эндосонография панкреатобилиарной зоны у детей. Первый опыт	53
<i>Зыкин А.П., Солододина Е.Н., Фомичева Н.В., Ефременков А.М., Соколов Ю.Ю.</i>	
Опыт лечения и новые подходы в терапии лимфатических мальформаций у детей	54
<i>Зыкова М.А., Нурмеев И.Н.</i>	
Редкий случай успешного многоэтапного лечения ребенка 1,5 лет с тяжелым поражением средостения проглоченной батареей	55
<i>Иванов А.П., Купатадзе Д.Д., Набоков В.В., Коляков А.Л., Жирyleев А.А., Лопатина Л.В., Ти А.Д., Казиахмедов В.А.</i>	

Оперативное лечение детей с перипротезными переломами длинных трубчатых костей	56
<i>Иванов Д.Ю., Буркин И.А., Дзампаев А.З.</i>	
Опыт лечения грыжи трейтца у детей	57
<i>Игнатъев Е.М., Свиридов А.А., Свиридов А.А., Тома Д.А., Годацкий А.Г.</i>	
Реконструкция мягкотканых стабилизаторов коленного сустава у детей	58
<i>Исаев И.Н., Коротеев В.В., Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Семенов А.В.</i>	
Результаты лечения инвагинации кишечника у детей с применением эхографии	59
<i>Казаков А.Н., Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Петруничев В.В.</i>	
Двойная эктопия поджелудочной железы в желудок	60
<i>Казакова Е.И., Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Минько Т.Н., Трухачев С.В., Светлов В.В.</i>	
Опыт лечения детей с желчнокаменной болезнью	61
<i>Карасева О.В., Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Понина И.В., Батунина И.В., Мельников И.А.</i>	
Вакуум-терапия в неотложной абдоминальной хирургии у детей	62
<i>Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е.</i>	
Опыт лечения детей с использованием пневмозикоскопического доступа	63
<i>Карпачев С.А., Зоркин С.Н., Борисова С.А., Шахновский Д.С., Уваров Б.Н., Галузинская А.Т.</i>	
Микробиота новорожденных с осложненным течением некротизирующего энтероколита и ее влияние на исход заболевания	64
<i>Карпова И.Ю., Карпеева Д.В., Послова Л.Ю., Паршиков В.В.</i>	
Осложнения эндоскопического метода лечения уретероцеле у детей	65
<i>Карташев В.Н., Румянцева Г.Н., Долина М.В., Аврасин А.Л., Бурченкова Н.В.</i>	
Выбор лечебной тактики у детей с травмой поджелудочной железы	66
<i>Кауфов М.Х., Коровин С.А., Ефременков А.М.</i>	
Лапароскопические вмешательства у новорожденных с кистозными образованиями брюшной полости	67
<i>Кирсанов А.С., Ольхова Е.Б., Карцева Е.В., Медведева Н.В., Бибикова Е.Е., Мишулина В.И., Ковбасюк Д.А.</i>	
Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей и профилактика возможных осложнений	68
<i>Коварский С.Л., Меновицкова Л.Б., Склярова Т.А., Захаров А.И., Николаев С.Н., Текотов А.Н.</i>	
Лапароскопическое лечение интраабдоминальных форм бронхолегочной секвестрации у младенцев	69
<i>Козлов Ю.А., Ковальков К.А., Полоян С.С.</i>	
Лапароскопическая фундопликация Ниссена у недоношенных детей, находящихся в условиях палаты интенсивной терапии	70
<i>Козлов Ю.А., Ковальков К.А., Полоян С.С.</i>	
Лапароскопически ассистированное закрытие энтеростом у детей	71
<i>Козлов Ю.А., Ковальков К.А., Полоян С.С.</i>	
Определение показаний к монопортовой холецистэктомии у детей с желчнокаменной болезнью	72
<i>Кокоталкин А.А., Аксельров М.А., Столяр А.В.</i>	
Трансанальная резекция мегаректум у пациентов после коррекции аноректальной атрезии и анальной ахалазии	73
<i>Колесникова Н.Г., Комиссаров И.А., Ковалев Ф.С., Гуаделупе С.</i>	
Отличия изменений внутреннего сфинктера заднего прохода у пациентов с разными клиническими проявлениями анальной ахалазии: запорами, анальными трещинами, геморроем	74
<i>Колесникова Н.Г., Комиссаров И.А., Ковалев Ф.С.</i>	
Пересечение внепозвоночной части ригидной терминальной нити при лечении запоров и каломазания у детей	75
<i>Колесникова Н.Г., Комиссаров И.А., Купатадзе Д.Д., Ковалев Ф.С., Гуаделупе С.</i>	
Диагностика и хирургическое лечение стенозов гортани у детей	76
<i>Комина Е.И., Алхасов А.Б., Ратников С.А., Романова Е.А., Савельева М.С.</i>	
Персонифицированный выбор доступа и объема оперативных вмешательств у детей с кишечной непроходимостью	77
<i>Коровин С.А., Дзядчик А.В., Тимохович Е.В., Акопян М.К., Донской Д.М., Соколов Ю.Ю.</i>	
Хирургическое лечение хронической нестабильности голеностопного сустава у детей.	78
Клиническое наблюдение с обзором литературы.	
