



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 12
Спецвыпуск

VOLUME 12
Supplement

2022



Российская ассоциация детских хирургов



Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

www.radh.ru

МАТЕРИАЛЫ

VIII Форума детских хирургов России

10–12 ноября 2022 года
Москва

Рецензенты:

члены научного комитета форума — *Л.И. Будкевич, С.А. Караваева, О.В. Карасёва, З.Б. Митупов, О.Г. Мокрушина, Д.А. Морозов, В.А. Новожилов, Ю.А. Поляев, А.Ю. Разумовский, В.М. Розинов* и научный редактор журнала *В.И. Петлах*

Материалы опубликованы в алфавитном порядке по фамилии первого автора.

Для цитирования: Материалы VIII Форума детских хирургов России, 10–12 ноября 2022 г., Москва // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2022. Т. 12. Спецвыпуск. 191 с. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic.2022>



Russian Association of Pediatric Surgeons



Pirogov Russian National Research Medical University

www.radh.ru

MATERIALS

VIII Forum of Pediatric Surgeons of Russia

November 10–12, 2022
Moscow

For citation: Materials of the VIII Forum of Pediatric Surgeons of Russia; 2022 November 10–12; Moscow. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2022. Vol.12, Suppl. 191 p. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic.2022>

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

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



Том 12 | Спецвыпуск | 2022

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2010 года

<https://rps-journal.ru>

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, пом. 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

РЕДАКЦИЯ

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

ИЗДАТЕЛЬ

ООО «Эко-Вектор»
Адрес: 191186, г. Санкт-Петербург,
Аптекарский переулок, д. 3, литера А, пом. 1Н
E-mail: info@eco-vector.com
WEB: <https://eco-vector.com>
тел.: +7(812)648-83-67

Подписка на печатную версию журнала:
Объединенный каталог «Пресса России»
<https://www.pressa-rf.ru>. Подписной индекс
на полугодие — 85693, на год — 85694.

Оригинал-макет изготовлен ООО «Эко-Вектор»,
Выпускающий редактор Н.Н. Рельева
Корректор И.В. Смирнова
Верстка А.Г. Хуторовской

© Общероссийская общественная организация
«Российская ассоциация детских хирургов», 2022
© ООО «Эко-Вектор», 2022

Главный редактор

Владимир Михайлович Розинов — 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. Будкевич — 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. Ерпулева — 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. Поляков — доктор медицинских наук, профессор, 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. Баинбурашвили — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН (Санкт-Петербург, Россия)
В.Ф. Бландинский — 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. Джелиев — 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. Новожилев — доктор медицинских наук, профессор (Иркутск, Россия)
В.В. Паршиков — доктор медицинских наук, профессор (Нижний Новгород, Россия)
А.В. Пислаков — 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 статьи, подготовленные только 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

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

16+

Volume 12 | Supplement | 2022

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

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.

INDEXATION

Russian Science Citation Index (RSCI)
Google Scholar
COJИOHEТ
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

PUBLISHER

Eco-Vector
Address: 3A Aptekarskiy lane, office 1N,
Saint Petersburg, 191186, Russia
E-mail: info@eco-vector.com
WEB: <https://eco-vector.com>
Phone: +7(812)648-83-67

PUBLICATION ETHICS

The journal is compliant with publication
ethics standards by:

ICMJE — International Committee of Medical
Journal Editors

WAME — World association of medical editors

COPE — Committee on publication ethics

ORI — The office of research integrity

CSE — Council of science editors

EASE — European Association of Science Editors

Subscription to the printed version:

Joint catalog "Press of Russia" on the website

<https://www.pressa-ru.ru>

Index for half yearly subscription — **85693**

Index for yearly subscription — **85694**

Subscription to the electronic version:

<https://journals.eco-vector.com>

<https://elibrary.ru>

Layout by Eco-Vector Publishing House

Issuing editor: *N.N. Repeva*

Proofreader: *I.V. Smirnova*

Layout editor: *A.G. Khutorovskaya*

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@childsurgeon.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 (Moscow, 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. Dzhelev — 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. Pisklavov — 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

ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРА

Абушкин И.А.^{1,2}, Галиулин М.Я.¹, Денис А.Г.³, Анчугова А.Е.⁴

¹ Южно-Уральский государственный медицинский институт, Челябинск, Россия;

² Центр медицинских лазерных технологий, Челябинск, Россия;

³ Медицинский центр «Добрый доктор», Тверь, Россия;

⁴ Челябинский государственный университет, Челябинск, Россия

Обоснование. Венозная мальформация (ВМ) — это доброкачественная, часто неизлечимая и ухудшающая качество жизни патология, требующая длительного медицинского наблюдения.

Цель: анализ возможностей амбулаторного медицинского центра в лечении ВМ у детей и взрослых.

Методы. В хирургическом амбулаторном центре с 2008 г. под наблюдением находились 173 ребенка и 46 взрослых с ВМ. Преимущественной локализацией ВМ была голова и шея — 42,1 и 68,2 % (дети и взрослые). У 6,0 % детей и 6,6 % взрослых ВМ была обширной. Диагностика в условия центра включала УЗИ с цветовым доплеровским картированием, спектроскопию и тепловидение. Методами лечения были активное наблюдение, внутритканевая (ЛИТТ) или эндоваскулярная (ЭВЛК) лазерная коагуляция ближним и коротковолновым инфракрасным излучением под контролем УЗИ, бесконтактная лазерная коагуляция и склерозирование блеомицином. Лечение подвергали центральный очаг (*nidus*), причиняющий боль и создающий косметический дефект. В качестве обезболивания преимущественно применяли севорановый наркоз. В центре больные находились в течение 3–4 ч. Первый контроль проводили через 1 мес. очно или онлайн. Хорошим результатом считали значимое улучшение вида ВМ и исчезновение болевого синдрома, удовлетворительным — уменьшение болевого синдрома с незначительным косметическим эффектом, неудовлетворительным — отсутствие эффекта. Отдаленные результаты прослежены в сроки от одного года до 14 лет. Больные, нуждающиеся в стационарном лечении (иссечение, интубация, интенсивная терапия и т. д.), в исследование не включены.

Результаты. ЛИТТ ВМ проведена у 140 (80,9 %) детей и 41 (89,1 %) взрослого. У 65,9 % детей и 66,7 % взрослых для получения хорошего результата достаточно было одного сеанса лечения. Более эффективной оказалась ЛИТТ ВМ двойным 1,5 + 1,9 мкм излучением, что выражалось в достоверно меньшем числе повторных сеансов лечения. У 5 пациентов области ВМ, включающие нервные стволы, эффективно склерозировали блеомицином. У одного взрослого и 10 (7,1 %) детей через 2–6 лет, в связи с ухудшением клиники, лазерную термотерапию с успехом повторили. Хорошие результаты лечения получены у 94,2 % детей и 84,5 % взрослых. Удовлетворительные результаты у оставшихся пациентов были обусловлены прежде всего наличием рубцов от ранее проводимого лечения, чаще склерозирования спиртом, и обширностью поражения.

Заключение. Амбулаторное лечение детей и взрослых с венозной мальформацией высоко эффективно при использовании малоинвазивных технологий.

Ключевые слова: венозная мальформация; дети и взрослые; амбулаторное лечение; лазерная коагуляция; склеротерапия.

К ВОПРОСУ ОБ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ НИЗКОПОТОКОВЫХ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Азаров М.В.

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

Обоснование. Дисплазия магистральных вен (ДМВ), или синдром Клиппеля – Треноне (КТС), проявляется у одного из 10 000 человек без гендерного предпочтения. Клиническая картина синдрома в описании авторов характеризуется триадой симптомов: сосудистыми пятнами, варикозными атипичными венами, гипертрофией мягких тканей и костей с увеличением объема и длины пораженной конечности.

Цель: улучшить результаты лечения детей с дисплазией магистральных вен.

Методы. Проведен ретроспективный анализ 108 историй из 500 пациентов с врожденными пороками развития сосудов нижних конечностей. Все больные находились на обследовании и лечении в ангиомикрохирургическом отделении ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» с 2005 по 2020 г.

Результаты. При легкой степени тяжести у больных ДМВ (ЭТ и ФТ) отмечались гладкие сосудистые пятна, чувство тяжести в конечности и отеки после длительной ходьбы. При средней степени тяжести ДМВ ЭТ помимо основных жалоб, изложенных выше, добавляются боли и судороги в икроножных мышцах. При осмотре пораженной конечности, чаще по наружной поверхности голени и бедра, наблюдались: гладкие и бугристые сосудистые пятна (54,2 %) с расширенной эмбриональной сетью (100 %); увеличение конечности в объеме и длине (41,7 %); отечность стопы и голени. У пациентов с ФТ отмечалось наличие ортопедической патологии (компенсаторный сколиоз, плоскостопие — 62,1 %, разновеликость и разновысокость конечности — 34,5 %). У 73,1 % пациентов с тяжелой формой ДМВ отмечались стойкие нарушения формы и функции конечности (увеличение размеров конечности — 73,1 %, выраженная патология стоп — 53,8 %, хромота — 57,7 %, поражение обеих конечностей — 46,2 %). У большинства детей имела выраженная патологическая венозная сеть в проекции всей конечности (88,5 %). При крайне тяжелых формах ДМВ больные жаловались на уродующую гипертрофию нижних конечностей (100 %), затруднения при передвижении и множественные контрактуры в суставах (80 %). Отмечался выраженный болевой синдром, часто присутствовали жалобы на мелену и гематурию (распространенные коагуляционные нарушения были зарегистрированы в 100 % случаев), наличие кист и лимфангиом мягких тканей 53,3 %, поражение органов малого таза (мошонки — 46,7 %, прямой кишки и мочевого пузыря — 46,7 %). У всех детей было отмечено затруднение адаптации в социуме: нарушение межличностного общения; проявления астенического синдрома; снижение внимания и успеваемости; повышенная утомляемость; эмоциональная неустойчивость и депрессивные состояния в подростковом возрасте на фоне неудовлетворенности косметическим видом пораженной конечности и выраженной, постоянной тревоги родителей в отношении будущего ребенка.

Заключение. Виды оперативных вмешательств у пациентов с дисплазией магистральных вен зависят от анатомии магистральных вен: при легких формах показано удаление или склерозирование патологических вен, при средней и тяжелой степенях удаляют патологические вены и ангиоматозные ткани конечности, при относительно компенсированном оттоке крови по магистральным сосудам выполняют ортопедические коррекции. При уродующей деформации, хронических тромбозных осложнениях, утрате конечностью опороспособности абсолютно показано радикальное оперативное лечение. В этом случае, ставя вопрос об ампутации (46,7 %), следует учитывать, что какие-либо реконструктивные операции на пораженных тканях редко бывают эффективными. В состав хирургической бригады в этих случаях кроме детского хирурга необходимо включать ортопеда-протезиста.

Ключевые слова: сосудистые мальформации; ангиодисплазии; синдром Клиппеля – Треноне; пороки развития.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Алхасов А.Б., Гурская А.С., Мокрушина О.Г., Наковкин О.Н., Баязитов Р.Р.,
Ратников С.А., Ахмедова Д.М., Карнута И.В., Екимовская Е.В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Атрезия пищевода (АП) — патология, представляющая один из наиболее сложных разделов детской хирургии.

Цель: оптимизация тактики лечения детей с АП.

Методы. С января 2018 по февраль 2022 г. в хирургическом отделении новорожденных и детей грудного возраста было пролечено 28 пациентов с атрезией пищевода. У 21 ребенка атрезия пищевода сочеталась с дистальным трахеопищеводным свищем (ТПС), а у 7 новорожденных была выявлена бессвищевая форма порока. Данные рентгенологического обследования и положительная проба Элефанта были показанием к переводу в хирургический стационар. Диагноз был подтвержден при проведении рентгеноконтрастного исследования, а наличие газонаполнения петель кишечника свидетельствовало о наличии ТПС. Всем детям было выполнено комплексное обследование.

Результаты. Сопутствующая патология (дуоденальная непроходимость, атрезия ануса, пороки развития сердца, почек, костной системы) была выявлена в 43 % случаев ($n = 12$). У 21 ребенка (75 %) была выполнена торакоскопическая перевязка ТПС, торакоскопическое наложение эзофаго-эзофагоанастомоза. У 2 детей (7 %) была выявлена несостоятельность анастомоза, потребовавшая повторной торакоскопии с ушиванием дефекта. У 7 пациентов (25 %) с бессвищевой формой атрезии пищевода во всех случаях был выявлен непреодолимый диастаз между оральным и аборальным сегментами пищевода, наложены эзофаго- и гастростомы. В одном случае отмечен летальный исход у ребенка с весом 900 г, недоношенностью 28 нед., синдромом фето-фетальной трансфузии (ребенок являлся донором), панцитопенией, геморрагическим синдромом и полиорганной недостаточностью. В связи с крайней тяжестью состояния была выполнена торакотомия и перевязка ТПС, летальный исход наступил в течение первых послеоперационных суток. Остальные пациенты ($n = 27$) были выписаны домой в удовлетворительном состоянии с обязательной последующей госпитализацией в возрасте 2 мес. для проведения контрольного обследования. В 6 случаях (21 %) сформировался рубцовый стеноз пищевода, потребовавший проведения этапного бужирования пищевода. В 1 случае (4 %) в связи с формированием протяженного стеноза, неподдающегося бужированию, была выполнена экстирпация пищевода, ребенок готовится к пластике пищевода. В настоящее время 5 детям (18 %) с бессвищевой формой атрезии пищевода в возрасте 8–12 мес. на базе отделения торакальной хирургии уже выполнена колоэзофагопластика, 2 ребенка (7 %) готовятся к проведению операции.

Заключение. Анализ отдаленных результатов лечения новорожденных с атрезией пищевода показал, что у 71 % ($n = 20$) пациентов возможно сохранить собственный пищевод и наложить первичный эзофаго-эзофагоанастомоз. У детей с бессвищевой формой АП в 100 % случаев, по нашим данным, наложить первичный анастомоз не представлялось невозможным.

Ключевые слова: атрезия пищевода; трахеопищеводный свищ; эзофаго-эзофагоанастомоз; пластика пищевода; стеноз эзофаго-эзофагоанастомоза; бессвищевая форма, дети.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Алхасов А.Б., Гурская А.С., Мокрушина О.Г., Наковкин О.Н., Баязитов Р.Р.,
Ратников С.А., Ахмедова Д.М., Карнута И.В., Екимовская Е.В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Относительная редкость порока и стертость клинической симптоматики диафрагмальной грыжи (ДГ) определяют актуальность исследования.

Цель: оценить результаты лечения детей с ДГ.

Методы. За период с января 2018 по февраль 2022 г. в хирургическом отделении новорожденных и детей грудного возраста находилось на обследовании и лечении 11 пациентов (6 мальчиков, 5 девочек) с врожденной диафрагмальной грыжей. У 6 детей была выявлена ложная грыжа, у 5 пациентов — истинная. Данные рентгенологического обследования стали показанием для перевода детей в хирургической стационар. Всем детям было выполнено комплексное обследование, включающее лабораторную диагностику, УЗИ (почки, брюшная и плевральная полость, Эхо-КГ), при необходимости консультации смежных специалистов. У 10 пациентов (90 %) средний возраст на момент госпитализации составил $34,4 \pm 25,6$ дней, а один пациент (9 %) поступил в возрасте 269 дней с рецидивом диафрагмальной грыжи (в анамнезе ребенок двукратно был оперирован в других клиниках). Четверо детей (36 %) поступили на ИВЛ, остальные ($n = 7$, 64 %) — на самостоятельном дыхании.

Результаты. Из 11 пациентов в 8 случаях (73 %) операция была проведена торакоскопическим способом с пластикой местными тканями, 2 пациентам (18 %) потребовалась торакотомия в связи с наличием секвестрации легочной ткани (одномоментно была выполнена пластика диафрагмы местными тканями и удаление секвестра), а у 1 ребенка (9 %) с рецидивом диафрагмальной грыжи была выполнена лапаротомия с пластикой диафрагмы местными тканями. Среднее количество швов — $8,5 \pm 1,875$. У 7 пациентов (64 %) был выявлен левосторонний порок, у 4 (36 %) — правосторонний. У 4 пациентов (36 %) потребовалось проведение ИВЛ в послеоперационном периоде в течение $3,3 \pm 1,4$ дня. Из 6 детей с ложной диафрагмальной грыжей преимущественно содержимым грыжи оказались петли кишечника и желудок, а у 2 детей также дополнительно в плевральной полости располагалась селезенка. Из всей группы оперированных нами пациентов у 1 ребенка (9 %) возник рецидив диафрагмальной грыжи, потребовавший повторного проведения эндоскопической пластики диафрагмы. Злокачественная легочная гипертензия не была выявлена ни в одном случае. Все дети были выписаны домой в удовлетворительном состоянии и находятся на амбулаторном наблюдении.

Заключение. Ранняя диагностика и использование торакоскопической техники определяли успех лечения детей с ДГ.

Ключевые слова: врожденная диафрагмальная грыжа; легочная гипертензия; гипоплазия легких; дети.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

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

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Портальная гипертензия — это синдром, который характеризуется повышением давления в системе воротной вены, он может быть вызван нарушением кровотока в портальной вене, печеночных венах или нижней полой вене. Основные осложнения данного состояния: кровотечение из варикозных вен пищевода, спленомегалия с явлениями гиперспленизма, асцит. Наиболее опасным осложнением являются кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, летальность при данном состоянии достигает 30 %. Основная цель лечения портальной гипертензии состоит в профилактике возникновения кровотечения из варикозных вен пищевода. Однако на сегодняшний день целью хирургического лечения портальной гипертензии у детей является не только предотвращение развития кровотечений, но и возможное восстановление внутривенного кровотока.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения детей с портальной гипертензией.

Методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения портальной гипертензии у 75 детей (41 мальчик, 34 девочки), прооперированных в хирургическом торакальном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России за период с 2019 по 2022 г. Возраст пациентов от 6 мес. до 17 лет. У 69 пациентов имелась внепеченочная форма портальной гипертензии, 6 человек имели внутривенную форму (фиброз печени). У 14 пациентов (18,6 %) операция была повторной (ранее был наложен сосудистый шунт в другом стационаре, 4 детей были оперированы неоднократно).

Результаты. У всех детей получен хороший результат хирургического лечения, устранен риск кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Во всех случаях выполнены сосудистые шунтирующие операции: мезопортальный шунт у 17 (22,7 %) пациентов, спленоренальный — у 37 (49,3 %) пациентов, мезокавальный шунт наложен у 21 (28 %). В 10 (13 %) случаях потребовалась повторная шунтирующая операция ввиду дисфункции или тромбоза ранее выполненного шунта. У 14 (18,6 %) пациентов с мезопортальными шунтами кровотоки в печени были полностью восстановлены.

Заключение. Основным методом хирургического лечения портальной гипертензии на сегодняшний день остаются операции портосистемного шунтирования; мезопортальное шунтирование — радикальный метод лечения при внепеченочной портальной гипертензии, при невозможности выполнения этой операции операцией выбора становится спленоренальное шунтирование; методики эндоскопического склерозирования и лигирования варикозных вен являются дополнительными методами остановки и профилактики кровотечений из варикозных вен пищевода и самостоятельно могут рассматриваться лишь при невозможности выполнения портосистемного шунтирования.

Ключевые слова: портальная гипертензия; мезопортальный шунт; спленоренальный шунт; мезокавальный шунт; варикозное расширение вен пищевода; кровотечение.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ

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

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Компрессионный стеноз трахеи — редкий порок развития, который может быть представлен в виде сосудистой компрессии. В 30–40 % случаев данный порок развития может сочетаться с врожденными пороками сердца. Стенозы сосудистого генеза представлены двойной дугой аорты, петлей левой легочной артерии, праворасположенной дугой аорты и аорто-легочной связкой. Основной целью лечения является устранение дыхательных нарушений.

Цель: оценить эффективность хирургического лечения компрессионных стенозов трахеи у детей.

Методы. В ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России за 2019–2021 гг. оперированы 15 пациентов с компрессионным стенозом трахеи. У 7 пациентов причиной была трахеомаляция вследствие аномалии отхождения плечеголового ствола, у 6 — двойная дуга аорты, у 2 — слинг левой легочной артерии. Возраст пациентов варьировал от 3 мес. до 3 лет. Во всех случаях показанием к оперативному лечению послужила дыхательная недостаточность. В 13 (87 %) случаях оперативное лечение выполнено торакоскопическим способом: аортопексия — 7 (47 %), рассечение сосудистого кольца — 6 (40 %). В 2 (13 %) случаях, при слинге легочной артерии, выполнена реимплантация левой легочной артерии в легочный ствол в условиях экстракорпоральной мембранной оксигенации.

Результаты. У всех детей достигнут хороший клинический результат, восстановлена проходимость трахеи и устранена дыхательная недостаточность.

Заключение. 1. В настоящее время развитие эндохирургических технологий позволяет выполнять оперативные вмешательства минимально инвазивным способом (торакоскопическим) при компрессионных стенозах трахеи, обусловленных пороком развития магистральных сосудов. 2. Максимально безопасно выполнить хирургическое лечение при коррекции слинга легочной артерии позволяет применение экстракорпоральной мембранной оксигенации.

Ключевые слова: стеноз трахеи; сосудистое кольцо; трахеомаляция; дети.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ

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

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Несмотря на усовершенствование технологий, улучшение ухода за пациентами в ОРИТ, стенозы гортани и трахеи остаются важной группой ятрогенных осложнений после интубации и трахеостомии. По литературным данным, распространенность развития постинтубационных стенозов колеблется от 0,1–20 %. Несмотря на использование различных по технике операций, эффективность устранения рубцового стеноза гортани и деканюляция у детей, по данным различных авторов, достигает 63–64 %. Таким образом, до настоящего времени не создан единый подход к хирургическому лечению детей с постинтубационными стенозами гортани.

Цель: улучшить результаты лечения детей с постинтубационными стенозами гортани.

Методы. В хирургическом торакальном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России за период с 2019 по 2021 г. пролечено 58 пациентов с постинтубационными стенозами гортани. Возраст пациентов составил от 3 мес. до 17 лет 9 мес. Диагностика: трахеобронхоскопия и мультиспиральная компьютерная томография. Пациентов разделили по методам лечения на 2 группы. 1-я группа — эндоскопические методы; 2-я группа — открытые реконструктивные вмешательства. Эндоскопические методы лечения применяли у 30 пациентов, реконструктивные операции — у 36. 8 пациентам реконструктивные операции выполнены после безуспешных попыток эндоскопического лечения. Пластику гортани со стентированием Т-трубкой выполняли в следующих случаях: неэффективность эндопросветных методов, грубый рубцовый стеноз, полная непроходимость гортани, парез гортани.

Результаты. В результате применения эндоскопических методов лечения удалось избежать трахеостомии у 18 пациентов. 1 пациент деканюлирован после выполнения бужирования гортани и лазерной вапоризации рубца. Хороший результат в виде восстановления просвета гортани получен у 63,3 % пациентов. После выполнения пластики гортани со стентированием Т-трубкой хороший результат получен у 93 % пациентов, у 7 % (2 детей) отмечался рецидив стеноза.

Заключение.

1. Эндоскопические методы позволяют достичь хорошего результата лечения стенозов гортани у 63,3 % пациентов и избежать трахеостомии у пациентов с непротяженными, негрубыми рубцами, без пареза голосовых связок.

2. Пластика гортани со стентированием Т-образной трубкой позволяет достичь хорошего результата у 93 % пациентов. Ларингопластика со стентированием Т-трубкой показана пациентам с грубыми, протяженными рубцами, при неэффективности эндоскопических методик, а также при сочетании стеноза гортани и пареза голосовых связок.

3. Эндоскопические методики являются менее инвазивными и позволяют сократить срок госпитализации пациента, сроки пребывания в ОРИТ, а также потребность в послеоперационном обезболивании и проведении антибактериальной терапии.

Ключевые слова: стеноз гортани; фибротрехеобронхоскопия; постинтубационный стеноз; пластика гортани; Т-образная трубка; лазерная вапоризация; бужирование.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

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

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Стеноз трахеи и бронхов — это нарушение трахеобронхиальной проводимости, в основе которого лежит врожденное или приобретенное происхождение. Тактика лечения зависит от характера и протяженности стеноза.

Цель: улучшение диагностики и результатов лечения со стенозами трахеи и бронхов.

Методы. С 2019 по 2022 г. в хирургическом торакальном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России находилось 26 детей со стенозами трахеи и бронхов. Из них врожденный стеноз трахеи (полные хрящевые кольца) диагностирован у 13 человек, рубцовый стеноз трахеи — у 9, рубцовый стеноз бронха — у 5. Возраст: 1 мес. – 17 лет.

Результаты. В зависимости от этиологии стеноза детям выполнены различные оперативные вмешательства: скользящая пластика трахеи под искусственным кровообращением — 13 пациентам (3 детям одновременно с реимплантацией левой легочной артерии); циркулярная резекция трахеи с использованием высокочастотной ИВЛ — 3; пластика бронха — 4; стентирование трахеи Т-образной трубкой — 2; лазерная реканализация трахеи/бронхов — 4. Течение послеоперационного периода зависело от метода хирургической коррекции. Пребывание в ОРИТ после скользящей трахеопластики и пластики бронха составляло от 2 до 6 сут; после циркулярной резекции трахеи — от 2 до 4 сут; после стентирования трахеи Т-образной трубкой — 1 сут. После лазерной реканализации трахеи/бронхов дети в пребывании в ОРИТ не нуждались. Наиболее сложную группу детей составили пациенты с врожденным протяженным стенозом трахеи. Данная группа пациентов требует комплексного подхода к лечению, наиболее длительного пребывания в ОРИТ, а также тщательного респираторного ухода в послеоперационном периоде. Хороший результат получен в 92,3 % (24 пациента). Во всех случаях удалось избавить детей от проявлений дыхательной недостаточности. Летальность — 7,69 % (2 пациента с врожденным стенозом трахеи, ИВЛ — от 30 до 130 дней, ЭКМО — от 23 до 73 дней). Причиной смерти послужили сепсис и тяжелая дыхательная недостаточность.

Заключение. Выбор тактики хирургического лечения зависит от этиологии и протяженности стеноза трахеи. Персонализированное применение различных методик позволяет достичь хорошего результата и избавить пациента от дыхательной недостаточности. Применение современного оборудования (аппараты высокочастотной ИВЛ, ЭКМО и искусственного кровообращения) позволяет безопасно выполнять реконструктивные операции на трахее и бронхах.

Ключевые слова: трахея; бронхи; стеноз; ЭКМО; высокочастотная ИВЛ; скользящая пластика трахеи; пластика бронха.

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ТОЛСТОЙ КИШКОЙ У ДЕТЕЙ

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

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. В последние годы значительно возросла доля пациентов с атрезией и стенозами пищевода различной этиологии, которые требуют выполнения реконструктивно-пластических вмешательств. На сегодняшний день наиболее оптимальным способом воссоздания пищевода, при невозможности сохранения нативного пищевода, является пластика пищевода толстой кишкой.

Цель: оценка результатов пластики пищевода толстой кишкой у детей.

Методы. За период с 2019 по 2022 г. в хирургическом торакальном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России прооперированы 83 пациента с патологиями пищевода, такими как атрезия пищевода, рубцовый и пептический стенозы. Возраст варьировал от 6 мес. до 17 лет, вес — от 8 до 52 кг. Всем детям была выполнена колоэзофагопластика.

Результаты. Во всех случаях удалось восстановить целостность ЖКТ и обеспечить адекватное энтеральное кормление через рот возрастным объемом без соблюдения диеты. В ближайшем послеоперационном периоде сформировался шейный свищ в 35 % (29 детей) случаев, который самостоятельно закрылся в течение первого месяца после операции. В 12 % (10 детей) случаев сформировался стеноз эзофагоколоанастомоза. В 9 случаях стеноз был устранен методом бужирования или баллонной дилатации (от 1 до 4 процедур) в течении года после операции, а в 1 случае выполнена реконструкция эзофагоколоанастомоза с положительным исходом. В 2,4 % (2 ребенка) случаев в отсроченном периоде возникла хроническая рубцовая облитерация трансплантата вследствие хронической ишемии сегмента кишки, что потребовало повторного оперативного лечения. Одному ребенку была выполнена пластика пищевода желудком, другому — повторная колоэзофагопластика из правых отделов толстой кишки.

Заключение. Колоэзофагопластика у детей — оптимальный способ создания искусственного пищевода. С ее помощью появляется возможность осуществлять естественное кормление и добиваться полной социальной адаптации ребенка.

Ключевые слова: колоэзофагопластика; пищевод; бужирование; стеноз; эзофагоколоанастомоз.

АТИПИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКОГО ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

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

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Спонтанный пневмоторакс — жизнеугрожающее состояние, которая встречается у детей с буллезным поражением легких и требует экстренного хирургического лечения.

Цель: оценка результатов хирургического лечения буллезной болезни легких у детей, осложненной спонтанным пневмотораксом.

Методы. В хирургическом торакальном отделении «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в период с 2019 по 2022 г. оперировано 12 детей с установленным диагнозом «буллезная болезнь легких» в возрасте от 10 до 17 лет, средний возраст 15,3 года. Из них мальчиков было 10 (83,3 %), девочек — 2 (16,7 %). В 7 случаях отмечался двусторонний характер патологии, что в дальнейшем требовало выполнения оперативного лечения на контрлатеральной стороне. С учетом двусторонних буллезных поражений было выполнено 19 оперативных вмешательств.

Результаты. Всем детям была проведена торакоскопия с атипичной резекцией верхушки легкого линейным сшивающим аппаратом. В 84,2 % случаев (16 детей) производилась плеврэктомия, в 10,5 % (2 ребенка) использовалась аргоноплазменная электрокоагуляция плевры, в 5,2 % (1 ребенок) плеврэктомия не выполнялась. Средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре после оперативного лечения составила $13,3 \pm 14,0$ сут. Длительность дренирования составила в среднем $10 \pm 1,0$ сут. В одном случае после плеврэктомии из-за длительного геморрагического отделяемого и снижения гемоглобина до 70 г/л потребовалась однократная гемотрансфузия. В отдаленные сроки наблюдения от 3 мес. до 2 лет у 11 (91,6 %) детей получены хорошие результаты, рецидивов спонтанного пневмоторакса не было. В одном случае, у ребенка после атипичной резекции без плеврэктомии, возник рецидив булл верхушки легкого, что потребовало повторной операции.

Заключение. Торакоскопическую атипичную резекцию верхушки легкого с плеврэктомией можно рассматривать в качестве операции выбора при буллезной болезни легких у детей, которая позволяет получить положительный результат на долгосрочный период.

Ключевые слова: буллы; атипичная резекция; плеврэктомия; пневмоторакс.

РАДИКАЛЬНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

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

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

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

Обоснование. Декомпенсированная форма хронической дуоденальной непроходимости (мегадуоденум) у детей может возникать как в исходе коррекции атрезии двенадцатиперстной кишки, так и первично. Часть детей требует повторных хирургических вмешательств в отдаленные сроки после первичной коррекции.

Методы. Проведен ретро- и проспективный анализ лечения 6 пациентов в возрасте от 4 до 12 лет, оперированных по поводу мегадуоденума в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова в период с 2020 по 2022 г. Все пациенты мужского пола, средний возраст составил $8,2 \pm 1,2$ года. 66,7 % (4 человека) пациентов в периоде новорожденности оперированы по поводу атрезии двенадцатиперстной кишки, из них двум детям выполнен дуоденоюноанастомоз, другим двум детям — дуоденодуоденоанастомоз. Только в одном случае выявлен стеноз анастомоза. Всем детям с целью диагностики проводилось УЗИ, ФГДС, рентгеноскопия ЖКТ с контрастом, лабораторные обследования. Проведен единый способ хирургической коррекции — резекция двенадцатиперстной кишки по оригинальной методике открытым способом, дополненный в 2 случаях реконструкцией фундопликационной манжеты. Контрольное обследование проведено в катамнезе от 3 до 22 мес.

Результаты. Первичный мегадуоденум выявлен в 33,3 % случаев, вторичный — в 66,7 %. Наиболее частой жалобой были боли в животе, тошнота, вздутие живота, чувство тяжести после еды, постоянное чувство голода, рвота, запоры. Наибольшую диагностическую ценность имела рентгенография ЖКТ с контрастом, на которой выявлен симптом «двойного пузыря», маятникообразного движения контраста, расширение двенадцатиперстной кишки, замедление эвакуации. При УЗИ органов брюшной полости было обнаружено расширение двенадцатиперстной кишки, дуоденогастральный рефлюкс. По данным ФГДС у 66,7 % пациентов выявлен гастроэзофагеальный рефлюкс, у всех имелись воспалительные явления верхних отделов ЖКТ — эзофагит, гастрит, дуоденит. Эффективность операции оценена по следующим критериям: купирование болевого синдрома и рвоты, исчезновение воспалительных явлений верхних отделов ЖКТ и регресс гастроэзофагеального рефлюкса. Осложнения: несостоятельность дуоденодуоденоанастомоза — у 1 пациента, перфорация желчного пузыря — 1. Летальных исходов не было.

Заключение. Суммируя данные о результатах радикальной коррекции декомпенсированных форм хронической дуоденальной непроходимости, стоит сказать, что данный тип вмешательств, несомненно, является более сложным и может осуществляться только в специализированных центрах коррекции абдоминальной патологии у детей, обеспечивая хорошие долгосрочные результаты жизнедеятельности таких пациентов в долгосрочной перспективе.

Ключевые слова: хроническая дуоденальная непроходимость; мегадуоденум; дуоденоюноанастомоз; дуоденодуоденоанастомоз; дети.

АРГУМЕНТ В ПОЛЬЗУ ПРОВЕДЕНИЯ РАННЕЙ ОДНОЭТАПНОЙ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ У ДЕВОЧЕК С КЛАССИЧЕСКОЙ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

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

¹ Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва, Россия;

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Обоснование. Выбор тактики хирургической коррекции вирилизированных гениталий у девочек с классической сольтеряющей формой врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) остается актуальным вопросом детской хирургии. Проведение ранней одноэтапной феминизации при тяжелых формах вирилизации гениталий, когда имеется урогенитальный синус, рекомендовано международным руководством по клинической практике ВДКН за 2018 г. Мотивацией к ее проведению наряду со снижением беспокойства родителей по поводу врожденной аномалии половых органов, предотвращением психологической травмы и гидростроколюза становится предупреждение развития инфекции мочевыводящих путей. Последний аргумент, имеющий низкий уровень доказательности в виде мнения экспертов, подтвержден нами в ходе собственной работы.

Цель: подтвердить достоверность корреляции длительно существующего урогенитального синуса у девочек с ВДКН с последствиями хронической инфекции мочевых путей.

Методы. Проведено проспективное исследование нижних мочевых путей у двух групп девочек с ВДКН и урогенитальным синусом в грудном ($n = 15$) и пубертатном возрасте ($n = 32$). В обеих группах проведена цистоскопия, обладающая высокой специфичностью и чувствительностью в отношении диагностики хронического воспаления мочевого пузыря, которое в свою очередь является следствием длительно существующего нарушения уродинамики и инфекции мочевых путей и в четверти случаев — причиной гестационного пиелонефрита.

Результаты. Частота хронического воспаления мочевого пузыря в группе пубертатных девочек (71 %, $p < 0,01$) была достоверно выше, чем в группе грудных (13 %).

Заключение. Наша работа с высокой достоверностью демонстрирует, что хроническое воспаление мочевого пузыря — это следствие длительно существующего урогенитального синуса. Поэтому раннее устранение урогенитального синуса в рамках одноэтапной феминизирующей пластики можно считать оправданным у девочек с классической сольтеряющей формой ВДКН.

Ключевые слова: одноэтапная феминизация; врожденная дисфункция коры надпочечников; урогенитальный синус.

ПОДВИЖНЫЙ ИЛЕОЦЕКАЛЬНЫЙ УГОЛ КАК ПРИЧИНА ИНВАГИНАЦИИ У МЛАДЕНЦЕВ

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

¹ Российский научный центр рентгенодиагностики, Москва, Россия;

² Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия;

³ Московский областной медицинский колледж, Люберецкий филиал, Москва, Россия;

⁴ Краевой клинический центр охраны материнства и детства, Красноярск, Россия

Обоснование. Известно, что самая частая инвагинация у детей — илеоцекальная, слепободочная в возрасте 4–6 мес. Однако причины ее остаются не до конца изученными и вызывают научно-практический интерес.

Цель: изучить особенности анатомии илеоцекального угла при инвагинации у детей грудного возраста.

Методы. Проведены топометрические измерения илеоцекального угла после консервативной ручной дезинвагинации в операционной ране у 9 детей в возрасте 4–6 мес. Измеряли угол отхождения подвздошной кишки от слепой, длину свободного свисания купола слепой кишки от подвздошной ямки и подвижность комплекса слепой кишки и илеоцекального угла.

Результаты. У всех 9 пациентов обнаружено, что угол впадения подвздошной кишки в слепую более 90°, колеблется от 120° до 160° и в среднем составил 140,8°. Купол слепой кишки у всех оказался не фиксированным и свисал над подвздошной ямкой в среднем на 4–8 см, а у одного пациента на 14 см. Комплекс илеоцекального угла у всех пациентов был мобильным и имел возможность отклоняться маятникообразно медиально на 10–16 см, латерально — на 6–11 см.

Обсуждение. Результаты позволяют считать, что одна из причин внедрения подвздошной кишки в слепую — порок развития илеоцекального угла у детей. В частности, тупой угол впадения подвздошной кишки в слепую (>90°), удлиненный купол слепой кишки, что делает его свисающим вниз и не фиксированным в подвздошной ямке. Эти изменения включают в себя также удлиненную брыжейку илеоцекального угла и сосудов в ней, что создает возможность маятникообразной подвижности всего илеоцекального комплекса. Полагаем, что установленные анатомические изменения способствуют образованию слепободочной инвагинации, при которой илеоцекальный угол оказывается в подпеченочной области или в поперечно-ободочной кишке, иногда в сигмовидной или даже «рождение» инвагината. Такая анатомическая подвижность объясняет клинически длительную жизнеспособность инвагината (от 24 до 48 ч) и «легкую» дезинвагинацию всеми способами (воздух, вода, лапароскопически, на операции). На практике, при резекции илеоцекального угла, при инвагинации мы констатируем, что его подвижность способствует более «легкому» выделению резецируемого комплекса. Кроме того, нередко после резекции слепой кишки она оказывается анатомически в правом боковом канале или даже в подвздошной ямке.

Заключение. Таким образом, мы полагаем, что вышеописанная причина является в патогенезе илеоцекальной инвагинации одним из обязательных факторов его возникновения.

Ключевые слова: инвагинация; дети; илеоцекальный угол; подвижная слепая кишка.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ 15 ЛЕТ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КРЕСТЦОВО–КОПЧИКОВОЙ ТЕРАТОМЫ

Антоненко Ф.Ф.¹, Марухно Н.И.², Иванова С.В.³, Ченцова Л.Н.⁴

¹ Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Россия;

² Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия;

³ Московский областной медицинский колледж, Люберецкий филиал, Москва, Россия;

⁴ Краевой клинический центр охраны материнства и детства, Красноярск, Россия

Описание наблюдения. Пациентка была оперирована 19.01.2006 на вторые сутки после рождения по поводу крестцово–копчиковой тератомы больших размеров. Доношенная девочка родилась в роддоме Владивостока у женщины 24 лет, от 2-й беременности. На сроке 20 нед. у плода на УЗИ была диагностирована врожденная тератома крестцово–копчиковой области (ККО). Роды на сроке 37 нед. путем планового кесарева сечения. Масса тела девочки при рождении 4530 г, рост 51 см. Оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. Состояние ребенка при рождении расценивалось как тяжелое за счет объемного образования ККО с явлениями лимфостаза нижних конечностей. Ребенка машиной скорой помощи в специализированном транспортном кювезе перевезли в детское хирургическое отделение Краевого клинического центра охраны материнства и детства. При визуальном осмотре в ККО выявлено объемное образование округлой формы, размерами 25×22×22 см, плотно-эластической консистенции, как «упругий мяч», бугристое. Ребенка госпитализировали в отделение реанимации для подготовки к операции, где выполнили УЗИ образования, промежности и брюшной полости. Было установлено, что опухоль имеет кистозную структуру и продолжение в забрюшинную область, где расположена в форме «песочных часов». Размер скрытой части в малом тазу составляет до 15 см в диаметре, где опухоль оттесняет кпереди матку и мочевой пузырь. Верхний полюс образования находится на уровне пупка. На вторые сутки после стандартной предоперационной подготовки выполнено оперативное лечение: удаление тератомы в ККО с извлечением (вылушиванием) ее забрюшинной части с резекцией копчика, без повреждения целостности оболочек. Общий вес удаленного образования составил 1650 г. На разрезе имелись множественные округлые полостные образования, заполненные слизистым содержимым. Гистологическое исследование не обнаружило злокачественных клеток. Послеоперационный период протекал гладко. Рана (18 см длиной) зажила первичным натяжением (оперировал проф. Ф.Ф. Антоненко). Пациентка переведена на 12-е сутки из реанимации в отделение новорожденных, выписана домой на 48-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии с прибавкой в весе 400 г. Пациентка наблюдалась у детских хирургов в течение 15 лет. Росла и развивалась в соответствии с физиологическим возрастом. До 3 лет периодически отмечалось обострение пиелонефрита. Постоянно отмечается недержание мочи при переполнении мочевого пузыря, при этом самостоятельные позывы на мочеиспускание сохранены. Самостоятельная дефекация так же сохранена, имеется склонность к задержке стула. Неоднократные обследования (УЗИ, цистография, анализы крови и мочи) отклонений не выявили.

Ключевые слова: крестцово–копчиковая тератома; оперативное лечение; отдаленный результат; дети.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ахматов Р.А., Соколов Ю.Ю., Ефременков А.Н., Шапкина А.Н., Кауфов М.Х.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Обоснование. Кистозные образования поджелудочной железы представляют неоднородную группу заболеваний. Многие вопросы, связанные с показаниями к хирургическому лечению, техникой выполнения и объемом оперативных вмешательств, остаются открытыми.

Цель: определение хирургической тактики лечения у детей с кистозными образованиями поджелудочной железы.

Методы. Исследование основывается на результатах лечения 66 пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы в период с 2004 по 2021 г. Возраст пациентов составил от 8 мес. до 17 лет. На основании анамнеза, объективного осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов исследования пациенты были разделены на следующие группы: псевдокисты и жидкостные скопления сальниковой сумки в исходе острого и посттравматического панкреатита — 38 (57,6 %) человек; псевдокисты в исходе хронического панкреатита — 4 (6 %); кистозные образования поджелудочной железы врожденного генеза — 5 (7,6 %); эхинококковые кисты — 2 (3,1 %); кистозные опухоли — 17 (25,7 %).

Результаты. В группе пациентов с экстрапаренхиматозными псевдокистами и жидкостными скоплениями сальниковой сумки консервативное лечение успешно применено у 9 пациентов. Оперативные вмешательства выполнены у 33 детей, из них: наружное дренирование кисты лапароскопическим и лапаротомным доступами — 14; формирование цистоеюноанастомоза — 6; эндоскопическое трансгастральное дренирование — 7; цистэктомия с формированием дистального панкреатоюноанастомоза — 1; корпокаудальная резекция поджелудочной железы — 1; цистэктомия в сочетании с продольной панкреатоюностомией — 4. В группе пациентов с интрапаренхиматозными кистозными образованиями поджелудочной железы всем детям (24) выполнены различные варианты резекционных вмешательств, из них: иссечение образования — 8; дистальная резекция поджелудочной железы — 7; центральная резекция поджелудочной железы — 6; панкреатодуоденальная резекция — 3. Осложнения IIIb степени по Clavien – Dindo отмечены у 6 пациентов (9 %).

Заключение. Лечебная тактика и объем оперативного вмешательства у детей с кистозными образованиями поджелудочной железы определяется этиологией, локализацией, размерами кистозного образования и его взаимоотношениями с главным панкреатическим протоком.

Ключевые слова: поджелудочная железа; киста; хирургическая тактика; дети.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ И ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Бабаева Х.Б.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Обоснование. Врожденный вывих бедра и дисплазия тазобедренных суставов — тяжелая патология, характеризующаяся недоразвитием всех элементов сустава. Доказано, что раннее выявление и адекватное лечение обеспечивают стабильно высокий процент хороших исходов и полное анатомо-функциональное восстановление сустава. Несмотря на внедрение австрийским ортопедом Р. Графом в 1978 г. сонографии тазобедренных суставов новорожденных и ряд преимуществ УЗИ тазобедренного сустава перед традиционной рентгенографией, многолетняя практика показала, что даже опытные специалисты в ряде случаев испытывают сложности с сонографической ориентацией и интерпретацией сонограмм.

Цель: анализ источников возможных диагностических проблем при сонографии тазобедренных суставов.

Методы. В период с сентября 2021 по апрель 2022 г. были проанализированы некорректные сонограммы и протоколы УЗИ тазобедренных суставов 111 детей в возрасте от 1 до 7 мес. Критериями корректности сонограммы были три маркера: нижний край подвздошной кости, ость подвздошной кости, суставная губа. Оценивалось также качество интерпретации сонограмм.

Результаты. В подавляющем большинстве случаев (72 %) сканирование проводилось не в стандартной плоскости, из которых преобладали вентро-дорсальные и каудо-краниальные наклоны датчика. В остальных случаях (38 %), при правильно выведенной плоскости сканирования, наблюдались ошибки идентификации, в частности неправильное определение нижнего края подвздошной кости, костного эркера и суставной губы, а отсюда неправильное проведение линий для определения углов альфа и бетта. В одном случае имела место переоценка угловых показателей, когда, получив результат измерения угла альфа чуть больше 60° , оператор УЗИ установил диагноз «здоровый сустав» при наличии дисплазии, проигнорировав морфологические изменения в костной крыше вертлужной впадины.

Заключение. Для правильного суждения о состоянии тазобедренного сустава сонографический срез должен пройти через середину вертлужной впадины, так как именно эта зона в дальнейшем несет основную нагрузку. Маркерами данной плоскости сканирования являются 3 пункта: нижний край подвздошной кости, прямолинейный силуэт наружного контура подвздошной кости и суставная губа. При отсутствии даже одного из перечисленных маркеров сонограмма не имеет диагностической ценности. При строгой стандартизации процесса сканирования, знании соноанатомии и соблюдении всех правил исследования метод УЗИ тазобедренных суставов лишен субъективизма и обладает высокой информативностью.

Ключевые слова: врожденный вывих бедра; дисплазия тазобедренного сустава; сонография; дети.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ГИГАНТСКОГО ДИВЕРТИКУЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА 15 ЛЕТ

Бабич И.И.^{1,2}, Бабич И.В.^{1,2}, Багновский И.О.^{1,2}, Аванесов М.С.²,
Мельников Ю.Н.^{1,3}, Мельникова С.Р.¹

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия;

² Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия;

³ Детская городская больница, Шахты, Россия

Обоснование. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки составляют около 10 % всех дивертикулов желудочно-кишечного тракта и занимают второе место по частоте встречаемости после дивертикулов ободочной кишки. Для них характерно бессимптомное течение, вследствие чего они чаще выявляются случайно. Клинические проявления воспаления дивертикулов двенадцатиперстной кишки не специфичны, и диагноз этот является диагнозом исключения.

Описание наблюдения. Ребенок 15 лет находился на лечении у гастроэнтеролога с жалобами на боли в животе периодического характера после приема пищи. При выполнении рентгенконтрастного исследования определялось попадание бариевой взвеси из желудка и двенадцатиперстной кишки в значительное по размерам образование, которое спускалось до крыла правой подвздошной кости. Ребенок направлен на обследование, лечение в хирургическое отделение ГБУ РО ОДКБ. Из анамнеза, а также в результате ретроспективного анализа истории болезни пациента выявлено, что в возрасте 5 лет ребенок находился на лечении в хирургическом отделении с инородным телом ЖКТ — саморезом длиной 5 см. При рентгенологическом исследовании инородное тело определялось в проекции желудка. В ходе динамического наблюдения в течение трех дней инородное тело мигрировало по желудочно-кишечному тракту и определялось в проекции слепой кишки. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение по месту жительства без жалоб. Через 2 нед. ребенок повторно поступил в хирургическое отделение с жалобами на боль в животе в правой подвздошной области. Учитывая анамнез, выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости. Саморез определялся в проекции слепой кишки. Выполнена лапаротомия аппендикулярным разрезом, инородное тело в толстой кишке не обнаружено, разрез расширен до правостороннего трансректального доступа. Пальпаторно инородное тело обнаружено в желудке, выполнена гастротомия, саморез удален. Послеоперационный период протекал без особенностей. В хирургическом отделении ГБУ РО ОДКБ пациенту выполнено МРТ с контрастированием и ФГДС, при этом обнаружен гигантский дивертикул двенадцатиперстной кишки. Выполнена диагностическая лапароскопия, выявлен выраженный спаечный процесс, патологическое образование не найдено. Произведена лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца, адгезиолизис. В брюшной полости патологическое образование не выявлено. При смещении восходящего отдела толстой кишки медиально и рассечение париетальной брюшины в забрюшинном пространстве обнаружен дивертикул двенадцатиперстной кишки, дно которого локализовалось в проекции крыла подвздошной кости. Тупым путем дивертикул выделен до двенадцатиперстной кишки, произведена резекция, сформирован анастомоз с помощью сшивающего аппарата. Пациентка выписана на 8-е сутки без осложнений.

Ключевые слова: дивертикул; двенадцатиперстная кишка; инородное тело.

ТРАХЕОСТОМИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Бабич И.И., Пшеничный А.А., Аванесов М.С., Мельников Ю.Н.

Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия

Обоснование. Число поступающих детей в отделение реанимации с тяжелой церебральной патологией увеличивается, и как следствие этого возрастает количество нарушений уровня сознания — кома, нарушение гемодинамики, требующее подключения вазопрессорной поддержки, развитие дыхательной недостаточности, требующее проведения ИВЛ. Тяжелая церебральная недостаточность приводит к пролонгации искусственной вентиляции легких, которая в свою очередь формирует у пациента вентиляционную пневмонию. На сегодняшний день данная проблема актуальна, в детском возрасте не определены временные критерии имплантации трахеостомы при тяжелой церебральной патологии, позволяющей минимизировать риски осложнений при длительной ИВЛ.

Цель: улучшить результаты лечения пациентов с тяжелой церебральной недостаточностью путем проведения трахеостомии.

Методы. В ГБУ РО ОДКБ Ростова-на-Дону с 2015 по 2021 г. 50 пациентам в возрасте от 1 года до 17 лет с тяжелой церебральной недостаточностью проводилась трахеостомия с последующей имплантацией трахеостомической трубки. Пациентов распределили по нозологии на группы: с сочетанной черепно-мозговой травмой — 22 (44 %) пациента, изолированной черепно-мозговой травмой — 4 (8 %), энцефалитом — 7 (14 %), гидроцефалией — 6 (12 %), опухолью головного мозга — 2 (4 %), органическим поражением ЦНС — 3 (6 %), острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу — 1 (2 %), с другими заболеваниями — 5 (10 %).

Результаты. В группу исследования вошли 33 ребенка, имеющие тяжелую церебральную недостаточность. Из указанного числа больных 25 (76 %) детям после трахеостомии наблюдалось резкое снижение осложнений, а именно вентиляционной пневмонии, и уже на 1–3-е сутки после имплантации трахеостомической трубки у всех пациентов отмечалось постепенное восстановление уровня сознания. Тогда как у 8 (24 %) пациентов восстановление уровня сознания наблюдалось лишь от 4 дней и выше. Разработанная нами оригинальная методика наложения провизорного шва на трехею позволяет без технической сложности при необходимости заменять трахеостомическую трубку.

Заключение. Таким образом, проведение ранней трахеостомии от 1 до 3 сут от момента постановки диагноза, подтверждения тяжелой церебральной недостаточности и проведения трахеостомии по разработанной методике позволяет улучшить результаты лечения пациентов с тяжелой церебральной недостаточностью и минимизировать риски возможных осложнений.

Ключевые слова: трахеостомия; церебральная недостаточность; нарушение сознания; дети.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФИЛЬТРАТОВ И АБСЦЕССОВ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

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

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

Обоснование. Инструментальные методы находят все более широкое применение в диагностике послеоперационных осложнений.

Цель: оценить эффективность применения ультразвуковых методов в диагностике гнойных послеоперационных осложнений в брюшной полости.

Методы. Все случаи диагностированных нами ультразвуковым исследованием инфильтратов брюшной полости у 8 детей имели аппендикулярное происхождение, были визуализированы у пациентов различных возрастных групп и в сроки более 24 ч от начала заболевания — остро аппендицита. Эти инфильтраты брюшной полости визуализировались в виде эхо-позитивных образований различных форм и размеров, полиморфной структуры, которая определялась разнородностью тканей и органов, вовлеченных в воспалительный конгломерат. Характерные особенности ультразвуковой картины инфильтратов брюшной полости аппендикулярного происхождения, выявленные нами при их визуализации, имели зависимость от сроков начала заболевания.

Результаты. Инфильтраты брюшной полости аппендикулярного происхождения начинали визуализироваться нами у больных детей уже через 1 сут от начала болезни и имели неоднородную структуру. У одного ребенка инфильтрат брюшной полости уже через сутки от начала заболевания достигал размеров 3 см, у других 3 (37,5 %) детей, с инфильтратом аппендикулярного происхождения, при его визуализации в сроки от 48 до 72 ч с начала заболевания размеры достигали от 3 до 6 см. Аналогичные размеры имел инфильтрат брюшной полости у других 3 (37,5 %) детей с острым аппендицитом через 72 ч от начала заболевания. У одного ребенка в сроки 72 ч от начала острого аппендицита инфильтрат брюшной полости, сформировавшийся по месту расположения червеобразного отростка, имел размеры более 6 см в диаметре. Во всех случаях обнаружения инфильтрата брюшной полости аппендикулярного происхождения его структура была неоднородной, независимо от размеров и сроков его визуализации от начала болезни. Примечательно, что у ребенка уже через сутки от начала заболевания в формирующемся аппендикулярном инфильтрате визуализировался деструктивно измененный червеобразный отросток. Деструктивно измененный аппендикс ультрасонографически так же обнаруживался у других 3 детей в инфильтрате брюшной полости, развившемся в сроки от 48 до 72 ч и более от начала заболевания. Однако у других 4 детей с инфильтратами брюшной полости через 48 ч и более от начала заболевания деструктивно измененный червеобразный отросток уже не визуализировался ультрасонографически.

Заключение. В целом, у 75 % больных детей, размеры инфильтрата брюшной полости ультрасонографически определялись в пределах 3–6 см, и у 50 % этих больных в составе инфильтрата был визуализирован аппендикс.

Ключевые слова: УЗИ; брюшная полость; абсцесс; инфильтрат; дети; ранняя диагностика.

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС У ДЕТЕЙ — НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Барова Н.К.^{1,2}, Тараканов В.А.², Убилава И.А.¹, Панкратов И.Д.¹,
Кулиш Т.А.¹, Юдаев В.П.¹

¹ Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Россия;

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Обоснование. Использование МСКТ и малоинвазивных технологий существенно повлияли на результаты лечения при спонтанном пневмотораксе у детей. Однако до настоящего времени наблюдаются случаи отсутствия или запоздалой диагностики причины пневмоторакса, «затягивания» показаний к радикальному оперативному лечению, что диктует необходимость принятия для данной патологии единого лечебно-диагностического алгоритма.

Цель: обобщение собственного опыта лечения, разработка оптимального алгоритма диагностических и лечебных мероприятий при спонтанном пневмотораксе у детей.

Методы. Место исследования: ГБУЗ «ДККБ» Краснодара, хирургическое отделение № 1. Исследование — ретроспективное, одноцентровое. Период исследования — 2006–2022 гг. Всего пролечено 72 пациента. Возраст — 14–17 лет. Распределение по полу: мужской — 53 (73,61 %), женский — 19 (26,38 %). Диагностика: МСКТ грудной клетки — 100 %. Одностороннее поражение — 65 (90,27 %); двустороннее — 7 (9,72 %). Методы лечения: 1-й этап — дренирование плевральной полости по месту госпитализации. 2-й этап — видеоторакоскопия, атипичная резекция верхушечного сегмента, дренирование плевральной полости — 71 (98,61 %). Дренирование плевральной полости без радикального оперативного лечения — 1 (1,38 %). Послеоперационный мониторинг — рентгенография органов грудной полости в 1-е послеоперационные сутки — 100 %. Сроки перевода из ЦРБ в профильный стационар: 1–3 сут — 61 (84,72 %); более 3 сут — 8 (11,11 %). Трое детей (4,16 %) переведены в сроки от 10 до 14 дней, с явлениями плеврита. Средний койко-день до операции — 2,5.

Результаты. Буллы верхушечного сегмента различного диаметра выявлены у всех (100 %). Пациенты после торакоскопического лечения: полная реэкспансия легкого в 1-е сутки — 57 (80,28 %); на 2–3-е сутки — 14 (19,72 %). Закрытие бронхоплеврального свища после дренирующей операции с полным расправлением легкого констатировано на 3-й день — 1 (1,38 %). Средний койко-день у преимущественного большинства (69) — 8,5, у троих с плевритом — 14,5. Осложнения: отграниченный верхушечный пневмоторакс — 1 (1,3 %). Рецидив — 0 %.

Заключение. Лечебно-диагностический алгоритм при спонтанном пневмотораксе с целью верификации его причины должен включать МСКТ легких, проводить его следует после устранения пневмоторакса. В случаях выявления булл верхушечных сегментов легкого, сохраняющейся функции бронхо-плеврального свища без тенденции к его закрытию показано оперативное лечение. Методом выбора следует считать видеоторакоскопию с резекцией пораженного участка легкого с применением эндоскопических сшивающих аппаратов.

Ключевые слова: буллы; спонтанный пневмоторакс; дренирование; видеоторакоскопия.

ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Барская М.А., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Мазнова А.В

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Обоснование. Кишечная инвагинация — самый частый вид приобретенной кишечной непроходимости у детей первого года жизни (Детская хирургия. Национальное руководство. 2021). В последнее десятилетие все чаще развитие инвагинации (механической кишечной непроходимости смешанного типа) отмечается у детей в возрасте старше 1 года. Поэтому вопрос о показаниях к консервативному и оперативному лечению у детей младшего и дошкольного возраста активно обсуждается детскими хирургами.

Цель: изучение результатов диагностики и лечения кишечной инвагинации у детей различных возрастных групп и уточнение показаний к консервативной и оперативной дезинвагинации.

Методы. С 2012 по 2021 г. на стационарном лечении в хирургическом отделении педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина находились 498 детей с кишечной инвагинацией в возрасте от 4 мес. до 3 лет. Преобладали дети грудного возраста (384). Детей в возрасте от 1 года до 3 лет было 114. В диагностике инвагинации использованы клинический метод, лабораторные, рентгенологический методы и ультразвуковое исследование.

Результаты исследования. В 383 (77 %) наблюдениях проведено консервативное лечение (225 в возрасте от 4 мес. до 1 года и 98 пациентов в возрасте от 1 года до 3 лет). Из 98 детей раннего возраста, пролеченных консервативно, у 15 наблюдался рецидив инвагинации (повторные госпитализации). Им выполнялась лапароскопия, устранение подвздошно-ободочной инвагинации. 115 детей оперировано (при первичной госпитализации) по следующим показаниям: безуспешность консервативного лечения (109), клиника перитонита (6). При этом 79 детям оперативное вмешательство осуществлялось из лапароскопического доступа. У 4 пациентов после дезинвагинации обнаружен дивертикул Меккеля, выполнена дивертикулэктомия. В 6 наблюдениях детям с подвздошно-ободочной инвагинацией и некрозом кишки произведена резекция подвздошной кишки (лапаротомия). Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не было.

Заключение. При отсутствии абсолютных показаний к оперативному лечению (наличие перитонита и безуспешность консервативного лечения) консервативная дезинвагинация может быть выполнена с успехом и у детей в возрасте старше года, но при рецидиве патологии показана лапароскопия.

Ключевые слова: диагностика; инвагинация; дезинвагинация; дети.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИДРОНЕФРОЗА

Бибенина А.А.¹, Мокрушина О.Г.^{1,2}, Левитская М.В.²,
Шумихин В.С.^{1,2}, Ерохина Н.О.²

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

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

Обоснование. Гидронефроз — часто диагностируемая аномалия мочевыделительной системы. Стеноз прилоханочного отдела мочеточника становится наиболее частой причиной гидронефроза у детей грудного возраста. Гидронефроз тяжелой степени составляет 30 % данной патологии и требует дифференцированного подхода и этапного лечения.

Цель: оценить функцию и резервные возможности почечной паренхимы до проведения реконструктивно-пластической операции и в отдаленном послеоперационном периоде.

Методы. В ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с 2012 по 2020 г. было пролечено 170 детей первого года жизни с IV степенью гидронефроза (классификация Open, 2006). Возраст детей был от 3 дней до 8 мес. Все дети разделены на 2 группы: 1-я группа — с предварительным отведением мочи (55 человек, 33 %), 2-я группа — без предварительного отведения мочи (115 человек, 67 %). Критерии отбора: уменьшение толщины паренхимы менее 5 мм, расширение лоханки более 25 мм, выраженное угнетение кровотока, повышение индекса резистентности. В связи с критическим расширением лоханки и сдавлением ткани почки на момент поступления, для оценки резервных возможностей почки у детей 1-й группы первым этапом проводилось отведение мочи с помощью установки пункционной нефростомы. Длительность дренирования составила в среднем 40 дней, эффективность была в 98 % (54 случая). У 8,9 % детей выявлены необратимые изменения почечной паренхимы, что потребовало проведения органосохраняющей операции. Лапароскопическая пиелопластика у детей обеих групп проводилась трансперитонеальным доступом с резекцией лоханочно-мочеточникового сегмента и дренированием собирающей системы почки.

Результаты. Результаты оценивались по следующим критериям: восстановление уродинамики, восстановление функции почечной паренхимы, оценка инфекционных осложнений. У детей 1-й группы (предварительное отведение мочи) темпы сокращения лоханки на 13 % превышали данные 2-й группы. Увеличение прироста паренхимы и темпов восстановления кровотока также превалировали у детей 1-й группы. Функциональное состояние почечной паренхимы оценивалось с помощью статической нефросцинтиграфии (^{99m}Tc-ДМСА) с оценкой количества очагов и снижения накопления радиофармпрепарата. Было отмечено, что развитие тяжелой степени нефросклероза одинаково в обеих группах, однако в анамнезе (5 лет) у детей с предварительным отведением мочи в большем проценте были проявления умеренной степени выраженности нефросклеротического процесса.

Заключение. Дифференцированный подход ведения детей с тяжелой степенью гидронефроза позволяет выявить резервные возможности почечной паренхимы и выбрать правильную тактику оперативного лечения.

Ключевые слова: гидронефроз; грудной возраст; пункционная нефростомия; нефросклероз; лапароскопическая пиелопластика.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Бекин А.С., Дьяконова Е.Ю., Гусев А.А., Анушенко А.О.,
Лохматов М.М., Яцык С.П.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Болезнь Крона — хроническое, рецидивирующее иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся трансмуральным поражением желудочно-кишечного тракта. Более агрессивное течение болезни Крона у детей нередко приводит к осложнениям, требующим хирургического лечения. Определение сроков показаний к оперативному вмешательству, объем резекции, формирование анастомоза или выведение кишечной стомы, оценка эффективности проведенного оперативного лечения являются актуальными вопросами в современной детской хирургии.

Цель: показать эффективность применения этапного хирургического лечения детей с болезнью Крона при различной локализации поражения ЖКТ.

