



Российская ассоциация детских хирургов



Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

[www.radh.ru](http://www.radh.ru)

# IX Форум детских хирургов России

Тезисы докладов

9–11 ноября 2023 года  
Москва

*Рецензенты:*

Члены научного комитета форума — *Л.И. Будкевич, С.А. Караваева, 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: IX Форум детских хирургов России (тезисы докладов), 9–11 ноября 2023 г., Москва // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2023. Т. 13. Спецвыпуск. 224 с. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic.2023>



Russian Association of Pediatric Surgeons



Pirogov Russian National Research Medical University

[www.radh.ru](http://www.radh.ru)

# IX Forum of Pediatric Surgeons Russian

## Abstracts

November 9–11, 2023  
Moscow

For citation: IX Forum of Pediatric Surgeons Russian (Abstracts); 2023 November 9–11; Moscow. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2023. Vol. 13, Suppl. 224 p. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic.2023>

# РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ

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



Том 13 | Спецвыпуск | 2023

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

SCOPUS  
РИНЦ (Российский индекс научного цитирования)  
Base  
Crossref  
Cyberleninka  
Dimensions  
Fatcat  
OpenAlex  
Scilit  
Scholia  
Wikidata

## 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](mailto:rps@eco-vector.com)  
Заведующая редакцией Н.А. Гривина

## ИЗДАТЕЛЬ

ООО «Эко-Вектор»  
Адрес: 191186, г. Санкт-Петербург,  
Аптекарский переулок, д. 3, литера А, пом. 1Н  
E-mail: [info@eco-vector.com](mailto: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», 2023  
© ООО «Эко-Вектор», 2023

## 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](mailto:vestnik@childsurgeon.ru)

## Ответственный секретарь

Галина Игоревна Кузовлева — кандидат медицинских наук (Москва, Россия). E-mail: [rps@eco-vector.com](mailto: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, 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. Пискалов — 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 13 | Supplement | 2023

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

SCOPUS  
Russian Science Electronic Library (eLibrary.ru)  
Base  
Crossref  
Cyberleninka  
Dimensions  
Fatcat  
OpenAlex  
Scilit  
Scholia  
Wikidata

## EDITORIAL CONTACT

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

## PUBLISHER

Eco-Vector  
Address: 3, A, office 1N, Aptekarskiy lane  
Saint Petersburg, 191186, Russia  
E-mail: [info@eco-vector.com](mailto: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-rf.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*

© All-Russian Public Organization  
"Russian Association of Pediatric Surgeons", 2023  
© Eco-Vector, 2023

## 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](mailto:vestnik@childsurgeon.ru)

## Executive Secretary of the Editorial Board

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



# СОЛИДНО-ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Аванесян Р.Г.<sup>1,2</sup>, Королев М.П.<sup>1,2</sup>, Иванов А.П.<sup>1</sup>, Передереев С.С.<sup>1</sup>,  
Тихомиров А.И.<sup>1</sup>, Мовсесян Р.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2</sup> Городская Мариинская больница, Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Солидно-псевдопапиллярная опухоль (СППО) поджелудочной железы редкая форма злокачественных новообразований, часто протекающая бессимптомно. Радикальный метод лечения — хирургический, нередко сопровождающийся послеоперационными осложнениями.

**Цель:** показать эффективность миниинвазивного лечения послеоперационных осложнений СППО поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** В СПбГПМУ с 2010 г. находились на лечении 5 девочек с СППО поджелудочной железы. Возраст больных от 7 до 15 лет. Радикальное удаление опухоли выполнено у 3 пациенток в условиях клиник СПбГПМУ: резекция тела поджелудочной железы, спленосохраняющая резекция хвоста поджелудочной железы и корпокаудальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией. Остальные 2 пациентки с локализацией СППО в области головки поджелудочной железы были оперированы в других учреждениях, переведены в клинику с различными осложнениями послеоперационного периода. Одна из пациенток поступила в клинику с ретенционной кистой головки поджелудочной железы после перевязки панкреатического протока, вторая — с механической желтухой и забрюшинным абсцессом после перевязки общего желчного протока, повреждения панкреатического протока в результате резекции двенадцатиперстной кишки. Всем больным диагноз был установлен при скрининговом УЗИ. Диагноз подтвержден при МСКТ и гистологическом исследовании трепан-биоптата.

**Результаты и их обсуждение.** Во всех случаях выполнены радикальные удаления новообразований. В случае перевязки протока поджелудочной железы у пациентки в результате панкреатической гипертензии сформировалась ретенционная киста в области головки поджелудочной железы. Пациентке сформирована цистопанкреатикогастроанастомоз на чрескожном каркасном дренаже по разработанной в клинике методике. Дренаж удален через 12 мес., анастомоз функционирует. Во втором случае осложненного течения послеоперационного периода у пациентки после перевязки холедоха и повреждения протока поджелудочной железы возникла билиарная гипертензия, перитонит в результате истечения панкреатического сока в забрюшинное пространство и несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки. Многоэтапное дренирование брюшной полости, забрюшинного пространства и желчных протоков позволили подготовить больную к реконструктивной операции — гепатикоюноанастомоза. В случае локализации новообразования в области тела поджелудочной железы выполнена резекция тела с сохранением целостности протока. Спленосохраняющую резекцию хвоста поджелудочной железы вместе с СППО выполнили в четвертом случае, что предпочтительно при такой локализации новообразования. Корпокаудальную резекцию поджелудочной железы с опухолью в сочетании со спленэктомией выполнили у пятой пациентки вынужденно, в связи с крупной опухолью и прорастанием в сосудистую ножку селезенки. Осложнений, летальности не было.

**Заключение.** Применение разработанных этапных миниинвазивных вмешательств позволили во всех случаях купировать послеоперационные осложнения и подготовить пациенток к реконструктивному вмешательству.

**Ключевые слова:** минимально инвазивное лечение; солидно-псевдопапиллярная опухоль; послеоперационные осложнения; дети.

## ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ СРЕДНЕЙ И СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Адрианова А.А.<sup>1,3</sup>, Дорохин А.И.<sup>1</sup>, Курышев Д.А.<sup>1,2</sup>, Букчин Л.Б.<sup>2</sup>, Сорокин Д.С.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская поликлиника № 125, Москва, Россия

**Обоснование.** Повреждения дистального метаэпифиза костей голени у детей имеют значительное многообразие форм, что создает трудности диагностики и лечения. В возрасте 8–10 лет оканчивается формирование медиальной лодыжки, и ее перелом (перелом типа Macfarland) имеет неблагоприятный прогноз из-за преждевременного закрытия зоны роста. В возрасте 11–14 лет при закрывающейся зоне роста дистального метаэпифиза встречаются переломы Tillaux и Triplane. У детей старше 15 лет повреждения более тяжелые и напоминают повреждения взрослых.

**Цель:** разработать тактику лечения у детей средней и старшей возрастных групп с повреждением дистального метаэпифиза костей голени.

**Материалы и 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. Общее количество пациентов — 36. 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. Кроме лучевых методов исследования применялись ультразвукографический и магнитно-резонансный 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 трех пациентов. У двух 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 диагностикой мягкотканых повреждений и выбором оптимальных методов остеосинтеза в зависимости от возраста пациента и морфологических особенностей.

**Ключевые слова:** травма; нижние конечности; повреждение дистального метаэпифиза; дети.

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Айрапетян М.И.<sup>1,3</sup>, Морозов Д.А.<sup>1,3</sup>, Топилин О.Г.<sup>2</sup>, Молотов Р.С.<sup>3</sup>, Суходольская О.В.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

**Обоснование.** Ежегодно в мире пневмонией болеют 150 млн детей, из которых в возрасте до 5 лет умирают более чем 1 млн. Деструктивные пневмонии составляют до 10 % общего числа пневмоний у детей. Летальность в настоящее время достигает 2–4 %. В последние годы отмечается тенденция к росту осложненных форм заболевания в 2–3 раза. До недавнего времени активная хирургическая тактика являлась золотым стандартом в лечении легочно-плевральных форм деструктивных пневмоний у детей. Однако на сегодняшний момент в литературе приводится все больше данных об эффективном разрешении таких вариантов пневмонии при использовании консервативных методик.

**Цель:** объективизировать подходы в лечебно-диагностической тактике при ведении детей с деструктивными пневмониями.

**Материалы и методы.** Нами была проведена ретроспективная оценка и статистический анализ данных историй болезни 125 детей, поступивших в хирургический стационар двух городских клиник города Москвы за 5 лет с диагнозом «деструктивная пневмония». Среди пациентов количество детей с легочно-плевральными формами пневмонии составило 75 человек (60 %), с легочными формами — 50 (40 %). При постановке диагноза нами использовались следующие методы лабораторно-инструментальной диагностики: клинический анализ крови (100 %), уровень С-реактивного белка (100 %), УЗИ плевральной полости (89 %), рентгенография (100 %) и компьютерная томография органов грудной полости (83 %). По структуре легочные формы были представлены абсцессами легких — 33 (66 %) и буллезными формами деструкции — 16 (34 %). 25 абсцессов были дренированы, трем детям — выполнено трансбронхиальное дренирование, в остальных случаях выбрана консервативная тактика. У 11 детей с легочно-плевральными формами (14,7 %) проведена санационная торакоскопия, у остальных детей с данной формой заболевания лечение ограничилось сочетанием консервативных методов и/или пункции и дренирования плевральной полости. Консервативная терапия включала в себя сочетание антибактериальной, дезинтоксикационной, противогрибковой, антикоагулянтной, муколитической и симптоматической и физиотерапевтической (воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением) терапии.

**Результаты.** Мультикомпонентная терапия деструктивных пневмоний, адекватное использование консервативных методов в их лечении позволяли достичь хороших результатов. Клинически это выражалось в купировании интоксикационного синдрома ( $p < 0,005$ ), дыхательных расстройств ( $p < 0,005$ ), разрешении пневмонии по данным рентгенологических методов исследования ( $p < 0,005$ ).

**Заключение.** Дифференцированный подход в лечении деструктивных пневмоний у детей способствует эффективному разрешению воспалительного процесса и при этом ограничивает использование агрессивных методов хирургического воздействия.

**Ключевые слова:** торакальная хирургия; деструктивные пневмонии; хирургическое лечение; консервативная терапия; дети.

## ВОЗМОЖЕН ЛИ ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ?

Айрян Э.К.<sup>1,2</sup>, Староверов О.В.<sup>2</sup>, Трусов А.В.<sup>1</sup>, Хватынец Н.А.<sup>1,2</sup>, Кузовлева Г.И.<sup>1,2</sup>

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

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

**Актуальность.** До настоящего времени отсутствует единый протокол выбора метода оперативного лечения при варикоцеле.

**Цель:** сравнить эффективность различных методов варикоцелэктомии у детей в условиях одного стационара.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения варикоцеле у 354 детей за период 2017–2021 гг. Возраст детей на момент оперативного лечения от 11 до 17 лет, средний возраст 15,7 лет. Субингинальная перевязка вен гроздевидного сплетения выполнена у 219 пациентов, лапароскопическая перевязка гонадной вены — у 103, и открытая операция Иванисевича — у 32 подростков. Пациенты осматривались в срок от 6 мес. до года после варикоцелэктомии с УЗИ-контролем и анкетированием подростков.

**Результаты.** Оценка косметических результатов в ранние и отдаленные сроки после операции не показали существенных отличий, пациенты жалоб на косметический дефект не предъявляли. При оценке через год рецидив после операции Иванисевича выявлен у 8,2 %, при лапароскопической варикоцелэктомии у 6,1 % ( $p > 0,05$ ). Наименьший процент рецидива выявлен при субингинальной перевязке вен — 2,1 % ( $p < 0,05$ ). При этом в последней группе у двух пациентов отмечена атрофия яичка (0,9 %), у трех (1,3 %) в раннем послеоперационном периоде возник синдром отечной мошонки с острой ишемией, во всех случаях разрешившийся консервативно. Послеоперационная водянка яичка возникла у 10 (7,4 %) пациентов при проведении операции Иванисевича и лапароскопической перевязке гонадной вены, при субингинальной перевязке вен таких осложнений не было.

**Заключение.** Безусловно, субингинальная перевязка вен гроздевидного сплетения приводит к снижению частоты рецидива, следовательно является наиболее оптимальным методом варикоцелэктомии, однако подобная методика может приводить к таким грозным осложнениям, как атрофия яичка и острое нарушение кровообращения яичка.

**Ключевые слова:** варикоцеле; осложнения варикоцелэктомии; атрофия яичка.



## ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ С КИСТАМИ

Акопян М.К.<sup>2</sup>, Донской Д.В.<sup>1</sup>, Шувалов М.Э.<sup>2</sup>, Вилесов А.В.<sup>2</sup>,  
Аллахвердиев И.С.<sup>2</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

**Актуальность.** Хирургическое лечение кист селезенки у детей продолжает стремиться к малоинвазивности. Продолжаются поиски наиболее эффективных методов хирургического пособия.

**Цель:** уменьшить количество рецидивов, сохраняя малоинвазивность и безопасность хирургического пособия.

**Материалы и методы.** С 2012 по 2023 гг. в клинике прооперировано 32 ребенка в возрасте от 4 до 17 лет с кистами селезенки. Из них у 5 детей ранее была выполнена лапароскопическая фенестрация кисты селезенки. Диаметр кист на момент операции от 4 до 30 см. Во всех наблюдениях перед операцией выполнена КТ-ангиография для изучения вариантной анатомии сосудов селезенки и определения наиболее подходящего варианта оперативного вмешательства. Локализация кисты: верхний сегмент — 12 случаев; верхний и средний сегменты — 6; средний сегмент — 4; средний и нижний сегменты — 2; нижний сегмент — 5; киста занимает все три сегмента селезенки — 3.

**Результаты.** От пункционного лечения в нашей клинике отказались более 15 лет назад в связи с малой эффективностью и высоким процентом рецидивов. Виды оперативных вмешательств: лапароскопическая резекция селезенки — 17; лапароскопическая фенестрация кисты селезенки — 8; лапароскопическая спленэктомия — 5; открытая спленэктомия (конверсия) — 2.

**Осложнения.** В двух наблюдениях отмечалось массивное кровотечение из коротких сосудов селезенки, что потребовало лапаротомии. Послеоперационных осложнений не было. Рецидив кисты отмечался в двух наблюдениях после фенестрации центрально расположенных кист.

**Заключение.** Наиболее радикальным вариантом оперативного вмешательства является лапароскопическая сегментарная резекция селезенки, после которой рецидивы не возникают. Компьютерная томография в режиме ангиографии позволяет точнее планировать операцию и выбрать в пользу резекции без риска массивного кровотечения. Для выбора метода лечения важное значение имеет локализация кисты. В некоторых вариантах расположения кисты по отношению к сосудам резекция селезенки опасна при современных технических возможностях в хирургии. В этих случаях следует выбирать между фенестрацией и спленэктомией. Чаще всего рецидивы наблюдаются после фенестрации кист, расположенных в среднем сегменте, так как принципиально важно минимизировать возможность формирования остаточной полости. При больших кистах, занимающих все сегменты, следует выполнять спленэктомию.

**Ключевые слова:** абдоминальная хирургия; лапароскопия; кисты селезенки; дети.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аксельров М.А.<sup>1,2</sup>, Столяр А.В.<sup>1</sup>, Связян В.В.<sup>1</sup>, Евдокимов В.Н.<sup>1</sup>,  
Сергиенко Т.В.<sup>1,2</sup>, Смоленцев Г.М.<sup>1</sup>, Половникова А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия;

<sup>2</sup> Тюменская областная клиническая больница № 2, Тюмень, Россия

**Обоснование.** Аноректальные мальформации (АРМ) — врожденная патология, хирургическая коррекция которой является сложной технической задачей для хирурга. Правильно выбранный подход и скрупулезная хирургическая техника становится залогом хороших результатов лечения. Оценка результатов оперативного лечения не всегда объективизирована и стандартизирована.

**Цель:** провести оценку отдаленных результатов хирургического лечения детей, оперированных по поводу АРМ путем применения разработанной шкалы оценки послеоперационных результатов и качества жизни.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное когортное исследование 49 медицинских карт за период с 2011 по 2022 годы. Для оценки результатов лечения использовался чат-бот в Telegram, который представлял собой бальную шкалу-опросник, включавшую такие разделы, как нарушения дефекации и качества (частота, способность сдерживать дефекацию, ощущение позыва, энкопрез) и социальные проблемы (неприятный запах, социальные ограничения, серьезные психические проблемы). Для формирования «идеального балла», введена контрольная группа хирургически здоровых детей — 57 человек. Где 25–28 баллов — функциональная способность кишечника, аноректальной области и социальная адаптация у детей без патологий аноректальной области; «хорошие» результаты от 17 до 24 баллов, «удовлетворительные» результаты 10–16 баллов, «плохие» результаты менее 10 баллов. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.1.1

**Результаты.** Группа исследуемых состояла из 21 девочки и 28 мальчиков. У мальчиков наблюдали — атрезию ануса и прямой кишки, без свищевая форма — у 5, остальные 23 пациента со свищами различных локализаций. У девочек все атрезии были свищевыми. По данным опросника большинство детей (36 человек) демонстрировало «хорошие» результаты лечения, «удовлетворительные» результаты зафиксированы у 3 детей, «отличные» у 8 человек и «неудовлетворительные» у 2. Бальные значения шкалы зависели от пола ( $p = 0,013$ ), средний балл девочек — 22, у мальчиков — 16; такие показатели, как форма атрезии и наличие сопутствующей патологии не влияют на результат оценки ( $p = 0,284$  и  $p = 0,392$ ). Возраст матери на момент операции и возраст ребенка, при котором выполнен основной этап операции, имеют обратную корреляционную связь ( $p = 0,410$  и  $p = 0,495$ ).

**Заключение.** Применение автоматизированного опросника позволило объективизировать результаты хирургического лечения детей с АРМ и облегчило катamnестический анализ, но возникали затруднения в связи с отсутствием у родителей приложения «Telegram». 73,5 % детей демонстрируют хорошие результаты хирургического лечения, что говорит о правильно выбранной хирургической тактике. Тип атрезии не влияет на отдаленные результаты лечения.

**Ключевые слова:** аноректальные мальформации; атрезия ануса; ректо-вестибулярный свищ; передне-сагиттальная сфинктеропластика; анопластика; качество жизни; шкала оценки.

## ПРИМЕНЕНИЕ Nd:YAG-ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Алимов С.В., Сомсиков Г.А., Жигулин А.Е., Рудин А.Ю.

Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

В детское сосудистое хирургическое отделение ДГКБ святого Владимира обратилось трое детей с локальными формами венозных мальформаций (VM) в возрасте 1 года, 3 и 6 лет.

Сосудистое образование с рождения не замечали, в связи с невыведением головки полового члена (физиологический фимоз). Чаще всего такие образования остаются незаметными до полного выведения головки полового члена, но мальчикам 1 года и 3 лет выполнялось обрезание по ритуальным показаниям и родители заметили сосудистое образование синюшного цвета, с чем и обратились.

Все дети были обследованы, выполнено ультразвуковое исследование полового члена и мошонки — эхо-признаки сосудистого образования с венозным низкопоточковым кровотоком в пределах головки полового члена без прорастания в ствол и уретру, уретроцистоскопия данных за внутрипросветное сосудистое образование не выявлено.

Всем детям под аппаратно-масочным наркозом выполнено лазерное лечение на Yag-неодимовом лазерном аппарате длиной волны 1060 нм (Bison Long Pulse). В послеоперационном периоде отмечался умеренный отек не затрудняющий мочеиспускание, значительное уменьшение сосудистого образования. На вторые сутки послеоперационного периода дети выписаны с улучшением. Через 3 мес. в связи с частичным сохранением венозной мальформации двум детям 3 и 6 лет выполнен повторный этап лазерного лечения под наркозом. На контрольном осмотре через 6 мес. реканализации венозной мальформации не отмечалось. Мальчику 1 года жизни повторной процедуры не потребовалось. У всех детей после лазерного лечения отмечается выраженный функциональный и косметический эффект. Рекомендовано дальнейшее наблюдение у детского уролога в поликлинике по месту жительства.

**Заключение.** Лечение локальных форм венозной мальформации полового члена без прорастания в слизистую уретры начинали с лазерного лечения на длиноволновом лазерном аппарате длиной волны 1064 нм, что позволило добиться хорошего косметического и функционального эффекта.

**Ключевые слова:** сосудистая мальформация; венозная мальформация; детская хирургия; детская уроандрология; лазерное лечение; Nd:YAG.

## МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОПОТОКОВЫМИ СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Алимов С.В.<sup>1</sup>, Сомсиков Г.А.<sup>1</sup>, Жигулин А.Е.<sup>1</sup>, Ольхова Е.Б.<sup>3</sup>,  
Соколов Ю.Ю.<sup>2</sup>, Шахин А.В.<sup>1</sup>, Шолохова Н.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

**Актуальность.** Несмотря на множество методов лечения, нет единого алгоритма диагностики и лечения пациентов с сосудистыми мальформациями.

**Цель:** разработать лечебно-диагностический алгоритм при различных формах сосудистых мальформаций.

**Материал и методы.** С капиллярными мальформациями (КМ) пролечено 213 детей; с венозными и лимфатико-венозными мальформациями — 89 детей; с лимфатическими 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 (до 10 %) и очень редко МРТ и КТ с контрастированием для дифференциальной диагностики с сочетанными сосудистыми мальформациями и гемангиомами (менее 15 %).

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.

**Результаты.** Эффективность метода 50–80 %. Эффективность лазерного лечения выше пропорционально возрасту. Диагноз «венозная лимфатико-венозная и лимфатическая (крупно-, мелкокистозной и смешанной форм) мальформация» выставляли на основании осмотра, сбора анамнеза, УЗИ с доплеровским исследованием (100 %), при глубоко расположенных мальформациях для оценки глубины поражения и дифференциальной диагностики выполнялась магнитно-резонансная томография с контрастным усилением (60 %), ангиография и КТ-ангиография.

В очень редких случаях для подтверждения диагноза требовалась открытая биопсия с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием менее (5 %). 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. Эффективность метода — до 90 % при поверхностно расположенных мальформациях.

При глубжележащих венозных мальформациях проводилось инъекционное склерозирование патологических сосудов склерозантами (Этоксисклерол, Фибровейн, блеомицин) под контролем УЗ-навигации и электронно-оптического преобразователя с йодсодержащим контрастным препаратом. Эффективность от 40 до 70 %. Также использовалось хирургическое иссечение патологического сосудистого образования.

Лечение крупнокистозных форм лимфатических мальформаций проводилось методом инъекционного склерозирования (блеомицин, доксициклин). Лечение мелкокистозных форм лимфатических мальформаций — методом инъекционного склерозирования, хирургического и лазерного 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 иммуногистохимическим исследованием и медико-генетическим анализом. Лечение следует проводить с момента установления диагноза в раннем детском возрасте. Начинать лечение следует с наименее инвазивных методов, направленных на достижение не только хорошего функционального, но и косметического результата.

**Ключевые слова:** сосудистая мальформация; венозная мальформация; лимфатическая мальформация; капиллярная мальформация; склеротерапия; лазерное лечение; УЗИ сосудов; магнитно-резонансная томография-ангиография; детская хирургия.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КИСТАМИ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

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

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

**Актуальность.** Кисты печени и селезенки представляют собой сложную и разнородную группу заболеваний. В то время как кисты паразитарной этиологии составляют до 80 % нозологий в данной группе, кисты иной этиологии встречаются достаточно редко. Необходимость хирургического лечения в настоящее время не вызывает сомнений, однако выбор метода лечения остается дискуссионным вопросом.

**Цель:** улучшение результатов хирургического лечения детей с кистами печени и селезенки.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 19 пациентов (13 мальчиков — 85 %, 6 девочек — 15 %), которые были прооперированы в хирургическом то-ракальном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России с диагнозом киста печени и селезенки за период с 2019 по 2023 год. Соотношение кист печени и кист селезенки было 9 (53 %) и 10 (47 %) соответственно. Средний возраст пациентов составил  $11 \pm 1$  год. Локализация кист селезенки была следующей: у 4 пациентов (40 %) — в воротах селезенки, у 3 (30 %) — в нижнем полюсе, у 3 (30 %) — в верхнем полюсе селезенки. Максимальный размер кист селезенки составил  $16 \times 5$  см, минимальный  $4 \times 3$  см.

Локализация кист печени была следующей: у 3 пациентов (33 %) — в 5–6-м сегментах, у 2 пациентов (22 %) — в 4–5-м, у 2 (22 %) — в 4–8-м, у 1 пациента (11 %) — в 7-м сегменте, у 1 пациента (11 %) — во 2-м сегменте. Максимальный размер кист составил  $10 \times 15$  см, минимальный  $2 \times 3$  см. Распределение кист по этиологии было следующим: врожденные кисты печени и селезенки имелись у 9 пациентов (47 %), паразитарные кисты печени — у 5 пациентов (26 %), «простые» эпидермоидные кисты селезенки выявлены у 2 пациентов (10,5 %), посттравматическая киста селезенки диагностирована у 1 пациента (5,2 %), у 1 пациента (5,2 %) по данным гистологического исследования диагностирована лимфангиома селезенки, у 1 пациента (5,2 %) — гепатоцеллюлярная аденома печени.

**Результаты.** У всех пациентов достигнут хороший результат хирургического лечения. 90 % пациентов с кистами селезенки оперированы лапароскопическим способом, у 1 пациента в виду сложной анатомической локализации кисты проведено открытое вмешательство. У 6 пациентов (60 %) выполнено удаление кисты и аргоноплазменная коагуляция ее ложа, у 4 пациентов (40 %) — резекция селезенки. У 1 пациента интраоперационно имелось выраженное кровотечение из паренхимы селезенки, которое было успешно купировано с помощью биполярной коагуляции.

66 % пациентов с кистами печени оперированы лапароскопическим способом, у 3 пациентов (33 %) выполнено открытое вмешательство. У 5 пациентов (55 %) с эхинококковыми кистами печени выполнено их пункция, обработка гипертоническим раствором и удаление хитиновой оболочки, у 3 пациентов (33 %) — удаление кисты и аргоноплазменная коагуляция ее ложа, у 1 пациента (11 %) — атипичная резекция печени. У 1 пациента интраоперационно возникло кровотечение в виду повреждения вены 3-го сегмента, которое успешно купировано. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не отмечено, среднее время нахождения в стационаре составило  $7 \pm 1$  койко-день.

**Заключение.** Наиболее оптимальным методом лечения при кистах печени и селезенки является лапароскопическое вмешательство, которое с наименьшей травматичностью позволяет получить хороший функциональный результат.

**Ключевые слова:** кисты печени; киста селезенки; эхинококк; резекция селезенки; резекция печени.

## КОМПРЕССИОННЫЙ СТЕНОЗ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННЫЙ СОСУДИСТЫМ КОЛЬЦОМ

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

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

**Актуальность.** Сосудистое кольцо редкая аномалия аорты, ее ветвей, легочной артерии, вызывающая компрессионные стенозы трахеи и/или пищевода. Целью хирургического лечения является устранение сосудистой компрессии трахеи и дыхательной недостаточности.

**Цель:** оценить результаты и эффективность хирургического лечения компрессионных стенозов трахеи вызванных сосудистым кольцом.

**Материалы и методы.** В хирургическом торакальном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России за период 2019–2022 гг. оперированы 18 детей с сосудистыми кольцами. Возраст пациентов составил от 3 мес. до 3 лет. У 8 детей причиной компрессии трахеи являлся аномально отходящей плечеголовной ствол, у 8 детей — двойная дуга аорты, у 2 детей — слинг левой легочной артерии. На ИВЛ в стационар были доставлены 3 пациента. Во всех случаях показанием к оперативному лечению послужила дыхательная недостаточность.

**Результаты.** В 16 (88,8 %) случаях оперативное лечение выполнено торакоскопическим способом: аортопексия — 8 (44,4 %), рассечение сосудистого кольца — 8 (44,4 %). В 1 случае при торакоскопии была выполнена конверсия вследствие развития кровотечения из левой дуги аорты. В 2 (11,2 %) случаях, при слинге легочной артерии, выполнена реимплантация левой легочной артерии в легочный ствол в условиях экстракорпоральной мембранной оксигенации. В послеоперационном периоде у всех детей после оперативного лечения явления дыхательной недостаточности купированы.

**Заключение.** Торакоскопия является оптимальным доступом при хирургическом лечении компрессионных стенозов трахеи. Применение экстракорпоральной мембранной оксигенации позволяет безопасно выполнить реимплантацию левой легочной артерии.

**Ключевые слова:** сосудистое кольцо; компрессионный стеноз трахеи; слинг левой легочной артерии; аномалия отхождения плечеголовного ствола; дети.

## ТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

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

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

**Актуальность.** Образования средостения — редкое заболевание, которое чаще выявляется случайно при рентгенологическом обследовании у бессимптомных пациентов, но у части пациентов могут отмечаться дыхательные нарушения или проявления дисфагии. Опухоли средостения у детей развиваются в сложной анатомической зоне, включающей тимус, пищеварительный тракт, трахео-бронхиальное дерево и симпатические нервные тракты, что обуславливает большую гистологическую вариабельность образований. В настоящее время активно развивается применение торакоскопии в лечении детей с объемными образованиями средостения.

**Цель:** анализ результатов торакоскопических методов удаления объемных образований грудной полости.

**Материалы и методы.** В торакальном отделении и отделении хирургии новорожденных ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» за период с 2019 по 2023 год пролечено 52 пациента с образованиями средостения различного генеза. Возраст пациентов составил от 15 дней до 17 лет. У 3 пациентов отмечались проявления дыхательной недостаточности, 2 из них доставлены на ИВЛ, у одного пациента отмечался синдром верхней полой вены. Среди выявленных образований диагностированы: бронхогенная киста — 13, лимфангиома/гемлимфангиома — 8, тератома — 4, дубликационные кисты — 6, лейомиома — 2, нейрогенная опухоль — 8, гамартома — 1, нейрофиброматоз — 1, киста перикарда — 1, липобластома — 1, псевдоопухоль — 1, нейрофиброма — 1. Пяти пациентам выполнена тимэктомия в связи с генерализованной формой миастении.

**Результаты.** 41 (78,8 %) пациенту удаление образования выполнено торакоскопически, у 4 (7,7 %) пациентов потребовалась конверсия, 3 (5,8 %) детям выполнен комбинированный доступ (торакоскопия + шейный доступ), 2 (3,8 %) детям образования средостения удалены из шейного доступа, 2 (3,8 %) детям из-за гигантских размеров образования выполнена торакотомия (одному пациенту по тяжести состояния, второй пациент ранее был оперирован из торакотомного доступа).

У 2 пациентов при торакокопии возникло повреждение плечевого венозного ствола, которое потребовало ее ушивания. У 1 ребенка в раннем послеоперационном периоде отмечался хилоторакс (купирован консервативно) и еще у 1 пациента отмечался синдром Горнера. У 1 ребенка при удалении гигантской лимфангиомы шеи и средостения потребовалось выполнение трахеостомии и гастростомии.

### Выводы:

- Торакоскопическое удаление объемных образований грудной полости является приоритетным методом у детей, позволяющим облегчить течение послеоперационного периода и получить хороший функциональный и косметический результат.
- При распространении образования на шею, возможно применение комбинированного доступа (шейный + торакоскопия).

**Ключевые слова:** образования средостения; торакоскопия; тератома; нейрогенная опухоль.



# ВЕРИФИКАЦИЯ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Антоненко Ф.Ф.<sup>1</sup>, Марухно Н.И.<sup>2</sup>, Иванова С.В.<sup>3</sup>, Жуков В.С.<sup>2</sup>,  
Кравцов Ю.А.<sup>2</sup>, Сичинава З.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия;

<sup>3</sup> Московский областной медицинский колледж, Люберецкий филиал, Москва, Россия

**Обоснование.** Особый интерес в последние годы вызывает применение нейросетей и компьютерных технологий в диагностике заболеваний у детей.

**Цель:** поделиться опытом создания и применения компьютерной системы для диагностики острых заболеваний органов брюшной полости у детей.

**Материалы и методы.** В 1995 г. в рамках Республиканской программы МЗ РФ «Информатизация здравоохранения России» нами совместно с Приморским медицинским информационно-вычислительным центром была создана Автоматизированная консультативная система «Детский острый живот» (АКС-ДОЖ) для диагностики и выбора тактики при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей. Система была выполнена для ЭВМ типа IBM PC/AT, XT на языках программирования MS DOS, CLIPPER, C, Pascal.