<i>Коротеев В.В., Семенов А.В., Трусова Н.Г., Кардаш Е.В., Исаев И.Н., Лозовая Ю.И., Ти-Мин-Чуа Д.В., Петрухин И.А., Тарасов Н.И., Крестяшин В.М., Выборнов Д.Ю.</i>	
Оценка параметров центральной гемодинамики у детей школьного возраста с аппендикулярным перитонитом	79
<i>Коряшкин П.В., Вечеркин В.А., Птицын В.А., Баранов Д.А., Шишунов Д.В.</i>	
Лапароскопическая герниорафия при бедренной грыже у детей	80
<i>Кошуриков О.Ю., Потапенко В.Ю., Лукашина Н.А., Мигачева Л.В., Огнев С.И.</i>	
Диагностика острой спаечной кишечной непроходимости у детей	81
<i>Кульчицкий О.А., Соловьев А.Е.</i>	

Практический опыт лечения пороков развития кистей и стоп у детей в условиях частной клиники	82
<i>Кунгуров И.С., Степанов М.А.</i>	
Реконструктивная хирургия при повреждениях конечностей у детей	83
<i>Купатадзе Д.Д., Полозов Р.Н., Иванов А.П., Набоков В.В., Рыбка Е.П., Щеголев Д.В.</i>	
Результаты лечения 500 пациентов грудного возраста с гидронефрозом	84
<i>Левитская М.В., Шумихин В.С., Мокрушина О.Г., Гуревич А.И., Юдина Е.В., Ерохина Н.О.</i>	
Клинический случай: перерождение аденомы печени в гепатобластому у ребенка	85
<i>Лившиц И.С., Гудумак Е.М.</i>	
Атрезия пищевода. Опыт торакоскопического лечения новорожденных	86
<i>Лидяева Е.Е., Стриженко Д.С., Карпова И.Ю.</i>	
Хирургическое лечение детей с травматическим вывихом надколенника	87
<i>Лукаш А.А.</i>	
Удвоения желудочно-кишечного тракта у детей	88
<i>Лукашина Н.А., Цап Н.А., Кошурников О.Ю., Мигачева Л.В., Потапенко В.Ю., Огнев С.И.</i>	
Химические ожоги пищевода у детей	89
<i>Максимова С.В., Цап Н.А., Некрасова Е.Г., Мликова Т.В., Бабин И.Г.</i>	
Система лечения ожоговых ран в собственной жидкой среде у детей	90
<i>Мензул В.А.</i>	
Хирургическое лечение детей с последствиями ожогов конечностей	91
<i>Мензул В.А.</i>	
Алгоритм диагностики и лечения детей с ректо-уретральным свищем	92
<i>Мигачева Л.В., Кошурников О.Ю., Лукашина Н.А., Огнев С.И., Потапенко В.Ю.</i>	
3D-технологии в паразитарных кистах печени у детей	93
<i>Минаев С.В., Герасименко И.Н., Мащенко А.Н., Быков Н.И.</i>	
Новые лазерные аппараты и возможности их использовани в детской хирургии	94
<i>Минаев В.П.</i>	
Хирургическое лечение передних диафрагмальных грыж у детей. Опыт различных клиник	95
<i>Морозов Д.А., Хаспекоев Д.В., Топилин О.Г., Окулов Е.А., Масевкин В.Г., Морозов К.Д.</i>	
Клиническое проявление жесткой компрессии органов мошонки при ущемленной паховой (яичковой) грыже	96
<i>Махаммад Башир, Цыбин А.А., Давлицаров М.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В., Якунов А.Н.</i>	
Отдаленные результаты лечения детей с болезнью Пертеса с использованием лазерной остеоперфорации	97
<i>Неизвестных Е.А., Носков Н.В.</i>	
Буллезная болезнь легких у детей, этапное лечение	98
<i>Некрасова Е.Г., Мликова Т.В., Бабин И.Г.</i>	
Повторные трансанальные операции при болезни Гиршпрунга	99
<i>Новожилков В.А., Степанова Н.М., Милюкова Л.П., Петров Е.М., Звонков Д.А.</i>	
Опыт комбинированного Nd:YAG/Er:YAG-лазерного воздействия на язвенную поверхность осложненной гемангиомы у детей	100