Методы. В ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России с 2018 по 2022 г. у 88 детей с болезнью Крона выполнено хирургическое лечение. В предоперационном периоде оценивали массо-ростовые показатели, степень активности заболевания по педиатрическому индексу, эндоскопическую активность болезни Крона, локализацию и протяженность поражения ЖКТ, степень анемии, уровень альбумина, показатели электролитов и маркеров воспаления, проводимую ранее терапию. Объем и необходимость этапного хирургического лечения определяли с учетом проведенных исследований. Дети были разделены на 3 группы: 26 (29,5 %) человек с одноэтапным хирургическим лечением (резекция пораженного участка ЖКТ с формированием анастомоза); 50 (56,8 %) — с двухэтапным хирургическим лечением (резекция пораженного участка со стомированием и последующим восстановлением непрерывности ЖКТ); 12 (13,7 %) — с поражением толстой кишки, которым потребовалось трехэтапное хирургическое лечение (отключение толстой кишки из пассажа по ЖКТ, резекция пораженного участка под прикрытием илеостомы после снижения активности болезни Крона и последующее устранение илеостомы). Через 6 и 12 мес. проводилась сравнительная оценка показателей до операции и послеоперационных осложнений.

Результаты. У всех детей в послеоперационном периоде отмечено повышение массо-ростовых показателей, уменьшение степени активности болезни Крона, стойкая клиническая, лабораторная и эндоскопическая ремиссия.

Заключение. Применение этапного хирургического лечения у детей с болезнью Крона позволило избежать послеоперационных осложнений, достичь стойкой ремиссии, улучшить качество жизни детей, тем самым показало свою эффективность.

Ключевые слова: болезнь Крона у детей; хирургическое лечение болезни Крона у детей; осложненные формы болезни Крона у детей.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ

Бекпан А.Ж., Ауталипов Д.Х., Дженалаев Д.Б.

Корпоративный фонд «University Medical Center», Нур-Султан, Казахстан

Обоснование. Юношеская ангиофиброма носоглотки — это новообразование, составляющее 0,05 % всех опухолей головы и шеи, встречающееся у подростков и являющееся доброкачественной только по гистологическому строению, по клиническому течению же может протекать злокачественно, разрушая хрящи и кости черепа. Основным методом лечения юношеской ангиофибromы носоглотки — хирургический, отличающийся разнообразием в зависимости от степени распространения опухоли. В настоящее время, учитывая, что опухоль обильно кровоснабжается, предварительно проводится эмболизация сосудов, питающих ангиофибром, и ее удаление; оперативное лечение всегда сопровождается обильной кровопотерей и значительной хирургической травмой, иногда инвалидизацией пациента и даже летальным исходом.

Методы. За период с 2021 по 2022 г. нами в КФ «УМС» было прооперировано 5 пациентов с юношеской ангиофибромой носоглотки. Всем пациентам проводили компьютерную томографию придаточных пазух носа в аксиальной, сагитальной и коронарной проекциях с контрастированием и без контраста, а также магнитно-резонансную томографию. Помимо общих клиничко-лабораторных исследований дети проходили эндоскопическое обследование полости носа и носоглотки. Предварительно за сутки до операции 3 пациентам произведена поэтапная эндоваскулярная эмболизация образования микросферами 500–700 мкм путем остановки кровотока в проксимальных отделах верхнечелюстной артерии под постоянным рентгенологическим контролем. На следующие сутки 2 пациентам проведены операции трансназальным модифицированным эндоскопическим доступом по Денкеру с удалением медиальной стенки верхнечелюстной пазухи и расширением грушевидной апертуры латерально со сфенотомией и клипированием основного ствола верхнечелюстной артерии интраоперационно. В результате суперселективной ангиографии с эмболизацией сосудов опухоли нам удалось значительно снизить интраоперационное кровотечение и обеспечить обзор операционного поля, но в первом случае отмечалось резкое обильное кровотечение после удаления ангиофибromы, прорастающее из свода черепа. При проведении модифицированной эндоскопической максиллэктомии по Денкеру и этмоидотомии после аккуратного выделения верхнечелюстной артерии было выполнено ее клипирование с наложением двух титановых клипс. Дальнейшая диссекция опухоли сопровождалась умеренным кровотечением, не затрудняющим удаление опухоли.

Результаты. При удалении ангиофибromы носоглотки интраоперационный гемостаз является важным моментом успешности операции. Эмболизация сосудов проведена при одной небольшой и двух распространенных опухолях носоглотки, у одного пациента во время операции было массивное кровотечение. В двух случаях прорастания опухоли в крылонебное пространство произведено клипирование верхнечелюстной артерии интраоперационно, трансназально без каких-либо хирургических рисков. Гистологическое исследование операционного материала во всех случаях подтвердило диагноз юношеской ангиофибromы носоглотки у детей. Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений, все выписаны на 7-е сутки с полным восстановлением носового дыхания.

Выводы. Таким образом, по компьютерной томографии околоносовых пазух носа с контрастированием, ЛОР-хирург может оценить распространение опухоли, определить локализацию верхнечелюстной артерии и возможность ее интраоперационного трансназального клипирования, что включает дополнительные этапы лечения и обеспечивает адекватный гемостаз.

Ключевые слова: ангиофиброма; дети; операция; эндоскопия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ОЖГОВОМ ОТДЕЛЕНИИ ДГКБ № 9 ЕКАТЕРИНБУРГА

Бикташев В.С., Салистый П.В.

Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. За последнее десятилетие создано два новых метода лечения ожоговых ран — вакуумтерапия ран и гидрохирургическая система. Имея достаточную практику применения вакуумтерапии, у нас появилась возможность внедрить в лечение ожогов и гранулирующих ран гидрохирургическую систему VersaJet.

Методы. Действие системы VersaJet основано на использовании технологии высокоскоростного потока жидкости, создающего локальный вакуум в области наконечника гидроножа, по эффекту Вентури — одновременный захват, срезание и удаление тканей, позволяющего одновременно иссекать и аспирировать поврежденные и грануляционные ткани. Скорость водной струи от 426 км/ч при давлении 1500 Па, 103 бар до 1078 км/ч при давлении 1200 Па, 827 бар.

Показания к применению:

1. Раннее хирургическое лечение пограничных ожогов. При оперативном лечении цель перехода открытой ожоговой раны с некрозом в чистую резаную, а при выполнении аутодермопластики — в закрытую. Получается радикально удалить некрозы и не углубить пограничную ожоговую рану, удаляя жизнеспособные ткани.

2. При локализации ожогов в функциональных и косметически важных зонах (лицо, кисти, стопы, области суставов). Является безусловным показанием к оперативному лечению.

3. Гранулирующие и трофические раны.

С целью подготовки гранулирующих ран различной этиологии к пластическому закрытию гидрохирургическую обработку проводят в радикальном режиме с удалением всех грануляций и получением чистой раневой поверхности, готовой к аутодермопластике.

Результаты. Имея даже небольшой опыт использования гидрохирургической системы (17 операций), мы удостоверились в его эффективности, а именно: раннее хирургическое лечение пограничных ожогов, позволяет ускорить выздоровление пациента; отсутствие осложнений в постоперационном периоде.

Заключение. Гидрохирургическая обработка открывает новые возможности в лечении ран кожи и трофических язв мягких тканей различной этиологии. Хирург, выполняя бережную некрэктомию, сохраняя жизнеспособную ткань и выполняя гемостаз, позволяет быстро подготовить раневую поверхность к аутодермопластике или спонтанной эпителизации ран.

Ключевые слова: ожоги; гидрохирургическая система; VersaJet; версаджет; дети.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЛОКИРУЕМОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА (БИОС) В ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНОГО СУСТАВА ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА TEN/ESIN (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Большаков Г.А.¹, Зеленин И.В.¹, Яковлев А.Б.¹, Дегтярев А.А.¹,
Остапенко В.Г.¹, Преториус Т.Л.¹, Степанова Н.М.²

¹ Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

² Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Обоснование. В детском возрасте в лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей наиболее часто применяется интрамедуллярный остеосинтез. Методика с использованием TEN (titanium elastic nail) обеспечивает достаточно надежную фиксацию перелома, предотвращая смещение костных отломков по ширине и длине, однако не обеспечивает стабильность и риск ротационного смещения и угловых деформаций, что может привести к замедленной консолидации и формированию ложного сустава.

Использование блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС) предусматривает установку интрамедуллярного стержня с последующим блокированием. Данный метод обеспечивает надежную стабильность костных отломков, предотвращая их смещение как по длине, так и по ширине, а также помогает избежать ротационного смещения и угловой деформации. В детской практике использование БИОС ограничено в связи со сложностью постановки металлоконструкции через зоны роста, что в дальнейшем может привести к деформации и укорочению кости. Во избежание вышеуказанных негативных последствий данного способа у детей были определены точки введения, не затрагивающие зоны роста.

Клинический случай. Мальчику 13 лет ранее по поводу перелома диафи́за бедренной кости выполнена фиксация перелома с помощью двух титановых эластичных стержней и кортикального винта. Давность установленной металлоконструкции составила 6 мес., гипсовая иммобилизация — 2 мес. После курса реабилитации стала беспокоить боль при осевой нагрузке в проекции перелома. На рентгенограммах выявлены признаки формирования ложного сустава бедренной кости. В условиях отделения травматологии было проведено оперативное лечение: удаление металлоконструкций, БИОС с одномоментной компрессией зоны перелома. В послеоперационном периоде осевая нагрузка на бедренную кость была возобновлена на вторые сутки с момента операции. Гипсовая иммобилизация не использовалась. Период реабилитации до удаления металлоконструкции составил 9 мес. После удаления БИОС на контрольных рентгенограммах отмечена костная перестройка, отсутствие линии резорбции костной ткани. К моменту удаления металлоконструкции объем движений в коленном суставе восстановлен в полном объеме.

Заключение. Представленное клиническое наблюдение показывает возможность использования интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза (БИОС) в лечении ложных суставов длинных трубчатых костей у детей.

Ключевые слова: диафизарные переломы длинных трубчатых костей; блокируемый интрамедуллярный остеосинтез; ложный сустав; дети.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ

Бочаров Р.В., Коломыйцева М.А.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Обоснование. Химические ожоги пищевода у детей не редко приводят к рубцовым сужениям, что требует проведения процедур бужирования, которые могут вызвать различного вида осложнения.

Цель: проанализировать случай осложненного рубцового стеноза пищевода у ребенка полутора лет.

Описание наблюдения. Мальчик 1,5 лет принял внутрь чистящее средство на щелочной основе. При госпитализации осмотр ЛОР-специалиста: химический ожог рта, глотки и пищевода щелочью. Через 5 сут проведена поднаркозная фиброэзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС) фиброгастро-скопом (Olympus XPE, Япония): в проксимальном отделе пищевода слизистая оболочка очагово-гиперемированная; кардия смыкается полностью, на розетке кардии гиперемия; слизистая оболочка дна желудка отечная, гиперемированная; язвенных дефектов желудка, привратника и двенадцатиперстной кишки не выявлено. На 14-е сутки мать с ребенком самостоятельно покинули стационар и вернулись через 2 нед. с невозможностью приема пищи и воды. Выполнена поднаркозная ФЭГДС: дистальнее входа в пищевод слизистая отечная, с налетом фибрина, рубцовыми изменениями, контактной кровоточивостью; просвет пищевода сужен до 2 мм; через который проведена струна в желудок. Последовательно с усилием проведены бужи № 21, 27, 33. С регулярностью через 3 дня 9 раз повторялось поднаркозное эндоскопическое бужирование. Буж № 27 стал проходить зону стеноза пищевода без сопротивления. Ребенок выписан домой, через 10 дней у него вновь возникли признаки дисфагии. Попытка проведения бужирования «вслепую» вызвала значительное беспокойство, буж № 27 не преодолел зону стеноза.

Через 18 ч после манипуляции у пациента появились признаки дыхательной недостаточности, снижение неинвазивной сатурации до 88 % и отсутствие дыхательных шумов над полями правого легкого. На обзорной рентгенографии органов грудной клетки правое легкое коллабировано; в правой плевральной полости определяется большое количество свободного воздуха и жидкости; тень средостения смещена влево. В процессе поднаркозного пунктирования и дренирования правой плевральной полости удалено до 200 мл молочно-белого выпота, аспирировано до 300 см³ воздуха. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки: свободного воздуха и жидкости в правой плевральной полости нет, тень средостения не смещена, пневматизация правого легкого улучшилась. Выбрана консервативная тактика лечения: «голодный покой», полное парентеральное питание. На 26-е сутки признаки правосторонней плевропневмонии. Возобновлены поднаркозные эндоскопические бужирования пищевода. На 45-е сутки буж № 33 прошел зону стеноза без сопротивления.

Заключение. Метод бужирования стеноза пищевода «вслепую» вызвал повреждения стенок пищевода, средостения и медиастинальной плевры, привел к развитию таких тяжелых плевро-пульмональных осложнений, как пневмогидроторакс и плевропневмония. У детей младшего возраста бужирование пищевода требует обязательной эндоскопической визуализации и анестезиологического сопровождения.

Ключевые слова: дети; ожог; стеноз пищевода; бужирование; осложнения.

РОЛЬ КОРРЕКЦИИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ГИРШПРУНГ-АССОЦИИРОВАННОГО ЭНТЕРОКОЛИТА

Бураев Г.Б., Лозовой В.М., Шарипова Д.Р.

НАО «Медицинский университет Астана», Нур-Султан, Казахстан

Обоснование. Этиология и патогенез Гиршпрунг-ассоциированного энтероколита (ГАЗК) до конца не ясны.

Цель: изучение состояния микрофлоры кишечника в хроническом толстокишечном стазе и оценка способов их коррекции для профилактики развития ГАЗК.

Методы. Для достижения поставленной цели нами обследованы 60 детей с признаками хронического толстокишечного стаза. Возраст детей варьировал от 2 мес. до 14 лет. Мальчиков было 36 (60 %), девочек — 24 (40 %). Всем детям проведено рентгенконтрастное исследование толстой кишки (ирригография). По ее результатам пациентов распределили по следующим нозологическим формам: долихоколон, долихосигма, мегаректосигмоид и т.д. Исследование проводилось в 2 этапа: на первом для изучения состояния количественного состава микрофлоры кишечника при хроническом колостазе обследованы 20 пациентов с жалобами на хроническую задержку стула. На втором этапе исследования, исходя из полученных результатов исследований первого этапа, проведена коррекция количественного состава микрофлоры кишечника. Из 40 пациентов с жалобами на хроническую задержку стула сформированы 2 группы наблюдений. В основной группе (20 детей) при подготовке к ирригографии выполнена коррекция микрофлоры кишечника по разработанной методике — пробиотики перорально и путем лекарственной клизмы 2 раза в день. Контрольную группу составили 20 детей, получавших пробиотики только энтеральным путем. В качестве пробиотика использованы препараты Бифидумбактерин и Лактобактерин в виде порошка. Длительность лечения составила: в основной группе — 11,3 дня, в контрольной группе — 11,2 дня.

Результаты. На первом этапе исследования при изучении количественного состава микрофлоры кишечника до выполнения сифонной клизмы в бактериологическом анализе кала выявлено, что у пациентов с признаками хронического толстокишечного стаза численность микроорганизмов нормофлоры кишечника (бифидобактерий, лактобактерий, кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью) ниже минимального значения нормальных показателей. Из условно-патогенных микроорганизмов высевались: гемолизирующая кишечная палочка, золотистый стафилококк, лактозонегативная кишечная палочка, энтерококки, дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Изучение микрофлоры кишечника в периоде после выполнения сифонных клизм показало выраженное снижение численности представителей облигатной микрофлоры кишечника со статистически достоверной разницей ($p < 0,001$). На втором этапе исследования, в периоде до проведения коррекции количественного состава микрофлоры кишечника, в обеих группах результаты бактериологического анализа кала соответствовали результатам пациентов первого этапа до проведения сифонных клизм: снижение численности микроорганизмов облигатной микрофлоры кишечника и обнаружение некоторых видов условно-патогенных микроорганизмов. В периоде после проведенного лечения у пациентов основной группы, получавших лечение по разработанной нами методике, в бактериологическом анализе кала наблюдались нормализация численности полезных и снижение количества условно-патогенных микроорганизмов.

Закключение. Разработанный способ коррекции биоценоза позволяет максимально нивелировать негативное последствие проведения сифонных клизм и нормализовать соотношение микроорганизмов, населяющих толстую кишку. Способ профилактики воспалительного процесса в кишечнике — ГАЗК — по разработанной нами методике коррекции количественного состава микрофлоры кишечника весьма эффективен и может быть внедрен в клиническую практику.

Ключевые слова: Гиршпрунг-ассоциированный энтероколит; хронический колостаз; кишечная микрофлора.

ФЕНОТИПЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ. ОПЫТ НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ ИМ. АКАД. В.И. КУЛАКОВА

Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Никифоров Д.В., Дорофеева Е.И.,
Ерошенко Е.А., Зубков В.В.

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. акад. В.И. Кулакова, Москва, Россия

Обоснование. Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) — сложный врожденный порок развития, характеризующийся отсутствием или дефектом диафрагмы, диагностируется у 1 из 2000 новорожденных (до 8 % всех врожденных пороков развития) и отличается сохраняющейся высокой летальностью до 40–50 % по данным разных медицинских центров. Оптимизация клинического протокола ведения новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей — один из способов снижения летальности и осложнений у данной группы врожденных пороков развития.

Цель: выделить фенотипы течения врожденной диафрагмальной грыжи для оптимизации применяемого клинического протокола в периоперационном периоде у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей

Методы. В пятилетний период с 2017 по 2021 г. в отделе неонатальной и детской хирургии Института неонатологии и педиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» проведено лечение 201 новорожденному с ВДГ (от 25 до 60 в год), из них прооперировано 148 (74 %). Летальность общая составила 37,6 % (30–42 %), дооперационная — 26,2 % (21–31 %).

Результаты. По характеру клинического течения заболевания и патогенетическому компоненту нами выделены следующие фенотипы ВДГ. 1 группа — классический фенотип 70 наблюдений (34 %), характеризующийся гипоплазией легких и дыхательной недостаточностью, особенность интенсивной терапии в сочетании жестких параметров респираторной терапии и применении селективных вазодилататоров на фоне быстрой реализации острой сердечно-сосудистой недостаточности. 2 группа — гемодинамический фенотип 56 наблюдений (27 %), характеризующийся отсутствием потребности в ужесточении параметров респираторной терапии (в том числе ВЧИВЛ и ЭКМО), но требующий высокого объема инфузионной терапии на фоне высоких доз инотропной и вазопрессорной поддержки с положительным ответом на ранний старт гормональной терапии. 3 группа — инфекционный фенотип, 62 наблюдения (30 %), характеризующийся ранней реализацией врожденного инфекционного процесса, чаще всего пневмонии, с положительным ответом на фоне базисной терапии с момента перевода на антибактериальную терапию препаратами резерва и курса иммуноглобулинами. 4 группа — гипоксический фенотип, 13 наблюдений (7 %), характеризующийся развитием острой гипоксии и тяжелой асфиксии при рождении, протекающий с быстрым нарастанием метаболических нарушений, требующий проведения интенсивной терапии с терапевтической общей гипотермией.

Заключение. Разделение на фенотипы течения заболевания как врожденная диафрагмальная грыжа, позволило оптимизировать протоколы периоперационного ведения новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей с выделением клинических аспектов интенсивной терапии каждой группы с достижением более быстрой стабилизации и соответственно оптимальной подготовки к оперативному вмешательству.

Ключевые слова: врожденная диафрагмальная грыжа; фенотипы заболевания; периоперационное ведение.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Буровникова А.А., Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

Обоснование. Несмотря на снижение общей летальности при лечении новорожденных с атрезией пищевода (АП), высоким остается процент возникающих осложнений.

Цель: проанализировать осложнения при лечении атрезии пищевода.

Методы. С 1999 по 2022 г. в ДОКБ Твери пролечен 71 новорожденный с АП: 37 мальчиков (52,1 %) и 34 девочки (47,9 %). Из них 36 (50,7 %) детей родились в срок, 35 (49,3 %) — недоношенными; с нормальной массой тела при рождении — 38; с дефицитом массы тела — 33. Сочетанные пороки встречались у 21 ребенка (29,6 %). У большинства детей диагностирована АП с нижним трахеопищеводным свищем (ТПС) — 64 (90,1 %), АП без свища — 5 (7,1 %), АП с верхним и нижним ТПС — 1 (1,4 %), изолированным ТПС — 1 (1,4 %). Виды выполненных операций: перевязка ТПС, первичный эзофаго-эзофагоанастомоз — 38 случаев (торакотомия — 30, торакоскопия — 8); 13 детям при поступлении наложена гастростома и на 3–14-е сутки выполнена торакотомия, ликвидация свища и наложение первичного эзофаго-эзофагоанастомоза; 14 детям выполнена перевязка ТПС, эзофаго-эзофагоанастомоз наложить не удалось из-за непреодолимого диастаза (5 из них в возрасте 2–2,5 мес. наложен отсроченный анастомоз пищевода). Всего — 57 эзофаго-эзофагоанастомозов. Всем 5 детям с АП без свища наложена гастростома, 2 из них в сочетании с шейной эзофагостомой. Ребенку с изолированным ТПС выполнена перевязка свища из шейного доступа.

Результаты. Осложнения: в дооперационном периоде у 2 детей отмечался разрыв желудка. В послеоперационном: несостоятельность анастомоза — 6 случаев (10,5 %, в 4 — консервативное лечение, в 2 — ушивание дефекта пищевода); стеноз пищевода — 10 пациентов (17,5 %) проводилось бужирование пищевода (с наложением гастростомы и бужированием за нить — 4, прямое бужирование — 6); рецидив ТПС — 2, направлены в Федеральные центры; гастроэзофагеальный рефлюкс — 7, потребовавший оперативного лечения — 3 (выполнена фундопликация по Ниссену); деформация грудной клетки — 3. Летальность — 9 детей (12,6 %).

Заключение. Разрыв желудка в дооперационном периоде связан с наличием широкого верхнего ТПС. Для профилактики данного осложнения требуется экстренная перевязка ТПС, при тяжелом состоянии — наложение разгрузочной гастростомы. С внедрением торакоскопии при несостоятельности анастомоза пищевода оправдана активная хирургическая тактика — ушивание дефекта пищевода. Развитие стеноза пищевода в послеоперационном периоде связано с комплексом факторов: величиной диастаза между сегментами пищевода, развитием в послеоперационном периоде ГЭР. Все процедуры бужирования пищевода при стенозе оказались успешными. Летальность при атрезии пищевода чаще обусловлена наличием тяжелых сочетанных пороков развития, сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: атрезия пищевода; новорожденные; осложнения.

ВРОЖДЕННЫЙ КОЛОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СВИЦ У РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Винокурова Н.В.¹, Цап Н.А.¹, Огнев С.И.¹, Курова Е.К.¹, Кошурников О.Ю.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

² Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Частота встречаемости врожденных дуоденально-ободочных свищей достоверно не известна. В мировой литературе представлены единичные случаи, обычно имеющие приобретенный характер у взрослых пациентов, на фоне язвенной болезни двенадцатиперстной кишки или при злокачественных опухолях толстой кишки, а у детей как осложнение некротизирующего энтероколита новорожденного, болезни Крона или при проглатывании нескольких магнитных инородных тел.

Цель: чрезвычайная редкость обнаруженного порока развития в виде соустья верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта диктует возможность описания данного клинического случая.

Описание наблюдения. Девочка, 3,5 года, поступила в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом «мальабсорбция, энтероколит неясной этиологии». Проводимое ранее стандартное консервативное лечение на амбулаторном этапе было без эффекта. Жалобы на приступообразные боли в окологупочной области, не связанные с едой, кратковременные, снимаются при вынужденном положении, общую слабость. Аппетит снижен, чувство распирания после приема пищи. Стул ежедневный, оформленный, кашицеобразный, два раза в день, безболезненный. Из анамнеза жизни и заболевания: с 1 года у ребенка периодически отмечается появление жидкого непереваренного стула, рвоты съеденной пищей, низкая масса тела, периодические боли в животе. Неоднократно находилась в инфекционном отделении детской больницы по месту жительства с диагнозом острый гастроэнтерит, ОРВИ, кишечная инфекция неясной этиологии, сальмонеллез, реактивный панкреатит, гепатит.

На момент поступления состояние тяжелое, кожный покров бледный, подкожно-жировой слой минимальный. Масса тела 9700 г, должная масса 12 500 г, дефицит массы тела 22,4 %, гипотрофия II степени. На ФЭГС гастродуоденит, нарушение эвакуаторной функции желудка (?), дуоденогастральный рефлюкс (?), порок развития двенадцатиперстной кишки (?), мегадуоденум (?). На обзорной рентгенографии брюшной полости признаки динамической кишечной непроходимости. При рентгеноконтрастном исследовании ЖКТ выявлено двойное соустье между двенадцатиперстной кишкой и восходящим отделом толстой кишки, колодуоденальный рефлюкс. Установлены показания к оперативной ликвидации данного порочного соустья. Выполнена срединная лапаротомия. Интраоперационно проведена фиброэндоскопия двенадцатиперстной кишки, обнаружен свищевой ход, идущий от нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки и впадающий в восходящую толстую кишку на 3–4 см выше слепой кишки, диаметром до 1 см. Свищ в виде U-образной двустволки со сближенными выходными устьями на стенке двенадцатиперстной кишки. Свищ радикально иссечен. При ревизии органов брюшной полости иных патологических изменений не обнаружено. Течение послеоперационного периода неосложненное. При обследовании через 3 и 12 мес.: жалоб нет, аппетит хороший, стул регулярный, оформленный, масса тела через год достигла возрастной нормы.

Заключение. Поиск сложного «атипичного» порока развития желудочно-кишечного тракта требует клинического мышления и широкого профессионального кругозора врача.

Ключевые слова: кишечные свищи; дети; врожденная патология; диагностика; лечение.

ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА У ДЕТЕЙ С ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИЕЙ (СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ)

Володько Е.А.¹, Окулов А.Б.¹, Буркин А.Г.², Мираков К.К.², Гаджиев Т.В.²,
Сангаре К.Д.¹, Бровин Д.Н.³, Аникиев А.В.³

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

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

³ Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва, Россия

Обоснование. Достоверная диагностика вариантов нарушения формирования пола (НФП) — научная и неразрешенная медико-социальная задача. Для достижения оптимальных исходов лечения, реабилитации детей с проксимальной гипоспадией и вариантами НФП необходим рациональный комплекс медицинских мероприятий.

Цель: повышение эффективности дифференциальной диагностики вариантов НФП посредством применения оптимизированных и комбинированных методов исследования органов малого таза и половых протоков

Методы. Диагностическая программа включала: цитогенетическое, молекулярно-генетическое, биохимическое исследование, эхографию органов малого таза с применением трансабдоминального и трансперинеального доступов, эндоскопию половых протоков, диагностически-санационную лапароскопию. Диагностическая программа использована у 116 пациентов в возрасте от одного месяца до 14 лет. Смешанная дисгенезия яичек (СДЯ) верифицирована у 42 пациентов, синдром парциальной нечувствительности к андрогенам — у 17, дефицит 5- α -редуктазы 2-го типа — у 28, парциальная дисгенезия яичек — у 29. Эхографию органов малого таза выполняли трансабдоминальным и разработанным трансперинеальным доступами. Для оценки маскулинности уретры, степени выраженности семенного бугорка, входа во влагалищный отросток урогенитального синуса (ВОУГС) проводили эндоскопию половых протоков по разработанной методике. С целью достоверной характеристики органов малого таза применяли комбинированный метод исследования (эндоскопию половых протоков в сочетании с эхографией органов малого таза). При этом определяли наличие и размеры ВОУГС. Диагностически-санационная лапароскопия выполнена 52 пациентам.

Результаты. Установлены характерные эхографические признаки СДЯ, синдрома парциальной нечувствительности к андрогенам, синдрома дефицита 5- α -редуктазы 2-го типа, парциальной дисгенезии яичек. У детей младшего возраста при использовании трансабдоминального эхографического доступа достоверная диагностическая оценка органов малого таза является сложной задачей. Поэтому разработан и использован трансперинеальный доступ, который позволяет эффективно определить строение внутренних половых органов. Для повышения достоверности диагностики ВОУГС целесообразно проведение УЗИ малого таза в сочетании с эндоскопией половых протоков. Это позволяет у всех пациентов выявить ВОУГС различных размеров. Эндоскопия половых протоков по разработанному способу выявила признаки маскулинности уретры у 42 пациентов с СДЯ. Признаки феминности уретры установлены у 17 пациентов с парциальной нечувствительностью к андрогенам. Диагностическая лапароскопия выявила дериваты мюллера протока у всех обследованных пациентов (52). Диагностически-санационная лапароскопия позволяет выполнить биопсию гонад с последующим их гистологическим и иммуногистохимическим исследованием.

Заключение. Для достижения положительных результатов коррекции проксимальной гипоспадии у детей с вариантами НФП необходима оптимизированная своевременная диагностическая программа их верификации. Предложенная программа должна быть выполнена до уретропластики с целью установления пола воспитания в первые месяцы жизни и выработки рациональной тактики дальнейшего лечения и реабилитации.

Ключевые слова: проксимальная гипоспадия; нарушение формирования пола; эндоскопия половых протоков; лапароскопия; комбинированное исследование органов малого таза; дети.

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ: ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Галузинская А.Т.¹, Зоркин С.Н.¹, Филинов И.В.¹,
Петров Е.И.¹, Комарова Н.Л.²

¹ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия;

² Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва, Россия

Обоснование. Метод баллонной дилатации высокого давления (БДВД) устья мочеточника при первичном обструктивном мегауретере (ПОМ) была предложена в 1998 г. Angulo и соавт. Эта малоинвазивная методика позволяет избежать травматизации мочевого пузыря, его нервного пучка и сосудов дистального отдела мочеточника. По данным литературы, данный метод не является достаточно предсказуемым и в настоящий момент лишен четких абсолютных показаний для использования.

Цель: выявить и оценить эффективность БДВД у детей раннего возраста и определить показания для применения данного метода.

Методы. С 2020 по 2021 г. 32 детям с диагнозом ПОМ была выполнена БДВД. Средний возраст пациентов составил 10 мес. Всем детям до и после операции проводились динамическая нефросцинтиграфия с целью оценки нарушения пассажа радиофармпрепарата и УЗИ почек и мочевыводящих путей. Катамнестическое обследование проводилось через 6 и 12 мес. после операции. БДВД выполнялась под контролем прицельной высокочастотной уретерографии, оценивались параметры зоны обструкции: протяженность, диаметр и площадь стеноза. В послеоперационном периоде проводилось низкое стентирование сроком на 1,5 мес.

Результаты. Положительным результатом мы считали уменьшение лоханки и мочеточника и улучшение пассажа радиофармпрепарата по данным радионуклидной диагностики. По нашим данным, время полувыведения радиофармпрепарата уменьшилось в среднем на 70,1 % ($p < 0,0001$), что расценивается нами как положительный исход лечения.

Были изучены основные диагностические показатели приверженности мочеточника к дилатации: протяженность, диаметр и площадь стеноза. Наиболее достоверными прогностическими значениями успешного лечения оказались: протяженность стенозированного участка менее 1,7 мм, стеноз диаметром более 0,5 мм и площадь стеноза менее 96,8 %. В наших исследованиях общая эффективность лечения составила 88 %.

Заключение. Наши исследования показали, что оценка зоны обструкции при выполнении БДВД является необходимым диагностическим этапом, который служит достоверным методом для прогнозирования успеха лечения детей с ПОМ. Необходимы дальнейшие исследования для установления долгосрочных результатов.

Ключевые слова: первичный обструктивный мегауретер; динамическая нефросцинтиграфия; баллонная дилатация высокого давления; уретерография.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАФАТЕРИАЛЬНЫМИ КИСТОЗНЫМИ УДВОЕНИЯМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Гогичаева А.А.¹, Соколов Ю.Ю.¹, Ефременков А.М.¹, Ахматов Р.А.¹, Барская К.А.²

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

² Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

Обоснование. К развитию обтурационного варианта хронической дуоденальной непроходимости могут приводить редкие парафатериальные удвоения двенадцатиперстной кишки (ДПК), которые могут создавать трудности при их диагностике и хирургической коррекции.

Цель: представить клинические наблюдения детей с парафатериальными кистозными удвоениями ДПК.

Методы. За последние годы нами было прооперировано 6 детей с парафатериальными кистозными удвоениями ДПК в возрасте от 2 до 17 лет (4 девочки, 2 мальчика). Все пациенты поступили с жалобами на длительные периодические боли в животе, рвоту съеденной накануне пищей с желчью. Один ребенок был ранее неоднократно оперирован по поводу высокой кишечной непроходимости, билиарной обструкции. При поступлении детям было выполнено УЗИ, на котором выявлено кистозное образование в проекции ДПК. Наличие парафатериального удвоения было подтверждено при фиброгастродуоденоскопии и релаксационной дуоденографии, в ходе которых выявлялось кистозное образование, перекрывающее изнутри просвет нисходящей части ДПК. На компьютерной томографии уточняли топографическую анатомию кистозного удвоения. Для уточнения связи кистозного образования с желчными протоками выполняли магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ).

Результаты. Всем пациентам выполнено трансдуоденальное иссечение парафатериального кистозного удвоения ДПК, в 3 случаях использовали лапароскопический доступ. В ходе оперативных вмешательств стремились избежать повреждения большого дуоденального сосочка. Интраоперационных осложнений, конверсий лапароскопических вмешательств не было. У всех детей послеоперационный период протекал гладко, они были выписаны на 11–12-е сутки. При контрольных осмотрах жалоб нет.

Выводы. Одной из редких причин развития хронической дуоденальной непроходимости у детей могут быть парафатериальные кистозные удвоения ДПК. В клинической картине могут отмечаться абдоминальные боли, частые рвоты с желчью, могут быть эпизоды билиарной обструкции. Обследование таких детей включает выполнение УЗИ, фибродуоденоскопии, компьютерной томографии и МРХПГ. Операцией выбора является трансдуоденальное иссечение кистозного удвоения ДПК, которое может быть успешно выполнено лапароскопическим доступом.

Ключевые слова: парафатериальные кистозные удвоения двенадцатиперстной кишки; хроническая дуоденальная непроходимость; двенадцатиперстная кишка; дети.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ВЕСТИБУЛЯРНЫМ СВИЩОМ: ОТ ИЗОЛИРОВАННОЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ К ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гопиенко М.А.¹, Караваева С.А.^{1,2}, Добросердов Д.А.^{1,2}, Дурасова Т.А.¹,
Москвина Е.А.¹, Веремейчик С.А.¹

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

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

Обоснование. Вестибулярный свищ считается самой распространенной аноректальной мальформацией среди девочек, при которой возможна одноэтапная хирургическая коррекция, как правило, с хорошим прогнозом. В некоторых случаях, даже в отсутствие сочетанных аномалий, можно столкнуться с серьезными трудностями в лечении и неблагоприятным исходом.

Описание наблюдения. У доношенной новорожденной с вестибулярным свищом опорожнение изначально было адекватным, поэтому оперативное лечение было решено несколько отсрочить. Сочетанных пороков развития выявлено не было, по УЗИ определялась лишь правосторонняя пиелозктазия 3 мм. После выписки отмечались трудности во взаимодействии с матерью: рекомендации не выполнялись, девочка наблюдалась нерегулярно, попеременно в 4 медицинских учреждениях. В результате коррекция порока была начата поздно и выполнена в 3 этапа: двойная колостомия в 2 года, промежностная проктопластика в 3 года, закрытие колостомы в 4 года. В течение последующих 10 лет отмечались постоянные запоры и каломазание. Параллельно в динамике появились признаки нейрогенной дисфункции мочевого пузыря по гипорефлекторному типу и хронического цистита, на фоне чего сформировался двусторонний рефлюксирующий мегауретер, сопровождавшийся мочекаменной болезнью, непрерывно-рецидивирующим течением мочевого инфекции — с исходом в хроническую почечную недостаточность (постоянный средний уровень мочевины крови 17 ммоль/л, креатинина — 0,3 ммоль/л). Пациентка перенесла ряд урологических операций (пиелолитотомия, операция Андерсена, резекция и реимплантация мочеточника справа, эндоскопическая коррекция устья левого мочеточника и др.), длительно находилась на постоянном мочевом катетере.

С 13 лет налажено относительно систематическое наблюдение девочки в нашем стационаре, применен мультидисциплинарный подход с одновременным привлечением колопроктологов, урологов, нефрологов. Выявлено внесфинктерное расположение неануса, повторно оперирована: двойная колостомия (13 лет), реконструктивная заднесагиттальная аноректопластика (14 лет), стриктуропластика неануса в связи с формированием рубцового стеноза (15 лет), закрытие колостомы (16 лет). В настоящее время пациентке 17 лет, опорожнение кишки регулярное и достаточное с помощью ежедневных клизм, при этом стали появляться и самостоятельные осознанные акты дефекации, полностью прекратилось каломазание. На этом фоне, а также благодаря медикаментозной терапии (Тамсулозин) и периодической самокатетеризации существенно улучшился нефрологический статус. Девочка полностью социализирована.

Заключение. У каждого ребенка с изолированной аноректальной мальформацией, даже с самой «благоприятной» формой, следует изначально учитывать возможность формирования нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. Длительное (как минимум до совершеннолетия) наблюдение в одном учреждении с периодическим контрольным обследованием, выполняемым совместно колопроктологами и урологами, а также четкое соблюдение рекомендаций родителями — обязательные условия успешного лечения таких пациентов.

Ключевые слова: аноректальные аномалии; вестибулярный свищ; нейрогенная дисфункция мочевого пузыря; хроническая почечная недостаточность; запоры; недержание кала; дети.

ЛЕЧЕНИЕ ПОЛОСТНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Гордиенко И.И.¹, Марфицын А.В.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

² Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Дифференциальная диагностика образований костей в детском возрасте — одна из актуальных тем детской онкологии, детской хирургии и ортопедии. Полостные образования костей в детском возрасте в большинстве случаев имеют бессимптомное течение до появления патологического перелома, который в 40–60 % случаев является первым проявлением заболевания, либо до обнаружения образования на рентгенограммах, выполненных с целью диагностики различных патологий.

Цель: анализ структуры и лечения полостных доброкачественных новообразований костей в детском возрасте.

Методы. На базе травматологических отделений ГАУЗ СО ДГКБ № 9 за период с 2018 по 2021 г. было пролечено 76 детей с полостными доброкачественными новообразованиями костей. Мальчики преобладали над девочками — 70 и 30 % соответственно. Средний возраст детей составлял $10,6 \pm 2,1$ года. По локализации патологического очага распределение следующее: плечевая кость — 28 детей (36,8 %), бедренная кость — 17 (22,3 %), большеберцовая кость — 14 (18,5 %), реже встречались очаги в пяточной кости — 6 детей (8 %), малоберцовой кости — 3 (4 %), фаланги пальцев кисти — 2 (2,6 %), образования в нескольких костях — 2 (2,6 %), по одному случаю представлены образования в лучевой кости, 5-й пястной и 2-й плюсневой костях, подвздошной кости — 4 (5,3 %). Дети с диагнозом патологического перелома (45–59,2 %) были госпитализированы в неотложном порядке с последующим выполнением оперативного лечения в отсроченном порядке, остальные дети были госпитализированы в плановом порядке.

Результаты. Оперативное лечение трубчатых костей, в большинстве случаев, заключалось в резекции патологического очага и аллопластика препаратами спонгиозной костной ткани, а в случае с патологическим переломом дополнительно выполнялся интрамедуллярный остеосинтез титановыми эластичными стержнями (61–80,2 %). В остальных случаях применялись препараты гидроксипатита (ГАП-99) и β -трикальцийфосфат (ChronOS). Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. У большинства пациентов спустя 1 год после оперативного лечения отмечалась реструктуризация полости и приживление трансплантата — 54 пациента (71 %), однако у 22 (29 %) в отсроченном периоде отмечались признаки рецидива полости. При морфологическом исследовании содержимого костной полости было выявлено, что в большинстве случаев у детей имеется аневризмальная костная киста — 44 ребенка (57,9 %), фиброзная дисплазия — у 22 (30 %), солитарная костная киста — у 3 (3,9 %), энхондрома — у 5 (6,5 %) и гигантоклеточная опухоль — у 2 (2,6 %).

Заключение. В подавляющем большинстве случаев патологические переломы встречаются на фоне аневризмальной костной кисти и фиброзной остеодисплазии. Аллопластика препаратами спонгиозной костной ткани и препаратами кальция дает удовлетворительные результаты, однако имеются достаточно высокие риски рецидивов.

Ключевые слова: доброкачественные новообразования; кость; дети; дефект; замещение; пластика.

ОСЛОЖНЕНИЕ НАХОЖДЕНИЯ МАГНИТОВ В ЖЕЛУДКЕ И ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Гумеров А.А.^{1,2}, Асфандияров Б.Ф.², Семенова Е.С.^{1,2},
Габдуллина С.В.¹, Смирнов Е.А.²

¹ Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия;

² Республиканская детская клиническая больница, Уфа, Россия

Обоснование. Среди различных видов проглоченных детьми инородных тел магниты представляют серьезную проблему, которая может привести к осложнениям, требующим хирургического лечения.

Клиническое наблюдение. Девочка, 1 год, поступила в хирургическое отделение Республиканской детской клинической больницы 04.01.2022 через 15 ч после того, как проглотила магнит от игрушки. Из анамнеза: со слов мамы 03.01.2022, около 21 ч ребенок проглотил магнит (от игрушки), через 7 ч отмечалось повышение температуры до 39,2 °С. На второй день ребенок проглотил второй магнит от игрушки. Девочка осмотрена хирургом центральной районной больницы по месту жительства. Выполнена обзорная рентгенограмма брюшной полости: в проекции желудка определяется тень инородного тела. При поступлении состояние ребенка средней тяжести, жалоб не предъявляет. Температура тела 38 °С. В легких дыхание проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. Пульс 105 в минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Живот не вздут. При пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул и мочеиспускание не нарушены. Клинически анализ крови: Hb 108 г/л, эритроциты $4,11 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $10,9 \times 10^9/л$. Общий анализ мочи без патологических изменений. На обзорной рентгенограмме брюшной полости в проекции желудка визуализируются тени инородных тел (2 скрепленных магнита).

Учитывая клиническую картину и результаты рентгенографии, приняли решение произвести эндоскопическое удаление инородных тел (ФЭГДС), при невозможности извлечения — оперативное лечение. 04.01.2022 под наркозом выполнена ФЭГДС — в желудке обнаружено инородное тело (плоский магнит) диаметром до 5 мм, внедренный в стенку желудка и слипшийся со вторым магнитом в поперечно-ободочной кишке. В месте локализации магнита слизистая оболочка желудка гиперемирована, легко ранимая. Удаление инородного тела в желудке эндоскопическим методом невозможно.

Выполнена лапаротомия. Верхнесрединным лапаротомным доступом послойно вскрыта брюшная полость. В рану выведена часть желудка. Желудок точечно спаян с поперечно-ободочной кишкой (большая кривизна желудка в нижней трети и центральный сегмент поперечно-ободочной кишки). Последние были разъединены. В месте прилегания были выявлены инородные тела (плоские магниты). Стенки в данных местах истончены с признаками предперфорации. Магниты удалены через участки предперфорации. На стенках желудка и поперечно-ободочной кишки образовались дефекты размером 0,5 см в диаметре, которые ушиты однорядными швами. Наложены послойные швы на лапаротомную рану. Послеоперационное течение гладкое. Ребенок выписан на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Приведенный случай представляет интерес редкостью патологии и необычной локализацией.

Ключевые слова: инородные тела; магнит; желудочно-кишечный тракт; дети.

МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОФИЛЕЙ БИОМАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ

Демидова К.Н.¹, Ростовская В.В.¹, Морозов Д.А.^{1,2}, Морозова О.Л.¹

¹ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

² Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия

Обоснование. В настоящее время в детской урологии и нефрологии остаются актуальными вопросы тубулоинтерстициального повреждения почек (ТИПП) на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). Успех консервативного и хирургического лечения ПМР, вне зависимости от наличия или отсутствия рецидивирующих инфекций, не гарантирует предупреждение развития и прогрессирования рефлюкс-нефропатии. Отмечен повышенный интерес исследователей к мочевым биомаркерам воспаления (MCP-1, IL-8, IL-18), ангиогенеза (VEGF), фиброгенеза (TGF- β 1) в инициации повреждения почек.

Цель: определить степень повреждения паренхимы почек у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом I–V степени методом иерархической кластеризации на основе анализа индивидуальных профилей мочевых биомаркеров.

Методы. В исследовании проведено сопоставление уровней экскреции мочевых биомаркеров воспаления (IL-8, IL-18, MCP-1), ангио- (VEGF) и фиброгенеза (TGF- β 1) с клинко-анамнестическими данными 101 пациента с ПМР I–V степени в возрасте от 1 года до 17 лет (средний возраст $4,9 \pm 3,1$ года) с нормальным уровнем скорости клубочковой фильтрации. Контрольную группу составили здоровые дети ($n = 25$) без заболеваний почек. Применен метод иерархического кластерного анализа (построение дендрограмм по методу Уорда) показателей всех биомаркеров.

Результаты. Патологический профиль экскреции мочевых биомаркеров IL-8, IL-18, MCP-1, VEGF, TGF- β 1 с разным составом и соотношением повышения их уровней отмечен у всех пациентов, вне зависимости от степени и сторонности рефлюкса, возраста и пола ($p > 0,05$). С помощью кластерного анализа пациенты были разделены на три подгруппы (кластеры) в зависимости от схожести индивидуальных профилей биомаркеров. Выделены три основных паттерна спектра биомаркеров, определяющих степень ТИПП. Первый (I) паттерн с низкими уровнями экскреции всех исследуемых маркеров ($p < 0,001$) характеризовал легкую степень ТИПП и отмечен у 61,5 % детей. Второй (II) паттерн со средними показателями экскреции IL-8, IL-18, MCP-1, TGF- β 1 ($p < 0,01$) и высокими значениями VEGF ($p < 0,001$) расценивался как умеренная степень ТИПП, наблюдался у 32,2 % пациентов. Третий (III) паттерн с превышением уровней IL-8, IL-18, MCP-1 и VEGF в 2,5–17 раз по сравнению с I и II паттернами ($p < 0,01$) определял выраженную степень ТИПП и имел место у 6,1 % больных. У детей с одной и той же степенью ПМР определялись разные по тяжести степени ТИПП. Установленная обратная корреляционная связь между VEGF и TGF- β 1 ($p < 0,001$) у детей с умеренной и выраженной степенью повреждения паренхимы свидетельствовала о снижении инкреторной функции почки при тяжелых склеротических изменениях тубулоинтерстициальной ткани.

Заключение. Метод кластеризации позволяет соотнести индивидуальные профили мочевых биомаркеров каждого пациента с выделенными паттернами и стратифицировать их в группы по степени тяжести ТИПП, часто не диагностируемого по данным визуализационных методов обследования.

Ключевые слова: дети; кластерный анализ; мочевые биомаркеры; пузырно-мочеточниковый рефлюкс; рефлюкс-нефропатия; тубулоинтерстициальное повреждение почек.

КРИОТЕРАПИЯ И ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Джелиев И.Ш., Хубулова Д.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Обоснование. Методы лазерной обработки и криодеструкции в лечении гемангиом у детей применяются часто. Имеется множество сообщений в литературе по применению данных методов. Не всегда результаты лечения устраивают хирургов, приходится прибегать к оперативному вмешательству.

Цель: определить преимущества и недостатки методов лечения гемангиом у детей.

Методы. Нами изучены результаты криогенного и лазерного методов лечения гемангиом у детей с целью определить преимущества и недостатки методов. В исследование не включены случаи лечения адrenoблокаторами. Проведен анализ результатов лечения 155 детей с гемангиомами, у которых применен метод криодеструкции и 136 детей после лечения лазером. Пациенты разделены на группы в зависимости от площади, глубины прорастания и вида опухоли. Проводилось УЗИ опухоли, где обращали внимание на ее глубину и кровоснабжение. Криодеструкцию производили жидким азотом. Лазерная обработка выполнялась с помощью хирургического устройства на основе диодного лазера.

Результаты. Лазерной обработке чаще подвергались гемангиомы сложной локализации, где требовалось более точное дозированное воздействие. Лазерная обработка у 82 % пациентов требовала местной анестезии и у 1,2 % — наркоза. При криодеструкции у 25 % больных потребовалась местная анестезия. Максимальная площадь гемангиомы, которая одновременно подвергалась обработке, не отличалась при применении обоих методов и не превышала 5 см². Длительность заживления раны и отхождения струпа была меньше на 20 % при лазерном методе, уход за местом обработки проще. Частота рецидивов была примерно одинакова: при криодеструкции — 6,9 %, при лазерной обработке — 6,3 %. После лазерной обработки рубцы образовывались в 9 % случаев, при воздействии жидким азотом — в 7 %.

Заключение. Криотерапия и лазеротерапия — эффективные методы лечения гемангиом. После лазерной обработки уход за пациентами несложен, меньше воспалительных осложнений. Необходимость в анестезии больше при лазеротерапии на основе диодных лазеров. Предпочтительными для лазеротерапии следует считать случаи сложных локализаций гемангиом. Криотерапия отличается простотой выполнения, отсутствием необходимости в специальной аппаратуре. По степени эффективности методы сопоставимы, но процент рецидивов достаточно высок в обоих группах.

Ключевые слова: гемангиомы; дети; лазеротерапия; криодеструкция.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Долинина М.В.¹, Румянцева Г.Н.¹, Карташев В.Н.¹, Аврасин А.Л.², Медведев А.А.²

¹ Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия;

² Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия

Обоснование. Своевременная диагностика врожденного уретероцеле — актуальная проблема в детской урологии, частота заболевания составляет 1 : 4000 новорожденных. Хирургическое лечение уретероцеле прошло эволюцию от агрессивных методик по его иссечению, пересадке мочеточника или мочеточников до малоинвазивных вмешательств, в виде раннего рассечения оболочек уретероцеле, осуществляемые в периоде новорожденности или грудного возраста.

Цель: анализ результатов различных методов хирургического лечения уретероцеле.

Методы. В работу включено 55 пациентов (34 девочек и 21 мальчиков) с ортотопическим и гетеротопическим уретероцеле, проходивших лечение с 1994 по 2021 г. на базе урологического отделения ДОКБ Твери. Обследование включало УЗИ мочевого системы с доплерографией, внутривенную урографию, микционную уретероцистографию, статическую нефросцинтиграфию, по показаниям компьютерную томографию. Цистотомия с иссечением уретероцеле и цистостомией проведена 3 пациентам в период с 1994 по 2000 г. Из-за позднего поступления пациентов, у 7 из 10 человек этой группы потребовались органосохраняющие вмешательства в связи с потерей функции почки или ее сегмента. Эндоскопическая электроинцизия уретероцеле выполнена 45 пациентам (2000–2021), которая по показаниям дополнялась бужированием или баллонной дилатацией неоустья мочеточника с последующей установкой стента.

Результаты. В группе пациентов после открытых оперативных вмешательств послеоперационный период составил не менее 14 дней, дети длительно получали обезболивающие препараты, антибактериальную терапию. После эндоскопической инцизии послеоперационный период составлял 7 дней, мочевой пузырь дренировался уретральным катетером в течение 1–2 дней. Восстановление или улучшение уродинамики верхних мочевых путей отмечено у 73 %. Осложнения в виде стенозирования неоустья, пузырно-мочеточникового рефлюкса наблюдались у 22 % детей после эндоскопической коррекции уретероцеле. Ранняя диагностика уретероцеле в последующие годы привела к значительному сокращению органосохраняющих операций.

Заключение. Малоинвазивные эндоскопические способы лечения уретероцеле позволили значительно сократить сроки и тяжесть послеоперационного периода и в большинстве случаев добиться восстановления уродинамики верхних мочевых путей. Однако пациенты нуждаются в наблюдении и проведении реабилитационных мероприятий для своевременной диагностики и купирования возможных осложнений эндоскопической инцизии УЦ.

Ключевые слова: эндоскопическая инцизия уретероцеле; иссечение уретероцеле; геминефруретерэктомия; нефруретерэктомия.

ВРОЖДЕННАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ТРЕХГЛAVОЙ МЫШЦЫ ГОЛЕНИ КАК ПРИЧИНЫ РИГИДНОЙ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Домарев А.О.¹, Клочкова О.А.², Кенис В.М.³

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

² Российский научный центр хирургии им. Б.В. Петровского, Москва, Россия;

³ Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. Эквинусная деформация стопы — одна из наиболее частых деформаций нижней конечности у детей с неврологической патологией. Врожденные гипоплазии мышц — крайне редкие состояния, практически не представлены в специальной литературе. Данное наблюдение междисциплинарного взаимодействия невролога и ортопеда представляет интерес для широкого круга специалистов, сталкивающихся с проблемой деформации стоп и нарушения походки у детей.

Описание наблюдения. Девочка от 3-й беременности (первые две — выкидыши на ранних сроках), протекавшей на фоне гипотиреоза, ОРВИ и угрозы прерывания в 1-м триместре, приема L-тироксина, курантила, дюфастона. Неонатальный скрининг — без патологии. Роды на 41-й неделе, стимулированные. Масса при рождении 3820 г, рост 55 см, по шкале Апгар 8/9 баллов. Наследственный анамнез — болезнь Бехтерева у отца. В 1 мес. по УЗИ выявлена дисплазия левого тазобедренного сустава. Получала нерегулярное лечение в подушке Фрейка, затем с 6 до 8 мес. — в шине Виленского, с 8 до 10 мес. — в шине на тазобедренные суставы и стопы. С рождения отмечалось приведение передних отделов обеих стоп. В 5 мес. проходила однократное гипсование правой стопы. При плановых осмотрах неврологом отмечалась темповая задержка моторного развития, что расценено как последствие ограничений из-за ортопедического лечения. С 1 г. 6 мес. встала у опоры с выраженной эквино-варусной установкой левой стопы. Проведено двукратное гипсование. В дальнейшем, в течение двух месяцев, родители стали отмечать неполную нагрузку на левую стопу при ходьбе (преимущественная нагрузка на передний отдел), в связи с чем обратились к неврологу в специализированный центр двигательных нарушений для исключения сопутствующей патологии. При подробном осмотре в неврологическом статусе выявлены признаки поражения ЦНС, соответствующие легкому левостороннему нижнему монопарезу, а также темповая задержка речевого развития. Органическое поражение ЦНС подтверждено по результатам МРТ головного мозга: в перивентрикулярных отделах боковых желудочков мозга выявлены небольшие зоны повышения интенсивности МР-сигнала в T2/FLAIR, соответствующие картине перенесенной гипоксии. Однако степень неврологического дефицита и повышения мышечного тонуса не объясняли тяжесть ортопедических деформаций. При МРТ левой голени выявлены признаки гипоплазии трехглавой мышцы. По данным ЭНМГ нижних конечностей не выявлено убедительных признаков поражения периферического нейромоторного аппарата. Далее девочка находилась под совместным наблюдением невролога и ортопеда в учреждениях 3-го уровня помощи, получала консервативное лечение. При этом повторное гипсование расценивалось как нецелесообразное из-за выраженной нестабильности в левом голеностопном и подтаранном суставах. Однако отсутствие полноценной опоры на левую стопу, усугубление контрактуры на фоне роста ребенка диктовали необходимость принятия решения о хирургическом удлинении ахиллова сухожилия. Опасение вызывало сочетание врожденного порока развития мышцы с неврологическим дефицитом на этой же стороне, что потенциально могло повлиять на эффективность восстановления после операции. Тем не менее нарастание эквинусной деформации на фоне положительной динамики в неврологическом статусе (прогресс в двигательном и психоречевом развитии, уменьшение гипертонуса) побуждали

к активным действиям, и в возрасте 3 г. 3 мес. в ребенку под АМН была выполнена чрескожная ахиллотомия. Интраоперационно отмечена полная коррекция эквинусной деформации, наложена высокая гипсовая повязка в положении максимально возможной тыльной флексии (до 10°). Через 4 нед. выполнена смена гипса с увеличением дорсифлексии стопы до 20° . Через 2 нед. после снятия повязки отмечено удовлетворительное положение стопы с возможностью гиперкоррекции до 20° . В ближайшие недели после снятия гипса ребенок начал активно пользоваться левой конечностью с восстановлением паттерна походки, близкого к физиологическому, с опорой на полную стопу. Через месяц после операции в связи с выявленным нарастанием тугоподвижности в голеностопном суставе назначено противорецидивное ношение динамического ортеза ADM. При катamnестическом наблюдении сохраняется достигнутый результат лечения с полноценной двигательной активностью ребенка.

Заключение. Таким образом, выявленное при междисциплинарном взаимодействии клиническое несоответствие неврологических маркеров ортопедическому статусу, проведенный результативный диагностический поиск позволили с отличным результатом устранить анатомический и функциональный дефект в случае редкой врожденной патологии.

Ключевые слова: гипоплазия трехглавой мышцы; эквинусная деформация; ахиллотомия.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ПРАВСТОРОННЯЯ ВЕРХНЯЯ ЛОБЭКТОМИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО С КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ БОЛЬШОГО ОБЪЕМА

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Никифоров Д.В.,
Панин А.П., Чухрова Н.С.

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. В.И. Кулакова, Москва, Россия

Обоснование. Врожденные кистозные пороки развития легких редко сопровождаются явлениями дыхательной недостаточности после рождения, однако в случаях большого поражения легочной ткани требуют реанимационных мероприятий с первых минут жизни ребенка. Для успешного лечения необходима стабилизация состояния пациента, проведение обследования и своевременного хирургического лечения. Торакоскопические операции у новорожденных сложны ограниченным рабочим хирургическим пространством и особенностями анестезиологического обеспечения.

Описание наблюдения. Девочка у матери 40 лет от 4-й беременности, протекавшей на фоне новой коронавирусной инфекции, гестационного сахарного диабета и многоводия во 2-м и 3-м триместрах. По данным УЗИ плода в 18 нед. выявлен врожденный порок развития правого легкого с выраженным смещением органов средостения, без существенной динамики в течение последующего наблюдения. Роды своевременные путем кесарева сечения, оценка по шкале Апгар 5/6 баллов, нарастание дыхательной недостаточности. В родильном зале интубация трахеи, ИВЛ, аускультативно дыхание ослаблено по всей поверхности правого легкого. В ОАРИТН в связи с нарастающей гиперкапнией переведена на высокочастотную осцилляторную ИВЛ с увеличением дотации O_2 до 50 %, в динамике со стабилизацией и возвращением на традиционную ИВЛ. Гемодинамика оставалась стабильной. Рентгенография: деформация правого легкого в виде множественных округлых кистозных воздушных полостей, смещение средостения влево, левое легкое компремировано. МСКТ грудной клетки: увеличение объема верхней доли правого легкого, большая часть которой представлена неоднородной плотной тканью со множественными тонкостенными неправильной формы кистозными пневматизированными структурами, диаметром 3–15 мм. Размеры пораженной доли 100×85×75 мм. Левое легкое и нижняя доля правого легкого компремированы, средняя доля справа расположена в передних отделах средостения по центру, средостение смещено влево. Признаков аномального кровоснабжения нет. Изменения соответствуют кистозно-аденоматозной мальформации верхней доли правого легкого.

На 7-е сутки выполнена операция — диагностическая торакоскопия справа, торакоскопическая верхняя лобэктомия справа, дренирование правой плевральной полости. Течение анестезии гладкое. Интраоперационно ИВЛ в режиме нормовентиляции с контролем по давлению. Гемодинамика стабильная без кардиотонической поддержки. По окончании операции продолжена ИВЛ (143 ч), после экстубации продолжена СРАР (27 ч), далее самостоятельное дыхание. Выписана домой на 19 п.о. сутки. Катамнез к настоящему времени 6 мес., растет и развивается по возрасту, дыхательной недостаточности и деформации грудной клетки нет.

Заключение. Правильная предоперационная подготовка, своевременное вмешательство и навыки эндоскопической работы позволяют выполнить операцию торакоскопическим доступом и обеспечить хороший функциональный и косметический результат.

Ключевые слова: кистозно-аденоматозная мальформация легкого; дыхательная недостаточность; торакоскопическая лобэктомия; новорожденный; торакоскопия.

КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ЛЕГКОГО (КАПРЛ) У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО — ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Машинец Н.В.,
Филиппова Е.А., Козлова А.В.

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. В.И. Кулакова, Москва, Россия

Обоснование. Развитие пренатальной диагностики врожденных пороков развития вызвало рост выявления плодов с КАПРЛ. Недостаточные знания профильных специалистов, в том числе детских хирургов, об особенностях пренатального течения и постнатальных проявлений порока влекут неадекватное информирование будущих родителей и рекомендации о прерывании беременности, что вызывает психические травмы беременных женщин и семейные трагедии.

Цель: изучить особенности внутриутробного развития и оценить исходы беременностей плодами с КАПРЛ, подтвердить благоприятный прогноз жизни детей, обосновать объем постнатального обследования.

Методы. С 2010 по 2021 г. на пренатальный консилиум обратились 516 беременных с КАПРЛ у плода. Первичный эхографический диагноз устанавливали во II триместре беременности, динамику оценивали в III триместре (447 случаев). После рождения ребенка проводили обследование для уточнения диагноза (УЗИ, рентгенография органов грудной клетки, МСКТ или МРТ с контрастированием).

Результаты. Наиболее часто пороки легких диагностированы на сроках 20–22 нед. гестации (96,7 %), наблюдали повышение эхогенности легкого (100 %), кисты (71,9 %), увеличение размеров легкого и смещение средостения в контралатеральную сторону (81,4 %). Небольшие и средние кисты до 5 см встречались чаще (95,5 %), чем гигантские (4,5 %). Водянка плода выявлена в 3,1 % случаев. При динамическом наблюдении неизменные данные установлены в 18,1 %, улучшение — 77,8 % наблюдений, в том числе в 19,5 % отмечено полное исчезновение ранее выявляемых признаков. Отрицательная динамика выявлена у 4,1 % плодов. Родоразрешение в Центре проведено у 392 беременных, родились живыми 392 ребенка, также известны данные о 9 детях, рожденных в других учреждениях. Клинические признаки дыхательной недостаточности после рождения установлены в 9,5 % наблюдений. Диагноз подтвержден в 94,3 % всех случаев, в том числе у 92 % среди «исчезнувших» на поздних сроках развития пороков. Другие заболевания обнаружены у 2 %, здоровыми родились 3,7 % детей. Положительный результат беременности и лечения новорожденных мы наблюдали в 97,8 % наблюдений.

Заключение. Ультразвуковая картина изменений легкого наиболее типична и информативна во II триместре беременности. Серьезным осложнением беременности при КАПРЛ является развитие неиммунной водянки плода. Врожденные КАПРЛ у плода являются прогностически благоприятными, однако отсутствие ранее выявленных признаков порока при исследованиях в III триместре беременности не являются свидетельством выздоровления плода, новорожденные дети в обязательном порядке должны быть обследованы.

Ключевые слова: кистозно-аденоматозный порок развития легкого; кистозно-аденоматозная мальформация легкого; бронхо-легочная секвестрация; пренатальная диагностика; компьютерная томография; эхография; плод; новорожденный.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ СРЕДНЕЙ И СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Дорохин А.И.¹, Адрианова А.А.^{1,3}, Худик В.И.², Самбатов Б.Г.², Курышев Д.А.²

¹ Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва, Россия;

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

³ Детская городская поликлиника № 125, Москва, Россия

Обоснование. Повреждения дистального метаэпифиза костей голени у детей имеют ряд особенностей и большое многообразие форм. В возрасте 8–10 лет закладывается формирование медиальной лодыжки и ее перелом, перелом типа Macfarland, имеет неблагоприятный прогноз в связи с преждевременным закрытием зоны роста. В возрасте 11–14 лет при наличии закрывающейся зоны роста дистального метаэпифиза костей голени встречаются переломы Tillaux и Triplane. У детей старше 15 лет повреждения более тяжелые могут приводить к развитию подвывиха в голеностопном суставе.