**Результаты.** АКС-ДОЖ прошла государственные испытания на соответствие ГОСТ и НТД и получила Сертификат качества программного средства для использования в системе МЗ РФ (Сертификат № 7 от 14.02.1992) для осуществления диагностики и выбора лечебной тактики при острых заболеваниях органов брюшной полости у детей. АКС-ДОЖ была рекомендована для применения при оказании консультативной помощи как на догоспитальном этапе, так и в стационарах хирургического и соматического профиля для дифференциальной диагностики острых ургентных заболеваний брюшной полости и заболеваний, симулирующих клинику острого живота у детей по 150 группам симптомов и 12 группам заболеваний. Программное средство АКС-ДОС было включено в Российский фонд алгоритмов и программ (№ госрегистрации в Центральном информационном фонде ГосФАП 50920000135).

**Обсуждение.** Промышленная эксплуатация АКС-ДОЖ проводилась с 1991 г. на базе Городской детской клинической больницы Владивостока, где был создан Краевой детский хирургический консультативно-диагностический центр. Впервые в отечественной медицинской практике вместо традиционных историй болезни у детей с подозрением на острый аппендицит (ОА), перитонит (П), острую кишечную непроходимость (ОКН) и тупую травму живота (ТТЖ) документооборот проводили в формате «формализованных информационных бланков» в персональных компьютерах. Из ЦРБ консультации проводились по телетайпной связи. Время введения данных осмотра больного в компьютерную программу составило у врача 3–5 мин, что было кратно меньше записи в традиционной истории болезни (30 мин). При этом объем проверенных симптомов (143 показателя) и полнота обследования оказались в 3 раза выше, чем при традиционном осмотре больного. Протокол заключения программы АКС-ДОЖ, кроме паспортных данных пациента, состоял из вероятностных диагностических заключений по 12 нозологиям, замечаниям о непроверенных врачом обязательных симптомах и блока тактических и лечебных рекомендаций. Система АКС-ДОЖ была применена у 10 000 пациентов. Совпадение диагнозов АКС-ДОЖ и врачей на догоспитальном этапе при ургентных заболеваниях живота составили 83,7 % против 75 % в пользу ЭВМ. Совпадение диагнозов у детских хирургов и АКС-ДОЖ составили при ОКН — 90,2 %, ТТЖ — 100 %, П — 83,7 %, ОА — 91 %.

**Заключение.** Таким образом, в настоящее время в связи с бурным внедрением цифровых технологий в медицину указанная Автоматизированная консультативная система «Детский острый живот», показавшая свою эффективность на компьютерных технологиях XX в., в XXI в. может стать краеугольным камнем первичной диагностики и выбора тактики лечения у детей с абдоминальным синдромом как на догоспитальном, так и на стационарном уровнях.

**Ключевые слова:** компьютерная диагностика; дети; острые хирургические заболевания живота.

## РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М.<sup>1</sup>, Ахмедов И.Ю.<sup>1</sup>, Мавлянов Ф.Ш.<sup>1</sup>, Ибрагимов К.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан;

<sup>2</sup> Областной многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан

**Обоснование.** В педиатрической практике мегауретер является одной из наиболее актуальных проблем, нередко приводящей к почечным осложнениям. Мегауретер, который сопровождается рецидивирующими эпизодами пиелонефрита, острой задержкой мочи или вызывающий резкое снижение функции почек, требует хирургического вмешательства. На сегодняшний день предложено более 200 хирургических методов коррекции данного заболевания у детей.

**Цель:** описать результаты реконструктивно-пластических операций у детей.

**Материалы и методы.** Обследованы и пролечены 116 больных в возрасте от 3 мес. до 16 лет с первичными аневризмами мочеточников. Пациенты прошли общий физикальный осмотр и все урологические обследования. Все пациенты были разделены на 2 группы по характеру заболевания: 1-я группа — 61 больной с рефлюксом, 2-я группа — 55 больных с обструкцией.

При выборе вида операции по поводу мегауретера учитывали состояние контралатеральной почки, частоту обострений обструктивного пиелонефрита, сохранность почечной паренхимы, степень дисплазии мочеточника.

Для анализа успешности операции использовали доплерографию, динамическую нефросцинтиграфию и цистографию, которые по сей день остаются надежными критериями оценки хирургического лечения мегауретера у детей.

Для объективной оценки успешности операции проводилась нефросцинтиграфия с фармпрепаратом Технемаг 99mTc с определением показателя мочеточникового транзита до и после операции который составил до операции  $-14,8 \pm 1,73$  и  $-1,1 \pm 0,000037$  после операции.

**Результаты.** Проведенный анализ данных указывал на улучшение эвакуаторной способности нового анастомоза, происходило выраженное сужение, уменьшение длины и заполнение его контрастным веществом не на всем протяжении, без формирования коленообразных изгибов.

**Выводы.** При изучении уродинамических характеристик положительных результатов у детей с мегауретером в группах с проведенными операциями Политано – Леадбетера и экстравезикальной реимплантацией мочеточника выявлены более хорошие результаты. При правильно выбранной методике своевременной хирургической коррекции позволяют получить высокий процент положительных результатов.

**Ключевые слова:** мегауретер; неоимплантация; уропатии; рефлюкс; обструкция.

# КЛИНИЧЕСКИЙ И СОНОГРАФИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бабаева Х.Б., Полухов Р.Ш.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

**Обоснование.** Сонография тазобедренных суставов является относительно новым, альтернативным традиционному рентгенологическому исследованию высокоинформативным методом ранней диагностики развивающейся дисплазии тазобедренного сустава (РДТБС). Несмотря на доказанную эффективность, все еще имеются разногласия относительно использования УЗИ в скрининге дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных.

**Цель:** провести корреляцию между клиническим и сонографическим скринингом дисплазии тазобедренных суставов у новорожденных.

**Материалы и методы.** Проведен клинико-сонографический скрининг 898 новорожденных в течение первой недели жизни. Клиническое обследование проводилось с использованием тестов Барлоу и Ортолани, также учитывался симптом ограничения отведения бедер менее 60 градусов. Чувствительность и специфичность клинического обследования составили 96 и 32 % соответственно. Сонографическая оценка суставов производилась по методу Р. Графа. Патологическими при УЗИ считались суставы по классификации Графа 2С, D, 3А, 3В и 4.

**Результаты.** У 43 новорожденных была выявлена РДТБС, соответствующая типам 2С, D, 3А по Графу. Физиологическая незрелость тазобедренного сустава, соответствующая по классификации Графа типу 2А, выявилась у 169 детей, из которых у 5 со временем развилась дисплазия тазобедренного сустава, соответствующая по Графу типу 2В. Чувствительность и специфичность клинического обследования составили 96 и 22 % соответственно.

**Заключение.** Учитывая низкую специфичность клинического метода диагностики, становится очевидным, что УЗИ тазобедренного сустава является более чувствительным методом диагностики дисплазии ТБС, чем клинический скрининг, поскольку позволяет выявить дисплазию тогда, когда отсутствуют симптомы нестабильности. Сонография по методу Графа позволяет качественно и количественно оценить состояние ТБС у новорожденных и младенцев.

**Ключевые слова:** дисплазия; скрининг; тазобедренный сустав; ультрасонография; новорожденные.

## НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВДАВЛЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОПЛАСТИКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Бабич И.И.<sup>1,2</sup>, Пшеничный А.А.<sup>2</sup>, Аванесов М.С.<sup>1</sup>, Мельников Ю.Н.<sup>3</sup>,  
Мельникова С.Р.<sup>3</sup>, Фокин Е.В.<sup>3</sup>, Фокина О.Е.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия;

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская больница, Шахты, Россия

**Обоснование.** Одной из главных проблем здравоохранения является рост сочетанной травмы у детей. В общей структуре травматизма она составляет 30–50 % всех травматических повреждений в детском возрасте. Среди причин смертности у детей старше 1 года лидирует травма, при этом сочетанная (политравма) составляет 7,1–22 %. Исходы тяжелой формы ЧМТ у детей сопряжены с высоким риском летального исхода (до 38 %), инвалидизация — от 20 до 50 %.

**Серия клинических наблюдений.** С 2015 г. по 2021 г. в ГБУ РО «ОДКБ» Ростова-на-Дону проводили лечение 55 пациентов с сочетанной травмой черепа, печени и селезенки. Предлагаемый нами лечебно-диагностический комплекс лечения пациентов с сочетанным повреждением черепа и внутренних органов состоит из двух этапов. Первым этапом выполняется остановка внутрибрюшного жизнеугрожающего кровотечения путем проведения аутотрансплантации селезеночной ткани в рану печени (патент РФ № 2305502) с обязательной установкой датчик ВЧД. Вторым этапом проводится хирургическая обработка вдавленного перелома костей черепа с использованием аутокости по разработанной методике (патент РФ № 2683067). Если показатели ВЧД будут значимо выше нормы (более 20 мм рт. ст.), что говорит о развитии отека головного мозга, создавая риск к летальному исходу пациента, хирургическая коррекция такой тяжелой нейроабдоминальной травмы проводится безотлагательно двумя бригадами хирургов и нейрохирургов.

**Заключение.** При сочетанной травме с повреждением костей черепа, печени и селезенки тяжесть состояния ребенка увеличивается на фоне травматического, гиповолемического шока, в связи с чем считаем, что первым этапом следует провести хирургическое вмешательство по поводу купирования продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, далее вторым этапом при отсутствии жизнеугрожающего состояния в этот же день или отсроченно в зависимости от состояния пациента нужно проводить дальнейшую хирургическую коррекцию вдавленного перелома.

**Ключевые слова:** вдавленный перелом черепа; черепно-мозговая травма; реконструкция костей черепа; краниопластика; дети.

## ПРОБЛЕМА НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИСТИ

Баранов Д.А.<sup>1</sup>, Вечеркин В.А.<sup>1</sup>, Птицын В.А.<sup>1</sup>, Коряшкин П.В.<sup>1</sup>, Жила Н.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия;

<sup>2</sup> Дальневосточный государственный медицинский университет федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Хабаровск, Россия

**Обоснование.** За последние 4–5 лет отмечена тенденция обращения в консультативную поликлинику при областной детской клинической больнице родителей с детьми, у которых в анамнезе есть перенесенное гнойно-воспалительное заболевание кисти. В практической работе существует мнение, что лечение данных патологий не представляет сложностей, результаты, как правило, считаются удовлетворительными, но, учитывая количество обращений и характер жалоб, таковыми их считать нельзя.

**Цель:** проанализировать обращаемость детей, перенесших гнойно-воспалительные заболевания кисти и определить основные патологии, после которых остаются неудовлетворительные результаты. По итогу анализа сделать заключение, имеет ли место данная проблема и стоит ли ей заниматься более углубленно и, соответственно, начать поиск новых и оптимизацию проверенных способов лечения гнойно-воспалительных заболеваний кисти у детей.

**Материалы и методы.** С 2017 по 2022 г. в консультативную поликлинику при ОДКБ № 2 Воронежа к детскому хирургу с жалобами на какие-либо последствия после перенесенного гнойно-воспалительного заболевания кисти обратилось 11 пациентов, из которых четверо за 2022 г. Методами исследований стали сбор анамнеза, клинический осмотр. Из обратившихся было 8 мальчиков и 3 девочки, возраст их варьировал от 7 до 15 лет, а время, прошедшее от начала заболевания (от момента выписки из гнойно-септического отделения), начиналось от 1 года.

**Результаты.** Патологии распределялись следующим образом: 6 детей с перенесенными инфицированными ранами кисти, 3 — костные и суставные панариции, 2 — флегмоны кисти. По жалобам имелась следующая градация: 4 ребенка с ограничением движений в кисти (пальце), 3 — болезненные ощущения при работе кистью, 1 — парестезии в пораженном пальце. Для изучения данной тематики более подробно планируется выборка пациентов, прошедших лечение в гнойно-септическом отделении стационара, рассылки им опросника (анкеты), в которой они укажут на наличие или отсутствие последствий после перенесенного заболевания. Пациенты, которые будут отмечать признаки неудовлетворительного результата лечения и наличие его негативных последствий, будут приглашены на консультативный прием для более подробного осмотра и поиска решения проблемы.

**Заключение.** Учитывая полученные данные, можно сделать заключение, что проблема качества жизни пациентов с перенесенными гнойно-воспалительными заболеваниями кисти остается востребованной и актуальной, что требует поиска новых и оптимизации проверенных методов лечения патологии. Улучшение результатов хирургического лечения детей с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти за счет поиска новых методов оперативного лечения с их последующим практическим внедрением является современным и актуальным вопросом в гнойной хирургии детского возраста. Разработка последовательного адекватного комплексного лечения и реабилитации позволит достичь значимого социального и экономического эффекта при сокращении сроков лечения и нетрудоспособности пациентов.

**Ключевые слова:** гнойно-воспалительные заболевания кисти; панариций; флегмона; инфицированная рана; дети.

## РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ДЕТЕЙ

Барова Н.К.<sup>1,2</sup>, Григорова А.Н.<sup>1</sup>, Панкратов И.Д.<sup>2</sup>, Стрюковский А.Е.<sup>1</sup>,  
Егиев И.Х.<sup>1,2</sup>, Колесников Е.Г.<sup>1</sup>, Машченко Д.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия;

<sup>2</sup> Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Россия

**Актуальность.** Повреждение трахеобронхиального дерева в детском возрасте является редким и опасным для жизни осложнением. В отечественной и зарубежной литературе отмечаются только клинические наблюдения таких пациентов. При этом общего алгоритма ведения таких детей нет.

### Описание наблюдения.

Пациент Р., 7 лет, доставлен БСП в сидячем положении, на спонтанном дыхании, после выполненной аденоидэктомии. При поступлении состояние ребенка тяжелое, ДН1, синдром утечки воздуха, с распространенной подкожной эмфиземой, ненапряженным пневмомедиастинумом, интоксикационным синдромом. По данным проведенного КТ шеи, ОГП выявлен разрыв трахеи на уровне Th1–2; диастаз дефекта трахеи 3,0 мм; пневмомедиастинум, эмфизема мягких тканей шеи, щек, передней грудной стенки, двусторонний пристеночный ненапряженный пневмоторакс. Метод выбора лечения у данного больного — консервативная многокомпонентная терапия. На 4-е сутки после проведенного лечения, состояние ребенка стабилизировалось. На контрольном КТ ОГП на 12-е сутки дефекта трахеи, пневмоторакса не выявлено. На диагностической ФБС выявлено что на 1,5–2 см выше карины по мембранозной стенке выявлен линейный рубец, длиной 2 см.

Пациент Р., 11 лет, поступила в ХО-1 ДККБ, из анамнеза заболевания: ребенок в течение 29 дней получал терапию в ДИБ по поводу коронавирусной инфекции, двухсторонней полисегментарной пневмонии. Несмотря на терапию, состояние ребенка ухудшалось, выраженный непродуктивный кашель. Выполнено КТ ОГК, где был заподозрен свищ ПГБ. Выполнена ФБС, где диагностированы изменения ПГБ (свищ, дивертикул?). Ребенок переведен в центр грудной хирургии НИИ-ККБ № 1, с диагнозом «дефект ПГБ, карины». Выполнена рентген-эндоваскулярная эмболизация правой верхней легочной артерии спиралью MReyeFlipper 5×5 мм. Через 14 дней выполнена ФБС, где выявлено, что на 1,5 см ниже голосовых складок на протяжении 1–1,5 см дефект слизистой оболочки трахеи в стадии рубцевания, просвет трахеи сужен, грануляционная ткань до 0,3 см по верхнему полюсу. Карина не определяется. По задней стенке ПГБ дефект клиновидной формы 1,5–2,0×1,0×2,0 см, из СДБ исходит аневризма.

**Заключение.** Тем самым представленные клинические случаи демонстрируют редкие, но довольно грозные осложнения привычных нам нозологий, что немаловажно знать практикующим врачам.

**Ключевые слова:** травма трахеи; травма бронха; ятрогенная травма; дети.

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Баязитов Р.Р., Гурская А.С., Симонова О.И., Скворцова В.А.,  
Наковкин О.Н., Ахмедова Д.М., Сулавко М.А., Игнатова А.С.,  
Екимовская Е.В., Клепикова А.А., Карнута И.В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

**Обоснование.** Мекониевый илеус — кишечная непроходимость, вызванная обструкцией терминального отдела подвздошной кишки густым и вязким меконием является самым ранним клиническим проявлением муковисцидоза и возникает у 20 % пациентов.

**Цель:** проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с муковисцидозом.

**Материалы и методы.** За период с 2018 по 2023 г. в хирургическом отделении новорожденных и детей грудного возраста ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России пролечено 13 пациентов с генетически подтвержденным диагнозом муковисцидоза. Показанием к госпитализации в хирургический стационар являлось наличие энтеростомы. Энтеростомы выведены в стационарах по месту жительства по поводу перенесенного мекониевого илеуса. У 4 пациентов ранее предпринимались безуспешные попытки закрытия энтеростом. Всем пациентам выполнено оперативное лечение по ликвидации кишечной стомы с применением разработанного пред- и послеоперационного протокола ведения пациентов с муковисцидозом. Средний гестационный возраст новорожденных составил 38,2 нед. (36–41 нед.), средняя масса тела при рождении 3368 г (2550–4250 г).

**Результаты.** У всех оперированных детей обнаружены мутации в обоих аллелях гена *CFTR*. Потовые пробы были положительными у всех детей. Средний срок закрытия энтеростомы составил 5 мес. (1–7 мес.). У 4 пациентов отмечались патологические потери по стоме (более 20–30 мл/кг · сут), что являлось показанием к срочному оперативному вмешательству. Пассаж по ЖКТ восстанавливался в среднем на 7-е (5–8) послеоперационные сутки. Энтеральное питание начинали в среднем на 8-е сутки после операции. Осложнений не отмечалось. Все пациенты наблюдаются пульмонологами и диетологами ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России специализирующимися на лечении муковисцидоза. В настоящее время все пациенты имеют респираторные симптомы, недостаточность поджелудочной железы, в связи с чем получают заместительную ферментотерапию.

**Заключение.** Пациентам с интраоперационной диагностикой мекониевого илеуса необходимо проведение генетического тестирования и потовых проб для подтверждения или исключения муковисцидоза. Применение разработанного периоперационного протокола ведения пациентов с энтеростомой и муковисцидозом позволяет исключить осложнения в виде повторных эпизодов илеуса.

**Ключевые слова:** мекониевый илеус; муковисцидоз; дети.



## МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ЛОЖНЫМИ КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Беляева А.В.<sup>1</sup>, Беляева О.А.<sup>2</sup>, Розинов В.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева  
Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова,  
Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

**Актуальность** проблемы лечения детей с ложными кистами поджелудочной железы определяется тяжестью течения заболевания, отсутствием общепринятых тактических установок выбора хирургического лечения и нарастающей частотой встречаемости нозологии в практике детской хирургии.

**Цель:** повышение эффективности и безопасности хирургических технологий лечения детей с ложными кистами поджелудочной железы за счет применения минимально инвазивных оперативных вмешательств.

**Материалы и методы.** Представлены результаты анализа различных технологий хирургического лечения 25 детей (в возрасте от 2 до 17 лет) с полиэтиологичными ложными кистами поджелудочной железы в период с 1985–2022 гг. Большинство (16) клинических наблюдений составили посттравматические кисты поджелудочной железы. В зависимости от преобладающей локализации выделены ложные кисты головки (5), тела (9) и хвоста (11) поджелудочной железы, объемом от 11 до 600 см<sup>3</sup>. Открытые оперативные вмешательства выполнены 2 пациентам, у 16 пациентов выполнено пункционное дренирование 18 кист поджелудочной железы под УЗ-наведением, консервативную терапию с положительным эффектом получали 7 детей. Преимущественно использовались дренажные комплексы Huisman Multipurpose Drainage Set и Dawson – Mueller Drainage Catheter Ultrathane, фирмы Cook Medical (США).

**Результаты.** Большинству (14) пациентов выполнено чрескожное чрезгастральное пункционное дренирование патологического образования. Полная облитерация патологических объемных образований констатирована у 23 пациентов, которым выполнялись различные хирургические вмешательства. Резидуальные остаточные полости, составлявшие 10–30 % исходного объема кисты зафиксированы у 2 детей. В ходе катamnестического наблюдения (от 1 года до 8 лет) рецидивов заболевания, либо прогрессирования объема остаточной полости не выявлено.

**Заключение.** Минимально инвазивные хирургические вмешательства — пункционное дренирование под ультразвуковым визуальным контролем являются оптимальным методом лечения ложных кист поджелудочной железы различной этиологии.

**Ключевые слова:** эхография; минимально инвазивные вмешательства; органосохраняющие вмешательства; УЗ-навигация; пункция; псевдокиста; ложная киста; поджелудочная железа.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ СЕЛЕЗЕНКИ

Беляева А.В.<sup>1</sup>, Розинов В.М.<sup>1</sup>, Беляева О.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

**Актуальность** проблемы органосохраняющего лечения детей с непаразитарными кистами селезенки (НКС) определяется высокой частотой рецидивов, повторных вмешательств, при широком спектре хирургических технологий, отсутствии нормативных документов и общепринятых тактических установок.

**Цель:** повышение эффективности и безопасности органосохраняющих минимально инвазивных вмешательств у детей с НКС на основе обоснования дифференцированной хирургической тактики.

**Материалы и методы.** Основу настоящего исследования составили результаты анализа 65 различных хирургических вмешательств, выполненных у 61 ребенка с НКС с 2000 по 2023 г. Объем кист варьировал от 3 до 1000 см<sup>3</sup>. Структура вмешательств была представлена пункционными (2) и пункционно-дренирующими операциями (28) с последующей дезэпителизацией и склерозированием остаточной полости кисты, 15 комбинированных пособий, включавших одноэтапные пункционно-дренирующие и окклюзионные эндоваскулярные компоненты, 16 эндохирurgical деруфизаций кист селезенки. Преимущественно использовались дренажные комплексы Huisman Multipurpose Drainage Set и Dawson-Mueller Drainage Catheter Ultrathane, фирмы Cook Medical (США).

**Результаты.** Ретроспективное сопоставление реализованных технологий вмешательств с отделенными результатами лечения детей с НКС позволило разработать алгоритм обоснования хирургической тактики. Внедрение данного алгоритма, основанного на результатах многофакторного анализа клинико-анатомического многообразия НКС и оптимизирующего предоперационного планирования, обеспечило 95,5 % излечения пациентов, сократило до 1,7 % долю рецидивов объемных патологических образований и частоту послеоперационных осложнений до 6,7 %.

**Заключение.** Выбор тактики хирургического лечения детей с НКС следует основывать на результатах многофакторного анализа, учитывающего возраст пациента, локализацию, объем, эктоструктуру и интенсивность роста патологического образования. Органосохраняющие минимально инвазивные вмешательства, реализованные в соответствии с разработанной дифференцированной тактикой хирургического лечения, обеспечивают благоприятное течение послеоперационных процессов репаративной регенерации.

**Ключевые слова:** эхография; минимально инвазивные вмешательства; органосохраняющие вмешательства; УЗ-навигация; пункция; киста селезенки.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА КОРОТКОЙ КИШКИ. ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ПСЕВДООБСТРУКЦИЯ КИШЕЧНИКА

Богданов И.Ю.<sup>1</sup>, Караваева С.А.<sup>2</sup>, Котин А.Н.<sup>3</sup>, Попова Е.Б.<sup>1</sup>,  
Новопольцева О.Н.<sup>1</sup>, Патрикеева Т.В.<sup>1</sup>, Гопиенко М.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия;

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

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

**Обоснование.** Одним из частых и тяжелых осложнений синдрома короткой кишки (СКК) у детей является рецидив персистирующей псевдообструкции кишечника (ППК) в форме тонкокишечной непроходимости, периодически возникающий на фоне декомпенсации моторики кишечника и сопровождающийся бактериальной транслокацией в кровоток. Клинически и рентгенологически это симулирует позднюю спаечную кишечную непроходимость и часто становится причиной необоснованных операций.

**Цель:** представить современный взгляд на причины персистирующей псевдообструкции кишечника и возможные ошибки в трактовке изменяющейся клинической картины СКК.

**Материалы и методы.** В настоящее время в стационаре и диспансерном отделении Детского городского многопрофильного клинического специализированного центра высоких медицинских технологий Санкт-Петербурга находится под наблюдением 17 детей с синдромом короткой кишки в возрасте от шести месяцев до 8 лет. Причиной СКК в 3 случаях был гастрошизис, у 4 — осложненная форма синдрома Ледда, у 5 — нейрональная дисплазия кишечника, у 2 — тотальный аганглиоз кишечника, у 3 детей — мекониевый перитонит.

**Результаты.** Адаптация к СКК достигнута у 11 детей в возрасте от 1,5 до 4,5 лет. Наибольшую сложность представляют дети с коротким — не более 25 см, и суперкоротким — менее 25 см, сегментами тонкой кишки. В настоящее время у нас 6 таких пациентов. Дети продолжают находиться на домашнем парентеральном питании, получают тедуглутид, готовятся к элонгации кишки. Одним из показаний к хирургической элонгации являются участвовавшие приступы бактериальной транслокации и кишечной псевдообструкции, а также дилатация приводящего отдела тонкой кишки. Незнание особенностей течения СКК у больных с коротким сегментом кишки привело к тому, что трое из этих детей были неоднократно прооперированы в больницах по месту жительства с подозрением на спаечную кишечную непроходимость, которая не подтвердилась.

**Заключение.** Результаты лечения СКК до сих пор не могут удовлетворять врачей. Продолжаются поиски новых путей. Важно помнить и считать постулатом, что персистирующая псевдообструкция кишечника у ребенка с СКК в абсолютно подавляющем числе случаев не является поводом к оперативному лечению, а требует консервативной терапии бактериальной транслокации и функционального срыва моторики короткого сегмента кишки. С другой стороны, участвовавшие приступы ППК свидетельствуют о необходимости подготовки ребенка к хирургической элонгации кишечника.

**Ключевые слова:** синдром короткой кишки; обширная резекция тонкой кишки; кишечная непроходимость.

## РЕДКИЙ СЛУЧАЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ

Бочаров Р.В.<sup>1,2</sup>, Погорелко В.Г.<sup>1,2</sup>, Зыкова М.А.<sup>2</sup>, Коломыйцева М.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия;

<sup>2</sup> Больница скорой медицинской помощи № 2, Томск, Россия

**Обоснование.** В практике неотложной детской хирургии к возникновению острой кишечной непроходимости может приводить множество причин и предрасполагающих факторов. Возраст ребенка, варианты течения патологии и локализация поражения создают трудности диагностики и выбора хирургической тактики лечения, осложняют течение заболевания.

**Цель:** проанализировать клинический случай возникновения, диагностики и лечения острой кишечной непроходимости у ребенка 9 лет.

**Описание наблюдения.** Девочка росла и развивалась согласно возрасту. Заболела остро: боль в животе, рвота 1 раз. Через сутки боли сохранялись, стул и рвота отсутствовали. Через 2-е суток боли в животе усилились, рвота 4 раза, стул н/б. Осмотр детского хирурга БСМП № 2, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП) — данных о наличии хирургической патологии не найдено. Госпитализация в детскую инфекционную больницу. На фоне проводимой терапии на 4-е сутки у ребенка боли в животе усилились, рвота 2 раза. Перевод в БСМП № 2. УЗИ ОБП: червеобразный отросток не визуализируется, признаки свободной жидкости в брюшной полости, кишечной непроходимости. Общий анализ крови: признаки воспалительной реакции — WBC  $21,5 \times 10^9/\text{л}$ , с/я NEUT 75 %, незрелые формы 18 %. Обзорная рентгенография ОБП: выявлены расширенные тонкокишечные и толстокишечные петли с уровнем жидкости — признаки кишечной непроходимости. Предположено течение аппендикулярного перитонита. В порядке экстренной медицинской помощи выполнено оперативное вмешательство.

**Видеоассистированная лапароскопия.** Брюшина гиперемирована, в брюшной полости до 150 мл серозного выпота. Червеобразный отросток располагался типично, в диаметре 0,5 см, не изменен. Органы малого таза без патологических изменений. Ревизия терминального отдела подвздошной кишки: на протяжении 50 см петли спавшиеся, без содержимого, патологических образований нет. Далее расширенные до 4 см кишечные петли, стенки отечные, гиперемированные, местами синюшного цвета, легко травмируются и десерозируются. Угроза возникновения перфорации кишечной стенки. На расстоянии около 70 см от илеоцекального угла весь просвет петли подвздошной кишки на протяжении 15 см заполнен плотным содержимым, лапароскопически устранить причину непроходимости не представлялось возможным.

**Конверсия.** Срединная лапаротомия. Кишечная петля с обтурирующим ее содержимым выведена в рану. Содержимое плотное, занимает весь просвет кишки, продвижение его внутри просвета кишки невозможно. Энтеротомия у дистального конца образования. Образование оказалось трихобезоаром размером 15×4 см, удалено полностью. Рана кишки ушита двухрядным швом. Прокходимости кишечника восстановлена. Дренирование, послойно швы на рану. Заживление первичным натяжением.

О приеме волос внутрь ребенок родителям и медицинскому персоналу не сообщил. Согласно литературным данным трихобезоары кишечника являются редкой, «казуистической» патологией, которые приводят к перфорации кишечной стенки, возникновению перитонита.

**Заключение.** Трихобезоар кишечника имеет неспецифическую картину «острого живота», позволяющую дифференцировать инфекционную, соматическую или хирургическую причину. Рентгенологический и сонографический методы диагностики не визуализировали образование в просвете кишечника. Длительное стояние трихобезоара привело к развитию механической кишечной непроходимости, угрозе возникновения перфорации кишечной стенки, серозному перитониту.

**Ключевые слова:** дети; кишечная непроходимость; трихобезоар.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ У РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ

Бочаров Р.В.<sup>1,2</sup>, Погорелко В.Г.<sup>1,2</sup>, Махинько О.В.<sup>2</sup>, Коломыйцева М.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия;

<sup>2</sup> Больница скорой медицинской помощи № 2, Томск, Россия

**Обоснование.** У детей до 1 года новообразования в грудной полости имеют разную природу происхождения. Морфогенез опухолей в большинстве сопровождается неспецифичными клиническими проявлениями, трудностью диагностики, осложнениями.

**Цель:** проанализирован случай успешного лечения объемного образования грудной полости у ребенка 11 месяцев.

**Описание наблюдения.** Девочка заболела остро 29.03.2023: насморк, гипертермия до 38°C. Консервативная терапия. 02.04.2023 присоединился кашель, 07.04.2023 появление одышки и хрипов. 08.04.2023 обратились в ДГБ № 2, госпитализация. На рентгенографии органов грудной полости (ОГП): Пневмония (тотальная) слева? Ателектаз левого легкого? Гидропневмоторакс слева? Врожденная аномалия развития легких? Перевод в БСМП № 2.

Состояние тяжелое, обусловлено дыхательной недостаточностью, воспалительным процессом: RR 40–44/мин; SpO<sub>2</sub> 89–90 %; WBC × 10<sup>12</sup>/л. Механика дыхания: ограничение движений, участие вспомогательной мускулатуры. Аускультативно дыхание слева не выслушивается, справа жесткое, единичные сухие хрипы, выдох удлиннен. Перкуторный звук слева — притупление по всем полям, справа — легочной. Тоны сердца выслушиваются справа от грудины. Спиральная компьютерная томография (СКТ) ОГП с контрастированием: грудная клетка правильной формы, структурных изменений и деструкции костной ткани грудной клетки не выявлено. В левой половине грудной полости определяется объемное образование гигантских размеров, занимающее практически всю левую половину и оттесняющее средостение вправо. Размеры образования: 10,2×8,0×9,1 см. Структура разнородная: жировая ткань, костные включения, мягкотканые перегородки и жидкостной компонент (плотность жидкости от 5 до 30 ед. НУ), контуры четкие, неровные. Левое легкое оттеснено образованием кзади, промежуточный и верхнедолевой бронхи сдавлены, нижняя доля в состоянии гиповентиляции. Пневматизация правого легкого удовлетворительная, инфильтративных изменений нет. При контрастном усилении слабое повышение контрастности капсулы образования. Трахея с четкими ровными контурами, оттеснена вправо, не деформирована на всем протяжении. Плевра не утолщена, жидкости в плевральных полостях не выявлено. Структуры средостения дифференцированы, смещены вправо. Операция 10.04.2023: боковая торакотомия в V межреберье, вскрыта париетальная плевра, выпота нет, субтотально левую плевральную полость занимает опухолевидное образование в капсуле размерами 12×10×8 см, разнородной плотности. Новообразование пунктировано, удалено до 80 мл коричневой жидкости. Ножка опухоли исходит из передне-верхнего средостения. Полное удаление в капсуле. Левое легкое сформировано правильно, расправлено. Дренажное ушивание раны. Восстановление удовлетворительной дыхательной экскурсии грудной клетки на 7-е сутки. Заживление раны первичным натяжением. На 14-й день выписка из стационара. Гистология: инкапсулированная тератома средостения представлена зрелыми тканями эпидермальной, хрящевой, костной, миелоидной, лимфоидной, жировой, мышечной, нервной, эпителиальной и железистой дифференцировки.