<i>Нурмеев И.Н., Мирялюбов Л.М., Осипов Д.В.</i>	
Об оказании первой медицинской помощи детям с ожогами	101
<i>Оборкина Д.С., Будкевич Л.И.</i>	
Гинекологические причины острой абдоминальной боли у детей	102
<i>Павленко Н.И., Пискалов А.В.</i>	
Хирургические и нехирургические причины хронических тазовых болей у девочек	103
<i>Павленко Н.И., Пискалов А.В., Федоров Д.А.</i>	
Травмы наружных половых органов у девочек	104
<i>Павленко Н.И., Пискалов А.В., Чуян И.И.</i>	
Особенности диагностики и хирургического лечения эпителиального копчикового хода у детей	105
<i>Панкратов И.Д., Тараканов В.А., Барова Н.К., Степкин М.А., Терещенко О.А., Клименко А.Н. Убилова И.А., Кулиш Т.А.</i>	
Экстраторакальная секвестрация легкого — редкий порок развития	106
<i>Патрикеева Т.В., Караваяева С.А., Котин А.Н., Голубева М.В.</i>	
Программа «Управление кишечником» в реабилитации пациентов с аноректальной патологией	107
<i>Пименова Е.С., Королев Г.А., Клементьев М.В. Кеженбаева К.М., Морозов Д.А.</i>	
Повреждения разгибательного аппарата коленного сустава у детей	108
<i>Плигина Е.Г., Буркин И.А., Ковалюнас И.С., Анохин В.В.</i>	

Становление хирургической помощи новорожденным в региональной университетской клинике за 2008–2020 гг.	109
<i>Присуха И.Н., Белоцерковцева Л.Д., Бабич И.И., Аксельров М.А.</i>	
Использование первичного анастомоза открытого типа в лечении хирургического некротизирующего энтероколита	110
<i>Присуха И.Н., Белоцерковцева Л.Д., Бабич И.И., Аксельров М.А.</i>	
Травматические трахеопищеводные соустья у детей с инородными телами пищевода и трахеи	111
<i>Прутова О.Р., Хаспекоев Д.В., Сар А.С., Кузнецова Е.В., Рогачева О.А., Ткаченко Н.В.</i>	
Результаты лечения калькулезного холецистита и его осложнений у детей	112
<i>Пыхтеев Д.А., Наливкин А.Е., Елин Л.М., Филлюшкин Ю.Н., Федоров А.К.</i>	
Травма мочеточника при аппендэктомии. Описание наблюдения	113
<i>Пяттоев Ю.Г., Лисицына Н.А.</i>	
Опыт эндоскопического обследования детей с химическими ожогами пищевода	114
<i>Рукевич С.Г., Карпова И.Ю.</i>	
Дренирование брюшной полости у детей с аппендикулярным перитонитом	115
<i>Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Марченко А.А., Карташев В.Н., Портенко Ю.Г., Михайлова С.И., Кузнецов В.Н., Петруничев В.В.</i>	
Консервативное лечение детей с хилотораксом	116
<i>Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Светлов В.В., Бредо Ю.Ф., Карташев В.Н., Бурченкова Н.В., Галахова Д.Г., Петруничев В.В.</i>	
Предупреждение осложнений при применении малоинвазивных эндоскопических методик	117
<i>Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Бурченкова Н.В., Аврасин А.Л., Медведев А.А., Долинина М.В., Петруничев В.В.</i>	
Торакоскопия в коррекции диафрагмальных грыж у новорожденных: наш опыт	118
<i>Рустемов Д.З., Дженалаев Д.Б., Оспанов М.М., Ольховик Ю.М., Сакуев Ж.Н., Чарипова Б.Т., Букибаева Г.Т., Манайбекова Ж.А.</i>	
Лапароскопические операции при нейрогенных опухолях у детей	119
<i>Рябов А.Б., Поддубный И.В., Трунов В.О., Кубиров М.С., Хижников А.В., Милащенко Т.А., Манжос П.И., Иманалиева А.А., Бачу М.Р.Х.</i>	