Цель: анализ ошибок и осложнений при лечении детей средней и старшей возрастных групп с повреждением дистального метаэпифиза костей голени.

Методы. В среднюю возрастную группу были включены дети с открытой и закрывающейся зоной роста в возрасте от 11 до 14 лет, в старшую, с закрытой зоной роста до 15–18 лет после хирургического и консервативного лечения. Общее количество пациентов 36 человек. Критериями включения в исследуемую когорту пациентов служили срок после травмы не ранее 6 мес. и наличие жалоб. Все пациенты наблюдались в ДГКБ им. З.А. Башляевой и ДГП № 125. Помимо лучевых методов исследования применялись ультрасонографический и магнитно-резонансной методы. При клиническом осмотре были применены критерии оценки состояния больных из Международной классификации функционирования, рекомендованной ВОЗ (International Classification of Functioning, Disability and Health — ICF).

Результаты. Основной причиной болевого синдрома у детей являлось наличие повреждений связочного аппарата голеностопного сустава, в первую очередь диагностировалась несостоятельность передней большеберцовой-малоберцовой связки, глубоких пучков дельтовидной связки и передней таранно-малоберцовой связки, полный разрыв одной из этих структур встретился у троих пациентов. У 2 пациентов в возрасте 16 и 17 лет с выраженным болевым синдромом было выявлено наличие подвывиха в голеностопном суставе после перенесенного пронационно-эверсионного перелома лодыжек. Считается, что связочный аппарат у детей более эластичный и срок его регенерации меньше, чем у взрослых. Однако специалистами часто не учитывался характер и тяжесть травмы, и стремление в более ранние сроки вернуться к спорту, что приводило к развитию хронического болевого синдрома. Отсутствие фиксации или малый срок фиксации дистального межберцового синдесмоза приводит к развитию нестабильности и подвывиху в голеностопном суставе.

Заключение. Таким образом, необходим дифференцированный подход в лечении детей с повреждениями дистального метаэпифиза костей голени с выбором оптимальных методов остеосинтеза в зависимости от возраста пациента и его морфологических особенностей.

Ключевые слова: травма; переломы; дистальный метаэпифиз костей голени; дети.

ОШИБКИ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ

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

¹ Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва, Россия;

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

Актуальность. Повреждение Монтеджи — это перелом локтевой кости в верхней трети с вывихом головки лучевой кости. Диагностика данных повреждений остается затрудненной и часто пропускается как рентгенологами, так и травматологами. Причинами ошибок является незнание рентгенанатомии локтевого сустава и выполнение рентгенограмм без захвата локтевого сустава. Неправильно сросшийся перелом локтевой кости с вывихом головки лучевой — застарелое повреждение. Лечение детей с застарелыми повреждениями Монтеджи — сложная задача. Данные повреждения составляют 0,66–1 % всех переломов костей предплечья.

Цель: определить причины возникновения застарелых повреждений Монтеджи, представить результаты лечения, определить тактику одноэтапного и двухэтапного методов лечения.

Материалы и методы. Мы наблюдали 219 больных (в возрасте от 3 до 15 лет) с застарелыми повреждениями Монтеджи. Поступление было в различные сроки после травмы от 1 мес. до 5 лет и более. Мальчики (135), девочки (84), возраст составил от 7 до 14 лет. Почти у всех детей были допущены диагностические ошибки на первом этапе лечения. Производилась рентгенография костей предплечья без захвата локтевого сустава, что не позволило диагностировать вывих головки лучевой кости. В последующем при повторной рентгенографии был выявлен вывих головки лучевой кости. С 1970 г. в отделении детской травматологии ЦИТО применяется оперативный метод лечения застарелых повреждений Монтеджи у детей.

Он заключается в следующем: открытая репозиция с центрацией головки лучевой кости и транс-артикулярной фиксацией спицей к головочке мыщелка плечевой кости, иссечение кольцевидной связки, корригирующая остеотомия локтевой кости и остеосинтез отломков штифтом Богданова. Исправление оси локтевой кости с целью создания ее физиологической кривизны является ключом данной операции. Восстановление кольцевидной связки не проводилось и не привело к повторному вывиху головки лучевой кости. Лечение данных повреждений могло проводиться в один или два этапа. В тех случаях, когда головка лучевой кости была значительно смещена в проксимальном направлении, оперативное лечение проводилось в 2 этапа. Сущность двухэтапного лечения заключается в следующем.

I этап — закрытое наложение аппарата Илизарова на предплечье с целью низведения головки лучевой кости до лучелоктевого сочленения (1–2 мм в сутки — 12–14 дней). Затем производится II этап, который описан выше.

Результаты. Изучены отдаленные результаты лечения от 1 года до 25 лет. У 97 % пациентов получены положительные результаты. Только у 6 детей произошел рецидивный подвывих головки лучевой кости. При повреждениях лучевого нерва или его глубокой ветви во всех случаях достигнуто активное разгибание пальцев и кисти после проведения сухожильно-мышечных пластик.

Заключение. Полученные положительные результаты лечения свидетельствуют о целесообразности проведения данной технологии оперативного лечения. Ключом решения проблемы является создание правильной оси локтевой кости.

Ключевые слова: травма; переломы; застарелые повреждения Монтеджи; ошибки; дети.

ПОРЯДОК ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ, ВОЗНИКШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОШИБОК ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ

Дорохин А.И.¹, Адрианова А.А.¹, Курышев Д.А.^{1,2}, Сорокин Д.С.²,
Сабатов Б.Г.², Букчин Л.Б.²

¹ Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва, Россия;

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

Актуальность. Развитие малоинвазивных методов лечения и увеличение детского возраста до 18 лет привело к расширению показаний к оперативному лечению переломов у детей. Следует отметить, что с ростом оперативных вмешательств возрастает и количество послеоперационных осложнений.

Виды осложнений и ошибок. Следует выделять осложнения характерные как взрослых, так и детей. К этим осложнениям относятся нагноения ран, некрозы мягких тканей, неустраненные смещения костных фрагментов, недостаточная жесткость фиксации, переломы металлических конструкций, проведение металлических фиксаторов через суставы, повреждение сосудов и нервов, несращения переломов. К ошибкам характерным для детского возраста относятся следующие: незнание нормальной рентгенанатомии детских костей, повреждение зон роста, оставление недопустимых смещений.

Предупреждение осложнений. Во избежание данных осложнений оперативные вмешательства, выполняемые у пациентов детского возраста, должны быть максимально щадящими, проводиться в условиях детских отделений, специалистами, имеющими опыт лечения данных повреждений. При этом должны осуществляться принципы щадящего остеосинтеза — анатомичность проведения операции, точная репозиция, стабильная фиксация и достаточная фиксация костных отломков.

В случаях возникновения осложнений, лечение проводится последовательно, возможно, в несколько этапов, с учетом допущенных ошибок и перспектив развития конечности. При нагноениях основной задачей является купирование воспалительного процесса, что достигается санацией гнойного очага и дренированием полости. Затем необходимо восстановление полноценных кожных и костных структур. Завершающим этапом осуществляется восстановление полноценной функции конечности. При развитии контрактур в суставах проводятся мобилизирующие операции с проведением реабилитационных мероприятий. При несращениях проведение стабильного остеосинтеза, а при необходимости сочетание остеосинтеза с костной пластикой приводят к сращению ложного сустава. При деформациях сегментов конечностей, после уточнения в связи с чем она развилась: имелось неустраненное смещение или была повреждена зона роста. План лечения должен быть различным в зависимости от причин деформации. При развитии нестабильности в суставах необходимо восстановление поврежденного связочного аппарата.

Заключение. Таким образом, осложнения при остеосинтезе костей разнообразны. Уменьшить долю осложнений возможно при правильном тактическом лечении переломов. Развившиеся осложнения должны лечиться комплексно с учетом анализа ошибок лечения, с выработкой долгосрочных планов лечения и этапности проведения оперативных и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: травма; переломы; остеосинтез; ошибки; дети.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Дорохин А.И.¹, Шеин В.Н.², Курышев Д.А.^{1,2},
Сорокин Д.С.², Меркулов В.Н.¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва, Россия;

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

Обоснование. Повреждения тазобедренного сустава (ТБС) — тяжелая травма. Они составляют от 1 % до 1,7 % всех переломов конечностей. Число неудовлетворительных результатов остается высоким до 25–35 %. Современные методы диагностики и лечения дают возможность получить оптимальные результаты при лечении острых повреждений, их последствий.

Цель: проанализировать результаты лечения с последствиями травм ТБС, определить показания и оптимизировать хирургические методы лечения.

Материалы и методы. Наблюдались 152 пациента с застарелыми повреждениями ТБС: 71 девочек, 81 мальчиков. Последствия: асептический некроз головки бедра — 36, деформации области ТБС — 37, контрактуры ТБС — 33, ложные суставы шейки бедра — 36, застарелые переломо-вывихи.

Методы обследования: клинический, рентгенологический, компьютерно-томографический, в 3 случаях селективная ангиография. КТ диагностировало асептический некроз головки бедра (АНГБ), что предполагало применение остеосинтеза в сочетании с костной пластикой или операциями, улучшающими кровообращение в головке бедра. При отсутствии АНГБ проводился стабильный остеосинтез. При развитии укорочений конечностей проводилась компенсация длины по Илизарову. Нередко удлинялся сегмент голень, а не бедро, вследствие комприментации головки бедра. При застарелых переломо-вывихах проводилось открытое вправление с аппаратным остеосинтезом. У детей до 15–16 лет при разрушении головки бедренной кости проводилась операция Hirdleston. У пациентов старше 16 лет при ложных суставах с нарушениями кровообращения головки возможно проведение эндопротезирования ТБС. Альтернативный метод лечения — операция Hirdleston. При посттравматических деформациях проводились корригирующие остеотомии.

Результаты. При правильном выборе тактики лечения во всех случаях были получены обнадеживающие результаты. В сложных случаях при развитии тяжелых последствий данные операции позволяли отсрочить операции эндопротезирования.

Заключение. Лечение последствий повреждений ТБС до конца не решено. Комплексное обследование позволяет определить оптимальный подход к выбору метода оперативного лечения.

Ключевые слова: травма; переломы тазобедренного сустава; результаты лечения; дети.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВОЧКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Дорохин А.И.¹, Меркулов В.Н.¹, Курышев Д.А.^{1,2}, Худик В.И.²

¹ Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва, Россия;

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

Обоснование. Частыми повреждениями опорно-двигательного аппарата у детей являются повреждения в области локтевого сустава. Число повреждений локтевого сустава составляет до 55–65 % всех повреждений опорно-двигательного аппарата. Переломы головочки мыщелка плечевой кости (ГМПК) составляют 5–20 % всех повреждений локтевого сустава. Результаты лечения пациентов с переломами ГМПК показали, что в 26,6–49,8 % случаев имелись неудовлетворительные результаты лечения. На это влияли: кровоснабжение дистального костного отломка ГМПК, его смещение, характер линии излома, внутрисуставной характер повреждения, неправильный выбор метода лечения. Неправильная оценка всех факторов, ошибки в выборе метода лечения, технические ошибки приводили к развитию осложнений.

Цель: оптимизировать методы лечения последствий переломов ГМПК в зависимости от смещения костных отломков, состояния кровообращения.

Материалы и методы. В отделении детской травматологии ФГБУ НМИЦ ТО проведен анализ результатов лечения детей с 648 случаями переломов и последствий ГМПК. 486 случаев было острых повреждений ГМПК и в 162 — последствия. К последствиям мы отнесли несросшиеся переломы ГМПК — 34 (21 %), ложные суставы ГМПК — 71 (43 %), неправильно сросшиеся переломы ГМПК — 31 (20 %) и контрактуры и анкилозы локтевого сустава после переломов ГМПК — 26 (16 %). Важным было проведение предоперационного обследования, которое включало клинический и рентгенологический методы. При необходимости проводили КТ. При несращениях всегда проводили КТ. Это позволяло выявить признаки асептического некроза дистального отломка.

Результаты. В тех случаях, когда асептический некроз не был выявлен проводилась открытая репозиция и металлоостеосинтез. При выявлении асептического некроза — операция дополнялась костной пластикой. При нарушениях оси конечности проводили корригирующие остеотомии. При неправильно сросшихся переломах — корригирующие остеотомии. При контрактурах и анкилозах проводились после комплексного дообследования операции артролиза или артропластики, с обязательным послеоперационным реабилитационным лечением. Консолидация костных отломков получена во всех случаях. Хорошие и отличные результаты получены в 76 %, удовлетворительные в 24 % — это последствия ложных суставов с асептическим некрозом и тяжелые контрактуры сустава.

Заключение. Таким образом, обоснованный выбор хирургического лечения позволяет получить оптимальные результаты лечения при последствиях травм ГМПК.

Ключевые слова: травма; перелом головочки мыщелка плечевой кости; хирургическое лечение; дети.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ПО АБРАМСОНУ

Дурягин В.Д., Кузьмичев В.А., Пыхтеев Д.А., Гацуцын В.В.

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

Обоснование. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) — врожденный порок развития, который характеризуется выпячиванием вперед грудины и сочленяющихся с ней ребер, который занимает 2-е место среди всех врожденных деформаций грудной клетки и составляет 1–3 : 10 000 рожденных. Золотым стандартом устранения КДГК до 2004 г. являлся метод открытой торакопластики по Равичу. Неудовлетворенность большой травматичностью, плохим косметическим результатом, длительной реабилитацией привели к разработке малоинвазивного атравматичного метода по Абрамсону, который успешно применяется в ведущих клиниках в настоящее время. В данном исследовании рассматривается наш хирургический опыт лечения детей с килевидной деформацией грудной клетки.

Цель: оценка результатов хирургического лечения килевидной деформации грудной клетки у детей.

Методы. С 2011 по 2022 г. в отделении детской хирургии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского коррекция порока по Абрамсону проведена 16 пациентам, из них все мужского пола. Одному из данных пациентов проведена комбинированная торакопластика по Абрамсону и Нассу по типу sandwich procedure, в связи с деформацией грудной клетки по воронкообразному и килевидному типу. Критериями оценки результата являлись: собственная оценочная шкала, анкетирование, данные индекса Жижицкой по обзорной рентгенографии, индекс Галлера по МСКТ.

Результаты. Хирургическое лечение проведено 16 детям, возраст на момент операции составил 14 ± 3 лет, срок госпитализации, включая обследование, оперативное лечение и послеоперационную реабилитацию составил 2,5 года. Средняя продолжительность операции равна 2 ч. Среднее количество койко-дней после операции составило 7 дней. В дальнейшем отмечались осложнения у 2 детей (12,5 %), не повлиявшие на окончательный результат, реабилитационный период до полного восстановления физической активности составил 6 мес., результат лечения оценивался каждые 3 мес. после операции. Отличный результат в 14 (87,5 %) случаях, удовлетворительный в 2 (12,5 %) случаях.

Заключение. Оперативный метод хирургической коррекции по Абрамсону характеризуется низкой травматичностью, коротким реабилитационным периодом, отличным косметическим результатом. Является альтернативой лечения КДГК методом компрессионной системы.

Ключевые слова: килевидная деформация грудной клетки; КДГК; Абрамсон.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КАЛЬЦИНАТАМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЮВЕНИЛЬНОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА

Дьяконова Е.Ю., Бекин А.С., Гусев А.А., Яцык С.П.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Актуальность. Ювенильный дерматомиозит — редкое заболевание из группы идиопатических воспалительных миопатий с преимущественным поражением поперечнополосатой мускулатуры, кожи и сосудов микроциркуляторного русла. В 70 % случаев отмечается формирование кальцинозов, с отложением кальция в мягких тканях, трудно поддающиеся медикаментозному лечению и в 5 % нарушающих функцию опорно-двигательного аппарата. Актуальность проблемы обусловлена отсутствием клинических рекомендаций, публикаций в отечественной и зарубежной литературе по хирургическому лечению кальцинатов.

Материалы и методы. В ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ с 2020 по 2022 г. разработаны и внедрены оперативные вмешательства у детей с хроническим ювенильным дерматомиозитом и нарушением опорно-двигательного аппарата, причиной которого являются множественные кальцинаты. Все оперированные дети имели выраженные деформации конечностей за счет разрастания кальцинатов в подкожной клетчатке и дерме с образованием кожных свищей. У части детей патологический процесс был более выражен с вовлечением суставов и сухожилий, нарушая микроциркуляцию и движения в конечностях. Особенностью кальцинатов являлось отсутствие капсулы, выраженное распространение процесса за счет имбибиции мягких тканей как в сухом виде (пластины), так и в жидкой форме, ограниченной анатомическими образованиями. Первыми этапом удаляли гигантские кальцинаты, вызывающие наибольшую деформацию и нарушение функции конечности, и микроциркуляцию в коже. После удаления основной массы кальция, имбибированные участки дермы удалялись механическим путем с помощью ложки Фолькмана. Гемостаз осуществлялся в щадящем режиме электрокоагулятором. Для достижения конгруэнтности краев раны и лучшего косметического эффекта применяли швы по Донати. С целью профилактики послеоперационной раневой инфекции проводили антибиотикопрофилактику и обработку швов раствором повидон-йода.

Результаты. Примененная впервые этапная хирургическая техника по удалению кальцинатов у больных ювенильным дерматомиозитом позволила избежать в послеоперационном периоде некрозов кожных лоскутов, необходимости проведения аутодермопластики, развития рубцовых контрактур и добиться быстрой реабилитации и восстановления функции конечностей, что значительно улучшило качество жизни детей.

Ключевые слова: хронический ювенильный дерматомиозит у детей; хирургическое лечение кальцинатов; кальцинозы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА КОМБИНАЦИИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ И МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ

Егиев И.Х.¹, Тараканов В.А.², Барова Н.К.^{1,2}, Убилава И.А.¹

¹ Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Россия;

² Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Обоснование. Внедрение торакоскопических операций способствовало улучшению лечения детей с острой эмпиемой плевры. Однако применение только эндхирургии не во всех случаях позволяет эффективно санировать плевральную полость и предотвратить формирование фибриноторакса. Это требует поиска новых способов решения данных проблем.

Цель: определить эффективность разработанного метода видеоторакоскопической санации плевральной полости с ультразвуковой кавитацией в сочетании с местным применением протеолитических ферментов в комплексном лечении детей с острой эмпиемой.

Методы. Ретроспективное одноцентровое исследование, в которое включено 13 детей, поступивших в Краевой центр детской хирургии в течение 2021 г. в возрасте от 1 до 17 лет. В 4 (30,76 %) случаях оперативное пособие заключалось в применении видеоторакоскопической санации плевральной полости с ультразвуковой кавитацией — группа сравнения. У 9 (69,24 %) методом оперативного вмешательства являлся способ применения видеоторакоскопической санации плевральной полости с ультразвуковой кавитацией в сочетании с местным применением протеолитических ферментов — основная группа.

Результаты. Применение низкочастотного ультразвука и местного применения протеолитических ферментов позволило интраоперационно добиться малотравматичного, интенсивного отторжения некротических тканей, а также предотвращению наложения фибрина с дальнейшим эффективным расправлением легочной ткани. Сравнительный анализ результатов лечения по наиболее демонстративным клиническим критериям показал максимальную эффективность в основной группе. Клинически это выражалось в сокращении сроков реэкспансии легкого ($p < 0,001$), удаления дренажа ($p < 0,001$), укорочении сроков госпитализации ($p < 0,001$) и длительности антибактериальной терапии ($p < 0,001$), отсутствием реопераций и летальных исходов. При оценке сроков купирования болевого синдрома в группе детей, где использовался разработанный способ лечения, происходило преимущественно в первые 3 сут послеоперационного периода ($p < 0,001$). Купирование дыхательной недостаточности у больных происходило значительно раньше (на 5–7-е сутки) ($p < 0,001$), чем у больных из группы сравнения, где дыхательная недостаточность купировалась к 14–21-м суткам. Плевральный выпот купировался в сроки от 3 до 8 дней.

Заключение. Метод видеоторакоскопической санации плевральной полости с ультразвуковой кавитацией в сочетании с местным применением протеолитических ферментов позволил интраоперационно добиться: малотравматичного, интенсивного отторжения некротических тканей и предотвращения наложения фибрина с дальнейшим эффективным расправлением легочной ткани и является профилактикой формирования висцеро-костальных сращений. Разработанный метод зарекомендовал себя как наиболее эффективный и экономически оправданный способ хирургического лечения острой эмпиемы плевры у детей на современном этапе.

Ключевые слова: эмпиема; видеоторакокопия; ультразвук; ферменты; химопсин; проурокиназа.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Елин Л.М., Пыхтеев Д.А., Филюшкин Ю.Н., Прокофьев М.В.

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

Обоснование. До настоящего времени отсутствует алгоритм лечения детей с кистозными образованиями селезенки.

Цель: обоснование хирургической тактики лечения кист селезенки у детей.

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 35 детей за период с 2013 по 2022 г., находившихся в детском хирургическом отделении ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского с диагнозом «киста селезенки». Гендерно-возрастной состав: дети от 3 мес. до 17 лет, 19 мальчиков, 16 девочек. Всем детям при поступлении выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография — 7 детям, магнитно-резонансная томография — 6 детям.

Результаты. По данным лучевых методов исследования у 6 детей кисты располагались интрапаренхиматозно, в воротах селезенки — у 4, в нижнем полюсе — у 3, в верхнем полюсе — у 22. Лапароскопическая фенестрация кисты выполнена 28 детям, 1 ребенку лапаротомия с фенестрацией кисты, 2 детям лапаротомия с резекцией селезенки, 4 детям открытая спленэктомия. Пункционное лечение кист селезенки со склеротерапией в нашей клинике не выполнялось. У 2 детей с гигантскими кистами после лапароскопической фенестрации отмечался рецидив: 1 ребенку выполнена спленэктомия, другому лапаротомия с резекцией верхнего полюса селезенки (в анамнезе рецидива не отмечено). У 27 детей отмечались истинные кисты, у 8 — посттравматические, причем в 1 случае отмечалось нагноение кисты. Во всех случаях проводилось морфологическое исследование операционного материала.

Выводы. Основным диагностическим методом при кистозных образованиях селезенки является УЗИ. Хирургическая тактика лечения определяется расположением, размером кисты и риском интраоперационного кровотечения. Выбором операции при подкапсульном расположении кисты является лапароскопическая фенестрация кисты. При гигантских кистах — резекция полюса селезенки, при высоких рисках кровотечения — спленэктомия.

Ключевые слова: дети; киста селезенки; хирургическая тактика.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Елькова Д.А., Тен Ю.В., Каширин С.Д., Тен К.Ю., Красильников А.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Обоснование. Атрезия пищевода — тяжелый врожденный порок развития, который несколько десятков лет назад сопровождался практически 100 % летальным исходом. Благодаря активному развитию медицины в настоящее время это управляемое заболевание, для лечения которого предложено несколько методов.

Цель: сравнительный анализ хирургического лечения атрезии пищевода у новорожденных посредством торакотомного и торакоскопического доступа по материалам клиники детской хирургии Алтайского края за период 2011–2022 гг.

Методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации новорожденных с атрезией пищевода в клинике детской хирургии Алтайского края. За 2011–2022 гг. в клинику поступило 57 новорожденных с атрезией пищевода.

Результаты. Из 57 клинических наблюдений у 3 новорожденных была бессвищевая форма атрезии пищевода, у остальных детей — атрезия пищевода в сочетании с трахеопищеводным свищем. До 2014 г. включительно всем детям (24 пациента) оперативное вмешательство выполнялось посредством боковой правосторонней торакотомии. Торакоскопическая методика начала применяться в КГБУЗ «АККЦОМД» с 2015 г. С 2015 по 2021 г. в клинику поступило 33 новорожденных с атрезией пищевода, 31 из них прооперирован при помощи торакоскопического доступа (произведено клипирование трахеопищеводного свища, наложен прямой эзофаго-эзофагоанастомоз). 2 пациентам с бессвищевой формой атрезии выполнены паллиативные операции (наложение шейной эзофагостомы и гастростомы с последующей пластикой и формированием искусственного пищевода из толстой кишки). Одному больному с бессвищевой формой атрезии торакоскопически наложен эзофаго-эзофагоанастомоз. Получены следующие осложнения: слюной свищ — 15 человек (в 100 % наблюдений заживление консервативное), стеноз пищевода — 6 человек (все излечены бужированием), рецидив трахеопищеводного свища — 1 человек, гастроэзофагеальный рефлюкс наблюдался у всех больных до 1–3 лет, в более старшем возрасте признаки ГЭР купировались. В 1 случае наблюдалась перфорация трахеи, что, вероятно, связано с баротравмой, ребенок был повторно оперирован, сделана паллиативная операция. Летальный исход в 4 клинических наблюдениях связан с сопутствующими тяжелыми врожденными пороками развития.

Заключение. В результате применения торакоскопических вмешательств у новорожденных с атрезией пищевода снижается риск летальных исходов, минимизируется послеоперационный болевой синдром, уменьшаются сроки госпитализации детей с данным пороком, достигается хороший косметический эффект, впоследствии значительно повышается качество жизни оперированных пациентов.

Ключевые слова: атрезия пищевода; боковая торакотомия; торакоскопия; трахеопищеводный свищ; перфорация трахеи.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ АГЕНЕЗИЯМИ

Есяян М.О., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Луныка А.Н., Барова Н.К.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Обоснование. Дисбиоз кишечника диагностируется у 100 % детей с аноректальными агенезиями. Его коррекция является важным и достаточно сложным компонентом профилактики послеоперационных осложнений и значимой составляющей реабилитации больных с аноректальными мальформациями.

Цель: оптимизация методов реабилитации пациентов с аноректальными пороками развития.

Методы. Располагаем опытом лечения и реабилитации 139 человек с различными анатомическими вариантами аноректальных пороков развития. Из них историческим методом были сформированы 2 группы больных идентичных по гендерным признакам и нозологическим формам. Контрольная группа — 65 детей. Перед операцией применялась тотальная деконтаминация кишечника. Восстановление колонизационной резистентности толстой кишки проводилось по завершению всех этапов оперативного лечения, по различным методикам. Основная группа — 74 ребенка. Непосредственно перед хирургическим вмешательством применялась тотальная деконтаминация кишечника в сочетании с локальным орошением толстой кишки растворами антибактериальных препаратов. В раннем послеоперационном периоде, на фоне антибактериальной терапии, назначали Бифидумбактерин форте. После отмены антибактериальной терапии проводились курсы селективной деконтаминации в сочетании с энтеросорбцией и ферментотерапией. При проведении энтеросорбции препаратом выбора являлся Полисорб. Для заселения желудочно-кишечного тракта, на начальных этапах реабилитации, предпочтение отдавалось поливалентным препаратам типа Бак-Сет. На завершающих курсах коррекции дисбактериоза применялись монопрепараты типа Бифидумбактерин, Лактобактерин. Коррекция дисбиоза кишечника проводилась под контролем анализа кала на дисбактериоз. Все препараты использовались в возрастных дозировках.

Результаты. Одним из основных критериев эффективности предложенного метода коррекции дисбиоза кишечника считаем его длительность. Сроки коррекции дисбактериоза кишечника, в стационарных и амбулаторных условиях, среди детей контрольной группы — $36,25 \pm 2,17$ мес., а у детей основной группы — $14,36 \pm 1,14$ мес.

Заключение. Сокращение продолжительности коррекции дисбиоза кишечника более чем в 2 раза говорит о достаточно высокой клинической эффективности предложенного метода реабилитации больных с аноректальными агенезиями и позволяет рекомендовать его для широкого клинического применения.

Ключевые слова: аноректальные агенезии; дисбиоз кишечника; реабилитация; деконтаминация кишечника.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Журило И.П.¹, Черногоров О.Л.², Медведев А.И.¹, Бодрова Т.Н.²

¹ Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева, Орел, Россия;

² Научно-клинический многопрофильный центр помощи матерям и детям им. З.И. Круглой, Орел, Россия

Обоснование. В настоящее время большинство хирургов негативно относятся к выполнению спленэктомии при травме селезенки и являются сторонниками органосохраняющей тактики и консервативной терапии.

Материалы и методы. На лечении находилось 47 детей с травматическими повреждениями селезенки (ТПС) в возрасте от 2 до 17 лет. Изолированные повреждения органа имели место у 40 детей, сочетанная травма — у 7 пациентов. Помимо оценки общеклинических проявлений и лабораторных показателей у детей с закрытыми повреждениями селезенки и печени, широко использовали ультразвуковые исследования (УЗИ). В динамике оценивали состояние поврежденного органа, объем и качественные характеристики свободной жидкости в брюшной полости, а также эволюцию ранее выявленных изменений. На основании полученных данных проводилась коррекция терапии, дальнейшего плана обследования пациента (частота УЗИ), а при необходимости — отказ от консервативной тактики с переходом к оперативному вмешательству.

Результаты. Консервативная терапия включала строгий постельный режим, покой, холод на область повреждения, инфузионную терапию, введение гемостатических препаратов и ингибиторов фибринолиза, а также назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия. Лишь в 5 случаях выполнена спленэктомия. Активно применявшийся консервативный метод лечения при ТПС позволил избежать операции у 83 % пациентов.

Заключение. Консервативная тактика при закрытых повреждениях селезенки у пациентов со стабильной гемодинамикой может рассматриваться как стандартная практика в неотложной хирургии детского возраста.

Ключевые слова: травматические повреждения селезенки; консервативная тактика; дети.

ЗНАЧЕНИЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

Завьялкин В.А, Барская М.А., Кузьмин А.И., Терехина М.И.,
Варламов А.В., Мазнова А.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Обоснование. Интраабдоминальная гипертензия (ИАГ) является редко диагностируемым состоянием, которое вызывает гипоперфузию и ишемию органов брюшной полости, приводя к полиорганной недостаточности. Литературных данных о развитии ИАГ у детей мало, однако по данным Б.Р. Гельфанда (2017), риск развития ИАГ высок во всех возрастных группах, включая детей.

Цель: изучить значимость внутрибрюшной гипертензии для определения тяжести, прогнозирования осложнений и продолжительности лечения детей с распространенным перитонитом.

Методы. Измерения внутрибрюшного давления проводили через мочевого пузыря по методике, предложенной впервые I.L. Kron et al. в 1984 г., которая до сих пор является золотым стандартом. В определении степени ИАГ использовались педиатрические поправки. Измерения внутрибрюшного давления (ВБД) проводили при поступлении, далее через 24, 48 и 72 ч после оперативного вмешательства. Статистическую обработку данных проводили с использованием статистических пакетов SPSS фирмы SPSS (USA). Статистическая значимость различий для проверки гипотезы о связи двух качественных признаков в группах исследования рассчитывалась непараметрическим методом критерия χ^2 Пирсона. Кроме того, проведен корреляционный анализ с использованием непараметрического коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты. В основу работы положено наблюдение за 339 детьми в возрасте 1–14 лет с распространенным перитонитом различной этиологии, пациенты распределены на контрольную и основные группы. Исследуя группы по степени ИАГ, выявили, что при распространенном перитоните наблюдалась I степень ИАГ в основной группе у 175 детей (73,84 %), в контрольной — у 78 пациентов (76,47 %). ИАГ II степени выявлена у 59 детей основной группы с РП (24,89 %), в контрольной группе — у 24 (23,53 %), тогда как III степень ИАГ наблюдалась у 3 детей основной группы (1,27 %) больных РП в фазе эндотоксического шока ($p > 0,05$).

Нами выявлены выраженные корреляционные связи между степенью ИАГ при поступлении и шкалой тяжести SOFA, распространенностью перитонита и индексом брюшной полости по В.С. Савельеву (2006), как в контрольной, так и в основной группах. Кроме того, выявлены умеренная корреляционная связь между осложнениями, динамикой пареза кишечника, а также временем госпитализации и ВБД при поступлении, тогда как наиболее выраженные связи наблюдались ВБД через 24 и 48 ч, что свидетельствует о необходимости мониторинга данного показателя у детей с распространенным перитонитом.

Заключение. Таким образом, у всех пациентов при распространенном перитоните повышено ВБД, и его мониторинг позволяет прогнозировать течение данного заболевания у детей.

Ключевые слова: перитонит; внутрибрюшное давление; интраабдоминальная гипертензия.

КЛЕЕВАЯ ПОВЯЗКА НА ОСНОВЕ ЦИАНАКРИЛАТА В КАЧЕСТВЕ УКРЫВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ УРЕТРОПЛАСТИКЕ

Закиров А.К.^{1,2}, Байбиков Р.С.³, Морозов В.И.^{1,2}

¹ Детская республиканская клиническая больница Республики Татарстан, Казань, Россия;

² Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия;

³ Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия

Обоснование. Улучшение способов уретропластики при коррекции гипоспадии никогда не прекращается. Это связано с желанием хирургов улучшить результаты проведенной операции. При этом сохраняется тенденция уменьшения возраста хирургического вмешательства. Однако ведение пациента маленького возраста в послеоперационном периоде намного сложнее ввиду сложной коммуникабельности и ухода за раной.

Цель: проанализировать возможные варианты использования повязок у пациентов с гипоспадией после операции.

Методы. В условиях урологического стационара одной клиники мы сравнили две группы по 30 пациентов. Операции были проведены одним специалистом. У всех пациентов применялась методика Snodgrass TIP по поводу дистальной гипоспадии. В первую группу были отобраны случаи с применением мажевых повязок с фиксацией эластичным бинтом. Во второй группе послеоперационная рана укрывалась тканевым клеем п-бутил-2-цианакрилат с защитным укрыванием эластичным бинтом. Пациенты после хирургического вмешательства находились в стационаре под наблюдением врача от 7 до 10 дней. Дальнейший ранний послеоперационный контроль осуществлялся с помощью телефонной связи. Через 2, 6 и 12 мес. проводился осмотр с оценкой результатов проведенного лечения.

Результаты. При анализе результатов уретропластики мы не выявили статистически значимой разницы. В первой группе выявлены осложнения: свищ уретры и три случая меатального стеноза уретры. Во второй группе были выявлены один случай свища уретры и один случай меатального стеноза уретры. Использование клеевой повязки позволило в двое сократить количество перевязок в стационаре и облегчить уход за раной после выписки. Сама перевязка послеоперационной раны проходила проще при клеевом способе, так как приклеивание абсорбирующих повязок к поверхности раны требует более длительного размачивания в сравнении с адгезивным клеевым материалом, который в случае подкравливания раны не создавал склеивания с эластичным бинтом. Количество обращений родителей (телефонных звонков) с жалобами и вопросами после выписки было гораздо меньше во второй группе. Отек и внешний вид послеоперационной раны, по мнению родителей, был лучше с клеевой повязкой. Данных о бактериальной инфекции получено не было.

Заключение. Использование клеевых повязок имеет низкое влияние на результаты уретропластики. Правильный выбор методики при коррекции гипоспадии и грамотное ее исполнение является основным фактором успешного лечения. С учетом современных подходов в коррекции гипоспадии, хочется не только устранить физической недуг, но и стараться снизить психологическую нагрузку пациента и его родителей в процессе этого лечения. На нашем опыте применение клеевой повязки показало благоприятное влияние на самочувствие пациентов в период заживления раны.

Ключевые слова: гипоспадия; уретропластика; повязка.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО СПОСОБА GIPS ПРИ РЕЦИДИВАХ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ

Звонков Д.А.¹, Степанова Н.М.^{1,2}, Новожилов В.А.^{1,2}, Мочалов М.Н.¹, Петров Е.М.¹, Латыпов В.Х.¹, Халтанова Д.Ю.¹, Мороз С.В.¹, Кунц М.Л.¹, Михайлов Н.И.¹

¹ Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

² Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Обоснование. Отдаленные результаты оперативного лечения пилонидальной болезни на сегодняшний день не всегда остаются удовлетворительными. По данным разных авторов, рецидивы достигают 40 % и представляют большую проблему для оперирующих хирургов. Повторные операции более сложны технически, нередко требуют обширного иссечения и зачастую приводят к формированию грубых рубцов, тем самым ухудшая косметический результат. Малоинвазивный метод Gips лишен этих недостатков и может быть использован как при первичных вмешательствах, так и при рецидивах пилонидальных кист.

Цель: оценить возможность использования и эффективность способа Gips в лечении рецидивов пилонидальных кист.

Методы. В период с января 2020 по май 2022 г. на базе хирургического отделения Ивано-Матренинской детской клинической больницы (Иркутск) с применением технологии Gips пролечено 7 детей с рецидивами пилонидальных кист. Все операции проводились по общепризнанной методике Gips. Под местной инфильтрационной анестезией 1 % раствором лидокаина выполнялось иссечение свищей при помощи трепано-циркулярного ножа и кюретаж патологической полости. Далее раны велись открыто до их полного заживления.

Результаты. Гендерный состав: 71,4 % юношей и 28,6 % девушек. Средний возраст 16,5 лет. Ранее проводимые оперативные вмешательства: иссечение пилонидальной кисты традиционным способом — 4; операция Gips — 3. Возобновление двигательной активности с первых суток после операции, прием НПВС в течение 2 дней. Ранних послеоперационных осложнений не отмечено. Средний срок госпитализации составил 4,75 дня. Полная регенерация послеоперационных ран в среднем через 4,1 нед. Катамнез 9,5 мес.: ранний рецидив у 1 пациента (в настоящее время этап динамического наблюдения).

Заключение. Минимально инвазивный метод лечения пилонидальных кист по Gips может применяться как при первичных, так и при рецидивных случаях заболевания, сохраняя хороший косметический результат и обладая минимальным количеством послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: пилонидальные кисты; операция Gips; минимально инвазивный метод.

ДИВЕРТИКУЛЯРНОЕ УДВОЕНИЕ ТОЩЕЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЕМ РОТАЦИИ И ФИКСАЦИИ КИШЕЧНИКА

Золотарев Н.В., Яницкая М.Ю.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Клинический случай редкого порока развития желудочно-кишечного тракта: дивертикулярное удвоение тощей кишки в сочетании с нарушением ротации и фиксации кишечника у мальчика 9 лет. Анамнез заболевания: ребенок в течение 4 лет страдал хроническим запором в сочетании с приступами интенсивных болей в животе без четкой локализации. Лечение по поводу запора у педиатра и гастроэнтеролога без эффекта. Обследован в хирургическом отделении. УЗИ брюшной полости: выраженный мезаденит с формированием конгломерата лимфатических узлов в правом мезогастрии. КТ с внутривенным контрастированием: опухоль брюшной полости 3 см в диаметре, предположительно в тонкой кишке. Лапароскопия: выявлен мезаденит и образование в брыжейке кишки с признаками хронического воспаления. Лапаротомия: в брыжейке тощей кишки воспалительный инфильтрат 5 см в диаметре, фиксирован спайками к двенадцатиперстной кишке. После разделения инфильтрата выявлено дивертикулярное удвоение тощей кишки с широким основанием по брыжеечному краю длиной 12 см, имеющее строение тощей кишки (визуально и гистологически) с солидным утолщением на верхушке. Дивертикул удален без резекции кишки. Сопутствующие аномалии: отсутствие связки Трейца и желудочно-ободочной связки, общая брыжейка тонкой и толстой кишки. Послеоперационное течение гладкое. Симптомы купированы.

Заключение. Диагностика удвоений тощей кишки сложна в связи с отсутствием патогномичных симптомов, однако нарушение пассажа по ЖКТ (запор) в сочетании с нетипичной интенсивной абдоминальной болью требует более раннего обследования на предмет пороков развития.

Ключевые слова: дивертикул; дивертикулярное удвоение; тощая кишка; нарушение ротации и фиксации кишки; дети.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ УСПЕХА

Зоркин С.Н., Баязитов Р.Р.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) — это ретроградный заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточник, являющийся анатомическим и функциональным нарушением с потенциально серьезными осложнениями, такими как рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей или рубцовые изменения в почечной ткани. Ведущее место в лечении ПМР занимает эндоскопическая коррекция рефлюкса (ЭКР), являясь малоинвазивным и высокоэффективным методом. Прогнозирование результата эндоскопической коррекции рефлюкса является актуальной проблемой детской урологии, так как выявление предикторов эффективности эндоскопического лечения ПМР позволит оптимизировать стратегию обследования и лечения детей с данной патологией.

Цель: создание прогностической модели расчета эффективности эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса путем бинарной логистической регрессии.

Методы. В исследование включены 150 детей (240 почечных единиц) в возрасте от 1 мес. до 7 лет, которым выполнена эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса. В качестве прогностических параметров успеха лечения оценивались такие показатели, как: степень рефлюкса, отношение диаметра мочеточника в дистальном отделе (мм) к расстоянию от нижней части тела L1 позвонка до верхней части тела L3 позвонка, момент возникновения ПМР по данным цистографии, расширение собирательной системы почки и мочеточника по данным УЗИ. После оценки эффективности каждой попытки ЭКР создавалась прогностическая модель с помощью бинарной логистической регрессии.

Результаты. Выявлены статистически значимые различия в прогнозировании исхода эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса согласно выбранным прогностическим параметрам ($p < 0,001$). Разработана прогностическая модель для определения вероятности результатов трех попыток эндоскопической коррекции в зависимости от выбранных предикторов методом бинарной логистической регрессии. Полученные модели объединены в прогностический калькулятор, где можно вводить значения переменных и генерировать индивидуальный прогноз выходных данных. Разработано мобильное приложение для операционной системы iOS с помощью программы Xcode 13.3 на языке программирования Swift.

Заключение. Вычислительная модель, использующая несколько переменных, предсказывает исход многократных эндоскопических коррекций пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с точностью более 75 %. Расчет вероятности успешного лечения может помочь в принятии клинических решений, консультировании родителей, разработки персонализированного подхода к лечению детей с первичным ПМР.

Ключевые слова: пузырно-мочеточниковый рефлюкс; эндоскопическая коррекция.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСЬИЙСКА

Зотин А.В.¹, Харизова А.Г.²

¹ Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Россия;

² Округная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия

Обоснование. Острый аппендицит — одно из самых частых заболеваний, требующих хирургического лечения. Основной проблемой лечения острого аппендицита остается его поздняя диагностика и развитие осложнений.

Цель: показать эффективность лечения осложнений острого аппендицита у детей лапароскопическим методом, возможностью пункционного дренирования абсцессов, лечение тяжелых форм перитонитов с помощью системы активной аспирации Vivano, с помощью анализа заболевания.

Методы. Всего за отчетный период в ОКБ Ханты-Мансийска находились на лечении 789 детей с различными формами острого аппендицита. Из них с катаральной формой было 77 (12 %) детей, с флегмонозной — 648 (78 %), с гангренозной — 64 (10 %). Распределение по полу — 54 % мальчиков и 46 % девочек. Из них, количество детей с перитонитом было 54 (6,8 %), с абсцессом — 17 (2,2 %), с инфильтратами — 2 (0,2 %).

Результаты. С 2007 г. в ОКБ Ханты-Мансийска у детей применяется преимущественно лапароскопическая аппендэктомия, доказавшая свою эффективность. Количество операций «открытым» способом составило 121 (15,3 %), лапароскопическим — 668 (84,7 %). Мы обладаем опытом лечения 22 (40,7 %) детей с различными формами перитонита лапароскопическим способом. Аппендикулярный абсцесс в 5 (29,4 %) случаях пролечен пункционным способом под ультразвуковым контролем и рентген-навигацией. В 3 (5,5 %) случаях при тяжелом гнойно-фибринозном перитоните, абдоминальном сепсисе выполнялось лечение с активной системой аспирации Vivano. Осложнений данных методик мы не выявили. Количество койко-дней при открытом способе лечения перитонита составило 9,7 к/д. При лапароскопическом — 7,2 к/д, при оперативном лечение абсцесса — 9,2 к/д. При пункционном — 7,6 к/д. Средняя продолжительность пребывания пациентов с острым аппендицитом в стационаре за анализируемый период при «открытом способе» составила — 4,3 к/д, при лапароскопическом — 6,8 к/д.

Выводы:

1. При лапароскопической санации брюшной полости при перитоните осложнений меньше, происходит более быстрое выздоровление.
2. Пункционное дренирование аппендикулярных абсцессов под УЗ и рентгенконтролем можно успешно использовать в практике.
3. При тяжелых разлитых перитонитах с абдоминальным сепсисом у детей можно использовать систему активной аспирации Vivano.

Ключевые слова: острый аппендицит; перитонит; лапароскопическая аппендэктомия; послеоперационные осложнения.

ЛЕЧЕНИЕ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Зюзько Д.Д., Щербакова О.В., Хабибуллина Л.Р

Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Обоснование. Анализ современной литературы показал отсутствие единого мнения по тактике лечения детей с параректальными свищами. До настоящего времени рецидивы регистрируются с частотой от 6 до 85 % случаев.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения детей с параректальными свищами.

Материалы и методы. С 2011 по 2021 г. в хирургическом отделении № 1 РДКБ на стационарном лечении находилось 83 ребенка с параректальными свищами (74 мальчика, 9 девочек). Критерием исключения являлись пациенты с болезнью Крона. Проведено разделение на две возрастные группы: 1-я — пациенты до 2 лет (45 детей); 2 группа — пациенты старше 2 лет (38 детей). В первой группе выполнены: фистулэктомия — иссечение свища (33), сегментарная пластика полнослойным лоскутом (1), ревизия и кюретаж свищей (11). Пациентам второй группы проведено: фистулэктомия (19) детей, сегментарная пластика лоскутом (6), 8 пациентам выполнено лигатурное дренирование свища с последующей фистулэктомией (6) и сегментарной пластикой (2), ревизия/кюретаж свищевых ходов проведены 3 детям с последующей сегментарной пластикой у 1 ребенка.

Результаты. В первой группе рецидив свища был отмечен у 3 детей (9 %), потребовалось повторное иссечение свища у 2 и сегментарная пластика у 1 пациента. Во второй группе — рецидив развился в 4 случаях (21 %), повторное иссечение свища проведено у трех и сегментарная пластика полнослойным лоскутом у 1 ребенка. Одному пациенту с рецидивом свища после фистулэктомии проведена склеротерапия с положительным эффектом.

Выводы. На основании проведенного анализа фистулэктомия показала себя как эффективная хирургическая методика. В случае рецидива свища и у детей старшего возраста можно рекомендовать выполнение сегментарной пластики низведенным полнослойным лоскутом.

Ключевые слова: параректальный свищ; дети; хирургическое лечение.

ХАРАКТЕРИСТИКА КАТАТРАВМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН СРЕДИ ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2018–2021 гг.

Исламов С.А., Латыпова Г.Г., Гумеров А.А., Сатаев В.У., Алянгин В.Г.,
Псянчин Т.С., Юнусов Д.И.

Башкирский государственный медицинский, Уфа, Россия

Обоснование. Смертность и инвалидизация при падении с высоты, по данным изученной нами литературы и статистическим данным, является наиболее актуальной и нерешенной проблемой в России. Основными причинами смертности пострадавших в результате падения являются травмы, которые несовместимы с жизнью. Повреждения, получаемые при кататравме зависят от ряда причин: высоты, поверхности и вариантов положения тела в момент полета при падении с высоты и приземления, вертикальное положение, горизонтальное положение. По данным статистических исследований различных авторов, удельный вес смертельных повреждений в результате падения с высоты достигает в крупных городах 20–40 % всех случаев смертельной механической травмы. От того, какой из вариантов имел место, будет зависеть характер и локализация повреждений. За последние 20 лет частота таких травм значительно возросла и составила в среднем по России 16 %. В Москве на падение с высоты приходится 39,9 % всех случаев смертельной механической травмы (Солохин А.А., Солохин Ю.А., 1993), смертность от падения с высоты по данным Набережночелнинского филиала РБСМЭ МЗ РТ за 2007–2009 гг. находится в пределах от 18,5 до 28,2 % всей механической травмы, а по Республике Татарстан за этот же период составила от 12,5 до 16 % всей механической травмы. Высокий уровень смертности и инвалидизации от падения с высоты отмечено в городах, где преобладают многоэтажные постройки и высокая урбанизация населения. Особое место среди кататравм занимают падения детей. По данным ВОЗ, ежедневно во всем мире в результате кататравмы погибает около 47 тыс. детей и подростков. По всей России в 2017 г. из окон выпало 848 детей, из них 106 скончались, в 2018 г. — уже 905 случаев, из них 123 смертельных, 33 остались инвалидами; в 2019 г. по этой причине погибло 125 детей. В 2020 г. в России из окон выпало 1339 детей, 145 из них погибло.

Цель: провести сравнительную характеристику падений с высоты взрослых и детей по Республике Башкортостан за 2019–2021 гг.

Методы. Данные, предоставленные ГУ МЧС России по Республике Башкортостан за 2019–2021 гг., медицинские карты детей получившие стационарное лечение и поступившие в РДКБ Уфы в результате падений с высоты.

Результаты. Мы провели анализ падений с высоты в Республике Башкортостан, в Уфе. Всего по обобщенным данным в период с 2019 по 2021 г. зарегистрировано 944 случая падения граждан с высоты, из которых 577 мужчин, 248 женщин, 119 детей. Всего за указанный период погиб 241 человек, из них 16 детей, 703 человека пострадало, из них 103 ребенка.

Отмечено также количество пострадавших и погибших за 2019–2021 гг., также имеется тенденция роста по годам. Распределение случаев смерти при падении с высоты в зависимости от пола количество мужского населения значительно превышает над количеством пострадавших и погибших женщин и детей. Высокие уровни падений граждан с высоты отмечается в городах, что связано с преобладанием в них многоэтажной застройки. Этим фактором обусловлены более высокие показатели падения с высоты в городах Уфа, Стерлитамак, Салават, Нефтекамск, по сравнению с другими городами и районами Республики Башкортостан. По количеству погибших за указанные годы также превалирует Уфа, по сравнению с другими городами и районами РБ и имеется тенденция роста за 2019–2021 гг. По возрасту наибольшее количество пострадавших отмечено в возрастной группе 21–30, 31–40, 41–50, 51–60 лет, т.е. у лиц трудоспособного возраста, больше всего в возрастной группе 31–40 лет, что также имеет рост за 2019–2021 гг. У лиц старше 70 лет причинами падения

явились синильные психические расстройства. Данные сравнительного анализа высоты падений показывают, что средняя высота падения составляет 2–7-й этаж (5–25 м). Причем выживаемость при кататравме находится в прямой зависимости от высоты падения, что объясняется физическими факторами, т.к. при падении с высоты, превышающей 10 метров, имеет место быстрый прирост скорости падения и это обуславливает получение травм, которые не совместимы жизнью. Чем выше этаж, тем больше количество погибших в результате падения с высоты. Характер падений с высоты по сезону среди взрослых и детей за 2019–2021 гг. имеет неравномерное распределение в течение года. За 2019–2021 гг. отмечена большая частота падения с высоты в осенне-летние периоды.

Отмечается небольшой рост от суицидальных попыток и психические расстройства за 2019–2021 гг. Особое место в причинах падений с высоты занимают суицидальные попытки детей и подростков, и по статистическим данным имеется тенденция к росту, так, на территории России в 2014 г. зарегистрировано около 400 суицидальных попыток; в 2015 — уже 504; в 2016 — 720 самоубийств среди детей. Выявлено, что суицидальные попытки вызваны следующими причинами: отсутствие доверительных отношений и разногласия с родителями, проблемы с учебой в школе, сложность общения со сверстниками, материальные проблемы и компьютерные игры агрессивного характера в Интернете. В одном случае падение с 4-го этажа вызвано попыткой побега из ковид-госпиталя. Дети младшего возраста от 2 до 5 лет выпали с окна в результате несчастных случаев, вызванные в результате ненадлежащего контроля со стороны родителей, москитные сетки.

Заключение.

1. Проведенное нами исследование показывает, что инвалидизация и смертность от падения с высоты, по нашим данным, за 2019–2021 гг. остается на высоком уровне и имеется тенденция увеличения числа кататравм за 2019–2021 гг. в Республике Башкортостан.

2. Рост числа кататравм среди населения может быть связана с психическими нарушениями, развившимися на фоне перенесенной новой коронавирусной инфекции, которая также требует дальнейшего детального изучения совместно с психиатрами и медицинскими психологами.

Ключевые слова: кататравма; взрослые; дети; причины падений; сезонность; суицид; несчастный случай; летальность.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛЕВОГО ПРЕДПЛЕЧЬЯ У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ НА ОХОТЕ

Исламов С.А., Сатаев В.У., Тарасов Ю.В., Саблин П.А., Юнусов Д.И., Фатхулисламов Р.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Актуальность. Представленный клинический случай огнестрельного ранения левого предплечья ребенка — редкий случай в практике детских хирургов. Анализ исследований в доступной литературе показал, что, в основном, такие травмы характерны для взрослых пациентов. Огнестрельные ранения у детей в условиях мирного времени регистрируются редко.

Описание наблюдения. Огнестрельное ранение нижней трети левого предплечья у ребенка 9 лет произошло на охоте. В результате ребенок получил открытый многооскольчатый перелом нижней трети обеих костей левого предплечья с повреждением и дефектом лучевой, локтевой артерии, лучевого, локтевого и срединного нервов, с повреждением и дефектом на протяжении 15 см сухожилий разгибателей левой кисти и пальцев, дефектом мягких тканей и наличием инородных тел. Проведен консилиум врачей в составе: травматолога-ортопеда, ангиохирурга, нейрохирурга, детского хирурга и детского анестезиолога-реаниматолога. Кровоснабжение, движения и чувствительность на левой кисти отсутствовали. На рентгенограмме левого предплечья и кисти в прямой и боковой проекции определялись многооскольчатые переломы нижней трети обеих костей левого предплечья с наличием инородных тел (дробь). Стоял вопрос проведения реконструкции или ампутации предплечья.

Консилиум решил провести реконструкцию, сделать первичную хирургическую обработку огнестрельной раны, восстановление лучевой и локтевых артерий, лучевого срединного и локтевых нервом, провести по возможности реконструкцию сухожилий и мягких тканей, внеочаговый остеосинтез левого предплечья по Г.А. Илизарову. После операции ребенок был переведен в реанимационное отделение, при этом состояние соответствовало тяжести перенесенной травмы и операции. Через 2 суток после стабилизации общего состояния, санитарной авиацией ребенок был доставлен в ГБУЗ РДКБ Уфы, где в условиях травматологического отделения продолжили проведение инфузионной, антибактериальной терапии, применяли препараты для улучшения микроциркуляции, антикоагулянты, регулярные перевязки. Через 1 мес. после очищения раны и образования грануляций была проведена свободная аутодермопластика из полнослойного кожного лоскута. При объективном осмотре через 4 мес. после демонтажа аппарата Илизарова выявлено, что конечность теплая, сохраняется умеренный отек кисти, а также зарегистрированы тактильная и двигательная чувствительность.

Заключение. При обширных дефектах мягких тканей сосудов и нервов конечности при огнестрельных ранениях необходимо привлечение травматолога-ортопеда, ангиохирурга, нейрохирурга, комбустиолога, реаниматолога-анестезиолога, пластического хирурга и медицинского психолога.

Ключевые слова: огнестрельное ранение; первичная хирургическая обработка; реконструкция; дефект мягких тканей; компрессионно-дистракционный остеосинтез.

СОНОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Калайтанов М.В., Гончаров К.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Донецкая Народная Республика

Обоснование. Тупая травма живота характеризуется нарушением анатомической целостности тканей или органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, которое вызвано внешним воздействием. Частота встречаемости у детей закрытых абдоминальных травм составляет 3 %. В связи с ежегодным увеличением общего количества детского абдоминального травматизма, применение сонографических методов исследования в ранней диагностике актуально и определяет принципы терапии.

Цель: представить частоту встречаемости, результаты диагностики и принципы стартового лечения абдоминальных травм у детей.

Методы. С 2018 по 2022 г. на базе хирургического отделения республиканской детской клинической больницы пролечено 85 детей (78 % — мальчики, 22 % — девочки) с обращением по поводу тупой травмы живота, что составило 17 % общей структуры пациентов с абдоминальным синдромом. 92 % детей экстренно госпитализированы в течение 6 ч после получения травмы. Средний возраст составил $7,5 \pm 3,6$ года. Всем детям было выполнено УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства с контролем в динамике через 8–12, 16–24 и 36–48 ч после травмы и на 7, 14 и 21-е сутки болезни. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке.

Результаты. Отмечено повышение абдоминального травматизма в летний период (55 %), наиболее низкий уровень наблюдался зимой (17 %). В 63,4 % случаев выявлена изолированная травма живота, в 36,6 % наблюдений — сочетанная. Посттравматические изменения при УЗИ топически превалировали в структуре печени (68 %). Повреждение селезенки диагностировали у 36 % больных, поджелудочной железы — у 32 %, почек — у 25 %; повреждение мочевого пузыря и разрыв кишечника составили по 0,66 %. У 23 % пациентов определялся парез кишечника. Гемоперитонеум встречался в 9 % обследований. Тактика ведения пациентов с тупыми абдоминальными травмами при стартовом лечении заключалась в назначении постельного режима с охлаждением наиболее болезненных участков туловища в сочетании с энтеральным покоем и проведением консервативной терапии, включающей антибактериальную, гемостатическую, симптоматическую и инфузионную терапию. Из 85 пациентов двое (2,3 %) были прооперированы. Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии домой.

Заключение. Таким образом, высокий уровень детского абдоминального травматизма и опасность развития осложнений требуют проведения сонографических методов исследования как метода ранней неинвазивной комплексной оценки абдоминальных изменений и степени их тяжести для выбора тактики лечения с определением необходимости экстренных хирургических вмешательств. Своевременность комплексной терапии обуславливает органосохранность и благоприятный исход при абдоминальных травмах у детей.

Ключевые слова: тупая травма живота; сонографические методы исследования; стартовая терапия.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШОК У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

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

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ, Москва, Россия

Обоснование. В настоящее время произошло изменение традиционной картины ИЦИ у детей и пересмотрены подходы к ее лечению.

Цель: определить медико-эпидемиологические особенности илеоцекальной инвагинации у детей на современном этапе и оценить эффективность гидроэзоколоноскопии.

Методы. В исследование вошли 160 пациентов, получавших лечение в НИИ НДХиТ в период 2011–2022 гг. с диагнозом острой ИЦИ. Мальчики составили 67 % (134), девочки — 33 % (66), средний возраст — $2,9 \pm 2,0$ года. Всем детям при поступлении выполняли УЗИ. Независимо от возраста и срока заболевания лечение начинали с гидроэзоколоноскопии (ГЭК). Противопоказанием к гидростатической дезинвагинации являлись рецидивы заболевания и развитие осложнений в виде перитонита. С рецидивом заболевания в исследуемой группе поступил только 1 ребенок, которому была выполнена лапароскопия. Перитонит не был диагностирован ни у одного ребенка.

Результаты. Заболевание наиболее часто возникает у детей раннего возраста (1–3 года) — 70,7 % (113), дети грудного возраста составили 10 % (16), дети старше 3 лет — 19,3 % (31). В первые 12 ч за медицинской помощью обратились 39,5 % (79) пациентов, примерно столько же (38,5 %, 77) — в срок от 12 до 24 ч, и 22 % (44) — более 24 ч. При оценке провоцирующих факторов в подавляющем числе наблюдений (72,5 %, 145) установить их не удалось, в 14,5 % (29) — отмечалась погрешность в питании, в 12,5 % (25) — предшествовала вирусная инфекция, и в только в 0,5 % (1) провоцирующим фактором явилось введение прикорма. В клинической картине в основной триаде симптомов заболевания неизменным остается боль, причем в 91 % (182) наблюдений боль имела схваткообразный, а 9 % (18) — постоянный характер. Кровь в стуле по типу «малинового желе» была отмечена только 16,5 % (33) наблюдений, а патологическое образование при пальпации живота определяли всего лишь в 6,5 % (13). У большинства пациентов не было повышения температуры, гипертермия при поступлении была установлена у 26,5 % (53) пациентов. Рвота наблюдалась несколько чаще — в 39 % (78) наблюдений, в 21,5 % (43) — многократная, а в 17,5 % (35) — однократная. Симптом Данса был установлен всего лишь в 8,5 % (17) случаев. Во всех наблюдениях диагноз ИЦИ был подтвержден по данным УЗИ. В 98,5 % (197) наблюдений был выявлен симптом «мишени», в 1,5 % (3) — симптом «слоеного пирога», у 80,5 % (161) детей имело место увеличение брыжеечных лимфатических узлов (мезаденит). У 2 (1 %) детей в инвагинате был выявлен червеобразный отросток и только у одного (0,5 %) ребенка определена причина ИЦИ — ювенильный полип. При оценке кровотока при ЦДК в большинстве наблюдений (89,5 %, 179) изменений не было, в 9 % (18) кровоток был усилен, и только в 1,5 % (3) — обеднен. Ни в одном наблюдении не было зарегистрировано отсутствие кровотока в инвагинате, что позволяло выполнять дезинвагинацию консервативным методом. ГЭК была эффективна в 90 % (144) наблюдений. При неэффективности ГЭК (3 попытки) переходили на лапароскопию (2). Еще 13 (8,6 %) детям была выполнена лапароскопия по поводу рецидива заболевания в раннем послеоперационном периоде. В 5 (3,1 %) наблюдениях потребовался переход на лапаротомию для выполнения резекции кишки. При рецидиве заболевания и отсутствии интраабдоминальной анатомической причины выполняли колоноскопию (8) для исключения внутрипросветных причин заболевания, которые были установлены в 3 наблюдениях. Основными факторами неэффективности ГЭК являлись анатомические причины, которые были выявлены 3,1 % (5) и объемная лимфоаденопатия

брюшной полости — 6,2 % (10). Среди анатомических причин были диагностированы: дивертикул Меккеля (2); лимфома Беркитта (1); ювенильный полип (2).

Заключение. В настоящее время доминирует нетипичная клиническая картина ИЦИ у детей, что связано с изменением ведущего провоцирующего фактора заболевания. Основными факторами риска являются погрешность в питании и вирусная инфекция. Чаще болеют мальчики раннего возраста. Золотым стандартом диагностики является УЗИ. ГЭК является эффективным, безопасным и лишенным лучевой нагрузки методом лечения ИЦИ у детей.

Ключевые слова: инвагинация; дети; илеоцекальная инвагинация; гидроэзоколоноскопия.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА

Карасева О.В., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е.,
Харитонов А.Ю., Янюшкина О.Г.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия

Обоснование. Несмотря на многогранность «острого живота», в подавляющем большинстве случаев работа хирурга проходит в условиях хорошо отработанного лечебно-диагностического алгоритма типичных нозологий. Лидирующую позицию занимает острый аппендицит, а аппендэктомия составляет более 85 % хирургических вмешательств в неотложной абдоминальной хирургии у детей. С этих позиций наиболее интересны нестандартные сценарии «острого живота», связанные с врожденными пороками развития.

Цель: систематизировать пороки развития в неотложной абдоминальной хирургии для определения оптимальной лечебно-диагностической тактики на основе современных технологий.

Материалы и методы. В исследование вошли 36 детей в возрасте с 1 мес. до 17 лет, прооперированных в НИИ НДХиТ в период с 2017 по 2021 г. по поводу пороков развития брюшной полости. Все дети поступили с клиникой «острого живота» по экстренным показаниям.