**Заключение.** Дефект поликлиннического наблюдения ребенка до 1 года не позволил в ранние сроки диагностировать новообразование средостения. Прогрессивный рост опухоли создал угрозу жизни за счет нарастающих явлений воспалительного характера и компрессии дыхательных путей. СКТ четко детализировала топiku и структуру объемного образования в грудной полости. Большие размеры опухоли исключили удаление эндоскопическим путем.

**Ключевые слова:** дети; грудная полость; новообразование; торакотомия.

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Воробьева Е.А.<sup>1</sup>, Разумовский А.Ю.<sup>2,3</sup>, Дубров В.Э.<sup>1</sup>, Выборнов Д.Ю.<sup>2,3</sup>,  
Митупов З.Б.<sup>2,3</sup>, Крестьяшин И.В.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

**Обоснование.** В последние 20 лет отмечено резкое увеличение количества обращений детей с килевидной деформацией грудной клетки. Одним из наиболее перспективных методов коррекции этой патологии считают консервативное лечение.

**Цель:** оценить эффективность и безопасность консервативного лечения килевидной деформации грудной клетки у детей.

**Материалы и методы.** В исследование были включены дети 5–17 лет с килевидной деформацией грудной клетки. Перед началом лечения всем детям измеряли давление коррекции килея путем нажатия динамометром на грудную клетку. Поскольку жесткость грудной клетки снижается в процессе лечения ортезом, консервативное лечение было предложено даже подросткам с ригидной (давление коррекции более 70–90 Н) грудной клеткой. В связи с отсутствием объективных критериев коррекции деформации результаты оценивали субъективно по пятибалльной шкале. Кроме того, отмечали сроки достижения, частоту осложнений и рецидивов в течение года. Категориальные значения описывали путем указания абсолютных величин и процентных долей в выборке; количественные показатели, соответствующие критериям нормального распределения, при помощи средних арифметических величин и стандартных отклонений (95 % доверительного интервала).

**Результаты.** Исследуемую группу составили 98 детей с килевидной деформацией грудной клетки: 81 (82,7 %) мальчик и 17 (17,3 %) девочек, средний возраст  $13,0 \pm 2,0$  года.

Среднее давление коррекции килея составило  $50,3 \pm 16,2$  Н. 35 (35,7 %) детей вышли из исследования в связи с тем, что не явились на контрольный прием, 13 (13,3 %) — прекратили лечение по причинам, не связанным со здоровьем (психологическим или социальным). Лечение успешно завершили 50 (51,0 %) детей. 40 (80 %) комплаэнтных пациентов достигли полной коррекции деформации (результат 5 баллов), 10 пациентов (20 %) предпочли прекратить активную фазу лечения, несмотря на минимальную остаточную деформацию (результат 4 балла). Важно отметить, что среди успешно завершивших лечение детей были двое подростков с ригидной деформацией, не поддающейся полной коррекции на первичном приеме. Средняя продолжительность коррекции составила  $6,4 \pm 3,9$  мес.

Ни у одного ребенка не было зарегистрировано серьезных осложнений; 4 пациента отмечали преходящее раздражение кожи в области давления брейс-системы, 2 детей — единичные эпизоды головокружения при чрезмерном затягивании креплений ортеза в процессе обучения установке. У 2 (4 %) детей были зарегистрированы рецидивы, в обоих случаях форма грудной клетки была восстановлена после возобновления ношения ортеза.

**Заключение.** Консервативное лечение — эффективный и безопасный метод коррекции килевидной деформации грудной клетки у детей. Основным фактором, определяющим исход лечения, является комплаэнтность пациентов.

**Ключевые слова:** килевидная деформация; килевидная деформация грудной клетки; птичья грудь; деформация грудной клетки; брейс-терапия; консервативное лечение.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ ПУНКЦИОННАЯ ГАСТРОСТОМИЯ У ДЕТЕЙ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Врублевский С.Г.<sup>1,2</sup>, Врублевская Е.Н.<sup>1,2</sup>, Бондаренко С.Б.<sup>1</sup>,  
Валиев Р.Ю.<sup>1</sup>, Туров Ф.О.<sup>1</sup>, Врублевский А.С.<sup>1</sup>, Оганисян А.А.<sup>1</sup>,  
Ханов М.М.<sup>1</sup>, Ахметжанов И.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Обоснование.** Восстановление полноценного энтерального питания является одной из важнейших проблем при лечении пациентов с нарушением глотания. Традиционно для долгосрочного обеспечения энтерального питания используется кормление через назогастральный зонд или гастростому. Длительное использование зонда для питания так же чревато осложнениями, может приводить к формированию хронического воспалительного процесса в носовых ходах, образованию пролежней по ходу зонда, сопровождающихся кровотечениями.

**Цель:** сравнительный анализ установки чрескожных гастростомических систем у детей с паллиативным статусом по методике Russell.

**Материалы и методы.** За период с 2012 по 2023 г. в НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого установлено 225 эндоскопически ассистированных гастростом. Возраст оперированных пациентов был от 3 месяцев до 17 лет. По pull-методу произведено 65 операций. По методике Russell нами установлены 160 гастростомических систем.

**Результаты.** Методика pull достаточно проста и широко известна, хирургическое вмешательство занимало около 12 минут, осложнений не отмечалось. Практически у всех пациентов в раннем послеоперационном периоде имелось периодическое истечение желудочного содержимого по каналу установленной стомы, связанное с недостаточной герметичностью системы. Лишь в одном случае пациенту с выраженным деформирующим сколиозом, нарушением топографии желудка гастростома установлена не в типичном месте (эпигастральная область), а в правом подреберье. В двух случаях из-за увеличенной левой доли печени, прикрывающей желудок, стандартная методика была дополнена лапароскопией, что минимизировало риск осложнений. Оперированные пациенты начинали получать энтеральную нагрузку на первые послеоперационные сутки с 1/3 суточного объема, с ежедневным увеличением объема на 1/3 от должествующей нормы. Однако гастростомия по pull-методу имеет ряд сложностей и неудобств в бытовых условиях. Баллонная методика Russell имеет свои преимущества. При этом методе установленная гастростома незначительно возвышается над поверхностью кожи и имеет клапан, предотвращающий выброс желудочного содержимого во внешнюю среду, она гораздо удобнее при уходе, а также не требует специализированного медицинского участия при ее замене. Однако первичная установка низкопрофильной гастростомы технически сложнее и противопоказана в ряде случаев у пациентов с анатомическими особенностями.

Замена гастростомы, установленной по методу Russell, может быть осуществлена в домашних условиях, pull-методика требует госпитализации ребенка в стационар. В нашей клинике замена гастростомических трубок на баллонные системы проведена 68 пациентам. В одном случае возникли интраоперационные осложнения, связанные с интерпозицией поперечно-ободочной кишки при установке первичной гастростомы в одной из клиник. В результате чего сформировался свищевой ход между желудком, толстой кишкой и кожей. Свищевой ход был ушит лапароскопическим доступом с установкой гастростомы.

**Заключение.** Современные малоинвазивные методики гастростомии широко используются в практике. Они достаточно просты и надежны. Методика Russell имеет преимущество, за счет простоты ухода, возможности замены вне стен лечебного учреждения, удобства использования. Однако для установки гастростомы по методике Russell необходимо четкое соблюдение всех технических аспектов и возможных противопоказаний, основными из которых являются анатомические особенности пациентов.

**Ключевые слова:** гастростомия; эндоскопия; пункционная гастростомия.



## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЫ МОЧЕТОЧНИКА ЧЕРВЕОБРАЗНЫМ ОТРОСТКОМ У РЕБЕНКА

Врублевский С.Г.<sup>1,2</sup>, Врублевская Е.Н.<sup>1,2</sup>, Врублевский А.С.<sup>1</sup>, Оганисян А.А.<sup>1</sup>,  
Валиев Р.Ю.<sup>1</sup>, Туров Ф.О.<sup>1</sup>, Галкина Я.А.<sup>1</sup>, Ханов М.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель:** поделиться опытом замещения протяженной стриктуры средней трети правого мочеточника червеобразным отростком у ребенка 12 лет.

**Материалы и методы.** В 2019 году в НПЦ специализированной медицинской помощи (НПЦ СМП) обратился пациент с протяженной стриктурой правого мочеточника. Ранее девочке в связи с блоком правой почки вследствие окклюзии мочеточника конкрементами в средней трети выполнена контактная литотрипсия с установкой стента внутреннего дренирования. После удаления стента через 2 мес. отмечено критическое нарастание расширения коллекторной системы почки, что потребовало наложения нефростомы и повторной установки стента. По данным проведенного обследования (антеградной и ретроградной пиелографии) заподозрена протяженная (7 см) стриктура правого мочеточника. В марте 2019 года в НПЦ СМП детям выполнена реконструктивная операция — наложение уретероцистоанастомоза с резекцией стенозированного мочеточника по методике *psaos-hitch*. Послеоперационный период протекал без осложнений, стент удален через 1,5 мес. По данным УЗИ сохранялось расширение верхних мочевых путей, в связи с чем от удаления нефростомы решено воздержаться. Проводилась консервативная терапия, направленная на улучшение уродинамики, положительного эффекта не отмечено. В июле 2019 года проведена уретероскопия, по результатам которой на расстоянии 5 см от неоустья имелось сужение просвета до точечного. Выполнено бужирование и стентирование с последующей заменой стента через 3 мес. Общая длительность шинирования верхних мочевых путей составила 6 мес. При контрольном рентген-урологическом обследовании выявлено нарушение проходимости мочеточника справа на уровне подвздошных сосудов. Принято решение о лапароскопической ревизии правого мочеточника с определением варианта восстановления проходимости интраоперационно.

**Результаты.** При ревизии выявлено, что мочеточник в месте перекреста с подвздошными сосудами стенозирован и имеет вид рубцового тяжа на протяжении 2 см. После резекции пораженного участка диастаз между концами составил 4,5 см. Ребенку выполнено лапароскопическое замещение протяженной стриктуры средней трети правого мочеточника аппендиксом. Операция длилась 320 мин. Кровопотеря была минимальной. В послеоперационном периоде отмечались явления лимфостаза в правой ноге, которые разрешились на фоне физиотерапии и ЛФК. На 7-е послеоперационные сутки в связи с дислокацией мочеточникового интубатора выполнено стентирование. На 11-е послеоперационные сутки ребенок выписан домой. Стент удален через 2,5 мес. после операции. По данным контрольного обследования отмечено полное восстановление уродинамики верхних мочевых путей справа. Катамнестическое наблюдение составило 24 мес. По результатам статической нефросцинтиграфии не отмечено прогрессирования нефропатии и снижения функции почки. Продолжается наблюдение нефрологом и профилактика камнеобразования.

**Заключение.** Замещение мочеточника как способ лечения протяженных стриктур мочеточника при невозможности наложения анастомоза конец-в-конец является сложной задачей и встречается крайне редко в педиатрической практике. Нет единого мнения о хирургическом подходе у пациентов с подобной патологией. Лапароскопический доступ считается наиболее обоснованным и дает возможность выбора реконструктивной методики во время операции. Данная группа пациентов требует длительного наблюдения с тщательным анализом отдаленных результатов лечения.

**Ключевые слова:** стриктура мочеточника; мочеточник; аппендикс; лапароскопия; пластика мочеточника.

## КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ ПОСЛЕ НЕКРОЗА ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Врублевский С.Г.<sup>1,2</sup>, Врублевская Е.Н.<sup>1,2</sup>, Врублевский А.С.<sup>1</sup>,  
Оганисян А.А.<sup>1</sup>, Валиев Р.Ю.<sup>1</sup>, Туров Ф.О.<sup>1</sup>,  
Галкина Я.А.<sup>1</sup>, Ханов М.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Цель:** поделиться опытом хирургического лечения у ребенка 7 лет с некрозом головки полового члена после обрезания.

**Описание наблюдения.** В хирургическое отделение НПЦ обратились родители с ребенком 7 лет с некрозом головки полового члена. Ранее ребенок по месту жительства был оперирован по поводу рубцового фимоза, выполнено обрезание крайней плоти. На 1-е сутки ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 4-е сутки после операции родители обратились в стационар по месту жительства, в связи с жалобами на изменения цвета головки полового члена. При осмотре головка и кожа ствола полового члена с признаками некроза (микроциркуляторных нарушений), мочеиспускание не нарушено, безболезненное. Ребенку был проведен ряд оперативных вмешательств, включающих некрэктомию, пластику меатального отверстия. Была выполнена кожная пластика, однако перемещенный лоскут некротизировался. В связи с недостатком пластического материала, половой член был погружен в ткани лона. За период амбулаторного наблюдения проведено местное лечение в объеме противорубцовой и местной гормональной терапии. Ребенок находился на стационарном лечении в НПЦ. Местно половой член утоплен в тканях лона, выступал над кожей 0,5 см, в центре выступающей части полового члена визуализировалось меатальное отверстие в диаметре до 0,3 см. Нарушения мочеиспускания не отмечалось. Ребенку проведена уретроскопия и уретрография. Данных о стриктуре не получено. Принято решение о реконструктивной операции на половом члене.

**Операция.** Выполнен циркулярный разрез вокруг полового члена на расстоянии 0,7 см от меатального отверстия, произведена мобилизация кавернозных тел. При ревизии последние не повреждены. Произведено иссечение рубцовой ткани. Половой член мобилизован на 4,0 см из тканей лона, фиксирован на 5 и 7 часах по вентральной поверхности. Кожа вокруг меатального отверстия подшита к белочной оболочке ствола полового члена, и таким образом сформирована головка. Дефицит ткани для закрытия ствола составил 3,0×6,0 см. Был выполнен элипсовидный забор свободного кожного аутотрансплантата с внутренней поверхности левого плеча, и проведена дермопластика. Длительность операции составила 190 мин. На половой член наложена давящая асептическая повязка. Послеоперационный период протекал без осложнений. Микроциркуляторных нарушений не отмечено. Уретральный катетер и повязка удалены на 10-е сутки после операции. По снятию фиксирующей повязки: кожа полового члена бледно-розового цвета с участками петехиальных кровоизлияний и скудными фибринозными наложениями в области венечной борозды. Определялся умеренный отек области ствола полового члена и сформированной головки, мочеиспускание не нарушено. На 11-е послеоперационные сутки ребенок выписан домой. В течение двух недель амбулаторного наблюдения после выписки, отек кожи полового члена с тенденцией к разрешению, аутодермотрансплантат бледно-розового цвета, послеоперационные рубцы в стадии эпителизации. Катамнез составил 4 мес., жалоб не отмечено, послеоперационная область без признаков воспаления, нарушений уродинамики не отмечено.

**Заключение.** Представленное клиническое наблюдение демонстрирует необходимость тщательного наблюдения за пациентами после обрезания с оценкой состояния полового члена и раннего

выявления микроциркуляторных нарушений. Использование свободного аутодермотрансплантата может быть методом выбора при дефиците пластического материала при повреждениях репродуктивного органов.

**Ключевые слова:** фимоз; обрезание; пластика головки полового члена; некроз головки полового члена; уретропластика.

# РОЛЬ И МЕСТО ЛАЗЕРНОЙ ВНУТРИТКАНЕВОЙ ТЕРМОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АРТЕРИОВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Галиулин М.Я.<sup>1</sup>, Абушкин И.А.<sup>1,2</sup>, Анчугова А.Е.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Южно-Уральский государственный медицинский институт, Челябинск, Россия;

<sup>2</sup> Центр медицинских лазерных технологий, Челябинск, Россия;

<sup>3</sup> Челябинский государственный университет, Челябинск, Россия

**Обоснование.** Артериовенозные мальформации (АВМ) — редкие пороки сосудов с быстрым кровотоком, лечение которых остается сложной задачей, а частота рецидивов после иссечения достигает 81 %.

**Цель:** анализ возможностей лазерной внутритканевой термотерапии в комплексном лечении АВМ.

**Материалы и методы.** На май 2023 г. в регистр включены 143 ребенка и 35 взрослых с АВМ. У 52,1 % детей АВМ локализовались на конечностях, а у 32,3 % — на голове и шее. У взрослых поражение головы и шеи было преобладающим — 71,4 %. АВМ оценивали с помощью КТ, МРТ и УЗИ. Методами лечения были активное наблюдение; внутритканевая лазерная коагуляция коротковолновым инфракрасным излучением (SWIR) — 1,5 и 1,5+1,9 мкм под контролем УЗИ в режиме реального времени (ЛИТТ), склерозирование блеомицином и иссечение. Лечение подвергали центральный очаг (nidus), причиняющий боль и создающий косметический дефект. Хорошим результатом считали значимое улучшение вида АВМ и исчезновение болевого синдрома, удовлетворительным — уменьшение болевого синдрома с незначительным косметическим эффектом, неудовлетворительным — отсутствие эффекта. Отдаленные результаты прослежены в сроки от одного до 19 лет. Преимущественно пациентов лечили амбулаторно. В стационаре проводили иссечение и ЛИТТ, когда требовалась интубация и наблюдение в ОПИТ, например при АВМ языка.

**Результаты.** ЛИТТ АВМ проведена у 113 (79,0 %) детей и всех взрослых. У 54,9 % детей и 62,9 % взрослых для получения хорошего результата достаточно было одного сеанса лечения. Более эффективной оказалась ЛИТТ АВМ двойным 1,5+1,9 мкм излучением, что выражалось в достоверно меньшем числе повторных сеансов лечения, которые выполняли через 3–12 мес. Дополнительно у 22 пациентов области АВМ, включающие нервные стволы, склерозировали блеомицином, а у 7 больных склеротерапия была единственным и эффективным методом лечения. Иссечение АВМ у 7 пациентов дало отличный и хороший результат, а у 21 (75 %) больного, из них у 2 после резекции верхней челюсти, для получения хорошего результата потребовались дополнительные лазеро- и склеротерапия. У 1 (2,9 %) взрослого и 14 (9,8 %) детей через 2–6 лет, в связи с ухудшением клиники, лазерную термотерапию или склерозирование с успехом повторили.

**Заключение.** Внутритканевая SWIR — лазерная термотерапия под контролем УЗИ в режиме реального времени малоинвазивна, может проводиться амбулаторно, и высоко эффективна в лечении артериовенозной мальформации как в монотерапии, так и в комплексе со склеротерапией блеомицином и иссечением.

**Ключевые слова:** артериовенозная мальформация; дети и взрослые; лазерная коагуляция; склеротерапия блеомицином; иссечение.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В СОЧЕТАНИИ С КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИЕЙ У ДЕТЕЙ С КЛАПАНАМИ УРЕТРЫ

Ганиев Ш.С., Баиров В.Г.

Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Обструктивная уропатия приводит к развитию хронической болезни почек и инвалидизации пациентов, одной из причины которой является клапан уретры. Из-за редкости порока развития, диагностика и тактика лечения клапана уретры на сегодняшний день недостаточно изучены и поэтому требует ранней диагностики в антенатальном периоде и проведения хирургического лечения в постнатальном периоде.

**Цель:** оценить результаты хирургической тактики в сочетании с консервативной терапией при клапанах уретры у детей.

**Материалы и методы.** За последнее 2 года в НМИЦ им. В.А. Алмазова находились на обследовании и лечении 16 (100 %) пациентов с клапаном уретры (КУ): клапан передней уретры (КПУ) — у 3 (18,8 %), клапан задней уретры (КЗУ) — у 13 (81,2 %).

Переведены из других специализированных медицинских учреждений 10 мальчиков, из них у 6 была выполнена эндокоррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) и КУ не был диагностирован, 4 мальчика поступили с установленным постоянным мочевым катетером.

По стабилизации общего состояния и нормализации анализов выполнена эндоскопическая трансуретральная резекция клапана уретры (ЭТУР КУ) и на 10 дней устанавливался уретральный катетер.

У 10 больных на фоне сохраняющегося ПМР высокой степени с непрерывно рецидивирующей инфекций мочевыделительной системы по стабилизации потребовалось уретероцистонеоимплантация в возрасте от 6 до 36 мес. жизни. Всем пациентам выполнена ЭТУР КУ и уретероцистонеоимплантация.

**Результаты.** В послеоперационном периоде получали плановое обезболивание, антибиотики после отмены которых пациенты переведены на уросептики и М-холиноблокаторы в течение 6–12 мес.

У всех пациентов отмечалось восстановление самостоятельного и безболезненного мочеиспускания. Обострение пиелонефрита отмечены у 3 пациентов. На данный момент почечная недостаточность отсутствует у всех детей. Все выписались с нормальными показателями анализов крови и мочи. Уретерокутанеостомия не проводилась ни в одном случае.

**Заключение.** Таким образом, своевременная диагностика, выбор хирургической тактики в сочетании с проведением консервативной терапии в послеоперационном периоде дает возможность восстановления уретры, эвакуаторной и резервуарной функции мочевого пузыря, восстановления уродинамики, избежать развитие хронической болезни почек и инвалидизации пациентов.

**Ключевые слова:** дети; клапан уретры; хирургическая тактика.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ ПЛЕЧЕВОГО И ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Гафуров А.А., Кетмонов А.Г., Юлчиев К.С., Абдурахмонов Ф.С., Мансуров Х.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Обоснование.** Использование современных методов лечения существенно снижает летальность пациентов с глубокими ожогами, это не решает проблем с растущим числом инвалидов, среди которых 20–22 % детей с развившимися послеожоговыми осложнениями в виде контрактур.

**Цель:** улучшить результаты хирургического лечения обожженных детей путем разработки новых и усовершенствования существующих способов хирургического лечения рубцовых контрактур плечевого и локтевого сустава у детей.

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучены истории болезни 58 пациентов с послеожоговыми деформациями плечевого и локтевого суставов, находившихся на лечении в отделении пластической хирургии детского медицинского центра Андижанской области за период 2019–2022 гг. Из этого количества 20 пациентов вошли в контрольную и 38 пациентов в основную группы.

**Результаты.** Метод свободной дерматомной пластики был использован у 20 детей. Иссечение рубцово-измененной ткани производили при наличии грубых, плотных рубцов и келоидных массивов, расположенных на плечевом суставе или локтевой ямке. Дефект закрывали свободным расщепленным аутодермотрансплантатом толщиной 0,5 мм, взятым из передней поверхности бедра с помощью дерматома. Результаты оперативного лечения послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур сроком от 3 мес. до 1 год наблюдалось у 20 пациентов. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдалось у 4 (20 %) детей. Метод полнослойной кожной пластики был использован у 38 детей из общего числа. Иссечение рубцово-измененной ткани производили при наличии грубых, плотных рубцов и келоидных массивов, расположенных на плечевом суставе или локтевой ямке. После иссечения рубца дефект закрывали полнослойным аутоотрансплантатом, взятым из передней поверхности бедра с помощью скальпеля.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдалось у 2 (5 %) детей. У 1 (2,5 %) пациента возник краевой лизис трансплантата на участке 2–3 см. У 1 (2,5 %) ребенка отмечалась выраженная гиперпигментация, на фоне которой имелись очаги диспигментации, в результате чего поверхность плечевого и локтевого суставов приобретала пестрый вид.

Отдаленные результаты в контрольной группе изучены у 20 пациентов, у 16 (80 %) получены хорошие функциональные и косметический результаты. Отдаленные результаты в основной группе изучены у 38 детей, у 36 (95 %) получены хорошие функциональные и косметический результаты.

**Заключение.** На основе отдаленных результатов, для получения хороших результатов хирургического лечения приемлемым является метод полнослойной кожной пластики.

**Ключевые слова:** послеожоговая контрактура; рубец; сустав; полнослойная кожа.

# НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ И МЕКОНИАЛЬНЫЙ ИЛЕУС НЕДОНОШЕННЫХ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Гопиенко М.А.<sup>2</sup>, Караваева С.А.<sup>1</sup>, Котин А.Н.<sup>2</sup>, Попова Е.Б.<sup>3</sup>,  
Новопольцева О.Н.<sup>3</sup>, Патрикеева Т.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>3</sup> Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия

**Цель:** представить опыт дифференциальной диагностики и лечения некротического энтероколита (НЭК) и мекониального илеуса недоношенных (МИН) в условиях многопрофильного лечебного учреждения.

**Материалы и методы.** С 2020 по 2022 г. в Центре патологии новорожденных на базе Детского городского многопрофильного клинического специализированного центра высоких медицинских технологий Санкт-Петербурга лечились 365 детей с НЭК и 209 с МИН. Дифференциальный диагноз проводился на основе клинической картины заболевания, результатах лабораторных и лучевых методов диагностики.

**Результаты.** Все дети имели очень низкую и экстремально низкую массу тела. Средний гестационный возраст пациентов — 26 нед., средняя масса тела —  $718 \pm 10$  г. Статистически значимыми для НЭК, в отличие от ранней стадии МИН, оказались признаки повышения уровня белков острой фазы воспаления и метаболические нарушения. Консервативная терапия НЭК была эффективна у 32 % пациентов ( $n = 117$ ), 68 % ( $n = 248$ ) потребовали хирургического лечения. С перфорацией кишки прооперированы 196 детей (79 %). Послеоперационная летальность составила 21 % ( $n = 47$ ). При МИН консервативная терапия оказалась успешной у 59 % больных ( $n = 123$ ). Из 86 (41 %) прооперированных детей перфорация кишки была у 32 (37 %). Умерли 18 детей (21 %). Однако за последние 2 года летальность в этой группе пациентов снизилась до 12 %. Это связано с внедрением в лечебную практику пошаговой терапии, которая включает в себя проведение мероприятий по профилактике МИН и консервативному разрешению непроходимости при ее возникновении: своевременное опорожнение кишечника, раннее начало энтерального питания грудным молоком, рациональное использование антибактериальных препаратов, микроирригация кишки йодсодержащим контрастным веществом.

**Заключение.** Некротический энтероколит (НЭК) — часто встречающаяся приобретенная патология недоношенных детей (10 %). Относительно недавно в структуре заболеваний неонатального периода выделена обтурационная кишечная непроходимость, или МИН, которая по клинической симптоматике часто напоминает раннюю стадию НЭК, но требует иного терапевтического подхода. Успешность консервативного лечения НЭК и МИН зависит от своевременной диагностики и адекватной терапии. Консервативное лечение МИН эффективно в большинстве случаев. При подозрении на развитие осложнений показано экстренное оперативное лечение.

**Ключевые слова:** недоношенные дети; некротический энтероколит; мекониальный илеус.

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТИРЕОИДЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕОПЛАЗИИ

Гостимский А.В.<sup>1</sup>, Матвеева З.С.<sup>2</sup>, Карпатский И.В.<sup>2</sup>, Передерев С.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Медуллярный рак щитовидной железы в составе синдромов множественной эндокринной неоплазии (МЭН) 2-го типа, наследуемый аутосомно-доминантно, является основной причиной летальности при этом заболевании. Ввиду высокой пенетрантности медуллярной карциномы, достигающей 100 %, детям-носителям дефектного гена рекомендовано выполнение профилактической тиреоидэктомии в возрасте до 3–5 лет при синдроме Сиппла и в возрасте до 12 мес. при синдроме Горлина, что позволяет избежать развития С-клеточного рака и его осложнений.

**Материалы и методы.** В период с 1973 по 2022 г. оперировано 18 больных с синдромом МЭН, в том числе, 8 детей. У всех 8 детей в возрасте от 4 до 18 лет (3 девочки и 5 мальчиков) диагноз синдрома МЭН подтвержден по результатам генетического скрининга. У 7 детей молекулярно-генетическим исследованием (мутация в С634 (Т1900С) в 11-м экзоне гена *RET*) подтвержден синдром множественной эндокринной неоплазии типа 2А (синдром Сиппла). У девочки 10 лет диагностирован синдром МЭН типа 2В (синдром Горлина), мутация *RET* р.М918Т. В 6 наблюдениях причиной обследования детей было выявление медуллярной тиреоидной карциномы у взрослого члена семьи. Двум детям генетическое исследование проводилось после гистологического подтверждения медуллярного рака в удаленной щитовидной железе. Трое пациентов детского возраста относятся к одной семье, у 5 членов которой в трех поколениях диагностирован синдром Сиппла. Синдром Горлина генетически подтвержден у девочки 10 лет при выявлении многофокусного медуллярного тиреоидного рака с метастазами в шейные лимфоузлы. При обследовании до операции у 4 (50 %) детей клинических и лабораторных проявлений медуллярного рака щитовидной железы выявлено не было, но несмотря на это, у мальчика 5 лет интраоперационно выявлен микрофокус медуллярной карциномы. Еще в 4 наблюдениях диагностировано повышение кальцитонина и узловые образования в щитовидной железе.

**Результаты.** Всем 8 пациентам произведена тиреоидэктомия, а в 7 наблюдениях центральная лимфаденэктомия. При гистологическом исследовании у двух детей щитовидная железа нормально-строения, в одном случае при иммуногистохимическом исследовании подтверждена С-клеточная гиперплазия. У 5 оперированных диагностирован медуллярный рак. У ребенка с синдромом Горлина выявлен многофокусный медуллярный рак Т4N1bM1, выполнены 3 операции — тиреоидэктомия, боковая шейная лимфаденэктомия с обеих сторон и удаление метастаза карциномы в ретрофарингеальный лимфатический узел.

**Заключение.** Таким образом, тиреоидэктомия была профилактической только у 3 детей в возрасте 4–10 лет, у остальных пациентов диагностирован медуллярный тиреоидный рак. Наиболее агрессивным течением отличалась медуллярная карцинома в составе синдрома Горлина. Необходимо обратить внимание на своевременность выполнения генетического исследования в семьях с больным синдромом МЭН родственником. Профилактическая тиреоидэктомия у детей-носителей дефектного гена предупреждает развитие медуллярного рака.

**Ключевые слова:** медуллярный рак; щитовидная железа; синдром множественной эндокринной неоплазии; синдром Сиппла; синдром Горлина; дети.



## ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИЯ ПОДПАХОВЫМ ДОСТУПОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Григорьева М.В.<sup>1,2</sup>, Саруханян О.О.<sup>2</sup>, Гасанова Э.Н.<sup>2</sup>, Тищенко М.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия

**Актуальность.** Варикоцеле — распространенная проблема репродуктивной медицины, выявляется у 15 % здоровых мужчин и до 35 % мужчин с первичным бесплодием, у детей и подростков встречается с частотой от 12 до 25 %. Согласно современным данным, преимуществами хирургической коррекции варикоцеле у детей и подростков, по сравнению с наблюдением и консервативным лечением, являются увеличение объема яичек и концентрация сперматозоидов. Результаты применяемых ранее методов хирургического лечения варикоцеле у детей и подростков с рецидивами в 5–8 % и осложнениями в 3,5 % заставили нас пересмотреть устоявшиеся подходы. Учитывая, что микрохирургическая варикоцелэктомия подпаховым доступом (операция Мармара) у взрослых пациентов является общепризнанным методом лечения варикоцеле, мы внедрили ее при лечении детей и подростков.

**Цель:** улучшить результаты лечения варикоцеле у детей и подростков путем внедрения и оптимизации микрохирургической варикоцелэктомии подпаховым доступом.

**Материалы и методы.** Проспективное исследование длительностью в 7 лет, критерии включения — пациенты мужского пола в возрасте от 10 до 18 лет с диагнозом варикоцеле II–III степени слева; общеклинические методы исследования, УЗИ органов мошонки с доплерографией.