Опасности и осложнения эндоскопической коррекции мегауретера — важность внедрения клинических рекомендаций	120
<i>Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Казанская И.В.</i>	
Возможности и значение неoadьювантного стентирования мочеточников у детей раннего возраста с уретерогидронефрозом	121
<i>Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Мифтяхетдинова О.В., Симонян Г.В., Соболевский А.А.</i>	
Интраоперационные изменения кровотока гонады при врожденном крипторхизме у детей	122
<i>Савченков А.Л., Тарасов А.А., Лабузов Д.С., Киселев И.Г., Степанов В.Н., Абросимова Т.Н., Корневская К.В.</i>	
Торакоскопия в лечении секвестрации легких у детей	123
<i>Сакуев Ж.Н., Дженалаев Д.Б., Мустафинов Д.А., Мамлин О.А., Рустемов Д.З.</i>	
Лечение лимфореи у новорожденных	124
<i>Самороковская М.В., Кучеров Ю.И.</i>	
Клиническое наблюдение повторного рецидива врожденной диафрагмальной грыжи щели Бохдалека у ребенка 2 лет	125
<i>Сар А.С., Хаспекоев Д.В., Кузнецова Е.В., Прутова О.Р., Рогачева О.А., Сайранова В.В.</i>	
Легочная секвестрация у детей	126
<i>Сар А.С., Хаспекоев Д.В., Прутова О.Р., Кузнецова Е.В., Рогачева О.А., Сайранова В.В., Ткаченко Н.В.</i>	
О возможной причине желчнокаменной болезни у детей	127
<i>Сварич В.Г., Сварич В.А., Казанцов И.М.</i>	
Заворот стенозированного участка кишки после перенесенного некротического энтероколита (клиническое наблюдение)	128
<i>Северинов Д.А., Гаврилюк В.П., Донская Е.В.</i>	
Исследование состояния коагуляционного звена гемостаза у детей с аппендикулярным перитонитом с помощью скрининговых и локальных тестов	129
<i>Семакин А.С., Игнатьев С.В., Разин М.П.</i>	
Выявление маркеров прокоагулянтного потенциала у детей с аппендикулярным перитонитом с помощью глобального теста «Тромбодинамика».	130
<i>Семакин А.С., Игнатьев С.В., Разин М.П.</i>	
Методики оценки результатов лечения рассекающего остеохондрита у детей	131
<i>Семенов А.В., Трусова Н.Г., Коротеев В.В., Исаев И.Н., Лозовая Ю.И., Тарасов Н.И., Крестьяшин В.М., Выборнов Д.Ю.</i>	
Необходимость комплексной оснащенности в обеспечении эффективного лечения детей с мочекаменной болезнью	132
<i>Симонян Г.В., Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р., Мифтяхетдинова О.В., Соболевский А.А., Старостина И.Е.</i>	
20-летний опыт работы андрологического стационара одного дня в детской поликлинике	133
<i>Сичинава З.А., Антоненко Ф.Ф., Кравцов Ю.А.</i>	
Осложнения эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса	134
<i>Соболевский А.А., Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р., Мифтяхетдинова О.В., Симонян Г.В., Старостина И.Е.</i>	

Вероятность развития спаечной кишечной непроходимости после различных операций на органах брюшной полости . . .	135
<i>Соколов С.В., Кислова А.Ю., Анфиногенов А.Л., Гогин В.Н., Троицкий С.А., Лаухина И.Г.</i>	
Встречаемость спаечной кишечной непроходимости после операций по поводу аппендицита и аппендикулярного перитонита	136
<i>Соколов С.В., Кислова А.Ю., Анфиногенов А.Л., Щедров Д.Н., Андреев А.И., Бунин И.В.</i>	