Результаты. Срочные оперативные вмешательства были выполнены 28 % детей, в остальных наблюдениях диагноз острой хирургической патологии был снят, и дети были прооперированы после дообследования и уточнения диагноза. Несмотря на выраженную индивидуальность каждого наблюдения, можно выделить основные пороки развития брюшной полости, встречающиеся в неотложной абдоминальной хирургии: дивертикул Меккеля; удвоение кишки; хронический мегадуоденум; синдром Ледда; заворот толстой кишки; внутренние грыжи с ущемлением кишки, диафрагмальные грыжи, а также кистозные лимфангиомы брюшной полости и сосудистые мальформации ЖКТ. Пороки развития составляют $0,9 \pm 0,25$ % в структуре неотложной абдоминальной хирургии у детей. В 70 % редких наблюдений диагноз был установлен дооперационно при УЗИ. СКТ была выполнена в 75 % наблюдений, но не являлась определяющей для установки диагноза, однако позволяла уточнить структуру и топографию органов брюшной полости. В качестве дополнительных методов исследования использовали ЭГДС, МРТ и ангиографию. Лапароскопические операции были выполнены в 83,4 % наблюдений.

Заключение. Диагностический алгоритм «острого живота» помимо традиционного клинико-лабораторного обследования должен включать обязательное УЗИ. При исключении острой хирургической патологии для дообследования необходимо использовать СКТ, МРТ, внутрисосудистую эндоскопию, ангиографию. В подавляющем большинстве наблюдений при нестандартных ситуациях выполнение оперативных вмешательств возможно с применением современных малоинвазивных технологий.

Ключевые слова: пороки развития; удвоение кишки; мегадуоденум; дивертикул Меккеля; дети старше года.

ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ДЛЯ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ПО КОЗНУ У ДЕТЕЙ

Карпачев С.А., Зоркин С.Н., Гурская А.С., Баязитов Р.Р., Уваров Б.Н.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Актуальность. Реимплантация мочеточников при патологии уретерovesикального сегмента (УВС) открытым способом известна более 60 лет. Эффективность более 95 % подтверждена многолетними наблюдениями. Современное состояние детской хирургии диктует необходимость отхода от традиционных открытых операций в пользу малоинвазивных эндоскопических методов. Широкое распространение получили методы эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) путем подслизистого введения объемообразующих препаратов под устье мочеточника, а также баллонная дилатация устья и стентирование мочеточника при мегауретере (МУ). Однако эффективность таких вмешательств значительно уступает традиционным. Одним из наиболее перспективных направлений является реимплантация мочеточников с использованием техники Cohen пневмовезикоскопическим доступом. Сочетание малой травматичности доступа с техникой реимплантации, высокая эффективность которой подтверждена более чем полувековым опытом применения, позволяет сохранить эффективность при значительном снижении операционной травмы.

Материалы и методы. Выполнен анализ данных 71 пациента, оперированных с использованием везикоскопического доступа за период с января 2019 г. и имеющих катамнез более 6 мес.: ПМР-44, МУ-27. Распределение пациентов по возрасту: 3–6 мес. — 10, 6–12 мес. — 9, 1–2 года — 14, старше 2 лет — 38. У 18 детей выполнена двусторонняя реимплантация мочеточников, реимплантация с удалением парауретерального дивертикула — 11, реимплантация единым блоком при удвоении — 2, эктопия мочеточника в уретру у мальчиков (при отсутствии удвоения) — 3.

Результаты. Среднее время односторонней реимплантации составило 100 мин (65–200 мин), двусторонней 160 мин (120–250 мин), с накоплением опыта время операций сокращается. Пневмоперитонеум осложнил течение операции у 14 детей в возрасте до 1 года (76 %), у 2 — старше 1 года (4 %). Осложнение устранялось постановкой иглы Вереша, при выраженном сбросе воздуха выполнялось дренирование брюшной полости. Все операции завершены без конверсии. Кровотечений не было. Вертикализация детей проводилась в первые часы после операции. Потребность обезболивания нестероидными противовоспалительными средствами не превышала 24 ч. Повторные вмешательства выполнены 2 детям: эндоскопическая коррекция рефлюкса — 1, реимплантация мочеточника открытым доступом в связи с сохраняющимся мегауретером — 1.

Заключение. Эффективность реимплантации мочеточников пневмовезикоскопическим доступом составила 97,2 %, что сравнимо с открытыми операциями, сочетается со значительно более легким послеоперационным периодом. Возможно применение в сложных клинических ситуациях, включая парауретеральные дивертикулы, внепузырную эктопию мочеточников, после множественных эндоскопических коррекций рефлюкса. Возраст и объем мочевого пузыря не являются ограничивающими факторами.

Ключевые слова: пневмовезикоскопия; мегауретер; пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В ПРИВОЛЖСКОМ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Козлова Е.М.

Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия

Обоснование. Следуя доминирующим течениям в мире, медицинском сообществе и в стандартах преподавания, педагогам высшей медицинской школы приходится ломать стереотипы в обучении студентов. С каждым годом все более сложные юридические аспекты между «врач-педагог»–«пациент», дистанцирование между стационарами и кафедрами, онлайн-формат обучения в период локдауна, волонтерство определили реперные точки в преподавании детской хирургии в Приволжском исследовательском медицинском университете (ПИМУ).

Цель: с целью формирования профессиональных компетенций в процесс обучения будущих врачей интегрированы ряд перспективных направлений, таких как: информационно-коммуникационные технологии (IT-технологии), работа в симуляционном центре, занятия на базе вивария.

Методы. С учетом профстандарта ФГОСЗ++ обучение детской хирургии проводится студентам 3 факультетов: педиатрического (432 ч), лечебного (108 ч) и факультета международного медицинского образования (108 ч) на 4, 5 и 6-м курсах вуза. В связи с этим для полноты предоставления теоретического материала и отработки практических навыков за последние 3 года в процесс обучения динамично интегрируют информационно-коммуникационные технологии с акцентом на сквозные технологии (Big Data, искусственный интеллект, VR-технологии), цифровые инструменты (Google-, Яндекс-документы, Miro, Canva, Trello, Mentimeter, Jam board, Padlet, QR-Code, 3D-моделирование, Chat-bot) и коммуникативные площадки (Яндекс.Телемост, Zoom, Webinar).

Результаты. Симуляционный центр (СЦ) активно функционирует на базе Федерального аккредитационного центра врачей Н. Новгорода. В СЦ реализуются инновационные формы обучения в медицинском образовании с доминирующей установкой отработки практических умений и навыков путем моделирования имитационных палат, тренажерных залов с использованием фантомов, муляжей (Комплект «Тренажер катетеризации» BASIC, PRO), виртуальных (TutorMan) и роботизированных манекенов VI поколения реалистичности, эндоскопических стоек (Lapago Advance, LapSim), позволяющих каждому обучающемуся самостоятельно и неоднократно выполнять требуемые процедуры.

На базе ПИМУ функционируют 2 вивария, в которых содержатся мелкие (крысы, кролики, морские свинки) и крупные животные (свиньи, мини-пиги). В рамках межкафедральных коллабораций в экспериментальных операционных студенты и ординаторы моделируют различные патологические процессы с последующим изучением всех аспектов заболеваний. На крупных животных выполняют открытые и малоинвазивные хирургические вмешательства.

Заключение. Таким образом, IT-технологии, внедрение новых решений в теоретический и практический аспект обучения детской хирургии позволяют максимально расширять рамки получаемых знаний и навыков, выводя преподавание на более высокий уровень.

Ключевые слова: детская хирургия; преподавание; информационно-коммуникационные технологии; симуляционный центр; межкафедральные коллаборации.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕННОЙ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Киреева Н.Б.¹, Исаев К.Р.², Алексеева В.А.²

¹ Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия;

² Нижегородская областная детская клиническая больница, Нижний Новгород, Россия

Описание наблюдения. В клинику поступил мальчик 8 лет с подозрением на острую хирургическую патологию (острое начало, боли в левой половине живота и поясничной области, субфебрилитет). При УЗИ определено образование левой почки размерами 106×33,4×58 мм, объемом 118 см³, исходящее из верхнего полюса с кровоизлиянием. Факта травмы не было, но отмечены неоднократные падения дома и на улице. Из анамнеза известно, что в периоде новорожденности у ребенка подозревали синдром Видемана – Беквита, в связи с чем проводилось генетическое исследование, периодический УЗ-контроль. Последнее УЗИ за 3 нед. до поступления патологии почек не показало. Состояние мальчика при поступлении средней тяжести. Отмечается локальная болезненность при пальпации и перкуссии в левом подреберье, левой поясничной области. Мочеиспускание свободное, моча обычного цвета. В общем анализе крови — лейкоцитоз до 13,9–15 г/л, ускорение СОЭ до 39 мм/ч. Биохимические показатели крови, общий анализ мочи в норме, онкомаркеры отрицательные. Проводилась дифференциальная диагностика между осложненной опухолью (кистозной дисплазией) почки и ее травмой. Ребенку произведено МРТ-исследование, обнаружена субкапсулярная гематома левой почки. Выполнена экскреторная урография с МСКТ, выявлены признаки снижения функции левой почки, наличие подкапсульного неоднородного содержимого (урогематомы), подозрение на разрыв паренхимы верхнего полюса. Назначены антибактериальная терапия, постельный режим. Через 4 дня после поступления у мальчика развилась клиника частичного блока левой почки одновременно с синдромом острой мошонки слева. В экстренном порядке выполнено стентирование левой почки, скрототомия с удалением некротизированной гидатиды. В дальнейшем в динамике при УЗИ выявлено нарастание объема подкапсульной уругематомы слева, выполнена ее пункция и дренирование под УЗ-контролем с установкой нефростомического дренажа. Удалено 150 мл жидкости, окрашенной кровью, атипичные клетки не обнаружены. После удаления жидкостного компонента образования по данным УЗИ в верхнем полюсе левой почки стало четко определяться солидно-кистозное образование размерами 55×50,6×66,2 мм, объемом 96 см³ неоднородной структуры с наличием кистозных участков и солидного компонента с умеренным внутренним кровотоком. Произведена диагностическая лапаротомия, при которой в проекции верхнего полюса почки определена плотная синюшного цвета опухоль диаметром 6 см, спаянная с окружающими тканями и нижней поверхностью надпочечника без прорастания капсулы опухоли. Выполнена туморнефруретерэктомия с иссечением паранефральной клетчатки. По данным морфологического исследования обнаружена нефробластома: вариант с большим количеством бластемных клеток. Ребенок получает полихимиотерапию. Прогноз в настоящее время благоприятный.

Вывод. При несоответствии механизма повреждения почки и ее клинической и инструментальной картины необходимо помнить о возможном наличии опухоли, осложненной кровоизлиянием.

Ключевые слова: уругематома; опухоль Вильмса; УЗИ.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИЛОТОРАКСОМ

Клейменов Е.В., Тен Ю.В., Каширин С.Д., Елькова Д.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Обоснование. Хилоторакс — заболевание, связанное с накоплением лимфатической жидкости в плевральной полости вследствие врожденного порока развития лимфатических протоков или травмой при хирургических операциях на органах грудной полости, пункции центральных вен. Потеря лимфы приводит к метаболическим, электролитным нарушениям, гипоальбуминемии, иммунологическим расстройствам, что угрожает летальным исходом. Лечение хилоторакса требует своевременного и активного подхода.

Цель: обобщить опыт лечения детей с хилотораксом на базе нашей клиники за последние 10 лет.

Методы. На базе нашей клиники за последние 10 лет пролечено 8 детей с хилотораксом от новорожденных до возраста 4 лет. Причинами хилоторакса являлись: врожденный порок развития лимфатических путей (у двух новорожденных с диагностированным хилотораксом сразу после рождения), медицинские вмешательства у 5 (у 3 — торакотомия по поводу врожденного порока сердца, у 2 — катетеризация подключичной вены (у 1 справа, у 1 слева), по поводу соматического заболевания). У одного ребенка причина развития хилоторакса не установлена. Двусторонний процесс отмечен у 2 детей (после срединной стернотомии при операции по поводу ВПС). Правосторонний — у 4, левосторонний — у 2.

Результаты. Клинически во всех наблюдениях отмечены признаки дыхательной недостаточности, нарушение проведения дыхания на стороне поражения. При рентгенографии и УЗИ отмечено скопление жидкости в плевральной полости от 50 до 540 мл. Окончательный диагноз устанавливался после плевральной пункции и проведении биохимического и цитологического исследования. Следует отметить, что только у 3 детей выпот имел характерный «молочный» характер. У остальных пациентов, не получавших на момент заболевания энтерального питания, получена прозрачная желтоватая жидкость, и диагноз хилоторакса установлен после цитологического исследования (выявлен лимфоцитоз более 80 %). После дренирования плевральной полости у всех детей сохранялось истечение жидкости от 50 до 400 мл в сутки.

В лечении у двух детей (11 мес. и 4 лет) успешно применено частичное парентеральное питание и энтеральное питание с использованием диетических питательных смесей. Остальные дети на первом этапе получали полное парентеральное питание. У 2 пациентов на фоне полного парентерального питания хилоторакс купирован на 5 и 6 сут. 4 детям проводилась терапия синтетическим аналогом соматостатина по общепринятой схеме, при этом положительного эффекта удалось достичь у 3. Одному пациенту 2 мес. при сохраняющихся потерях лимфы до 100 мл в сутки на фоне полного парентерального питания и терапии соматостатином в течение 10 сут проведен плевродез 4 % раствором повидон-йода с положительным эффектом через 3 дня. Хирургическое лечение не потребовалось ни в одном из наблюдений. Средний срок сохранения лимфарей составил 21 день, максимальный — 54 дня.

Заключение. На этапе диагностики хилоторакса обязательно проведение цитологического и биохимического исследования плеврального выпота. Применение в лечении хилоторакса полного парентерального питания и синтетического аналога соматостатина позволяет в большинстве случаев добиться положительного результата. Плевродез раствором повидон-йода может применяться при неэффективности терапии соматостатином. Считаем, что решение о хирургическом лечении при хилотораксе следует принимать только в случае неэффективности вышеуказанных мероприятий.

Ключевые слова: хилоторакс; дыхательная недостаточность; повреждение лимфатического протока.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЙ ТРАНСДИАФРАГМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ СЕКВЕСТРОВ

Козлов Ю.А.^{1,2}, Поляян С.С.¹

¹ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

Обоснование. В детской хирургии все более широкое распространение находят торакоскопические операции при различной патологии.

Цель. В научном исследовании представлено сообщение о применении инновационного одно-этапного торакоскопического трансдиафрагмального доступа, с помощью которого первоначально удален секвестр легкого, расположенный в плевральной полости, а затем после рассечения диафрагмы резецирован секвестр, расположенный в брюшной полости.

Описание наблюдения. В научной работе представлен редкий случай множественных легочных секвестров, один из которых располагался в левой плевральной полости, а другой — в брюшной полости под диафрагмой. После рождения заболевание не проявляло себя симптомами. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография, выполненные после рождения, установили диагноз множественных легочных секвестров, которые располагались в различных анатомических пространствах тела — грудной клетке и брюшной полости. Во время торакоскопии, выполненной в возрасте 1 мес. и 1 нед. жизни, произведено удаление экстралобарной формы бронхолегочной секвестрации и затем, после рассечения диафрагмы, трансдиафрагмальное удаление интраабдоминальной формы легочной секвестрации. Дефект диафрагмы восстанавливался путем наложения отдельных швов. Оба легочных секвестра извлекались наружу через слегка расширенный нижний торакопорт. Операция заканчивалась ушиванием торакоцентезных отверстий без оставления дренажной трубки. В финальной части научной работы были исследованы ранние и отдаленные результаты операции.

Длительность операции составила 90 мин. Послеоперационный период протекал без осложнений. Эндотрахеальная трубка была удалена в условиях операционной, и ребенок хорошо справлялся с дыханием. Младенец был выписан из госпиталя на 4-е послеоперационные сутки. При наблюдении на протяжении 6 мес. не было обнаружено осложнений, связанных с хирургической процедурой.

Заключение. Представленный случай демонстрирует инновационное решение с использованием торакоскопического трансдиафрагмального доступа для хирургической коррекции тех форм бронхолегочной секвестрации, когда секвестры располагаются в различных анатомических пространствах тела — грудной клетке и брюшной полости. Описание случая расширяет границы использования торакоскопии в педиатрической практике.

Ключевые слова: бронхолегочная секвестрация; торакоскопия; трансдиафрагмальное доступ; дети.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОГО УДВОЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Козлов Ю.А.^{1,2}, Полоян С.С.¹

¹ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

Обоснование. Удвоения пищеварительного тракта являются редкими аномалиями, которые могут быть обнаружены в любом отделе желудочно-кишечного тракта.

Цель: демонстрация опыта успешного лечения комбинированного (торакоабдоминального) типа дубликации, при котором абдоминальная часть удвоения пенетрировала диафрагму и имела внутригрудное продолжение.

Описание наблюдения. У новорожденной девочки с антенатально установленным диагнозом торакоабдоминального удвоения пищеварительного тракта вскоре после рождения была выполнена лапаротомия и удаление абдоминальной порции дубликации. Расположенный в грудной клетке тубулярный сегмент был перевязан на уровне диафрагмы с тем, чтобы удалить его в отдаленном периоде после выполненной абдоминальной процедуры. В возрасте 3 мес. жизни произведена торакоскопия и удаление тубулярной формы удвоения, расположенной параллельно нормально сформированному пищеводу. Через ротовую полость в желудок проведен зонд Fr12 для идентификации «материнского сегмента» пищевода. Затем удвоенный сегмент был отделен от окружающих тканей, используя атравматичный зажим и крючок-коагулятор. Удвоенная часть пищевода была представлена полой трубкой, которая шла параллельно пищеводу и слепо заканчивалась на уровне верхней апертуры грудной клетки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. В плевральной полости была оставлена дренажная трубка Fr8, которая была извлечена на 3-е сутки после операции. Пациент чувствовал себя хорошо. Самостоятельное дыхание было восстановлено к концу первых суток. Ребенок выписан домой на 7-е сутки после операции без признаков нарушения пищеварения и газообмена. Патоморфологический анализ удаленного сегмента установил строение слизистой оболочки, характерное для пищевода. При повторном визите пациента через 6 мес. после выполненной торакоскопической операции ребенок был бессимптомен и развивался соответственно возрасту.

Заключение. Торакоабдоминальное удвоение пищеварительного тракта представляет собой сложную хирургическую проблему. Главная цель лечения состоит в полном удалении удвоенного органа. Исследование демонстрирует возможности минимально инвазивной хирургии в лечении этого состояния.

Ключевые слова: пищеварительный тракт; торакоабдоминальное удвоение; торакоскопия; дети.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВАЗОПЕКСИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА

Козлов Ю.А.^{1,2}, Поляян С.С.¹

¹ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

Цель: оценка ближайших результатов лапароскопического перемещения aberrантных почечных сосудов как эффективной альтернативы пиелопластике при лечении детей с внешней обструкцией пиелоретерального соединения.

Методы. Лапароскопическая техника сосудистого перемещения была применена у 5 детей с гидронефрозом, вызванным добавочными нижнеполярными сосудами. Предоперационное диагностическое обследование включало: ультразвуковое/доплеровское сканирование, радиоизотопное сканирование почек и контрастную компьютерную урографию. Все пациенты имели интермиттирующий гидронефроз (диапазон 24,0–36,0 мм) и обструктивный паттерн при выполнении реносцинтиграфии. Для того, чтобы произвести селекцию пациентов, у которых можно выполнить сосудистое перемещение, в начале операции выполнялся нагрузочный диуретический тест. В ходе операции добавочные почечные сосуды мобилизовались и перемещались вверх, где они фиксировались путем «окутывания» тканью почечной лоханки. Этот этап реализуется путем размещения одиночных швов на лоханку выше и ниже места фиксации сосудов.

Результаты. Среднее время операции составило $59,0 \pm 10,2$ мин, а средняя продолжительность пребывания в стационаре — $3,6 \pm 0,5$ дня. Осложнения в раннем периоде наблюдений отсутствовали. При последующем наблюдении (диапазон 6,0–24,0 мес.) у всех пациентов произошло снижение степени гидронефроза и улучшение выделительной функции почек на ренограмме. Все пациенты демонстрировали статистически значимое ($p = 0,034$) отчетливое снижение индекса резистивности в среднем до $0,61 \pm 0,02$ (медиана 0,61 [0,60; 0,62], диапазон: 0,60–0,64), что косвенно характеризовало улучшение почечного кровотока.

Заключение. Предварительные результаты исследования продемонстрировали безопасность и эффективность лапароскопического перемещения aberrантных почечных сосудов для лечения гидронефроза. Тщательный отбор пациентов посредством интраоперационных функциональных тестов является важным шагом для подтверждения показаний к этой процедуре и поддержания высокого уровня успеха процедуры. Любые опасения по поводу наличия дополнительного внутреннего стеноза пиелоретерального соединения, безусловно, должны трансформировать хирургическое вмешательство в классическую пиелопластику.

Ключевые слова: лапароскопия; гидронефроз; aberrантные почечные сосуды; вазопексия; дети.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ АНАСТОМОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АТРЕЗИЯМИ КИШЕЧНИКА

Козлов Ю.А.^{1,2}, Полоян С.С.¹

¹ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

Обоснование. Сравнительный анализ эндохирургического и открытого подходов в лечении атрезий пищеварительного тракта у новорожденных.

Цель: доказательство эффективности и безопасности известных и новых эндохирургических операций, применяемых для восстановления просвета различных отделов пищеварительного тракта, и проведение сравнительного анализа с помощью статистической обработки полученных результатов.

Методы. В рамках научной работы было выполнено многоцентровое ретроспективное когортное исследование. В этом исследовании представлены результаты лечения 540 случаев кишечных анастомозов, выполненных у новорожденных с атрезиями различных сегментов пищеварительного тракта в 3 детских хирургических центрах, расположенных в Иркутске, Кемерово и Красноярске. Исследование охватывает период 15 лет, начиная с января 2005 г. и заканчивая июлем 2020 г. Пациенты были разделены на две группы: I группа — 238 больных, которым была проведена эндохирургическая коррекция атрезии; II группа — 302 пациента, которым анастомозы были выполнены с помощью открытой хирургии. В зависимости от уровня соединения кишечных сегментов все больные были распределены следующим образом: пищевод — 239 (44,2 %); двенадцатиперстная кишка — 211 (39,1 %); тонкая кишка — 70 (13,0 %); толстая кишка — 20 (3,7 %) пациентов. Все лапароскопические анастомозы выполнялись по общим технологическим принципам, включая однорядную технику наложения одиночных эндохирургических швов, использование абсорбирующихся нитей малого диаметра PDSII 6/0 и экстракорпоральной техники завязывания узлов. При конструировании анастомозов на подвижных сегментах пищеварительного тракта применялись транспариетальные якорные швы, предназначенные для стабилизации, а также адекватная декомпрессия приводящего отдела кишечной трубки. В заключительной части исследования с использованием статистики были проанализированы демографические данные пациентов, интра- и послеоперационные параметры, а также осложнения лечения.

Результаты. Пациенты сравниваемых групп имели одинаковые демографические параметры. Статистически значимые различия были обнаружены при анализе продолжительности операции между эндохирургическими и открытыми вмешательствами (70,0 [55,0; 90,0] мин против 95,8 [75,0; 115,0] мин; $p < 0,001$). Начало энтерального питания и время перехода на полноценное энтеральное питание были статистически значимо меньше в группе минимально инвазивной хирургии по сравнению с открытым доступом (4,5 [2,5; 7,0] сут против 8,0 [4,5; 11,0] сут, $p < 0,001$ и 8,0 [5,5; 12,5] сут против 12,0 [7,5; 18,0] сут, $p < 0,001$). Летальность в группе открытой хирургии составила 6,6 [4,1; 10,0] %, что статистически значимо отличалось от летальности в группе лапароскопии (0 случаев, $p < 0,001$). Летальность была обусловлена сопутствующими состояниями (недоношенность, сепсис, врожденные пороки сердца).

Заключение. Настоящее исследование показало, что торакоскопические и лапароскопические анастомозы могут быть безопасно и успешно выполнены у детей младшей возрастной группы, несмотря на малые размеры тела и сопутствующие аномалии.

Ключевые слова: атрезия; лапароскопия; анастомоз; дети.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВОЧЕК, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ПЕРЕКРУТА ПРИДАТКОВ МАТКИ

Козлова Н.Г., Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Числова Д.С.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

Обоснование. Последствия перекрута придатков матки у девочек нередко приводят к бесплодию в зрелом возрасте.

Цель: разработка программы реабилитации девочек различного возраста, оперированных по поводу перекрута придатков матки, для профилактики нарушений репродуктивной функции.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе историй болезни 42 девочек в возрасте от 0 до 17 лет, находившихся на обследовании и лечении в отделении хирургии ДОКБ Твери с 2019 по 2021 г. Все пациентки имели сложности в догоспитальной диагностике и поступали в сроки более 24 ч от начала заболевания (36 чел. — 85,7 %). Диагноз установлен при ультразвуковом исследовании на основании эхографических характеристик придатков матки, нарушении васкуляризации паренхимы яичника. Перекрут правых придатков матки диагностирован в 71 %. Пациенткам выполнялась диагностическая лапароскопия, деторсия придатков, санация брюшной полости. Прогнозируя развитие отдаленных последствий в виде спаек малого таза, нарушений менструальной функции и фертильности в будущем, всем девочкам проводился курс реабилитационного лечения в течении года после операции. Реабилитационная программа включала: ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, наблюдение гинеколога, курсы современных методик физиолечения, лечебной физкультуры, массажа.

Результаты. Клинические проявления заболевания зачастую зависят от органической причины патологического вращения и стадии заболевания. Деторсией придатков матки при диагностической лапароскопии восстановлен кровоток. Фиксации придатков не проводили. При изучении отдаленных результатов после операций в сроки от 6 мес. до 2 лет диагностировано восстановление васкуляризации яичника у всех пациенток. Наличие спаечного процесса в малом тазу установлено по УЗИ в связи с изменениями положения матки и яичников — 5 пациенток (11,9 %).

Выводы. Профилактика нарушений репродуктивной функции у девочек после перенесенного перекрута придатков матки, включает эндоскопическую методику операции и соблюдение программы реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: перекрут придатков матки; лапароскопия; реабилитация.

СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОМИЕЛИТА ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ

Козулина Н.В.¹, Смирнов А.Н.², Проничев М.А.²,
Яшина Т.Ю.², Дементьев А.В.²

¹ Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия;

² Нижегородская областная детская клиническая больница, Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Остеомиелит подвздошной кости является относительно редкой локализацией, маскируется под различные патологии (в ряде случаев выявляется абдоминальный синдром), что затрудняет диагностику и осложняет течение заболевания.

Описание наблюдения. Пациентка, 12 лет, больна с 19 ч 13.05.2022, когда появились боли в животе, фебрильная температура. С подозрением на аппендицит госпитализирована в районную больницу, при поступлении живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правой половине, перитонеальных симптомов нет. В анализе крови лейкоцитоз 12,3 тыс. УЗИ брюшной полости и почек без патологии. На фоне инфузионной терапии боли в животе стихли, однако состояние ухудшалось, к 15 ч 14.05.2022. возобновились боли в животе, появились перитонеальные симптомы, лейкоцитоз 37,5 тыс. РКТ органов брюшной и грудной полостей 14.05.2022. без патологии. Лапароскопически 14.05.2022 диагностирован пельвиоперитонит. В лечении метрогил, цефоперазон, инфузионная терапия.

14.05.2022 переведена в отделение реанимации НОДКБ с диагнозом пельвиоперитонит, сепсис, эндотоксикоз. ГЛПС (?) Острая кишечная инфекция (?) Лейкемоидная реакция нейтрофильного типа. При поступлении состояние очень тяжелое, в анализе крови Нв 121 г/л, лейкоциты 17,2 тыс., палочкоядерных 39 %, СОЭ 5 мм/ч, СРБ 210 мг/л, прокальцитонин 175 мкг/л, общий анализ мочи, УЗИ ОБП, плевральных полостей 14.05.2022 — без существенных отклонений. Проводилось лечение сепсиса (цефоперазон+сульбактам, ванкомицин, инфузионная терапия). С 21.05.2022 отмечено ограничение движений в правом тазобедренном суставе, болезненность в области крыла правой подвздошной кости. 22.05.2022 на УЗИ: узурация крыла подвздошной кости справа, периостальная реакция, 50 мл жидкости в полости малого таза, а также признаки экссудативного плеврита. 23.05.2022. МРТ: остеомиелит подвздошной кости справа. 26.05.22 МСКТ: двухсторонняя плевропневмония. 23.05.2022. Девочка оперирована: доступом в проекции гребня правой подвздошной кости вскрыта и дренирована остеомиелитическая флегмона. Продолжена антибактериальная (Тиенам, Максиктам) и инфузионная терапия. Состояние с положительной динамикой, пациентка переведена в отделение гнойной хирургии.

Заключение. Таким образом, представлен сложный случай диагностики септикопиемической формы острого гематогенного остеомиелита правой подвздошной кости, манифестировавшего клиникой острого живота с поздним проявлением локальных симптомов. Подобное течение заболевания важно учитывать в дифференциальной диагностике при осмотре пациентов с подозрением на острый аппендицит, а также пациентов с клиникой сепсиса неясного генеза.

Ключевые слова: остеомиелит; острый аппендицит; сепсис.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Койнов Ю.Ю., Грамзин А.В., Кривошееенко Н.В., Цыганок В.Н.,
Павлушин П.М., Охотина А.А.

Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия

Актуальность. Пилонидальная киста или эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) является распространенным заболеванием, встречающимся у 4–5 % здоровых детей и подростков на профилактических осмотрах. Соотношение у мальчиков и девочек составляет 3 : 1 соответственно. Актуальность проблемы обусловлена не вполне удовлетворительными результатами хирургического лечения, частотой рецидивов, что сказывается на качестве жизни и уровне социальной адаптации. Предложено множество методик оперативных вмешательств, что свидетельствует о продолжающихся поисках единого и правильного способа лечения.

Цель: оценить возможность и эффективность применения малоинвазивного вмешательства при пилонидальных заболеваниях у подростков.

Материалы и методы. В период с 2018 по 2022 г. в детском хирургическом отделении ГБУЗ НСО ГНОКБ пролечено 55 детей с пилонидальными заболеваниями. Гендерная принадлежность — 41 мальчик, девочек — 14. Проведен ретроспективный анализ частоты возникновения рецидивов, сроков госпитализации и заживления послеоперационной раны.

Результаты. Дети были разделены на 2 группы. Всем детям оперативные вмешательства с момента дебюта заболевания (нагноения) выполнялись в сроки от 2 нед. до 12 мес. В 1-й группе выполнялось полное иссечение пилонидальной кисты в пределах здоровых тканей, таких было 25 детей. У 30 пациентов из 2-й группы выполнялось иссечение свищевых ходов с санацией и обработкой антисептиком полости пилонидальной кисты, без ушивания. Госпитализация в 1-й группе длилась 7 ± 3 дн., во 2-й — 3 ± 1 дн. В 1-й группе сроки заживления послеоперационной раны у 16 подростков произошло без осложнений, у 9 детей отмечалось нагноение послеоперационной раны. Сроки заживления раны в данной группе в среднем 25,4 дней. Сроки заживления послеоперационных ран во 2-й группе в среднем 24,7 дня. Рецидивов во 2-й группе не было.

Заключение. Методика прецизионного иссечения свищевых ходов с последующей санацией полости пилонидальной кисты у подростков является эффективной и обладает меньшей травматичностью, отсутствием необходимости в обезболивании и антибактериальной терапии в послеоперационном периоде, снижением срока госпитализации, отсутствием рецидивов. Однако, учитывая малое количество пациентов, исследование в данном направлении продолжается.

Ключевые слова: пилонидальная киста; эпителиальный копчиковый ход; пилонидальный синус.

РОЛЬ ВИДА КОЛОСТОМЫ У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ СО СВИЩАМИ В МОЧЕВУЮ СИСТЕМУ НА ИНФЕКЦИЮ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Койнов Ю.Ю.¹, Грамзин А.В.^{1,2}, Павлушин П.М.¹, Цыганок В.Н.¹,
Кривошеенко Н.В.¹, Охотина А.А.¹

¹ Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия;

² Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Обоснование. Встречаемость аноректальных мальформаций, по данным литературы, составляет от 1:2000 до 1:5000 новорожденных, и только у мальчиков отмечаются врожденные свищи в мочевую систему (уретру или мочевого пузыря). Более 60 % случаев аноректальных пороков сопровождаются нарушениями развития других органов — трахеопищеводный свищ, гидронефроз, мегауретер, патология крестца, аномалии спинного мозга. Первым этапом хирургического лечения данных пациентов является превентивная колостомия, которая выполняется в первые сутки жизни ребенка. Вторым этапом проводится разобщение свища с мочевой системой с одномоментной анопроктопластикой. Данное оперативное вмешательство выполняется в возрасте 2–6 мес. жизни. Учитывая наличие функционирующего свища, у детей данной категории часто персистирует инфекция мочевыводящих путей (ИМПВ). Большое значение имеет вид наложенной превентивной колостомы в профилактике ИМПВ.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2022 г. в детском хирургическом отделении ГБУЗ НСО ГНОКБ пролечено 25 детей с врожденным пороком развития: атрезия прямой кишки с ректоуретральным и ректопузырным свищом. Проведен ретроспективный анализ частоты ИМПВ и ее зависимость от вида колостомы у детей между 1-м и 2-м этапами оперативного вмешательства. У 11 пациентов (44 %) первым этапом оперативного лечения было выполнено наложение петлевой превентивной колостомы на дистальные отделы толстой кишки. Остальные 14 пациентов (56 %) оперированы в объеме раздельной колостомии. Всем детям оперативные вмешательства выполнены в промежутке 20–28 ч жизни. Второй этап оперативной коррекции порока выполнялся в возрасте 3–6 мес. жизни.

Результаты. У 9 детей с петлевой колостомой наблюдалась персистирующая ИМПВ, с необходимостью в антибиотикотерапии. У пациентов, оперированных в объеме раздельной колостомии, мочевого синдрома не наблюдалось. Сопутствующая урологическая патология (гидронефроз, мегауретер) наблюдалась у 12 детей (5 — петлевая колостома, 7 — раздельная колостома). Однако выраженных нарушений уродинамики, требующих срочного оперативного вмешательства не было. Коррекция данной патологии выполнена после ликвидации колостомы.

Выводы. Раздельная колостомия у детей с аноректальными мальформациями со свищами в мочевую систему показала отсутствие ИМПВ в наших наблюдениях. Наличие сопутствующей урологической патологии не всегда проявлялась ИМПВ. Таким образом, раздельная колостомия значительно снижает риски возникновения ИМПВ, и в результате не приводит к удлинению сроков ожидания 2-го этапа оперативного лечения.

Ключевые слова: раздельная колостомия; аноректальная мальформация; ректоуретральный свищ; ректовезикальный свищ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ У ДЕТЕЙ

Комарова С.Ю.¹, Цап Н.А.¹, Сысоев С.Г.², Основин П.Л.²,
Аржанников А.А.², Дедюхин Н.А.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

² Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Наиболее информативным и чувствительным методом диагностики МКБ, а также почечной колики при обструкции камнем на современном этапе принято считать компьютерную томографию (КТ). По данным европейских и российских клинических рекомендаций выполнение нативной КТ дает возможность определить точное количество, локализацию и плотность конкремента. При диагностике конкрементов мочевыводящих путей бесконтрастная КТ обладает высокой чувствительностью по сравнению с экскреторной урографией. Однако она не предоставляет данных о функции почек.

Цель: на основе анализа клинических и КТ проявлений у детей с почечной коликой применить дифференцированный подход к выбору способа купирования почечной колики.

Методы. Проведено ретроспективное исследование 156 историй болезни детей с МКБ, находящихся на лечении в отделении урологии-андрологии за период 2019–2021 гг. С почечной коликой в неотложном порядке госпитализировано 116 (74,4 %) детей. Возросло количество детей с конкрементами верхних мочевых путей: в 2019 г. — 40 детей, из них в неотложном порядке — 22 (55 %), в 2020 г. — 47 детей с МКБ, из них 34 (72,3 %) в неотложном порядке, в 2021 г. — 69 детей, из них 60 (86 %) экстренно. Это объясняется внедрением в диагностический алгоритм КТ с болюсным контрастированием. С 2021 г. КТ с болюсным контрастированием применяется всем детям с подозрением на почечную колику при МКБ.

Результаты. Госпитализация детей с почечной коликой в экстренном порядке увеличилась с 55 до 86 %. По локализации конкрементов: почки — 52 (33,3 %), мочеточник — 96 (61,5 %), мочевого пузыря — 3 (1,9 %), уретра — 5 (3,2 %). Дренажное ВМП выполнено 83 (62,4 %) детям путем установки стента возрастного размера. Экстренное стентирование в первые сутки проведено 45 (54,2 %) детям, у которых по данным КТ выявлена полная обструкция с нарушением функции почки.

Заключение. Доказана высокая эффективность применения в диагностическом алгоритме при почечной колике спиральной КТ с болюсным контрастированием, что способствовало достоверному диагнозу, срочной госпитализации и экстренному стентированию мочевых путей.

Ключевые слова: почечная колика; диагностика; дети.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РЕБЕНКА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Коновалова А.А., Цепелев В.Л.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Описание наблюдения. Мальчик, 3 года, болен с 1 января, когда появилась многократная рвота, желудочным содержимым, родители самостоятельно давали Смекту, без эффекта. 3 января вызвали бригаду скорой медицинской помощи, ребенок доставлен в Краевую инфекционную больницу, где выставлен диагноз: «Инфекционный гастроэнтероколит, неуточненной этиологии, средней степени тяжести. Экзикоз (?) Брыжеечный мезоденит». 7 января появились боли в животе, ребенок был осмотрен хирургом, где данных о хирургической патологии найдено не было, а после ректального осмотра у ребенка отошел замаскообразный обильный стул, в большом количестве впервые с 31 декабря, также прекратилась рвота. В вечерние часы ухудшилось общее состояние, ребенок стал вялый, не разговаривал, лежал на левом боку в позе «эмбриона». Дежурный врач перевел ребенка в реанимационное отделение, где была выполнена рентгенография органов брюшной полости, на которой выявлены признаки кишечной непроходимости и инородные тела. Мальчик перегоспитализирован в отделение анестезиологии и реанимации Краевой детской клинической больницы. При поступлении ребенка состояние оценено как тяжелое, за счет выраженного экзикоза, водно-электролитных нарушений. При осмотре живота обращают на себя внимание конструированные, расширенные, перистальтирующие «маятникообразно» петли кишечника в верхних отделах живота. При ректальном осмотре ампула прямой кишки пустая, через верхнюю стенку пальпируются шарообразные инородные тела. При сборе анамнеза у родителей удается выяснить, что мальчик в течении трех дней до начала заболевания играл самостоятельно с пластилином и разными мелкими игрушками, в составе которых имеются магнитные и металлические конструкторы разных цветов и размеров. После предоперационной подготовки оперирован. При выполнении средне-срединной лапаротомии, к ране предлежат перераздутые петли кишечника, при дальнейшей ревизии определяются спавшиеся петли тонкой и толстой кишки, обращает на себя внимание «сращение» между собой петель подвздошной кишки, при пальпации определяются округлые тела, которые при разделении магнитным притяжением сдавливают стенки кишечника между собой, затем последние были разделены и в зоне стояния инородных тел обнаружены перфорационные отверстия, из которых поступает тонкокишечное содержимое, в двух сегментах стенка кишки некротически изменена. Принято решение о сегментарной резекции подвздошных кишок, первый анастомоз был наложен на расстоянии метра, второй — 15 см от илеоцекального угла, также при ревизии участка кишки между наложенными анастомозами обнаружены 5 единичных перфорационных отверстий, которые были ушиты.

На 15 сутки после оперативного лечения у ребенка полностью восстановилась функция желудочно-кишечного тракта, выписан домой.

Ключевые слова: инородные тела; кишечная непроходимость; лапаротомия; магниты; дети.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМ АППЕНДИЦИТОМ

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

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

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

Обоснование. Нами отмечено изменение структуры больных с аппендикулярным перитонитом. Последнее отчасти обусловлено тотальным внедрением лапароскопических технологий лечения детей. Сохраняется немногочисленная группа больных, в которой традиционно рациональными методами являются открытые оперативные вмешательства.

Цель: обосновать рациональные методы оперативного лечения детей в соответствии с видом и стадией аппендикулярного перитонита.

Методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 223 детей с осложненным аппендицитом с 2012 по 2021 гг. В работе применена классификация клиники с выделением трех стадий разлитого (РП) и отграниченного аппендикулярного перитонита (ОАП). Всем больным при поступлении выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости. Оперативное лечение предполагало проведение лапароскопической (ЛС) аппендэктомии.

Результаты. В стационаре за 10-летний период оперировано 223 больных с АП. Отмечено преобладание больных с I и II стадиями заболевания РП и ОАП. Доказана высокая информативность УЗИ БП при установлении вида и стадии перитонита. Установлено, что результаты УЗИ не стали абсолютными для определения ограничений ЛС технологий при ОАП. «Специфические» клинические проявления заболевания характеризовали больных во II–III стадиях РП и ОАП ($p < 0,05$). Доказаны различия интраоперационных проявлений РП и ОАП в ходе ЛС при различных стадиях заболевания. В группе больных с ОАП (178) в I, II и III стадиях заболевания ЛС технологии были эффективными в 72 (98,6 %), 76 (90,5 %) и 13 (62 %) наблюдениях ($p < 0,05$). Ограничения для лечебной ЛС у 17 (9,6 %) больных были обусловлены деструкцией купола слепой кишки (1), «неудобными» для ЛС доступа локализациях ЧО при выраженном отграничении (15), невозможностью ЛС дренирования ПА (1). В группе больных с РП (45) в I и II стадиях заболевания ЛС технологии были эффективными в 28 (100 %) и 15 (93,7 %) наблюдениях ($p < 0,05$). Ограничения для лечебной лапароскопии у 2 (4,5 %) детей были обусловлены тяжестью РП, что потребовало выполнения срединной лапаротомии.

Заключение. ЛС технологии у детей с АП могут быть эффективными в 92 % наблюдений. Ограничения для ЛС технологий носят специфический характер для отдельных форм АП и обусловлены невозможностью выполнения должного объема оперативного вмешательства.

Ключевые слова: аппендицит; перитонит; лапароскопия; дети.

ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ГИПЕРТЕРМИЧЕСКАЯ ХИМИОПЕРФУЗИЯ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ ПОЛОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ОПЫТ НМИЦ ДГОИ ИМ. ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА

Кривоносов А.А., Ахаладзе Д.Г.

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Москва, Россия

Обоснование. Циторедуктивные операции и гипертермическая внутрибрюшная химиоперфузия (hyperthermic intraperitoneal chemotherapy, HIPEC) зарекомендовали себя как эффективный метод лечения злокачественных опухолей органов брюшной полости с диссеминацией по брюшине у взрослых пациентов. В последние годы такие операции находят все большее применение у детей. Наблюдения об использовании гипертермической внутригрудной химиоперфузии (hyperthermic intrathoracic chemotherapy, HITHC) у взрослых пациентов ограничены, а в детской популяции встречаются у единичных пациентов.

Цель: продемонстрировать опыт применения циторедукции и гипертермической химиоперфузии брюшной и грудной полостей у детей.

Методы. В НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева за период с 27.04.2021 по 01.06.2022 выполнены 11 циторедуктивных операций с последующей гипертермической химиоперфузией (2 грудной и 9 брюшной полости), из которых 3 мальчика и 8 девочек. Возраст колебался от 20 до 204 мес. (медиана — 123 мес.), Peritoneal cancer index варьировал от 0 до 12 (медиана — 4). Во всех случаях Completeness of Cyto-reduction Score составил — 0. Данный вид лечения получили дети с гистологическими диагнозами: синовиальная саркома, рабдоидная опухоль, DICER1 — ассоциированная саркома, экстраренальная нефробластома, саркома с перестройкой гена *BCOR*, мезотелиома, метастатическое поражение легких и плевры при нефробластоме, недифференцированная саркома, десмопластическая мелкокруглоклеточная опухоль.

Результаты. Время операции составило от 115 до 510 мин (медиана — 310 мин). Интраоперационная кровопотеря — от 5 до 2000 мл (медиана — 100 мл). В 4 случаях использовался препарат цисплатин в 7 случаях — комбинация цисплатина и доксорубицина. У 5 пациентов после проведения циторедуктивной операции с применением гипертермической химиоперфузии отмечается ремиссия болезни, четверо пациентов продолжают системное лечение, у одного пациента зарегистрирован локальный рецидив опухоли, один пациент умер от прогрессии основной болезни.

Заключение. Опыт применения гипертермической химиоперфузии у пациентов детского возраста ограничен, поскольку у детей реже встречается распространение злокачественных опухолей по брюшине и плевре. Учитывая невысокую встречаемость эпителиальных карцином у детей, гипертермическая химиоперфузия находит большее применение у пациентов с другими типами злокачественных опухолей. В качестве химиопрепаратов для химиоперфузии чаще используют цисплатин и доксорубицин. Эти препараты демонстрируют хорошую переносимость при проведении гипертермической химиоперфузии у детей, даже при использовании высоких доз препаратов. Продemonстрирован первый опыт выполнения подобных вмешательств у детей в Российской Федерации, полученные удовлетворительные ближайшие онкологические результаты стимулируют к дальнейшему накоплению опыта.

Ключевые слова: гипертермическая химиоперфузия; HIPEC; HITHC; циторедуктивные операции.

ВРОЖДЕННЫЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ: ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кривошееенко Н.В., Грамзин А.В., Чикинев Ю.В., Койнов Ю.Ю.,
Цыганок В.Н., Павлушин П.М.

Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия

Обоснование. Врожденная диафрагмальная грыжа — один из сложных пороков развития периода новорожденности. Своевременная диагностика, проведение оперативной коррекции приводит к хорошим результатам, что в свою очередь говорит о том, что это коррегируемый порок.

Цель: анализ структуры патологии, хирургической коррекции порока.

Методы. В исследование включен 21 новорожденный с диагностированной ВДГ, родившийся на территории ОПЦ и переведенный из стационаров города и области, за период с 2017 по 2021 г. При анализе учитывали структуру патологии, летальность, вид оперативного вмешательства.

Результаты. За последние 5 лет количество пролеченных в условия ГНОКБ составило 21 ребенок с ВДГ, 4 новорожденных (22 %) погибло в первые часы жизни. При анализе данных патолого-анатомической экспертизы, у всех погибших имело место выраженная гипоплазия обоих легких, а также сочетание с МВПР и сопутствующей патологией. Из 21 пациента, госпитализированного в детскую хирургическую клинику, в структуре патологии превалировала ложная грыжа слева у 15 детей (71 %). Из числа оперированных детей лапаротомия выполнена 3 пациентам (16 %), торакотомия — 1 (5 %), торакоскопия — 14 (77 %). В послеоперационном периоде погибло 2 детей.

Заключение. 22 % детей с ВДГ погибло в первые часы жизни. После проведения оперативного вмешательства погибло двое новорожденных. Учитывая высокую летальность детей с ВДГ до транспортировки в хирургический стационар, вопрос о применении экстракорпоральной мембранной оксигенации остается открытым. Эндоскопическая коррекция ВДГ является методом выбора при лечении новорожденных.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа; торакоскопия; пластика диафрагмы; дети.

ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА

Кузовлева Г.И., Бондаренко С.Г.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Обоснование. Сокращение размеров верхних мочевых путей после проведенной реимплантации мочеточника, независимо от техники ее проведения, происходит в течение нескольких месяцев. Неправильная и несвоевременная оценка динамики сокращения может трактовать результат операции как неудовлетворительный и приводит к неоправданным повторным оперативным вмешательствам.

Цель: оценить динамику сокращения верхних мочевых путей после реимплантации мочеточника, определить критерии недостаточности неоустья, определяющие необходимость повторного вмешательства.

Методы. Проведена оценка клинического течения, состояния верхних мочевых путей в раннем послеоперационном периоде, а также среднесрочные результаты реимплантации мочеточника у 44 детей (48 мочеточников). Было прооперировано 24 пациента (28 мочеточников) с обструктивным и 20 (20) с рефлюксирующим мегауретером. 29 пациентам проведена лапароскопическая экстравезикальная уретероцистостомия, 14 — открытая экстравезикальная, и 5 — пневмозикоскопическая реимплантация. Шесть мочеточников были резецированы по ширине, 20 мочеточников во время операции были стентированы. Ультразвуковую оценку диаметров лоханки и мочеточников в послеоперационном периоде проводили на 7–10-е сутки, когда стентирование не использовалось и на следующий день после удаления стента (12-е сутки) при стентировании. Результат оперативного лечения оценивали в том числе по данным УЗИ в среднем через 12 мес.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде в 21 случае отмечено нарастание диаметра лоханки на 57 %, в 7 — диаметр лоханки был стабильным, в 18 — значительное уменьшение диаметра лоханки на 61,3 %. Увеличение диаметра мочеточника обнаружено в 13 случаях, уменьшение — в 28, диаметр 7 мочеточников был стабильным. Нарастание диаметра лоханки при ПМР (13 из 20) встречалось чаще, чем при обструктивном мегауретере (8 из 28, $p = 0,019$). Частота нарастания диаметра мочеточника при ПМР (8 из 20) не отличалась от таковой при обструктивном мегауретере (5 из 28, $p = 0,1$). Вероятность нарастания диаметра лоханки не определялась возрастом больных ($b = 0,006$, $p = 0,6$), однако имела отрицательную связь между дооперационным диаметром мочеточника и частотой нарастания диаметра лоханки после операции ($b = -0,2$, $p = 0,003$). Такая же закономерность обнаружена и для динамики диаметра мочеточника ($b = -0,3$, $p = 0,002$). Риск нарастания диаметра лоханки и мочеточника в послеоперационном периоде был выше при реимплантации с использованием стентирования мочеточника. Вид реимплантации или моделирование мочеточника не оказывали влияния на частоту нарастания диаметра лоханки или мочеточника после операции. В 46 почечных единицах при контрольном обследовании было констатировано разрешение гидронефроза и дилатации мочеточника, у 2 — персистирование гидронефроза (неполное опорожнение мочевого пузыря — 1, ретенноз мочеточника — 1).

Заключение. Вне зависимости от выбранной техники реимплантации ранний послеоперационный период характеризуется наличием транзиторного нарастания гидронефроза в 45 % и увеличением диаметра мочеточника в 28 % случаев. Ухудшение состояния верхних мочевых путей клинически не значимо и полностью разрешается к 12-му месяцу послеоперационного периода.

Ключевые слова: обструктивный мегауретер; рефлюксированный мегауретер; реимплантация; результаты лечения.

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ

Лебедев Д.А., Осипов И.Б., Сарычев С.А., Красильников Д.Е., Алексеева Л.А., Лифанова М.В., Соловьев А.А.

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

Обоснование. Первичный обструктивный мегауретер (ПОМ) — это следствие нарушения уродинамики из-за врожденной стриктуры в терминальном отделе мочеточника, что ведет к снижению и последующей утрате функции почки. Лечение ПОМ традиционно включает операции, направленные на реимплантацию мочеточника с удалением стриктуры и модификацией мочеточника по ширине, при необходимости. Баллонная дилатация стриктуры мочеточника до настоящего времени является новым методом лечения ПОМ.

Цель: изучить результаты баллонной дилатации стриктуры мочеточника у детей с первичным обструктивным мегауретером.

Методы. За период с 2012 по 2020 г. однократная баллонная дилатация стриктуры мочеточника при ПОМ II и III степени по Н.А. Лопаткину выполнена 79 детям (мальчики 65, девочки 14), с 92 пораженными мочеточниками. Для процедуры дилатации использовали баллонный катетер с диаметром наконечника от 4 до 7 Fr. Проводили раздувание наконечника катетера до формирования талии по типу «песочных часов», после чего повышали давление в баллонном наконечнике, что приводило к разрыву стриктуры. В мочеточник устанавливали стент, дренирование мочевого пузыря проводили продленной катетеризацией. Длительность баллонной дилатации составила у мальчиков $Me = 45,0$ [30; 60], у девочек $Me = 42,5$ [25; 50] мин. Длительность послеоперационного стентирования составила $Me = 68$ [48; 91] сут, катетеризации мочевого пузыря $Me = 15$ [5; 61] день. Срок наблюдения за пациентами после баллонной дилатации составил от 1 года до 10 лет.

Результаты. Интраоперационных осложнений не было, в 15 случаях (18,98 %) в раннем послеоперационном периоде имелось обострение пиелонефрита. Протяженность стриктуры мочеточника, определенная при ультразвуковом исследовании и последующей рентгеноскопической оценке, составила $Me = 7,0$ [6,0; 9,0] мм. В 50 (63,29 %) случаях разрыв стриктуры был достигнут быстро, с расправлением баллонного наконечника. У 29 детей дилатация стриктуры проходила с трудностями, у 17 детей медленно, не полностью, с сохранением талии, требовалось увеличение давления. У 12 детей разрыв стриктуры не был достигнут, в связи с чем увеличен диаметр баллона в 6 случаях, и в 6 — использован режущий баллонный катетер. При контрольном обследовании у 63 детей (79,74 %) отмечена нормализация уродинамики, сохраняющаяся при дальнейшем наблюдении. У 16 детей (20,25 %) положительная динамика отсутствовала. При контрольной цистографии пузырно-мочеточниковый рефлюкс выявлен в 4 случаях. Для определения факторов, имеющих существенное влияние на окончательный результат баллонной дилатации, проведена оценка различных возможных предикторов (паспортных, уродинамических, инфекционных, анатомических, особенностей хода операции и послеоперационного периода). Доказано влияние на эффективность вмешательства протяженности стриктуры мочеточника (M-U Test $U = 202,5$ $p = 0,0002$) и характера разрыва стриктуры при баллонировании (Fisher exact $p = 0,0006$). Отмечена значимая разница положительных и отрицательных результатов в группах детей с длиной стриктуры до 10 мм и равной или большей 10 мм (Fisher exact $p = 0,00001$). Предиктором плохого результата являлась высокая активность пиелонефрита после удаления стента мочеточника (Fisher exact $p = 0,00001$).

Заключение. Практически 80 % детей с ПОМ были излечены методом баллонной дилатации стриктуры мочеточника. Неблагоприятный исход вмешательства значительно возрастал при длине стриктуры более 10 мм, трудностях раздувания баллонного наконечника, свидетельствующих об устойчивости измененной части мочеточника к дилатации.

Ключевые слова: обструктивный мегауретер; дети; баллонная дилатация; малоинвазивное лечение; эндоскопическое лечение; стриктура мочеточника.

СОНОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИИ ЯИЧКА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Лепихов И.П., Щербинин А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Донецкая Народная Республика

Обоснование. Из острой патологии органов мошонки у детей наиболее опасной является та, которая проявляется ишемией яичка. Среди многообразия патологии органов мошонки в практике ургентного детского хирурга в 12–18 % случаев встречается перекрут яичка.

Цель: оценка результатов эффективности проводимого лечения, путем сонографического определения кровотока яичка в яичковой артерии при острой ишемии яичка.

Методы. На базе Республиканской детской клинической больницы Донецка за период с 2017 по 2021 г. на лечении находилось 120 детей с диагнозом перекрута яичка в возрасте от 2 до 17 лет. По давности заболевания дети были распределены следующим образом: до 3 ч — 30 (25 %) случаев; от 3 до 6 ч — 71 (59 %); от 6 до 24 ч — 12 (10 %); от 24 до 72 ч — 6 (5 %) мальчиков; свыше 72 ч — 1 (1 %) случай. В поздние сроки от начала заболевания поступило 19 (16 %) детей, были связаны с врачебными диагностическими ошибками на догоспитальном этапе и поздним обращением родителей и ребенка за медицинской помощью. Всем детям перед проведением оперативного лечения было проведено УЗИ органов мошонки с целью оценки кровотока в ишемизированном яичке и доплерография яичковой артерии. Наше исследование основывалось на анализе динамики изменения коэффициента соотношения максимального градиента давления (МГД), который определялся путем деления значения максимального градиента давления в яичковой артерии пораженной стороны на соответствующий показатель интактной стороны. Залогом успешного лечения является быстрее восстановление кровотока в пораженном яичке путем проведения оперативного лечения: ревизия органов мошонки с последующей деторсией и фиксацией яичка к мошонке. В послеоперационном периоде назначается комплексная консервативная терапия, включающая в себя физиолечение и курсы гипербарической оксигенации.

Результаты. Максимальный градиент давления в сосуде на пораженной стороне в первые сутки послеоперационного периода составил $3,26 \pm 14$ мм рт. ст., на контрлатеральной $2,68 \pm 12$ мм рт. ст. Коэффициент соотношения показателей МГД $3,26 : 2,68 = 1,22$. В группе больных с давностью заболевания до 3 ч коэффициент соотношения приближался к единице, что характеризует нормализацию кровотока в пораженном яичке, к 3-м суткам у 50 % больных, а к 5-м суткам в 87 % случаев, к 7-м суткам — у 97 % пациентов. При давности заболевания от 3 до 6 суток, снижение максимального градиента давления и приближение коэффициента соотношения к единице наблюдалась к 5-м суткам в 42 % случаев, к 7-м — у 72 % пациентов. В двух случаях вышеописанные изменения кровотока сохраняли и на контрольном сонографическом исследовании через месяц после оперативного лечения. В случае давности заболевания от 6 до 24 ч восстановление кровотока к 5-м суткам удалось добиться у 30 % пациентов, к 7-м — у 50 %.

Заключение

1. Таким образом, предлагаемый нами метод контроля эффективности лечения острых заболеваний органов мошонки позволяет нам судить о скорости восстановления кровотока в пораженном яичке и служит критерием эффективности проводимой терапии.

2. Как показали наши наблюдения, удовлетворительный результат лечения отмечен у всех пациентов, оперированных в первые 3–6 ч от начала заболевания, ухудшение результатов напрямую зависит от длительности ишемии и градуса перекрута семенного канатика.

Ключевые слова: сонографический метод; ишемия; перекрут яичка; сперматогенный эпителий; яичковая артерия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ДЕТЕЙ

Ли И.Б.¹, Стальмахович В.Н.², Кайгородова И.Н.¹, Козлов Ю.А.^{1,2}

¹ Иркутская областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

² Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Обоснование. Проблема тактики хирургического лечения детей со спонтанным пневмотораксом до настоящего времени окончательно не решена.

Цель: анализ случаев спонтанного пневмоторакса у детей.

Материалы и методы. Материалом для настоящей работы послужил анализ результатов лечения спонтанного пневмоторакса у детей, находившихся на лечении в хирургическом отделении ИГОДКБ с 2006 г. по настоящее время. Гендерный состав: мальчики — 17 (77,3 %), девочки — 5 (22,7 %). Возраст больных от 10 до 17 лет. 78 % случаев приходится на возраст 16–17 лет. Наиболее частыми причинами возникновения явились буллезная трансформация легочной ткани (12,5 %), врожденный порок развития легких (12,5 %), субплевральные блебы (25 %). В 14 случаях (63,6 %) левосторонний пневмоторакс, в 6 (27,3 %) правосторонний пневмоторакс и в 2 (9,1 %) двустороннее поражение, напряженный пневмоторакс — 29 %.

Результаты. Во 100 % госпитализация экстренная с клинико-рентгенологической картиной спонтанного пневмоторакса. При анализе анамнеза выявлено, что в подавляющем большинстве спонтанный пневмоторакс возник на фоне видимого здоровья. 81 % пациентов отмечали факт физической нагрузки или незначительную травму накануне.

Всем больным выполнялось рентгенологическое исследование грудной клетки в 2 проекциях, которое давало вполне объективную и исчерпывающую картину. Стартовое мероприятие оказания помощи — дренирование плевральной полости. В 7 (31,8 %) наблюдениях сохранялся сброс воздуха по дренажу на протяжении 2–4 сут. Всем пациентам после снятия внутригрудного напряжения и частичного расправления легкого выполнено МСКТ, при котором выявлены субвисцеральные буллы и блебы верхушечных сегментов. Хирургическое лечение выполнено в объеме торакоскопической атипичной резекции верхушечных сегментов легкого. В 9,1 % (2) случаев операция выполнена с обеих сторон одновременно. Интраоперационных осложнений, конверсий не было. В 9,1 % (2) отмечен рецидив пневмоторакса, что потребовало реторакоскопии. Удаление плеврального дренажа через сутки после прекращения сброса воздуха, как правило, на 3-и сутки после операции. Средний срок госпитализации составил 13,5 койко-дней.

Выводы. Парахирургические способы как метод окончательного аэрозаза при напряженном пневмотораксе малоэффективны. Принципиальным моментом дальнейшего лечения спонтанного пневмоторакса является выполнение противорецидивных операций. Малая травматичность торакоскопии позволяет шире использовать для лечения спонтанного пневмоторакса.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс; атипичная резекция легких; легочные блебы.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ИСКУССТВЕННЫХ ПОРТОСИСТЕМНЫХ ШУНТОВ В ДИСТАЛЬНЫЙ СПЛЕНОРЕНАЛЬНЫЙ ШУНТ У ДЕТЕЙ

Маргаян С.Р., Разумовский А.Ю.

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

Обоснование. На сегодняшний день для лечения детей с портальной гипертензией радикальным методом лечения остаются операции портосистемного шунтирования и по ряду причин часто накладываются тотальные портосистемные шунты, при которых тотальный сброс крови из системы воротной вены в систему нижней полой вены, сопровождается повышением давления в легочных артериях (легочная артериальная гипертензия), снижением портальной перфузии печени, развитием печеночной недостаточности, гипергаммониемией, портосистемной энцефалопатией. Профилактика перечисленных осложнений у детей с портальной гипертензией после наложения тотальных портосистемных шунтов продолжает оставаться актуальной проблемой в современной детской хирургии, и до недавнего времени не было известно оперативного метода лечения для решения данной проблемы. Однако предложен новый метод реконструкции некоторых тотальных портосистемных шунтов (спленоренальный шунт «бок-в-бок» и спленосупраренальные шунты) в селективный — дистальный спленоренальный шунт, представивший многообещающий результат в плане восстановления портальной перфузии печени.

Цель: проверка эффективности предложенного метода реконструкции тотальных портосистемных шунтов в селективный — портосистемный шунт в плане профилактики легочной артериальной гипертензии, развития печеночной недостаточности, гипергамм.

Методы. В данное проспективное исследование были включены 14 детей с портальной гипертензией, оперированных ранее (наложение тотальных портосистемных шунтов), и перенесших предложенный метод реконструкции шунтов в дистальный спленоренальный шунт. Все эти дети были обследованы до и после реконструкции шунтов (лабораторные исследования, в том числе определение уровня аммиака в крови, УЗИ органов брюшной полости с доплерометрией и доплерографией, Эхо-КГ, ФЭГДС, ангиография, МРТ головного мозга, МСКТ с в/в-контрастированием).

Результаты. После проведения реконструкции портосистемных шунтов в результате исследований (на УЗИ и на ангиографии) у ряда детей были отмечены признаки улучшения портальной перфузии печени, а также снижение уровня аммиака в крови.

Заключение. Разработанный метод реконструкции искусственных портосистемных шунтов (спленоренальный шунт «бок-в-бок» и спленосупраренальные шунты) в селективный — дистальный спленоренальный шунт в ходе исследования показал многообещающий результат в плане восстановления портальной перфузии печени и может быть перспективным оперативным методом лечения для профилактики таких осложнений, как легочная артериальная гипертензия, печеночная недостаточность, гипергаммониемия, портосистемная энцефалопатия у детей с портальной гипертензией после наложения тотальных портосистемных шунтов.

Ключевые слова: перекрытие просвета селезеночной вены; реконструкция шунта; дистальный спленоренальный шунт; дети; портальная гипертензия; спленоренальный шунт «бок-в-бок»; спленосупраренальный шунт; портальная перфузия печени; портосистемная энцефалопатия; гипергаммонием.