**Результаты.** В НИИ НДХиТ в период с 2015 по 2022 г. было выполнено 512 операций варикоцелэктомии подпаховым доступом пациентам в возрасте 10–17 лет с диагнозом: левостороннее варикоцеле II–III степени. Преимущественно были представлены подростки 15–17 лет (384, или 75 %). Нами было проведено наблюдение в послеоперационном периоде в сроки 1, 3, 6 мес., 1 год, всего 398 (77,7 %) пациентов. Из них было выявлено 16 случаев (3,1 %) рецидива варикоцеле. Послеоперационные осложнения развились у 12 (2,3 %) пациентов на этапе внедрения методики: атрофия яичка в одном случае (0,2 %), один случай гипотрофии яичка (0,2 %), 8 случаев гидроцеле (1,6 %), 2 пациента (0,4 %) с послеоперационной гематомой. Совершенствуя методику микрохирургической варикоцелэктомии подпаховым доступом для проведения у детей и подростков, за последние 5 лет нам удалось уменьшить частоту осложнений, таких как атрофия и гипотрофия яичка к 0 %, частоту рецидивов — до 1 %.

**Заключение.** Подводя итоги внедрения варикоцелэктомии подпаховым доступом у детей и подростков в НИИ НДХиТ, мы признали ее методом выбора хирургического лечения варикоцеле у подростков. К преимуществам варикоцелэктомии подпаховым доступом относятся техническая простота выполнения операции, малоинвазивность вмешательства. Данная операция является экономически выгодной по сравнению с лапароскопическими и эндоваскулярными методами лечения варикоцеле.

**Ключевые слова:** варикоцеле; дети; подростки; операция; подпаховый доступ; варикоцелэктомия.

## ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ РАН У ДЕТЕЙ

Громова А.А., Митиш В.А., Мединский П.В., Налбандян Р.Т., Дворникова М.А.

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

**Обоснование.** В детской хирургической практике продолжает оставаться актуальным вопрос лечения ран и их гнойно-воспалительных осложнений. Современный подход к лечению ран и раневой инфекции основан на методе активного хирургического лечения и предполагает выполнение хирургической обработки, проведение местного лечения раневыми повязками и обработку различными способами дополнительного физического воздействия. На сегодняшний день существует широкий спектр физических методов воздействия. Однако особое внимание обращает на себя плазменная технология, которая остается малоизученной и не получила должного распространения в детской практике, в частности, при лечении обширных гнойно-некротических поражений мягких тканей различной этиологии.

**Цель:** улучшение эффективности хирургического лечения открытых повреждений мягких тканей и костей у детей за счет применения низкотемпературной аргоновой плазмы (НТАП) при подготовке ран к пластическим и реконструктивным операциям.

**Материалы и методы.** Настоящее сообщение основано на опыте лечения 60 детей с ранами различной этиологии. Все пациенты находились на стационарном лечении в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии с 2022 по 2023 г. Возраст детей варьировал от 3 до 18 лет. Все раневые дефекты были площадью от 30 до 800 см<sup>2</sup>. Основную группу (I группу) составили 32 пациента, у которых с целью ускорения перехода раневого процесса из стадии воспаления в стадию репарации использовалась НТАП. В зависимости от характера поражения тканей пациенты были распределены на 2 категории: с первично-инфицированными ранами — 10 (31,25 %) и с гнойно-некротическими ранами — 22 (68,75 %). В группу сравнения (II группа) вошли 28 пациентов, которым проводилось лечение ран по классической методике без применения НТАП. В обеих группах преобладали мальчики.

**Результаты.** При выполнении данного исследования была впервые разработана стратегия лечения пациентов детского возраста с открытыми повреждениями мягких тканей и костей, в том числе осложненных хирургической инфекцией с учетом применения НТАП. На основании микробиологических и морфологических исследований доказана высокая эффективность НТАП за счет снижения бактериальной обсемененности ран, ускорении сроков перехода патологического раневого процесса к неосложненному, что позволило сократить количество повторных хирургических обработок и в ранние сроки подготовить раневую поверхность к окончательным реконструктивным и пластическим операциям и существенно сократило время пребывания пациентов в стационаре.

**Заключение.** Применение НТАП в комбинации с традиционными методами лечения позволяет в короткие сроки подготовить раневую поверхность к окончательным этапам хирургического лечения, что достигается путем снижения бактериальной обсемененности инфицированных ран и стимуляции репаративных процессов.

**Ключевые слова:** дети; раны; низкотемпературная аргоновая плазма; хирургическая обработка; плазменный поток; заживление ран.

## ИНОРОДНОЕ ТЕЛО СЕРДЦА РЕБЕНКА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Давлятов С.Б., Рофиев Р.Р., Сулаймонов С.Ч.

Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе,  
Таджикистан

Инородные тела сердца относятся к крайне редкому осложнению. В литературе описаны случаи обломов, отрывов и разрезывание катетеров и доставляющих систем с последующей дислокацией их частей в полости сердца, но попадание металлического инородного тела в сердце ребенка в доступной нам литературе не обнаружено.

**Описание наблюдения.** Ребенок Т., 2022 г. р., доставлен на клиническую кафедру детской хирургии ГОУ ИПО В СЗ РТ из областной больницы г. Бохтар. Из анамнеза установлено, что за 16 ч до поступления мать заметила резкое беспокойство ребенка, который играл лежа на животе. Подняв ребенка, она увидела, что в проекции грудной клетки слева торчит кончик швейной иглы без нитки длиной 1,5 см. Попытка удаления иглы руками была безуспешна. Игла вошла в подкожную клетчатку. После чего ребенок был доставлен в областную больницу г. Бохтар. При R-графии грудной клетки установлено инородное тело (швейная игла) в проекции сердца. Пациента экстренно доставили в Душанбе, где после КТ грудной клетки для уточнения положения иглы, произведено оперативное вмешательство в виде торакотомии слева по V межреберью с поперечным пересечением грудины. В полости перикарда имелось около 20 мл крови и на верхушке самого сердца отмечалось наличие гематомы. Пальпаторно определена игла в полости левого желудочка. Путем фиксирования ее пальцами и проведения кончика иглы наружу через стенку желудочка без ее разреза игла была выведена и удалена. Послеоперационный период протекал гладко. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

**Ключевые слова:** сердце; инородное тело; швейная игла; дети.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Давлятов С.Б.<sup>1</sup>, Пулотов К.Дж.<sup>2</sup>, Рофиев Р.Р.<sup>1</sup>, Баходуров Дж.Т.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан;

<sup>2</sup> Медико-социальный институт Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

**Цель:** улучшение результатов диагностики и лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода у детей.

**Материалы и методы.** Представлен анализ наблюдения и лечения 38 детей с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода. Возраст пострадавших варьировал от 1 года до 14 лет. Для определения границы и протяженности стриктуры пищевода применялось рентгено-эндоскопическое исследование пищевода. Наиболее частой причиной ожога и его последствий явились: укусная эссенция — у 22 (57,8 %), щелочь (каустическая сода и «Казан») — у 16 (42,1 %) детей. При этом предварительно оценивали степень сужения просвета пищевода, наличие супрастенотического расширения, состояние верхнего сегмента пищевода и протяженность стриктуры.

Как известно, исходом ожога II и III степени является формирование органического стеноза или полная рубцовая непроходимость, которая, по нашим, наблюдениям встречалась у 38 (23,1 %) детей. При этом II степень выявлена у 26 (68,4 %), III степень — у 12 (31,6 %) пациентов. Сужение пищевода в верхней трети выявлено у 7 (18,4 %), в средней трети — у 17 (44,7 %) и в нижней трети — у 14 (36,8 %) детей. Кроме того, у 4 детей (10,7 %) обнаружен многоуровневый рубцовый стеноз. С целью коррекции послеожоговых рубцовых стриктур пищевода применялись разные способы бужирования.

**Результаты.** Результат бужирования зависели от типа и диаметра стриктуры. Так, при ригидной каллезной стриктуре эффективность бужирования составила 24,3 %, воронкообразной — 76,6 %, формирующейся — 78,8 %. Эффективность бужирования стриктуры пищевода оценивали в группах сравнения. Контрольную группу составили 18 (бужирование «за нитку» — 2, эндоскопическое — 7, слепое — 5, баллонная дилатация — 3, комбинированное бужирование — 1) и основную — 20 пациентов (бужирование по струне-проводнику Savary Gilliard, «Cook»). В контрольной группе в 1 случае встречалось осложнение в виде перфорации пищевода. При бужировании по струне-проводнику осложнений не было. Показанием к операции колоэзофагопластики у 2 детей была стриктура пищевода на всем протяжении и неэффективность бужирования в течение 1–1,5 лет.

**Заключение.** Бужирование по струне-проводнику при стриктурах пищевода является наиболее простым и безопасным методом.

**Ключевые слова:** пищевод; послеожоговые стриктуры; бужирование; детский возраст.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ МАЛЬФОРМАЦИИ ВЕНОЗНОГО ГРОЗДЬЕВИДНОГО СПЛЕТЕНИЯ У МАЛЬЧИКОВ И ПОДРОСТКОВ

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

<sup>1</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** При мальформации венозного гроздьевидного сплетения у мальчиков и подростков важную роль играет возраст, в котором установлен диагноз. При варикоцеле III степени с объективными доказательствами гипотрофии левого яичка и разнице в объеме 20 % и более, обоснованы показания для оперативного лечения.

**Цель:** анализ интра- и послеоперационных результатов оперативного лечения мальчиков и подростков с варикоцеле при совершенствовании алгоритма дооперационного обследования.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 763 историй болезни мальчиков и подростков, оперированных по поводу варикоцеле в отделении урологии-андрологии за период 2020–2022 гг. Возраст 8–17 лет. В соответствии с возрастными критериями выделено две группы. I группа: 8–13 лет — 167 (22 %) мальчика, II группа: 14–17 лет — 596 (78 %) подростков. В каждой возрастной группе на дооперационном этапе сопоставление клинической и эхографической картины мальформации венозного сплетения с учетом наличия или отсутствия гипотрофии левого яичка, жалоб на боль в яичке позволило более точно установить показания к оперативному лечению. Всем мальчикам и подросткам была выполнена лапароскопическая варикоцелэктомия по стандартной методике с клипированием или перевязкой семенных вен на расстоянии 2–5 см от глубокого пахового кольца. Ни в одном случае не выполнялась конверсия доступа.

**Результаты и обсуждение.** При выполнении лапароскопической варикоцелэктомии (ЛВЭ) после вскрытия брюшины с помощью диссектора и мобилизации сосудистого пучка от подлежащих тканей оценивали тип кровоснабжения по количеству семенных вен. У 119 (71,3 %) мальчиков I возрастной группы выявлен рассыпной тип кровоснабжения левого яичка, а во II группе преобладал магистральный или дихотомический тип — 502 (84,2 %) подростков. Для предупреждения возникновения осложнений в виде формирования гидроцеле проводилась тщательная диссекция лимфатических протоков от сосудистого пучка. Превентивно на интраоперационном этапе выполняется ревизия тканей и поиск дополнительных аномальных сосудов, прецизионное выделение их, что расценивается как мера профилактики рецидива варикоцеле в отдаленном послеоперационном периоде. В соответствии со стандартной методикой проведения операции рану над брюшиной не ушивали. Ближайший послеоперационный период в обеих группах протекал без осложнений. Мальчики и подростки выписаны под динамическое наблюдение у детского уролога-андролога, проводится клинико-сонографический мониторинг. При анализе осложнений рецидивы были выявлены и оперированы у 4 (2,4 %) мальчиков и 3 (0,5 %) подростков в I и II группах соответственно. Изолированное гидроцеле после ЛВЭ выявлено в I группе у 23 (13,8 %) мальчиков и во II группе у 44 (7,4 %) подростков.

**Заключение.** Оперативное лечение мальформации венозного гроздьевидного сплетения у мальчиков в возрасте 8–13 лет проведено в 22 % случаев. Показания к ЛВЭ устанавливались на основании объективных доказательств тестикулярной недостаточности. Интраоперационная оценка сосудистой анатомии установила значительные отличия в I и II группах: преобладание рассыпного типа кровоснабжения яичка (71,3 %) в младшей возрастной группе, что и является риском раннего возникновения варикоцеле, и магистрального типа (84,2 %) — у подростков.

**Ключевые слова:** варикоцеле; дети; лечение.

## КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Б.К., Досмагамбетов С.П., Тусупкалиев А.Б., Баубекон Ж.Т.,  
Есеналина А.С., Бегунова И.А., Изимбет К., Табылды К.

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

**Обоснование.** Кишечные стомы являются неотъемлемой частью гнойного хирургического лечения тяжелых пороков развития тонкой и толстой кишки, при острых и хронических хирургических заболеваниях органов брюшной полости и обширных травматических повреждениях кишечника. Формирование энтеро-илеоколостом в большинстве случаев носит экстренный характер и предусматривает первый этап и направлены на подготовку к окончательным реконструктивным восстановительным оперативным вмешательствам.

**Цель:** определение причин формирования кишечных стом, их предназначение, виды и способы положения, осложнения, сроки закрытия.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ истории болезней 87 детей, находившихся в клинике детской хирургии Западно-Казахстанского медицинского университета. Сроки формирования энтеро-илеоколостом от 2 сут жизни до 18 лет. Преобладающей патологией были недоношенные дети с массой тела менее 1400,0 г.

**Результаты.** Пороками развития и заболевания, явившиеся показаниями к формированию кишечных стом, были некротизирующий энтероколит новорожденных — 25, аноректальные пороки — 20, разлитой гнойно-фибринозный перитонит с парезом кишечника с некрозом III степени — 18; болезнь Гиршпрунга — 10, инвагинация кишечника с некрозом и разлитым перитонитом; меккелев дивертикулит с перфорацией — 3; персистирующая клоака — 2. У 60 % новорожденных выявлена сопутствующая патология в виде внутриутробной инфекции, пороки развития ЦНС, сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем и опорно-двигательного аппарата. Стом тонкого кишечника были сформированы у 59, толстой кишки — у 28 детей.

У 15 детей наблюдались осложнения стом: эвагинация и перистомальный дерматит — 5; ректракция стомы — 3; парастомические грыжи — 2. Сроки закрытия стом варьировали от 3 нед. до полугода и зависели от состояния пациентов, выполнения стомой предназначенных ей функций.

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

**Ключевые слова:** кишечные стомы; дети; показания; методы; осложнения.

## РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕВОЧКИ 14 ЛЕТ С ПЕРВИЧНОЙ ЗАБРЮШИННОЙ ЦИСТАДЕНОМОЙ

Дзядчик А.В.<sup>1</sup>, Стоногин С.В.<sup>1</sup>, Сангаре К.Д.<sup>2</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>2</sup>,  
Коровин С.А.<sup>2</sup>, Гумарова С.Р.<sup>1</sup>, Манаенкова А.Д.<sup>1</sup>, Юдина Т.М.<sup>1</sup>,  
Афонин Д.В.<sup>1</sup>, Таширова Е.А.<sup>1</sup>, Имаралиев К.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Эпителиальные опухоли яичников составляют 18,9 % среди всех опухолей и опухолевидных образований яичников и обнаруживаются у девочек от 12 до 16 лет. В мировой литературе зарегистрировано 150 случаев первичных забрюшинных муцинозных опухолей. Нами не обнаружено ни одного описанного ранее клинического случая вышеописанной опухоли у ребенка.

**Описание наблюдения.** У девочки 14 лет на занятиях по физкультуре появилась боль в гипогастрии. Были выполнены УЗИ, СКТ. Выявлено массивное жидкостное объемное образование левой подвздошной области, не накапливающее контрастный препарат. При УЗИ органов малого таза патологии не выявлено. Связи между объемным образованием и яичником нет. Девочка была оперирована — лапароскопическое удаление объемного образования. Ложе образования представлено жировой тканью. Из кистозного образования удалено 150 мл прозрачной серозной жидкости. При ревизии матка и придатки без патологии. Кистозное образование размером 5,0×4,5 см, наружная поверхность тусклая, серо-коричневого цвета. На разрезе внутренняя поверхность блестящая, белесовато-серого цвета, толщина стенки 0,1–0,2 см. Гистологическая картина наиболее соответствует муцинозной цистаденоме.

**Обсуждение.** Муцинозная цистаденома — доброкачественное новообразование яичника, покрытое низкокубическим эпителием, внутренняя поверхность выстлана высоким призматическим эпителием со светлой цитоплазмой. Данная опухоль занимает второе место среди всех доброкачественных образований яичников, обладает способностью к быстрому росту, порой достигая больших и гигантских размеров. Первичная забрюшинная муцинозная цистаденома является крайне редкой опухолью. Анализируя литературные данные, другие клинические наблюдения, опубликованные ранее, мы выявили две основных теории возникновения данной опухоли. Первая — опухоли возникают из отщепления мезотелиальных клеток во внутриутробном периоде жизни и последующей муцинозной метаплазии клеток выстилки с образованием цистаденомы. Рецепторы эстрогена могут быть вовлечены в процесс развития опухоли, что объясняет их возникновение исключительно у женщин. Забрюшинные муцинозные цистаденомы являются редкими кистозными опухолями. Они напоминают муцинозные цистаденомы яичников, но не прикреплены к яичнику и могут возникнуть в любом месте забрюшинного пространства. Вторая теория предполагает, что данные опухоли возникают в результате инвагинации мультипотенциального мезотелия с последующей муцинозной метаплазией клеток мезотелиальной выстилки, что приводит к образованию муцинозной кисты.

**Заключение.** Подтвердить диагноз этих опухолей до операции сложно из-за их редкой встречаемости и отсутствия объективных рентгенологических критериев. В России профилактический осмотр девочек и подростков осуществляется в возрасте 3, 6, 13, 15, 16, 17 лет. УЗИ органов брюшной полости и мочевыводящих путей выполняется в возрасте 6 лет. Важно выполнять УЗИ и включить его в плановый профилактический осмотр детей и подростков.

**Ключевые слова:** забрюшинная цистаденома; дети; лапароскопия.

## КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВАЯ ТЕРАТОМА У ДЕТЕЙ

Дияров Н.А., Хуррамов Ф.М., Ахмедов Х.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Обоснование.** Тератомы — смешанные опухоли сложного строения. В них можно встретить ткани, возникающие из 2–3 зародышевых листков, присутствие которых несвойственно в органах и анатомических областях, в которых развивается опухоль. Частота составляет 1 на 35 000 живорожденных детей. Среди всех герминативных опухолей крестцово-копчиковые тератомы встречаются наиболее часто — в 30–60 % случаев. Риск малигнизации у новорожденных не превышает 5 %, у детей до 1 года он составляет уже более 60 %, у детей старше 1 года превышает 75 %.

**Цель:** анализ результатов хирургического лечения детей с крестцово-копчиковой тератомой.

**Материалы и методы.** С 2013 по 2023 г. на клинической базе кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ на лечении находились 48 детей с крестцово-копчиковой тератомой. Возраст колебался от 1 мес. до 3 лет: от 1 до 3 мес. — 12 (25,0 %) детей; от 3 до 6 мес. — 16 (33,3 %); от 6 мес. до 1 года — 14 (29,2 %); старше 1 года — 6 (12,5 %). Девочек было 29 (60,4 %), мальчиков — 19 (39,6 %).

**Результаты и обсуждение.** Диагноз «тератома» у всех больных был установлен при их рождении. 4 (8,3 %) из 48 больных были направлены в хирургическое отделение впервые в 7 дней жизни из-за огромных размеров тератомы, 8 (16,7 %) — из-за быстрого роста и заметного увеличения размеров опухоли поступили на хирургическое лечение в неонатальном периоде.

У 16 (33,3 %) детей большая величина опухоли, быстрый ее рост и возможная малигнизация проводили к необходимости сравнительно раннего оперативного вмешательства, срок которого определяли возрастом до 6 мес.

У 14 (29,2 %) пациентов крестцово-копчиковой тератомой были госпитализированы с осложнениями в виде дисфункции тазовых органов. Пациентов с затрудненным актом дефекации и мочеиспусканием оперировали в экстренном порядке, так как эти осложнения являются одним из показаний к срочному оперативному вмешательству. Дети оперированы после кратковременной подготовки, включающей антибактериальную терапию. У всех детей с крестцово-копчиковыми тератомами выполняли полное удаление опухоли с резекцией копчика.

**Заключение.** Наиболее часто встречаются тератомы крестцово-копчиковой области. При обнаружении тератомы, во избежание различных осложнений и для предотвращения малигнизации необходимо раннее радикальное оперативное вмешательство. Показаниями к экстренному оперативному вмешательству является нарушение функции тазовых органов.

**Ключевые слова:** новорожденные; тератома; хирургическое лечение.



# ДИСПЛАЗИЯ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ КАК ПРИЧИНА ПЕРЕКРУТА ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Донской Д.В.<sup>1</sup>, Сангаре К.Д.<sup>1</sup>, Вилесов А.В.<sup>2</sup>,  
Ахматов Р.А.<sup>1</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва, Россия

По данным литературы, дисплазия соединительной ткани может служить причиной перекрута яичника и маточной трубы.

**Цель:** доказать возможность возникновения перекрута придатков матки на фоне дисплазии связочного аппарата внутренних гениталий.

**Описание наблюдений.** В основу исследования легли наблюдения за 3 девочками с перекрутами придатков матки на фоне выявленной дисплазии связочного аппарата внутренних гениталий, возрастом 2, 5 и 14 лет, находившихся на лечении в ДГКБ св. Владимира. Дети поступили в клинику с подозрением на острый аппендицит. Пациенткам проводилось ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза с доплеровским картированием. Показанием для выполнения лапароскопии служило нарушение кровоснабжения придатков матки. В одном наблюдении диагностирован перекрут яичника и маточной трубы справа на 360°. При детальном осмотре выявлена латерофлексия матки вправо. Угол матки расположен на уровне правой *Plica umbilicalis medialis*. После деторсии придатков кровоток восстановился. Яичник и маточная труба располагались в правом латеральном канале. Латерофлексия сохранялась. П/О диагноз: «Перекрут правых придатков матки». Правосторонняя латерофлексия матки. В другом наблюдении после деторсии придатков матки слева на 180° выявлена левосторонняя латерофлексия. Угол матки расположен на уровне левой *Plica umbilicalis medialis*. П/О диагноз: «Перекрут левых придатков матки». Левосторонняя латерофлексия матки. В третьем наблюдении после деторсии придатков матки справа и удалении некротизированной маточной трубы выявлена перерастянутая брыжейка гипотрофированного яичника со странгуляционной бороздой, указывающая на хронический заворот.

**Заключение.** Дисплазия связочного аппарата внутренних гениталий может быть причиной перекрута придатков матки у детей.

**Ключевые слова:** дисплазия; перекрут придатков; дети.

## РЕЗЕКЦИОННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАРОВАРИАЛЬНЫХ КИСТАХ У ДЕТЕЙ

Донской Д.В.<sup>1</sup>, Сангаре К.Д.<sup>1</sup>, Вилесов А.В.<sup>2</sup>, Ахматов Р.А.<sup>1</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница св. Владимира Москва, Россия

По данным литературы, среди новообразований придатков матки, паровариальные кисты (ПК) встречаются в среднем у 15 % пациенток в возрасте до 18 лет и могут служить причиной перекрута яичника и маточной трубы.

**Цель:** определить хирургическую тактику и возможности резекционных операций при неосложненных и осложненных ПК.

**Описание наблюдений.** В основу исследования легли наблюдения за 4 девочками с перекрутами придатков матки, вызванными ПК, и 3 пациентками с диагностированными неосложненными ПК, в возрасте от 5 до 16 лет, находившимися на лечении в ДГКБ св. Владимира с 2014 по 2023 г. Все пациенты оперированы. Дети поступали в клинику с подозрением на острый аппендицит. Всем пациенткам выполнялось ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза с доплеровским картированием. В 4 наблюдениях определялось нарушение кровотока в придатках матки (2 слева и 2 справа). Во время лапароскопии определяли изолированный перекрут маточной трубы с кистой, без вовлечения *lig. ovarii proprium*. Кровоток в яичниках был сохранен. После деторсии, восстановления кровотока в маточных трубах не определялось. У 1 пациентки выполнена энуклеация кисты в надежде на восстановление кровоснабжения — безрезультатно. Всем детям выполнена сальпингэктомия с удалением ПК. У 3 девочек ПК размерами до 1,5 см были случайной находкой при диагностической лапароскопии. Все кисты энуклеированы. Продолжительность операции составила в среднем 7 мин.

**Заключение.** ПК могут быть причиной перекрута придатков матки у детей. Выполнение энуклеации кисты в условиях ишемии считаем нецелесообразным. При отсутствии воспалительных изменений в брюшной полости случайно выявленные ПК подлежат удалению во избежание возможных осложнений.

**Ключевые слова:** паровариальные кисты; придатки; резекция.

## НАБЛЮДЕНИЕ ГИГАНТСКОЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ПАРОВАРИАЛЬНОЙ КИСТЫ У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ

Донской Д.В.<sup>1</sup>, Сангаре К.Д.<sup>1</sup>, Вилесов А.В.<sup>2</sup>, Ахматов Р.А.<sup>1</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва, Россия

По данным литературы среди новообразований придатков матки гигантские паровариальные кисты (ГПК) у детей в возрасте до 18 лет встречаются крайне редко и могут быть причиной перекрута яичника и маточной трубы.

**Описание наблюдения.** Девочка 14 лет поступила в клинику с жалобами на боль в животе и тошноту. Анамнез заболевания 5 сут. При УЗИ выявлено тонкостенное кистозное образование 13×9×14 см, с тонкими стенками, расположенное по средней линии над мочевым пузырем. Заключение: эхопризнаки крупного кистозного образования, предположительно, исходящего из придатков (фолликулярная киста?). Учитывая выраженный болевой синдром выставлены показания к лапароскопии. В операционной под интубационным наркозом после наложения карбоксиперитонеума инструменты лапароскопа введены в брюшную полость. Всю полость малого таза занимают левые придатки матки темно-серого цвета, перекрученные на 720° с паровариальной кистой размерами 15×15 см. В полости малого таза умеренное количество геморрагического выпота. Правые придатки матки визуально не изменены. Выполнена пункция кисты, получено около 700 мл прозрачной жидкости, взят посев. Произведена деторсия на 2 оборота. Левый яичник черного цвета 6,0×4,0 см по свободному краю соприкасается с кистой. Левая маточная труба распластана над кистой. Демаркационная линия у угла матки, выполнена резекция придатков матки вместе с кистой, расположенной у угла матки, с применением аппарата EnSeal. Макропрепарат извлечен с помощью эндоконтейнера через расширенный пупочный порт. Послойные швы на раны. Гистологическое заключение: Геморрагический некроз придатка матки. Простая киста.

**Заключение.** ГПК могут быть причиной перекрута придатков матки у детей.

**Ключевые слова:** гигантская паровариальная киста; перекрут придатков; неотложная гинекология; дети.

## ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ, КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С МЕКОНИЕВЫМ ИЛЕУСОМ В ФЕДЕРАЛЬНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Чухрова Н.С., Ерошенко Е.А.,  
Толкачева Е.М., Буров А.А., Никифоров Д.В.

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

**Цель:** обобщение опыта лечения новорожденных детей с мекониевым илеусом — уточнить особенности дифференциальной диагностики, провести анализ эффективности консервативных мероприятий и хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Ретроспективное исследование медицинской документации 24 новорожденных пациентов с явлениями мекониевого илеуса в отделениях хирургии и реанимации Центра в течение последних 10 лет.

**Результаты.** Мекониевый илеус с равной частотой встречался среди доношенных и недоношенных пациентов, при этом среди доношенных детей явления кишечной непроходимости были первично выявлены уже при пренатальном ультразвуковом исследовании, а у недоношенных — обнаруживались после рождения. Консервативные мероприятия в объеме гидроэхоколонографии с применением растворов ферментов и водорастворимого контрастного препарата оказались эффективными у 7 пациентов, при этом все дети этой группы были недоношенными, у 5 из них отсутствовали пренатальные данные о непроходимости кишечника, а в 4 наблюдениях признаки непроходимости появились в возрасте недели жизни после первично нормального пассажа по кишечнику. Хирургическое вмешательство выполнено 17 детям, среди них в 2 наблюдениях выявлены пороки развития кишечника (болезнь Гиршпрунга с тотальным поражением толстой кишки и стеноз подвздошной кишки вследствие эмбриональной спайки), в 5 случаях — мекониевый илеус недоношенных, у 10 детей — подтвержденная генетическим исследованием кишечная форма муковисцидоза. Выполняли три вида операций: энтеростомия (2), энтеротомия с отмытием просвета кишечника и ушиванием стенки кишки (5), резекция наиболее измененного участка с наложением кишечного свища (1) или межкишечного анастомоза (7). Выписаны домой 22 ребенка, 2 умерли вследствие незрелости и инфекционных осложнений.

**Выводы.** Лечение детей с явлениями мекониевого илеуса целесообразно начинать с консервативных мероприятий, при неэффективности последних показано хирургическое лечение, объем операции определяется индивидуально в каждом случае на основании интраоперационной картины. Совершенствование подходов к выхаживанию недоношенных детей позволяет предотвратить развитие у них мекониевого илеуса, а своевременное начало консервативной терапии — избежать операции.

**Ключевые слова:** мекониевый илеус; илеус новорожденных; ирригография; ультразвуковая гидроколонография.

## КИСТОЗНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПОДПЕЧЕНОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА У НОВОРОЖДЕННОГО: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Дорофеева Е.И., Филиппова Е.А., Подуровская Ю.Л.,  
Буров А.А., Никифоров Д.В., Кулабухова П.В.,  
Чухрова Н.С., Толкачева Е.М.

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

**Актуальность.** Кистозные образования брюшной полости и забрюшинного пространства относятся к редким находкам у плода и новорожденных детей, сложны в диагностике и выборе сроков и объема лечения.

**Цель:** демонстрация особенностей диагностики и хирургического лечения пациента с врожденным объемным кистозным образованием сложной анатомической локализации.

**Описание наблюдения.** Девочка у матери 27 лет от 1-й беременности, протекавшей на фоне ретрохориальной гематомы в I триместре, далее без особенностей. По данным УЗИ плода в 16 нед. выявлена анэхогенная киста подпеченочного пространства, которая увеличилась в диаметре с 10 до 25 мм к доношенному сроку беременности. На этапе внутриутробного наблюдения образование расценивали как кисту общего желчного протока. Роды своевременные самопроизвольные, состояние ребенка соответствовало раннему неонатальному периоду. УЗИ: округлое объемное образование подпеченочного пространства с толстой стенкой и анэхогенным содержимым, диаметром 30 мм. Выполнено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование: биохимия крови, МРТ, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с детальной оценкой билиарной системы и применением доплерографии и фьюжн-технологии. Проводили дифференциальную диагностику между кистой общего желчного протока, головки поджелудочной железы, удвоением двенадцатиперстной кишки и внеорганным кистозным образованием. У ребенка отсутствовали клинические и лабораторные данные холестаза. УЗИ желчных путей — размер и сократимость желчного пузыря в норме, внутривенные желчные протоки не расширены, холедох на протяжении нормального диаметра, огибает вышеописанное образование. Вирсунгов проток не расширен, однако головка поджелудочной железы тесно прилежит к кисте. МРТ (MRCP) данные подтвердили отсутствие связи образования с внутри- и внепеченочными желчными протоками и протоками поджелудочной железы. Методика совмещения изображений МРТ и УЗИ (фьюжн) помогла топически оценить расположение кисты относительно двенадцатиперстной кишки, исключить связь образования с холедохом. Таким образом, наиболее вероятным диагнозом считали дубликационную кисту двенадцатиперстной кишки, несмотря на отсутствие очевидной связи с ее стенкой. На 10-е сутки жизни выполнена операция — диагностическая лапароскопия, лапароскопическое удаление объемного образования забрюшинного пространства справа. Киста с толстой стенкой прилежала непосредственно к головке поджелудочной железы, не имела связи с протоковыми системами и стенкой двенадцатиперстной кишки, полностью выделена по границе без повреждения ткани поджелудочной железы. Течение анестезии и послеоперационного периода гладкое. Энтеральное питание возобновлено через 3 ч после операции. Выписана домой на 4-е послеоперационные сутки. Катамнез к настоящему времени 6 мес., растет и развивается по возрасту, жалоб нет. По данным морфологического исследования стенка образования соответствует дубликационной кисте толстой кишки с очагами лимфоцитарной инфильтрации.

**Заключение.** Применение современных методов предоперационного обследования позволяет провести дифференциальную диагностику образований сложной анатомической локализации,

максимально приблизиться к правильному диагнозу, избрать тактику и подготовиться к хирургическому вмешательству. Эндоскопический доступ выполнения операций у новорожденных детей снижает операционную травму и сокращает срок выздоровления пациентов.