Первый Российский опыт применения робот-ассистированной системы Da Vinci у детей	137
<i>Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М.</i>	
Лапароскопия в диагностике и лечении детей с перекрутом блуждающей селезенки	138
<i>Соколов Ю.Ю., Стоногин С.В., Коровин С.А., Дзядчик А.В., Вилесов А.В.</i>	
Тактика лечения при так называемых разможенных почках у детей	139
<i>Соловьев А.Е.</i>	
Наблюдения детей с приобретенными внутренними межкишечными свищами	140
<i>Соловьев А.Е., Кульчицкий О.А., Притуло Л.Ф., Олейник А.В., Акмоллаев Д.С., Джемилев И.В.</i>	
Исследование лактата как маркера ишемии кишечника при острой спаечной странгуляционной кишечной непроходимости у детей.	141
<i>Соловьев А.Е., Кульчицкий О.А., Притуло Л.Ф., Олейник А.В., Акмоллаев Д.С., Джемилев И.В.</i>	
К вопросу химических ожогов пищевода у детей	142
<i>Сорокина А.О., Минько Т.Н., Румянцева Г.Н., Галахова Д.Г., Кириенко И.С.</i>	
Воспалительная миофибробластическая опухоль у детей	143
<i>Стальмахович В.Н., Страшинский А.С., Кайгородова И.Н., Ли И.Б., Дмитриенко А.П.</i>	
Опыт реконструктивных операций на трахее у детей с использованием экстракорпоральной мембранной оксигенации	144
<i>Степаненко Н.С., Разумовский А.Ю., Куликова Н.В.</i>	
Минимально инвазивное лечение пилонидальных кист: способ Gips	145
<i>Степанова Н.М., Новожиллов В.А., Звонков Д.А., Мочалов М.Н., Петров Е.М., Ханжасова Т.Д., Воропаева А.Н.</i>	
Гемодинамические изменения в гонадах после пахового грыжесечения у мальчиков	146
<i>Столяр А.В., Аксельров М.А.</i>	
Современный взгляд на болезнь Легга – Кальве – Пертеса у детей	147
<i>Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Лозовая Ю.И., Трусова Н.И., Коротеев В.В., Семенов А.В., Кардаш Е.В.</i>	
Ведение детей с осложнениями электрохимических ожогов пищевода батарейками	148
<i>Теплов В.О., Разумовский А.Ю., Степаненко Н.С.</i>	
Способ хирургического лечения дистальных форм гипоспадии	149
<i>Тибилев А.З., Киреева Н.Б.</i>	
Отдаленные результаты эндоскопического лечения первичного обструктивного мегауретера у детей	150
<i>Тимофеев А.Д., Соловьев А.А., Тимофеев Д.В.</i>	
Ранняя диагностика и дифференцированное лечение деструктивных пневмоний у детей различного возраста	151
<i>Тома Д.А., Вечеркин В.А., Птицын В.А., Королев П.В., Коряшкин П.В.</i>	
Опыт лечения детей с воспалительными миофибробластическими опухолями торакальной локализации	152
<i>Топилин О.Г., Пикин О.В., Рябов А.Б., Абрамян М.А., Айрапетян М.И., Куренков И.В.</i>	
Врожденные рецидивные и приобретенные грыжи диафрагмы у детей. Причины и хирургическая тактика	153
<i>Топилин О.Г., Соколов Ю.Ю., Хаспеков Д.В., Айрапетян М.И., Миронова И.К., Ковачич А.С.</i>	
Тестикулярные гемодинамические изменения после мануальной деторсии у подростков с перекрутом яичка	154
<i>Топольник М.В., Ольхова Е.Б., Аллашвердиев И.С., Борисов С.Ю., Мукасеева Т.В., Тагирова А.Ю.</i>	
Клинический случай заворота с некрозом сосудистой мальформации брюшной полости, имитирующей клинику острого аппендицита	155
<i>Трофимова Ю.А., Филькин А.А.</i>	
Мегаректум у детей, оперированных по поводу аноректальных пороков развития	156