ПРОБЛЕМА СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИК И АНАСТОМОЗОВ У ДЕТЕЙ

Мидас К.А.

Детская городская больница № 1, Ростов-на-Дону, Россия;

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Обоснование. По данным литературы послеоперационное спайкообразование обнаруживается у 70–93 %, перенесших полостные операции.

Цель: выявить морфологические различия в спайках брюшной полости с целью обоснования рекомендаций по профилактике спайкообразования.

Методы. Проведено исследование на 47 крысах по созданию спаечного процесса при десерозировании тонкой (21 крыса, I серия) и толстой (26 крыс, II серия) кишки с последующим гистологическим изучением спаечных структур. В обеих сериях экспериментов выполняли срединную лапаротомию и производили десерозацию петли тонкой (толстой) кишки. Через 56 сут животных подвергали девитализации. Иссекали зоны десерозации кишок и производили гистологическое изучение.

Результаты. Макроскопически у крыс с десерозированным участком тонкой кишки выявлено полное отсутствие спаек между этим участком и другими органами брюшной полости. У 6 крыс отмечено рыхлое подпаивание пряди большого сальника к шву брюшной стенки. У всех 26 крыс с хирургическим вмешательством на толстой кишке обнаружено подпаивание десерозированного участка с интактной петлей тонкой кишки и прядью большого сальника. У 17 животных другая прядь сальника была фиксирована к шву брюшной стенки. У 50 % животных большой сальник срывается с рассеченной брюшиной. Гистологические исследования в I серии животных показали, что десерозирование стенки тонкой кишки через 56 сут сопровождается формированием нежной пластинки, состоящей из рыхлой волокнистой соединительной ткани с небольшим количеством фибробластов, коллагеновых волокон и тонкостенных сосудов; межкишечных спаек не образуется. При гистологическом исследовании фрагментов толстой кишки во II серии определяются плотные, с трудом разделяемые спайки между десерозированными участками кишечной стенки и серозной поверхностью петель тонкой кишки и жировой тканью большого сальника. Десерозированная часть толстой кишки сращена с серозной поверхностью тонкокишечных петель и жировой тканью большого сальника. Построение образующихся спаек за этот срок проходит быстрее и сопровождается формированием более плотной соединительной ткани с увеличением количества более толстых коллагеновых волокон и дифференцировкой капилляров в артерии и вены, что предопределяет плотность и перманентность этих спаек. Результаты эксперимента полностью коррелируют с современными клиническими разработками.

Заключение. В экспериментальных условиях не зарегистрирован спаечный процесс между десерозированным участком тонкой кишки, окружающими тонкокишечными петлями и большим сальником. Более грубой структуры спайки между десерозированным участком толстой кишки, тонкокишечными петлями и большим сальником в эксперименте и толстокишечными анастомозами с окружающими структурами в клинике, могут представить реальную угрозу для возникновения спаечной кишечной непроходимости. Первостепенное значение имеет не площадь спаечного процесса в брюшной полости, а сама морфологическая структура спаек.

Ключевые слова: спайкообразование; колоэзоагопластика; анастомозы; дети.

МЕТОДИКА ВЕДЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО ЗАЖИВАЮЩИХ РАН У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Мидас К.А.^{1,2}, Матвеев О.Л.¹, Дадаян А.Г.¹, Каймаков С.С.², Воловик К.Г.²

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия;

² Детская городская больница № 1, Ростов-на-Дону, Россия

Обоснование. Каждый второй больной сахарным диабетом (СД) рано или поздно нуждается в оказании хирургической помощи. С целью ускорения процессов регенерации тканей нами предложено введение препарата инсулина «поверхностно» непосредственно на рану, либо в санированную полость.

Цель: проанализировать использование препаратов инсулина в лечении длительно регенерирующих раненых поверхностей в послеоперационном периоде.

Методы. В состав исследуемых входили 52 пациента с различной гнойной патологией и сопутствующим диагнозом СД 1-го типа. Основная группа А (27 детей) — пациенты (51 % общего числа исследуемых) проходили лечение без применения инсулина. Группа Б (24 человека) — сравнения, с применением препаратов инсулина (инсулин человеческий «Актропид НМ», инъекционная форма), который вводился в полость ран с помощью шприца или инсулиновой ручки. Затем накладывались асептические повязки, либо повязки с антибактериальной мазью. Клиническая эффективность комплексного лечения процессов регенерации у больных с длительно незаживающими ранами оценивалась на основании клинических данных, и в виде совокупности эффекта — нормализации показателей клеточного, гуморального и врожденного звеньев иммунитета, уменьшения площади и глубины раневой поверхности. Лабораторно-инструментальные данные состояли из клинико-биологических тестов, включавших параметры общего анализа крови, мочевины, креатинина, общего белка, билирубина, определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам. Результаты исследования подвергались вариационно-статистической обработке.

Результаты. Сроки регенерации тканей у пациентов и период заживления ран без обработки инсулином нередко затягивается на месяцы, в отличие от группы сравнения. В общем клиническом анализе крови у пациентов первой группы отмечались (95 % всех больных) повышенное общее содержание в крови лимфоцитов ($10-12 \pm 2,26 \cdot 10^9/\text{л}$), моноцитов ($6,7 \pm 3,25$ %), лейкоцитарная формула была в пределах возрастных норм (миелоциты — 0, палочкоядерные — $5,5 \pm 1,7$ %), сегментоядерные $61,0 \pm 8,1$ %, температура тела в норме либо субфебрильная. Об активности воспалительного процесса свидетельствовала клиническая картина раны и показатели СРБ и ФНО. На фоне проводимого исследования и мониторинга гликемии у пациентов уровень глюкозы в крови сохранялся в пределах допустимой нормы.

Заключение. Проведенный анализ групп больных показал положительные стороны метода использования препаратов инсулина у пациентов с СД 1-го типа в послеоперационном периоде, как современного средства в лечении длительно регенерирующих раневых поверхностей.

Ключевые слова: раны; длительно заживающие раны; сахарный диабет; инсулин.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ЗАДНЕЙ КЛОАКОЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Мокрушина О.Г.¹, Коварский С.Л.¹, Шумихин В.С.², Левитская М.В.²,
Халафов Р.В.¹, Струянский К.А.²

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

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

Описание наблюдения. В Детской городской клинической больнице им. Н.Ф. Филатова находился на обследовании и лечении ребенок мужского пола с редкой формой аноректальной мальформации — задняя клоака. Ребенок от 1-й беременности, протекала на фоне бактериурии. Роды первые в 34–35 нед. Оценка по шкале Апгар 6/7б. После рождения переведен в отделение реанимации, затем по стабилизации состояния в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, где находился с предварительным диагнозом стеноз ануса. Для уточнения порока развития аноректальной области и определения дальнейшей тактики лечения переведен в хирургическое отделение. При осмотре наружные половые органы сформированы по мужскому типу, оба яичка в мошонке. Стул самостоятельный. Анус на должствующем месте не определяется, имеется промежностная фистула несколько выше должствующего места расположения ануса. Меат и уретра стенозированы. Отмечается отхождение мочи из уретры и перинеальной фистулы. Выполнено обследование ребенка. При проведении цистографии и ирригографии уретра стенозирована. Расстояние от кишки до метки на коже около 1 см. Уретра имеет неровный ход, в предпузырном отделе соединяется со свищевым ходом, идущим от мочевого пузыря к кишке. Первым этапом наложена сигмостома и цистостома, затем ребенок выписан на медицинскую паузу. По достижении 5 кг ребенок госпитализирован повторно. Ребенок консультирован профессорским составом и врачами урологии — принято решение о перемещении уретрального свища с перианальной области на область мошонки. Выполнена операция: заднесаггитальная аноректопластика. Разобщение и транспозиция ректо-уретрального свища. На 12-е послеоперационный сутки выполнено калибровочное бужирование неоануса от 7 до 11 по Гегар, затем ребенок выписан. По достижении 10 кг ребенок госпитализирован снова, при выполнении исследования через «меат» введено красящее вещество, при его нагнетании, визуализировано отверстие по левой стенке уретры между шейкой мочевого пузыря и семенным бугорком. Выполнена операция по мобилизации и перевязки проксимальной (стенозированной и дисплазированной) уретры, формирование уретростомы. В последующем ребенку выполнена операция Бракка с целью создания неоуретры.

Заключение. В плане хирургической коррекции задняя клоака является наиболее редкой и сложной формой аноректальных мальформаций. Представленное клиническое наблюдение говорит о необходимости этапной коррекции данного порока развития, наличии большого опыта лечения детей с аноректальными и урологическим пороками развития, что позволяет достичь успешного результата.

Ключевые слова: клоака; аноректальные мальформации; уретральный свищ.

ВТОРИЧНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВО-ЛОХАНОЧНЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Морозов В.И., Нуритдинов И.Н., Байбиков Р.С., Харитонов Е.Л., Чебышев А.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Обоснование. Пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс (ПМЛР) является одним из осложнений нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (НДМП). В ряде случаев вследствие ретроградного заброса мочи в верхние отделы мочевых путей патология становится предрасполагающим фактором к развитию хронического пиелонефрита, а в тяжелых случаях — к рефлюксирующему уретерогидронефрозу, рефлюкс-нефропатии и хронической почечной недостаточности.

Цель: изучить частоту вторичного ПМЛР у детей с НДМП.

Методы. На базе ДРКБ МЗ РТ было обследовано 67 детей в возрасте от 5 до 14 лет с установленным диагнозом нейрогенной дисфункции мочевого пузыря. У всех пациентов проводились сбор анамнеза с учетом характеристик произвольного мочеиспускания, комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), а также неврологическая диагностика с привлечением невропатолога и использованием методов объективной нейровизуализации (спондилография, ЭМГ, РЭГ; магнитно-резонансная томография, рентгеновская компьютерная томография спинного мозга по показаниям). ПМЛР диагностировался на основании жалоб (боли в животе, рецидивирующая инфекция мочевых путей), данных УЗИ (увеличение объема лоханки после микции) и данных микционной цистоуретрографии.

Результаты. По данным комплексного нейроурологического обследования был выявлен ПМЛР (I–III степени) у 38 детей (56,7 %) с гиперрефлексией мочевого пузыря (рефлюкс высокого давления), у 17 детей (25,4 %) с мочевым пузырем в гипорефлекторном состоянии (рефлюкс низкого давления). У 12 (17,9 %) детей с детрузорно-сфинктерной диссинергией диагностирован вторичный ПМЛР на фоне функциональной инфравезикальной обструкции. У 57 из 67 обследованных детей (85 %) по данным лабораторно-инструментальных методов обследования был выставлен диагноз «рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей».

Заключение. На основании проведенных исследований установлено, что нейрогенная дисфункция мочевого пузыря является фактором риска у детей по развитию пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса, что требует проведения специальных параклинических методов нейроурологического обследования и патогенетического консервативного лечения.

Ключевые слова: пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс; нейрогенная дисфункция мочевого пузыря; дети.

АТИПИЧНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

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

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

Актуальность. Атипичное проявление острого аппендицита встречается у 20–30 % пациентов. Атипизм клинической картины объясняют многообразием вариантов расположения червеобразного отростка в брюшной полости, а также возрастными и анатомо-физиологическими особенностями.

Цель: описать атипичное клиническое проявление острого аппендицита.

Описание наблюдения. Под нашим наблюдением в октябре–ноябре 2019 г. на базе ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина находился ребенок 8 лет с диагнозом: «Острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Аппендикулярный инфильтрат».

Из анамнеза: болен с 24.10.2019 — появились боли в животе непостоянного характера, многократная рвота, жидкий стул. 25.10.2019 — повышение температуры тела до 39 °С. 28.10.2019 сохраняются боли в животе, рвота до 10 раз с примесью желчи. 29.10.2019 — рвота 3 раза, жидкий стул зеленого цвета, повышение температуры тела до 37,8 °С. Педиатром направлен в ДИБ. 30.10.2019 — сохраняются боли в животе постоянного характера. Осмотрен детским хирургом — заподозрен острый живот. УЗИ органов брюшной полости 30.10.2019: признаки инфильтрата в правой подвздошной области. Госпитализирован по экстренным показаниям. При осмотре — признаки деструктивного аппендицита. Симптомы раздражения брюшины положительные. ОАК 30.10.2019 — лейкоциты $14,3 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 16 мм/ч, с/я 73 %. ОАМ — без особенностей. УЗИ-контроль органов брюшной полости 12.11.2019: свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не выявлено. Петли кишечника без особенностей, перистальтика активная.

Операция от 30.10.2019 — аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал гладко.

Вывод. На сегодняшний день, в связи с индивидуальными особенностями организма ребенка, зачастую острый аппендицит клинически (в начальном периоде заболевания) проявляется атипично (высокая температура тела, жидкий стул, рвота, а основной симптом — боли в животе — запаздывает), следовательно, тщательное выявление местной симптоматики помогает избежать развития перитонита.

Ключевые слова: острый аппендицит; боли в животе; атипичное течение.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НА ФОНЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

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

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

Актуальность. Диагностика и лечение некротической флегмоны при ветряной оспе у детей остается важной и сложной проблемой. Это осложнение встречается чаще у детей от 1 до 7 лет. Преимущественной локализацией является голова, передняя брюшная стенка, нижние конечности.

Цель: описать проявление некротической флегмоны на фоне ветряной оспы.

Описание наблюдения. Анамнез: с 19.02.2022 мальчик 5 лет болеет ветряной оспой. 22.02.2022 повредил папулу, образовалась ранка с налетом фибрина на дне, вокруг нее появился венчик гиперемии, отек, болезненность при пальпации, уплотнение мягких тканей. Далее покраснение нарастало, уплотнение мягких тканей перешло на переднюю брюшную стенку. С 23.02.2022 лихорадит до фебрильных цифр. Осмотрен хирургом: в области правой боковой стенки грудной клетки определяется кратерообразная ранка 0,3×0,3 см с налетом фибрина на дне. Вокруг раны, с переходом на переднюю брюшную стенку определяется отек, инфильтрация мягких тканей, гиперемия кожных покровов, болезненность при пальпации, симптом флюктуации (-). Выявлен инфильтрат мягких тканей области туловища и живота справа на фоне ветряной оспы. Рекомендовано: консервативное местное и общее лечение, перевязки, осмотр хирурга в динамике. УЗИ мягких тканей 02.03.2022: патологических и объемных образований в мягких тканях передней брюшной стенки не выявлено. ОАК — лейкоцитоз, снижение Т- и В-лимфоцитов. ОАМ без особенностей. 04.03.2022 при осмотре хирургом выявлены признаки абсцедирования, выполнено дренирование гнойного очага резиновым выпускником. Получен серозно-гнойный выпот около 20–30 мл. Наложена гипертоническая повязка. Осмотр хирурга 10.03.2022: инфильтрация мягких тканей на боковой поверхности туловища значительно уменьшилась, из раны отделяемого нет, эпителизируется.

Вывод. Обширное гнойное воспаление кожи на фоне ветряной оспы возможно, но комплексное (антибактериальное и симптоматическое лечение), в том числе адекватное хирургическое вмешательство в очаге поражения, приводит к быстрому выздоровлению.

Ключевые слова: некротическая флегмона; ветряная оспа; хирургическое лечение.

ПЕРЕКРУТ КИСТЫ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

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

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

Актуальность. Перекрут кисты большого сальника — редкое полиэтиологическое заболевание, являющееся одной из причин острых болей в животе у детей. Подобная патология встречается у 0,01–0,32 % пациентов, экстренно оперированных на органах брюшной полости.

Цель: описать редкий клинический случай перекрута кисты сальника у ребенка.

Описание наблюдения. Под нашим наблюдением в апреле 2022 г. на базе ГУЗ ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина с диагнозом: «Острый катаральный аппендицит. Мезаденит. Соп: перекрут кисты большого сальника», находился ребенок 8 лет. Из анамнеза: мальчик поступил в ДХО с жалобами на боли в животе, которые отмечались с вечера 29.04.2022, повышение температуры тела до 38 °С. Тошноты и рвоты не было. При осмотре: живот мягкий, не увеличен, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Дефанс положительный. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. ОАК — лейкоцитоз. ОАМ без особенностей. Лечение: операция от 30.04.2022 — аппендэктомия, резекция кисты сальника; антибиотикотерапия, симптоматическая терапия. Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение хирурга по м/ж.

Вывод. Частота встречаемости перекрута кисты большого сальника у детей крайне низка. Заболевание обычно протекает под маской острого аппендицита. Схожесть клинических проявлений острого аппендицита и перекрута кисты сальника у ребенка приводит к принятию решения в пользу раннего оперативного лечения.

Ключевые слова: перекрут; киста; большой сальник; дети.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА СО СПОНТАННЫМ ГЕМОПНЕВМОТОРАКСОМ

Мустакимов Б.Х., Ростовцев Н.М.

Челябинская областная детская клиническая больница, Челябинск, Россия

Актуальность. Спонтанный гемопневмоторакс является редким заболеванием, особенно у детей. При несвоевременном оказании помощи может привести к летальному исходу. Также имеется мало описаний его лечения.

Описание наблюдения. Мальчик 16 лет доставлен в больницу скорой помощью, через 16 ч от начала заболевания из районной больницы. Ночью при подъеме с кровати упал в обморок, стал жаловаться на вялость, слабость, боли в грудной клетке. По месту жительства выполнен общий анализ крови, рентгенография грудной клетки не проводилась, после направлен в областное учреждение. При поступлении ребенок передвигался на своих ногах, гемодинамических нарушений не отмечено, в ОАК анемии не было. При аускультации справа имелось ослабление дыхания. Пациенту выполнена рентгенография и КТ грудной клетки, выявлен напряженный гидропневмоторакс.

Выполнено дренирование правой плевральной полости под общей анестезией в 6 межреберье по средней подмышечной линии, одномоментно эвакуировано до 2000 мл крови. Появилась гиповолемия. Гемодинамика восстановлена путем проведения инфузионной терапии глюкозо-солевыми растворами. За 2 ч отделилось еще 200 мл геморрагического отделяемого. В динамике в общем анализе крови появилась анемия (гемоглобин 83 г/л). Проводилась гемотрансфузионная терапия. Геморрагическое отделяемое прекратилось, воздухотечения не было. Ребенку выполнена торакоскопия в экстренном порядке. В плевральной полости имелось большое количество сгустков крови, полость санирована. В верхушке выявлены блебы диаметром до 0,5 см, другой органической патологии и источника продолжающегося кровотечения не выявлено. Выполнена атипичная резекция измененной части апикальных сегментов легкого. Плевральная полость дренирована, дренаж на 3-е сутки удален, на контрольной рентгенограмме легкие полностью расправлены. Больной выписан домой на 7-е сутки. На контрольной рентгенограмме через 1 мес. у больного выявлен ненапряженный пневмоторакс справа, госпитализирован повторно в экстренном порядке. Выполнена торакоскопия, в плевральной полости имелся невыраженный спаечный процесс, органической патологии не выявлено. Зона ранее проведенной резекции без особенностей. Спайки рассечены и выполнена субтотальная плеврэктомия. Выписан на 6-е сутки. В течение 12 мес. послеоперационного наблюдения отдаленных осложнений не отмечено, данных о рецидиве заболевания не получено.

Заключение. Выбранное нами минимально инвазивное лечение привело к выздоровлению.

Ключевые слова: гемопневмоторакс; торакоскопия; плеврэктомия.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА

Назарова И.М., Айкин В.С., Шарапов В.И.

Нижневартонская окружная клиническая детская больница, Нижневартонск, Россия

Цель: улучшение качества оказания медицинской помощи детям с химическими ожогами пищевода (ХОП).

Актуальность. Количество химических ожогов пищевода (ХОП) не имеет тенденции к уменьшению. В связи с развитием эндоскопии значительно улучшилась диагностика степени поражения ожогов ЖКТ и прогнозирование процесса стенозирования пищевода.

Материалы и методы. Проведен анализ 72 ИБ детей, находившихся на лечении за период с 2010 по 2022 г. с диагнозом «ХОП». Среди пациентов было 58 мальчиков (80,5 %) и 14 девочек (19,5 %). В возрасте до 3 лет 67 (93,1 %) детей и от 3–10 лет — 5 (6,9 %). В первые сутки после травмы поступили 63 (87,5 %) ребенка, 4 (5,5 %) ребенка — на 2-е сутки, и 5 детей (7 %) — в более поздние сроки (2 нед. и 1 мес.). Среди химически агрессивных агентов превалирующее место занимали: уксус — 38 (52,7 %), моющие средства — 16 (22,2 %), перманганат калия — 6 (8,3 %), батареек — 6 (8,3 %), другие химические вещества (ацетон, паяльная кислота, аммиак) — 6 (8,3 %).

Результаты. Топика поражения ВОПТ у всех детей была идентичной, во всех случаях сопровождалась болевым и интоксикационным синдромами. У всех пациентов подтвержден ХОП различной степени: I — 28 (38,8 %) случаев, II — 29 (40,2 %) случаев, III — 15 (20,8 %) случаев. Стеноз пищевода развился у 24 (33,3 %) детей. Все дети получали медикаментозное лечение. Длительность госпитализации определялась тяжестью поражения пищевода и необходимостью выполнения бужирования пищевода. Начало бужирования пищевода проводили с 18–21-го дня от начала заболевания, после проведения контрольного обследования (ФГДС, рентгеноскопия пищевода). Применялось бужирование пищевода под эндоскопическим контролем с постепенным увеличением размера бужа до возрастного. На втором этапе выполнялось поддерживающее бужирование пищевода возрастным размером бужа. При полной непроходимости пищевода у 9 (12,5 %) детей потребовалось наложение гастростомы и осуществление направляемого бужирования пищевода за нить.

Выводы:

1. Формирование стеноза пищевода зависит от характера прижигающего агента, вызвавшего ХОП, и объема лечебных мероприятий, применяемых в острую фазу ожога.

2. Бужирование пищевода с эндоскопическим контролем позволило отказаться от раннего профилактического бужирования.

3. При ХОП III степени бужирование необходимо начинать на 18–21-й день после ожога с методики бужирования пищевода под эндоскопическим контролем; при ХОП III степени щелочами или кристаллами перманганата калия, необходимо наложение гастростомы, проведение нити через гастростому и бужирование пищевода за нить.

4. Применение вышеприведенной схемы бужирования пищевода позволило в 99,9 % добиться хороших отдаленных результатов и сократить число детей-инвалидов.

Ключевые слова: химический ожог пищевода; дети; бужирование.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОГРУЖЕНИЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Налбандян Р.Т., Митиш В.А., Мединский П.В.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия

Обоснование. Тактика лечения детей с гнойно-воспалительной патологией крестцово-копчиковой области окончательно не отработана.

Цель: анализ собственного материала.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 183 детей с эпителиальными погружениями крестцово-копчиковой области, находившихся на лечении в НИИ НДХиТ в период с 2012 по 2020 г. Большинство (175 больных) составили дети, которым выполнялось хирургическое лечение эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ) или пилонидальных кист (ПК). Всего 8 пациентов были с другими патологиями (воронкообразное кожное втяжение, хвостоподобный придаток, дермоидная киста, эпидермальная киста). Средний возраст исследуемых пациентов составил 15 лет. Незначительное большинство составили мальчики (53,4 %). Среди всех детей с абсцедированием ЭКХ или ПК было 116 пациентов (66 %). Всем детям было выполнено вскрытие и дренирование гнойника в экстренном порядке под местным обезболиванием.

Радикальное оперативное лечение выполнено у 96 детей (55 %). Стратегия хирургического лечения включала предоперационную подготовку, выполнение хирургического лечения одним из предложенных методов и профилактику осложнений.

После диагностики, которая включала, выполнение УЗИ, рентгеновских снимков крестцово-копчиковой области и, при необходимости, МРТ, выполнялось иссечение и удаление ЭКХ или ПК. Во всех наблюдениях выполнена пластика раневого дефекта местными тканями с дренированием подлобкового пространства. Удаление дренажной трубки проводилось на 3–5-е сутки. Снятие швов — на 12–14-е сутки.

Результаты. Полное выздоровление в среднем наступало за 21 день. Рецидив болезни отмечен в 2 наблюдениях (2,1 %). Осложнения в виде расхождения краев раны в месте максимального натяжения тканей отмечены в 4 случаях (4,2 %). Во всех случаях консервативное лечение привело к заживлению вторичным натяжением.

Заключение. Снижение количества рецидивов и осложнений, в первую очередь, связано с использованием возможностей магнитно-резонансного томографа, с помощью которого в сложных случаях заранее можно определить объем и характер поражения.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход; пилонидальная киста, дети.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ КАУДАЛЬНОЙ РЕГРЕССИИ: КОМПЛЕКСНЫЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

Новожилов В.А.^{1,2}, Степанова Н.М.^{1,2}, Соловьев А.А.²,
Петров Е.М.¹, Звонков Д.А.³, Милюкова Л.П.²

¹ Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

² Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

³ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

Обоснование. Синдром каудальной регрессии — редкий врожденный порок развития затрагивающий хвостовой отдел позвоночника и спинного мозга, заднюю кишку, мочеполовую систему и нижние конечности. Клинические проявления состояния могут варьировать в широких пределах, зачастую отягощая прогноз. Отдаленные результаты лечения синдрома каудальной регрессии в связи с тяжестью изменений зачастую остаются неудовлетворительными. Данный факт диктует использование комплексного мультидисциплинарного подхода в реабилитации, который, на наш взгляд, позволит улучшить социализацию ребенка в обществе.

Клинический случай. Девочка, 7 лет, с рождения диагностированы множественные ВПР. Синдром каудальной регрессии: ВПР ЦНС. Менингоцеле поясничной области. Фиксированный спинной мозг. Нейрогенный (арефлекторный) мочевого пузыря. Нижний правосторонний монопарез. ВПР костей таза, правой нижней конечности: гипоплазия правой подвздошной кости, укорочение голени, бедра справа. Нейрогенная эквино-варусная деформация правой стопы. ВПР МВС: гипоплазия правой почки. Полип уретры. Сфинктерно-детрузорная недостаточность. Удвоение влагилица с аплазией проксимальных отделов. Аноректальная мальформация, ректо-промежностная фистула. Ребенку был выполнен ряд сложных корригирующих оперативных вмешательств. В возрасте 1 мес. проведена герниомиелопластика (зрелая солидно-кистозная органоидная тератома позвоночного канала, степень злокачественности — 0). В возрасте 2,5 лет — сигмостомия, иссечение мягкотканного новообразования уретры (фиброэпителиальный уретральный полип). В возрасте 2,8 года аноректопластика, с последующей реконструкцией просвета кишечной трубки в возрасте 3,5 лет. С 3,9 года оперативная коррекция ВПР опорно-двигательного аппарата: наложение АВФ голень – стопа, 4,4 года — реконструктивно-пластическая операция на правой стопе с фиксирующим металлостеосинтезом спицами, что позволило значительно расширить двигательную функцию, вертикализировать пациентку, восстановить осевую нагрузку на нижнюю конечность. В настоящее время самостоятельно ходит, прихрамывая на правую ногу. В связи с дисфункцией неоануса, анальной инконтиненцией III степени, сфинктерно-детрузорной недостаточностью, приводящей к постоянному неудержанию мочи. В возрасте 7,3 года выполнено оперативное лечение в объеме илеоцекоцистопластика, ушивание шейки мочевого пузыря; инвагинационный илеоколоанастомоз по типу «конец-в-бок», реимплантация червеобразного отростка, аппендикоасцендостомия. В настоящий момент этап адаптации и реабилитации. Ребенок обучен проведению антеградных клизм, позволяющих максимально минимизировать проявления анальной инконтиненции. Периодическая катетеризация кондуита позволила исключить недержание мочи и отказаться от использования подгузников.

Вывод. Комплексный мультидисциплинарный подход в реабилитации детей, перенесших реконструктивно-пластические вмешательства по поводу МВПР, синдрома каудальной регрессии, позволяет улучшить качество жизни и социально адаптировать пациентов.

Ключевые слова: синдром каудальной регрессии; анальная инконтиненция; недержание мочи; операция Малона; илеоцекоцистопластика.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ С ОЖОГАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Оборкина Д.С., Будкевич Л.И., Долотова Д.Д.

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева
РНМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Актуальность. Вопросам боли в среде комбустиологов уделяется особое внимание. Достаточно прибегнуть к помощи поисковой строки любой из научных баз данных (eLibrary, Scopus, PubMed, GoogleScholar) и мы увидим, что на эту тему ежегодно выходит в свет несколько десятков статей. Переживание сильной боли ожоговыми пациентами приводит к гиперметаболизму, а значит и к потере веса, мышечной массы, длительному заживлению ран, снижению иммунологической резистентности, повышенному риску инфекционных осложнений. Ребенок, переживший неконтролируемую сильную боль, в дальнейшем имеет более низкий болевой порог, склонен к развитию посттравматического стрессового расстройства и депрессии.

Цель: установить причины, влияющие на эффективность обезболивания детей с ожогами в догоспитальном периоде.

Методы. Произведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с ожогами, которые поступали в наш ожоговый центр с 2016 по 2021 г. Критерии включения: пациенты доставлены бригадой СМП и НМП с места происшествия в состоянии шока и в дальнейшем госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии. Из 434 обожженных, поступивших в клинику в состоянии шока и госпитализированных в отделение реанимации, у 236 (54,8 %) была выявлена неадекватная аналгезия на догоспитальном этапе. Причем 37 (8,5 %) детей с ожогами не получили обезболивание на месте происшествия и в процессе эвакуации в специализированный ожоговый центр.

Результаты. Из всех 434 пациентов с ожогами, доставленных в отделение реанимации и интенсивной терапии бригадами СМП, только у 23 (5,3 %) шок был вынесен в основной диагноз на сопроводительной документации и были выполнены соответствующие мероприятия по его устранению. Достаточное обезболивание было использовано в 74 % случаях у пациентов с диагностированным шоком, по сравнению с общей группой, где адекватно обезболено было лишь 54,8 % пациентов. Статистические данные, полученные при анализе материалов, выявили прямую зависимость между полноценностью обезболиванием в догоспитальном периоде и правильным определением площади поражения ($p \leq 0,05$). Максимальная частота ошибок в обезболивании была достоверно характерна для клинических случаев недооценки площади ожога (73,1 %) и случаев без определения площади ожога (60,2 %).

Заключение. Таким образом, достаточное обезболивание в догоспитальном периоде достоверно зависит от обоснованной оценки тяжести состояния пострадавшего и точного определения площади поражения кожи.

Ключевые слова: термическая травма; догоспитальный этап; первая медицинская помощь; обезболивание; дети.

РЕЦИДИВ ИЛИ ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Огнев С.И.¹, Цап Н.А.¹, Кошурников О.Ю.², Шнайдер И.С.¹, Тимошинов М.Ю.³

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

² Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия;

³ Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. В мировой литературе представлено незначительное количество сообщений о повторных, инвазивных методах лечения кист паренхиматозных органов брюшной полости.

Цель: определить алгоритм наблюдения детей, после инвазивных методов лечения с кистозными образованиями паренхиматозных органов брюшной полости (КОПО), показания к повторным операциям.

Методы. Проанализированы результаты лечения, динамического амбулаторного наблюдения 109 пациентов с КОПО брюшной полости, находившихся на лечении в клинике с 2003 по 2021 г. Проведена оценка возрастных показателей, половой принадлежности, клинических проявлений заболевания, методов инструментальной визуализации (УЗИ, КТ), частоты поражения органа, выбора метода лечения, гистологической верификации кистозных образований, биохимическая оценка содержимого кист, цитологическое исследование и посев на стерильность. Определены показания к повторным и этапным методам лечения. Полученные данные обработаны в программе Statistica v.10.0.

Результаты. Значимого гендерного превалирования не отмечено. По возрастным группам: до 1 года — 1 (1,1 %) ребенок, 1–3 года — 5 (4,5 %), 3–7 лет — 23 (21,1 %), 8–17 лет — 80 (73,3 %) детей. Локализация кист: в селезенке — 65 (59,6 %) случаев, в печени — 37 (33,9 %), в поджелудочной железе — 7 (6,4 %), из них паразитарных 12 (11 %). Многокамерная структура кист выявлена у 15 (13,7 %) детей. Лапаротомия выполнена у 24 (22 %) детей, в 2 (8,3 %) случаях выполнена атипичная резекция печени, в 3 (12,5 %) — парциальная резекция селезенки, у 19 (79,1 %) — фенестрация кисты с дезэпителизацией внутренней оболочки аргоноплазменной коагуляцией. Эхинококкэктомия — у 12 (11 %) детей. Лапароскопически оперированы 63 (57,7 %) ребенка, выполнена фенестрация кисты с дезэпителизацией аргоноплазменной коагуляцией. Чрезкожно-пункционное склерозирование выполнено 22 (20,1 %) детям при УС- или эндоскопической навигации. В качестве склерозанта в 3 (13,6 %) случаях использован 96 % этиловый спирт, в остальных случаях — 3 % раствор этоксисклерола. Катамнез от 1 года до 3 лет. У 8 (7,3 %) детей потребовалось проведение повторного вмешательства, в одном случае киста печени, в 7 — киста селезенки. Первично у 5 (62,5 %) детей выполнена пункция и склерозирование, повторно спленэктомия 1 (12,5 %) случай, у 4 (50 %) лапароскопия с фенестрацией. У 2 (25 %) детей первично лапароскопия с фенестрацией, повторно у одного спленэктомия, у второго — лапароскопия с фенестрацией. Чрезкожно-пункционное склерозирование первично у 1 (12,5 %) ребенка, проведено повторное склерозирование.

Заключение. В 92,6 % случаев КОПО ликвидируют одноэтапно, мало инвазивными методиками. Остаточные кисты требуют повторных вмешательств, при динамическом наблюдении.

Ключевые слова: киста; паренхиматозные органы брюшной полости; дети.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ДГБ № 1 САНКТ-ПЕТЕРБУРГА (2019–2021)

Патрикеева Т.В.¹, Караваева С.А.², Котин А.Н.³, Щebenков М.В.², Гопиенко М.А.¹,
Леваднев Ю.В.^{1,2}, Алешугин М.М.¹, Иванов С.Л.¹, Горелик К.Д.¹, Лебедев Д.В.¹

¹ Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург, Россия;

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

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

Обоснование. Отсутствует протокол методов лечения детей с врожденными диафрагмальными грыжами (ВДГ).

Цель: представить опыт лечения новорожденных с врожденными диафрагмальными грыжами в условиях детского многопрофильного стационара за последние 3 года.

Материалы и методы. С 2019 по 2021 г. в ДГБ № 1 Санкт-Петербурга поступили 23 новорожденных с ВДГ (в возрасте от 1 часа до 2 мес. жизни, с массой от 1260 до 4180 г). В выборку взяты только дети с грыжами собственно диафрагмы. Анатомические формы порока распределились следующим образом: левосторонние дефекты выявлены у 20 детей (87 %), из них 70 % — ложные ВДГ; правосторонние дефекты — у 3 детей (12 %), из них у 1 ложная. У 30 % детей выявлены сочетанные аномалии (сердца, почек, органов ЖКТ и др.). В 48 % случаев диагноз ВДГ был поставлен пренатально по УЗИ (примерно у половины пациентов — на сроке до 30-й недели). Прооперировано было 100 % детей, из них 6 по тяжести состояния оперировались на посту отделения реанимации. Оперативные доступы включали: лапаротомию (в 8 случаях), торакоскопию (14), торакоскопию+лапаротомию (1). Торакоскопическая пластика диафрагмы используется в нашем стационаре с 2008 г., в последнее время доля таких операций возросла (2019 г. — 4 из 5; 2020 г. — 6 из 8; а в 2021 г. — 4 из 10, что было связано с тяжестью состояния 6 детей, которым выполнялась лапаротомия на посту реанимации). В 2 случаях при торакоскопии в связи с обширностью дефекта применялась аллопластика искусственными материалами. С 2011 г. при операциях у детей с ВДГ успешно применяется эпидуральная анестезия.

Результаты. 17 детей выписаны из стационара с полной коррекцией порока в возрасте от 14 сут жизни до 4 мес., более длительная госпитализация была у детей с низкой массой тела при рождении и с сопутствующими пороками развития. Отдаленные результаты лечения прослежены у 15 пациентов, наблюдающихся в диспансерном отделении больницы. Оценка проводится на основании жалоб, аускультации легких и данных Rg-обследования. Осложнений, потребовавших повторных вмешательств, за этот период не было. Летальность составила 26 %: 6 детей в возрасте от 3 до 19 сут жизни, оперативное лечение которым выполнялось в течение первых 2 сут.

Выводы. Несмотря на внедрение новых технологий, лечение новорожденных с ВДГ остается сложной проблемой, сопровождается высокой летальностью и требует мультидисциплинарного подхода.

Ключевые слова: врожденная диафрагмальная грыжа; истинная; ложная; новорожденный; пренатальная диагностика; торакоскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ И ЭТАПНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ

Пепеляева И.М.¹, Коварский С.Л.^{1,2}, Захаров А.И.¹,
Соттаева З.З.^{1,2}, Струянский К.А.²

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

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

Обоснование. Частота осложнений уретропластики при проксимальных формах гипоспадии достигает 20–50 %. Отсутствует единая тактика лечения проксимальных форм гипоспадии, нет критериев выбора применения одномоментных или этапных оперативных вмешательств. В связи с этим логичен поиск объективных показаний к применению той или иной методики.

Цель: сравнение результатов одномоментных и этапных уретропластик при проксимальных формах гипоспадии для выработки показаний к оптимальной хирургической коррекции.

Методы. В урологическое отделение ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ежегодно госпитализируется более 200 детей с гипоспадией различных форм. Среди них проксимальные формы составляют около 20 %. Имеется огромный опыт — выполнено более 1000 одномоментных уретропластик при дистальных и проксимальных формах гипоспадии. С 2016 по 2021 г. было прооперировано 95 детей с проксимальными формами гипоспадии. С 2019 г. мы применяем двухэтапные оперативные вмешательства по методике Бракка, особенно актуальные при недостатке пластического материала. Для первого этапа применялись лоскуты внутреннего листка крайней плоти, кожи предплечья, внутренней поверхности щеки. Пациенты были разделены на две группы, в зависимости от типа проведенного оперативного вмешательства. В первую группу ($n = 67$) вошли дети, которым были проведены одномоментные оперативные вмешательства — операции Ходсона (38 пациента) и onlay-tube (29 пациентов). Во второй группе ($n = 28$) всем детям были проведены двухэтапные оперативные вмешательства по методике Бракка.

Результаты. Проведена оценка осложнений в раннем и позднем послеоперационном периодах. В первой группе осложнения отмечались у 17 детей (25,37 %): у 7 детей — свищ уретры, у 9 — стеноз уретры, у 1 ребенка — частичное расхождение швов. Во второй группе у 8 детей (32,14 %) отмечалось образование свища уретры, у 1 ребенка — лизис лоскута. Несмотря на статистически схожий процент осложнений, отсутствие статистически значимых различий ($p = 0,455$), возможно, при дальнейшем увеличении количества пациентов во второй группе, число осложнений изменится.

Заключение. Необходимо дальнейшее изучение причин осложнений при различных видах оперативных вмешательств и определение более точных показаний к применению одномоментных и этапных оперативных вмешательств с целью улучшения результатов лечения данного заболевания.

Ключевые слова: проксимальная гипоспадия; одномоментные вмешательства; этапные вмешательства; операция Бракка; дети.

ОПЫТ ДЛИТЕЛЬНОГО ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ

Перловская В.В.¹, Куклин И.А.¹, Богдановский И.В.¹, Милюкова Л.П.²

¹ Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

² Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Актуальность. Одной из актуальных проблем детской хирургии является лечение пациентов с рубцовыми поражениями кожи. Трудность заключается в том, что у детей после обширных глубоких ожогов развиваются необычайно сложные сочетанные формы рубцовых деформаций, распространяющиеся на несколько областей, одномоментное устранение которых далеко не всегда представляется возможным. Особенностью детей младшего возраста является рецидив деформаций, обусловленный диспропорцией между рубцом и развивающимися близлежащими с ним тканями. Данные обстоятельства вызывают необходимость многократных этапных операций на протяжении длительного времени, вплоть до окончания роста ребенка, задачей которых является устранение последствий не только ожоговой травмы, но и послеоперационных рецидивов.

Материалы и методы. За последние 20 лет под нашим наблюдением находилось 59 детей, в возрасте от года до 18 лет, которым неоднократно, с интервалом от 3 мес. до 15 лет выполнялась хирургическая коррекция рубцовых деформаций, причиной которых во всех случаях была тяжелая термическая травма. Одновременно туловище и конечности были повреждены у 22 пациентов, помимо этого еще у 5 детей рубцами было поражено лицо. В 4 случаях имелась рубцовая контрактура шеи в сочетании с обширными рубцами передней грудной стенки. Двусторонняя рубцовая деформация конечностей отмечалась у 6 больных. Изолированная рубцовая деформация кисти была у 12 детей, стопы — у 8 детей. Два ребенка находились на лечении по поводу обширной рубцовой алопеции. В возрасте от 1 года до 3 лет лечение стартовало у 6 детей, от 3 до 7 лет — в 26 случаев, от 7 до 10 лет — у 6, от 10 до 14 лет — у 13, и старше 14 лет — в 8 наблюдениях.

Результаты. Наибольшее количество этапов оперативного лечения было у пациентов младшей возрастной группы и в подростковом возрасте, то есть в периоды активного роста ребенка, при этом временной интервал между этими этапами был меньше, что обусловлено, в том числе, неизбежным рецидивированием деформации. Для лечения пациентов использовали различные способы местной кожной пластики: метод экспандерной дермотензии, в том числе с эндоскопической имплантацией эндоэкспандеров, свободную пластику полнослойным кожным трансплантатом, лоскутную пластику на питающей ножке, метод круглого филатовского стебля, методику несвободного осевого кровотока. Данные способы применяли у пациентов как в разные временные промежутки, так и одномоментно.

Заключение. Сочетанное и одновременное применение различных способов кожной пластики в одну госпитализацию позволяет сокращать длительность лечения.

Ключевые слова: рубцовые поражения кожи; кожная пластика; дети; способы кожной пластики.

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ КАК ПРИЧИНА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Петлах В.И.¹, Коновалов А.К.², Беляева О.А.^{1,2}, Константинова И.Н.²

¹ НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

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

Актуальность. По данным литературы, инвагинация кишечника (ИК) находится на одном из первых мест осложненного течения дивертикула Меккеля (ДМ) у детей.

Цель: на основании результатов анализа опыта лечения детей с инвагинацией кишечника, вызванной ДМ, оценить эффективность применяемых диагностических и оперативных методов.

Материалы и методы. На протяжении последних 15 лет в клинику были госпитализированы 24 ребенка с ИК, при обследовании и оперативном лечении которых был выявлен ДМ. Возраст детей варьировал от 5 мес. до 14 лет, а наибольшую группу (50 %) составили пациенты 1–5 лет. Среди клинических проявлений заболевания наряду с болевым синдромом отмечались кровянистые выделения со стулом и наличие крови при ректальном обследовании у большинства больных (17), поступивших в сроки свыше 24 ч. В комплекс диагностики входили обзорная рентгенография и ультразвуковое исследование брюшной полости, а также пневмоирригоскопия с воздухом.

Результаты. Эхографическое исследование подтвердило диагноз ИК во всех наблюдениях, но достоверной визуализации ДМ не было. Пневмоирригоскопия с воздухом была выполнена 11 пациентам младшей возрастной группы при отсутствии выраженного болевого синдрома, установлен диагноз тонко-толстокишечной инвагинации. Попытка консервативного расправления была неэффективна. Лапароскопия, проведенная у 18 пациентов, позволила установить диагноз инвагинации, форму и протяженность инвагината. Попытка расправления его под визуальным контролем была удачна только в 3 наблюдениях тонко-толстокишечной инвагинации, еще у 5 больных была безуспешной. У остальных в связи со значительными размерами и выраженными нарушениями кровообращения кишок, входящих в инвагинат, она не проводилась. В результате последующих оперативных вмешательств у 15 пациентов диагностирована тонко-толстокишечная форма инвагинации и у 9 — тонко-тонкокишечная. В структуру инвагината во всех наблюдениях входил ДМ. Все 24 пациента с инвагинацией имели некротические изменения пораженных участков кишки, после их резекции вместе с дивертикулумом у 10 детей наложен анастомоз конец-в-конец. В 14 наблюдениях у детей, поступивших в сроки свыше 24 ч, а также имевшихся изменения в брюшной полости, характерные для перитонита, после резекции кишки были выведены двухствольные стомы. На 4–7-е сутки послеоперационного периода создавался межкишечный магнитный анастомоз с помощью пар постоянных магнитов. Повторная госпитализация для реконструктивной операции по устранению кишечного свища осуществлялась через 2–4 мес. после выписки на фоне соматического благополучия.

Заключение. Традиционные неинвазивные методы не могут с достоверностью визуализировать ДМ при ИК. Консервативное расправление инвагината с использованием пневмоирригоскопии при поздних сроках поступления оказывается неэффективным. Лапароскопия позволяет не только окончательно верифицировать диагноз, но и определить необходимый объем операции. Резекцию кишечника в условиях перитонита безопаснее заканчивать наложением двухствольной стомы по Микуличу с применением магнитного межкишечного анастомоза.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля; инвагинация кишечника; стомы; магнитный анастомоз; дети.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В ГЕНИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

Поддубный И.В.^{1,2}, Файзулин А.К.¹, Федорова Е.В.^{1,2}, Шмыров О.С.³,
Короткова С.А.³, Петрова М.Г.², Раншаков А.С.²

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия;

² Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, Москва, Россия;

³ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Обоснование. Одним из ведущих направлений работы кафедры является разработка, усовершенствование и внедрение новых методик в генитальной хирургии. Неоспоримый вклад в лечение детей с врожденными пороками развития наружных половых органов внес профессор Айвар Кабирович Файзулин. За многолетний период под его руководством на клинических базах кафедры детской хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова проводились и проводятся в настоящее время операции по коррекции различных форм гипоспадии, наружных гениталий при врожденной дисфункции коры надпочечников и др.

Цель: представление опыта клиники по лечению детей с генитальной патологией.

Материалы и методы. С 2017 по 2022 г. на клинических базах кафедры детской хирургии МГМСУ было выполнено 967 оперативных вмешательств по поводу различных форм гипоспадии. Среди них проксимальные формы отмечены у 183 больных (19 %). Для лечения промежностной и мошоночной форм гипоспадии успешно применяются разработанные на кафедре технологии «onlay-tube-onlay» и «onlay-tube». В основе этих методик лежит принцип создания искусственной уретры из кожи дорзальной поверхности ствола полового члена на сосудистой ножке без концевой анастомоза, что позволяет решить проблему стенозирования мочеиспускательного канала.

Результаты. По описанной технологии в нашей клинике выполнено 87 оперативных вмешательств. Осложнения возникли у 18 из этих пациентов, что составило 21,8 % (стеноз уретры развился у 4 больных, свищи уретры — у 12, дивертикул уретры — у 3). При коррекции дистальных форм гипоспадии по методикам Snodgrass и Dupley (729 операций, 75,4 %) используется запатентованная техника наложения непрерывного возвратного хирургического шва, что позволяет существенно снизить количество уретральных свищей в послеоперационном периоде.

Актуальной остается проблема хирургической коррекции наружных гениталий у девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников. На клинических базах кафедры под руководством А.К. Файзулина разработана и внедрена двухэтапная технология оперативного лечения. Принцип 1-го этапа заключается в тотальной резекции гипертрофированных кавернозных тел с сохранением головки клитора на сосудисто-нервном пучке и рассечение урогенитального синуса. С 2017 г. первый этап феминизирующей пластики выполнен у 48 девочек. Вторым этапом проводится интроитопластика в пубертатном периоде. Выполнен у 11 детей. Нельзя не упомянуть о ятрогенных ампутациях полового члена. Хотя они являются редкой патологией и возникают, как правило, у детей после обрезания крайней плоти как результат хирургических ошибок. Выполняются оригинальные операции, задачей которых является создание приемлемой длины полового члена с приближенной к нормальному виду головкой полового члена за счет использования свободного полнослойного кожного лоскута.

Заключение. Разработанные на кафедре методики продолжают выполняться в различных клиниках страны. Однако большое внимание уделяется новым подходам в детской генитальной хирургии, что полностью отвечает традициям, заложенным на кафедре детской хирургии МГМСУ.

Ключевые слова: гипоспадия; врожденная дисфункция коры надпочечников; генитальная хирургия.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРОНОСОХРАНЯЮЩАЯ РЕЗЕКЦИЯ МОНОЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕФРОБЛАСТОМЫ

Полюян С.С.¹, Ахаладзе Д.Г.¹, Козлов Ю.А.²

¹ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

² Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

Обоснование. Мини-инвазивные вмешательства все чаще заменяют открытые операции при онкологической патологии.

Цель: оценка результатов лапароскопической нефроносохраняющей резекции опухоли Вильмса I стадии и демонстрация опыта успешного лечения пациента с нефробластомой при использовании органосохраняющей минимально инвазивной техники.

Описание наблюдения. Лапароскопическая нефроносохраняющая ишемическая энуклеорезекция опухоли Вильмса при моностеральной нефробластоме применялась у мальчика 1 г. 11 мес. с клиническим диагнозом: нефробластома, смешанный тип, I стадия, промежуточная группа риска, II кл. гр. T1N0M0. По данным обследований, в верхнем полюсе левой почки визуализировалось объемное образование с ровными четкими контурами размерами 30×26×32 мм. Операция выполнена лапароскопическим доступом. Производилась широкая мобилизация левой почки вместе с паранефральной клетчаткой, освобождались почечные сосуды, на которые накладывался эндоскопический сосудистый зажим. После чего намечалась зона резекции опухоли по границе здоровых тканей. Резекция выполнена острым путем со вскрытием нижней чашечки почки с отступом от опухоли в сторону здоровых тканей. Чашечно-лоханочная система герметизирована, почечная паренхима ушита, на раневую поверхность уложен коллагеновый гемостатический клей. Проведена биопсия регионарных лимфоузлов, макропрепараты погружены в эндоконтейнер и извлечены из брюшной полости через расширенный умбиликальный доступ. Установлен внутренний мочеточниковый стент.

Продолжительность ишемии почки составила 30 мин, общая длительность операции — 120 мин. В первые сутки после операции выполнялось ультразвуковое исследование почек с ЦДК, при котором кровотоков в оперированной почке прослеживался до коркового слоя. Ребенок экстубирован в первые сутки после операции, не требовал длительного обезболивания и находился в палате интенсивной терапии на протяжении 1 сут. Результат гистологического исследования: нефробластома, эпителиальный тип, гистологически группа промежуточного риска, локальная стадия I, R0, перилобарные остатки нефрогенной стромы. В дальнейшем пациент получил адьювантную терапию по протоколу SIOP. По данным 13-месячного катамнеза отсутствуют проявления рецидива заболевания. Контрольная контрастная компьютерная томография демонстрирует отсутствие признаков рецидива опухоли и участков патологического накопления контрастного препарата не выявлено.

Заключение. Лапароскопическая хирургия является безопасным и осуществимым методом лечения электротивных случаев опухоли Вильмса у детей. Предоперационное планирование и стандартизированная техника являются ключевыми моментами этого процесса. Лапароскопия позволяет легко адаптироваться хирургу к сложной анатомии почек и предоставляет в этих случаях технические преимущества в сравнении с открытой хирургией.

Ключевые слова: лапароскопия; опухоль Вильмса; нефробластома; резекция опухоли; нефроносохраняющая резекция; дети.

ЭВОЛЮЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Румянцева Г.Н.¹, Аврасин А.Л.², Петруничев В.В.², Карташев В.Н.¹

¹ Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия;

² Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия

Обоснование. Для лечения сложнейшего порока репродуктивной системы — гипоспадии — до настоящего времени не существует операции выбора. Около 300 предложенных к концу 2000 г. вмешательств не лишены недостатков и ежегодно число предлагаемых методик возрастает.

Цель: изучить результативность применяемых методов лечения гипоспадии.

Методы. За период с 1974 по 2021 г. урологическая клиника кафедры детской хирургии располагает опытом лечения более 500 мальчиков в возрасте от 2 до 16 лет с различными формами гипоспадии, преобладающее большинство составляют дети с дистальной и проксимальной формами. С учетом мирового опыта мы также прошли этапы смены оперативных пособий, в зависимости от их результативности. До 2000 г. основными методами коррекции порока были методики Denis Browne, Cecil N. Josserand, Warren Snodgrass, Duplay. На смену им с 2000 г. внедрены одномоментные пособия по Hodgson 2 и Hodgson 3. Большую помощь по их освоению оказал А.К. Файзулин, открывший все «фишки» операций, позволивший перенять на камеру весь ход вмешательства. Трудоемкость, длительность операций по этим методикам, частота осложнений при Hodgson 3 заставили искать другие способы. Во избежание дефицита кожи для уретропластики при проксимальных формах гипоспадии с 2010 г. стал использоваться кожный трансплантат (свободный лоскут слизистой оболочки губы), в последующем позволяющий провести уретропластику. При дистальных формах хорошее впечатление сложилось о методике P. Mathieu. Ни одна из применяемых методик не лишена осложнений: уретральных свищей, стенозирования, образования дивертикулов. Успешной коррекции гипоспадии способствует усовершенствование диагностических и хирургических инструментов. Нами разработаны: устройство, фиксирующее половой член при операции, модифицированная лазерная методика, инструменты, прибор для вызова эрекции и измерений параметров полового члена. В предоперационное обследование внедрен диагностический тест «кожное окно», позволяющий прогнозировать течение раневого процесса. Проведено исследование психоэмоционального фона у детей, больных гипоспадией, доказана необходимость привлечения психолога к предоперационной подготовке и дальнейшей реабилитации.

Результаты. Только постоянная кропотливая работа по ведению предоперационного, послеоперационного периодов, выбор оптимального вмешательства с учетом формы порока, необходимого наличия пластического материала, выполнение объема реабилитационных мероприятий позволяют добиться позитивных результатов у большинства пациентов.

Заключение.

1. Пациенты с дистальной и проксимальной формами гипоспадии требуют персонифицированного подхода в выборе методики уретропластики.

2. Для достижения положительных исходов уретропластики необходим мультидисциплинарный подход с участием урологов — андрологов, эндокринологов, психотерапевтов.

Ключевые слова: гипоспадия; уретропластика; дети.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Румянцева Г.Н.¹, Казаков А.Н.², Бревдо Ю.Ф.², Светлов В.В.², Трухачев С.В.¹

¹ Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

² Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия

Обоснование. Инвагинация у детей является наиболее распространенной приобретенной формой кишечной непроходимости, выбор лечебной тактики при которой далек от унификации. Представлен опыт лечения 89 пациентов с инвагинацией кишечника (ИК). Эхография использовалась в качестве диагностики и контроля гидростатической дезинвагинации (гидроэзоколоноскопии, ГЭС). Осложнений после применения ГЭС не отмечено. Подавляющее большинство оперированных пациентом имело органическую патологию, спровоцировавшую кишечное внедрение.

Цель: выбор оптимальной лечебной тактики у детей с инвагинацией кишечника.

Методы. Проведен анализ результатов лечения 89 детей с ИК в ГБУЗ ДОКБ Твери с 2014 по 2022 г. в возрасте от 1 мес. до 12 лет. Мальчиков было 56 (62,9 %), девочек — 28 (37,1 %). Среднее время с момента заболевания до поступления в стационар составило 15,7 ч. Инвагинация преимущественно была илеоцекальная, в одном (1,1 %) случае — тонкокишечная.

Результаты. Всем детям с подозрением на инвагинацию проводилась эхография, при выявлении инвагината определялась его локализация, измерялся диаметр и ширина периферической части, оценивалась выраженность слоев, четкость наружного контура, степень экзогенности центральной зоны инвагинатов, наличие образований, а также определение кровотока кишечной стенки методом ЦДК. Чаще инвагинат лоцировался в правом подреберье — у 56 (62,9 %) детей, реже в правом мезогастррии — у 16 (17,9 %), в левом подреберье — у 9 (10,1 %), в 7 (7,9 %) случаях — в левом мезогастррии. У одного (1,1 %) ребенка с тонкокишечной ИК подвижный инвагинат визуализировался в околопупочной области. Левосторонняя локализация инвагината свидетельствовала о длительности заболевания более 24 ч. Из 86 детей с илеоцекальной ИК, которым была выполнена ГЭС, успешное расправление ИК достигнуто у 80 (93,1 %) детей. У 6 (6,7 %) детей полностью расправить инвагинат не удалось, произведена ликвидация непроходимости из лапаротомного доступа, гистологическое исследование выявило у этих пациентов 2 аденомы, удвоение кишки, дивертикул Меккеля, кистому брыжейки и гиперплазированные лимфоузлы. У 3 пациентов с эхографически обнаруженной органической патологией (полип тощей кишки и 2 кистозных дубликации) ГЭС не проводилась и дети прооперированы. Диагностическая лапароскопия применялась у ребенка с тонкокишечной инвагинацией и в случае, где 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 ч. У 4 детей в возрасте до 2 лет возникли рецидивы инвагинации: из них у 3 рецидивы произошли в сроки от 6 до 9 мес. после дезинвагинации, у 1 ребенка рецидив повторился дважды — через 3 мес. и через 1 сут. Во всех случаях дезинвагинация выполнялась методом ГЭС. Большинство инвагинатов расправлены легко, с первой попытки. Только в 3 (3,4 %) случаях, потребовалось повторное введение раствора из-за жесткого ущемления инвагината в области баугиниевой заслонки.

Заключение. Эхография служит приоритетным методом диагностики, позволяющим достоверно выявить, оценить инвагинат, а также обнаружить причину кишечного внедрения (органическую патологию), что в последующем определяет выбор лечебной тактики. ГЭС является оптимальным и безопасным способом неоперативной дезинвагинации. При неэффективной ГЭС показана лапаротомия. Лапароскопию следует использовать с диагностической целью в затруднительных случаях.

Ключевые слова: инвагинация кишечника; УЗИ; гидроэзоколоноскопия; дети.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ЛОБЭКТОМИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ В КФ «УМС»

Рустемов Д.З., Дженалаев Д.Б., Оспанов М.М., Мустафинов Д.А.,
Мамлин О.А., Ольховик Ю.М., Билал Р.А., Сакуов Ж.Н., Утебалиев Р.С.

Корпоративный фонд «University Medical Center», Нур-Султан, Казахстан

Обоснование. Одним из наиболее сложных и актуальных вопросов хирургии детского возраста остается лечение врожденных и приобретенных хирургических заболеваний легких. Основным радикальным методом лечения детей с этой патологией является хирургическое вмешательство.

Цель: анализ опыта торакоскопических резекций легких.

Материалы и методы. В Корпоративном фонде «University Medical Center» за период с 2015 г. находилось на лечении 25 пациентов, которым была выполнена торакоскопическая резекция легких. Возраст пациентов варьировал от 20 дней до 9 лет. У 19 пациентов были врожденные кисты легкого, у 6 — кистоаденоматоз легких.

Предоперационная подготовка не отличалась от таковой при открытой операции. Операции проводили под общей анестезией. В 7 случаях проводилась односторонняя вентиляция с интубацией левого или правого главного бронха. В 2 случаях (у новорожденных и детей раннего возраста) использовали стандартную ИВЛ с повышением давления в плевральной полости с целью коллабирования легкого во время операции.

При торакоскопической резекции доли мы использовали принципы классической хирургии, то есть отдельно обрабатывали элементы корня легкого. После ревизии и оценки состояния легкого и плевральной полости в междолевой щели выделяли артериальные сосуды. Паренхиму легкого рассекали по линии междолевой щели при помощи коагулятора. Центральный отдел сосудов клипировали и сосуды пересекали, после предварительной обработки (аппарат Ligasure) «уходящих» концов сосудов. После пересечения артериальных сосудов удаляемую долю отводили кзади и пересекали кардиальную связку. Затем выделяли легочную вену, которую дважды перевязывали лигатурами и пересекали. Далее скелетировали бронх нижней доли и пересекали коагулятором. Культю бронха ушивали отдельными узловыми швами. После ушивания просвета культи бронха интубационную трубку поднимали в трахею и увеличивали объем дыхания. Тем самым осуществлялся контроль герметичности шва бронха и раздувание оставшихся сегментов легкого с целью оценки их вентиляции. Резецированную долю по частям удаляли через отверстие нижнего троакара, расширенное до 1,5–2 см. В плевральной полости под контролем эндовидеокамеры устанавливали силиконовую дренажную трубку.

Результаты. Анализируя наш незначительный опыт проведения торакоскопической резекции легкого, можно отметить, что: 1) использование торакоскопии позволило нам снизить травматичность оперативного вмешательства; 2) в настоящее время торакоскопическая резекция легкого может считаться операцией выбора, так как обладает всеми преимуществами миниинвазивных вмешательств и дает такие же результаты, как торакотомии.

Заключение. С развитием торакоскопии стало возможным выполнять многие хирургические операции на легких, избегая широкого торакального доступа. Разработка инструментов малого диаметра и более совершенной оптики дало возможность детским хирургам производить анатомические резекции легких без торакотомии.

Ключевые слова: хирургия; торакоскопия; резекция; легкое; дети.

ФАЛЛОПЛАСТИКА ПО МЕТОДУ ДЕ КАСТРО У РЕБЕНКА С ЧАСТИЧНОЙ АМПУТАЦИЕЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПОСЛЕ ЭЛЕКТРООЖОГА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Рыбченко В.В.¹, Коварский С.Л.^{1,2}, Захаров А.И.¹, Струянский К.А.¹,
Идрис Л.Я.², Блох С.П.¹

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

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

Актуальность. Фаллопластика — сложное оперативное вмешательство, результатом которого является создание неофаллоса. В основном данная операция проводится при смене пола у пациентов с гендерной дисфорией. Фаллопластика по методу де Кастро активно применяется у детей с афалией с мужским кариотипом 46, XY, микропенией и комплексом экстрофия – эписпадия.

Описание наблюдения. Во время обрезания крайней плоти по месту жительства у мальчика 2 лет произошел электроожог полового члена и мошонки. По стабилизации состояния ребенок переведен в нашу клинику. В течение года ребенку проводилась предоперационная подготовка в виде приема гормональной терапии и имплантации тканевого эндоэкспандера в области нижней части передней стенки живота, с целью формирования полноценного лоскута для выполнения фаллопластики по методу де Кастро. Когда избыток донорского участка кожи в области нижних отделов брюшной стенки стал достаточным для формирования лоскута, ребенок поступил в отделение урологии для проведения основного этапа операции по восстановлению полового члена. Выполнен фигурный разрез кожи, лоскут послойно отсепарирован, одновременно с этим удален тканевой эндоэкспандер. Выполнено сопоставление треугольных Z-образных краев отдельными узловыми швами на дорсальной поверхности кавернозных тел с формированием неофаллоса. Сформирован пеноскротальный угол путем подшивания основания полового члена к передней поверхности. Выполнен разрез в области должествующей венечной борозды. С передней брюшной стенки выкроен лоскут 10×0,6 см для формирования венечной борозды. Графт уложен в ложе в проекции венечной борозды, затем подшит узловыми швами. Выполнена кожная пластика передней брюшной стенки отдельными узловыми швами. Уретральный катетер удален на 12-е послеоперационные сутки. На 15-е послеоперационные сутки выполнена урофлоуметрия: объем эффективный — 95 мл, объем остаточной мочи — менее 1/3. Скорость потока мочи — 10,6 мл/с, средняя — 5,9 мл/с, что является хорошим результатом для ребенка данного возраста.