**Ключевые слова:** объемное образование; удвоение кишечника; ультразвуковая фьюжн-диагностика; новорожденный; лапароскопия.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА

Дорохин А.И.<sup>1</sup>, Литвина Е.А.<sup>2</sup>, Солод Э.И.<sup>1</sup>, Самбатов Б.Г.<sup>3</sup>,  
Курышев Д.А.<sup>1,3</sup>, Аганесов Н.А.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва, Россия

**Актуальность.** Переломы костей таза у детей составляют до 1 % всех повреждений скелета. До 90 % этих повреждений лечатся консервативно. Основные методы лечения: положение «лягушки» или скелетное вытяжение. По данным статистики России число детей с повреждениями таза увеличивается. Переломы со смещениями костных отломков формируют деформации таза и приводят к инвалидности. Операции на тазе у детей начинают шире использоваться.

**Цель:** определить показания к применению различных методов лечения у детей с переломами костей таза.

**Материалы и методы.** В ФГБУ НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова и ДГКБ им. Башляевой в последние 10 лет проходили лечение 118 пациентов с различными повреждениями костей таза.

При обследовании данных пациентов проводилось рентгеновское и КТ-исследования.

Нами выделялись следующие виды переломов костей таза у детей по классификации, предложенной А.В. Капланом:

- отрывные переломы костей;
- переломы одной кости, без нарушения непрерывности тазового кольца;
- переломы с нарушением тазового кольца на одном уровне;
- переломы с нарушением целостности заднего и переднего полукольца таза;
- переломы костей таза с повреждением вертлужной впадины.

На основании проведенных наблюдений нами была рекомендована следующая тактика. Отрывные переломы лечились консервативно в положении «лягушки». При активных занятиях спортом детям старшего возраста и при неврологической симптоматике со стороны седалищного нерва при отрывах седалищного бугра может быть осуществлена операция открытой репозиции. Переломы костей таза без нарушения целостности тазового кольца или при нарушениях только переднего или заднего полукольца лечились консервативно по Волковичу.

При повреждениях типа Мальгенья на ранних этапах производилась репозиция костных отломков тазового кольца с устранением смещения половин таза по длине, что нужно сделать максимально в ранние сроки. В поздние сроки происходит консолидация отломков в положении смещения, закрытая репозиция становится невозможной, а открытая опасной.

**Результаты.** У детей после выполнения закрытой репозиции костных отломков достаточно стабилизировать только переднее или заднее полукольцо таза. В большинстве случаев мы фиксировали переднее полукольцо таза стержневым аппаратом МКЦ. Возможен погружной остеосинтез. В связи с увеличением детского возраста до 18 лет лечение детей с закрытыми зонами роста на первых этапах проводили методом чрескостного остеосинтеза с последующей конверсией на погружной остеосинтез. В том числе с проведением илео-люмбальной фиксации.

При переломах вертлужной впадины без смещения рекомендуется ведение скелетным вытяжением или наложением аппарата внешней фиксации на таз и бедро. В случаях, грубых нарушений целостности вертлужной впадины с вывихом бедра, требуется устранение вывиха с реконструкцией вертлужной впадины. Разгрузка поврежденного ТБС требуется на протяжении 6–9 мес. от момента

травмы. Проведенное по данному алгоритму лечение позволило получить в большинстве случаев положительные результаты.

**Заключение.** В группе пациентов с повреждениями вертлужной впадины не во всех случаях были достигнуты удовлетворительные результаты, что свидетельствует о нерешенности проблемы.

**Ключевые слова:** травматология; переломы костей таза; дети.



## ПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОТОМИИ ПРИ НЭК У НОВОРОЖДЕННЫХ

Досмагамбетов С.П.<sup>1</sup>, Дженалаев Б.К.<sup>1</sup>, Тусупкалиев А.Б.<sup>1</sup>, Бисалиев Б.Н.<sup>1</sup>,  
Есеналина Н.С.<sup>1</sup>, Абдуллаева Г.З.<sup>2</sup>, Асанова С.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Западно-Казахстанский медицинский университет им. Марата Оспанова, Актобе, Казахстан;

<sup>2</sup> Центр охраны материнства и детства, Актобе, Казахстан;

<sup>3</sup> Областной перинатальный центр, Актобе, Казахстан

**Обоснование.** Общеизвестно, что абсолютным показанием к лапаротомии при некротизирующем энтероколите (НЭК) является пневмоперитонеум, который считается прогностически неблагоприятным. Требуется изучение других показаний с целью раннего хирургического вмешательства.

**Цель:** определение пневматоза стенки кишки и перитонита в качестве показаний к проведению лапаротомии при НЭК у новорожденных.

**Материалы и методы.** Было проведено ретроспективное исследование 25 новорожденных, находившихся на лечении в клинике детской хирургии и областного перинатального центра в период с 2020 по 2022 г.

Сроки гестации новорожденных составили — 28–32 нед., вес при рождении — 900–1400,0 г. Факторами риска развития НЭК были: низкий срок гестации, низкая масса тела при рождении, перинатальная асфиксия, ВПС (гемодинамически значимый ОАП), преждевременная отслойка плаценты, преэклампсия. В анализах крови тромбоцитопения у всех пациентов, повышение СРБ в пределах 24–85 г/л.

Показаниями к лапаротомии у 14 новорожденных были наличие пневмоперитонеума, в 5 случаях — картина перитонита (отек передней брюшной стенки, изменение цвета кожи от гиперемии до синюшности), в 6 случаях наличие на рентгенограмме органов брюшной полости картины пневматоза стенки кишки.

**Результаты.** При пневмоперитонеуме во время лапаротомии была выявлена перфорация кишечника у 4 детей, у 2 детей — перфорация желудка, у 8 детей выявлен ограниченный участок некроза тонкой и толстой кишки. При перфорации желудка проводили ушивание места перфорации, при перфорации кишечника — выведение петли кишки с участком перфорации на переднюю брюшную стенку. В случаях ограниченного участка некроза выполняли резекцию измененной кишки с выведением проксимальной энтеростомы. Во время лапаротомии, предпринятой при пневматозе стенки кишки и перитоните, у всех пациентов отмечался некроз стенки кишки на протяженном участке, что стало основанием для резекции и удаления некротически измененного кишечника от 20 до 70 см. У 6 детей выполнена резекция тонкой кишки с выведением проксимальной энтеростомы, у 2 детей резекция толстой кишки с выведением колостомы, в 3 случаях — резекция тонкой и толстой кишки с выведением энтеростомы и колостомы. У 16(64 %) детей наступило улучшение состояния, что позволило в последующем наложить кишечный анастомоз. Летальных исходов было 9 (36 %). У 2 детей развился синдром короткой кишки.

**Заключение.** Некротизирующий энтероколит у новорожденных остается серьезным заболеванием, сопровождающимся высокой летальностью. Одним из прогностически важных факторов, определяющим дальнейшее течение заболевания, является своевременность хирургического лечения. Показаниями к лапаротомии можно считать не только наличие пневмоперитонеума, но также картину перитонита и пневматоза стенки кишки.

**Ключевые слова:** некротизирующий энтероколит; новорожденный; пневмоперитонеум; пневматоз стенки кишки; лапаротомия; резекция кишки; энтеростомия; колостомия.

## КАРЦИНОИДНАЯ ОПУХОЛЬ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ

Евдокимов В.Н.<sup>1</sup>, Аксельров М.А.<sup>1,2</sup>, Мальчевский В.А.<sup>1</sup>,  
Связян В.В.<sup>1</sup>, Столяр А.В.<sup>1</sup>, Илющенко М.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия;

<sup>2</sup> Областная клиническая больница № 2, Тюмень, Россия

**Обоснование.** Карциноид червеобразного отростка — опухоль нейроэндокринного происхождения из клеток APUD-системы, формирующаяся вследствие генной мутации, приводящей к беспрепятственному росту и размножению клеток. Частота встречаемости 0,05–0,2 % от общего количества злокачественных опухолей и 5–9 % в структуре новообразований желудочно-кишечного тракта.

**Цель:** изучить результаты лечения детей с карциноидами червеобразного отростка.

**Материалы и методы.** За период 2015–2022 гг. в хирургических отделениях получало лечение 9339 детей с острым аппендицитом. По результатам гистологии у 14 выявлен карциноид червеобразного отростка.

**Результаты.** Выявляемость заболевания составила 0,15 %. Ведущим симптомом у всех пациентов было наличие болевого абдоминального синдрома (100 %), гипертермия, рвота и задержка стула отмечены в 36 %. В гендерном отношении преобладали мальчики — 75 %. По результатам дополнительных инструментальных и параклинических методов исследования каких-либо особенностей, отличных от других детей, поступавших с болью в животе, не выявлено. На первом этапе лечения карциноида аппендикса, учитывая клиническую картину острого аппендицита, выполняли аппендэктомия. Морфологически катаральное воспаление в отростке выявлено в 57,6 %. Вторым этапом лечения карциноида аппендикса в 25 % наблюдений выполнялась гемиколэктомия, согласно рекомендаций детского онколога.

**Заключение.** Таким образом, следствием поздней диагностики карциноида аппендикса может явиться прогрессирование процесса с формированием метастазов в толстой кишке, что требует более радикального подхода в лечении на втором этапе в виде гемиколэктомии. Поэтому поиск ранних методов диагностики данного заболевания является на данный момент особо актуальным.

**Ключевые слова:** карциноид; аппендикс; гемиколэктомия; нейроэндокринные опухоли; дети.

## ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ У ДЕТЕЙ

Елин Л.М., Пыхтеев Д.А., Филюшкин Ю.Н., Полянская З.И.

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

**Обоснование.** Острый панкреатит (ОП) — это тяжелое заболевание детского возраста с высоким риском развития жизнеугрожающего состояния. Заболеваемость ОП у детей ежегодно растет и составляет от 3–13 случаев на 100 000 в год. Сохраняется высокая частота встречаемости острого рецидивирующего и хронического панкреатита (ХП) у детей 9–35 %. У 5–25 % детей ОП и ХП связаны с поражением желчевыводящих путей, как правило на фоне желчнокаменной болезни.

**Цель:** оптимизация лечения детей с острым билиарным панкреатитом.

**Методы.** В отделении детской хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского находились на лечении 15 детей с ОБП средней и тяжелой степени тяжести, которые были переведены из ЛПУ Московской области. Мальчиков — 6 (40 %), девочек — 9 (60 %). Средний возраст  $13,6 \pm 3,3$  года (от 3 до 17 лет). Ультразвуковое исследование выполнено 15 (100 %) детям, компьютерная томография — 7 детям, магнитно-резонансная холангиопанкреатография — 5 (33,3 %) детям. У всех детей по данным лучевых методов исследования выявлены конкременты в желчном пузыре. Холедохолитиаз выявлен у 5 (33,3 %) детей. Среднее количество дней нахождения в стационаре  $34,4 \pm 20,4$ . В реанимационном отделении  $7,2 \pm 6,1$  дня.

**Результаты.** В ЛПУ Московской области 2 (13,3 %) детям выполнена холецистэктомия открытым способом с дренированием холедоха: 1 ребенку по Керу и 1 по Холстеду. В МОНИКИ 1 ребенку выполнена холецистэктомия открытым способом с дренированием холедоха по Керу: 1 ребенку выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией выполнено 5 (33,3 %) детям с холедохолитиазом, 1 ребенку — эндоскопическое дренирование холедоха. У всех пациентов клинически, по данным лучевых методов исследования и на основании ферментемии подтвержден диагноз ОП. Средние показатели амилаза крови при поступлении 457,6 Ед/л, диастаза 2530 Ед/л, липаза 402 МЕ/л. Тяжесть течения ОП: средняя у 11 (73,4 %), тяжелая — у 4 (26,4 %). Течение ОП осложнилось: у 4 (26,6 %) — псевдокиста; у 3 (20 %) — острое жидкостное скопление; у 4 (26,6 %) — наружный панкреатический свищ; у 1 (6,6 %) — абсцесс.

**Заключение.** Своевременное устранение протоковой гипертензии в комплексе с медикаментозной терапией, направленной на основное звено этиопатогенеза ОП, позволяет значительно снизить частоту и объем деструктивных изменений в поджелудочной железе.

**Ключевые слова:** острый билиарный панкреатит; дети.

## НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ 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.** Лечение детей с острым некротическим панкреатитом (ОМП) в настоящее время остается актуальной проблемой. По данным литературы, частота осложнений, таких как псевдокиста, острое жидкостное скопление, острое некротическое скопление, отграниченный некроз, составляет до 20 %.

**Цель:** анализ результатов лечения детей с ОМП в зависимости от способа хирургического лечения.

**Материалы и методы.** В отделении детской хирургии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского в период с 2000 по 2022 г. находился на лечении 81 (100 %) ребенок с ОМП средней и тяжелой степени тяжести. Все дети были переведены из ЛПУ Московской области, где им была выполнена: лапаротомия — 32 (39,5 %), лапароскопия с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости — 10 (12,3 %), лапароцентез — 1 (1,2 %). Мальчиков — 40 (49,4 %), девочек — 41 (50,6 %). Средний возраст  $10,5 \pm 4,5$  года (от 3 до 17 лет). Причины ОМП: травма — 24 (29,6 %), билиарный — 14 (17,2 %), идиопатический — 39 (48,1 %), медикаментозный — 2 (2,4 %), гипертриглицеридемия — 2 (2,4 %). Средний койко/день  $26,6 \pm 17,5$ .

**Результаты.** Осложнения ОМП: острым жидкостным скоплением отмечался у 27 (%) детей, псевдокиста — 14 (17,2 %), острое некротическое скопление — 18 (%), отграниченный некроз — 2 (2,4 %). У 25 (%) сформировался наружный панкреатический свищ, который закрылся самостоятельно. В нашей клинике из 81 ребенка повторно потребовались оперативные вмешательства 34, они выполнялись открытым и лапароскопическим способом, чрезкожным дренированием с УЗИ-навигацией, ЭПС с ЭРХПГ. Показаниями для дренирования острого жидкостного скопления и псевдокисты были размеры скоплений более 5 см в диаметре.

**Заключение.** Дифференцированный подход к выбору оперативных вмешательств при ОМП у детей, осложнившимся жидкостными скоплениями в забрюшинной и парапанкреатической клетчатке, способствует благоприятному исходу.

**Ключевые слова:** некротический панкреатит; осложнения; неотложная хирургия; дети.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Елькова Д.А.<sup>1</sup>, Тен Ю.В.<sup>1,2</sup>, Каширин С.Д.<sup>2</sup>, Тен К.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия;

<sup>2</sup> Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия

**Обоснование.** Паховой грыжей называется грыжа живота, выходящая через наружное кольцо пахового канала. Этиопатогенез врожденных паховых грыж состоит в перемещении содержимого брюшной полости (пряды сальника, кишки, яичника у девочек) вследствие повышения внутрибрюшного давления через необлитерированный вагинальный отросток брюшины в область пахового канала и мошонку (у мальчиков). Согласно различным литературным источникам, частота паховых грыж в популяции варьирует от 1 до 5 %. Девочки страдают данной патологией в 8–10 раз реже мальчиков. 95 % всех грыж передней брюшной стенки приходится на долю паховых. Современная практическая детская герниология располагает различными оперативными методиками ликвидации паховых грыж, однако каждая из них имеет ряд осложнений. Отсутствие золотого стандарта хирургического лечения паховых грыж служит предпосылкой разработки новых способов грыжесечения.

**Цель:** охарактеризовать авторский способ лечения врожденных паховых грыж у детей.

**Материалы и методы.** Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 340 пациентов, поступавших в клинику детской хирургии Алтайского края по поводу врожденных паховых грыж и прооперированных по авторской методике.

**Результаты.** Группа оперированных по авторской методике детей на 75 % состояла из мальчиков (255). У 20 пациентов грыжа была двусторонняя (5,88 %). Средний возраст детей достигал 5 лет. У 50 % детей грыжа была диагностирована после 1 года. Самый маленький пациент к моменту операции достиг 21 сут. жизни с момента рождения. В исследуемую группу вошли подростки до 17 лет включительно (8,82 % общего количества пациентов), в том числе 5 пациентов ранее оперированных другими способами и имеющие рецидив заболевания. Оперативное лечение врожденных паховых грыж у детей авторами производилось в 88,2 % случаев посредством открытой герниотомии без вскрытия пахового канала с выделением, вскрытием и перевязкой грыжевого мешка у шейки. Оперативный прием у всех детей осуществлялся с использованием пуговчатого зонда, проведенного через грыжевой мешок за пределы внутреннего пахового кольца с целью уточнения уровня выделения вагинального отростка брюшины. Рецидивов паховых грыж в исследуемой группе детей не отмечалось.

**Выводы.** Авторами предложен эффективный способ оперативного лечения паховых грыж, включающий недостатки известных способов грыжесечения. Авторский способ оперативного лечения паховых грыж позволяет избежать известных осложнений и рецидивов, характерных для традиционной герниотомии.

**Ключевые слова:** паховая грыжа; грыжесечение; детская герниология; герниорафия; рецидив грыжи.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ АГЕНЕЗИЯМИ

Есаян М.О., Барова Н.К., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е.,  
Надгериев В.М., Григорова А.Н., Терещенко О.А., Пелипенко Н.В.,  
Колесников Е.Г., Вардосонидзе Ш.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

**Актуальность** проблемы реабилитации детей с аноректальными агенезиями обусловлена высокой частотой встречаемости порока развития — 1:4000–5000 новорожденных. Отсутствием единых общепризнанных схем и сроков начала проведения лечебно-профилактического бужирования и функциональной недостаточности анальных сфинктеров, которая диагностируется более чем в 80 % случаев. Дисбактериоз кишечника встречается у 100 % детей с аноректальными мальформациями. Методы его коррекции многообразны, но не всегда бывают достаточно эффективными.

**Цель:** оптимизация комплекса реабилитационных мероприятий у детей с аноректальными агенезиями.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 139 пациентов с аноректальными агенезиями. Были сформированы 2 идентичные по возрастному-половому составу и нозологии группы больных. Основную группу составили 74 пациента, контрольную группу — 65 детей. Реабилитация проводилась по традиционным методикам. Дисбактериоз корригировался по методу тотальной деконтаминации в сочетании с ферментотерапией. Наряду с традиционными методами применялись: раннее лечебно-профилактическое бужирование, вибробужирование, эндоректальные электростимуляции. Коррекция дисбактериоза проводилась по методике селективной деконтаминации, в сочетании с энтеросорбцией, местной санацией толстой кишки, ферменто- и фитотерапией.

**Результаты.** Предложенная схема реабилитации позволила сократить длительность лечебно-профилактического бужирования с  $18,34 \pm 1,29$  мес. в контрольной группе до  $9,56 \pm 0,94$  мес. у пациентов основной группы. Время купирования функциональной недостаточности анальных сфинктеров уменьшилось с  $23,48 \pm 1,95$  мес. у больных контрольной группы до  $11,29 \pm 1,07$  мес. в основной. Продолжительность коррекции клинической фазы дисбактериоза сократилась с  $22,87 \pm 1,54$  мес. в контроле до  $11,57 \pm 0,43$  мес. в основной группе, а латентной — с  $36,25 \pm 2,17$  мес. у детей в контрольной группе до  $13,07 \pm 0,23$  мес. в основной. Общая продолжительность проведения реабилитационных мероприятий уменьшилась более чем в 2 раза.

**Заключение.** Таким образом, предложенная схема комплекса реабилитационных мероприятий показывает достаточно положительную клиническую эффективность.

**Ключевые слова:** аноректальная агенезия; дети; аноректальные пороки.

# ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСГАСТРАЛЬНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПСЕВДОКИСТ У ДЕТЕЙ

Ефременков А.М.<sup>1,2</sup>, Солодина Е.Н.<sup>2</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>1</sup>, Коровин С.А.<sup>1</sup>,  
Зыкин А.П.<sup>1,2</sup>, Ахматов Р.А.<sup>1</sup>, Барская К.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Центральная клиническая больница с поликлиникой, Москва, Россия

**Актуальность.** Панкреатические псевдокисты (ППК) — длительно существующие инкапсулированные жидкостные скопления, содержащие секрет поджелудочной железы, лишенные эпителиальной выстилки, возникающие после воспалительной деструкции или травмы паренхимы поджелудочной железы. При наличии клинических проявлений, таких как боль, диспепсические явления, признаки воспаления, анемия и др. на фоне отсутствия эффекта от консервативной терапии, детям показано хирургическое лечение. В настоящее время в педиатрической практике наиболее популярными являются операции наружного и внутреннего дренирования. К недостаткам наружного дренирования ППК можно отнести длительность лечения, которая может достигать несколько месяцев, что значительно ухудшает качество жизни ребенка. К популярным в педиатрической практике методам внутреннего дренирования относится операция цистоеюностомия по Ру, которая может быть выполнена лапароскопическим доступом, однако формирование двух анастомозов имеет более высокие риски интра- и послеоперационных осложнений и требует большей длительности нахождения в стационаре. В последние годы, по данным литературы, наметилась тенденция к использованию эндоскопических методов лечения данной патологии у детей.

**Цель:** описание собственного опыта эндоскопического трансгастрального дренирования (ЭТГД) ППК.

**Материалы и методы.** С 2020 г. по настоящее время ЭТГД выполнено 15 детям в возрасте от 6 до 17 лет. Постнекротические ППК диагностированы у 5 пациентов, посттравматические — у 7, послеоперационные — у 3. Клинические проявления включали в себя: боль ( $n = 13$ ), асимметрию живота ( $n = 7$ ), диспепсию ( $n = 6$ ). Показанием к ЭТГД явились клинические проявления и отсутствие эффекта от консервативного лечения. ЭТГД выполняли с использованием терапевтических эхогастроскопов с конвексным датчиком ультразвукового сканирования в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом. Пункцию стенки желудка выполняли цистотомом. После формирования канала, в полость кисты проводили две струны, по которым устанавливались пластиковые стенты типа «double pig-tail» 9Fr. Положение проводников и стентов контролировали на рентгеноскопии. В послеоперационном периоде назначали инфузионную, антисекреторную, антибактериальную терапию. Кормление начинали на следующий день. Удаление стентов выполняли через 2–2,5 мес.

**Результаты.** Кровотечение в просвет кисты отмечено в двух наблюдениях, остановлено промыванием раствором аминокaproновой кислоты, после чего в полость кисты установили стент «double pig-tail» и назокистозный дренаж, через который в течение 5 дней в полость кисты вводили раствор аминокaproновой кислоты, далее заменили на второй стент «double pig-tail». Аналогичная установка назокистозного дренажа потребовалась в одном наблюдении при выраженных воспалительных изменениях ППК, что потребовало ее промывания. Установить два «double pig-tail» стента не удалось в одном наблюдении. Среднее время послеоперационного пребывания в стационаре в группе пациентов с одномоментной установкой двух стентов — 3–4 суток. Выздоровление наступило у всех пациентов, рецидивов не отмечено.

**Заключение.** Таким образом, ЭТГД продемонстрировало свою эффективность и безопасность в лечении ППК у детей.

**Ключевые слова:** псевдокиста; поджелудочная железа; эндоскопия; трансгастральное дренирование.

## ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА ГИПЕРСПЕКТРАЛЬНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕАНГИОМАХ У ДЕТЕЙ

Журило И.П.<sup>1</sup>, Шуплецов В.В.<sup>2</sup>, Горюнов И.А.<sup>2</sup>, Потапова Е.В.<sup>2</sup>,  
Медведев А.И.<sup>1</sup>, Дремин В.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева, Орел, Россия;

<sup>2</sup> Научно-технологический центр биомедицинской фотоники Орловского государственного университета им. И.С. Тургенева, Орел, Россия

**Обоснование.** Инфантильные гемангиомы (ИГ) — распространенные доброкачественные опухоли, встречающиеся у 5–10 % детей периода новорожденности и грудного возраста. Выбор адекватного метода лечения, оценка изменений сосудистого образования в динамике и прогнозирование возможных осложнений делает актуальным разработку новых неинвазивных методов диагностики данной патологии. Одним из возможных диагностических исследований является гиперспектральная визуализация (ГВ), позволяющая регистрировать пространственную информацию о спектральных характеристиках биологических тканей с последующим определением параметров их кровенаполнения и оксигенации. Согласно одной из гипотез, в развитии гемангиом большую роль играет гипоксический стресс мягких тканей. Поэтому анализ показателей оксигенации методом ГВ может быть использован в оценке эффективности лечения ИГ и прогнозировании возможных осложнений.

**Цель:** оценка ИГ с использованием метода ГВ, разработка критериев эффективности лечения и прогнозирования осложнений течения заболевания.

**Материалы и методы.** Для исследований использовалась система ГВ, включающая широкополосный источник излучения с волоконно-кольцевым осветителем FRI61F50 (ThorLabs, США) и гиперспектральную камеру Specim (Spectral Imaging Ltd., Финляндия) со спектральным диапазоном 400–1000 нм. В исследованиях приняли участие 11 детей (5 мальчиков и 6 девочек) в возрасте от 1,5 до 10 мес. с ИГ различных локализаций. У 7 пациентов образования были единичными, у 4 — множественными. У 3 детей были гемангиомы с явлениями изъязвления, потребовавшими хирургического лечения — удаления образования.

Для успешной регистрации диффузного отраженного излучения от объекта (ИГ), создавали пациенту удобное расположение, обеспечивающее его неподвижность на время исследования (25–40 с). Полученные результаты обрабатывались с помощью нейронной сети, обученной по объектно-ориентированной модели Монте-Карло.

**Результаты.** Анализ гиперспектральных изображений гемангиом выявил изменения оптических свойств. Были рассчитаны карты кровенаполнения, тканевой сатурации, индексы содержания оксидезоксигемоглобина и воды. Установлено, что предиктором развития изъязвления является увеличение объемной доли кровотока и показателя тканевой сатурации в области гемангиомы, а также значительное снижение индекса дезоксигемоглобина, обусловленное увеличением вклада в общий сигнал артериальной крови.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования разработанной диагностической системы для оценки эффективности лечения ИГ, прогнозирования возможных осложнений и коррекции плана лечебных мероприятий.

**Ключевые слова:** гиперспектральная визуализация; инфантильные гемангиомы; дети.



## ВЫБОР МЕТОДА САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

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

<sup>1</sup> Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия;

<sup>2</sup> Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самара, Россия

**Обоснование.** Распространенный перитонит у детей — тяжелое гнойно-септическое заболевание, требующее комплексного подхода к диагностике и лечению. До сих пор решены далеко не все проблемы, связанные с особенностями хирургического лечения: ведутся дискуссии по поводу длительности предоперационной подготовки, о методах санации и дренирования брюшной полости и т. д.

**Цель:** определение состояния брюшины при различных методах санации брюшной полости мы провели гистологическое исследование.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ результатов лечения 339 детей с распространенным перитонитом, в том числе мы проанализировали и результаты методов санации и дренирования брюшной полости. До 2012 г. нами при данной патологии выполнялось отмывание брюшной полости (контрольная группа 102 пациента), а после 2012 г. проводилась только тщательная эвакуация выпота электротокком (основная группа — 237 пациентов).

**Результаты.** При промывании брюшной полости 0,9 % раствором натрия хлоридом выявлена воспалительная реакция, представленная очагами экссудативного и пролиферативного воспаления из гиперхромных относительно мономорфных мононуклеарных клеток (лимфоцитов, единичных макрофагов) с примесью сегментоядерных лейкоцитов и эозинофилов. Собственно сосуды и сосуды микроциркуляторного русла резко полнокровны, стенки их резко истончены, видны выраженные очаги периваскулярного плазматического пропитывания, эритро- и лейкодиapedез. При исследовании брюшины у пациентов, которым проводилась эвакуация выпота электроотсосом без промывания брюшной полости, выявлена менее выраженная воспалительная реакция, а при большом увеличении значительных очагов периваскулярного плазматического пропитывания, эритро- и лейкодиapedеза вовсе не было обнаружено.

При проведении анализа возникновения послеоперационных осложнений у пациентов с различными подходами к санации брюшной полости (гнойно-воспалительные осложнения, ранняя спаечная кишечная непроходимость) выявлено более частое развитие осложнений в контрольной группе. Соответственно, 47 пациентов (46,07 %) в контрольной группе, и 21 ребенок (8,86 %) ( $p < 0,001$ ) — в основной.

**Заключение.** Таким образом, массивное промывание брюшной полости приводит к нарушению защитного барьера париетальной и висцеральной брюшины, дополнительной структурной дезорганизации и так уже поврежденной брюшины, способствуя распространению инфекции и стимуляции клеточной пролиферации, приводящей к развитию спаечного процесса и увеличению воспалительных внутрибрюшных и раневых осложнений.

**Ключевые слова:** дети; перитонит; санация брюшной полости.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ В ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСЙСКА

Зотин А.В.<sup>1</sup>, Харизова А.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия;

<sup>2</sup> Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Россия

**Обоснование.** Несмотря на накопленный практический опыт и современные методы лечения, перитонит — одна из актуальных проблем в детской абдоминальной хирургии. Последние годы широкое применение в лечении разлитого перитонита находит вакуум-терапия брюшной полости. Лечение перитонитов с использованием отрицательного давления широко используется во взрослой хирургии, при этом количество публикаций о лечении перитонитов у детей с использованием вакуума минимально.

**Цель:** сравнить эффективность различных способов лечения перитонита у детей в ОКБ Ханты-Мансийска с 2007 по 2022 г.

**Материалы и методы.** За 16 лет в ОКБ Ханты-Мансийска на лечении находилось 65 детей с различными формами перитонита. У 11 (16,9 %) детей были выявлены разлитые формы, и в этой же группе было зафиксировано 3 (4,6 %) клинических случая тяжелого течения перитонита, протекавших с абдоминальным сепсисом. Средний возраст составил 11,4 года. Распределение по полу — 54 % мальчика и 46 % девочек. Применялись различные варианты оперативного вмешательства, включая лапароскопическую санацию брюшной полости, лапаротомию, а также использование системы вакуум-аспирации Vivano-Тес.

**Результаты.** Проанализированы 2 группы: группа пациентов, которым было проведено оперативное лечение в объеме лапароскопии, санации и дренировании брюшной полости, — 22 (33,8 %) ребенка и группа пациентов, которым была проведена срединная лапаротомия, — 43 (66,8 %) ребенка. Применение лапароскопического способа лечения позволило в более ранние сроки активизировать пациентов, сократить количество послеоперационных осложнений, уменьшить сроки лечения. Среднее количество койко-дней при открытом способе лечения перитонита составило 9,7; при лапароскопическом — 7,2. С 2017 г. в нашей клинике, в лечении тяжелых форм разлитого перитонита с абдоминальным сепсисом применяется система вакуумной аспирации. За отчетный период 3 детям было выполнено оперативное лечение с использованием технологий отрицательного давления. Этот способ применялся как альтернатива лапаростомы при тяжелых перитонитах с абдоминальным сепсисом. Обращало на себя внимание более быстрое очищение лапаротомных ран и брюшной полости от гнойного экссудата, уменьшение инфильтрации и улучшение перистальтики кишечника. Малое количество наблюдений лечения детей системой отрицательного давления не позволило провести статистический анализ, однако, на наш взгляд, метод заслуживает внимания и может успешно использоваться в детской хирургии при тяжелых формах перитонита.

### Выводы:

1. При лапароскопической санации брюшной полости при перитоните более быстрый этап восстановления, меньше осложнений, сокращение сроков лечения.

2. У детей с тяжелыми формами перитонита можно использовать вакуум-ассистированную лапаротомию, что способствует более быстрому очищению брюшной полости от гнойного экссудата, уменьшению внутрибрюшного давления, раннему восстановлению перистальтики кишечника.

**Ключевые слова:** перитонит; лапароскопическая аппендэктомия; вакуумная аспирация; отрицательное давление.

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ И ПАРАРЕКТАЛЬНЫМИ СВИЦАМИ: АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДИК

Зюзько Д.Д., Щербакова О.В

Российская детская клиническая больница, Москва, Россия

**Обоснование.** Параректальный свищ — частое, рецидивирующее заболевание перианальной области, встречающееся у детей разного возраста. По данным мировой литературы известно, что в исходе острого парапроктита от 20 до 85 % случаев наблюдений формируется параректальный свищ. В доступных публикациях отсутствует единое мнение по тактике лечения детей с параректальными свищами, ведутся дискуссии о выборе оптимальной методики.