<i>Федотов Л.С., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Залихин Д.В., Маннанов А.Г.</i>	
Опыт повторных и этапных операций при аноректальных аномалиях у детей	157
<i>Хворостов И.Н., Окулов Е.А., Гусев А.А., Игнатьев Р.О., Яцык С.П., Доценко А.В.</i>	
Эффективность лазерной уретеролитотрипсии у детей	158
<i>Ходневич А.Е., Цап Н.А., Баранов Ю.В., Ершов В.А., Пизгарева А.Е., Бессонова Ю.С.</i>	
Оперативное лечение диафрагмальной грыжи у детей старшего возраста.	159
<i>Цап Н.А., Некрасова Е.Г., Мликова Т.В., Бабин И.Г., Борисов С.А.</i>	
Диагностический алгоритм и лечебная тактика при желчнокаменной болезни и полипах желчного пузыря у детей	160
<i>Цап Н.А., Шнайдер И.С., Кошурников О.Ю., Гайдышева Е.В., Комарова С.Ю.</i>	

Клинический случай ущемления придатка яичка	161
<i>Цыбин А.А., Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В., Якунов А.Н.</i>	
Мультисистемный COVID-ассоциированный воспалительный синдром у детей в практике детского хирурга	162
<i>Чевжик В.П., Арабская Е.А.</i>	
Инородное тело легкого	163
<i>Чевжик В.П., Арабская Е.А., Сорокина Е.С.</i>	
Организация перинатальной помощи в Свердловской области	164
<i>Чудаков В.Б.</i>	
Эндохирургия в ликвидации кистозных новообразований брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных и младенцев	165
<i>Чудаков В.Б., Цап Н.А., Шибанова О.А., Швалев Ф.М., Клейменов Е.Н.</i>	
Классика и инновации в детской травматологии. Консервативный взгляд	166
<i>Шастин Н.П.</i>	
Уретероскопическая контактная литотрипсия с использованием гольмиевого лазера при камнях мочеочника у детей ..	167
<i>Шахновский Д.С., Зоркин С.Н., Борисова С.А., Карпачев С.А., Уваров Б.Н., Галузинская А.Т.</i>	
Случай успешной остановки кровотечения методом катетерной эмболизации сосуда при родовой травме печени у новорожденного	168
<i>Шестакова Е.В., Яницкая М.Ю., Иваненко А.Н., Озябкина Е.Н., Зеленский В.В.</i>	
Клинико-рентгенологическое и морфологическое обоснование резекции толстой кишки у детей с кишечными дисганглиозами	169
<i>Шнайдер И.С., Цап Н.А.</i>	
Сравнительный анализ результатов лечения пациентов с атрезией ануса	170
<i>Шугина Ю.В., Мокрушина О.Г., Халафов Р.В., Шумихин В.С., Левитская М.В.</i>	
Перспективы применения лазерных технологий в детской хирургии	171
<i>Щапов Н.Ф., Екимовская Е.В., Фисенко М.В., Шатова С.М.</i>	
Диагностика и хирургическое лечение удвоений желудочно-кишечного тракта	172
<i>Щапов Н.Ф., Шатова С.М., Екимовская Е.В., Фисенко М.В., Дудецкая Ю.Ю., Андреева Е.Н., Иваницкая О.Н.</i>	
Лапароскопическое лечение заворота слепой кишки у ребенка 6 лет. Редкое клиническое наблюдение	173
<i>Щебеньков М.В., Кесаева Т.В., Шевченко В.Е.</i>	
Удвоения желудочно-кишечного тракта: опыт хирургического лечения	174
<i>Щербакова О.В., Хабибуллина Л.Р.</i>	
Выбор тактики лечения хронического остеомиелита у детей	175
<i>Щипанов Л.М., Черненко Л.Ю., Эрленбуш В.В., Микая И.Г.</i>	
Расправление простой и сложной инвагинации у детей старше года методом гидроэзоколонографии	176
<i>Яницкая М.Ю., Золотарев Н.В.</i>	