Заключение. Насколько нам известно, мы представляем первый случай выполнения фаллопластики по методу Роберто де Кастро у ребенка с ятрогенной афалией. Безусловно, для полной оценки успеха оперативного вмешательства необходимо время и наблюдение ребенка в течение нескольких лет. Но результат, который мы имеем на сегодняшний день, говорит сам за себя: ребенок может осуществлять акт мочеиспускания, физиологичный для мальчиков, он адаптирован в социуме и его психологическое состояние не страдает.

Ключевые слова: ампутация полового члена; фаллопластика; метод де Кастро; ритуальное обрезание; дети.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЛИДНЫХ ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Рябов А.Б.¹, Поддубный И.В.^{1,2}, Трунов В.О.³, Хижников А.В.¹,
Иманалиева А.А.¹, Манжос П.И.¹

¹ Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;

² Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия;

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Обоснование. В последние годы в детскую хирургию начали внедряться эндовидеохирургические вмешательства на поджелудочной железе. В мировой литературе появились немногочисленные публикации, посвященные использованию лапароскопических технологий в хирургии поджелудочной железы, большинство из них представлены единичными клиническими наблюдениями. В этой связи является актуальным продолжение исследований, направленных на изучение лапароскопических технологий в хирургии поджелудочной железы у детей, обсуждение технических особенностей данных вмешательств, а также ближайших и отдаленных результатов лечения.

Цель: представить опыт применения лапароскопического доступа в лечении детей с солидной псевдопапиллярной опухолью (СПО) поджелудочной железы.

Методы. За период с 2012 по 2021 г. в Морозовской ДГКБ лапароскопические операции по поводу СПО поджелудочной железы были проведены 16 пациентам в возрасте от 9 до 17 лет (средний возраст — 13,5 лет). У 12 пациентов опухоль локализовалась в области хвоста поджелудочной железы, у 4 — в области тела поджелудочной железы. Размеры опухоли варьировали от 3 до 8 см (в среднем — 4,5 см). Было выполнено 12 дистальных и 4 центральных резекций поджелудочной железы.

Результаты. Длительность операции варьировала от 80 до 200 мин (среднее значение — 95 мин). Во всех случаях интраоперационная кровопотеря не превышала 100 мл и не требовала проведения гемотрансфузии ни в одном случае. У одного пациента (6,25 %), которому выполнялась лапароскопическая центральная резекция поджелудочной железы, в ходе оперативного вмешательства была выполнена конверсия в лапаротомию в связи с объективными техническими сложностями безопасного формирования панкреатоеюноанастомоза, обусловленными конституциональными и анатомическими особенностями ребенка. Длительность послеоперационного нахождения пациентов в ОРИТ составила от 4 до 8 дней, продолжительность энтеральной паузы — от 3 до 5 дней, длительность дренирования — от 4 до 6 послеоперационных суток. Общие сроки послеоперационного пребывания в стационаре составили 10–14 сут (в среднем — 12 дней). Катамнез прослежен у всех пациентов в сроки от 3 мес. до 5 лет. Во всех случаях проводилось плановое циклическое обследование (ультразвуковой скрининг, КТ с внутривенным контрастированием), при котором ни в одном случае не выявлено рецидива заболевания.

Заключение. Лапароскопические операции у детей с СПО в области хвоста и тела поджелудочной железы являются выполнимыми при условии наличия в клинике достаточного опыта малоинвазивной и панкреатической хирургии. В руках опытного хирурга лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы может стать предпочтительным методом лечения СПО у детей.

Ключевые слова: солидная псевдопапиллярная опухоль поджелудочной железы; лапароскопия; дистальная резекция поджелудочной железы; центральная резекция поджелудочной железы; дети.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ В ОТДАЛЕННОМ КАТАМНЕЗЕ

Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю.

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Россия

Обоснование. За многие годы диагностика и лечение мегауретера у детей претерпевает значительные изменения. На этапах развития на основании анатомических и функциональных методов диагностики были доказаны функциональные формы нарушений уродинамики верхних мочевых путей, установлено значение дисфункции мочевого пузыря в их развитии, разработаны технологии эндоскопической малоинвазивной коррекции, а в настоящее время ведутся работы по изучению возможностей лапароскопических и везикоскопических реконструктивно-пластических операции в лечении мегауретера.

Цель: оценка результатов лечения детей с первичный обструктивным мегауретером в отдаленном катамнезе (более 10 лет).

Методы. Проведен проспективный и ретроспективный анализ результатов лечения 240 пациентов с мегауретером. Хирургические методы лечения — эндоскопическое стентирование мочеточника, уретероцистоанастомоз. Катамнез составил от 8 до 14 лет. Период наблюдения всех больных — до пубертного возраста, а некоторых — до 20 лет.

Результаты. В течении последних 13 лет в диагностике мегауретера внедрены современные технологии, позволяющие оценивать анатомофункциональное состояние верхних мочевых путей. По данным анализа лечебных подходов различных отечественных клиник, до 90 % пациентов с первично выявленным нерефлюксированным или обструктивным мегауретером/уретерогидронефрозом подвергаются стентированию мочеточников. Большинству пациентов (76 %) первичное эндоскопическое лечение проводится в грудном возрасте. Положительный эффект через 1–2 года после стентирования отмечен у большинства (87 %) и состоял в сохранении или восстановлении секреторной функции почки (95 % пациентов), либо улучшении уродинамики (60 %).

При анализе 32 больных, которым выполнялось повторное стентирование, установлено, что при недостаточной неэффективности первичной эндоскопической коррекции повторное стентирование, бужирование, балонная дилатация УВС, проводимая в возрасте старше 3 лет, привело к улучшению только у 2 больных. Ухудшение уродинамики ВМП возникало у 42 % больных, что потребовало реконструктивно-пластической операции в последующем. Эффективность УЦА зависела от вида операции и возраста ее проведения.

При УЦА у детей грудного возраста (60 больных) частота осложнений (обструкция, ПМР) достигала 40 %, среди них чаще были те, у которых использовались интрапузырные методики операции (80 %).

Заключение. В целом, хирургическое лечение нерефлюксированного мегауретера у детей достаточно эффективно, но имеет значительное количество осложнений у детей при выполнении реконструктивно-пластических операций в раннем возрасте. Эндоскопические технологии стентирования не всегда позволяют радикально восстановить уродинамику в полной мере, но обладают доказанной нефропротекцией.

Ключевые слова: мегауретер; уретероцистоанастомоз; стентирование мочеточника.

СОЧЕТАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО И УРЕТЕРО-ВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ

Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Соболевский А.А.,
Мифтяхетдинова О.В., Симонян Г.В.

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Россия

Обоснование. Сочетание поражения УВС и ЛМС составляют 12–15 % среди всех обструктивных уropатий. Закономерно встает вопрос об этапности восстановления уродинамики верхних мочевых путей при таких изменениях.

Цель: оценить возможность и эффективность различных вариантов восстановления уродинамики при сочетанных двухуровневых поражениях.

Методы. Ретроспективный анализ 26 пациентов в возрасте от 3 мес. до 12 лет, из них 14 — с двусторонним процессом. В 20 случаях стеноз ЛМС сочетался с обструкцией УВС, в 7 — с рефлюкс-обструкцией, в 13 — с ПМР.

Результаты. Диагностический алгоритм помимо УЗИ составлял динамическую нефросцинтиграфию, в том числе с ОФЭКТ, микционную цистоуретрографию у всех больных, ретроградную уретеропиелографию в 7 случаях. В 12 случаях выполнена пластика ЛМС с одномоментным бужированием и стентированием УВС, потребовавшим отсроченного уретероцистоанастомоза у 7 из этих пациентов, в 2 — неразобщающая пластика ЛМС с уретероцистоанастомозом, в 2 — лапароскопический уретеролиз, из которых в 1 — открытый на всем протяжении мочеточника с уретероцистоанастомозом. В 10 случаях первично выполнялся уретероцистоанастомоз с последующей отсроченной пластикой ЛМС, в том числе с продленным ведением на нефростоме у 4 пациентов. Пациенты с ПМР в сочетании с ГН первично подвергались пластике ЛМС, последующая эндопластика потребовалась 11 пациентам (у 2 ПМР разрешился консервативно), последующий уретероцистоанастомоз—3 больным. У всех пациентов в результате уродинамика ВМП восстановлена полностью.

Заключение. У пациентов с сочетанным стенозом ЛМС и ПМР эффективно начинать восстановление уродинамики с ЛМС, в то же время высок риск последующей необходимости восстановления антирефлюксного механизма УВС. При сочетанных стенозах верхних мочевых путей на 2 уровнях возможно и одинаково эффективно последовательное восстановление как первично на уровне ЛМС, так и УВС. Степень нарушения уродинамики по данным динамической НСГ на обоих уровнях, с уточнением анатомии данными ОФЭКТ и ретроградной уретеропиелографией играет ключевую роль в определении тактики.

Ключевые слова: гидронефроз; уретерогидронефроз; пузырно-мочеточниковый рефлюкс; лоханочно-мочеточниковый сегмент; уретеро-везикальное соустье.

НЕСТАНДАРТНЫЕ АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА, МЕГАУРЕТЕРА И УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Соболевский А.А.,
Мифтяхетдинова О.В., Симонян Г.В.

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Россия

Обоснование. В настоящее время приняты клинические рекомендации, которыми утверждена процедура диагностики гидронефроза, в том числе у детей, основанная на оценке анатомического состояния верхних мочевых путей методами МСКТ, экскреторной урографии, УЗИ, а также на оценке функционального состояния почек и уродинамики, преимущественно динамической нефросцинтиграфии. Выявленная при скрининговом УЗИ у младенца дилатация верхних мочевых путей может быть признаком самых различных обструктивных уропатий, от гидронефроза, обструктивного/необструктивного мегауретера до высоких степеней пузырно-мочеточникового рефлюкса и сочетаний нарушений уродинамики на различных уровнях.

Цель: разработать алгоритмы диагностики при выявленной по данным УЗИ дилатации верхних мочевых путей, основанные на поэтапной оценке анатомо-функциональных нарушений с целью оптимизации протоколов и минимизации проводимых процедур.

Методы. Ретроспективный анализ обследования 250 пациентов с первичной дилатацией верхних мочевых путей, установленной при скрининговом УЗИ. В объеме специализированного обследования у всех проводилась статическая нефросцинтиграфия и микционная/прямая радионуклидная цистография, динамическая нефросцинтиграфия (210), в том числе в протоколе ОФЭКТ (118), ретроградная уретеропиелография (48). Возраст пациентов на момент диагностики от 3 до 6 мес. — 60, 6–12 мес. — 70, 1–3 года — 120.

Результаты. Первично каждому ребенку проводилась статическая нефросцинтиграфия. При снижении секреторной функции почки с расширением лоханки и/или мочеточника по данным УЗИ (повреждение более 10–12 % у 180 пациентов) следующим этапом выполнялась микционная рентгеновская цистография, выявившая ПМР 70 пациентов, при этом в 18 случаях ПМР сочетался со стенозом ЛМС и гидронефрозом. Обструктивная уродинамика подтверждена ДНСГ. Таким образом, у этих пациентов для полноценной визуализации верхних мочевых путей и установки полного диагноза было достаточно проведение 2 специализированных исследований.

При отсутствии ПМР снижение секреторной функции почки и наличия дилатации ВМП является показанием хирургической нефропротекции, поэтому у 48 пациентов грудного возраста оценка анатомического состояния ВМП выполнялась путем ретроградной уретеропиелографии с последующим стентированием, в том числе при одномоментной пластике ЛМС (12).

При первично сохранной секреторной функции почки (70 больных) с целью диагностики ПМР выполнялось исследование с меньшей лучевой нагрузкой — прямая радионуклидная цистография, выявившая ПМР у 28, в том числе с контрлатеральной стороны (18). Для визуализации ВМП проводилась ОФЭКТ с динамической нефросцинтиграфией.

Заключение. Возможно изменение протоколов диагностики обструктивных уропатий у детей, основанных на первичной статической нефросцинтиграфии в комплексе с ультразвуковым исследованием. Предложенные алгоритмы позволяют оптимизировать технологии с минимумом использования лучевых методов.

Ключевые слова: гидронефроз; уретерогидронефроз; дети; нефросцинтиграфия; микционная цистография; ОФЭКТ.

АТРЕЗИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ — НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сакуов Ж.Н., Дженалаев Д.Б., Оспанов М.М.,
Рустемов Д.З., Бокаева М.С., Тобыл А.

Корпоративный фонд «University Medical Center», Нур-Султан, Казахстан

Актуальность. Атрезия и стеноз двенадцатиперстной кишки являются частой причиной врожденной кишечной непроходимости. Аномалия встречается не реже 1 случая на 10 тыс. рождений и составляет до 60 % атрезий кишечника. Ведение новорожденных с атрезией кишечника улучшилось за последние десятилетия благодаря усовершенствованиям в пренатальной диагностике, неонатальном уходе и оперативной технике.

Цель: поделиться опытом лечения атрезии двенадцатиперстной кишки у новорожденных.

Материалы и методы. За период 2012–2022 гг. на лечении в УМС «Национальный научный центр материнства и детства» находились 48 новорожденных с атрезией двенадцатиперстной кишки.

Распределение детей по полу — 20 (41,6 %) девочек и 28 (58,3 %) мальчиков. Среди всех детей доношенных было 42 (87,5 %), недоношенные составляли 12 % (6 пациентов). Средний вес составлял 2800 г. Сопутствующие патологии, такие как пороки сердца, атрезия пищевода и др., присутствовали у 29 (60,4 %) детей. Синдром Дауна был подтвержден у 8 пациентов. Диагноз всем был установлен антенатально, минимальный срок беременности при постановке диагноза — 20 нед. После рождения детям проведено обследование: общеклинические анализы, рентгенография, УЗИ, консультация специалистов по показаниям. Анализ ретроспективных данных показал, что средний возраст детей на момент оперативного лечения варьировал в пределах 2 до 10 сут жизни.

Оперировано 98 %. Дуоденодуоденоанастомоз по технологии Кимура проведена 45 пациентам. С 2019 г. стали проводить операции лапароскопическим способом (3 пациентов). Интраоперационно кольцевидная поджелудочная железа, как причина непроходимости ДПК, наблюдалась в 5 случаях. В 3 случаях послеоперационный период осложнился несостоятельностью анастомоза, проведена релапаротомия с ушиванием частичной несостоятельности анастомоза двенадцатиперстной кишки с последующей интубацией кишечника. После проведения оперативного вмешательства пациенты находились в отделении реанимации и интенсивной терапии в течение 2–3 сут. Выписаны из стационара на 25–30-е сутки после операции.

Результаты. Летальность составила 6 % (3 пациента), из них дооперационная — 1 пациент за счет тяжелых сопутствующих патологий, послеоперационная — 2, причиной смерти послужили множественные пороки развития.

Выводы. При хирургическом лечении атрезии двенадцатиперстной кишки предпочтения отдают дуоденодуоденоанастомозу по технологии Кимура, как наиболее эффективному методу коррекции дуоденальной непроходимости независимо от ее причины, тем не менее в связи с совершенствованием хирургических методов используют и лапароскопический доступ. Своевременная диагностика, хирургическое лечение и интенсивная терапия новорожденных с атрезиями двенадцатиперстной кишки обеспечивают благоприятный исход заболевания.

Ключевые слова: атрезия; новорожденные; операция; двенадцатиперстная кишка.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВ ПРЕПАРАТОМ КАРИПАИН SCAR

Салистый П.В., Бикташев В.С., Саидгалин Г.З., Фаизьянов А.А.

Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Актуальность. Поменявшаяся концепция в лечении ожоговых больных полностью не решила проблемы постожоговых рубцов и контрактур. Даже идеально и вовремя проведенное оперативное лечение не избавляет пациентов от длительного, зачастую безуспешного консервативного лечения. Проблема кроется в нарушенной проницаемости рубцового массива. Понимание в «правильности применения ферментных препаратов» для лечения формирующихся и существующих рубцов разбивается о сложности доставки лекарства через «броню рубца».

Методы. Действие препарата Карипаин Scar основано на противовоспалительном и протеолитическом эффектах ферментных препаратов (Папаин, Бромелайн, Коллагеназа), которые усиливаются благодаря наличию в составе транскутанного проводника аквакомплекса глицеросольвата титана — АГТ (Тизоль). Папаин катализирует гидролиз белков, пептидов, амидов, эфиров и тиоэфиров и используется в качестве сильного размягчителя рубцовой ткани, значительно уменьшая ее плотность. Бромелайн обладает противовоспалительным действием и ускоряет процессы регенерации тканей. Коллагеназа оказывает избирательное действие на рубцовую соединительную ткань и обладает высокой эффективностью при шрамах, контрактурах и келоидных рубцах любого срока давности. АГТ (Тизоль), применяемый в составе геля Карипаин Scar в качестве транскутанного проводника ферментов, обладает высокой проницаемостью через барьеры кожи и слизистых оболочек и играет роль технологической платформы для доставки ферментов в глубокие слои рубцовой ткани. В опытную группу входили 70 детей в возрасте 4–16 лет с формирующимися постожоговыми рубцами на конечностях, туловище, крупных суставах. Всем детям дважды в сутки наносили гель Карипаин на участки формирующихся рубцов на площади 1–10 % поверхности кожи, путем мягкого втирания до высыхания препарата на коже. Контрольную группу (группу сравнения) составляли пациенты, получавшие монотерапию известными ферментными препаратами Имофераза, Ферменкол.

Результаты. Все участники опытной группы, применявшие гель Карипаин Scar, отмечали уменьшение зуда вплоть до полного исчезновения уже к концу 2-й недели применения, в то время как в контрольной группе проявления зуда сохранялись на протяжении всего курса лечения до 3–4 мес., с постепенно уменьшающейся интенсивностью. В результате проведенных клинических исследований подтверждено, что при использовании геля Карипаин Scar наблюдается быстрое исчезновение зуда, более раннее (на 14–30-е сутки) начало эффекта от применения и более стойкие изменения в рубце по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Высокая клиническая эффективность применения препарата Карипаин Scar связана с его способностью глубоко проникать в рубцовую ткань за счет присутствия транскутанного проводника АГТ (Тизоль) и оказывать пролонгированное протеолитическое и противовоспалительное действие благодаря входящим в его состав ферментам, иммобилизованным на гелевом носителе АГТ (Тизоль).

Ключевые слова: ожоги; рубцы; Карипаин; дети.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Сар А.С., Хаспекоев Д.В., Прутова О.Р., Кузнецова Е.В., Соколов Ю.Ю.

Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс на фоне буллезной болезни легких у детей — неотложная ситуация, требующая экстренного хирургического вмешательства. Остается актуальным вопрос тактики хирургического лечения данной патологии.

Цель: анализ опыта клиники по лечению детей со спонтанным пневмотораксом.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии ДГКБ св. Владимира в период с 2017 по 2021 г. находилось на лечении 68 детей со спонтанным пневмотораксом на фоне буллезной эмфиземы легких. Подавляющее большинство составляли лица мужского пола — 56 детей (83 %). Средний возраст — 16 лет. В случае выявления напряженного пневмоторакса выполнялось дренирование плевральной полости. При отсутствии рентгеновских и клинических признаков синдрома внутригрудного напряжения от дренирования плевральной полости воздерживались. Обязательным методом обследования является МСКТ легких, которая в 76 % (51 пациент) позволяла диагностировать буллезные изменения в легких. Стоит отметить, что в 17 % случаев диагностированы КТ-признаки двустороннего буллезного поражения легких.

Результаты. Все хирургические вмешательства выполнены торакоскопическим доступом. В 96 % случаев выполнена атипичная резекция верхушки легкого с помощью эндоскопического сшивающего аппарата. У двух детей (4 %) диагностированы буллезные изменения нижней доли легкого. Плевральный дренаж удаляли в среднем на 6–7-е сутки после операции. Интраоперационных осложнений не было. Диагноз подтвержден морфологически у всех пациентов. Рецидив заболевания возник в 5 случаях. У 3 детей установлены КТ-признаки наличия булл вне зоны резекции легкого. При повторных вмешательствах выполняли резекцию верхушки легкого и плевродез париетальной плевры в проекции верхней доли легкого с помощью аргоно-плазменной коагуляции.

Выводы. Атипичная резекция буллезно-измененных участков легкого — эффективный метод лечения буллезной болезни легких у детей. Плевродез может быть применен при рецидиве заболевания.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс; дети; атипичная резекция; плевродез.

ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА У РЕБЕНКА С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПЕЧЕНИ

Сварич В.Г.^{1,2}, Сварич В.А.³, Каганцов И.М.⁴

¹ Республиканская детская клиническая больница, Сыктывкар, Россия;

² Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми, Сыктывкар, Россия;

³ Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина, Сыктывкар, Россия;

⁴ Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Описание наблюдения. Девочка, родилась от вторых срочных патологических родов в 40 нед. путем кесарева сечения с весом 3295 г, ростом 51 см. На основании клинических данных и данных обследования был установлен основной диагноз билиарной атрезии, симптома холестаза, холестатического гепатита с высокой степенью гистологической активности Knobel (3-4-4-3), степень фиброза METAVIR — P2. В возрасте 2 мес. была выполнена операция лапаротомия, портоэнтеростомия по Касаи, биопсия печени, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка была выписана по месту жительства. В дальнейшем ребенок находился под наблюдением гастроэнтеролога с периодической госпитализацией в педиатрическое отделение Республиканской детской клинической больницы для контроля и лечения. Однако ввиду необратимости изменений в печени, прогрессирования портальной гипертензии на фоне тромбоза воротной вены, рецидивов холангита, сохраняющейся гипербилирубинемии в возрасте 3 лет ребенок был переведен в НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова, где была выполнена операция родственной ортотопической трансплантации левого латерального сектора печени. Через месяц пациентка выписана под наблюдение педиатра по месту жительства. В возрасте 4 лет ребенок поступил в отделение интенсивной терапии и реанимации республиканской детской клинической больницы с жалобами на многократную рвоту, кашель, повышение температуры до 39,7 °С. После проведенного обследования был установлен диагноз правосторонней приобретенной диафрагмальной грыжи с ущемлением петель кишечника в грыжевых воротах и кишечной непроходимостью на фоне трансплантата печени, и после консультации с лечащим врачом-трансплантологом выполнена лапаротомия под общим обезболиванием, во время которой обнаружен дефект правого купола диафрагмы в диаметре до 3 см, в котором ущемлены находящиеся в правой плевральной полости цианотичные петли тонкой кишки и правая половина толстой кишки. Произведено низведение петель кишок из плевральной полости в брюшную полость с ушиванием дефекта диафрагмы двухрядным швом. Послеоперационный период протекал без осложнений, ребенок был выписан с выздоровлением под наблюдение детского хирурга и педиатра по месту жительства.

Заключение. В приведенном примере приобретенная диафрагмальная грыжа после трансплантации печени явилась редким, но потенциальным возможным послеоперационным осложнением, в большинстве случаев протекающим бессимптомно. Вышеуказанная патология клинически проявилась сочетанием симптомов со стороны дыхательной и пищеварительной системы. Любое лечение детей с пересаженной печенью должно осуществляться в тесном контакте с лечащим врачом-трансплантологом.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа; билиарная атрезия; трансплантация печени.

УДВОЕНИЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЕ ПЕРФОРАЦИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Северинов Д.А.¹, Гаврилюк В.П.¹, Донская Е.В.², Довбня М.В.²

¹ Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия;

² Областная детская клиническая больница, Курск, Россия

Обоснование. Удвоение различных отделов желудочно-кишечного тракта — редкий врожденный порок развития, формирующийся в эмбриональный период развития пищеварительной системы человека и встречающийся в основном в младенчестве или раннем детском возрасте. Клиническая картина чрезвычайно разнообразна в зависимости от размера, локализации и типа удвоения. Зачастую манифестация данного порока развития проявляется urgentными состояниями, такими как кишечная непроходимость, перитонит.

Описание наблюдения. В ОДКБ обратилась мать с ребенком 6 мес. Со слов матери ребенок болеет около 3 дней, когда впервые появились эпизоды периодического беспокойства. При поступлении выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости, на котором нельзя исключить образование брюшной полости. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа и уровней жидкости нет. На вторые сутки после госпитализации в вечерние часы усилилось беспокойство ребенка, появилось снижение аппетита и отказ от еды, мама заметила асимметрию живота в околопупочной области. Учитывая отрицательную динамику, клиническую картину кишечной непроходимости ребенок подготовлен для оперативного лечения в экстренном порядке.

Выполнена поперечная лапаротомия справа. Между желудком и поперечно-ободочной кишкой обнаружена трубчатая структура, по строению напоминающая кишечную трубку, данное образование покрыто отечным, грязно-серого цвета участком большого сальника. На зажимах произведено прошивание лавсаном и иссечение воспалительно-измененного участка большого сальника. Дополнительная трубчатая структура рассечена вдоль: имеет место удвоение участка антрального отдела желудка, пилорического отдела желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки. В удвоенном участке двенадцатиперстной кишки обнаружено перфоративное отверстие до 3–4 мм (прикрыто участком большого сальника). При дальнейшей ревизии и выделении данной структуры, отмечается наличие добавочного хвоста поджелудочной железы длиной до 5,0 см, шириной 0,5 см, уходящий своим дистальным концом в данную трубчатую структуру. Удвоенный участок желудка и двенадцатиперстной кишки полностью удален, с основным просветом желудка и двенадцатиперстной кишки связи не выявлено.

Диагноз после операции: «ВПР ЖКТ — удвоение антрального, пилорического отделов желудка, 1-го отдела двенадцатиперстной кишки. Прикрытая перфорация удвоенного 1-го отдела двенадцатиперстной кишки. Оментит. Серозно-фибринозный перитонит».

Послеоперационный период протекал гладко, на 3-е сутки после операции дренаж удален, на 5-е сутки — начало энтерального кормления и перевод из отделения реанимации в хирургическое отделение. На 12-е сутки после операции ребенок выписан на амбулаторный этап.

Ключевые слова: удвоение желудка; лапаротомия; дети; перфорация; образование брюшной полости.

5-ЛЕТНЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИМОЗА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОГО КЛЕЯ «DERMABOND»

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

¹ Дальневосточный федеральный университет, Владивосток, Россия;

² Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Россия;

³ Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

Обоснование. Фимоз — наиболее часто встречаемое заболевание наружных половых органов у мальчиков. Развитие и внедрение новых методов лечения фимоза связаны со стремлением снизить количество осложнений и добиться более предсказуемого и менее болезненного послеоперационного периода, а также большую актуальность приобретает эстетическая сторона, т.е. косметический эффект обрезания.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения фимоза у детей и снизить травматичность операции с получением хорошего эстетического эффекта.

Материалы и методы. В условиях хирургических отделений: медицинского центра ДВФУ, МЦ «Центр детского здоровья» и МЦ «ПримаМед» с 2016 по 2021 г. выполнены 337 циркумцизий мальчикам в возрасте от 2 нед. до 10 лет. Показанием к применению циркумцизии были как традиционные религиозные обычаи, так и медицинские показания при наличии рубцового фимоза с осложнениями (хронический рецидивирующий баланопостит, парафимоз, инфравезикальная обструкция). В процессе оперативного лечения использовали одну одноразовую дозу (0,3 мл) хирургического кожного клея «Dermabond Mini» компании Ethicon, изготовленного на основе 2-октилцианокрилата.

Производилось круговое обрезание крайней плоти с помощью аппарата Surgitron. После сопоставления краев раны наносили медицинский клей «Dermabond» и ствол полового члена сразу бинтовали полоской эластического самофиксирующегося бинта Peha-haft.

Результаты. Повязка предохраняет от выраженного отека полового члена и обеспечивает комфортное самочувствие пациентов в послеоперационном периоде. Отсутствие круговых узловых швов создает хороший косметический эффект. Послеоперационных осложнений в ближайшем и отдаленном периоде при использовании данной методики нами не отмечено. Не было ни одного случая местной или общей аллергической реакции на применение тканевого клея «Dermabond». Все операции были выполнены одним хирургом (З.А. Сичинава).

Заключение. Таким образом, бесшовная циркумцизия с применением медицинского клея на основе 2-октилцианокрилата имеет значительные перспективы при хирургическом лечении фимоза, поскольку обеспечивает снижение послеоперационного болевого синдрома, отсутствует необходимость перевязок, хороший эстетический эффект.

Ключевые слова: фимоз; циркумцизия; клей; дермабонд.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Коровин С.А., Кауфов М.Х., Шапкина А.Н.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Обоснование. Травматические разрывы поджелудочной железы (ПЖ) относят к наиболее тяжелым повреждениям при закрытой травме живота. Частота повреждений ПЖ в структуре детского травматизма составляет 0,3 %, а среди всей абдоминальной травмы — 0,6 %. Несмотря на относительно редкую встречаемость, разрывы ПЖ с повреждением главного панкреатического протока представляют серьезную проблему для детских хирургов из-за отсутствия выработанной стратегии лечения.

Цель: определить показания и объем хирургических вмешательств у детей с травматическими повреждениями ПЖ.

Методы. На клинических базах кафедры детской хирургии РМАНПО за 25 лет было госпитализировано более 60 детей в возрасте от 1 г. до 17 лет с травмой ПЖ различной степени. Было проведено ретроспективное изучение историй болезни с анализом клинических, лабораторных, инструментальных данных поступивших больных. Пострадавшие были разделены на две группы: 1) дети с травматическими повреждениями ПЖ I–II степени; 2) пациенты с повреждениями ПЖ III–V степеней и разрывом главного панкреатического протока. В обеих группах степень повреждения ПЖ определялся по шкале органических повреждений Американской ассоциации хирургии травмы (шкала AAST).

Результаты. В большинстве наблюдений у детей первой группы консервативная терапия оказалась эффективным методом лечения. Необходимость в наружном или внутреннем дренировании панкреатических псевдокист возникла у 10 пациентов. Пострадавшим из второй группы в раннем и отсроченном периодах после травмы выполнялись различные открытые и лапароскопические вмешательства: дистальная и корпокаудальная резекция ПЖ проведена у 12 детей, дистальный панкреатоеюноанастомоз с выключенной по Ру тонкой кишки наложен 9 больным. Симультанные операции включали спленэктомию (3), ушивание разрыва двенадцатиперстной кишки (3), ушивание разрыва печени (1). В послеоперационном периоде различные осложнения возникли у 12,5 % пациентов, что потребовало в 5 % наблюдений выполнения повторных оперативных вмешательств. Летальных исходов не отмечено.

Заключение. Травматические разрывы ПЖ I–II степени у детей могут с успехом лечиться консервативно. При длительно существующих посттравматических панкреатических псевдокистах может возникать необходимость в выполнении операций наружного или внутреннего дренирования. При разрывах главного панкреатического протока в области хвоста возможно выполнение дистальной резекции ПЖ. При поперечных разрывах в области перешейки или головки ПЖ необходимо придерживаться органосберегающей тактики и прибегать к наложению дистального панкреатоеюноанастомоза с выключенной по Ру петель тонкой кишки.

Ключевые слова: поджелудочная железа; закрытая травма живота; главный панкреатический проток; панкреатоеюноанастомоз.

РОБОТАССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ КИСТЫ ХОЛЕДОХА У 16-ЛЕТНЕЙ ДЕВОЧКИ

Соколов Ю.Ю.¹, Ефременков А.М.², Зыкин А.П.¹

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

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

Актуальность. В последнее время минимально инвазивные вмешательства становятся золотым стандартом в гепатобилиарной хирургии детского возраста. Однако при всех очевидных преимуществах лапароскопическая резекция кист холедоха имеет ряд недостатков, связанных с затруднением позиционирования инструментов в условиях ограниченного пространства. Недостатки лапароскопии могут быть компенсированы применением хирургических роботов. С момента первого сообщения Woo et al. о роботической экстирпации кисты холедоха у ребенка в 2006 г. данный метод получил в мировой детской хирургии широкое распространение. Представляем свой первый опыт роботической операции у ребенка с кистой холедоха.

Описание наблюдения. Девочка 16 лет госпитализирована с жалобами на периодические в течение двух лет боли в верхних отделах живота. По данным ультразвукового исследования и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии была выявлена веретенообразная киста холедоха VIa типа по T. Todani диаметром до 15 мм.

Ребенку была выполнена роботассистированная резекция кисты гепатикохоледоха, холецистэктомия, гепатикоеюностомия с выключенной по Ру петлей тонкой кишки, дренирование подпеченочного пространства. Была использована хирургическая роботассистированная система da Vinci Surgical System Si III поколения (Intuitive Surgery Inc.).

Интраоперационных осложнений не было. Лапароскопический этап занял 35 мин. Докинг роботического комплекса — 35 мин. Роботический этап операции — 120 мин. Извлечение препарата, обратный докинг и ушивание ран — 35 мин. Послеоперационный период протекал без особенностей, энтеральная нагрузка начата на 3-е сутки, дренаж удален на 5-е сутки, выписана из стационара на 10-е сутки. Катамнез прослежен в течение 6 мес., состояние удовлетворительное.

Заключение. Выполнение роботассистированных резекций кист холедоха у детей возможно и безопасно.

Ключевые слова: дети; киста холедоха; мини-инвазивная хирургия; роботассистированная хирургия; da Vinci Surgical System.

ЛЕЧЕНИЕ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ РАЗМОЗЖЕННЫХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Соловьев А.Е.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань, Россия

Обоснование. Нефрэктомия — частая операция у детей с данной травмой почек. В нашей работе предложена 2-этапная органосохраняющая операция.

Цель: изучить тактику лечения детей с размозжением почек.

Методы. За 20 лет под наблюдением находилось 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 2-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) производили релюмботомию. Некротизированные ткани почки удалялись. Оставшаяся жизнеспособная паренхима ушивается, чашечно-лоханочная система дренируется. С диагнозом «размозжение почки» 2-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 операций выбора может быть 2-этапная органосохраняющая операция при так называемых размозжениях почек у детей.

Ключевые слова: дети; травма; почки; лечение.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОПОТОКОВЫХ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Сомсиков Г.А., Алимов С.В., Жигулин А.Е.

Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

Обоснование. В данной статье приведена группа пациентов с низкопотокowymi сосудистыми мальформациями различной локализации, получавшие лечение в детском сосудистом хирургическом отделении ДГКБ святого Владимира, за 2021 г.

Материалы и методы. С капиллярными мальформациями (КМ) пролечено 213 детей; с венозными и лимфатико-венозными мальформациями (ВМ, ЛВМ) — 89 детей; с лимфатическими (ЛМ) — 61 ребенок.

В диагностике капиллярных мальформаций в большинстве случаев диагноз выставлялся на основании осмотра и сбора анамнеза, редко требовалось УЗИ мягких тканей с доплеровским исследованием и очень редко МРТ с контрастированием для дифференциальной диагностики с сочетанными сосудистыми мальформациями.

Лечение КМ в нашем отделении проводится на лазерных аппаратах с короткой длиной волны (595 нм). Данная длина волны позволяет хорошо поглощать лазерное излучение кровью (преимущественно оксигемоглобином) и слабо поглощать эпидермисом. За счет этого избирательно разрушаются сосуды без разрушения прилегающих тканей.

Диагноз венозная лимфатико-венозная и лимфатическая (крупно-, мелкокистозной и смешанной форм) выставлялся на основании осмотра, сбора анамнеза, УЗИ с доплеровским исследованием, при глубоко расположенных мальформациях для оценки глубины поражения и дифференциальной диагностики выполнялась МРТ с контрастным усилением, ангиография и КТ-ангиография. В очень редких случаях для подтверждения диагноза требовалась открытая биопсия с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием. Лечение венозных мальформаций начиналось с использования лазерного аппарата с короткой длиной волны (595 нм), а также длинноволнового Yag-неодимового лазерного аппарата с длиной волны 1060 нм, а также комбинированное их использование. При глуболежащих венозных мальформациях проводилось инъекционное склерозирование патологических сосудов склерозантами (Этоксисклерол, Фибровейн, Блеомицин) под контролем УЗ-навигации и электронно-оптического преобразователя. В очень редких случаях использовалось хирургическое иссечение патологического сосудистого образования. Лечение крупнокистозных форм лимфатических мальформаций проводилось методом инъекционного склерозирования (Блеомицин, Доксциклин).

Лечение мелкокистозных форм лимфатических мальформаций проводилось методом инъекционного склерозирования и хирургического лечения и в комбинации этих методов.

Выводы. Диагноз различных сосудистых мальформаций ставится на основании осмотра, тщательно собранного анамнеза, УЗИ, МРТ, КТ. В некоторых случаях для дифференциальной диагностики дополнительно проводится ангиография и биопсия с ИГХ.

Лечение следует проводить с момента установления диагноза в раннем детском возрасте.

Вид лечения подбирается в зависимости от вида сосудистой мальформации.

Начинать лечение следует с наименее инвазивных методов, направленных на достижение не только хорошего функционального, но и косметического результата.

Ключевые слова: капиллярная мальформация; лимфатическая мальформация; венозная мальформация; лазерная коррекция; склерозирование; склеротерапия; врожденный порок развития сосудов; КАД; винное пятно; сосудистая мальформация; vascular malformation.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕМИНЕФРУРЕТЕРЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ

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

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

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

Обоснование. Удвоение почки и мочеточников — самая частая аномалия мочевой системы, встречающаяся у 1 из 150 новорожденных. Эта патология часто сочетается с эктопией устья, стриктурой или недостаточностью пузырно-уретерального сегмента. Учитывая возможную сочетанность поражения сегментов почки при этой патологии, аспекты лечения остаются предметом постоянного изучения и совершенствования.

Цель: улучшение результатов оперативного лечения детей с отсутствием функции одного из сегментов удвоенной почки.

Методы. С 2015 г. в отделении урологии Филатовской больницы было проведено 36 геминефруретерэктомий. Средний возраст — 3 года. 27 детям был удален верхний сегмент, 7 детям — нижний сегмент, при этом одному ребенку была произведена геминефруретерэктомия обоих нижних сегментов. Причиной отсутствия функции был ПМР высокой степени. Одному мальчику 16 лет была произведена геминефруретерэктомия нефункционирующей правой половины подковообразной почки. 7 детям предварительно или одновременно с геминефруретерэктомией было произведено вскрытие уретероцеле. 7 детям предварительно проводилась селективная почечная ангиография. У всех этих детей отсутствовала функция верхнего сегмента. Целью ангиографии было по возможности провести эмболизацию сосудов, питающих паренхиму верхнего сегмента, чтобы в дальнейшем было легче удалить этот сегмент, однако сделать эмболизацию получилось только в одном случае. Двум детям была проведена эндоскопическая подслизистая имплантация объемообразующего вещества (коллаген) и двум детям одновременно с геминефруретерэктомией верхнего сегмента, была произведена неимплантация мочеточника нижнего сегмента.

Результаты. Осложнения в виде кровотечения из сосудов почки во время операции и в послеоперационном периоде не было. Конверсии не было.

У одного ребенка в п/о периоде по дренажу отмечалось отхождение мочи в большом количестве, что потребовало люмботомии и ушивания верхнего полюса нижнего сегмента.

У одного ребенка во время операции произошло повреждение мочеточника от нижнего здорового сегмента. Травма была замечена во время операции, было проведено стентирование лоханки. Однако в дальнейшем после удаления стента отмечалось нарастание размеров лоханки, что явилось показанием к диагностической лапароскопии, ревизии лоханки и мочеточника и наложения уретеропиелоанастомоза. Эти два случая отмечались на этапе освоения методики оперативного лечения. И у 3 детей в проекции удаленных сегментов были выявлены кисты, которые не вызывали уродинамических нарушений.

Заключение. Использование лапароскопической техники позволяет выполнить геминефруретерэктомию из одного доступа, что способствует облегчению течения послеоперационного периода за счет уменьшения болевого синдрома и ранней активизации больных, уменьшению количества послеоперационных осложнений, сокращению сроков госпитализации пациентов и отличному косметическому результату.

Ключевые слова: удвоение почки; лапароскопическая геминефруретерэктомия; уретероцеле.

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ГИПОСПАДИЕЙ С ЦЕЛЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТУАЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Староверов О.В.

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

Обоснование. Гипоспадия встречается в настоящее время более чем у 1 из 150 рожденных мальчиков, что влияет на репродуктивное здоровье мужчины, и как следствие на качество жизни и деторождение.

Цель: определить ключевые проблемы хирургического лечения больных гипоспадией (статистически подтвержденные), которые оказывают наибольшее влияние на конечный результат лечения (снижения послеоперационных осложнений, уменьшения количества).

Методы. В исследование вошли все без исключения больные, оперированные в клинике в период с 1975 по 2020 г. Анализировались следующие данные: место проживания, возраст и профессия родителей, возраст проведения операции, методика операции, марка шовного материала, данные урофлоуметрического исследования в до- и послеоперационном периоде, анализировалось количество осложнений в зависимости от использования того или иного шовного материала, методики проведения уретропластики, проведение уретропластики с glandулопластикой или без нее. Компьютерная статистическая обработка.

Результаты.

1. Результат лечения гипоспадии зависит от используемого шовного материала.
2. Значительное снижение количества послеоперационных кожно-уретральных свищей происходит при использовании различных методик закрытия созданной уретральной трубки лоскутами из окружающих тканей (предложена собственная методика, получен патент).
3. Изучено строение головки полового члена в норме, что не учитывается ни в одной из традиционных методик glandулопластики в настоящее время. Предложена собственная методика glandулопластики, воссоздающая анатомически правильную структуру головки.

Заключение. В результате работы разработана оригинальная методика закрытия линии швов неоуретры (патент). Проведено изучение строения нормальной анатомии головки полового члена, что результировалось в создание методики glandулопластики (патент).

Ключевые слова: гипоспадия; андрология; операции.

ОЖОГ ЖЕЛУДКА. ПОЛНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА У РЕБЕНКА 1 ГОДА

Степаненко Н.С., Разумовский А.Ю.

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

Описание наблюдения. Ребенок 1 года в феврале 2022 г. выпил неизвестное количество паяльной кислоты. Находились на лечении в отделении токсикологии Филатовской больницы, после стабилизации состояния по требованию родителей выписаны из стационара. Спустя 1,5 мес. начали отмечаться жалобы на рвоту, срыгивания. Снижение массы тела. В июне экстренно обратились с резкой потерей веса и невозможностью кормления через рот. Постоянные рвоты. При проведении обследования выявлена послеожоговая непроходимость пилорического отдела желудка. После предоперационной подготовки проведена лапароскопическая резекция желудка по типу Бильрот I. Энтеральная нагрузка восстановлена на 4-е п/о стуки. На 10-е сутки пациент выписан с рекомендациями обследования через 1 мес.

Ключевые слова: ожог желудка; непроходимость желудка; непроходимость привратника; стеноз привратника.

УСТРАНЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗАДНЕГО САГИТТАЛЬНОГО ТРАНСАНОРЕКТАЛЬНОГО ДОСТУПА

Степанова Н.М.^{1,2}, Новожилов В.А.¹, Звонков Д.А.³, Петров Е.М.², Милюкова Л.П.¹

¹ Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

² Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

³ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

Актуальность. Достижение удовлетворительных функциональных результатов лечения болезни Гиршпрунга после повторных вмешательств всегда требует поиска оптимальных решений. При выполнении повторных операций в малом тазу и промежности, зачастую в условиях формирования ситуации «замороженный таз» при сохраненных костных тазовых образованиях, особенно важно получить широкий обзор анатомических структур, тем самым избежать их повреждения.

Цель: представить возможности использования заднего трансаноректального доступа при повторных вмешательствах по поводу болезни Гиршпрунга.

Материалы и методы. За последние 3 года на базе Центра аномалий развития аноректальной области и колоректальной хирургии детского возраста ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница» (Иркутск) оперировано 6 детей с использованием заднего трансаноректального доступа, из них у 3 показанием к первичной операции явилась болезнь Гиршпрунга. Неоднократные оперативные вмешательства закончились формированием приобретенной ректобульбарной фистулы (1), ретракцией и стенозом низведенной кишки (2). Средний возраст на момент коррекции с использованием PSTRA — 3,3 года, в анамнезе до 4 операций. Всем детям предварительно выполнено наложение протективной илеостомы. Объем реконструктивного вмешательства заключался в комбинированном брюшно-промежностном подходе с использованием лапароскопии (1) и лапаротомии (2), резекции и ренизведения толстой кишки с формированием эндоректального колоанального анастомоза. Для разобщения ректобульбарной фистулы и иссечения стеноза во всех случаях использовался задний трансаноректальный доступ. Поднаркозный осмотр через 10–11 дней показал полную репарацию линии PSTRA без признаков стенозирования и деформации анального канала. В одном случае расхождение линии швов на уровне анального канала со стороны слизистой оболочки на глубину мышечного слоя — регенерация с помощью консервативных приемов. Всем детям проводилось лечебно-профилактическое бужирование в среднем на протяжении 3 мес. В настоящее время всем детям выполнена реконструкция кишечной трубки. Дефекация осознанная, ритм — 3–4 раза в сутки, тип 5–6 по Бристольской шкале оценивания кала, проявлений анальной инконтиненции нет.

Заключение. Задний трансаноректальный доступ представляет собой способ визуализации и достижения нижних отделов малого таза, параректального пространства и мочеполовых структур при оперативной коррекции осложнений, возникших после неоднократных хирургических вмешательств на органах малого таза и промежности, позволяющий в условиях ограниченного пространства и состояния «замороженный таз» выполнить разобщение структур, локальный висцеро-адгезиолизис, низведение и формирование эндоректального колоанального анастомоза.

Ключевые слова: болезнь Гиршпрунга; задний сагиттальный трансаноректальный доступ; осложнения болезни Гиршпрунга; замороженный таз; дети.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ДЛИНЕ ОТКЛЮЧЕННОГО ОТДЕЛА У СТОМИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Сулавко Я.П.^{1,2}, Щербакова О.В.^{1,2}

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

² Российская детская клиническая больница, Москва, Россия

Обоснование. Одной из операций при атрезии ануса с ректовезикальным/уретральным свищем, реже при других аноректальных мальформациях является брюшно-промежностная проктопластика, чаще лапароскопическим доступом. Низведение отключенного отдела кишки проходит обычно без технических трудностей. При неправильном выборе отдела ободочной кишки для формирования колостомы выполнение стандартной операции затруднительно.

Методы. За последние 20 лет работы колопроктологического отделения РДКБ оперировано 394 пациента с аноректальными мальформациями. На этапах коррекции стома сформирована 286 пациентам.

Результаты. При анализе результатов колостографии у 33 пациентов отмечен короткий отдел отключенной кишки. При ретроспективном анализе пациентов с недостаточной длиной отключенного отдела для проведения стандартной операции определены 2 подхода к коррекции. 1-й вариант (28 пациентов) — резекция отключенного отдела с разобщением, при наличии, свища, низведения приводящего отдела с формированием анастомоза с кожей перианальной области с оставлением избытка кишки. Через 10–14 дней проводился второй этап — отсечение избытка кишки с формированием неоануса. У 2 пациентов использован дополнительно заднесагиттальный доступ (1 пациент с клоакой с целью разделения урогенитального синуса и вагинопластики, 1 пациент с промежностным свищем — безуспешные попытки низвести прямую кишку из заднесагиттального доступа). У 2 больных недостаточная длина для проведения проктопластики была обусловлена необходимостью использования отключенного отдела для формирования неовагины. В послеоперационном периоде отмечался некроз низведенной кишки у 2 пациентов, что потребовало повторной брюшно-промежностной проктопластики с избытком. У 1 пациента отмечалась ретракция кишки, наложены вторичные швы в области неоануса. У 6 пациентов выявлен пролапс слизистой оболочки в области ануса, проводилось иссечение избыточной слизистой оболочки. У 5 пациентов сформировался стеноз ануса, потребовавший иссечения. У пациентки с ретракцией кишки с последующей стриктурой проведена брюшно-промежностная проктопластика. Недостатки данной методики: длительность и травматичность, необходимость резекции отделов кишки, которые могли бы быть функционально полезными. 2-й способ коррекции (2 пациента) заключается в мобилизации только отводящего отдела стома, за счет чего появляется возможность низвести данный отдел с формированием неоануса, отключенный отдел заглушается. Сохраняется терминальная кишечная стома (приводящий отдел). Это позволяет уменьшить длительность операции и сохранить отделы кишки, которые подвергались бы резекции. Вторым этапом проводилось закрытие колостомы.

Заключение. Таким образом, целесообразно использование лапароскопии на этапе формирования колостомы для оценки атрезированного отдела и выбора оптимального уровня наложения колостомы. По нашему опыту, пациенты с нерациональным выбором уровня колостомы составляют 11 % стомированных больных с аноректальными мальформациями. При недостаточной длине методом выбора становится брюшно-промежностная проктопластика (с лапароскопической ассистенцией). Оценить возможность низведения с сохранением двуствольной стома, а также выбрать оптимальный вариант коррекции в случае трудностей при стандартной операции можно только интраоперационно.

Ключевые слова: колопроктология; аноректальная мальформация; стома; дети.

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМ. РОЛЬ ХИРУРГА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРАНИЦ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сухоцкая А.А., Баиров В.Г., Амидхонова С.А., Каганцов И.М.

Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. Врожденный гиперинсулинизм — сложное и многогранное заболевание, обусловленное генетическими нарушениями, часть из которых пока неизвестна.

Цель: показать значение визуальной оценки, а не только определения индексов (стандартизированный показатель накопления и панкреатический индекс) при проведении ПЭТ/КТ для определения способа хирургической коррекции врожденного гиперинсулинизма.

Методы. В 2017 г. в Центре им. В.А. Алмазова были реализованы современные возможности диагностики распространенности поражения поджелудочной железы: позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с 18F-ДОФА, интраоперационная экспресс-биопсия поджелудочной железы.

Результаты. В отделении детской хирургии пороков развития Перинатального центра НМИЦ им. В.А. Алмазова с 2017 по 10.2021 г. оперированы 48 детей с врожденным гиперинсулинизмом, в том числе 30 — с фокальными формами. В данной работе показана роль хирурга и значение визуальной оценки, а не только определения индексов (стандартизированный показатель накопления и панкреатический индекс) при проведении позитронно-эмиссионной томографии для определения способа хирургической коррекции врожденного гиперинсулинизма. Только гистологическое исследование позволяет интраоперационно окончательно определить необходимый объем резекции поджелудочной железы, учитывая неординарность ее поражения в каждом конкретном случае, что продемонстрировано выше в клиническом примере. Представленный подход приводит к 100 % выздоровлению при фокальных формах заболевания.

Заключение. Частичная панкреатэктомия при фокальных, субтотальная (95 %) при атипичных и почти тотальная (98–99 %) при диффузных формах позволяют справиться с гипогликемиями вследствие врожденного гиперинсулинизма. Объем оперативного лечения у детей с ВГИ определяется данными генетического обследования, позитронно-эмиссионной томографии и экспресс-биопсии интраоперационно. При этом визуальная оценка данных ПЭТ/КТ оперирующим хирургом не менее важна и может повлиять на ход хирургического вмешательства.

Ключевые слова: врожденный гиперинсулинизм; гипогликемия; позитронно-эмиссионная томография; панкреатэктомия; дети; экспресс-биопсия.

ДИЛАТАЦИЯ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗА У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Тарасов А.Ю.¹, Саввина В.А.²

¹ Республиканская больница № 1, Национальный центр медицины, Якутск, Россия;

² Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Якутск, Россия

Обоснование. На современном этапе в лечении атрезии пищевода (АП) актуальными вопросами остаются тщательное формирование эзофагоанастомоза, уменьшение послеоперационных осложнений, сохранение «нативного» пищевода и хорошее качество жизни пациентов. Стеноз пищевода частая причина повторных вмешательств, приводящая в ряде случаев к потере пищевода. Существуют различные варианты дилатации стеноза, некоторые могут привести к фатальным осложнениям.

Цель: анализ методов лечения стеноза эзофагоанастомоза у детей с атрезией пищевода в РС (Я).

Материалы и методы. За период 2001–2021 гг. в хирургическое отделение поступило 87 новорожденных с АП. Первичный эзофагоанастомоз наложен 79 пациентам (90,8 %). Торакоскопический эзофагоанастомоз выполнен у 22 детей. Стеноз эзофагоанастомоза выявлен у 27 пациентов (34,1 %), и подтвержден после проведения эндоскопии и контрастного исследования. В период 2001–2011 гг. было 40 пациентов, перенесших эзофагоанастомоз. Всем пациентам проводилось прямое «слепое» калибровочное бужирование после 21 дня с момента операции. Стеноз сформировался у 15 детей. Применялись следующие методы дилатации: прямое «слепое» бужирование у 10 детей (всего 28 процедур), баллонная гидродилатация у 5 детей (всего 10 процедур). Перфорация в зоне эзофагоанастомоза возникла у 3 пациентов. В одном случае зафиксирован летальный исход. В период 2012–2021 гг. эзофагоанастомоз наложен 47 пациентам. Тактика и метод бужирования были изменены. Всем пациентам после 21 дня выполнялось эндоскопическое исследование, при этом важное значение придавали проведению эндоскопа 5 мм за зону эзофагоанастомоза. Если у пациента возникали клинические проявления дисфагии и эндоскопический аппарат не проходил зону анастомоза, таким детям назначали проведение бужирования. Таких пациентов было 12. Причем в 2 раза меньше после торакоскопического вмешательства (8 случаев торакотомии, 4 торакоскопии). Бужирование проводили по струне-проводнику и эндоскопическим контролем. Как правило, было достаточно 2 сеансов дилатации эзофагоанастомоза. Осложнений в этой группе детей не отмечено. В одном случае при рефрактерном стенозе выполнен реторакоскопический эзофагоанастомоз.

Выводы. Операцией выбора при АП является наложение прямого торакоскопического анастомоза, при котором значительно снижается количество послеоперационных осложнений. Целесообразно избирательно ставить показания к дилатации эзофагоанастомоза. Послеоперационные стенозы должны быть ликвидированы наиболее безопасным методом бужирования пищевода по струне.

Ключевые слова: атрезия пищевода; стеноз эзофагоанастомоза; дети; бужирование.

ФУНДОПЛИКАЦИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С БУЛЬБАРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Тарасов А.Ю.¹, Саввина В.А.², Петрова Н.Е.¹, Шейкин И.Ю.¹,
Парников М.А.¹, Павлюкова Ю.П.¹

¹ Республиканская больница № 1, Национальный центр медицины, Якутск, Россия;

² Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Якутск, Россия

Обоснование. Основной причиной тяжелых вариантов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у неврологических пациентов является нарушение иннервации мышц глотки, пищевода и нижнего пищеводного сфинктера. В результате частых аспираций пациенты страдают частыми бронхолегочными заболеваниями, заболеваниями ЛОР-органов, становятся постоянными пациентами инфекционных госпиталей с непрерывно-рецидивирующими пневмониями. В отечественной литературе очень скудна информация о хирургической тактике лечения ГЭРБ у пациентов с грубой неврологической патологией, нет общепринятого алгоритма лечения. В некоторых госпиталях ограничиваются минимально инвазивным наложением гастростомы, не решая проблемы рефлюкса.

Цель: анализ результатов лечения ГЭРБ у неврологических пациентов в Республике Саха (Якутия).

Материалы и методы. За период 2018–2021 гг. в хирургическом отделении получили лечение 10 неврологических пациентов с бульбарными расстройствами и ГЭРБ. Возраст колебался от 5 до 12 лет. Всего на данный момент в Республике Саха (Якутия) в паллиативном отделении и на дому находятся около 30 детей, нуждающихся в хирургической помощи. Из них 4 некурабельных больных с трахеостомами. Характер основной патологии поступивших пациентов в большинстве случаев это: тяжелое течение ДЦП, наследственная митохондриальная, обменная патология, синдром Корнелии де Ланги. Все дети находились на зондовом кормлении, страдали рецидивирующей аспирационной пневмонией, являясь практически постоянными пациентами инфекционных госпиталей. У 8 детей имелся дефицит массы тела, анемия и гипопроотеинемия. Все пациенты имели бульбарные нарушения, судорожный синдром, получали антиконвульсанты. Всем детям проведено эндоскопическое и рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка. У всех детей выявлена недостаточность кардии, у 6 — рефлюкс-эзофагит, у 5 — проявления аксиальной грыжи. При решении вопроса об оперативном лечении мы ориентировались на соматическое состояние пациента, неврологический и нутритивный статус, наличие респираторных осложнений. При необходимости была проведена коррекция анемии, свертывающей системы, гипопроотеинемии, лечение эзофагита. При бронхообструктивном синдроме назначали ингаляции и физиолечение. Всем детям выполнена лапароскопическая фундопликация и гастростомия. Причем манжета формировалась туго 2-этажными швами и фиксировалась к правой ножке диафрагмы. У 5 пациентов с аксиальной грыжей операция дополнялась пластикой ножек диафрагмы. Интраоперационных осложнений не отмечено. Все пациенты перенесли операцию адекватно и были переведены на спонтанное дыхание в течение 1 сут. Кормление в гастростому начато на 2-е сутки послеоперационного периода. Все дети осмотрены через 6 и 12 мес. после операции. Родители отмечают значительное улучшение общего и нутритивного статуса, снижение, а в некоторых случаях полное отсутствие бронхолегочных заболеваний, более комфортные условия при кормлении в гастростому.

Выводы. Детям с грубым неврологическим дефицитом с бульбарными и псевдобульбарными расстройствами показана лапароскопическая фундопликация Ниссена с гастростомией. Своевременное проведение оперативного лечения значительно улучшает общее соматическое состояние пациентов с неврологической патологией и нутритивный статус, предотвращает аспирационные осложнения, облегчает уход за детьми.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; детский церебральный паралич; бульбарный синдром; гастростомия; фундопликация по Ниссену.

СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ГРУДНИЧКОВОГО ПЕРИОДА

Тен Ю.В., Кожевников В.А., Тен К.Ю., Каширин С.Д., Денцель А.Ф., Елькова Д.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Обоснование. Актуальность проблемы секвестров легких обусловлена малой частотой встречаемости, сложностью диагностики и лечения данного вида порока.

Цель: провести ретроспективный анализ лечения детей с секвестрацией легкого на базе нашей клиники за 37-летний промежуток времени.

Методы. В клинике детской хирургии ФГБОУ ВО АГМУ на базе КГБУЗ «АККЦОМД» за отрезок времени с 1984 по 2021 г. находилось на обследовании и лечении 5 детей в возрасте от периода новорожденности до 1 года. Мальчиков из них было 4. У 4 детей диагноз был установлен еще внутриутробно на аппарате УЗИ экспертного типа. После рождения всем им проведено УЗИ и рентгенологическое обследование в 2 проекциях, и только у 2 пациентов было подозрение на какое-то образование в проекции нижней доли легкого. Диагноз был подтвержден во всех случаях с помощью МСКТ. Более информативная картина получена при проведении МСКТ с контрастированием. В 4 случаях выявлена экстралобарная секвестрация, в 1 случае — интралобарная.

Результаты. Всего прооперировано в клинике 3 пациента. В одном случае проведена открытая операция: торакотомия справа, удаление секвестра размерами 3×2 см с перевязкой сосуда, отходящего от аорты диаметром 3,5 мм. У 2 больных произведено торакоскопическое удаление экстралобарного секвестра. При этом у одного ребенка лигирована артерия, не только отходящая от аорты, но и сосуд, идущий из-под диафрагмы. Во всех случаях наступило выздоровление. Один ребенок с интралобарным секвестром уехал на лечение в Федеральный центр. Еще один ребенок находится в процессе наблюдения. Клиническое проявление заболевания в виде кашля и ОРВИ было лишь у одного пациента.

Заключение. Секвестрация легкого — довольно редкая патология. Диагностика заболевания возможна с помощью МСКТ, что позволяет выбрать адекватную тактику ведения данного порока развития.

Ключевые слова: секвестр легкого; торакоскопия; экстралобарная секвестрация; интралобарный секвестр.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Тен Ю.В., Юров А.П., Тен К.Ю., Каширин С.Д., Елькова Д.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Обоснование. Актуальность проблемы болезни Гиршпрунга обусловлена тяжестью заболевания, сложностью диагностики и лечения, наличием большого числа внутренних опасных осложнений.

Цель: продемонстрировать успешную тактику ведения пациентов с болезнью Гиршпрунга.

Методы. В клинике детской хирургии ФГБОУ ВО АГМУ на базе АККЦОМД в течение последних 5 лет оперировано 8 детей с болезнью Гиршпрунга; из них было 6 мальчиков. Возраст детей составил от периода новорожденности до 3 лет. Диагноз устанавливался клинически, рентгенологически, гистологически, эндовидеохирургически.

Результаты. 5 больных оперированы по классической методике Соаве с предварительной двустольной колостомией на сигмовидной кишке у 4 детей. Радикальная операция им произведена в возрасте от 1 года до 3 лет. Один больной оперирован одноэтапно без разгрузки толстой кишки в возрасте 11 мес. Реабилитационные мероприятия проводились в последующем в течение 1–3 лет. Все дети в настоящее время здоровы. Трем детям от периода новорожденности до 4 мес. произведена трансанальная проктопластика по де ла Торре Мондрагон (2) и Соаве – Джорджсону (1). Наблюдение за этими больными осуществлялось в течение 1 года. В каких-либо реабилитационных мероприятиях дети не нуждались. В настоящее время все дети здоровы. Таким образом, дети второй группы потребовали меньших усилий и времени для полной реабилитации, сроки лечения значительно сокращены, достигнуты лучшие косметические результаты.

Заключение. Методика трансанальной проктопластики может быть рекомендована к более широкому внедрению в практику детских хирургических отделений при коррекции болезни Гиршпрунга у детей.

Ключевые слова: болезнь Гиршпрунга; аганглиоз толстой кишки; колостомия; анопластика; проктопластика.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ДИСКОВЫМИ БАТАРЕЙКАМИ

Теплов В.О.¹, Степаненко Н.С.², Разумовский А.Ю.^{1,2}

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

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

Обоснование. За последние 10 лет в мире выявлено значительное увеличение тяжелых и летальных случаев ожогов пищевода дисковыми батарейками, что, вероятно, связано с внедрением в жизнь более емкостных батареек, в частности литиевых. Данная проблема является одной из ведущих в хирургии пищевода в связи с высоким риском осложнений.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения осложнений ожогов пищевода дисковыми батарейками у детей.

Методы. С 2010 по 2021 г. в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова пролечен 101 ребенок с ожогом пищевода дисковой батарейкой. Из них мальчиков — 55, девочек — 46. Наиболее часто проглатывание происходило в возрасте от 12 до 19 мес. (5 мес. – 7,5 лет). Всем детям производилось эндоскопическое удаление батарейки с последующим контролем. Экспозиция батарейки в пищеводе составляла от 1 ч до 3 мес. Подсчет статистических данных проводился в программе Statistica v.10.

Результаты. Осложнения имели 50 детей. Среди них: трахеопищеводный свищ (ТПС) — у 28, стеноз пищевода — у 23, парез или паралич гортани — у 18, перфорация пищевода — у 3. При стабильном состоянии детям с ТПС ($n = 11$) выполнялись гастростомия и фундопликация, у 10 в последствии выявлено полное закрытие ТПС, 1 летальный исход (изначально тяжелый аспирационный синдром). При большом размере дефекта и тяжелом нестабильном состоянии выполнялись реконструктивные оперативные вмешательства: 9 — разобщение ТПС (4 осложнения оперативного вмешательства — несостоятельность швов, реканализация ТПС), 8 — пластика трахеи пищеводным лоскутом, резекция пищевода, эзофаго- и гастростомия с последующей колоэзофагопластикой. При стенозе пищевода проводились бужирования, в 1 случае выполнена резекция зоны стеноза в связи с циркулярным дефектом. Детям с парезом гортани первично выполнялась трахеостомия, при параличе гортани — операции латерализации.