**Цель:** анализ результатов хирургического лечения детей с параректальными свищами с поиском эффективной методики.

**Материалы и методы.** В период 2011–2021 гг. на стационарном лечении в РДКБ находилось 84 ребенка с параректальными свищами (75 мальчиков, 9 девочек). Пациенты были разделены на 2 группы: первая группа — дети, которым выполнено иссечение свища по методике Габриэля ( $n = 53$ ), вторая группа — пациенты, которым проведена сегментарная проктопластика перемещенным лоскутом прямой кишки ( $n = 21$ ). В послеоперационном периоде проводилась оценка рецидивов параректального свища после применения данных методик. Для оценки достоверности полученных результатов проведен корреляционный анализ с применением метода  $\chi^2$  Пирсона.

**Результаты.** У пациентов первой группы после операции Габриэля рецидив параректального свища возник в 16 % случаев (7 детей), что потребовало повторного иссечения свища. Во второй группе рецидивов не выявлено. По данным статистического анализа с применением корреляционного анализа послеоперационные результаты достоверно лучше при применении сегментарной проктопластики перемещенным лоскутом прямой кишки ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** На основании проведенного анализа сегментарная проктопластика перемещенным лоскутом показала себя эффективной методикой, с минимальным количеством послеоперационных осложнений. При выборе операции Габриэля следует помнить о возможных рисках рецидива параректального свища.

**Ключевые слова:** острый парапроктит; параректальный свищ; сегментарная проктопластика; фистулэктомия.

## ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЭХИНОКОККОВЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Икромов Т.Ш.

Медико-социальный институт Таджикистана, Душанбе, Таджикистан

**Обоснование.** Сохранение распространенности природного очага эхинококковой инвазии, проблема диагностики, лечение и профилактика эхинококкоза остается актуальными проблемами. Эхинококкоз в детском организме обладает экспансивным ростом с частыми (31 %) осложнениями.

**Цель:** изучить результаты лечения инфицированных эхинококковых кист легких у детей.

**Материалы и методы.** Изучены результаты лечения инфицированных эхинококковых кист легких у 104 детей в возрасте от 3 до 18 лет. Односторонние эхинококковые кисты (ЭК) были обнаружены у 81 (77,9 %) ребенка, двусторонние — у 23 (22,1 %). ЭК по размеру остаточной полости разделены: на средние (диаметром 7–10 см) — у 40 (38,4 %) больных; большие (11–15 см) — у 35 (33,7 %) и гигантские кисты (16–20 см и более) — у 29 (27,9 %). ЭК инфицировались после прорыва в бронх у 82 (78,8 %) и в плевральную полость — у 22 (21,2 %) пациентов. По срокам поступления: в первые сутки от начала развития осложнений — 17 (16,3 %), до недели — 28 (26,9 %), до одного месяца — 25 (24,0 %), и позже одного месяца — 34 (32,7 %) пациента. Диагноз установлен на основании клинико-лабораторных, рентгенологических (обзорная рентгенография и КТ), УЗИ и функциональных методов исследования.

**Результаты.** У 9 пациентов при развитии внутриплеврального и внутрилегочного напряжения с клапанным механизмом и уменьшением дыхательной поверхности легкого в первую очередь проводились мероприятия по снятию напряжения путем дренирования и аспирации плевральной полости, у 5 детей выполнена бронхоскопия и временная окклюзия бронхиальных фистул при синдроме сброса. Эхинококкэктомия легких проводилась открытым способом с ликвидацией остаточной полости фиброзной капсулы (ФК). При ликвидации остаточной полости учитывались ее размеры. Операция по созданию междолевой или межсегментарной щели по А.Т. Пулатову выполнялась у детей со средними остаточными полостями фиброзной капсулы (40). При больших и гигантских размерах остаточной полости ФК эхинококкэктомия выполнялась с помощью модифицированного способа клиники (54 пациентам), который заключается в создании междолевой или межсегментарной щели путем формирования трех или четырех лоскутов. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений у 2 плеврит и у 2 бронхиальные свищи, которые проведением консервативной терапии устранились.

**Выводы.** Выбор рационального способа предоперационной подготовки, интра- и послеоперационное ведение, методы ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы эхинококковой кисты способствовало достижению благоприятного исхода.

**Ключевые слова:** эхинококкоз; эхинококковые кисты; легкие; торакальная хирургия; дети.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КЛАПАНАМИ ЗАДНЕЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ

Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Сайедов К.М., Асадов С.К.

Медико-социальный институт Таджикистана, Душанбе, Таджикистан

**Обоснование.** Одной из причин обструкции нижних мочевых путей у детей является клапан задней уретры (КЗУ) и по частоте составляет у одного на 5000–8000 новорожденных мальчиков. При позднем обнаружении может привести к осложнениям со стороны почек, что в конечном итоге может вызвать хроническую болезнь почек.

**Цель:** оптимизация диагностики и лечение детей с клапанами задней части уретры.

**Материалы и методы.** Изучены результаты диагностики и лечения КЗУ у 7 детей в возрасте от 0 до 3 лет за период с 2016 по 2022 г. Проводилось стандартное обследование: УЗИ почек и мочевого пузыря с доплерографией, микционная цистоуретрография, экскреторная урография.

**Результаты и их обсуждение.** Пациенты с КЗУ разделены на 2 группы: первая группа (4), у которых сочетание КЗУ с двухсторонним ПМР; вторая группа (3) сочетание КЗУ и мочеточниково-зависимой формой мегауретра. ТУР клапана задней части уретры проводилась с помощью гольмиевого лазера с тубусом цистоскопа № 9 Ch. После ТУР КЗУ на 10-й день устанавливался нелатоновый катетер № 8. После удаления уретрального катетера и восстановления нормального мочеиспускания проводился курс реабилитационной терапии. После разрушения КЗУ оценивалась струя и ритм спонтанных мочеиспусканий, при выявлении которых определяли наличие дисфункции мочевого пузыря. Всем детям после выписки проведен амбулаторно-комплексный курс реабилитационной терапии.

**Заключение.** Анализ результатов устранения клапана задней части уретры у детей с применением гольмиевого лазера как миниинвазивный метод способствует восстановлению уродинамики нижних мочевых путей.

**Ключевые слова:** клапан задней части уретры; трансуретральная резекция; гольмиевый лазер.

# АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ГИПОСПАДИЕЙ

Ибрагимов К.Н.<sup>1</sup>, Ахмедов Ю. М.<sup>2</sup>, Мавлянов Ф.Ш.<sup>2</sup>, Ахмедов И.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан;

<sup>2</sup> Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Обоснование.** Гипоспадия является одним из наиболее часто встречающихся врожденных пороков у мужчин. Она как тяжелая аномалия приводит к нарушению акта мочеиспускания, дисфункции половой сферы, бесплодию, а также к психическим нарушениям. За последние 40 лет отмечается значительное повышение частоты рождаемости детей с гипоспадией (Fisch H 2010).

**Цель:** проанализировать результаты хирургического лечения гипоспадии у детей.

**Материалы и методы.** За период с 2017 по 2022 г. в отделении детской хирургии ОДММЦ Самарканда на обследовании и лечении находились 160 пациентов в возрасте от 1 до 18 лет с гипоспадией различной формы. Дети были обследованы и после предоперационной подготовки всем детям произведено оперативное лечение. Из них гипоспадия головчатой формы (67 больных), стволовая форма (68 больных), мошоночная форма (25 больных).

Гипоспадия головчатой формы у детей в возрасте от 1 до 3 лет наблюдалось у 10, в возрасте 4–7 лет — 32, в возрасте 8–11 лет — 9, в возрасте 12–15 лет — 6, в возрасте 16–18 лет — 10. Этим пациентам были применены различные методы операции, такие как МАГПИ, Хаберлик, П-образная уретропластика. Метод МАГПИ был применен 54 пациентам, Хаберлик — 9, П-образная уретропластика — 4. Среди них у 8 детей в послеоперационном периоде наблюдалась полное расхождение швов, что составило 11,9 %. Гипоспадия стволовой формы у детей в возрасте 1–3 лет наблюдались в 23 случаях, в возрасте от 4–7 лет — в 25, 8–11 лет — в 8, 12–15 лет — в 9. При данной форме гипоспадии были применены метод Даккет 24 пациентам, Дюплея — 31, П-образное уретропластика — 5, Baurs flap — 7, Гросса — 1. У детей, которым были применены метод Даккета, в послеоперационном периоде уретральные свищи наблюдались у 5 человек, что составило 20,8 %; метод Дюплея — 7 (22,5 %); Гипоспадия мошоночной формы у детей в возрасте от 1–3 лет — 10, в возрасте 4–7 лет — 12, в возрасте 8–11 лет — 1, 12–15 лет — 2. У пациентов с мошоночной формы мы использовали метод операции, состоящий из двух этапов. Первый этап заключался в иссечении хорды расправленного полового члена и пересадка кожи из крайнего плоти на тело полового члена, для дальнейшего создания уретры. Вторым этапом (через 6 мес. после первого) из пересаженной кожи было выполнена уретропластика.

**Результаты.** Всем пациентам был применен метод Baurs flap, осложнения наблюдались в виде уретерального свища у 3 детей и сужение уретры на месте анастомоза — у 2 и у одного — рубцовая деформация полового члена, что потребовало повторной хирургической коррекции.

**Выводы.** Таким образом, наиболее часто встречающиеся осложнения при хирургической коррекции гипоспадии у детей — уретральные свищи, частичное расхождение швов и рубцовая деформация полового члена. Частота осложнений зависит от формы порока. Чаще всего осложнения встречаются у детей со стволовой и мошоночной формой, а при головчатой форме осложнения наблюдаются редко.

Успех лечения гипоспадии у детей зависит не только от правильного выбора операции, но и в равной степени от многих нюансов послеоперационного ведения — оптимального метода отведения мочи, наложения повязки, использование современного атравматического шовного материала и микрохирургического инструментария, что значительно улучшает результаты оперативного лечения гипоспадии.

**Ключевые слова:** гипоспадия; осложнения; оперативное лечение; дети; уретеропластика.

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С МЕКОНИАЛЬНЫМ ИЛЕУСОМ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Иванов С.Д.<sup>1,2</sup>, Слизовский Г.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия;

<sup>2</sup> Областной перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко, Томск, Россия

**Обоснование.** В мире ежегодно увеличивается количество детей, родившихся преждевременно, что в свою очередь повышает частоту различных неотложных состояний, связанных с незрелостью их органов и систем. Кишечная гипомоторика, недостаточность эндокринных и экзокринных желез пищеварительной системы приводят к развитию мекониальной обструкции у недоношенных детей различной степени тяжести. Актуальным является изучение эффективности различных способов консервативного лечения мекониального илеуса, а также усовершенствование тактики и оперативных техник с уменьшением инвазивности и этапности вмешательств.

**Цель:** изучить результаты хирургического лечения недоношенных детей с мекониальным илеусом.

**Материалы и методы.** В исследование включены дети, рожденные в Областном перинатальном центре Томска с января 2018 г. по апрель 2023 г., с гестационным сроком менее 36 нед. и экстремальной или очень низкой массой тела, у которых был выявлен мекониальный илеус. В группу А вошли дети, которым проводилось консервативное лечение с помощью лечебной ирригографии. В группу Б вошли дети, которым проводилось оперативное вмешательство при неэффективности консервативного лечения и наличии осложнений в виде перфорации кишечника. Проведен анализ факторов риска развития илеуса, эффективности лечебной ирригографии, длительности госпитализации, продолжительности энтерального голодания и результатов хирургического лечения. Проведена статистическая обработка данных в программе IBM SPSS Statistics v.23. Значимыми приняты различия при  $p < 0,005$ .

**Результаты.** За указанный период всего родилось 1823 недоношенных ребенка, среди которых частота мекониального илеуса составила 5,6 %. Прооперировано 12 детей (группа Б), из которых у 7 возникла перфорация тонкой кишки, у остальных — неэффективность консервативной терапии. В 9 случаях выполнена резекция участка кишки с формированием двустольной энтеростомы и последующим формированием компрессионного соустья; у 3 — формирование Т-образного анастомоза с отводящей энтеростомой. При анализе факторов риска выявлено значимое повышение частоты МИН у детей из двойни, с массой тела менее 1500 г при рождении. Эффективность лечебной ирригографии с водорастворимым контрастом составила 65 %, что позволило избежать проведения оперативного вмешательства и разрешить тонкокишечную непроходимость. Продолжительность энтерального голодания значимо была выше у детей из группы Б. Большинство осложнений хирургического лечения было связано с наличием функционирующей кишечной стомы. Формирование компрессионного анастомоза с помощью устройств с памятью формы из никелида титана позволило снизить частоту спаечной непроходимости на 70 %, патологических потерь химуса на 89 % и закрыть стому в плановом порядке без выполнения резекции, лишь ушиванием наружной части сформированного соединения во всех случаях.

**Заключение.** Эффективность консервативной терапии илеуса с проведением лечебной ирригографии составляет 65 %. Алгоритм ведения детей с МИН позволяет снизить частоту оперативных вмешательств и осложнений, а также уменьшить длительность госпитализации. Использование компрессионного устройства с памятью формы из никелида титана для создания отсроченного анастомоза в области двустольной энтеростомы позволяет уменьшить патологические потери химуса в 89 % случаев и закрыть стому в плановом порядке ушиванием наружной части сформированного соединения.

**Ключевые слова:** мекониальный илеус недоношенных; энтеростомия; компрессионный анастомоз.

# СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Исмайылов М.У.<sup>1</sup>, Поддубный И.В.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан;

<sup>2</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

**Обоснование.** Применение лапароскопических технологий при лечении детей с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) является новым направлением в детской хирургии и колопроктологии.

**Цель:** ретроспективный анализ результатов проведения лапароскопических операций (ЛО) у 115 детей с ВЗК (62 ребенка с болезнью Крона).

**Материалы и методы.** В период с 2005 по 2021 г. ЛО были выполнены 115 детям с ВЗК, в том числе 62 ребенка с болезнью Крона (возраст — от 4 до 17 лет). Показанием к ЛО были стриктуры илеоцекальная — 42 (67,7 %); проксимальные отделы тонкой кишки — 11 (17,7 %); толстая кишка — 9 (14,5 %). Выполненные ЛО илеоцекальная резекция с интракорпоральным тонко-толстокишечным анастомозом — 43; резекция тонкой кишки с тонко-тонкокишечным анастомозом — 10; резекция прямой кишки с наложением колоанального анастомоза — 4; субтотальная колэктомия с наложением илео-ректального анастомоза — 3; резекция толстой кишки с наложением толсто-толстокишечного анастомоза — 2.

**Результаты.** В группе из 62 детей с болезнью Крона, которым были проведены лапароскопические операции, случаев послеоперационной летальности не было; случаев конверсии — не было; общее количество осложнений, потребовавших проведения повторных операций, — 2 (3,2 %).

**Заключение.** Лапароскопические технологии позволяют существенно улучшить результаты лечения детей с тяжелыми и осложненными формами ВЗК, добиться отличных функциональных и косметических результатов при очень небольшом количестве осложнений. Ограничения в использовании данных методик постепенно исчезают по мере накопления практического опыта. Лечение детей с тяжелыми и осложненными формами ВЗК нужно проводить в специализированных центрах с участием мультидисциплинарной бригады специалистов — на всех этапах лечения (гастроэнтеролог, колоректальный хирург, нутрициолог, радиолог и др.).

**Ключевые слова:** болезнь Крона; анастомоз; лапароскопия.



## ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ С ЭХОГРАФИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АБСЦЕССАМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Казаков А.Н.<sup>1</sup>, Румянцева Г.Н.<sup>2</sup>, Юсуфов А.А.<sup>2, 1</sup>, Марченко А.А.<sup>1</sup>,  
Портенко Ю.Г.<sup>1</sup> Кузнецов В.Н.,<sup>1</sup> Горшков А.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия;

<sup>2</sup> Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

**Цель:** анализ результатов лечения абсцессов брюшной полости с применением интервенционных вмешательств под УЗ-навигацией.

**Материалы и методы.** Изучены результаты лечения 32 пациентов с абсцессами брюшной полости, находившихся во 2-м хирургическом отделении ГБУЗ ДОКБ Твери в 2018–2023 гг. в возрасте от 2 до 17 лет, среди которых мальчиков было 18 (56,3 %), девочек — 14 (43,7 %). У 20 (62,5 %) пациентов аппендикулярный абсцесс формировался в результате неэффективности консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата. В 12 (37,5 %) случаях зарегистрированы абсцессы, возникшие после аппендэктомии. Абсцессы локализовались у 22 (68,8 %) пациентов в правой подвздошной области, у 2 (6,3 %) — в подпеченочном пространстве, у 7 (21,8 %) — в полости малого таза. Один (3,1 %) пациент имел множественные (8 полостей) абсцессы брюшной полости.

**Результаты и обсуждение.** Клиническая манифестация характеризовалась нарастанием явлений интоксикации и усилением болей в животе. Сроки абсцедирования аппендикулярного инфильтрата переменны, послеоперационные абсцессы выявлялись через  $5,2 \pm 1,2$  сут после аппендэктомии. Совокупность клинико-инструментальной картины внутрибрюшного абсцесса, размер которого по оси был более 25–30 мм, служили показанием интервенционному вмешательству. Длительно существующие абсцессы имели более выраженную капсулу и лучший акустический доступ. Противопоказанием к пункциям служило отсутствие безопасного акустического окна. Для манипуляции использовались конвексные (3,5 МГц) и линейные (5–7 МГц) датчики с пункционной насадкой (на этапе освоения методики), а затем, с накоплением опыта, применяли метод «свободной руки», позволяющий лучше маневрировать иглой. Вмешательства выполняли под общим обезболиванием. Абсцессы больших размеров дренировались с последующим промыванием полости, пункционным способом проводили лечение при минимальных размерах гнойной полости, с однородным содержимым, несформированной капсулой и сформированным перифокальным инфильтратом. Для мониторинга выполняли УЗИ непосредственно после вмешательства, на следующий день и затем осуществляли динамический контроль каждые 2–3 дня. У всех пациентов отмечалась полная резорбция полости, нормализация температуры тела и тенденция к стабилизации лабораторных показателей, что считалось хорошим результатом.

Дренирование выполнено 19 детям с длительностью манипуляции около  $23 \pm 8,2$  мин. При пункционном способе тайминг сократился до  $16 \pm 5,5$  мин у 12 детей. У большинства пациентов эффект достигнут с первой манипуляции, в 2 случаях потребовалось повторное вмешательство (пункция и дренирование).

**Заключение.** Интервенционные технологии под УЗ-навигацией позволяют эффективно и малотравматично ликвидировать абсцессы брюшной полости, что способствует быстрейшему излечению детей, предотвращая открытые хирургические вмешательства. Метод свободной руки приоритетнее, благодаря возможности широкого маневра пункционной иглы при ликвидации гнойной полости.

**Ключевые слова:** интервенционные технологии; эхография; абсцессы; дети.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ СЕЛЕЗЕНКИ

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

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

**Актуальность.** Киста селезенки — редкая патология детского возраста. Кисты селезенки имеют различную этиологию и у детей, как правило, не имеют клинических проявлений. Широкое внедрение в клиническую практику УЗИ привело к улучшению их раннего выявления, что, в свою очередь, актуализировало вопросы показаний и методов хирургического лечения.

**Цель:** изучить хирургическую тактику и результаты хирургического лечения кист селезенки у детей.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 38 детей в возрасте от 7 до 17 лет ( $M = 12,7 + 2,9$ ), оперированных в НИИ НДХиТ по поводу непаразитарных кист селезенки. Среди оперированных детей преобладали девочки — 57,9 % (22). Основным методом диагностики было УЗИ, при котором были выявлены кисты размерами от 4 до 10 см в диаметре. Для уточнения синтопии и структурных характеристик кист также проводили КТ органов брюшной полости. Все дети были обследованы на эхинококкоз (отрицательный). Оценивали методы хирургического лечения, послеоперационные осложнения, рецидивы.

**Результаты.** Всем детям выполнена лапароскопическая фенестрация кисты селезенки. Интраоперационно в экстраорганической части кисты выполняли пункцию, аспирацию содержимого кисты и фенестрацию по краю паренхимы селезенки с формированием широкого окна, соответствующего диаметру кисты. Иссечение оболочек проводили гармоническим скальпелем-коагулятором или полупроводниковым лазером с длиной волны 0,97 мкм, что обеспечивало надежный гемостаз. Внутреннюю выстилку остаточной полости кисты обрабатывали аргон-плазменной коагуляцией. Во всех наблюдениях проводили гистологическое исследование резецированных оболочек. Истинные мезотелиальные кисты с эпителиальной выстилкой несколько преобладали и составили 68,4 % (26). Рецидивы имели место в 4 (10,5 %) наблюдениях. Из них у одного (2,6 %) ребенка с рецидивом гигантской кисты в течение первого месяца после ее разрыва и лапароскопической фенестрации была выполнена лапароскопическая спленэктомия. У 3 (7,9 %) детей в течение первых 2 лет после лапароскопической фенестрации были диагностированы рецидивы с образованием множественных кист селезенки, что потребовало выполнения повторной операции — лапароскопической резекции селезенки, причем у одного ребенка была выполнена предварительная селективная эмболизация ветви селезеночной артерии полюса селезенки, содержавшего множественные кисты. У всех детей с рецидивами повторное гистологическое исследование подтвердило множественные мезотелиальные кисты селезенки.

**Заключение.** Лапароскопическая фенестрация является эффективным методом хирургического лечения непаразитарных солитарных кист селезенки размерами более 4 см в диаметре. Основная причина рецидива — множественные мезотелиальные кисты селезенки. При диагностике множественных кист лапароскопическая резекция селезенки считается малоинвазивным методом хирургического лечения, позволяющим сохранить здоровую часть органа.

**Ключевые слова:** киста селезенки; лапароскопия; фенестрация; дети.

## БРАХИМЕТАКАРПИЯ И БРАХИМЕТАТАРЗИЯ У ДЕТЕЙ: ТЕХНИКА ОДНОМОМЕНТНОЙ КОРРЕКЦИИ

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

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

**Актуальность.** Брахиметакарпия и брахиметатарзия — редкие врожденные аномалии развития, в основе которых лежит укорочение пястных и плюсневых костей. Чаще встречается у девочек. Распространенность брахиметакарпии точно не известна, а вот брахиметатарзия варьируется от 0,002 до 0,05 % в популяции. Начало проявления деформации — раннее детство, но наиболее выраженной она становится ближе к 10 годам. Этиология полностью не изучена, предполагается преждевременное закрытие зоны роста. Золотого стандарта хирургического лечения данной аномалии не существует. Предпочтение чаще отдается дистракционному или одномоментному способу коррекции. Оптимальным возрастом коррекции является возраст от 12 до 16 лет, период достаточно активной социальной позиции ребенка, что не всегда позволяет использовать дистракционный способ лечения.

**Цель:** восстановление опорной функции стопы и нормального хвата кисти, улучшение внешнего вида, минимизации психологического и социального воздействия деформации.

**Материалы и методы.** За период с 2018 по 2023 г. в отделении травматологии и ортопедии ДГКБ им. Н.Ф. Филатова было пролечено 32 пациента с брахиметакарпией и брахиметатарзией. Коррекция порока производилась в возрасте от 12 до 16 лет. Техника операции заключалась в одномоментном удлинении пястной или плюсневой костей на аппарате наружной фиксации. Длина дефекта составляла 11–13 мм. Забор трансплантата для заполнения последнего производился в метафизе большеберцовой кости. После заполнения зоны дистракции весь комплекс фиксировался пластиной 2,0 или 1,5. Аппарат демонтировали. Осевую нагрузку начинали через 4 нед.

**Результаты.** Более эластичные мягкие ткани в детском возрасте позволили выполнять одномоментное удлинение на 11–13 мм. Во всех случаях была достигнута полная перестройка трансплантата. Ни у одного из пролеченных детей не было отмечено тракционного повреждения сосудисто-нервного пучка или проблем с сухожильно-связочным аппаратом.

**Заключение.** Одномоментное удлинение позволяет добиться сравнительно быстрого косметического результата без длительного использования дистракционного аппарата, а следовательно быстрее вернуться к обычному образу жизни.

**Ключевые слова:** брахиметатарзия; брахиметакарпия; брахидактилия типа E; дети.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕШЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ ЗАДАЧ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

Карпова И.Ю.<sup>1</sup>, Стриженов Д.С.<sup>2</sup>, Мясников Д.А.<sup>2</sup>, Паршиков В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 1, Нижний Новгород, Россия

**Актуальность.** Частота встречаемости перитонита составляет 3–4 % среди всех острых хирургических заболеваний у детей. Несмотря на усовершенствование техники лечения, летальность остается высокой и находится на уровне 4,5 % при ранней диагностике, до 50 % при запущенных и осложненных случаях.

**Цель:** представить опыт диагностики и лечения аппендикулярного перитонита у детей.

**Материалы и методы.** На базе хирургического отделения ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница № 1» Нижнего Новгорода за период с 2018 по 2022 г. пролечено 126 пациентов с различными видами аппендикулярного перитонита, что в общей структуре заболеваний, сопряженных с патологией червеобразного отростка, составило 11,2 % (1116). Возраст детей варьировал от 2 до 17 лет ( $9,42 \pm 3,7$ ).

Всем детям проводили осмотр с оценкой общего и локального статуса, выполняли лабораторные и инструментальные исследования (УЗИ ОБП Vivid 7-го экспертного класса, датчики: конвексный линейный). Микробиологический анализ выпота из брюшной полости производили по общепринятой методике, включающей посев материала на среды с определением видовой принадлежности (среда Himedia, Индия, тест-система Erba Lachema, Чехия).

После установления диагноза «деструктивный аппендицит, перитонит», с учетом тяжести состояния, осуществляли предоперационную подготовку, которая длилась от 30 мин до 3 ч 35 мин.

**Результаты.** Лапароскопически прооперированы 75 (59,5 %) пациентов, открытые методы хирургического лечения применили у 51 (49,5 %), из них: доступ Шпренгеля выполнили 31 (61 %) пациенту, Волковича-Дьяконова использовали в 19 (37 %) случаях, срединная лапаротомия проведена 1 ребенку.

Местный перитонит выявлен в 55 % случаев, диффузный констатирован у 8 % оперированных, распространенный в 2 % наблюдений, периаппендикулярный абсцесс диагностирован у 35 % больных.

Бактериологический анализ показал, что основное количество штаммов, из них энтеробактерии (87 %), неферментирующие (72 %), были чувствительны ко всем антибиотикам. В исследовании отмечена эффективность цефалоспоринов, так как к ним были чувствительны 163 (73 %) культуры из 223 выделенных. В 23 % случаев выявлена чувствительность к аминогликозидам.

В послеоперационном периоде пациентам назначали терапию, соответствующую лечению пациентов с перитонитом.

Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии, средний койко-день составил  $14,32 \pm 2,4$ .

**Заключение.** Таким образом, своевременная диагностика патологии аппендикулярного генеза, предоперационная подготовка и адекватный выбор хирургической тактики, с последующим персонализированным назначением антибактериальной терапии, позволят улучшить лечение и снизить количество неблагоприятных исходов.

**Ключевые слова:** аппендикулярный перитонит; дети; диагностика; микрофлора; комплексное лечение.

## ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА 9 ЛЕТ С ТРАВМОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМИРОВАНИЕМ КИСТЫ

Карпова И.Ю.<sup>1</sup>, Стриженок Д.С.<sup>2</sup>, Мясников Д.А.<sup>2</sup>, Филькин А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 1, Нижний Новгород, Россия

По данным литературы, за последние десятилетия число случаев травматического повреждения поджелудочной железы (ПЖ) у детей увеличилось на 1–2 %, что связано не только с ростом автомобильных аварий, но и с популяризацией подвижных видов спорта (велосипед, самокат).

**Описание наблюдения.** В детскую городскую клиническую больницу поступил мальчик 9 лет, который получил травму в результате падения с велосипеда. При поступлении ребенок жаловался на боль в верхних отделах живота и в области раны на передней брюшной стенке (ПБС).

При осмотре в приемном покое состояние тяжелое, пострадавший в сознании.

Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в верхних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. В эпигастральной области имеется горизонтальная зияющая рана до 9 см длиной.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости: уровней жидкости, свободного газа нет. По данным УЗИ органов брюшной полости (ОБП) отмечены признаки травмы ПЖ с формированием гематомы объемом до 58 мл.

В общем анализе крови лейкоцитоз ( $12,75 \times 10^9/\text{л}$ ), увеличение амилазы до 1664 Ед/л.

После предоперационной подготовки выполнена диагностическая лапароскопия с вскрытием и дренированием сальниковой сумки, санацией брюшной полости, первичной хирургической обработкой раны ПБС.

После операции пациенту продолжена антибактериальная (цефотаксим, амикацин, Метрогил в/в, Цефбактам), гемостатическая (этамзилат в/в, Викасол в/м), инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, также вводили ингибиторы панкреатической секреции (гордокс, октреотид, в/в), назначали консультации гастроэнтеролога для подбора диетического питания. В динамике проводили мультиспиральную компьютерную томографию и УЗИ ОБП, на которой выявлена псевдокиста тела ПЖ объемом до 22 мл. В процессе лечения состояние стабилизировалось, показатели амилазы нормализовались (271 Ед/л), ребенок на 44-й к/день выписан домой.

Через 4,5 мес. объем кисты увеличился до 320 мл, в связи с чем при плановой госпитализации была выполнена лапаротомия с наложением цистоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле. Послеоперационный период протекал без осложнений, ребенок выписан на 14-й к/день домой.

**Заключение.** Таким образом, УЗИ ОБП и лабораторная диагностика позволяют выявить и проследить в динамике посттравматические изменения в ПЖ, а адекватное комплексное лечение способствует выздоровлению пациентов.

**Ключевые слова:** травма поджелудочной железы; псевдокиста; диагностика; комплексное лечение; дети.

# МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АБСЦЕССОМ И ИНФИЦИРОВАННОЙ КИСТОЙ ПОЧКИ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Киптилов А.В.<sup>1</sup>, Красильников А.А.<sup>1</sup>, Выходцева Г.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия;

<sup>2</sup> Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

**Обоснование.** Диагностика абсцесса, инфицированных кист почек у детей раннего возраста является сложной задачей, учитывая позднее проявление специфических признаков, а консервативная терапия не дает гарантии выздоровления. Пункция патологической полости под контролем УЗИ может выступать методом выбора у детей раннего возраста.

**Цель:** оценить результат лечения абсцесса и инфицированных кист у детей раннего возраста.

**Описание наблюдений.** В течение апреля и мая 2023 г. в условиях КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (АККЦОМД) обследованы и пролечены 2 ребенка: 1 месяца жизни с абсцессом почки и 1 г. 9 мес. с инфицированной кистой почки. Применено консервативное и малоинвазивное хирургическое лечение.

Ребенок возрастом 1 мес. поступил в АККЦОМД на 5-е сутки жизни с симптомом интоксикации на фоне субфебрильной температуры тела с нейтрофильным лейкоцитозом в периферической крови и отсутствием патологических изменений в анализах мочи и по данным УЗИ почек. На фоне антибактериальной терапии отмечалось ухудшение состояния с повышением температуры до фебрильных цифр. На 6-е сутки пребывания в стационаре по данным УЗИ признаки формирующегося абсцесса левой почки. На 8-е сутки определяется жидкостный компонент. Под контролем УЗИ выполнена пункция абсцесса левой почки с аспирацией содержимого. В течение суток нормализация температуры тела и улучшение состояния. Ребенок выписан на 7-е сутки после вмешательства.

Ребенок второго года жизни доставлен в АККЦОМД бригадой СМП на фоне стойкого повышения температуры тела до фебрильных цифр с отсутствием патологических изменений в анализах мочи. По данным УЗИ обнаружены признаки кистозного образования правой почки с жидкостным содержимым. Под контролем УЗИ выполнена пункция кисты с аспирацией содержимого гнойного характера. В течение суток нормализация температуры тела и улучшение состояния. Ребенок выписан на 7-е сутки после вмешательства.

**Заключение.** Малоинвазивные вмешательства в виде пункции абсцесса и инфицированной кисты почки под контролем УЗИ у детей раннего возраста дают хороший эффект и быстро улучшают состояние пациента.

**Ключевые слова:** абсцесс почки; инфицированная киста почки; пункция под контролем УЗИ; дети раннего возраста.

## НАРУШЕНИЕ УРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАК ПРЕДИКТОР РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Киптилов А.В.<sup>1</sup>, Фролова К.Р.<sup>1,2</sup>, Тен Ю.В.<sup>1,2</sup>, Пяткова М.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия;

<sup>2</sup> Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

**Обоснование.** Проведение уродинамического исследования с целью оценки состояния и функционирования нижних отделов мочевыводящей системы позволило выявить функциональные нарушения акта мочеиспускания у детей с рецидивирующей инфекцией мочевыводящих путей.

**Цель:** изучить влияние функциональных нарушений акта мочеиспускания на развитие рецидивирующей инфекции у детей.

**Материалы и методы.** Рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) — распространенная патология в детском возрасте. К ней относятся такие нозологические формы, как хронический цистит, хронический пиелонефрит, бессимптомная бактериурия. Причинами хронической инфекции являются анатомические пороки и функциональные нарушения. Нередко данная патология сочетается с наличием пузырно-мочеточникового рефлюкса. Возникновение ретроградного тока мочи из мочевого пузыря в мочеточник как следствие нарушения пассажа мочи приводит к необратимым изменениям ткани почек, таких как фиброз и деформация чашечно-лоханочной системы, развитию локального или диффузного склероза, что подчеркивает необходимость коррекции уродинамических показателей. На базе уроandroлогического отделения для детей КГБУЗ «АККЦОМД» за период 2019–2022 гг. пролечено 364 пациента с рецидивирующей ИМВП: хронический цистит (N30.2) — 129 детей, ПМР (Q62.7) — 185, хронический пиелонефрит (N11.0–N11.9) — 50. Пациентам проводилось клинико-лабораторное и инструментальное обследование, регламентированное клиническими рекомендациями, дополненное уродинамическими исследованиями: урофлоуметрией, урофлоуметрией с электромиографией (ЭМГ) мышц тазовой диафрагмы, исследованием «давление – поток».

**Результаты.** У 51,6 % (188 детей) пациентов с рецидивирующей ИМВП выявлены уродинамические нарушения, вид нарушений определял дальнейшую тактику ведения пациентов.

**Заключение.** Использование в диагностике пациентов с рецидивирующей ИМВП таких методов, как урофлоуметрия, урофлоуметрия с ЭМГ, исследование «давление – поток», позволило выявить уродинамические нарушения у 51,6 % пациентов. Функциональные нарушения акта мочеиспускания — предрасполагающий фактор развития ИМВП у детей. Оценка уродинамики нижних мочевых путей является основополагающей в диагностике пациентов с рецидивирующей ИМВП.

**Ключевые слова:** цистит; пиелонефрит; пузырно-мочеточниковый рефлюкс; уродинамика; урофлоуметрия; исследование «давление – поток»; дети.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КЛАПАНАМИ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ

Киреева Н.Б.<sup>1,2</sup>, Заугаров М.Ю.<sup>2</sup>, Тибилев А.З.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Приволжский исследовательский университет, Нижний Новгород, Россия;

<sup>2</sup> Нижегородская областная детская клиническая больница, Нижний Новгород, Россия

**Обоснование.** Клапаны задней уретры (КЗУ) как одна из самых частых причин инфравезикальной обструкции у мальчиков вследствие расстройства уродинамики еще во внутриутробном периоде вызывают нарушение структуры почек, расширение мочеточников, нейрогенный мочевой пузырь, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (САКУТ-синдром).

**Цель:** улучшение результатов лечения КЗУ у мальчиков.

**Материалы и методы.** В клинике детской хирургии на базе областной детской больницы за три года пролечены 7 мальчиков с диагнозом КЗУ. Из них у 5 в антенатальном периоде установлена патология почек, двусторонний мегауретерогидронефроз, в одном случае — мегацистис. 2 пациента обратились в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание в возрасте 7 лет, причем у одного мальчика данная патология сочеталась с гипоспадией. 5 детей оперированы в периоде новорожденности, им выполнено эндоскопическое рассечение КЗУ, одному ребенку предварительно наложена пункционная цистостома.

**Результаты.** Детям с пузырно-мочеточниковым рефлюксом проведена эндоколлагенопластика устья. При сочетании с обструкцией пузырно-мочеточникового соустья одновременно выполнена установка мочеточникового стента. В послеоперационном периоде дети получали антибиотикотерапию, инфузионную терапию, гипербарическую оксигенацию. Благодаря раннему оперативному лечению, направленному на декомпрессию верхних мочевых путей, хроническая болезнь почек с развитием почечной недостаточности имеется только у одного ребенка с гипоплазией почек, он находится на перитонеальном диализе. У остальных пациентов отмечено заметное улучшение функции почек. Нейрогенный мочевой пузырь (НМП) присутствует у всех больных, в связи с чем дети периодически получают реабилитационное лечение, один — носитель цистостомы. Все дети наблюдаются у нефрологов. У 2 мальчиков старшего возраста также имеется НМП.

**Заключение.** Таким образом, пациенты с КЗУ требуют комплексного и длительного лечения у специалистов разного профиля (урологов, нефрологов, физиотерапевтов, эфферентологов), этапных операций по показаниям для сохранения функции почек.

**Ключевые слова:** клапаны задней уретры; инфравезикальная обструкция; хроническая болезнь почек; нейрогенный мочевой пузырь; дети.



## ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У ДЕТЕЙ

Кисленко А.А., Разумовский А.Ю., Холостова В.В.

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

**Актуальность.** Хронический панкреатит (ХП) является одной из наиболее актуальных проблем детской гастроэнтерологии. Алгоритм ведения этих пациентов не регламентирован, пациенты длительное время получают заместительную ферментативную терапию, имея показания к оперативному лечению.

**Цель:** улучшить результаты хирургического лечения больных хроническим панкреатитом.

**Материалы и методы.** За период с 2011 по 2022 г.в детской Филатовской больнице и РДКБ выполнено 75 реконструктивных оперативных вмешательств детям по поводу хронического панкреатита. В зависимости от этиологии и патогенеза больные были разделены на две группы: первая группа — дети с наследственным панкреатитом, который обусловлен изменением в генах, кодирующих синтез ферментов поджелудочной железы (ПЖ); вторая группа — дети с обструктивным панкреатитом, возникающим вследствие врожденной патологии ПЖ. Возраст пациентов составлял от 1,5 до 17 лет. Клиническая симптоматика включала в себя болевой синдром, признаки экзокринной недостаточности, сахарный диабет. Показаниями к оперативному лечению было наличие структурных изменений ПЖ и клинико-лабораторные показатели. Все операции можно разделить на дренирующие и резекционные. Среди дренирующих в подавляющем большинстве выполнялся продольный панкреатоеюноанастомоз, холедохопанкреатоеюноанастомоз, поперечный панкреатоеюноанастомоз. Среди резекционных — панкреатодуоденальная резекция.

**Результаты.** В первой группе (53 пациента) с обструктивной формой панкреатита были 5 пациентов с кольцевидной ПЖ, 8 пациентов с расщепленной ПЖ и у 40 пациентов причина обструкции не выяснена. Вторую группу составили 22 пациента с панкреатитом, обусловленным наследственной этиологией. Манифестация панкреатита в среднем отмечалась в возрасте 6 лет, длительность консервативной терапии до операции в среднем составила 35 мес. Всем детям проводилось оперативное вмешательство в объеме продольной панкреатоеюностомии, продолжительность операции в среднем равнялась 124 мин, длительность дренирования 9 дней, пребывание в ОРИТ 5 дней, начало энтерального кормления на 7-е сутки. Среди осложнений в раннем послеоперационном периоде встречались: кровотечения — 14,6 %, несостоятельность анастомоза — 4 %, парез кишечника — 60 %. Летальность — 1,3 %. Повторные оперативные вмешательства потребовались в 12 % наблюдений. В позднем послеоперационном периоде хороший результат лечения отмечался у 94 %, болевая симптоматика оставалась у 3 %, нарушение экзокринной функции ПЖ в 3 %.

**Заключение.** В силу неспецифичности клинических проявлений ХП трудно заподозрить наличие хирургической патологии, что в свою очередь требует особого внимания врачей других специальностей. Всех пациентов с дебютом сахарного диабета или поздно диагностированным муковисцидозом следует обследовать для исключения ХП (магнитно-резонансная холангиопанкреатография, панкреатическая липаза крови). Отсутствие гиперферментемии не исключает наличие ХП. Скрининг-методом диагностики является УЗИ. Генетическое обследование обязательно в диагностике ХП. Суть оперативных вмешательств заключается в создании механизма беспрепятственного оттока панкреатического сока в кишечник. Продольная панкреатикоюностомия является операцией выбора при ХП у детей. У пациентов с наследственным ХП даже при отсутствии признаков вирусунгодилатации и вирусунголитиаза операция панкреатоеюностомии позволяет достичь клинической ремиссии.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа; хронический панкреатит; продольная панкреатикоюностомия.

## ХИРУРГИЯ ПОД ФЛУОРЕСЦЕНТНЫМ КОНТРОЛЕМ — ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Козлов Ю.А.<sup>1-3</sup>, Полоян С.С.<sup>1,3</sup>, Сапухин Э.В.<sup>1</sup>, Страшинский А.С.<sup>1</sup>,  
Марчук А.А.<sup>1</sup>, Рожанский А.П.<sup>3</sup>, Муравьев С.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Детская областная клиническая больница, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

**Обоснование.** В исследовании представлены примеры использования флуоресцентной хирургии у детей и продемонстрированы процедуры, которые могут быть рекомендованы для применения.

**Цель:** представить новые возможности визуализации анатомических структур во время хирургических вмешательств у детей с использованием флуоресцента — индоцианина зеленого (ICG).

**Методы.** В настоящем исследовании были изучены истории болезни 11 пациентов, которым выполнены лапароскопические процедуры под флуоресцентным контролем. Хирургические процедуры были произведены с использованием эндовидеохирургической системы RUBINA™ производства компании Karl Storz (Германия).

Области применения включали:

- Урология: ICG-навигация использовалась во время операции для визуализации мочеточников (1 операция — 9 [0; 41] %) и функционирующей ткани почки при кистах (3 операции — 27 [6; 61] %), для определения границы резекции при подковообразной почке (1 операция — 9 [0; 41] %), а также лимфографии при варикоцеле (2 операции — 18 [2; 52] %) — всего 7 операций (64 [31; 89] %).

- Онкология: ICG-навигация использовалась во время операции для демонстрации очертания опухоли (1 операция — ганглионеуробластома внутригрудной локализации, 9 [0; 41] %) и для разграничения границ во время резекции опухоли (2 операции — тератома, 18 [2; 52] %), а также визуализации сигнальных лимфоузлов — всего 3 операции (27 [6; 61] %).

- Абдоминальная хирургия: ICG-навигация использовалась за несколько часов до операции холецистэктомии для подсвечивания желчных протоков — всего 1 операция (9 [0; 41] %).

**Результаты.** Средний возраст пациентов на момент операции составил  $11,4 \pm 3,6$  года (медиана — 13,0 [8,0; 14,0] лет). Средний вес пациентов на момент операции составил  $38,5 \pm 16,9$  кг (медиана — 42,0 [21,0; 51,0] кг). Наиболее часто препарат вводился во время операции — 10 случаев, за 10 ч до операции (холецистэктомия) — 1 случай. Способы введения были распределены следующим образом: внутривенный путь препарата использовался в 8 случаях, интратестикулярный (варикоцеле) — 2, внутрисветный (при вазоренальном гидронефрозе) — 1. Во всех случаях операции протекали без интраоперационных осложнений и без конверсии в открытые процедуры. Длительность хирургического вмешательства составила в среднем  $57,7 \pm 41,3$  мин (медиана — 35,0 [35,0; 60,0] мин). Продолжительность пребывания в палате интенсивной терапии в среднем  $209,5 \pm 112,7$  мин (медиана — 170,0 [145,0; 240,0] мин). Длительность госпитализации в среднем  $4,5 \pm 1,1$  дня (медиана — 5,0 [4,0; 5,0] дней). Сведения о побочных эффектах введения ICG не было представлено, как и не было зарегистрировано данных о возникновении послеоперационных осложнений.

**Заключение.** В исследовании была достигнута основная цель — безопасное обеспечение визуального контроля целевой анатомии хирургического вмешательства.

**Ключевые слова:** ICG-навигация; индоцианин зеленый; лапароскопия; дети.

## РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ВАЗОПЕКСИЯ НИЖНЕПОЛЯРНЫХ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ

Козлов Ю.А.<sup>1-3</sup>, Поляян С.С.<sup>1,3</sup>, Сапухин Э.В.<sup>1</sup>, Страшинский А.С.<sup>1</sup>,  
Марчук А.А.<sup>1</sup>, Рожанский А.П.<sup>3</sup>, Муравьев С.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Детская областная клиническая больница, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

**Обоснование.** В исследовании представлено описание случая лечения пациента с обструкцией пиелоуретерального сегмента, вызванной aberrantными нижнеполярными сосудами, с использованием роботизированной операции Hellström-Charman и сообщаем о ее краткосрочных результатах.

**Описание клинического случая.** Мы демонстрируем случай лечения обструкции пиелоуретерального соединения, вызванной aberrantными сосудами. Операция выполнена с помощью робот-ассистированной техники у 14-летней девочки в ГБУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница». Диагноз обструкции пиелоуретерального соединения, вызванной внешней компрессией aberrantными нижнеполярными сосудами, был установлен на основании ультразвукового исследования и доплерографии и подтвержден на контрастной компьютерной томографии. Робот-ассистированную операцию Hellström-Charman выполняли с помощью хирургического робота Versius производства компании CMR (Великобритания). Роботизированная система Versius представляет собой модульную открытую роботическую платформу с инструментами, способными проходить через 5-мм лапароскопические порты. Она состоит из комбинации модулей — одного визуализационного и нескольких (максимум 3) инструментальных, позволяющих свободно располагать их вокруг пациента, обеспечивая доступ к пациенту в любое время.

Пациента располагали на операционном столе в положении на левом боку с валиком, размещенным под поясницей. Деликатными действиями производилась мобилизация аномальных сосудов и их перемещение на переднюю стенку лоханки. Затем выполнялось их «обертывание» передней стенкой лоханки. Послеоперационное наблюдение включало клиническую оценку и УЗИ почек через 1, 3 и 6 мес. после операции. Продолжительность операции составила 65 мин. В ходе выполнения робот-ассистированной операции Hellström-Charman не отмечалось интраоперационных осложнений в виде повреждения питающих почку сосудов и соседних органов. Пациенту не потребовалось внутреннего или наружного дренирования верхних мочевых путей, а также дренирования паранефрального пространства. Передне-задний диаметр лоханки уменьшился с 30 до 8 мм. Резистивный индекс (RI) кровотока в почечных сосудах снизился с 0,74 до 0,58.

**Заключение.** Роботизированная процедура Hellstrom-Charman является безопасной и эффективной операцией для коррекции вазоренального гидронефроза. Эта относительно простая операция требует селекции пациентов, чтобы гарантировать в дальнейшем успех лечения.

**Ключевые слова:** обструкция пиелоуретерального соединения; гидронефроз; робот-ассистированная хирургия; дети.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ICG-ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ЛИМФОГРАФИИ

Козлов Ю.А.<sup>1-3</sup>, Поляян С.С.<sup>1,3</sup>, Сапухин Э.В.<sup>1</sup>, Страшинский А.С.<sup>1</sup>,  
Марчук А.А.<sup>1</sup>, Рожанский А.П.<sup>3</sup>, Муравьев С.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Детская областная клиническая больница, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

**Обоснование.** В исследовании представлены примеры использования флуоресцентной хирургии у детей с варикоцеле и продемонстрированы предварительные итоги этих операций.

**Цель:** представить новые возможности визуализации лимфатических сосудов у детей с варикоцеле с использованием флуоресцента — индоцианина зеленого (ICG) — для предупреждения послеоперационного гидроцеле.

**Материалы и методы.** В настоящем исследовании представлены пациенты — мальчики с варикоцеле III степени, сопровождающимся варикозным расширением вен яичка, гипотрофией левого яичка и болевыми ощущениям в левой половине мошонки. Операции выполнялись лапароскопически по принципу Паломо – Ерохина с использованием технологии RUBINA производства компании Karl Storz. Эта система состоит из источника, генерирующего свет в диапазоне близком к инфракрасному OPAL1®NIR/ICG, головки камеры в сочетании с осветителем POWER LED RUBINA™ и 30° лапароскопа высокого разрешения TIPCAM®1 RUBINA™ диаметром 10 мм с двумя дистально встроенными видеочипами. Режим флуоресценции в спектре света близком к инфракрасному (ICG-NIRF) на этой системе активируется нажатием кнопки на головке камеры, благодаря чему флуоресцентная визуализация была доступна в режиме реального времени, позволяя идентифицировать все сосудистые структуры. В зависимости от предпочтений хирурга и области применения ICG-NIRF данные могут отображаться в различных режимах: режим наложения, монохромный режим, режим цветного картирования. После установки троакаров под белочную оболочку левого яичка вводился раствор ICG, содержащий 6,5 мг флуоресцента. С помощью ICG-визуализации были четко идентифицированы лимфатические сосуды. Яичковая вена отделялась от сосудистого пучка, перевязывалась и пересекалась.

**Результаты.** Все операции были выполнены без конверсии в открытую процедуру. Среднее время операции составило 25 мин. Примерно через 30 с после интратестикулярной инъекции у всех пациентов была отчетлива видна ICG-визуализация лимфатических сосудов. Флуоресценция яичковой вены проявлялась в среднем через 2 мин, но была менее интенсивной в сравнении с лимфатическими сосудами. Потребность в послеоперационной анальгезии составила в среднем 2 приема нестероидных противовоспалительных средств через рот. Длительность пребывания в стационаре составила в среднем 48 ч. У пациентов отсутствовали аллергические и другие побочные реакции, они не отмечали боли в яичке в ранние или поздние сроки наблюдения после операции. В отдаленном периоде после выполненной операции (6 мес.) мы не регистрировали признаков формирования гидроцеле.

**Заключение.** Первоначальный опыт показал, что флуоресцентная лимфография с использованием ICG является безопасным и эффективным методом лимфосберегающей лапароскопической варикоцелэктомии у детей.

**Ключевые слова:** варикоцеле; дети; гидроцеле; лимфография; индоцианин зеленый; флуоресценция.

## РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ДИВЕРТИКУЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Козлов Ю.А.<sup>1-3</sup>, Полоян С.С.<sup>1,3</sup>, Сапухин Э.В.<sup>1</sup>, Страшинский А.С.<sup>1</sup>,  
Марчук А.А.<sup>1</sup>, Рожанский А.П.<sup>3</sup>, Муравьев С.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Детская областная клиническая больница, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

**Обоснование.** Представлено описание случая лечения пациента с дивертикулом мочевого пузыря с использованием робот-ассистированного подхода и сообщаем о его краткосрочных результатах.

**Описание клинического случая.** Мы представляем случай успешного лечения дивертикула мочевого пузыря, выполненного с помощью робот-ассистированной техники у 4-летнего мальчика. Диагноз заболевания был установлен на основании ригидной цистоскопии и рентгеновской визуализации, включая микционную цистоуретрографию и КТ-урографию. КТ-урограмма продемонстрировала дивертикул мочевого пузыря размерами 6×4×3 см, смещающий латерально дистальный отдел левого мочеточника у основания мочевого пузыря. Ригидная цистоскопия показала, что дивертикул расположен медиальнее левого устья мочеточника и имеет шейку, диаметр которой составляет 3–4 мм. В связи с близостью дивертикула к мочеточнику был установлен стент. Робот-ассистированную дивертикулэктомию выполняли с помощью хирургического робота Versius производства компании CMR (Великобритания). Эта система представляет собой модульную открытую роботическую платформу с инструментами, способными проходить через 5-мм лапароскопические порты. Она состоит из комбинации модулей — одного визуализационного и нескольких (максимум 3) инструментальных, позволяющих свободно располагать их вокруг пациента, обеспечивая доступ к пациенту в любое время. Процедура начиналась с рассечения переходной складки брюшины медиально от устья левого мочеточника. Идентифицировался левый мочеточник. Из околопузырной жировой клетчатки выделялось дно дивертикула и захватывалось атравматичным зажимом. Выполнялась мобилизация дивертикула из окружающих тканей с использованием коагуляционного крючка. Мобилизовалось основание дивертикула. На шейку дивертикула накладывалось две петли Roeder. Дивертикул отсекался. Производилось наложение отдельных швов на детрузор с целью укрытия культи дивертикула. Затем дивертикул извлекался через оптическую канюлю. Длительность операции составила 90 мин. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Полость мочевого пузыря была герметична, признаки формирования уриномы не регистрировались. Мочевой катетер был удален на следующий день после операции. Продолжительность пребывания пациента в больнице составила 7 дней. Гистологическое исследование продемонстрировало признаки, соответствующие ложному дивертикулу мочевого пузыря с наличием в его стенке единичных мышечных волокон. Мочеточниковый стент удалялся через 1 мес. после операции. Через 6 мес. выполнялась контрольная микционная цистография, которая продемонстрировала отсутствие деформации контура мочевого пузыря.

**Заключение.** Робот-ассистированная дивертикулэктомия у детей является технически осуществимым подходом к лечению врожденных дивертикулов мочевого пузыря. Этот метод предлагает преимущества роботизированного подхода, такие как оптимальная 3D-визуализация области малого таза и уникальная маневренность роботических инструментов при манипуляциях в условиях малого по размерам анатомического пространства.

**Ключевые слова:** робот-ассистированная хирургия; дивертикул мочевого пузыря; дети.

## РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПРОСТЫМИ КИСТАМИ ПОЧЕК

Козлов Ю.А.<sup>1-3</sup>, Поляян С.С.<sup>1,3</sup>, Сапухин Э.В.<sup>1</sup>, Страшинский А.С.<sup>1</sup>,  
Марчук А.А.<sup>1</sup>, Рожанский А.П.<sup>3</sup>, Муравьев С.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Детская областная клиническая больница, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

**Обоснование.** Представлены первые примеры применения робот-ассистированной хирургии для фенестрации (декортикации) наружной порции кисты и аргон-плазменной коагуляции ее внутренней выстилки.

**Цель:** представить возможности робот-ассистированной хирургии в лечении простых кист почек у детей.

**Материалы и методы.** В исследовании представлены ретроспективные данные, касающиеся всех пациентов с простыми кистами почек, прооперированных с использованием робот-ассистированной технологии в ОГАУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница». Диагноз был установлен с помощью ультразвукового исследования почек, а также данных мультиспиральной компьютерной томографии с внутривенным введением контрастного вещества. Хирургическая процедура была выполнена с использованием новой модели роботической системы Versius производства компании CMR (Cambridge Medical Robotics, Великобритания). Процедура начиналась с мобилизации толстой кишки. После рассечения окологочечной фасции и обнажения кисты ее оболочку аккуратно надсекали и аспирировали жидкость. Большая часть стенки кисты, возвышающейся над тканью почки, иссекалась с помощью биполярного зажима по границе аваскулярной зоны, чтобы предупредить кровотечение из почечной паренхимы, и отправлялась на гистологическое исследование. Внутренняя выстилка кисты подвергалась аргон-плазменной коагуляции. В резидуальную полость устанавливалась дренажная трубка.

**Результаты.** Размер кист, измеренный до операции с помощью УЗИ и КТ, составил  $1,8 \pm 2,4$  см (медиана — 0,4 [0,4; 2,5] см). Кистозные образования у всех пациентов располагались слева. Кисты почек определялись в верхнем полюсе у 2 пациентов, в нижнем полюсе — у 1 пациента. Длительность операции составила  $136,7 \pm 72,2$  мин (медиана — 95,0 [95,0; 157,0] мин). В ходе хирургического вмешательства не было отмечено осложнений. Содержимым кисты во всех случаях была прозрачная жидкость без патологических примесей. Цитологическое исследование обнаруживало низкое содержание клеток, которые были представлены единичными макрофагами и клетками уротелия. Гистологический анализ установил, что выстилка стенки кисты содержала эпителий переходного типа без признаков злокачественности. Длительность нахождения пациентов в палате интенсивной терапии составила  $19,9 \pm 2,5$  ч (медиана — 21,3 [19,1; 21,4] ч). Длительность госпитализации —  $9,3 \pm 2,3$  сут (8,0 [8,0; 10,0] сут). По данным ультразвукового исследования, выполненного через 1, 3 и 6 мес. после операции, не было обнаружено признаков рецидива заболевания в виде резидуального скопления жидкости, связанного с паренхимой почки.

**Заключение.** В исследовании была достигнута основная цель — обеспечение 3D-визуального контроля целевой анатомии хирургического вмешательства и безопасное удаление патологического образования по краю аваскулярной зоны паренхимы, благодаря маневренности роботических инструментов.

**Ключевые слова:** простая киста почки; робот-ассистированная хирургия; дети.

## САЛЬНИКОВО-БРЫЖЕЕЧНАЯ ГАМАРТОМА У РЕБЕНКА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Козулина Н.В.<sup>1</sup>, Смирнов А.Н.<sup>2</sup>, Сулейманова М.М.<sup>2</sup>, Проничев М.А.<sup>2</sup>, Аляутдинова Д.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия;

<sup>2</sup> Нижегородская областная детская клиническая больница, Нижний Новгород, Россия

**Обоснование.** Сальниково-брыжеечная миксоидная гамартома является вариантом воспалительной миофибробластической опухоли (ВМО), может развиваться в любом возрасте, но чаще у детей и лиц до 20 лет. ВМО относится к промежуточным (редко метастазирующим) опухолям и обычно локализуется в легких, реже — в брыжейке тонкой кишки, мочевом пузыре, средостении. Таким образом, ВМО брюшной полости встречаются достаточно редко, отличаются местно-агрессивным характером роста и высоким риском местных рецидивов.

**Описание клинического случая.** Пациент Л., 11 лет, от 1-й беременности, протекавшей без особенностей, первых срочных родов, рос и развивался по возрасту. Наблюдается гастроэнтерологом (склонность к запорам). 13.05.2023 появились боли в животе, субфебрильная температура. 15.05.2023 обратились в ЦРБ, осмотрен хирургом, направлен в НОДКБ, госпитализирован в отделение гнойной хирургии в экстренном порядке с подозрением на острый аппендицит. 16.05.2023 выполнена диагностическая лапароскопия, на которой в малом тазу выявлен рыхлый инфильтрат, образованный сальником и петлями тонкой кишки, небольшое количество прозрачного экссудата, желтоватого цвета, без запаха. При разделении инфильтрата выявлены множественные плотные округлые образования на тонких ножках. Аппендикс интактен. Выполнена срединная лапаротомия. Множественные образования размерами от 0,5 до 4 см длиной, некоторые с признаками ишемии вследствие перекрута разной степени, исходят из большого сальника, который поражен диффузно на всем протяжении. Произведена оментэктомия аппаратом LigaSure. Гистологически — картина сальниково-брыжеечной миксоидной гамартумы (вариант ВМО). После операции в течение суток пациент находился в отделении реанимации, затем в отделении гнойной хирургии. Проведена инфузионная, антибиотикотерапия (цефотаксим), ребенок консультирован онкологом, 29.05.2023 выписан домой в удовлетворительном состоянии. Планируется наблюдение детского онколога и УЗИ-контроль через 1 мес.

**Заключение.** Продемонстрирован случай редкого варианта опухоли брюшной полости с манифестацией в виде синдрома «острого живота». Подобное наблюдение нацеливает на тщательную ревизию органов брюшной полости, включая большой сальник, в поиске причин острого абдоминального синдрома при исключенном остром аппендиците.

**Ключевые слова:** сальник; миксоидная гамартома; миофибробластическая опухоль; дети; аппендицит.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Койнов Ю.Ю.<sup>1</sup>, Грамзин А.В.<sup>1,2</sup>, Кривошеенко Н.В.<sup>1</sup>, Павлушин П.М.<sup>1,2</sup>, Цыганок В.Н.<sup>1</sup>,  
Охотина А.А.<sup>1</sup>, Тратонин А.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия;

<sup>2</sup> Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

**Актуальность.** Аноректальные мальформации (АРМ) включают в себя большой спектр пороков, затрагивающих анальный канал, прямую кишку и мочеполовую систему, встречаясь 1:2000–5000 новорожденных. Ассоциация АРМ с пороками развития других органов и систем составляет, по данным различных авторов, 4–66 %. Ключевое значение в исходе оперативной коррекции имеет функциональный результат аноректальной области.

**Цель:** анализ функциональной способности аноректальной области после оперативной коррекции аноректальных мальформаций.

**Материалы и методы.** С 2016 по 2022 г. в детском хирургическом отделении Новосибирской областной клинической больницы на лечении находилось 75 детей с различными формами АРМ (мальчики — 37; девочки — 38). Сопутствующие пороки развития наблюдались у 35,1 % детей, среди которых врожденные пороки развития мочеполовой системы — 19,3 %, ВПС — 8,7 %, желудочно-кишечного тракта — 5,3 %, опорно-двигательного аппарата — 5,7 %, хромосомные аномалии — 5 % и др. (спинальные, зрительные аномалии развития) — 10,5 %. Варианты наблюдаемых аноректальных мальформаций: ректопромежностная фистула — 29, ректовестибулярная — 15, ректоуретральная — 15, ректовезикальная — 5, атрезия ануса без свища — 9, персистирующая клоака 1-го типа — 1 ребенок. Одноэтапная аноректопластика выполнена 35 пациентам с промежностными, вестибулярными свищами и бессвищевыми формами. Задний сагиттальный доступ был применен в 30 (84 %) случаях, в остальных 5 случаях (16 %) — передний сагиттальный доступ. Этапная оперативная коррекция применялась у 40 детей. Данная тактика не осуществлялась у пациентов с ректопромежностными фистулами у 5 детей (55 %) с бессвищевыми формами, и у 9 детей (45 %) с ректовестибулярными фистулами. Аноректопластика как 2-й этап оперативного лечения выполнялась из заднего сагиттального доступа — 14 (35 %), из переднего — 11 (28 %). Брюшно-промежностная аноректопластика выполнена в 6 (15 %) случаях, видеоассистированная аноректопластика — в 9 (22 %) случаях.

**Результаты.** Послеоперационные осложнения наблюдались у 11 детей (14,6 %). Оценка послеоперационных результатов проводилась у детей старше 3 лет согласно Крикенбергской шкале. Хорошие результаты получены у 57 пациентов (76 %), удовлетворительные — у 14 (18 %), плохие — у 5 (6 %).

**Заключение.** Одномоментная коррекция низких форм аноректальных пороков оказалась эффективной у всех пациентов с минимальным количеством послеоперационных осложнений. Этапное оперативное лечение у детей с высокими формами АРМ оправдано и целесообразно. Плохие результаты лечения часто связаны с сопутствующими аномалиями развития крестца и спинного мозга.

**Ключевые слова:** аноректальные мальформации; промежностный свищ; вестибулярный свищ; одноэтапная коррекция; задний сагиттальный доступ; дети.



## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ ПУБОРЕКТАЛЬНОЙ МЫШЦЫ И ДРУГИХ СТРУКТУР СФИНКТЕРНО-ЛЕВАТОРНОГО КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ

Колесникова Н.Г., Сальвадор Мартинез Г., Сапарбеков А.А.

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

**Обоснование.** Учитывая, что по литературным данным, после коррекции аноректальной мальформации недержание кала отмечено не менее чем в 45 % случаев, а в некоторых случаях это связано с повреждением сфинктерно-леваторного комплекса, было принято решение установить наиболее частые зоны его разрушения и выполнить его восстановление.

**Описание клинических случаев.** В 2018–2022 гг. в СПбГПМУ были обследованы 76 пациентов после коррекции аноректальной мальформации. В 55,3 % случаев (42 пациента) не было выявлено разрушения пуборектальной мышцы. Однако в 44,7 % наблюдений (34 ребенка) было обнаружено ее повреждение различной локализации, чаще всего в заднем отделе. Целостность всех структур сфинктерно-леваторного комплекса была восстановлена. Функция анального держания была улучшена у 90 % пациентов, что сопровождалось формированием почти нормального аноректального угла при баллонной проктографии. У 10 % детей наблюдалось разрушение пуборектальной мышцы на фрагменты, после восстановления ее целостности длина ее была недостаточная. Этим пациентам проведена пластика пуборектальной мышцы с использованием искусственного трансплантата.