Заключение. Наиболее оптимальной тактикой лечения ТПС после ожога дисковой батарейкой у детей в стабильном состоянии и без ДН является выполнение лапароскопической гастропластики и гастростомии. При необходимости выполнения радикальной операции в остром периоде следует рассматривать пластику трахеи пищеводным лоскутом и резекцию пищевода с последующей колоэзофагопластикой как метод выбора.

Ключевые слова: ожог пищевода; дисковая батарейка; трахеопищеводный свищ; парез гортани; стеноз пищевода.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Тибилев А.З.¹, Киреева Н.Б.²

¹ Нижегородская областная клиническая больница, Нижний Новгород, Россия;

² Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия

Обоснование. Имеющиеся неудовлетворительные результаты лечения детей с гипоспадией требуют внедрения новых методов оперативного лечения.

Цель: анализ собственного опыта хирургического лечения детей с гипоспадией.

Материалы и методы. С 2019 по 2021 г. в клинике были оперированы 149 мальчиков с проксимальной (43 детей, 28,8 %) и дистальной (106 детей, 71,2 %) формами гипоспадии в возрасте от 1,5 до 17 лет. Пациентам выполнено 192 операции. При дистальных формах гипоспадии применяли операцию TIP — Snodgrass (у 95 детей, 49,3 %, из них 30 оперированы с формированием искусственной уздечки по методике, разработанной в клинике), операцию MAGPI — в 9 случаях (4,7 %) и Beck — Koff — в 2 случаях (1,04 %). Лечение проксимальных форм гипоспадии осуществляли в 2 этапа с интервалом не менее 6 мес. На первом этапе устраняли деформацию полового члена и выполняли кожную пластику по Buars (36 пациентов, 18,8 %), также использовали свободную кожную пластику препуциальным лоскутом — операцию Враска (в 6 случаях, 3,2 %). Буккальный лоскут использовали в одном случае первичному больному с дефицитом кожи и у одного пациента подросткового возраста при вторичном фиброзе искусственной уретры. На втором этапе проводили пластику уретры по Duplay (в 43 случаях, 22,5 %), одновременно осуществляли формирование наружного отверстия уретры на головке — уретрогланулопластику. Деривацию мочи в 43 случаях (22,5 %) осуществляли путем пункционной цистостомии. Отведение мочи с помощью уретрального катетера использовали у 149 детей (77,5 %).

Результаты. В послеоперационном периоде наблюдали следующие осложнения: у 10 (6,7 %) — меатостеноз, потребовавший меатотомии (дети с дистальной формой гипоспадии после уретропластики TIP — Snodgrass, 3 из которых оперированы в модификации с формированием искусственной уздечки), у 3 детей (2 %) — стеноз неоуретры (дети с проксимальной формой гипоспадии, которым на первом этапе выполняли кожную пластику по Buars), разрешившийся у двух детей (1,3 %) после бужирования неоуретры; в одном случае (0,6 %) произведена повторная уретропластика с пластикой кожи по Cecil. Уретральные свищи имели место у 7 (4,6 %) пациентов (после операции TIP, один из которых в модификации с формированием искусственной уздечки). Всего было 20 осложнений из 192 реконструктивных операций (10,5 %).

Заключение. Таким образом, использование новых оперативных методик (при дистальных формах гипоспадии операции TIP — Snodgrass в модификации, при среднестеволовых и проксимальных формах — свободной кожной пластики препуциальным лоскутом, а при дефиците кожи или фиброзе неоуретры — буккальным лоскутом), современных шовных материалов, адекватной деривации мочи позволило значительно снизить число послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: гипоспадия; уретропластика; меатостеноз; искусственная уздечка; урофлоуметрия.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Тимофеев А.Д., Тимофеев Д.В., Соловьев А.А., Степанова Н.М., Воропаева А.В.

Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия

Обоснование. Лечение гипоспадии остается актуальной проблемой в детской урологии, поскольку в последние годы частота этой патологии увеличилась. Нарушение качества жизни пациентов и послеоперационные осложнения представляют серьезную проблему.

Цель: проведение ретроспективного анализа результатов лечения пациентов с гипоспадией в отделении детской урологии Ивано-Матренинской детской клинической больницы Иркутска.

Материалы и методы. В исследовании представлены данные ретроспективного анализа лечения 628 детей с различными формами гипоспадии за период с 2017 по 2021 г.

По форме патологии больные распределились следующим образом: венечная гипоспадия — 75 (12,0 %); стволовая — 517 (82,3 %); мошоночная — 22 (3,5 %); промежностная — 2 (0,3 %); по типу «рудиментарной хорды» — 12 (1,9 %).

Возраст оперированных больных варьировал от 4 мес. до 17 лет. До 1 года — 37 (5,9 %); 1–3 лет — 283 (45,0 %); 4–6 лет — 253 (40,3 %); 7–10 лет — 40 (6,4 %); 11 и старше — 15 (2,4 %). Средний возраст составил $4,43 \pm 1,0$ года.

После установления диагноза и при имеющихся признаках инфравезикальной обструкции выполнялась меатотомия со стентированием уретры. Первый этап включал ортопластику и уретропластику. Вторым этапом выполнялась кожная пластика. Межэтапный интервал составил от 3 мес. до 1 года. Выбор методики операции определялся в каждом клиническом случае с учетом формы гипоспадии и состоянием местных тканей. При выполнении основного этапа операции (уретропластики) мы придерживались традиционных методик — Duplay, Mathieu, Snodgrass (TIP), Cecil-Culp и модификации. В качестве шовного материала предпочтение отдавали Polydioxanon (PDS) 5/0. При выполнении операции мы применяли временное наложение жгута на основание полового члена, что позволяло исключить использование электрокоагуляции.

Результаты. Удовлетворительный результат наблюдался у 508 (80,9 %) пациентов.

Серьезной проблемой остаются сохранение проходимости уретры (формирование стеноза) и ее целостности (уретральных свищей). В наших наблюдениях у 63 (10 %) больных сформировался стеноз наружного отверстия искусственной неоуреты или на ее протяжении, потребовавший этапного бужирования. Формирование уретрального свища мы наблюдали у 57 (9 %) пациентов, что потребовало дополнительного оперативного лечения.

Выводы. Применение традиционных методик хирургического лечения гипоспадии с соблюдением этапности позволяет достичь хороших ближайших и отдаленных анатомических и косметических результатов. Сохраняющееся значимое количество послеоперационных осложнений служит поводом для дальнейшего поиска модификаций классических методик.

Ключевые слова: гипоспадия; дети; хирургическое лечение.

ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ У ДЕТЕЙ ЧЕРЕЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ

Тимофеева А.В., Максумов А.А., Мельников А.А., Горелик А.Л., Карасева О.В.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия

Обоснование. Среди всей травмы лицевого скелета, переломы стенок орбит у детей встречаются наиболее часто. У детей старше 7 лет наиболее часто диагностируют переломы нижней стенки орбиты. Улучшить эстетический результат операций возможно путем применения методик, не оставляющих видимые рубцы на лице, не приводящих к деформации век, к лимфостазу, стойкому слезотечению, некрозу кожного лоскута. К одной из таких методик относится реконструкция нижней стенки орбиты через верхнечелюстную пазуху.

Цель: представить особенности трансантральной (через верхнечелюстную пазуху) реконструкции нижней стенки орбиты у детей при ее переломах по типу «капкана».

Методы. За 5 лет в НИИ НДХиТ прошли лечение 465 пациентов с переломами лицевого скелета. Из них у 365 пациентов (78,5 %) имелись переломы стенок орбиты. Переломы нижней стенки преобладали — 56,7 % (207 пациентов). Преобладали мальчики — 66,2 % (137). Средний возраст детей составил $10,5 \pm 4,9$ года.

Результаты. В оперативном вмешательстве нуждалось 34,3 % (71) больных с переломами нижней стенки орбиты. В 32,4 % случаев оперировали через верхнечелюстную пазуху, используя внутриротовой доступ. Показанием были изолированные переломы нижней стенки орбиты по типу «капкана» с ущемлением параорбитальных тканей, что приводит к болевым синдрому и ограничению подвижности глазного яблока. Производили трепанацию передней стенки гайморовой пазухи диаметром 1,0 см, далее производилась санация пазухи, удаление слизистой с верхней и нижних стенок пазухи, оценка линии перелома и интерпозиции параорбитальных тканей. Выполнялось вправление тканей в полость орбиты, репозиция костных отломков, реконструкция линии перелома при необходимости. Операция проводится с эндоскопической ассистенцией.

Подвижность глазного яблока восстанавливалась на следующий день после операции. Осложнения наблюдались в 1,25 % случаев (повреждение зачатка постоянного зуба, смещение костных отломков в полость орбиты).

Противопоказание к данной методике считаем малый возраст пациента (малые размеры гайморовой пазухи, наличие зачатков постоянных зубов), оскольчатый характер перелома нижней стенки орбиты.

Заключение. Внутриротовой доступ и трансантральная методика реконструкции нижней стенки орбиты позволяет улучшить эстетические результаты операции, а также позволяет оперировать в ранние сроки после травмы на фоне отека мягких тканей параорбитальной области. Использование эндоскопической ассистенции при данной методике обеспечивает оптимальную визуализацию перелома, что позволяет провести более точную репозицию отломков, улучшая функциональные результаты лечения.

Ключевые слова: орбиты; глазница; перелом; нижняя стенка; дно орбиты; трансантральная методика; верхнечелюстная пазуха; реконструкция; дети.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАЛЬРОТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Трофимов В.В.¹, Мокрушина О.Г.¹, Шумихин В.С.²,
Халафов Р.В.², Ерохина Н.О.², Петрова Л.В.²

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

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

Обоснование. Первая лапароскопическая операция у новорожденного по поводу мальротации была выполнена в 1995 г. Van der Zee DC and Bax NMA. После этого распространение эндоскопической коррекции данного порока все чаще используется детскими хирургами, вытесняя лапаротомию. Однако проведение сравнительного анализа ограничено небольшими выборами пациентов, анализу подвергаются дети разных возрастных групп, что не позволяет делать достоверные выводы о преимуществах малоинвазивного метода лечения мальротации у новорожденных.

Цель: проведение сравнительного анализа лечения новорожденных с мальротацией в зависимости от способа коррекции.

Методы. В исследование вошло 78 новорожденных с мальротацией кишечника, у которых отсутствовала сочетанная или синдромальная патология, не было острого заворота с нарушением кровоснабжения кишечной стенки. Для проведения сравнительного анализа было сформировано 2 группы (способ проведения оперативного вмешательства). Исследуемую группу составили 35 пациентов, которым проведена операция лапароскопическим способом (лапароскопия), в контрольную группу вошло 43 пациента, которым проведена открытая операция (лапаротомия), из них 3 пациентам операция была начата лапароскопическим способом, но в дальнейшем проведена конверсия. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.4.8 (разработчик ООО «Статтех», Россия).

Результаты. Группы имели одинаковые антропометрические показатели, гестационный возраст. В структуре мальротации чаще всего встречался синдром Ледда в двух группах (80 и 74,4 %). Были обнаружены значимые различия в длительности операции при лапароскопии и лапаротомии (60 и 80 мин). Аппендэктомия выполнялась строго по показаниям и была выполнена у 2 детей из первой группы. Наше исследование показало, что в группе лапароскопии продолжительность продленной ИВЛ в первой группе было меньше и нахождение ребенка в отделении реанимации в послеоперационном периоде занимало более короткий период, данные отличия имели статистически значимые различия. Пассажи по ЖКТ восстанавливались быстрее у детей в исследуемой группе (2 и 3 сут). Пациенты начинали раньше питание после мини-инвазивного способа лечения (4 и 6 сут) и имели меньшее время перехода на полное энтеральное питание (9 сут против 12 сут). Пациенты из второй группы чаще требовали проведения стимуляции кишечника, были получены достоверные различия. Продолжительность пребывания в стационаре была меньше в первой группе (13 койко-дней против 21 койко-дня). Количество послеоперационных осложнений не отличалось в группах.

Заключение. Таким образом, лапароскопическая коррекция мальротации кишечника является приоритетным методом, демонстрирующим хорошие послеоперационные результаты. Однако подобные операции должны выполняться в центрах, имеющих большой опыт в лечении подобных пациентов.

Ключевые слова: мальротация; лапароскопия; новорожденные; операция Ледда; синдром Ледда.

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ

Трухачев С.В.¹, Светлов В.В.², Бревдо Ю.Ф.²,
Румянцева Г.Н.¹, Киреенко И.С.²

¹ Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия;

² Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия

Обоснование. За последние 20 лет отмечается возрастание числа детей с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) — от 0,13 до 2,00 %. Омоложение холелитиаза обусловлено совокупностью причин, среди которых можно выделить несбалансированное питание, ксенобиотики, заболевания желудочно-кишечного тракта и билиарной системы. Золотым стандартом в лечении желчнокаменной болезни считается лапароскопическая холецистэктомия в связи с малой инвалидностью.

Цель: проанализировать результаты лапароскопической холецистэктомии у детей с желчнокаменной болезнью.

Методы. За период с 2011 по 2021 г. в ГБУЗ ДОКБ оперировано 23 ребенка с холелитиазом в возрасте от 10 до 17 лет: 19 девочек, 4 мальчика. Латентное течение было отмечено у 16 пациентов. У 7 больных клиническая картина проявлялась в виде печеночной колики, развившейся спонтанно или после физических нагрузок. Сочетания ЖКБ с пороками развития мочевой системы диагностировано в 4 случаях.

Результаты. Проводимая литолитическая терапия у 7 детей не принесла желаемого эффекта. Всем 23 пациентам проведена лапароскопическая холецистэктомия. Единичные камни в желчном пузыре обнаружены у 14 пациентов, от 3 до 7 камней — у 6, более 10 камней — у 3. Диаметр конкрементов варьировал от 2 до 20 мм. При гистологическом исследовании в желчных пузырях выявлены признаки хронического воспаления, в единичном случае отмечен полипообразный метаморфоз слизистой оболочки. В послеоперационном периоде проводилось лечение сопутствующей гастроэнтерологической патологии. У всех оперированных больных в ближайшем послеоперационном периоде купирован болевой синдром, отмечено исчезновение тяжести в правом подреберье, уменьшились явления гастродуоденита и дисфагии.

Заключение. Таким образом, желчнокаменная болезнь, или «болезнь цивилизации», не является казуистической редкостью у детей, встречаясь преимущественно у лиц женского пола. Заболевание не имело патогномичных симптомов у большинства наблюдавшихся пациентов и нередко протекало латентно, обнаруживаясь во время плановых осмотров. Консервативное лечение ЖКБ у детей имеет ограниченные показания и применяется как этап предоперационной подготовки. Оперативное лечение ЖКБ у детей показано при следующих формах калькулезного холецистита: болевом с типичными желчными коликами и бессимптомном камненосительстве. Методом выбора у пациентов с ЖКБ является лапароскопическая холецистэктомия. Для предупреждения развития синдрома нарушенного пищеварения длительность реабилитационного и диспансерного наблюдений должна быть основана на данных отдаленных результатов лечения и анализа качества жизни пациентов после холецистэктомии в сроки свыше 6 мес.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; дети.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕТРОГРАДНОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Тупыленко А.В., Олдаковский В.И., Лохматов М.М., Будкина Т.Н.,
Гусев А.А., Дьяконова Е.Ю., Бекин А.С.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Введение. Одно из наиболее часто встречающихся осложнений у пациентов с дистрофической формой врожденного буллезного эпидермолиза — возникновение стриктур пищевода. В свою очередь непроходимость пищевода препятствует пероральному кормлению и является одним из факторов, приводящих к тяжелой нутритивной недостаточности. В мировой практике методом выбора для реканализации пищевода у данной категории пациентов признана антеградная баллонная дилатация, а для восполнения энергетических потерь и гипералиментации — гастростомия. Однако при антеградной баллонной дилатации существует риск повреждения слизистой оболочки полости рта, гортаноглотки, зубного ряда. Также ее проведение усложняют микростомия, анкилоглоссия, аномальное расположение зубного ряда. Для нивелирования этих рисков и устранения факторов, усложняющих внутрипросветную реканализацию пищевода, нами была выполнена баллонная дилатация ретроградно через гастростомический тракт.

Цель: улучшить методику внутрипросветной реканализации пищевода у детей с буллезным эпидермолизом.

Материалы и методы. В период с 2020 по 2022 г. 4 пациентам с дистрофической формой врожденного буллезного эпидермолиза выполнена ретроградная баллонная дилатация стриктур пищевода под эндоскопическим и рентгеноскопическим контролем. Возраст пациентов составил 6, 9, 10 и 12 лет. Клинически стриктуры пищевода проявлялись III степенью дисфагии по шкале Bowen, гиперсаливацией, отказом от приема пищи. Локализация стриктур: 3 — верхняя треть, 2 — средняя треть. Размеры суженного участка не превышали 4 мм в ширину и 5 мм в длину. Ретроградная баллонная дилатация выполнялась под ингаляционным масочным наркозом.

Результаты. Восстановление просвета пищевода за 1 сеанс баллонной дилатации. На 2-е послеоперационные сутки возобновлено пероральное кормление в физиологическом объеме. Осложнений за период наблюдения от 6–12 мес. выявлено не было. Рецидивов не отмечалось.

Заключение. Согласно нашему опыту проведение ретроградной баллонной дилатации является наименее травматичным методом, в отличие от классического антеградного варианта. Однако не все родители и пациенты согласны на гастростомию, что ограничивает возможность применения ретроградного варианта баллонной дилатации в клинической практике. Требуется дальнейшее исследование методики на большей выборке пациентов.

Ключевые слова: стеноз пищевода; баллонная дилатация; буллезный эпидермолиз.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОГО КИШЕЧНИКА (МАГНИТЫ-ШАРИКИ)

Улугмуратов А.А.¹, Курбанов Ж.Ж.², Мавлянов Ф.Ш.³, Мавлянов Ш.Х.³

¹ Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан;

² Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан;

³ Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Обоснование. В настоящее время магниты нашли широкое применение в бытовых гаджетах и детских игрушках. Проглатывание предметов, обладающих магнитным полем, является весьма частым. Достоверных указаний о деструктивном эффекте постоянного магнитного поля в отношении морфологических структур ЖКТ нет, тем не менее осложнения, требующие хирургической помощи, обычно наступают при проглатывании магнитов с травмирующей формой или нескольких магнитов

Описание наблюдения. Пациентка поступила с жалобами со слов матери на беспокойство, боль в животе, многократную рвоту, тошноту, снижение аппетита. Из анамнеза установлено, что 8 дней назад ребенок проглотил магниты-шарики. Спустя 3 дня у девочки появилась боль в животе. В динамике состояние ухудшилось, боль в животе усилилась, появились тошнота и рвота, больная была госпитализирована в отделение детской хирургии. Пациентке проведена операция — диагностическая лапароскопия, ревизия органов брюшной полости, видеоассистированная энтеротомия, удаление инородных тел кишечника, аппендэктомия.

При ревизии органов брюшной полости: червеобразный отросток расположен в правой подвздошной области, вторично изменен. В малом тазу небольшое количество серозной жидкости. Произведена лапароскопическая аппендэктомия. При дальнейшей ревизии обнаружены увеличение брыжеечных лимфоузлов терминального отдела подвздошного кишечника, расширение кишечника в этой части, ее сосуды гиперемированы, на брыжейке кровоизлияния. При выделении кишка частично освободилась от жидкого содержимого и воздуха, которые прошли через баугениеву заслонку. Петля подвздошной кишки с магнитами выведена через несколько расширенную рану в надлобковой области на переднюю брюшную стенку. Произведена энтеротомия, магниты (всего 18 штук) удалены. Просвет кишки ушит 2-рядным швом монофиламентной нитью на атравматической игле в поперечном направлении. Стенка кишки приобрела физиологический цвет, перистальтирует удовлетворительно. После погружения кишки в брюшную полость рана ушита. Послеоперационный период протекал без осложнений. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось, раны зажили первичным натяжением. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Заключение. Таким образом, в последние годы у детей участились случаи попадания инородных тел, в том числе сферических магнитов, в ЖКТ. Подобные случаи могут осложняться кишечной непроходимостью и/или перфорацией стенки кишки в месте скопления магнитов.

Ключевые слова: инородные тела; желудочно-кишечный тракт; магнит; дети; лапароскопия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Фаизьянов А.А., Салистый П.В., Бикташев В.С., Саидгалин Г.З.

Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Вакуумная терапия — один из инновационных методов лечения ран различной этиологии. Правильное применение вакуумных повязок позволяет значительно сократить сроки лечения, ускоряя течение раневого процесса.

Материалы и методы. Система для лечения ран отрицательным давлением Hartmann VivanoTec находится на вооружении нашей клиники с 2018 г. Среди расходных комплектующих: контейнеры для сбора экссудата (300, 800 мл) и перевязочные комплекты (S, M, L, абдоминальный). NPWT применен у 25 (100 %) пациентов с ранами различного происхождения. Исходя из результатов распределения по группам метод локального отрицательного давления чаще всего применялся в следующих клинических случаях: 1) разлитой перитонит различной этиологии — 4 случая (16 %); 2) инфицированные раны механического, трофического генеза — 9 (36 %); 3) открытые переломы костей конечностей с обширным повреждением мягких тканей — 3 (12 %); 4) свищевая форма хронического остеомиелита — 5 (20 %); 5) фиксация лоскутов после свободной/несвободной кожной пластики — 4 (16 %). Соотношение полов: 13 мальчиков, 12 девочек. Возраст варьировал от 4 до 17 лет. Частота смены повязок зависела от количества образующегося экссудата и колебалась в диапазоне от 1 до 9 сут, повторный монтаж ВАК-системы у большей части пациентов (76 %) не выполнялся.

Результаты. На фоне лечения в 1-й группе наблюдалось снижение внутрибрюшного давления, элиминация абдоминального компартмент-синдрома, уменьшение количества санационных релапаротомий, в ряде случаев купирование гнойно-септических явлений в ране с уменьшением, либо закрытием свищей. Во 2-й группе отмечена механическая элиминация из гнойного очага микробных тел и продуктов тканевого распада, уменьшение интерстициального отека тканей с улучшением их лимфо- и кровообращения, с подготовкой раны к пластическому закрытию, либо уменьшение размеров раневого дефекта с полной спонтанной эпителизацией. Использование вакуумной терапии в 3-й группе снизило количество ежедневных, неудобных (фиксация АВФ) перевязок, предотвратило развитие гнойных осложнений мягких тканей, костей, позволило подготовить рану к аутодермопластике. Использование аппарата отрицательного давления в 4-й группе также способствовало эффективной стимуляции регенеративных процессов в ране, быстрому купированию хронического воспалительного синдрома, закрытию свищевого хода. При фиксации кожных трансплантатов у 5-й группы ВАК-аппаратом наблюдалась более благоприятная адаптация лоскутов к раневой поверхности, абсорбция избыточного экссудата, отсутствие смещения перемещенных лоскутов.

Заключение. Использование вакуумного аппарата в настоящее время прочно вошло в арсенал лечения ран различной этиологии и локализации, являясь современным, высокоэффективным и безопасным методом. Простота применения, оптимизация процесса в лечении позволяют рекомендовать его широкое применение в условиях многопрофильных детских хирургических стационаров.

Ключевые слова: раны; вакуумная терапия; лечение отрицательным давлением; NPWT; дети.

КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ

Файзулин А.К.¹, Поддубный И.В.¹, Федорова Е.В.¹, Роговая О.С.¹, Васильев А.В.²

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия;

² Институт биологии развития РАН им. Н.К. Кольцова, Москва, Россия

Обоснование. С 2003 г. в нашей клинике под руководством профессора А.К. Файзулина совместно с Институтом биологии развития им. Н.К. Кольцова РАН ведутся научные исследования, цель которых разработка способов использования в реконструктивной генитальной хирургии и урологии постнатальных недифференцированных стволовых клеток.

Материал и методы. В экспериментальных условиях был разработан тканевый эквивалент для реконструкции эпителия уретральной трубки на основе кератиноцитов кожи, выращенных *in vitro*. Далее исследовали возможности реконструкции уротелия в модели дефекта уретры у кроликов. Опыты по пересадке тканевого эквивалента проводили на взрослых кроликах-самцах, которым наносили экспериментальный дефект уретральной трубки, создавая разрез кожи через все слои передней стенки уретры и полностью удаляя эпителий в среднем и дистальном отделе. Эквивалент был создан из аутологичных кератиноцитов, полученных из кожи уха. Для последующей идентификации кератиноциты кожи метили: трансфицировали генетической конструкцией, с зеленым флуоресцентным белком (GFP). Гистологическое и иммуногистохимическое исследования уретры кроликов в опытной группе выявили, что через 21 сут после операции произошло полное закрытие дефекта плоским эпителием, причем в неоуретелии были выявлены меченные GFP клетки, а к 45 и 90 сут эпителий в неоуретре соответствовал норме, был представлен многослойным эпителием переходного типа. Таким образом, при трансплантации в дефект уротелия аутологичные кератиноциты участвуют в формировании эпителия уретры, восстанавливая ее целостность. В период проведения данной работы на клинических базах кафедры детской хирургии МГМСУ выполняли оперативные вмешательства по созданию искусственной уретры у мальчиков с промежуточной формой гипоспадии. Для этого был использован тканевый эквивалент из аутологичных тканей пациента. По данной технологии оперировано 43 ребенка в возрасте от 1 года до 4,5 лет.

Результаты. В двух случаях возникло осложнение в виде образования свищей искусственной уретры. В остальных случаях отмечено приживление имплантированного эпителия. Двадцатилетний опыт наблюдений позволил нам сделать выводы, что данная технология может быть выбрана, как один из вариантов создания промежуточного отдела уретры у мальчиков с тяжелыми формами гипоспадии. Кроме того, в нашей клинике было выполнено 6 оперативных вмешательств у девочек с облитерацией уретры травматического генеза. Лишь в одном случае возник стеноз неоуретры, потребовавший наложение эпицистостомы. У остальных 5 пациенток использование аутологичных кератиноцитов на армирующей основе позволило восстановить естественный акт мочеиспускания.

Заключение. Таким образом, использование аутологичных кератиноцитов у детей с различными формами патологии мочеиспускательного канала дает возможность частично или полностью восстановить уретру, что позволяет улучшить результаты лечения и социально адаптировать ребенка в обществе.

Ключевые слова: гипоспадия; врожденная дисфункция коры надпочечников; клеточные технологии; пластика уретры; генитальная хирургия; дети.

ЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ И РЕЦИДИВЕ

Федоров А.К.¹, Ведник Г.А.², Пыхтеев Д.А.², Елин Л.М.², Прокофьев М.В.², Гацуцын В.В.², Маккаева З.М.², Подгорный А.Н.², Цапкин А.Е.³, Еремин Д.Б.³, Ганиев Ш.А.³, Молотов Р.С.³

¹ Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

² Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия;

³ Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

Обоснование. По данным детских хирургических отделений Москвы и Московской области, обращаемость за хирургической помощью в подростковом возрасте по поводу пилонидальной болезни крестцово-копчиковой области с 1999 по 2020 г. возросла с 0,37 до 2,82 %. При осложненном течении послеоперационного периода, рецидивах заболевания длительность потери трудоспособности для детей составляет от 10 дней до 2–3 мес.

Цель: разработка и внедрение малоинвазивных и пластических методов этапного оперативного лечения пилонидальной болезни, основанных на последних данных о этиопатогенезе заболевания.

Методы. С 2019 г. организовано многоцентровое пилотное исследование по исследованию эффективности малоинвазивных и пластических оперативных вмешательств при пилонидальных кистах (ПК). Формирование групп осуществлялось без рандомизации. Выполнен смешанный анализ историй болезни в детских хирургических отделениях НИКИ ПДХ им. Ю.Е. Вельтищева (2017–2021), МОНИКИ (1999–2021), ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского (2018–2021), КБ № 1 МЕДСИ (2021), также проведен анализ катamnестических данных путем телефонного анкетирования.

Результаты. С 1999 по 2021 г. в указанных отделениях прооперировано 293 ребенка с пилонидальной болезнью. Из них 39 исключены из отчета в связи с невозможностью оценить катamnез. Тяжесть патологического процесса по Гобеджишвили варьировала от I до III степени. Из 254 детей, 101 ребенок (40 %) был ранее оперирован в связи с абсцедированием ПК, и 84 детям (33 %) ранее выполнялась попытка классического оперативного лечения.

Выделены следующие группы:

Полное классическое симметричное иссечение ПК с ушиванием раны наглухо – 149 детей (57 %), в 45 (30 %) случаях отмечены рецидивы, либо осложненное заживление послеоперационной раны в пределах 6 месяцев от момента выполнения операции.

По методике локального иссечения патологически измененных первичных синус-фолликулов с ушиванием ран по Баском I прооперирован 61 ребенок (24 %) с I степенью тяжести заболевания по Гобеджишвили и без ушивания ран по методике Джипс прооперировано 27 детей (11 %). Рецидив заболевания спустя 3 мес. отмечен в 7 случаях методики Баском I (12 %), и в 2 случаях — после операции по Джипс (7 %).

В случае обширного поражения межъягодичной области — III степень по Гобеджишвили — в 17 случаях выполнялись пластические вмешательства с уплощением межъягодичной складки. В данной группе операций на сроках катamnеза в 16 мес. отмечен 1 рецидив (6 %).

Заключение. Операции асимметричного иссечения пилонидальной кисты с уплощением межъягодичной складки являются методом выбора в оперативном лечении осложненных форм пилонидальной болезни. Малоинвазивная методика по Джипс является методом выбора при первичном оперативном лечении.

Ключевые слова: пилонидальная болезнь; киста копчика; эпителиальный копчиковый ход; уплощающая пластика; Джипс; дети.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ЦЕНТРА НЕОНАТАЛЬНОЙ НЕФРОЛОГИИ И ДИАЛИЗА

Фоменко С.А., Макулова А.И., Маштак Н.А., Тукобаев Г.П.,
Топоркова А.О., Абасеева Т.Ю.

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

Обоснование. У каждого третьего ребенка, находящегося в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), развивается острое почечное повреждение, которое значительно усложняет лечение, увеличивает летальность и длительность пребывания. Единственным выходом из этого состояния является проведение заместительной почечной терапии (ЗПТ).

Центр неонатальной нефрологии и диализа был создан на базе ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» в декабре 2019 г. Это первый в России специализированный центр, созданный для оказания помощи новорожденным с острым повреждением почек (ОПП) и хронической болезнью почек (ХБП).

Цель: проанализировать опыт работы центра неонатальной нефрологии и диализа.

Методы. Был проанализирован опыт лечения 351 пациента с момента основания центра, из них 188 детей с ОПП получали консервативную терапию, 130 потребовали проведения диализа. С ХБП 34 пролечены консервативно, 9 — со вспомогательной почечной терапией. Показания к старту диализа были стандартными согласно проекту клинических рекомендаций по лечению ОПП у новорожденных (2019, 2021). Вес пациентов составлял от 470 до 5500 г. Срок гестации от 23 до 42 нед.

Результаты. До 2019 г. летальность среди больных, нуждающихся в проведении ЗПТ, по данным центра гравитационной хирургии крови и гемодиализа ДГКБ им. св. Владимира, у недоношенных детей составила из 10 детей — 100 %, у доношенных из 25 детей — 60 %. За время существования центра у недоношенных из 54 пролеченных детей умерло 63 %, а среди доношенных летальность составила 30 % из 43 человек. Общий процент летальности 71 % из 35 детей против 46 % из 97.

Заключение. Своевременный централизованный подход к лечению ОПП позволил более чем в 1,5 раза уменьшить самый главный показатель эффективности проводимой работы — летальность.

Ключевые слова: острое почечное повреждение; дети; диализ.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЕРАТОМАМИ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Фролов Е.А., Назарова И.М., Галица В.В.

Нижневартовская окружная клиническая детская больница, Нижневартовск, Россия

Актуальность. ТККО встречаются до 6,0 % случаев опухолей у детей, а у новорожденных и грудных они обнаруживаются до 22,0 % наблюдений, причем незрелые тератомы у детей до 1 года наблюдаются до 30,0 % случаев. В нашей клинике оказывается хирургическая помощь детям с врожденными опухолями забрюшинного пространства и крестцово-копчиковой области.

Цель: улучшение качества оказания медицинской помощи детям с тератомами крестцово-копчиковой области (ТККО).

Материалы и методы. В период с 2012–2022 гг. нами прооперирован 21 ребенок с опухолью крестцово-копчиковой области и забрюшинного пространства. Возраст всех детей варьировал от новорожденности до 3 нед. жизни. У 20 детей тератома локализовалась в крестцово-копчиковой области и у 1 ребенка в воротах правой почки.

Результаты и обсуждение. У 8 пациентов выявлен I тип тератомы, у 11 пациентов — II тип, у 1 пациента — IV тип и у 1 пациента опухоль локализовалась в воротах правой почки. У всех детей при гистологическом исследовании выявлены зрелые тератомы, у 14 — гистиоидный тип, у 6 — органоидный, у 1 — организмоидный тип. Всем детям перед операцией выполнялась КТ ОМТ с в/в-контрастированием для определения типа, уровня распространения и структуры опухолей. Объем оперативного лечения ограничивался удалением опухолей с обязательной резекцией копчика. У всех новорожденных диагноз был поставлен антенатально. Размеры тератом составляли от 3 до 30 см. Все новорожденные оперированы на 14–28-е сутки после рождения. У ребенка с тератомой забрюшинного пространства справа опухоль локализовалась в воротах правой почки с вовлечением в структуру опухоли правой почечной вены, что потребовало ее диссекции из опухоли. У одной девочки опухоль крестцовой области достигала размеров 30 см, в ее структуре были конечности с пальцами, паренхиматозные органы (по данным гистологии). У одной девочки с IV типом ТККО выполнялась лапароскопия для удаления интраабдоминального компонента опухоли. У остальных детей выполнялись типичные резекции тератом задне-сагиттальным доступом с обязательной интраоперационной интубацией прямой кишки, резекцией копчика и катетеризации мочевого пузыря. Интра- и послеоперационных осложнений не было.

Выводы:

1. Выполнение в предоперационном периоде КТ ОБП, ЗП, ОМТ с в/в-контрастированием является золотым стандартом в обследовании детей с ТККО.
2. Оперативное лечение детей с ТККО должно выполняться с обязательной резекцией копчика.
3. Проведение операций в ранние сроки с обязательной резекцией копчика позволяет избежать развития в дальнейшем малигнизации остаточной ткани опухоли.

Ключевые слова: дети; тератома; крестцово-копчиковая область.

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Хабибуллина Л.Р., Щербакова О.В.

Российская детская клиническая больница, Москва, Россия

Обоснование. Семейный аденоматоз толстой кишки (САТК) — тяжелое заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), характеризующееся развитием тысяч аденом в толстой кишке и 100 % риском развития колоректального рака (КРР) при отсутствии радикального оперативного вмешательства. При определенных генотипах САТК манифестирует в раннем возрасте и приводит к развитию аденокарциномы толстой и прямой кишки в возрасте до 18 лет. В настоящее время показания к хирургическому лечению и варианты оперативных вмешательств у детей с САТК остаются наиболее обсуждаемыми вопросами.

Цель: изучить предикторы колэктомии САТК в детском возрасте; проанализировать методики оперативных вмешательств, краткосрочные и долгосрочные исходы у детей с САТК.

Методы. Проведен анализ результатов лечения 35 детей и подростков с САТК, находившихся на лечении в РДКБ с 2000 по 2021 г. Пациенты разделены на группы хирургического (15) и консервативного (20) лечения. При поиске предикторов исследовались такие показатели, как возраст на момент дебюта заболевания, наличие анемии, количество и размер полипов на момент первой колоноскопии, выявление полипов в верхних отделах ЖКТ (желудок, двенадцатиперстная кишка — ДПК). Группа оперированных пациентов (15 пациентов) разделена на 2 подгруппы в зависимости от метода оперативного лечения: 1-я — колэктомия с мукозэктомией прямой кишки и илеоанальным анастомозом, выполняемая до 2019 г.; 2-я — колопроктэктомия с формированием тонкокишечного резервуара и резервуароанальным анастомозом лапароскопическим или открытым способом.

Результаты. В исследуемых группах между оперированными и неоперированными пациентами не выявлено различий по полу, возрасту дебюта, семейному анамнезу, тяжести анемии и размеру полипов. Медиана количества полипов на момент первой ФКС статистически значимо различались в группах: у оперированных детей — 850 (500–1000) и в группе неоперированных пациентов — 100 (15–500) ($p = 0,0001$). Сопутствующий полипоз желудка (19 и 3 %, $p = 0,01$) и ДПК (11 и 3 %, $p = 0,04$) также статистически значимо чаще встречался в хирургической группе. В ходе логистической регрессии выявлено, что количество полипов более 850 является независимым предиктором потребности в колэктомии у детей (ОШ: 10,7; 95 % ДИ 1,9–92, $p = 0,01$).

Колэктомия с мукозэктомией прямой кишки выполнена у 47 % пациентов (7/15), лапароскопическая/открытая колпроктэктомия с формированием резервуара и резервуаро-анальным анастомозом проведена в 53 % случаев (8/15). Дизурические расстройства в послеоперационном периоде встречались во 2-й подгруппе (3 пациента) и не встречались в 1-й подгруппе. Такие осложнения, как резидуальный полипоз прямой кишки (1), несостоятельность анастомоза (2), ретракция низведенной кишки (1) встречались только у пациентов после колэктомии с мукозэктомией прямой кишки.

Заключение. Количество полипов более 850 — достоверный предиктор потребности колэктомии у детей с САТК. Проведение радикального оперативного вмешательства по современным методикам с применением мини-инвазивных технологий является первостепенной задачей в хирургическом лечении САТК в детском возрасте.

Ключевые слова: семейный аденоматоз толстой кишки; хирургия; дети.

ДООПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Хамраев А.Ж.¹, Латипова Г.Г.²

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан;

² Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Лечение некротизирующего энтероколита у новорожденных является актуальной проблемой в неонатологии и неонатальной хирургии.

Цель: повысить эффективность хирургического лечения НЭК у новорожденных на основе комплексного клинично-инструментального и лабораторного обследования и оптимизации предоперационной подготовки.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное и проспективное исследование 64 историй болезни новорожденных с различными стадиями НЭК. Доношенных было 14 (22 %), недоношенных — 50 (78 %). Мальчики составили 55 %, девочки — 45 %. Среди больных с НЭК преобладали недоношенные мужского пола. Больные были распределены на 2 группы: 1-я группа — 36 детей (2017–2019), 2-я — 28 новорожденных (2020–2021). В большинстве случаев заболевание развивалось у детей с весом от 2500 до 1500 г — 46 (35,6 %). В 43 (65 %) случаях лечение было начато в родильном доме и включало в себя: отмену энтерального кормления и назначение антибактериальной терапии. Наиболее часто, в 42 % случаев, применяли цефотаксим, амикацин и метронидазол, подключали в лечение у 15 % больных в виде монотерапии, а также в сочетании с антибиотиками цефалоспоринового ряда. Сроки поступления или перевода в стационар варьировали от 1 до 7 сут.

Результаты. В хирургическом стационаре назначали стартовое лечение: декомпрессию желудка, полное парентеральное питание 3–5 сут и более, антибактериальное и симптоматическое лечение. Монотерапию цефалоспорином III поколения проводили в 8 случаях, всем остальным пациентам назначали АБ широкого спектра действия в сочетании с аминогликозидом III поколения (амикацин), что позволило добиться синергизма в отношении грамотрицательных и грамположительных аэробных микроорганизмов. Применяли два антибактериальных препарата в сочетании с раствором метрогила внутривенно. Данная комбинация препаратов наиболее эффективна, так как оказывает сочетанное влияние на аэробную и анаэробную флору. Восстановление и поддержание функций жизненно важных органов с помощью респираторной и инотропной поддержки [допамин, в дозе 2–4 мкг/(кг·мин)] было наиболее актуально в группе пациентов с осложненным течением заболевания. Коррекцию анемии и дотацию факторов свертывания крови проводили всем больным, которым в последующем выполняли операции. Проявления олигурии и отека отмечали у 84 (65 %) пациентов. С целью коррекции выделительной функции почек выполняли стимуляцию диуреза. С учетом бактериологических данных проводили противогрибковую терапию и комплексное лечение дисбиоза кишечника. Использовали инфузионные препараты: Аминовен, СМОФ липид, глюкозаинтралипид Инфант 10 %, содержащие углеводы, липиды и аминокислоты. При стабилизации состояния детям через зонд заводили 5–7 мл воды. При усвоении жидкости, с помощью контроля на остаточный объем, через 2,5 ч начинали кормление лечебными (Альфаре, Нутрилон Пепти ТСЦ), адаптированными смесями (Нутрилон 1) по 3–5 мл, с последующим постепенным увеличением объема на 5–10 мл. Положительный эффект от консервативной терапии получили у 4 пациентов с I стадией заболевания.

Выводы. НЭК у новорожденных требует полного парентерального питания, назначения антибактериальной терапии курсом 7–10 дней, раствора метрогила внутривенно и интраабдоминально. Энтеральное питание в послеоперационном периоде следует назначать при стабилизации состояния, увеличивая объем кормления до возрастной нормы.

Ключевые слова: некротизирующий энтероколит; хирургия; парентеральное питание; новорожденные.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж.¹, Рахронов Д.Р.², Хамроев У.А.²

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан;

² Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. После первичной хирургической коррекции аноректальной мальформации (АРМ) на фоне ее осложнений возникает послеоперационная недостаточность анального сфинктера (ПНАС) у 10–60 % детей.

Цель: улучшение результатов повторной хирургической коррекции (ПХК) у больных ПНАС, путем изучения причин возникновения осложнений, оптимизации тактики, интра- и послеоперационных мер профилактики.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 102 пациента за последние 17 лет с ПНАС, после первичной хирургической коррекции АРМ на базах кафедры детской хирургии ТашПМИ, СамГосМИ. ПХК произведена в виде: ППП — у 46,5 % пациентов; БППП — у 25,8 %; ПСПП — у 17,2 %; ЗСПП — у 10,3 %. Пациенты по поводу ПНАС оперированы: двукратно — 58,6 %; трехкратно — 29,3 %, и четырехкратно и более — 12 %. Всем больным проведены клиническо-лабораторные, специальные (пальцевое ректальное исследование, бужирование прямой кишки, проба Россолимо), рентгенологические (обзорная рентгенография костей таза, полипозиционная ирригография, фистулография, цистография, уретрацистография), дополнительные (МРТ, УЗИ органов малого таза и тазового дна) и функциональные (ЭМГ, ЭНМГ) методы исследования. Больные были распределены на 2 группы. Первая (основная) группа — 55 пациентов, получивших перед каждой повторной операцией реабилитационное лечение. Вторая (контрольная) группа — 47 пациентов, перед повторной операцией не получивших реабилитационное лечение.

Результаты. При изучении медицинских документов было выявлено, что неудачная первичная хирургическая коррекция АРМ и ее осложнения развивались на почве диагностических (39 %), тактических и технических (61 %) ошибок. Диагностические ошибки — неправильное определение высоты атрезии, не диагностирование свищей уретры, первичная неточная идентификация пороков; тактические ошибки — неправильный выбор показания и сроков проведения первичной радикальной операции или наложения колостомы; технические — ранение уретры, повреждение сфинктера, недостаточная мобилизация дистального отдела толстой кишки.

При повторно-реконструктивных операциях (ПРО) придерживались следующих тактических и технических приемов: обходиться минимальной диссекцией тканей с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации; точно выводить прямую кишку через центр мышечного комплекса; восстанавливать физиологический аноректальный угол; сохранять внутренний анальный сфинктер; избегать натяжения в зоне вновь сформированного заднего прохода. Результаты ПРО показали, что чем больше кратность операции, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса. Поэтому важно проводить между операциями местное противовоспалительное и противовоспаечное реабилитационное лечение: электромиостимуляции анального жома и БОС терапии. Проводить электрофорез с лидазой на область промежности и бужирования с баллонодилатацией при стенозе заднего прохода. В результате реабилитационного лечения перед ПХК на 24,8 % улучшились результаты лечения.

Заключение. Предложенная тактика комплексного лечения ПНАС у детей позволила улучшить результаты на 85,5 % путем выявления причин осложнений первичных и повторных операций, оптимизации хирургической тактики и полноценного комплексного реабилитационного лечения и снижения количества ПРО — в 1,5 раза.

Ключевые слова: аноректальная мальформация; оперативное лечение; осложнения; дети.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Саидкулов Х.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Среди всех врожденных и приобретенных заболеваний толстой кишки и промежности геморрой встречается до 8 %. Причины развития, особенности клинического течения в детском возрасте мало изучены.

Цель: улучшить результаты диагностики геморроя у детей путем изучения особенностей клинического течения.

Материалы и методы. На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) за последние 10 лет на стационарном и амбулаторном лечении находился 71 ребенок с геморроем в возрасте: до 1 года — 3 (4,2 %); 1–3 лет — 21 (29,5 %); 3–6 лет — 30 (42,2 %); 7–12 лет — 11 (15,5 %); 13–18 лет — 6 (8,4 %). Выявлена наружная форма — у 64 (90 %); комбинированная — у 7 (10 %). Мальчиков было 56 (78,8 %), девочек — 15 (21,2 %). Всем больным проводились обследования: общеклинические, лабораторные, физические нагрузки путем приседания, ректальные пальцевые исследования, аноскопии и ректоскопии. Дополнительно проводили УЗИ с доплером, полипозиционную ирригографию, ректороманоскопию для изучения моторно-эвакуаторных нарушений у детей.

Результаты и обсуждение. При клиническом изучении, основной причиной геморроя у детей явились: упорные запоры — у 39,1 % пациентов; усиленная диарея с частыми позывами — у 21,7 %; двухмоментный акт дефекации (длительного сидения и натуживания) — у 13 %; напряжения в спорте — у 13 %; заболевания легких (усиленный, непрерывный кашель) — у 6,5 %; камень или сужение уретры (напряженное мочеиспускание) — у 6,5 %, и др. У больных геморроем, в анамнезе которых отмечались упорные запоры (39,1 %), при ирригографии установлены причины долихосигмы и мегаректум, к развитию которых привели долгое сидение и натуживания на горшке. У больных с диареей при ректороманоскопии выявлена картина хронического проктита, проктосигмоидита и дизбактериоза кишечника. Высокая частота встречаемости отмечена у 54 (75,9 %) больных в дошкольном и у 15 (21,1 %) в школьном возрасте. В анамнезе у 18 (25,3 %) больных детей отмечено наличие геморроя у близких родителей. При первичной диагностике геморроидальные узлы (ГУ) чаще локализовались на 3, 7 и 11 часах условного циферблата при положении больного на спине. Размеры геморроидальных узлов составили от 0,5 до 2,5 см в диаметре. Выпячивания ГУ отмечено в виде наружных 1–3 узлов — у 41 (57,7 %) и подушках (слияние узлов) — у 30 (42,3 %) пациентов. Количество ГУ: с одним — 39 (55 %) пациентов; с двумя — 15 (21 %); с тремя — 17 (24 %). Локализация 30 подушек составили: левая боковая (на 2–5 часах) — у 12 (40 %); правая задняя (на 6–9 часах) — у 11 (36,6 %) и правая передняя (на 10–12 часах) — 7 (23,4 %). Геморроидальные узлы после акта дефекации имели транзиторный характер у 35 (70 %) и постоянный — у 15 (30 %) пациентов. Среди последних у 9 (12,6 %) больных отмечено тромбоз ГУ.

Геморрой у детей дошкольного возраста клинически протекал в более атипичной форме с отсутствием болевого синдрома и кровотечения. У них часто было отмечено беспокойство ребенка на фоне чувства дискомфорта в области заднего прохода после акта дефекации. У детей школьного возраста к этому присоединились зуд и боли в области заднего прохода, которые объясняются присоединением воспалительного процесса. При тромбозе у детей старшего возраста отмечались затрудненный и болезненный акт дефекации с минимальными кровотечениями.

Выводы. Частой причиной геморроя у детей являются упорные запоры, усиленная диарея, двухмоментный акт дефекации, напряжения в спорте, напряженный кашель и мочеиспускания. Геморрой у детей часто встречается в дошкольном возрасте с отсутствием болевого синдрома и кровотечения. После акта дефекации выпячивание геморроидальных узлов имеет транзиторный характер в 70 % случаев.

Ключевые слова: геморрой; проктология; хирургия; дети.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЛАСТИКИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ У ДЕТЕЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТЕЙ

Хапалова В.Ю., Пупышев Н.Н., Лапин А.А., Куракина Т.В., Борисов С.А.

Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия

Обоснование. К приоритетным направлениям современной травматологии, ортопедии и онкологии относится проблема замещения костных дефектов. В детской ортопедии замещение костных дефектов требуется при костно-пластических операциях по поводу доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний костей.

Цель: оценить эффективность аугментации костных дефектов у детей с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями при костно-пластических операциях.

Методы. Проведен анализ оперативного лечения 142 детей, пролеченных в клинике за период с 2018 по 2021 г. Возраст пациентов составил от 1,5 до 17 лет. 52 % мальчиков, 48 % девочек. Среди них у 108 (76 %) детей имелись доброкачественные опухолеподобные заболевания костей, у 42 (23,3 %) — костные кисты. Один ребенок оперирован по поводу патологического перелома в области костной опухоли. Диагностика носила комплексный характер, включала данные клинической картины, рентгенологического обследования. По показаниям для детальной оценки топографо-анатомических взаимоотношений выполнялись КТ и МРТ. Всем детям проводился лабораторный и функциональный контроль показателей основных органов и систем.

Результаты. При лечении детей выполнялись реконструктивно-пластические операции: краевая интраоссальная — 97 (68 %), костно-пластическая интраоссальная — 38 (27 %) резекция пораженного сегмента кости в пределах здоровой костной ткани, чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез — 7 (5 %) с костной аутопластикой. Всем пациентам проводился рентген-контроль ЭОП во время операции. Выбор материала и его формы для замещения дефекта зависел от клинко-морфологической и рентгенологической картины, локализации и размеров процесса, физико-химических характеристик материала. Имобилизация конечностей проводилась наружными и внутренними фиксирующими устройствами. Аугментация дефектов проводилась остеозамещающими материалами: аллотрансплантатом («Лиопласт») — 14 (10 %), синтетическим β -ТСР ReproBone — 23 (16 %), ChronOS — 16 (11 %), комбинированная пластика — 89 (63 %). В качестве дополнительного материала использовался коллаген — 70 (49 %). Послеоперационных осложнений не отмечалось. Всем пациентам проводилось гистологическое исследование операционного материала. Критерием определения сроков иммобилизации являлась рентгенологическая оценка процесса перестройки костных трансплантатов. В качестве реабилитации назначалась лечебная физкультура. Прочностные характеристики кости восстанавливались к концу 2–3-го месяца после операции. Полная перестройка трансплантата — через 16–24 мес. При отслеживании отдаленных результатов в течение 3 лет рецидивов опухоли не отмечалось. Отставания пораженной конечности в росте после оперативных вмешательств не отмечалось. Достоверных отличий в сроках перестройки различных материалов не выявлено. Системного влияния остеозамещающих материалов на организм ребенка не отмечено.

Заключение. Современные материалы для аугментации костных дефектов позволяют успешно проводить оперативное лечение детям с опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей. Остеоиндуктивные и остеокондуктивные свойства современных материалов обладают характеристиками, максимально приближенными к человеческой кости.

Ключевые слова: костные опухоли; дети; оперативное лечение.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ. ЧТО, ГДЕ, КОГДА ИСКАТЬ И СТОИТ ЛИ ЧТО-ТО ДЕЛАТЬ

Хворостов И.Н., Окулов Е.А., Доценко А.В., Гусев А.А., Яцык С.П.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Сохраняющиеся послеоперационные проблемы, когда «что-то пошло не так», включают широкий спектр необычных состояний, вызывающих у клиницистов ряд вопросов, решение которых не всегда укладывается в рамки стандартных решений. Попытки хирургического улучшения могут закончиться неудачей и ухудшить прогноз.

Цель: разработка индивидуальных протоколов до- или послеоперационного обследования детей с АМ с целью выработки оптимальной тактики лечения.

Методы. Проведено нерандомизированное, неконтролируемое исследование. Выборка включала 435 пациентов, поступивших на обследование и лечение после завершеного оперативного лечения АМ. Учитывались пол и возраст пациентов, вид АМ, объем и способ операции, послеоперационные жалобы пациентов. В протокол обследования включали осмотр и электромиоидентификацию мышечного аппарата неоректум, МРТ, УЗИ, генетические исследования (по показаниям), урологическое обследование (по показаниям). Полученные данные обрабатывались с использованием программы SPSS 17.0 методами описательной и вариационной статистики.

Результаты. У 10,9 % (47 детей, 42 мальчика, 5 девочек) обнаружен ректальный пролапс (РП) сегментарного или циркулярного характера. Существенных различий частоты РП от варианта АМ и характера сопутствующей патологии позвоночника и спинного мозга не выявлено. Всем больным выполнено иссечение избытка кишки с анопластикой и 5 пациентам модифицированная операция Делорма.

Стенозы на уровне анального канала после оперативного лечения АМ с патологическим мега-ректум выявлены у 6,4 % (28 пациентов). 5 детям (17,8 %) без эффекта от лечения по программе управления кишечником потребовалась резекция нижних отделов толстой кишки с ренизведением на промежность с использованием заднесагиттального доступа.

Ранее недиагностированный врожденный стеноз анального канала без признаков синдрома Курарино обнаружен у 3 пациентов (0,6 %, все мальчики). 1 ребенку после ранее проведенного оперативного лечения выполнена экстирпация прямой кишки и брюшно-промежностная проктопластика, 2 пациентам — модифицированная операция с сохранением задней полуокружности анального канала.

Небольшой группе детей с эктопией неоануса — 16 человек (3,6 %, все девочки) — выполнена реконструкция промежности, в подавляющем большинстве — под защитой колостомы.

Оперативное лечение проведено 8 пациентам (1,8 %, все мальчики) с культей кишки после удаления ректоуретрального свища, 7 — культя удалена из заднесагиттального доступа, 1 — через лапаротомический доступ после попытки лапароскопической ассистированной операции.

Ретракция низведенной кишки после лапароскопической ассистированной проктопластики обнаружена у 5 пациентов (1,14 %). Всем проведено ренизведение на промежность заднесагиттальным доступом с лапароскопическим ассистированием.

Заключение. Нами разрабатываются внутренние протоколы послеоперационного обследования пациентов с АМ, которые позволяют выявить осложнения первичных операций, требующих оперативного лечения, или проблем, связанных с конкретным видом аномалии, которые могут быть облегчены программой управления кишечником.

Ключевые слова: аноректальные пороки; результаты лечения; обследование; дети.

МАЛЬРОТАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Цап Н.А.¹, Огарков И.П.^{1,2}, Комарова С.Ю.², Елисеев А.С.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

² Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Нарушения ротации и фиксации кишечника и у новорожденных детей — нечастый порок развития, встречается 1 : 3000 живорожденных, а в более старшем возрасте является редкостью, что обусловлено скрытыми асимптоматическими формами. По сведениям от зарубежных авторов, ни у одного больного не бывает абсолютно бессимптомного течения, у детей имеются неспецифические симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта

Цель: представить опыт лечения детей с осложненным течением мальротации кишечника, которая имела скрытое малосимптомное течение, что и позволило значительно пережить период новорожденности

Методы. В аналитическую группу включены 6 детей с «острой фазой» мальротации кишечника, оперированных в клинике с 2012 по 2020 г., в 2021–2022 гг. таких пациентов не было. По полу — все мальчики, по возрасту равнозначное разделение: от 8 мес. до 2 лет 4 мес. — 3 (50 %) ребенка, от 4 до 7 лет — также 3 (50 %). Обоснование к госпитализации в хирургический стационар — развитие у всех детей клиники острой кишечной непроходимости. Ведущий метод в комплексе экстренной диагностики — обзорная R-графия брюшной полости

Результаты. Анамнез детей свидетельствует о якобы бессимптомном течении, но были выявлены: неопределенные боли в животе по типу кишечной колики (83,3 %), периодическая рвота (63,3 %), хроническая диарея (50 %), отставание в физическом развитии (100 %). На дооперационном этапе клинически (осмотр, пальпация живота, ректальное обследование) и рентгенологически не вызывала сомнений странгуляционная непроходимость кишечника. Лапароскопическая ревизия и устранение заворота тонкой кишки удалась у 2 (33,3 %) детей в связи с малым сроком и быстрым восстановлением нарушенного кровотока в стенке кишки. В 4 (66,7 %) случаях во время лапаротомии ликвидирован заворот средней кишки, после чего у 2 детей значительный участок кишки признан нежизнеспособным и резецирован с формированием тонкокишечного анастомоза (1), илеоколотомы (1). Оперативные вмешательства без резекции кишки дополнялись симультантной аппендэктомией для исключения риска поздней диагностики аппендицита при левостороннем расположении слепой кишки. Послеоперационный период без осложнений. Ребенок с илеоколотомой прошел этапное хирургическое лечение. Дети наблюдаются хирургом и гастроэнтерологом.

Заключение. Из 5 клинически значимых типов мальротации кишечника у наших пациентов имелись мальротация с заворотом средней кишки и с заворотом тонкой кишки. Эмбриональные спайки были незначимы, не сдавливали критично двенадцатиперстную кишку, в связи с чем и не было проявлений синдрома Ледда в период новорожденности, а «бессимптомное» течение порока развития манифестировало в более старшем возрасте заворотом кишки.

Ключевые слова: мальротация кишечника; хирургия; дети.

ЭТАПНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕВОЙ ФОРМЫ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКОВ

Цап Н.А.¹, Шнайдер И.С.¹, Тимошинов М.Ю.², Смирнова С.Е.², Гайдышева Е.В.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

² Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Актуальность. При хирургическом лечении аноректальных мальформаций и его последствий закономерен возрастной аспект — это группа новорожденных и детей раннего возраста. Проблема дожития ребенка с атрезией прямой кишки и ректо-промежностным свищом или с послеоперационным стенозом неоректум до подросткового возраста сопряжена с необратимыми вторичными изменениями в толстой кишке, и, следовательно, такой подросток становится нестандартным «трудным» колопроктологическим пациентом. Выбранная лечебная тактика у 2 подростков представляется к профессиональному обсуждению.

Описание наблюдений. В отделении плановой хирургии в течение 2021–2022 гг. пролечено 2 подростка женского и мужского пола в возрасте 15–16 лет: п. 1 — неоперированная атрезия прямой кишки с ректо-промежностным свищом; п. 2 — протяженный стеноз неоректум в результате многократных оперативных вмешательств, начиная с периода новорожденности, по поводу атрезии прямой кишки с ректо-мошоночным свищом. Особенностью анамнеза и клинической картины у этих детей явилась декомпенсация многолетнего хронического колостазы в виде развития обтурационной кишечной непроходимости. При осмотре живот больших размеров, при пальпации петли кишечника переполнены плотными каловыми массами. Ректальное исследование невозможно в связи с резким сужением «ануса и анального канала». После максимальной декомпрессии толстой кишки выполнено обследование: ирригография, КТ брюшной полости и малого таза.

У обоих детей при стенозе «прямой кишки» 5 мм (п. 1) и 3,5 мм (п. 2) имелась критическая вторичная дилатация дистальных отделов толстой кишки. Концепция лечения обоснована в многоэтапности оперативных вмешательств с целью снижения риска послеоперационных осложнений. При первичной ревизии брюшной полости у п. 1 атрезированная прямая, сигмовидная кишка диаметром до 12 см с резко утолщенными склерозированными стенками. У обоих подростков первым этапом отключен дистальный отдел толстой кишки путем формирования колостомы. Второй этап радикального вмешательства — экстирпация прямой кишки с ректо-промежностным свищом, брюшно-промежностная проктопластика (п. 1); иссечение протяженного стеноза неоректум, промежностная проктопластика (п. 2). Хирургия третьего этапа состояла в восстановлении проходимости толстой кишки путем закрытия колостомы. Ближайший и отдаленный послеоперационные периоды протекали без осложнений. Дети восстановили ежедневный акт дефекации, находятся на длительном динамическом наблюдении у детского хирурга.

Заключение. При анализе данных клинических случаев необходимо отметить важность своевременной и достоверной оценки локального статуса аноректальной зоны для ликвидации порока развития в раннем возрасте, до развития патологической вторичной дилатации толстой кишки, что повышает риск осложненного послеоперационного течения. Наиболее трудным этапом оперативного вмешательства явилась экстирпация ригидной диаметром до 12 см прямой кишки, тщательная ее диссекция от структур тазового дна.

Ключевые слова: атрезия прямой кишки; ректопромежностный свищ; стеноз прямой кишки; оперативное лечение; подростки.

НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПУНКЦИОННОЙ ГАСТРОСТОМИИ У ДЕТЕЙ

Цыганок В.Н.¹, Грамзин А.В.¹, Соколов Ю.В.², Колинко Н.Н.²,
Койнов Ю.Ю.¹, Кривошеев Н.В.², Павлушин П.М.¹, Тратонин А.А.¹

¹ Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия;

² Новосибирская клиническая районная больница № 1, Новосибирск, Россия

Актуальность. Обеспечение эффективного энтерального питания у детей с нарушением глотания и трофического статуса остается важной проблемой в современной медицине, так как число таких больных неуклонно растет. Оптимальным методом для долгосрочного энтерального кормления является гастростома. Наиболее часто гастростомическая трубка устанавливается эндоскопическим способом.

Цель: оценить результаты применения эндоскопической пункционной гастростомии по Russell.

Материалы и методы. В период с 2019 по 2021 г. по методике эндоскопической пункционной гастростомии push-методом по Russell прооперировано 45 пациентов возрастом от 2 мес. до 14 лет. 44 пациента (97,7 %) неврологического профиля и 1 (2,3 %) пациент с трахеопищеводным свищом вследствие электрохимического ожога батареей. Длительность оперативного лечения от 10 до 20 мин. Размер гастростомической трубки варьировался от 12 до 20 Ch. Начало энтерального кормления в первые сутки.

Результаты исследования. Послеоперационные осложнения отмечались у 5 (11,1 %) пациентов: нагноение послеоперационной раны — 2 (4,4 %), миграция гастростомической трубки — 2 (4,4 %), что связано с дефектами ухода на дому, внутрибрюшное кровотечение и пневмоперитонеум — 1 (2,2 %). В последнем случае ребенку выполнена диагностическая лапароскопия, дренирование брюшной полости с последующим удалением дренажа на 3-и сутки. Смена на низкопрофильную гастростому проводилась через 6 мес. в амбулаторных условиях. 3 пациентам после восстановления глотания было произведено удаление гастростомы.

Выводы. Эндоскопическая пункционная гастростомия по Russell является минимально инвазивным, технически простым и непродолжительным вмешательством с минимальными послеоперационными осложнениями. Также преимуществом перед традиционной гастростомией является раннее начало энтерального питания. В отличие от pull-метода замена трубки производится амбулаторно или на дому. Недостатком является невозможность выполнения вмешательства при нарушении проходимости ротоглотки и пищевода, гепатоспленомегалии, выраженном асците и ожирении.

Ключевые слова: обеспечение энтерального питания; эндоскопическая пункционная гастростомия по Russell; дети.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕВОЧЕК С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Чванова А.В.¹, Тупоногов С.Н.¹, Огнев С.И.²

¹ Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия;

² Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Выбор метода оперативного вмешательства при опухолях яичников у девочек важен для оценки отделенных результатов лечения.

Цель: оценить влияние на прогноз различных вариантов хирургического лечения, проведенного по поводу опухолей яичников у детей.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациенток, получавших лечение в Отделении детской онкологии и гематологии Областной детской клинической больницы Екатеринбурга в период с 1994 по 2020 г. включительно. В исследование включено 40 пациенток с опухолями яичников. В соответствии с международной гистологической классификацией опухолей женской репродуктивной системы все случаи были разделены на три группы: доброкачественные ($n = 11$), пограничные ($n = 9$) и злокачественные ($n = 20$) опухоли. Всем пациенткам проводилось комплексное обследование согласно клиническим рекомендациям.

Результаты и обсуждение. В группе девочек со злокачественными опухолями в 100 % случаев был повышен один или несколько онкомаркеров. Высокий уровень АФП отмечался у пациенток с герминогенными опухолями яичников, наряду с такими показателями, как СА-125 и ЛДГ. Несколько пациенток имели нормальный уровень АФП, ХГЧ и СА-125, однако уровень ЛДГ превышал 1000 Ед/л, что характерно для дисгермином. Для опухолей стромы полового тяжа и стероидно-клеточных опухолей, также карциномы яичника более показательны СА-125 и ЛДГ — всегда повышены.

Оперативное лечение было проведено у 39 пациенток, общее количество операций — 57. Пациентки с доброкачественными опухолями в 100 % случаев оперированы однократно. Двум пациенткам в группе пограничных опухолей повторные оперативные вмешательства проводились после получения гистологического заключения, с целью достижения радикальности.

В группе со злокачественными опухолями первично радикальные операции проведены у 10 пациенток (50 %). У 8 пациенток полный радикальный объем был достигнут только в результате повторных вмешательств (40 %). Общая выживаемость (ОВ) в первом случае составила 1,0 (100 %). В группе с первично нерадикальными операциями ОВ составила 0,53–0,20 (53 %) ($p \log\text{-rank} < 0,001$).

Выводы:

1. Основным фактором, влияющим на прогноз при опухолях яичников, является своевременное и радикальное оперативное вмешательство.

2. При доброкачественных опухолях яичников допустим лапароскопический доступ, органопластический объем операции.

3. В группе с опухолями пограничной степени злокачественности выбор доступа решается индивидуально. Крайне важным является радикальный объем оперативного лечения.

4. При злокачественных опухолях радикальным объемом оперативного лечения является срединная лапаротомия с аднексэктомией, резекцией сальника, максимальная циторедукция.

5. Для осуществления дифференцированного подхода в определении хирургической тактики важно комплексное обследование пациенток, согласно клиническим рекомендациям. Повышение хотя бы одного из онкомаркеров (АФП, ХГЧ, СА-125, ЛДГ) указывает на злокачественную природу образования.

Ключевые слова: опухоли яичников; онкомаркеры; детская онкология; детская гинекология; хирургическое лечение.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОВИДОН-ЙОДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХИЛОТОРАКСА У МЛАДЕНЦЕВ — НАШ ОПЫТ

Черемнов В.С.¹, Распутин А.А.¹, Козлов Ю.А.¹⁻³, Новожилов В.А.³,
Барадиева П.Ж.¹, Очиров Ч.Б.¹

¹ Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

² Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

³ Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Обоснование. Отсутствует единый протокол выбора методов лечения детей с хилотораксом.

Цель: оценка эффективности лечения хилоторакса у младенцев при помощи химического плевродеза с использованием повидон-йода.

Материалы и методы. Проведено изучение данных пациентов за временной промежуток, начиная с 2016 до начала 2022 г., у которых был выполнен химический плевродез препаратом повидон-йод при развившемся хилотораксе в периоде грудного возраста. По структуре причин, вызвавших хилоторакс, выделены как врожденные — 2 пациентов (внутриутробная асфиксия, идиопатическое скопление лимфы в грудной клетке неустановленной этиологии), так и приобретенные (операции на органах грудной клетки по поводу врожденной диафрагмальной грыжи, атрезии пищевода, врожденных пороков сердца) — 9 пациентов. Отсутствие эффективности консервативной терапии, заключающейся в полном парентеральном питании и назначении октреотида из расчета 10 мкг/(кг · ч) в течение 10 дней, являлось показанием к выполнению химического плевродеза. Методика заключалась в интраплевральном введении 4 % раствора повидон-йода из расчета 1 мл/кг веса тела ребенка с экспозицией в 3 часа и последующим его пассивным выведением через дренаж.

Результаты. Среди 11 пациентов с хилотораксом было 6 мальчиков и 5 девочек. Средний возраст пациентов составил 24,5 дня (диапазон от 10 до 87 дней). Средний вес младенцев составлял 2824,5 г (диапазон от 800 до 4200 г). У всех 11 пациентов отмечалось купирование хилоторакса при применении химического плевродеза повидон-йодом. Двукратное введение повидон-йода с целью плевродеза потребовалось 3 пациентам по причине продолжающегося выделения лимфы из плевральной полости, у остальных достаточно было однократного применения данной процедуры. У всех пациентов осложнением являлось развитие выраженного болевого синдрома, после чего пациенты нуждались в применении наркотических анальгетиков в течение 24 ч. Среднее время прекращения истечения хилезной жидкости в плевральную полость составило 6 дней. В отдаленном периоде наблюдений отмечается 1 летальный исход на фоне ухудшающейся некупируемой дыхательной недостаточности по причине гипоплазии легких из-за врожденной диафрагмальной грыжи.

Выводы. Результаты нашего опыта свидетельствуют, что химический плевродез с использованием повидон-йода является малоинвазивным и эффективным методом в лечении хилоторакса у детей грудного возраста.

Ключевые слова: хирургия; хилоторакс; повидон-йод; младенец.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ КИШЕЧНОГО ИЗОФЕРМЕНТА ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Чукарев В.С., Жидовинов А.А., Коханов А.В.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

Обоснование. В случае невозможности диагностики перитонита с помощью общепринятых современных методов на помощь может придти расширяющийся арсенал современных биомаркеров. К числу активно исследуемых при перитонитах, острых и хронических заболеваниях кишечника маркеров относится исследования активности фермента щелочной фосфатазы (ЩФ) и ее кишечного изофермента (КЩФ).

Цель: изучение активности кишечного изофермента щелочной фосфатазы в крови у детей в норме и на фоне перитонита и других воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Методы. Образцы сывороток крови 121 ребенка, находившихся на лечении в областной детской клинической больнице Астрахани в период 2019–2021 гг., исследовалась активность ЩФ и КЩФ в день поступления пациентов. В исследование включены пациенты следующих групп: всего 72, в том числе 17 — с неосложненным острым аппендицитом, 31 — с флегмонозным ОА, 14 — с гангренозным ОА, 10 — с гангренозно-перфоративным ОА, осложненным перитонитом, 16 — с перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, 19 — с ущемленными паховыми грыжами и 14 — с острой кишечной непроходимостью. Для статистической обработки полученных данных использовали непараметрическую статистику с использованием критериев Вилкоксона и Манна – Уитни. Различия между выборками считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что активность общей ЩФ сыворотки крови с неосложненными формами ОА увеличивалась почти в 2 раза, при флегмонозном – в 2,8 раза, гангренозном – в 3,5 раза и при гангренозно-перфоративном ОА с развитием перитонита уровни ЩФ превышали средние контрольные величины в 4 раза. Высокие значения активности общей ЩФ выявлены в сыворотках крови пациентов с ОКН. Активность КЩФ сыворотки крови у пациентов с неосложненными формами ОА в среднем увеличилась по сравнению с контрольной группой почти в 2 раза, при флегмонозном — в 2,7 раза, при гангренозном — в 3,5 раза, а при гангренозно-перфоративном ОА с развитием перитонита уровни ЩФ превышали средние контрольные величины более чем в 4 раза. Максимальная разность между КЩФ и ЩФ наблюдалась в группах больных детей с перитонитом на фоне тонкокишечной непроходимости (58 %). Из полученных данных следует, что заболевания дистальных отделов ЖКТ приводят к более выраженному увеличению активности КЩФ, чем заболевания проксимальных отделов ЖКТ.

Заключение. У детей с перитонитом и с другими острыми и хроническими заболеваниями брюшной полости обнаружены достоверно повышенные уровни как ЩФ, так и ее кишечной изоформы (КЩФ), однако повышение уровней КЩФ по сравнению с контрольной группой, как правило выше, чем уровней ЩФ. Максимальна разность между КЩФ и ЩФ наблюдалась в группах больных с тонкокишечной непроходимостью (58 %). Сделан вывод, что заболевания дистальных отделов ЖКТ приводят к более выраженному увеличению активности КЩФ, чем заболевания проксимальных отделов ЖКТ.

Ключевые слова: перитонит; заболевания кишечника; диагностика; кишечная щелочная фосфатаза; дети.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Чукашов Я.С., Назарова И.М., Хисматуллин Р.Г., Мунасипов Р.Н.

Нижевартовская окружная клиническая детская больница, Нижевартовск, Россия

Обоснование. Неудовлетворенность от инвазивности оперативного лечения паховых грыж (ПГ) «открытым» способом подталкивает врача на поиск малоинвазивных и эффективных методик лечения паховых грыж, позволяющих улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения и сократить сроки пребывания пациента в стационаре.

Цель: оценить результаты различных методов оперативного лечения детей с паховыми грыжами.

Материалы и методы. В нашей клинике выполняется оперативное лечение паховых грыж двумя способами: классическая методика грыжесечения по Duhamel и лапароскопическое экстраперитонеальное лигирование необлитерированного влагалищного отростка брюшины (Laparoscopic Percutaneous Extraperitoneal Closure — ЛПЕС). В НОДКБ с 2013 до 2021 г. на лечении находилось 1238 детей. Основную часть оперативных вмешательств было выполнено в плановом порядке, что составило 1003 пациента (81,0 %) и 235 пациентов в экстренном порядке, что составляет (19 %). 445 пациентов было оперировано методикой грыжесечения по Duhamel, 793 пациента оперировано с применением методики ЛПЕС.

По возрасту детей до 1 мес. было 8 человек (0,6 %), от 1 мес. до 1 года — 153 (12,4 %), 1–4 года — 527 человек (42,6 %), 5–7 лет — 346 человек (27,8 %), от 8–14 лет — 168 (13,6 %), от 15–17 лет — 28 человек (2,3 %), старше 17 лет — 8 человек (0,6 %). Преобладающая группа детей составила в возрасте от 1 года и до 4 лет.

По полу распределение было следующим: 380 мальчиков (30,7 %), 858 девочек (69,3 %).

Вмешательства выполняли в условиях общей комбинированной анестезии. Во время выполнения лапароскопической герниорафии использовались стандартные эндохирургические инструменты диаметром 3 мм, широкоугольным лапароскопическим эндоскопом 3 мм, с видеоэндоскопическим оборудованием класса FullHD.

Результаты и обсуждения. Из всех наблюдений (1238 пациентов) в сроке от 1 мес. до 2,5 лет было выявлено развитие в 9 случаях рецидива ПГ при применении методики ЛПЕС и 1 случай рецидива при выполнении операции Duhamel. Все случаи рецидива с применением методики ЛПЕС были связаны с неполным смыканием шейки грыжевого мешка, что при ретроспективном анализе было обусловлено технической погрешностью. Случай рецидива при грыжесечении Duhamel был у ребенка 1 мес., оперированного в экстренном порядке с ущемленной ПГ. Данный ребенок был повторно оперирован методикой ЛПЕС. Во всех случаях при выполнении повторного оперативного вмешательства было достигнуто выздоровление пациентов. Время продолжительности операции ЛПЕС составляло в среднем 15 мин при односторонней ПГ и 30 мин при двусторонней ПГ, при этом в 19 случаях интраоперационно были диагностированы двусторонние ПГ, изначально не имеющие клинического проявления на противоположной стороне при поступлении.

Формирования в послеоперационном периоде лигатурных свищей и гранул не отмечалось, также наблюдался лучший косметический эффект. Малый объем травматизма при выполнении ЛПЕС сократил сроки пребывания пациентов в стационаре за счет ранней активизации, что безусловно позитивно влияет на психоэмоциональный фон пациентов и имеет положительный экономический эффект, связанный с меньшим количеством дней пребывания родителей по уходу, снижения затрат ЛПУ за счет сокращения сроков пребывания пациентов.

Выводы. Проведенный анализ методов лечения ПГ в нашей клинике показывает, что методика ЛРЕС является менее травматичной, что снижает проявление болевого синдрома в послеоперационном периоде и позволяет диагностировать наличие двусторонней ПГ у пациентов, имеющих клиническое проявление только на одной стороне.

Ключевые слова: дети; лапароскопическое экстраперитонеальное лигирование необлитерированного влагалищного отростка брюшины; операция Duhamel; рецидив.

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС — ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Шангареева Р.Х.¹, Абсалямова Н.Т.², Федорова Р.Р.², Тихонова И.В.²,
Алибаев А.К.², Диярова А.И.², Минибаева Г.И.²

¹ Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия;

² Городская детская клиническая больница № 17, Уфа, Россия

Актуальность. Частота развития спонтанного пневмоторакса у всех новорожденных колеблется 0,07–1,5 %, чаще выявляется у недоношенных детей, и риск его развития возрастает при ИВЛ. Согласно мировой статистике, 5 % из всех зафиксированных случаев коронавирусной инфекции приходится на детей до 1 года.

Цель: изучить особенности развития пневмоторакса у новорожденных детей с коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы. Нами анализированы результаты обследования и лечения 52 новорожденных с новой коронавирусной инфекцией, находившихся на стационарном лечении. Среди заболевших 28 мальчиков и 24 девочки. В ранний период новорожденности (1–7 дней) поступили 18 детей, в поздний период (8–30 дней) — 34.

Спонтанное дыхание без дотации кислорода у 32 детей, у 12 обеспечивалась с дотацией кислорода в детскую кислородную маску. ИВЛ потребовалась 8 новорожденным, том числе у 4 проводилась высокочастотная ИВЛ.

У 4 новорожденных (3 девочки, 1 мальчик) развился пневмоторакс. Трое младенцев поступили из роддома с подтвержденным диагнозом на 2–8-е сутки, мамы заболели COVID-19 до родов, переносили двустороннюю полисегментарную пневмонию. Один ребенок поступил из дома на 12-е сутки жизни. У всех детей отягощенный акушерский анамнез.

Результаты. Кроме признаков дыхательной недостаточности для всех детей с коронавирусной инфекцией характерным являлось мультисистемное поражение органов: церебральная недостаточность, гастроинтестинальные симптомы.

В биохимическом анализе крови отмечалась гипопроотеинемия, нарастание трансаминаз, креатинина, мочевины, калия, повышение триглицеридов, гипергликемия, повышение ферритина. С-реактивный белок отрицательный.

В общем анализе крови в начальной стадии заболевания характерной являлась лейкопения с последующим переходом в лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево до юных форм и миелоцитов, тромбоцитоз, снижение гемоглобина.

При УЗИ имелись диффузные реактивные изменения паренхимы печени, почек, поджелудочной железы. У 3 детей с пневмотораксом отмечалось уменьшение вилочковой железы. По данным КТ вовлечение паренхимы легких в патологический процесс составлял 24–60 %. Напряженный пневмоторакс у 2 детей развился на фоне спонтанного дыхания, у двоих на ИВЛ. После дренирования плевральной полости пневмоторакс разрешился на $7,5 \pm 3$ сут. Все 4 пациента выписаны домой с выздоровлением. На КТ выполненной перед выпиской из стационара, у большинства детей с высоким процентом поражения легких имелись сливные склеротические очаги с множеством булл.

Заключение. У новорожденных с коронавирусной инфекцией может развиваться хирургическое осложнение — спонтанный пневмоторакс. Учитывая мультисистемное поражение органов, дети, перенесшие коронавирусную инфекцию в период новорожденности, требуют длительной реабилитации и дальнейшего диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: новорожденные; новая коронавирусная инфекция; спонтанный пневмоторакс.

ХРОНИЧЕСКАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЖЕЛУДКА КАК СЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ

Шнайдер И.С.¹, Цап Н.А.¹, Гайдышева Е.В.², Тимошинов М.Ю.²,
Екимов М.Н.², Смирнова С.Е.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

² Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Актуальность. Острая непроходимость желудка как следствие врожденного порока развития проявляет себя наиболее типично в период новорожденности. В редких случаях врожденный порок вызывает частичную непроходимость и длительное время маскируется как функциональные нарушения кишечника, что и решено представить хирургическому сообществу в связи с редкостью выявленного порока развития желудка, особенностей диагностики и оперативного лечения.

Описание наблюдения. В клинику детской хирургии поступил ребенок 1 г. 10 мес. с жалобами на рвоту после каждого приема пищи, вздутие живота, вялость в течение одного месяца. В анамнезе отмечались обильные срыгивания у ребенка с рождения, но в весе прибывал соответственно возрасту. Выполнен комплекс обследования. При проведении лабораторных исследований — патологических изменений не выявлено. При инструментальных методах исследования (ультрасонография, контрастное рентгенологическое исследование, фиброгастродуоденоскопия) установлены анатомические изменения желудка в виде стеноза привратника, что явилось обоснованием к выполнению оперативного вмешательства с целью устранения стеноза выходного отдела желудка. Интраоперационная ревизия желудка дополнена внутрисветовой эндоскопической поддержкой, что позволило достоверно установить наличие мембраны привратника желудка с центрично расположенным отверстием до 0,7 см в диаметре. Мембрана радикально иссечена по всей окружности на уровне ее основания. Ближайший послеоперационный период протекал без особенностей, энтеральное питание с 4-х суток. Ребенок выписан домой под наблюдение хирурга и гастроэнтеролога. Через 1,5 мес. ребенок поступил вновь в детское хирургическое отделение в неотложном порядке с клиникой кишечной непроходимости. Проведена ультрасонография органов брюшной полости, где выявлен перерастянутый желудок с обильным содержимым. При выполнении рентгенологического исследования с пассажем контрастной взвеси по желудочно-кишечному тракту обнаружена задержка контраста в желудке, последний увеличен в размере, с локализацией антрального отдела в малом тазу. Эндоскопическая картина при проведении фиброгастродуоденоскопии соответствовала выраженному рубцовому стенозу привратника. В связи с высоким риском осложнений при резекции стенозированного отдела желудка и наложения гастродуоденоанастомоза принято решение об обходном варианте преодоления стенозированного участка. Ребенку сформирован позадиободочный гастроюноанастомоз с соустьем по Брауну. Ближайший и отдаленный послеоперационный период протекал без осложнений. Нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта нет.

Заключение. Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта в виде стенозов и мембран могут иметь длительную стадию компенсации, что сопровождается неяркими периодическими симптомами частичной кишечной непроходимости. Декомпенсация порока манифестирует клиникой острой непроходимости гастроинтестинального тракта. Диагностика мембран желудка базируется на комплексном обследовании ребенка с использованием рентгеноконтрастных и эндоскопических исследований.

Ключевые слова: абдоминальная хирургия; непроходимость желудка; мембрана привратника; гастроюноанастомоз; дети.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПАРАПРАКТИТА ВСЛЕДСТВИЕ МУКОЗИТА У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ

Щапов Н.Ф.¹, Пыхтеев Д.А.², Филюшкин Ю.Н.²,
Гацуцын В.В.², Елин Л.М.²

¹ Ильинская больница, Московская область, г.о. Красногорск, д. Глухово, Россия;

² Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Обоснование. По данным литературы, применение специфической терапии при онкологических заболеваниях в 90 % случаях приводит к поражению слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — «мукозит ЖКТ». Это возникает в результате нарушения процесса непрерывного деления эпителиальных клеток. Выделяют IV степени тяжести мукозита, при IV степени отмечается некроз тканей с развитием жизнеугрожающих кровотечений.

Описание наблюдения. В клинику поступила девочка 10 лет, в течение последних двух месяцев у которой отмечались боли в параанальной области, локальная гиперемия, недержание кала, фебрильная лихорадка. В 9 лет у ребенка был выявлен острый миелобластный лейкоз. На фоне проведения химиотерапии отмечался эрозивный проктит. По данным обследования выявлен хронический парапроктит с параректальным и ректо-вагинальным свищами. В экстренном порядке была выполнена колостомия с дренированием абсцессов. Через год ребенок вновь был госпитализирован в клинику для проведения реконструктивного этапа. При обследовании был выявлен стеноз дистального отдела прямой кишки и рубцовая деформация задней стенки влагалища. Ребенку выполнена заднесагиттальная перинеотомия, выявлено, что прямая кишка на всем протяжении с переходом на абдоминальную часть представлена рубцовыми тканями, просвет кишки облитерирован, выраженная рубцовая деформация мышц промежности вокруг ректального канала, задняя стенка влагалища представлена гипотрофическим рубцом. Выполнена резекция рубца влагалища, реконструкция задней стенки за счет боковых стенок. Для низведения толстой кишки выполнена лапароскопическая мобилизация сигмовидной кишки. После иссечения рубцовых тканей промежности удалось восстановить целостность наружного анального сфинктера, послойно ушить промежность. Завершающим этапом выполнено формирование неоануса. Через два месяца ребенок вновь был госпитализирован для проведения завершающего этапа хирургической коррекции. Учитывая тяжелый воспалительный процесс промежности, выраженную слабость мышечного сокращения при электромиографии закрытие кишечной стомы решено было выполнить одновременно с наложением аппендикостомы. В настоящий момент ребенок находится на этапе реабилитации. На фоне проведения ежедневного антеградного промывания кишки у ребенка отсутствует каломазание. В динамике пальпаторно определяется сокращение в проекции пуборектальной петли, восстанавливается циркулярное сокращение наружного анального сфинктера.

Заключение. Гнойный парапроктит при мукозите является показанием к наложению кишечной стомы. Проведение реконструктивных операций возможно при ремиссии онкологического заболевания. Реконструктивная операция на промежности может и должна включать в себя восстановление всех поврежденных органов. Наличие рубцовых изменений мышечного комплекса тазового дна с неадекватным сокращением при электромиографии является прогностическим признаком недержания кала в послеоперационном периоде. Проведение симультанной операции Малона при закрытии кишечной стомы является безопасным и эффективным методом реабилитации таких пациентов.

Ключевые слова: миелобластный лейкоз; стеноз прямой кишки; гнойный парапроктит; ректо-вагинальный свищ; реконструкция влагалища; ренизведение толстой кишки; операция Малона; дети.

СТЕНТИРОВАНИЕ ХОЛЕДОХА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ХОЛЕСТАЗЕ У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Щебенков М.В.^{1,2}, Орлов О.Ю.¹, Волерт Т.А.^{1,2},
Корнилова А.Б.¹, Калинина Д.С.¹

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

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

Описание наблюдения. У мальчика 11 лет через неделю после ОРВИ (получал Амоксиклав) появились боли в правом подреберье, снижение аппетита, желтушность кожных покровов. По данным УЗИ имеется деформация и увеличение размеров желчного пузыря, дилатация общего печеночного протока и холедоха до 1,8 см, незначительное расширение вирсунгова протока. Маркеры гепатита отрицательные. Биохимические признаки билирубинемии за счет прямой фракции. При ЯМР-холангиографии картина билиарной гипертензии за счет равномерного сужения холедоха в интрапанкреатической его части. Патологии со стороны головки поджелудочной железы не найдено. Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия и ретроградная панкреатохолангиография. Признаков холедохолитиаза нет. Имеется сдавление интрапанкреатической части холедоха равномерно на всем протяжении. Операция закончена эндоскопическим стентированием холедоха и вирсунгова протока, при этом получен интенсивный отток желчи в просвет двенадцатиперстной кишки. Послеоперационный период гладкий. Получал инфузионную, симптоматическую, литолитическую, спазмолитическую терапию. Билиарная гипертензия в течение недели купирована полностью. На 7-е сутки после стентирования перед выпиской при эндоскопии удален стент из вирсунгова протока, признаков панкреатита нет. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение, продолжена литолитическая терапия (Урсофальк). При контрольном обследовании через месяц — жалоб нет, биохимические показатели в пределах нормы. УЗИ брюшной полости: утолщение стенок желчного пузыря, холедох до 2 мм, вирсунгов проток не визуализируется. Внутривенные протоки не расширены. Госпитализирован через 2 мес. после стентирования. При нормальных биохимических показателях и отсутствии признаков билиарной гипертензии по данным УЗИ стент из холедоха удален. Контрольное обследование через 3 мес. после стентирования и месяц после удаления стента (биохимические анализы, ЯМР-холангиография) показало отсутствие признаков билиарной гипертензии и сокращение диаметра холедоха до нормы (2–4 мм).

Заключение. Эндоскопическое стентирование холедоха в данном случае позволило добиться эффективной декомпрессии билиарной системы и нормализации пассажа желчи у ребенка 11 лет, при не ясных причинах сдавления интрапанкреатической части холедоха.

Ключевые слова: билиарная гипертензия; обструктивный холестаз; эндоскопическое стентирование холедоха.

ПРИМЕР РЕАЛИЗАЦИИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО ОТЧЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТА СО *SPINA BIFIDA* ПО КОРРЕКТИРОВКЕ АБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ С ПОМОЩЬЮ ПРИЛОЖЕНИЯ SKIAATLAS

Щеглов Б.О., Сичинава З.А.

Школа медицины Дальневосточного федерального университета, Владивосток, Россия

Методы. С помощью программного обеспечения проекта атласа персональной анатомии SkiaAtlas была реализована пробная загрузка и обработка цифровых данных пациента 2014 г. рождения с врожденным пороком развития *spina bifida* и подвывихами тазобедренных суставов, гидроцефалией с соответствующей вегетативной симптоматикой. Представителем пациента была запрошена информация и делегировано право на подготовку предварительного анализа для определения перспектив в вопросе вертикализации пациента. Исходя из общемировой практики был реализован поиск данных о возможностях абилитации пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата путем создания персонализированного экзоскелета. Подготовленный отчетный документ может являться одним из ведущих медико-технических руководств при создании персонализированных медицинских технологий и продуктов от компаний-производителей экзоскелетов.

Результаты. На базе клинико-диагностического анамнеза пациента и изучения двухмерных снимков и их интегративных представлений в виде 3D-моделей был подготовлен отчет. В него была внесена информация о проведенных осмотрах, представлены авторские заключения и визуализации по итогам проведенных лучевых исследований на снимках в форматах JPEG и PNG. Во время обработки данных КТ нижних конечностей выявлены следующие параметры: ядра окостенения головок бедренных костей не визуализируются; округлой формы; симметричные, центрированы в суставах, соответствуют возрасту; соотношения между проксимальными отделами бедренных костей и суставными поверхностями вертлужных впадин правильные. В прямой проекции слева — патологических изменений не выявлено; справа — суставной конец бедренной кости находится в латеропозиции и приподнят; линия Шентона имеет неправильную форму. Выявленные изменения в тазобедренных суставах предполагают дисплазию; подвывих бедренной кости справа; правосторонний вальгусный коксартроз; левосторонний варусный коксартроз. На базе выполненного 3D-исследования были установлены основные параметры, существенные для моделирования модулей экзопротеза, участвующих в активно-пассивных движениях. К ним были отнесены следующие: расположение крыльев подвздошной кости и верхних передних остей, сгибательные контрактуры тазобедренных суставов, угол расположения головки бедренной кости по шейке относительно большого вертела бедренной кости.

Заключение. Данные факторы позволяют принимать во внимание персональные особенности, в частности проводить выбор индивидуальных характеристик с учетом активной фазы роста пациента в соответствии с его возрастом. Путем проведения 3D-реконструкции выполнена разработка первичного примитивного пассивного ортеза для вертикализации с учетом индивидуальных анатомических особенностей.

Ключевые слова: телемедицина; атлас персональной анатомии SkiaAtlas; *spina bifida*; дети.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ — ОПЫТ 10 ЛЕТ РАБОТЫ

Щедров Д.Н.¹, Шорманов И.С.², Морозов Е.В.¹, Гарова Д.Ю.²

¹ Областная детская клиническая больница, Ярославль, Россия;

² Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Обоснование. Гипоспадия один из наиболее часто встречающихся пороков развития полового члена, по данным литературы частота встречаемости составляет 1 на 300 новорожденных мальчиков, данные пороки развития достаточно часто встречаются в практике врача уролога как амбулаторного, так и стационарного звена.

Цель: проанализировать результаты оперативного лечения пациентов с различными формами гипоспадии и дать характеристику основным тенденциям их лечения в специализированном отделе по мере накопления опыта.

Методы. За период 2011–2021 гг. (с момента создания отделения детской урологии-андрологии) на базе ГБУЗ ЯО ОДКБ оперировано 402 пациента (первичных) с различными формами гипоспадии. Из них: с головчатой формой — 67, дистальной стволковой — 328, проксимальной стволковой — 7 пациентов.

Результаты. Отмечено ежегодное увеличение числа пациентов, получающих лечение по поводу гипоспадии — от 19 человек в 2011 г. до 44 пациентов в 2021 г. Снижается средний возраст первичных пациентов с $5,2 \pm 1,9$ до $2,9 \pm 0,9$ года.

Характер хирургических вмешательств разнообразен. Выполнялись уретропластики по следующим методикам: Duplay — 56, MAGPI — 41, Snodgrass — 110, TIP — 89, TIP onlay — 7, Duckett — 9, Bracka — 6, Hodgson — 12, операции продвижения уретры — 4.

Характерно, что в первый период существования специализированного отделения выполнялись преимущественно операции по методу Duplay, реже — по методу Hodgson, Bracka, Duckett, MAGPI. С 2013 г. основным методом являются операции по Snodgrass, что позволило снизить число осложнений и получить максимально приемлемый внешний вид полового члена. Данная операция применялась при всех формах вплоть до среднестволковой. С 2018 г. активно применяется операция по методу TIP ($n = 89$) и реже — TIP onlay ($n = 7$), являясь основным методом хирургического вмешательства при дистальных формах гипоспадии. В коррекции головчатой гипоспадии наиболее рациональной нам представляется операция продвижения уретры с не расчленяющей корпоропластикой.

Проанализирована частота ранних осложнений при основных применяемых методах. При применении уретропластики по Duplay осложнения констатированы у 14 пациентов (25 %), по Snodgrass — у 7 (6,36 %), по TIP — у 4 (4,49 %).

Отмечена концентрация пациентов на базе консультативно-диагностического центра ГБУЗ ЯО ОДКБ, позволившая организовать динамическое наблюдение пациентов оперировавшими урологами и необходимую диспансеризацию.

Пациенты осматриваются через 2 нед. после выписки из стационара, через 3 мес., через 1 год и 5 лет. В послеоперационном периоде проводится обязательная урофлоуметрия, при необходимости бужирование уретры.

Заключение. Таким образом, за время существования специализированного отделения изменилась маршрутизация пациентов с гипоспадией уретры на территории Ярославской области. При этом, концентрация таких больных в одной МО с последующей диспансеризацией, позволяет мониторить результаты лечения как в ближайшем, так и в отдаленном периодах наблюдения. Накопление хирургического опыта позволило существенно расширить возрастные рамки для лечения пациентов с данной нозологией.

Ключевые слова: гипоспадия; уретропластика; хирургическая коррекция; методы коррекции.

ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Щербакова О.В.

Российская детская клиническая больница, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Обоснование. Прогрессирующий характер заболевания приводит к осложненному течению болезни Крона (БК) в большинстве случаев, до 90 % пациентов подвергаются в течение жизни одной или нескольким операциям, а частота послеоперационных осложнений достигает 30 %. До настоящего времени весьма противоречивыми остаются вопросы влияния различных факторов на результаты хирургических вмешательств у пациентов с БК.

Цель: анализ возможных предикторов послеоперационных осложнений у детей и подростков с болезнью Крона.

Методы. С 1995 по 2020 г. в РДКБ находилось на лечении 164 пациента с осложненными формами БК (мальчиков 106/65 %, девочек 58/35 %). Ранние результаты операций на органах брюшной полости (в сроки 30 дней после вмешательства) оценивали по шкале Клавье – Диндо. Послеоперационные осложнения у пациентов с БК после операции на органах брюшной полости отмечены в 15 % (20/133). Повторные вмешательства на кишечнике, выполненные в разные сроки после первой операции, проведены в половине случаев (66/133 — 50 %), из них послеоперационные осложнения выявлены в 14 % наблюдений (9/66).

Результаты. Отмечена достоверная связь послеоперационных осложнений с рефрактерной воспалительной формой БК ($p < 0,001$), а также с протяженными поражениями в виде илеоколита ($p = 0,021$). Выявлены следующие независимые предикторы послеоперационных осложнений: пенетрирующий со стриктурами тип БК [OR 5,1 (1,73–14,8), $p = 0,0047$], внекишечные проявления в виде рецидивирующих инфекций [OR 14,6 (1,08–135), $p = 0,0105$], наличие кишечных свищей [OR 5 (1,73–14,8), $p = 0,0047$] и фиброз в биоптате слизистой кишечника [OR 8,9 (1,22–53), $p = 0,0093$], а также проведение гормональной терапии до операции [OR 14,6 (1,08–135), $p = 0,0105$].

Заключение. Выявление достоверных предикторов неблагоприятных исходов позволяет изменить хирургическую стратегию и объем консервативной терапии в пред- и послеоперационном периоде, уменьшая риск ранних и поздних осложнений, что в свою очередь улучшит результаты хирургического лечения детей с осложненными формами БК.

Ключевые слова: болезнь Крона; дети; послеоперационные осложнения.

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ЦЕНТРА	5
<i>Абушкин И.А., Галиулин М.Я., Денис А.Г., Анчугова А.Е.</i>	
К ВОПРОСУ ОБ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ НИЗКОПОТОКОВЫХ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ	6
<i>Азаров М.В.</i>	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА	7
<i>Алхасов А.Б., Гурская А.С., Мокрушина О.Г., Наковкин О.Н., Баязитов Р.Р., Ратников С.А., Ахмедова Д.М., Карнута И.В., Екимовская Е.В.</i>	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ	8
<i>Алхасов А.Б., Гурская А.С., Мокрушина О.Г., Наковкин О.Н., Баязитов Р.Р., Ратников С.А., Ахмедова Д.М., Карнута И.В., Екимовская Е.В.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ	9
<i>Алхасов А.Б., Ратников С.А., Романова Е.А., Комина Е.И., Савельева М.С.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМПЕРССИОННЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ	10
<i>Алхасов А.Б., Романова Е.А., Ратников С.А., Комина Е.И., Савельева М.С., Герен М.О.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ	11
<i>Алхасов А.Б., Яцык С.П., Комина Е.И., Ратников С.А., Романова Е.А., Савельева М.С., Шубин Н.В.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ И БРОНХОВ	12
<i>Алхасов А.Б., Яцык С.П., Комина Е.И., Ратников С.А., Романова Е.А., Савельева М.С., Шубин Н.В.</i>	
ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА ТОЛСТОЙ КИШКОЙ У ДЕТЕЙ	13
<i>Алхасов А.Б., Яцык С.П., Ратников С.А., Савельева М.С., Романова Е.А., Комина Е.И., Герен М.О.</i>	
АТИПИЧНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКОГО ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	14
<i>Алхасов А.Б., Герен М.О., Романова Е.А., Ратников С.А., Савельева М.С., Комина Е.И.</i>	
РАДИКАЛЬНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ	15
<i>Аманова М.А., Разумовский А.Ю., Холостова В.В., Куликова Н.В.</i>	
АРГУМЕНТ В ПОЛЬЗУ ПРОВЕДЕНИЯ РАННЕЙ ОДНОЭТАПНОЙ ФЕМИНИЗИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ У ДЕВОЧЕК С КЛАССИЧЕСКОЙ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ	16
<i>Аникиев А.В., Бровин Д.Н., Володько Е.А.</i>	
ПОДВИЖНЫЙ ИЛЕОЦЕКАЛЬНЫЙ УГОЛ КАК ПРИЧИНА ИНВАГИНАЦИИ У МЛАДЕНЦЕВ	17
<i>Антоненко Ф.Ф., Марухно Н.И., Иванова С.В., Кравцов Ю.А., Сичинава З.А.</i>	

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ 15 ЛЕТ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ТЕРАТОМЫ	18
<i>Антоненко Ф.Ф., Марухно Н.И., Иванова С.В., Ченцова Л.Н.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	19
<i>Ахматов Р.А., Соколов Ю.Ю., Ефременков А.Н., Шапкина А.Н., Кауфов М.Х.</i>	
ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ И ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ	20
<i>Бабаева Х.Б.</i>	
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ГИГАНТСКОГО ДИВЕРТИКУЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА 15 ЛЕТ	21
<i>Бабич И.И., Бабич И.В., Багновский И.О., Аванесов М.С., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р.</i>	
ТРАХЕОСТОМИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	22
<i>Бабич И.И., Пшеничный А.А., Аванесов М.С., Мельников Ю.Н.</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФИЛЬТРАТОВ И АБСЦЕССОВ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ	23
<i>Баранов Д.А., Вечеркин В.А., Птицын В.А., Коряшкин П.В.</i>	
СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС У ДЕТЕЙ — НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ	24
<i>Барова Н.К., Тараканов В.А., Убилава И.А., Панкратов И.Д., Кулиш Т.А., Юдаев В.П.</i>	
ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ	25
<i>Барская М.А., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Мазнова А.В.</i>	
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ ГИДРОНЕФРОЗА	26
<i>Бегенина А.А., Мокрушина О.Г., Левитская М.В., Шумихин В.С., Ерохина Н.О.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА	27
<i>Бекин А.С., Дьяконова Е.Ю., Гусев А.А., Анушенко А.О., Лохматов М.М., Яцык С.П.</i>	
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ	28
<i>Бекпан А.Ж., Ауталипов Д.Х., Дженалаев Д.Б.</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОХИРУРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ОЖГОВОМ ОТДЕЛЕНИИ ДГКБ № 9 ЕКАТЕРИНБУРГА	29
<i>Бикташев В.С., Салистый П.В.</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЛОКИРУЕМОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА (БИОС) В ЛЕЧЕНИИ ЛОЖНОГО СУСТАВА ДИАФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА TEN/ESIN (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	30
<i>Большаков Г.А., Зеленин И.В., Яковлев А.Б., Дегтярев А.А., Остапенко В.Г., Преториус Т.Л., Степанова Н.М.</i>	

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ ... 31	
<i>Бочаров Р.В., Коломыйцева М.А.</i>	
РОЛЬ КОРРЕКЦИИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛОСТАЗЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ГИРШПРУНГ-АССОЦИИРОВАННОГО ЭНТЕРОКОЛИТА 32	
<i>Бураев Г.Б., Лозовой В.М., Шарипова Д.Р.</i>	
ФЕНОТИПЫ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ. ОПЫТ НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ ИМ. АКАД. В.И. КУЛАКОВА 33	
<i>Буров А.А., Подуровская Ю.Л., Никифоров Д.В., Дорофеева Е.И., Ерошенко Е.А., Зубков В.В.</i>	
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА 34	
<i>Буровникова А.А., Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В.</i>	
ВРОЖДЕННЫЙ КОЛОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СВИЩ У РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 35	
<i>Винокурова Н.В., Цап Н.А., Огнев С.И., Курова Е.К., Кошурников О.Ю.</i>	
ВАРИАНТЫ НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА У ДЕТЕЙ С ПРОКСИМАЛЬНОЙ ГИПОСПАДИЕЙ (СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ) 36	
<i>Володько Е.А., Окулов А.Б., Буркин А.Г., Мираков К.К., Гаджиев Т.В., Сангаре К.Д., Бровин Д.Н., Аникиев А.В.</i>	
БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ВЫСОКОГО ДАВЛЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ: ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ 37	
<i>Галузинская А.Т., Зоркин С.Н., Филинов И.В., Петров Е.И., Комарова Н.Л.</i>	
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАФАТЕРИАЛЬНЫМИ КИСТОЗНЫМИ УДВОЕНИЯМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 38	
<i>Гогичаева А.А., Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Ахматов Р.А., Барская К.А.</i>	
ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ВЕСТИБУЛЯРНЫМ СВИЩОМ: ОТ ИЗОЛИРОВАННОЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ К ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 39	
<i>Гопаенко М.А., Караваева С.А., Добросердов Д.А., Дурасова Т.А., Москвина Е.А., Веремейчик С.А.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ПОЛОСТНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ 40	
<i>Гордиенко И.И., Марфицын А.В.</i>	
ОСЛОЖНЕНИЕ НАХОЖДЕНИЯ МАГНИТОВ В ЖЕЛУДКЕ И ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 41	
<i>Гумеров А.А., Асфандияров Б.Ф., Семенова Е.С., Габдуллина С.В., Смирнов Е.А.</i>	
МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОФИЛЕЙ БИОМАРКЕРОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ 42	
<i>Демидова К.Н., Ростовская В.В., Морозов Д.А., Морозова О.Л.</i>	
КРИОТЕРАПИЯ И ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ 43	
<i>Джелиев И.Ш., Хубулова Д.А.</i>	

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ УРЕТЕРОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ	44
<i>Долинина М.В., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Аврасин А.Л., Медведев А.А.</i>	
ВРОЖДЕННАЯ ГИПОПЛАЗИЯ ТРЕХГЛAVОЙ МЫШЦЫ ГОЛЕНИ КАК ПРИЧИНЫ РИГИДНОЙ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	45
<i>Домарев А.О., Клочкова О.А., Кенис В.М.</i>	
ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ПРАВСТОРОННЯЯ ВЕРХНЯЯ ЛОБЭКТОМИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО С КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ БОЛЬШОГО ОБЪЕМА	47
<i>Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Бузов А.А., Никифоров Д.В., Панин А.П., Чухрова Н.С.</i>	
КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ЛЕГКОГО (КАПРЛ) У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО — ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ	48
<i>Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Машинец Н.В., Филиппова Е.А., Козлова А.В.</i>	
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ СРЕДНЕЙ И СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	49
<i>Дорохин А.И., Адрианова А.А., Худик В.И., Самбатов Б.Г., Курышев Д.А.</i>	
ОШИБКИ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ	50
<i>Дорохин А.И., Шейн В.Н., Сорокин Д.С., Меркулов В.Н.</i>	
ПОРЯДОК ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ, ВОЗНИКШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОШИБОК ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ	51
<i>Дорохин А.И., Адрианова А.А., Курышев Д.А., Сорокин Д.С., Сабатов Б.Г., Букчин Л.Б.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ	52
<i>Дорохин А.И., Шейн В.Н., Курышев Д.А., Сорокин Д.С., Меркулов В.Н.</i>	
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСЛЕДСТВИЯХ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВОЧКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	53
<i>Дорохин А.И., Меркулов В.Н., Курышев Д.А., Худик В.И.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ ПО АБРАМСОНУ	54
<i>Дурягин В.Д., Кузьмичев В.А., Пыхтеев Д.А., Гацуцын В.В.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КАЛЬЦИНАТАМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЮВЕНИЛЬНОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА	55
<i>Дьяконова Е.Ю., Бекин А.С., Гусев А.А., Яцык С.П.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА КОМБИНАЦИИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ И МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ	56
<i>Егиев И.Х., Тараканов В.А., Барова Н.К., Убилава И.А.</i>	

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ	57
<i>Елин Л.М., Пыхтеев Д.А., Филюшкин Ю.Н., Прокофьев М.В.</i>	
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ	58
<i>Елькова Д.А., Тен Ю.В., Каширин С.Д., Тен К.Ю., Красильников А.А.</i>	
КОРРЕКЦИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ АГЕНЕЗИЯМИ	59
<i>Есаян М.О., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Луняка А.Н., Барова Н.К.</i>	
КОНСЕРВАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ	60
<i>Журило И.П., Черногоров О.Л., Медведев А.И., Бодрова Т.Н.</i>	
ЗНАЧЕНИЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ	61
<i>Завьялкин В.А., Барская М.А., Кузьмин А.И., Терехина М.И., Варламов А.В., Мазнова А.В.</i>	
КЛЕЕВАЯ ПОВЯЗКА НА ОСНОВЕ ЦИАНАКРИЛАТА В КАЧЕСТВЕ УКРЫВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПРИ УРЕТРОПЛАСТИКЕ	62
<i>Закиров А.К., Байбиков Р.С., Морозов В.И.</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО СПОСОБА GIPS ПРИ РЕЦИДИВАХ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ	63
<i>Звонков Д.А., Степанова Н.М., Новожилов В.А., Мочалов М.Н., Петров Е.М., Латыпов В.Х., Халтанова Д.Ю., Мороз С.В., Кунц М.Л., Михайлов Н.И.</i>	
ДИВЕРТИКУЛЯРНОЕ УДВОЕНИЕ ТОЩЕЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С НАРУШЕНИЕМ РОТАЦИИ И ФИКСАЦИИ КИШЕЧНИКА	64
<i>Золотарев Н.В., Яницкая М.Ю.</i>	
ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ УСПЕХА	65
<i>Заркин С.Н., Баязитов Р.Р.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСКИЙСКА	66
<i>Зотин А.В., Харизова А.Г.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД	67
<i>Зюзько Д.Д., Щербакова О.В., Хабибуллина Л.Р.</i>	
ХАРАКТЕРИСТИКА КАТАТРАВМ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН СРЕДИ ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2018–2021 гг.	68
<i>Исламов С.А., Латыпова Г.Г., Гумеров А.А., Сатаев В.У., Алянгин В.Г., Псянчин Т.С., Юнусов Д.И.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ЛЕВОГО ПРЕДПЛЕЧЬЯ У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ НА ОХОТЕ	70
<i>Исламов С.А., Сатаев В.У., Тарасов Ю.В., Саблин П.А., Юнусов Д.И., Фатхулисламов Р.Р.</i>	

СОНОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ	71
<i>Калайтанов М.В., Гончаров К.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШОК У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	72
<i>Карасева О.В., Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Тимофеева А.В.</i>	
ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА	74
<i>Карасева О.В., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Харитонов А.Ю., Янющкина О.Г.</i>	
ПНЕВМОВЕЗИКОСКОПИЧЕСКИЙ ДОСТУП ДЛЯ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ПО КОЗНУ У ДЕТЕЙ	75
<i>Карпачев С.А., Зоркин С.Н., Гурская А.С., Баязитов Р.Р., Уваров Б.Н.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В ПРИВОЛЖСКОМ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ	76
<i>Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Козлова Е.М.</i>	
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕННОЙ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	77
<i>Киреева Н.Б., Исаев К.Р., Алексеева В.А.</i>	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИЛОТОРАКСОМ	78
<i>Клейменов Е.В., Тен Ю.В., Каширин С.Д., Елькова Д.А.</i>	
ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЙ ТРАНСДИАФРАГМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ СЕКВЕСТРОВ	79
<i>Козлов Ю.А., Полоян С.С.</i>	
ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОГО УДВОЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	80
<i>Козлов Ю.А., Полоян С.С.</i>	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВАЗОПЕКСИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА	81
<i>Козлов Ю.А., Полоян С.С.</i>	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ АНАСТОМОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АТРЕЗИЯМИ КИШЕЧНИКА	82
<i>Козлов Ю.А., Полоян С.С.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВОЧЕК, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ПЕРЕКРУТА ПРИДАТКОВ МАТКИ	83
<i>Козлова Н.Г., Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Числова Д.С.</i>	
СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОМИЕЛИТА ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ	84
<i>Козулина Н.В., Смирнов А.Н., Проничев М.А., Яшина Т.Ю., Дементьев А.В.</i>	
МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ	85
<i>Койнов Ю.Ю., Грамзин А.В., Кривошеенко Н.В., Цыганок В.Н., Павлушин П.М., Охотина А.А.</i>	

РОЛЬ ВИДА КОЛОСТОМЫ У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ СО СВИЩАМИ В МОЧЕВУЮ СИСТЕМУ НА ИНФЕКЦИЮ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	86
<i>Койнов Ю.Ю., Грамзин А.В., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Кривошеенко Н.В., Охотина А.А.</i>	
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ У ДЕТЕЙ	87
<i>Комарова С.Ю., Цап Н.А., Сысоев С.Г., Основин П.Л., Аржанников А.А., Дедюхин Н.А.</i>	
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РЕБЕНКА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	88
<i>Коновалова А.А., Цепелев В.Л.</i>	
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННЫМ АППЕНДИЦИТОМ	89
<i>Коровин С.А., Дзядчик А.В., Тимохович Е.В., Любанская С.Ю.</i>	
ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ И ГИПЕРТЕРМИЧЕСКАЯ ХИМИОПЕРФУЗИЯ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ ПОЛОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ОПЫТ НИИЦ ДГОИ ИМ. ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА	90
<i>Кривоносков А.А., Ахаладзе Д.Г.</i>	
ВРОЖДЕННЫЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ: ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ	91
<i>Кривошеенко Н.В., Грамзин А.В., Чикинев Ю.В., Койнов Ю.Ю., Цыганок В.Н., Павлушин П.М.</i>	
ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА	92
<i>Кузовлева Г.И., Бондаренко С.Г.</i>	
БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ ...	93
<i>Лебедев Д.А., Осипов И.Б., Сарычев С.А., Красильников Д.Е., Алексеева Л.А., Лифанова М.В., Соловьев А.А.</i>	
СОНОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИИ ЯИЧКА ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ	94
<i>Лепихов И.П., Щербинин А.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ДЕТЕЙ	95
<i>Ли И.Б., Стальмахович В.Н., Кайгородова И.Н., Козлов Ю.А.</i>	
РЕКОНСТРУКЦИЯ ИСКУССТВЕННЫХ ПОРТСИСТЕМНЫХ ШУНТОВ В ДИСТАЛЬНЫЙ СПЛЕНОРЕНАЛЬНЫЙ ШУНТ У ДЕТЕЙ	96
<i>Маргаян С.Р., Разумовский А.Ю.</i>	
ПРОБЛЕМА СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОЛОЭЗОФАГОПЛАСТИК И АНАСТОМОЗОВ У ДЕТЕЙ	97
<i>Мидас К.А.</i>	
МЕТОДИКА ВЕДЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНО ЗАЖИВАЮЩИХ РАН У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	98
<i>Мидас К.А., Матвеев О.Л., Дадаян А.Г., Каймаков С.С., Воловик К.Г.</i>	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С ЗАДНЕЙ КЛОАКОЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	99
<i>Мокрушина О.Г., Коварский С.Л., Шумихин В.С., Левитская М.В., Халафов Р.В., Струянский К.А.</i>	

ВТОРИЧНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВО-ЛОХАНОЧНЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	100
<i>Морозов В.И., Нурутдинов И.Н., Байбиков Р.С., Харитонов Е.Л., Чебышев А.Н.</i>	
АТИПИЧНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	101
<i>Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В.</i>	
КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НА ФОНЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ	102
<i>Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В.</i>	
ПЕРЕКРУТ КИСТЫ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ	103
<i>Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В.</i>	
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА СО СПОНТАННЫМ ГЕМОПНЕВМОТОРАКСОМ	104
<i>Мустакимов Б.Х., Ростовцев Н.М.</i>	
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА	105
<i>Назарова И.М., Айкин В.С., Шаранов В.И.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ПОГРУЖЕНИЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ	106
<i>Налбандян Р.Т., Митиш В.А., Мединский П.В.</i>	
РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ КАУДАЛЬНОЙ РЕГРЕССИИ: КОМПЛЕКСНЫЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД	107
<i>Новожилов В.А., Степанова Н.М., Соловьев А.А., Петров Е.М., Звонков Д.А., Милюкова Л.П.</i>	
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ С ОЖОГАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	108
<i>Оборкина Д.С., Будкевич Л.И., Долотова Д.Д.</i>	
РЕЦИДИВ ИЛИ ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	109
<i>Огнев С.И., Цап Н.А., Кошурников О.Ю., Шнайдер И.С., Тимошинов М.Ю.</i>	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ДГБ № 1 САНКТ-ПЕТЕРБУРГА (2019–2021)	110
<i>Патрикеева Т.В., Караваева С.А., Котин А.Н., Щебенков М.В., Голиценко М.А., Леваднев Ю.В., Алешугин М.М., Иванов С.Л., Горелик К.Д., Лебедев Д.В.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ И ЭТАПНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ	111
<i>Пепеляева И.М., Коварский С.Л., Захаров А.И., Соттаева З.З., Струянский К.А.</i>	
ОПЫТ ДЛИТЕЛЬНОГО ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РУБЦОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ	112
<i>Перловская В.В., Куклин И.А., Богдановский И.В., Милюкова Л.П.</i>	
ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ КАК ПРИЧИНА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	113
<i>Петлах В.И., Коновалов А.К., Беляева О.А., Константинова И.Н.</i>	

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В ГЕНИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ	114
<i>Поддубный И.В., Файзулин А.К., Федорова Е.В., Шмыров О.С., Короткова С.А., Петрова М.Г., Раншаков А.С.</i>	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ НЕФРОНОСОХРАНЯЮЩАЯ РЕЗЕКЦИЯ МОНОЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕФРОБЛАСТОМЫ	115
<i>Полюян С.С., Ахаладзе Д.Г., Козлов Ю.А.</i>	
ЭВОЛЮЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ	116
<i>Румянцева Г.Н., Аврасин А.Л., Петруничев В.В., Карташев В.Н.</i>	
К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ	117
<i>Румянцева Г.Н., Казаков А.Н., Бревдо Ю.Ф., Светлов В.В., Трухачев С.В.</i>	
ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ЛОБЭКТОМИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ В КФ «УМС»	118
<i>Рустемов Д.З., Дженалаев Д.Б., Оспанов М.М., Мустафинов Д.А., Мамлин О.А., Ольховик Ю.М., Биалал Р.А., Сакуов Ж.Н., Утебалиев Р.С.</i>	
ФАЛЛОПЛАСТИКА ПО МЕТОДУ ДЕ КАСТРО У РЕБЕНКА С ЧАСТИЧНОЙ АМПУТАЦИЕЙ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПОСЛЕ ЭЛЕКТРООЖОГА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	119
<i>Рыбченко В.В., Коварский С.Л., Захаров А.И., Струянский К.А., Идрис Л.Я., Блох С.П.</i>	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЛИДНЫХ ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ	120
<i>Рябов А.Б., Поддубный И.В., Трунов В.О., Хижников А.В., Иманалиева А.А., Манжос П.И.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ В ОТДАЛЕННОМ КАТАМНЕЗЕ	121
<i>Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю.</i>	
СОЧЕТАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО И УРЕТЕРО-ВЕЗИКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ	122
<i>Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Соболевский А.А., Мифтяхетдинова О.В., Симонян Г.В.</i>	
НЕСТАНДАРТНЫЕ АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА, МЕГАУРЕТЕРА И УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ	123
<i>Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Соболевский А.А., Мифтяхетдинова О.В., Симонян Г.В.</i>	
АТРЕЗИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ — НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	124
<i>Сакуов Ж.Н., Дженалаев Д.Б., Оспанов М.М., Рустемов Д.З., Бокаева М.С., Тобыл А.</i>	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВ ПРЕПАРАТОМ КАРИПАИН SCAR	125
<i>Салистый П.В., Бикташев В.С., Саидгалин Г.З., Фаизьянов А.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	126
<i>Сар А.С., Хаспеков Д.В., Прутова О.Р., Кузнецова Е.В., Соколов Ю.Ю.</i>	
ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА У РЕБЕНКА С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПЕЧЕНИ	127
<i>Сварич В.Г., Сварич В.А., Каганцов И.М.</i>	

УДВОЕНИЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЕ ПЕРФОРАЦИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	128
<i>Северинов Д.А., Гаврилюк В.П., Донская Е.В., Довбня М.В.</i>	
5-ЛЕТНЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИМОЗА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОГО КЛЕЯ «DERMABOND»	129
<i>Сичинава З.А., Антоненко Ф.Ф., Кравцов Ю.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	130
<i>Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Коровин С.А., Кауфов М.Х., Шапкина А.Н.</i>	
РОБОТАССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ КИСТЫ ХОЛЕДОХА У 16-ЛЕТНЕЙ ДЕВОЧКИ	131
<i>Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Зыкин А.П.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ТАК НАЗЫВАЕМЫХ РАЗМОЗЖЕННЫХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ	132
<i>Соловьев А.Е.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОПОТОКОВЫХ СОСУДИСТЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ	133
<i>Сомских Г.А., Алимов С.В., Жигулин А.Е.</i>	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕМИНЕФРУРЕТЕРЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ	134
<i>Соттаева З.З., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Захаров А.И., Склярова Т.А., Струянский К.А., Бетанов З.В., Текотов А.Н., Петрухина Ю.В.</i>	
КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ГИПОСПАДИЕЙ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТУАЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	135
<i>Староверов О.В.</i>	
ОЖОГ ЖЕЛУДКА. ПОЛНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА У РЕБЕНКА 1 ГОДА	136
<i>Степаненко Н.С., Разумовский А.Ю.</i>	
УСТРАНЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗАДНЕГО САГИТТАЛЬНОГО ТРАНСАНОРЕКТАЛЬНОГО ДОСТУПА	137
<i>Степанова Н.М., Новожилов В.А., Звонков Д.А., Петров Е.М., Милюкова Л.П.</i>	
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ДЛИНЕ ОТКЛЮЧЕННОГО ОТДЕЛА У СТОМИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ	138
<i>Сулавко Я.П., Щербакова О.В.</i>	
ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМ. РОЛЬ ХИРУРГА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРАНИЦ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	139
<i>Сухоцкая А.А., Баиров В.Г., Амидхонова С.А., Каганцов И.М.</i>	
ДИЛАТАЦИЯ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ЭЗОФАГОАНАСТОМОЗА У ДЕТЕЙ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА	140
<i>Тарасов А.Ю., Саввина В.А.</i>	

ФУНДОПЛИКАЦИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С БУЛЬБАРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	141
<i>Тарасов А.Ю., Саввина В.А., Петрова Н.Е., Шейкин И.Ю., Парников М.А., Павлюкова Ю.П.</i>	
СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ГРУДНИЧКОВОГО ПЕРИОДА	142
<i>Тен Ю.В., Кожевников В.А., Тен К.Ю., Каширин С.Д., Денцель А.Ф., Елькова Д.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	143
<i>Тен Ю.В., Юров А.П., Тен К.Ю., Каширин С.Д., Елькова Д.А.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ДИСКОВЫМИ БАТАРЕЙКАМИ	144
<i>Теплов В.О., Степаненко Н.С., Разумовский А.Ю.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ	145
<i>Тибилев А.З., Киреева Н.Б.</i>	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	146
<i>Тимофеев А.Д., Тимофеев Д.В., Соловьев А.А., Степанова Н.М., Воропаева А.В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ У ДЕТЕЙ ЧЕРЕЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ	147
<i>Тимофеева А.В., Максумов А.А., Мельников А.А., Горелик А.Л., Карасева О.В.</i>	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАЛЬРОТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	148
<i>Трофимов В.В., Мокрушина О.Г., Шумихин В.С., Халафов Р.В., Ерохина Н.О., Петрова Л.В.</i>	
ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ	149
<i>Трухачев С.В., Светлов В.В., Бревдо Ю.Ф., Румянцева Г.Н., Киреев И.С.</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕТРОГРАДНОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С ДИСТРОФИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА	150
<i>Тупыленко А.В., Олдаковский В.И., Лохматов М.М., Будкина Т.Н., Гусев А.А., Дьяконова Е.Ю., Бекин А.С.</i>	
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОДВЗДОШНОГО КИШЕЧНИКА (МАГНИТЫ-ШАРИКИ)	151
<i>Улугмуратов А.А., Курбанов Ж.Ж., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х.</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	152
<i>Файзьянов А.А., Салистый П.В., Бикташев В.С., Саидгалин Г.З.</i>	
КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ	153
<i>Файзулин А.К., Поддубный И.В., Федорова Е.В., Роговая О.С., Васильев А.В.</i>	
ЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ И РЕЦИДИВЕ	154
<i>Федоров А.К., Ведник Г.А., Пыхтеев Д.А., Елин Л.М., Прокофьев М.В., Гацуцын В.В., Маккаева З.М., Подгорный А.Н., Цапкин А.Е., Еремин Д.Б., Ганиев Ш.А., Молотов Р.С.</i>	

РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ЦЕНТРА НЕОНАТАЛЬНОЙ НЕФРОЛОГИИ И ДИАЛИЗА	155
<i>Фоменко С.А., Макулова А.И., Маштак Н.А., Тукобаев Г.П., Топоркова А.О., Абасеева Т.Ю.</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЕРАТОМАМИ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА	156
<i>Фролов Е.А., Назарова И.М., Галица В.В.</i>	
РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С СЕМЕЙНЫМ АДЕНОМАТОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ	157
<i>Хабидуллина Л.Р., Щербакова О.В.</i>	
ДООПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ	158
<i>Хамраев А.Ж., Латипова Г.Г.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ	159
<i>Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Р., Хамроев У.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ	161
<i>Хамраев А.Ж., Саидкулов Х.А.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЛАСТИКИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ У ДЕТЕЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТЕЙ	162
<i>Хапалова В.Ю., Пупышев Н.Н., Лапин А.А., Куракина Т.В., Борисов С.А.</i>	
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ. ЧТО, ГДЕ, КОГДА ИСКАТЬ И СТОИТ ЛИ ЧТО-ТО ДЕЛАТЬ	163
<i>Хворостов И.Н., Окулов Е.А., Доценко А.В., Гусев А.А., Яцык С.П.</i>	
МАЛЬРОТАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ	164
<i>Цап Н.А., Огарков И.П., Комарова С.Ю., Елисеев А.С.</i>	
ЭТАПНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕВОЙ ФОРМЫ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКОВ	165
<i>Цап Н.А., Шнайдер И.С., Тимошинов М.Ю., Смирнова С.Е., Гайдышева Е.В.</i>	
НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПУНКЦИОННОЙ ГАСТРОСТОМИИ У ДЕТЕЙ	166
<i>Цыганок В.Н., Грамзин А.В., Соколов Ю.В., Колинко Н.Н., Койнов Ю.Ю., Кривошеенко Н.В., Павлушин П.М., Тратонин А.А.</i>	
ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕВОЧЕК С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ	167
<i>Чванова А.В., Тупоногов С.Н., Огнев С.И.</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОВИДОН-ЙОДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХИЛОТОРАКСА У МЛАДЕНЦЕВ — НАШ ОПЫТ	168
<i>Черемнов В.С., Распутин А.А., Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Барадиева П.Ж., Очиров Ч.Б.</i>	
ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ КИШЕЧНОГО ИЗОФЕРМЕНТА ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	169
<i>Чукарев В.С., Жидовинов А.А., Коханов А.В.</i>	

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ	170
<i>Чукашов Я.С., Назарова И.М., Хисматуллин Р.Г., Мунасипов Р.Н.</i>	
СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС — ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ	172
<i>Шангареева Р.Х., Абсалямова Н.Т., Федорова Р.Р., Тихонова И.В., Алибаев А.К., Диярова А.И., Минибаева Г.И.</i>	
ХРОНИЧЕСКАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЖЕЛУДКА КАК СЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ	173
<i>Шнайдер И.С., Цап Н.А., Гайдышева Е.В., Тимошинов М.Ю., Екимов М.Н., Смирнова С.Е.</i>	
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПАРАПРАКТИТА ВСЛЕДСТВИЕ МУКОЗИТА У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ	174
<i>Щапов Н.Ф., Пыхтеев Д.А., Филюшкин Ю.Н., Гацуцын В.В., Елин Л.М.</i>	
СТЕНТИРОВАНИЕ ХОЛЕДОХА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ХОЛЕСТАЗЕ У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	175
<i>Щебенков М.В., Орлов О.Ю., Волерт Т.А., Корнилова А.Б., Калинина Д.С.</i>	
ПРИМЕР РЕАЛИЗАЦИИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО ОТЧЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТА СО SPINA BIFIDA ПО КОРРЕКТИРОВКЕ АБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ С ПОМОЩЬЮ ПРИЛОЖЕНИЯ SKIAATLAS	176
<i>Щеглов Б.О., Сичинава З.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ГИПОСПАДИИ — ОПЫТ 10 ЛЕТ РАБОТЫ	177
<i>Щедров Д.Н., Шорманов И.С., Морозов Е.В., Гарова Д.Ю.</i>	
ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА	178
<i>ЩербакOVA О.В.</i>	