**Выводы.** При обследовании пациентов после коррекции аноректальной мальформации повреждение пуборектальной мышцы выявлено в 44,7 % наблюдений. Восстановить целостность мышцы удалось в 90 % случаев, что сопровождалось улучшением анального держания.

**Ключевые слова:** недержание кала; пуборектальная мышца; аноректальная мальформация; дети.

## ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Комарова С.Ю.<sup>1</sup>, Цап Н.А.<sup>1</sup>, Горбунова А.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** Несоответствие клинических проявлений варикоцеле у мальчиков и подростков и данных ультразвуковой диагностики, сложность объективной доплерографической оценки семенной вены у детей моложе 12-летнего возраста может послужить причиной показаний к необоснованным оперативным вмешательствам.

**Цель:** изучить сонографические критерии варикоцеле у мальчиков и подростков в различных возрастных группах и в соответствии с клинической степенью мальформации венозного гроздьевидного сплетения.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 420 амбулаторных карт мальчиков и подростков с варикоцеле в возрасте от 8 до 17 лет, осмотренных детским урологом-андрологом консультативной поликлиники в течение 2022 г.: первичное обращение 281 (67 %) мальчик и 139 (33 %) после оперативного лечения лапароскопической варикоцелэктомии (ЛВЭ). Диагностический алгоритм на этапе решения вопроса о необходимости оперативного лечения включал в себя клиническую и сонографическую диагностику степени варикоцеле, исследование почек с оценкой гемодинамики в почке, определение наличия анатомических особенностей строения семенной вены. Всем детям на предоперационном этапе проводилось УЗИ органов мошонки с доплерографией семенных сосудов: определяли объем яичек, эхогенность паренхимы, протяженность и степень дилатации вен гроздьевидного сплетения. Импульсно-волновая доплерография позволила установить скоростные характеристики кровотока в сосудах яичка. Венозный кровоток оценивали в покое и при натуживании (проба Вальсальвы) с фиксацией времени и скорости реверсивного потока.

**Результаты и обсуждение.** ЛВЭ выполнена 165 (58,7 %) мальчикам и подросткам. Малые степени варикоцеле выявлены у 116 (41,3 %) детей, уточнены их гемодинамические характеристики: при I степени — диаметр вен 2 мм и более, у придатка монофазный кровоток, скорость 3–6 см/с, проба Вальсальвы — усиление реверсного кровотока (меньше 2 с), большее прокрашивание вен яичка при ЦДК; при II степени — диаметр вен 2 мм и более, у придатка и средней трети яичка, монофазный и фазный кровоток, скорость более 6 см/с, проба Вальсальвы — резкое усиление реверсного кровотока (2 с и более), большее прокрашивание вен яичка при ЦДК.

На основании проведенного исследования разработаны сонографические критерии основных тестикулярных параметров, включая количественные оценки кровотока в норме у мальчиков и подростков разного возраста. В норме диаметр вен у мальчиков 10 лет  $1,1 \pm 0,06$  мм. С возрастом, постепенно увеличивается и к 14 годам не превышает  $1,75 \pm 0,25$  мм. Бессимптомное течение варикоцеле и симметричный объем яичек при варикоцеле I–II степени у детей любого возраста является показанием к медикаментозному лечению и дальнейшему сонографическому мониторингу. Последний показал, что в 50 % случаев не произошло прогрессирования степени варикоцеле и ухудшения состояния паренхимы яичка.

**Заключение.** Суждение о гипотрофии яичка при варикоцеле и адекватность лечебной тактики, в т. ч. определение показаний к варикоцелэктомии, должны базироваться на объективных доказательствах уменьшения тестикулярного объема или нарушения кровотока в паренхиме яичка. Использование современных технологий уточняет дифференцированный подход с учетом возрастных нормативов размеров органов мошонки у детей с варикоцеле различных возрастных групп и позволяет объективизировать выбор консервативных и оперативных способов лечения.

**Ключевые слова:** варикоцеле; дети; диагностика.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТОННЕЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ КИСТЫ ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ)

Корнилова А.Б.<sup>1</sup>, Смирнов А.А.<sup>2</sup>, Щебеньков М.В.<sup>1</sup>, Попова Е.Б.<sup>1</sup>, Гопиенко М.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Кисты средостения составляют от 14 до 18,5 % всей патологии средостения. Среди врожденных кист наиболее часто встречаются бронхогенные (до 35 %) и гастроэнтерогенные (0,7–5 %).

**Описание наблюдения.** Ребенок 2,5 года поступил в наш стационар для планового оперативного лечения по поводу кисты заднего средостения. Наблюдается с рождения, по данным УЗИ киста размером до 1,4 см. В динамике отмечается увеличение размеров кисты до 2,7×2,5 см по данным МСКТ-АГВ. Образование интимно прилежит к передней стенке пищевода с признаками компрессии, а также к перикарду, на уровне левого и правого желудочков, диафрагме, печени и нижней полой вене в области впадения печеночных вен без убедительных признаков инвазии. При ФГДС подтверждено сдавление пищевода в нижней трети более 3/4 просвета. Параклинической, лабораторной активности не выявлено. Ребенок консультирован кардиохирургом, онкологом. Показано оперативное лечение в плановом порядке. Учитывая локализацию образования — трудный доступ, близость крупных сосудов, перикарда, диафрагмы, принято решение провести удаление образования эндоскопически из просвета пищевода.

Видеогастроскоп диаметром 9,2 мм проведен в просвет пищевода, выполнена эндосонография, подтверждено кистозное образование в стенке пищевода размером до 2,8×2,6 см. В подслизистом слое сформирован тоннель. В нижней трети пищевода выделено кистозное образование. Выполнена эндоскопическая тоннельная резекция образования с последующим извлечением эндоскопической петлей. Дефект слизистой оболочки со стороны пищевода ушит при помощи эндоскопических клипс. На контрольной рентгенограмме после операции без патологии. Гистологически — энтерогенная киста. Послеоперационное течение гладкое. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода на 3-и сутки затеков контраста нет. Начато кормление жидкой пищей.

При контрольном ФГДС-осмотре через 1 мес. пищевод свободно проходим, без признаков деформации, большая часть клипс отсутствует, слизистая оболочка в зоне послеоперационного рубца без признаков воспаления. Клинически и лабораторно без патологии.

**Заключение.** Считаем, что малоинвазивные внутрипросветные эндоскопические методики могут быть успешно применены при трудной локализации образований средостения, в том числе у детей раннего возраста.

**Ключевые слова:** киста средостения; эндоскопическая тоннельная резекция; пищевод; дети раннего возраста.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Коровин С.А.<sup>1</sup>, Донской Д.В.<sup>1</sup>, Дзядчик А.В.<sup>2</sup>, Акопян М.А.<sup>3</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва, Россия

**Цель:** установить эффективность лапароскопических технологий в группах пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости (БП).

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 715 детей с острыми заболеваниями органов брюшной полости в клинике детской хирургии с 2012 по 2022 г. в возрасте от 1 мес. до 18 лет. В соответствии с ведущим клиническим синдромом выделены четыре группы: гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости, кишечной непроходимости, острой ишемии органов брюшной полости, желудочно-кишечных кровотечений. Всем больным при поступлении выполнены общеклинические и инструментальные обследования. Объем оперативного вмешательства устанавливался в ходе лапароскопии (ЛС).

**Результаты.** Группа 329 пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости представлена пациентами с аппендикулярным перитонитом (223), инородными телами ЖКТ (45), воспалением дивертикула Меккеля (33), перфоративными гастродуоденальными язвами (28). В ходе ЛС-вмешательств у 261 (79 %) пациента выполнены: аппендэктомии, санации БП (204), аппаратные и ЛС-ассистированные резекции ДМ (10), удалены ИТ желудочно-кишечного тракта (2), ушиты перфоративные гастродуоденальные язвы (17). Ограничения для ЛС-вмешательств у 50 (21 %) больных были обусловлены проявлениями кишечной недостаточности, необходимостью расширенных резекций кишечника, преимущественно, во II–III стадиях заболеваний.

Группа из 212 больных с кишечной непроходимостью представлена пациентами с обтурационной (51), странгуляционной (37) кишечной непроходимостью, кишечной инвагинацией (124). ЛС технологии были успешными в 147 (69 %) наблюдениях: выполнены адгезиолизис, ликвидация непроходимости (38), иссечение эмбриональных сращений (резекции ДМ) (21). Конверсии 65 (31 %) пациентам выполнены при выраженном спаечном процессе БП, при невыполнимой ЛС-дезинвагинации в поздние сроки заболевания.

Группа из 138 больных с острой ишемией органов БП представлена пациентами с перекрутами придатков матки (77), перекрутами сальника (33), синдромом мальротации (22), перекрутами червеобразного отростка и дивертикула Меккеля (4), перекрутами селезенки (2).

В ходе тотальных ЛС-вмешательств у 125 пациентов были устранены завороты придатков матки (77) и селезенки (2), резецированы пряди сальников (32), выполнены операция Ледда (12), аппендэктомии и резекции ДМ (3). Конверсии выполнены 13 (9,4 %) больным при тотальном перекруте сальника (1), завороте ДМ, осложненного запущенным перитонитом, синдроме мальротации (10) из-за анатомических проявлений порока кишечника и ишемических нарушений.

Группа 36 больных с желудочно-кишечными кровотечениями представлена пациентами с кровотечениями ДМ (32), кистозным удвоением желудка (1), полипами сигмовидной кишки (2), кровотечением неустановленной этиологии (1). ЛС технологии были эффективными в 34 (94 %) наблюдениях, когда были выполнены аппаратные резекции ДМ (33), иссечено кистозное удвоение желудка (1). ЛС вмешательства были дополнены КФС у 2 пациентов при кровоточащих полипах толстой кишки, ранее симулирующих клинику кровоточащих ДМ.

**Заключение.** Эффективность ЛС-технологий у детей с острыми заболеваниями составляет 95 % наблюдений. Ограничения для ЛС-технологий в синдромальных группах пациентов обусловлены специфическими для отдельных нозологий причинами.

**Ключевые слова:** дети; острая хирургия; лапароскопия; конверсии.

## ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ОДНОГО ДНЯ

Корочкин М.В.<sup>1</sup>, Шарков С.М.<sup>1,2</sup>, Поддубный Г.С.<sup>1</sup>, Иманалиева А.А.<sup>1,3</sup>,  
Жукова О.Н.<sup>1</sup>, Манжос П.И.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

<sup>3</sup> Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы, Москва, Россия

**Обоснование.** Одним из дискуссионных вопросов остается применение эндовидеохирургических технологий у детей в условиях стационара одного дня, так как зачастую данные вмешательства требуют интубации трахеи, что повышает риск анестезиологических осложнений в раннем послеоперационном периоде. Отсутствует общепринятый алгоритм проведения анестезиологического обеспечения при лапароскопических вмешательствах у детей в условиях стационара одного дня.

**Цель:** внедрение лапароскопических операций у детей в условиях стационара кратковременного пребывания.

**Материалы и методы.** За период с 2017 по 2022 г. в стационаре кратковременного пребывания (СКП) Морозовской ДГКБ выполнено 2814 лапароскопических вмешательств пациентам с варикоцеле, паховой грыжей и синдромом непальпируемого яичка. Средний возраст пациентов составил 7,5 лет (с 1 года до 18 лет). Выполнено 1062 лапароскопических герниорафий, 1654 лапароскопических перевязок яичковых вен и 98 диагностических лапароскопий. В отделении разработан уникальный алгоритм анестезиологического пособия для проведения лапароскопических операций у детей в условиях СКП. Особенностью данного анестезиологического пособия является проведение анестезии без интубации трахеи, с применением надгортанного воздуховода типа I-GEL для безопасного поддержания дыхательной функции пациента во время операций, что исключает развитие осложнений, связанных с травматическим воздействием интубационной трубки на дыхательные пути. Применение I-GEL, а также использование методов регионарной анестезии — блока поперечной мышцы живота (TAP) — позволило отказаться от использования наркотических анальгетиков и миорелаксантов во время выполнения лапароскопических операций и обеспечило комфортные условия хирургам для проведения оперативного пособия.

**Результаты.** Осложнений, связанных с анестезиологическим пособием, и других интраоперационных осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде ни у одного пациента не отмечено тошноты или рвоты, требующих медикаментозного лечения. Лишь у 8 детей (0,3 %) отмечался болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, потребовавший медикаментозного обезболивания. Восстановление самостоятельной двигательной активности пациентов происходило через 1,5–2 ч после операции. Среднее время пребывания пациентов в отделении составило 7,2 ч (6–8 ч).

**Заключение.** На сегодняшний день в СКП проводятся современные высокотехнологичные лапароскопические операции, которые ранее проводились только в условиях круглосуточных отделений. Это стало возможным благодаря разработанному в отделении оригинальному алгоритму безопасного анестезиологического пособия с применением надгортанного воздуховода типа I-GEL. Использование I-GEL является оптимальным выбором безопасного анестезиологического пособия при недлительных плановых лапароскопических вмешательствах, позволяет избежать применения миорелаксантов, уменьшает риск развития ларинго- и бронхоспазма, а также травмы гортани и трахеи, ускоряет реабилитацию после вмешательства, что особенно важно для плановой хирургии с минимальным пребыванием пациента в стационаре и дает возможность выписки ребенка в день проведения оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** стационар кратковременного пребывания; лапароскопия; дети.

## КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Котлубаев Р.С.<sup>1</sup>, Баканов А.А.<sup>2</sup>, Фролова Е.А.<sup>1,2</sup>, Биньевский К.В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия;

<sup>2</sup> Оренбургская областная детская клиническая больница, Оренбург, Россия

**Обоснование.** В статье приведены данные результатов диагностики и лечения 152 детей имевших первичные серозные кисты печени и эхинококковые кисты печени. Дана оценка ультразвуковому методу диагностики кист, приведены сведения эффективности иммуноферментного анализа крови для дифференциальной диагностики. Приведены результаты лечения.

Скрытность клинического течения кистозных образований печени делает эту проблему весьма актуальной. На территории Оренбургской области многолетние показатели заболеваемости эхинококкозом детского населения составляют  $3,2 \pm 0,3$  случая на 100 000 населения, что превышает показатели заболеваемости взрослого населения —  $2,8 \pm 0,2$  на 100 000 и таковые по Российской Федерации в целом.

**Цель:** оценка клинических проявлений, диагностических возможностей и результатов лечения у 152 детей, находившихся на лечении с кистозными образованиями печени в Оренбургском центре детской хирургии.

**Материалы и методы.** Среди 152 детей с кистами печени у 14 выявлены солитарные серозные кисты. Тогда как у 138 был подтвержден диагноз эхинококкоза печени. Современные возможности визуализации скрыто расположенных образований позволили у 6 детей первых двух лет жизни выявить кисты в печени с помощью УЗ-сканирования печени, разрешающая способность УЗ-аппаратов позволила провести дифференциальную диагностику между первичной серозной кистой (3 ребенка) и эхинококковыми кистами, расположенными в печени у 3 других детей. Диагностическая ценность УЗИ не ограничивалась фактом выявления, а давала возможность и детальной оценки размеров состояния стенок, наличие или отсутствие включений в состав кисты. Говоря о месте УЗИ-метода в оценке кист печени надо признать, что оно главенствующее. Для дифференциальной диагностики объемных образований печени важна и доплерографическая составляющая УЗИ. Второй составляющей частью постановки диагноза при выявлении кист в печени является иммуноферментный анализ крови. Так, у 134 детей с кистами эхинококковой природы титр антител был повышен в 4 и более раз, тогда как у всех детей с первичными серозными кистами показатели ИФА были в норме.

**Результаты.** Клинические проявления эхинококковых кист в виде увеличения размеров печени, деформации реберной дуги были отмечены у 15 детей с поверхностным расположением кист по нижнему краю печени. Анемия, эозинофилия как общая реакция организма отмечена у 28 детей с эхинококкозом, а у детей с серозными кистами подобных изменений не было. Продолжительность болезни у детей до выявления клинических признаков колебалась от 6 мес. до 2 лет. При проведении рентгенологического исследования брюшной полости у 4 детей обнаружены проявления кальцификации фиброзной капсулы паразита. Первый опыт лапароскопических эхинококкэктомий (7 пациентов) позволяет признать преимущество этого метода в случаях доступных удалению кист. Остальные дети с глубокими труднодоступными локализациями, а также серозные кисты были удалены при традиционной лапаротомии. Все дети выздоровели.

**Заключение.** Скудность клинических проявлений кистозных образований печени диктует необходимость скрининговых УЗ-исследований органов брюшной полости, при необходимости с иммуноферментным анализом на эхинококкоз. Лечение кистозных образований должно быть обязательным и радикальным из них является хирургический метод.

**Ключевые слова:** серозные; эхинококковые кисты печени; диагностика; лечение.

## ДИАГНОСТИКА ИНВАГИНАЦИЙ КИШЕЧНИКА ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Котлубаев Р.С.<sup>1</sup>, Гуськов А.О.<sup>1,2</sup>, Фролова Е.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия;

<sup>2</sup> Оренбургская областная детская клиническая больница, Оренбург, Россия

**Обоснование.** Инвагинация кишечника является самой частой причиной приобретенной кишечной непроходимости у детей раннего возраста. Все шире используется УЗ-исследование брюшной полости, при котором можно выявить не только инвагинат, но и топически его локализовать, оценить состояние петель кишечника, вовлеченных в процесс, а также выявить осложнения.

**Цель:** оценка эффективности использования рентгенологического и ультразвукового методов диагностики.

**Материалы и методы.** За последние 5 лет в Центре детской хирургии Оренбурга пролечено 152 ребенка с инвагинацией кишечника, среди которых более 20 % составляли дети старше 1 года и время от начала заболевания более 12 ч было отмечено у 70 % больных. Диагностика инвагинации производилась на основании характерных жалоб, анамнестических данных, а также оценки физических и инструментальных методов исследования. Основной объективный признак инвагинации кишечника — обнаружение при пальпации объемного образования брюшной полости — был выявлен у 110 детей, тогда как у остальных для выявления данного признака потребовалось состояние медикаментозного сна ребенка. Всем детям проводились обзорная рентгенография и ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

**Результаты.** При проведении обзорной рентгенографии у трети пациентов имели место рентгенологические признаки кишечной непроходимости — чаши Клойбера, у 2/3 случаев рентгенологические признаки заключались во вздутии живота, без явлений непроходимости.

При проведении УЗ-исследования у 100 % детей выявлен инвагинат. Увеличение стенки кишки в инвагинате отмечено у 120 детей (79 %). Отсутствие перистальтики кишки в инвагинате — у 53 (35 %). Снижение интенсивности кровотока в структуре инвагината — у 52 детей (34 %). Увеличение лимфоузлов брыжейки отмечено у 108 детей (71 %). Надо отметить, что полученные данные при УЗ-обследовании зоны патологии позволяли считать головку инвагината жизнеспособной в сроки более чем 12 ч от начала заболевания, что позволило расширить показания к проведению консервативного лечения.

**Заключение.** УЗ-исследование органов брюшной полости имеет преимущество в диагностике инвагинации кишечника в сравнении с рентгенологическим методом исследования. Возраст пациентов старше 1 года и время более 12 ч от начала заболевания не должны служить противопоказанием для использования консервативной дезинвагинации.

**Ключевые слова:** инвагинация кишечника; ультразвуковая диагностика; рентгенодиагностика.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОГО ДЕТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА

Курбонов Д.Д.<sup>1</sup>, Азизов М.К.<sup>1</sup>, Ибрагимов К.Н.<sup>1</sup>, Мавлянов Ф.Ш.<sup>2</sup>, Джуракулов Ж.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд, Узбекистан;

<sup>2</sup> Самаркандский медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Современный этап развития детской хирургии характеризуется широким внедрением разнообразных минимально инвазивных эндохирургических технологий в повседневную практику лечения пациентов с различной хирургической патологией. В современных условиях не менее важным представляется вопрос обоснованности не только внедрения отдельных новых методик, но и эффективности полного перехода экстренных и плановых хирургических служб областных детских стационаров на новые эндохирургические технологии.

**Цель:** улучшение результатов лечения пациентов с острым аппендицитом с применением малоинвазивных операций путем обоснования эффективности их использования в хирургии детского возраста.

**Материалы и методы.** В работе проведен анализ результатов применения методики открытой и лапароскопической аппендэктомии при лечении детей с острыми заболеваниями червеобразного отростка: всего 913 пациента, из них с аппендикулярным перитонитом 335 (36,7 %) детей.

В основной группе лапароскопическая аппендэктомия была выполнена 523 (57,37 %) детям в возрасте от 1 года до 18 лет с острыми заболеваниями червеобразного отростка.

В сравнительную группу вошли 390 (42,7 %) детей с острыми заболеваниями червеобразного отростка, лечение которым проводилось с применением общепринятых ранее открытых методик, из них с аппендикулярным перитонитом 108 (27,7 %) детей.

**Результаты исследования.** При неосложненном аппендиците констатировалась ранняя нормализация температуры тела — в среднем через 1,2 суток, в группе сравнения данный показатель составил 2,3 суток; у пациентов с осложненными формами аппендицита нормализация температуры тела имела место через 2,4 суток, тогда как в группе сравнения — 3,8 суток.

У пациентов с неосложненным аппендицитом самостоятельный стул в среднем отмечался через 1,8 суток, в группе сравнения — через 2,3 суток.

Активизация пациентов после лапароскопической аппендэктомии при неосложненных формах заболевания наступала в среднем через 1 сутки, тогда как в группе сравнения — через 2,4 суток; после операций по поводу различных осложненных вариантов аппендицита пациенты начинали самостоятельно ходить через 2,3 суток, в группе сравнения — через 3,8 суток.

Сроки госпитализации при проведении лапароскопической операции по поводу неосложненного аппендицита в основной группе составили 2,1 суток, в группе сравнения — 3,4 суток; при аппендикулярным перитоните данный показатель составил 4,1 и 5,7 суток соответственно.

Летальных исходов в обеих группах не было. Помимо косметических преимуществ лапароскопической аппендэктомии, сравнительная оценка результатов лечения выявила статистически значимые отличия в длительности нормализации температуры тела, скорости восстановления перистальтики кишечника, активизации пациентов. Практически в 1,5 раза сократились сроки госпитализации и число послеоперационных осложнений.

**Заключение.** Таким образом, переход к широкому применению лапароскопической методики у детей с острой патологией червеобразного отростка привел к улучшению результатов лечения — уменьшению количества осложнений, более быстрой послеоперационной реабилитации, уменьшению сроков госпитализации.

**Ключевые слова:** лапароскопическая хирургия; аппендицит; перитонит.



## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕВОЧЕК С ГНОЙНЫМ МАСТИТОМ

Курова Е.К.<sup>1</sup>, Цап Н.А.<sup>1</sup>, Черненко Л.Ю.<sup>2</sup>, Эрленбуш В.В.<sup>2</sup>,  
Микая И.Г.<sup>2</sup>, Щипанов Л.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** В структуре гнойно-воспалительных заболеваний молочных желез доля нелактационного мастита возросла с 5 % в середине 1980-х годов до 60 % к 2000 г. и в настоящее время не снижается. Использование малоинвазивного метода лечения необходимо для сохранения функции молочной железы и снижения риска косметического дефекта.

**Цель:** изучить отдаленные результаты лечения нелактационного мастита пункционным способом в детском возрасте.

**Материалы и методы.** За период с 2021 по 2023 г. в отделении гнойной хирургии находился 141 ребенок с диагнозом «гнойный мастит», в возрасте от 6 месяцев до 17 лет. Среди данной группы 66,7 % ( $n = 94$ ) пациентов было пролечено пункционным методом. Проспективно отслежено 17,7 % ( $n = 25$ ) пациенток, которым в онлайн-режиме было проведено анкетирование и проанализирован катамнез. Анкета содержала 8 вопросов, целью которых являлась оценка удовлетворенности малоинвазивным способом лечения, а также выявление осложнений гнойного мастита. Для более детальной оценки состояния молочной железы 20 пациенткам было проведено УЗИ молочных желез. При выполнении обследования интересовали следующие критерии: толщина железы на уровне соска, эхоструктура, ширина протоков, состояние лимфоузлов, а также наличие образования, при оценке которого учитывают форму, размер, края, подвижность, кровоток, капсулу и содержимое полости.

**Результаты.** По результатам опроса в 100 % случаев родители ребенка отмечают его удовлетворительное состояние и отсутствие косметических дефектов в области поражения молочной железы. Только у одной пациентки выявлена периодическая неинтенсивная боль в зоне бывшего очага. После выписки из отделения гнойной хирургии 7,1 % ( $n = 10$ ) девочек проходит обследование и наблюдение у гинеколога. При осмотре 14,2 % ( $n = 20$ ) детей в местном статусе обращает на себя внимание отсутствие изменений кожи молочной железы и болезненности при пальпации, симметричность желез, но сохранение инфильтрата в месте бывшего очага с уменьшением его размеров в динамике. По результатам УЗИ, спустя 3 месяца после клинического выздоровления, кистозные полости сокращаются, не обнаружено утолщения тканей образования, в полости образования отсутствует неоднородное содержимое. У одной из пациенток спустя 3 месяца произошел рецидив гнойного мастита в области предыдущего поражения, была выполнена повторная пункция. У второго ребенка рецидив произошел спустя месяц после лечения, однако размеры очага и длительность заболевания на момент обращения потребовали проведения вскрытия и дренирования мастита.

**Заключение.** Остаточные изменения при пункционном лечении мастита в зоне гнойного очага молочной железы свидетельствуют об отсутствии воспалительных изменений, но наличии структурных, которые требуют дальнейшего динамического наблюдения.

**Ключевые слова:** нелактационный мастит; дети; отдаленные результаты.

## КИСТОЗНЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Кутлюлова Л.К.<sup>1</sup>, Яфясов Р.Я.<sup>1</sup>, Морозов В.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Детская республиканская клиническая больница, Казань, Россия;

<sup>2</sup> Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

**Научные исследования:** проведен анализ случаев кист холедоха за 11 лет (с 2012 по 2022 г.) в ДРКБ. Проанализированы особенности клинического течения данного заболевания в разных возрастных группах, распределение данного заболевания по возрасту, полу, результаты лечения в ранних и отдаленных сроках.

**Обоснование.** Киста холедоха является наиболее часто встречающейся патологией развития печени и билиарного тракта у детей. Данное заболевание чаще встречается у девочек. Клиническая картина очень вариабельна у детей разных возрастных групп, также возможно бессимптомное течение заболевания. Своевременное выявление и лечение данной патологии позволяет снизить риск осложненного течения заболевания в более старшем возрасте и приводит к удовлетворительным результатам лечения.

**Цель:** изучить особенности клиники кист холедоха у детей разных возрастных групп, анализ результатов лечения.

**Материалы и методы.** С 2012 по 2022 г. в ДРКБ Казани было прооперировано 26 пациентов с кистой общего желчного протока. Основными методами диагностики кисты холедоха являлись УЗИ, МРХПГ. Распределение по полу: девочки 21 (81 %), мальчиков 5 (19 %). Распределение по возрасту: до 1 года — 19 детей (73 %), от 1 до 3 лет — 4 (15 %), старше 3 лет — 3 детей (12 %). У всех детей выявлена киста 1-го типа. 23 ребенка (88 %) прооперировано в плановом порядке после выявления кисты холедоха, 3 детей (12 %) по неотложным показаниям с клиникой желчного перитонита, обусловленной перфорацией кисты. Всем детям проведено иссечение кисты с формированием гепатикоеюностомии на изолированной Y-образной петле тощей кишки по Ру.

**Результаты.** Хорошие результаты получены в 20 случаях: хороший ранний и послеоперационный период. Интраоперационные осложнения: в 1 случае отмечалось повреждение печеночной артерии при выделении стенок кисты (стенка кисты была интимно спаяна с сосудом). Осложнения после операции: в раннем послеоперационном периоде у 3 детей отмечалась несостоятельность гепатикоеюноанастомоза, у 1 ребенка потребовало повторной операции — релапаротомии, ревизии области анастомоза и его ушивания на 5-е сутки после операции, у 2 — купировалось консервативно; в отдаленном периоде у 2 детей развилась стриктура анастомоза, что потребовало повторной операции: релапаротомии, иссечение стриктуры и наложение гепатикоеюноанастомоза.

**Заключение.** Клинические проявления данного заболевания разнообразны — от бессимптомного течения до классической триады симптомов (боль в животе, желтуха, симптом пальпируемого опухолевидного образования в брюшной полости); раннее выявление кисты холедоха уменьшает риск ее спонтанного разрыва, развития механической желтухи; ведущими методами диагностики выступают УЗИ и МРХПГ. Высокоэффективной является операция по иссечению кисты с формированием гепатикоеюностомии на изолированной Y-образной петле тощей кишки по Ру.

**Ключевые слова:** киста холедоха; гепатикоеюностомия; перфорация кисты; дети.

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО С ОСЛОЖНЕННЫМ ОМФАЛОЦЕЛЕ

Мавлянов Ф.Ш., Турсунов С.Э., Мавлянов Ш.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Обоснование.** Пренатально или во время родов оболочки омфалоцеле могут повредиться, а в случае гигантского омфалоцеле может быть повреждена печень. При разрыве оболочек новорожденный очень чувствителен к потере жидкости и восприимчив к травмированию органов брюшной полости, содержащихся в грыжевом мешке. Установлено, что частота послеоперационных осложнений составляет 32,1 %, в основном из-за сепсиса (51,4 %), дыхательной недостаточности (51,4 %), раневой инфекции (31,4 %) и несахарного диабета (2,9 %), возможны сердечно-сосудистая недостаточность, гипоплазия легких, внутрижелудочковые кровоизлияния.

**Описание клинического случая.** Ребенок родился 24.10.2022 года. В отделение неонатальной реанимации Самаркандского областного детского многопрофильного медицинского центра доставлен из Узунского района Сурхандарьинской области через 12 ч после рождения в тяжелом состоянии. С целью предупреждения раздувания кишечных петель с последующим их ущемлением в пупочном кольце, новорожденный был интубирован и переведен на аппарат искусственной вентиляции легких. Для предотвращения дальнейшего инфицирования брюшной полости проведен лаваж эвентерированных петель кишечника раствором метранидазола, после чего кишечник был помещен в стерильную перчатку. После предоперационной подготовки, которая была направлена на нормализацию показателей гомеостаза (кислотно-основное состояние, гемодинамика) новорожденному в экстренном порядке проведена операция «ликвидация грыжи пупочного канатика». В послеоперационном периоде ребенок в течении 24 часов после хирургического вмешательства находился на продленной искусственной вентиляции легких. На фоне интенсивной терапии в комплекс лечебных мероприятий была включена ранняя энтеральная нутритивная поддержка. Для этого после операции через 12 часов новорожденному через назогастральный зонд, в стартовой дозе 2 мл/кг, преимущественно болюсным способом вводили солевые растворы. Через 24 часа, после того как у младенца отмечалась эвакуация полного объема введенного болюса солевого раствора, начали вводить грудное молоко.

**Заключение.** Таким образом, лечение новорожденных с омфалоцеле требует комплексного подхода и участия высококвалифицированных специалистов, четкая координация деятельности которых для своевременного вмешательства, обеспечения оптимального ухода за пациентом и достижения наилучших результатов. Применение ранней энтеральной нутритивной поддержки в комплексе послеоперационного ведения новорожденных положительно влияют на результаты хирургического вмешательства.

**Ключевые слова:** омфалоцеле; новорожденный; эвентерация кишечника; лечение.

# БИОИМПЕДАНСНЫЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Мавлянов Ф.Ш., Тухтаев Ф.М., Мавлянов Ш.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Обоснование.** В детской хирургической практике все чаще встречается сочетание патологического процесса, требующего оперативного вмешательства, и сопутствующих хронических заболеваний со стороны мочевыделительной системы, в патогенезе которых уже имеются нарушения водной основы организма. В таком случае присоединение хирургического заболевания на фоне существующего нарушения водного баланса и функций мембран, вполне вероятно, будет иметь более серьезные последствия для растущего организма ребенка.

**Цель:** провести биоимпедансный анализ состава тела у детей с экстренной патологией мочевыделительной системы.

**Материалы и методы.** В комплекс обследования 45 мальчикам была включена биоимпедансметрия с применением анализатора состава тела человека «InBody 230». Изучались следующие параметры: рост, вес, общая масса мускулатуры, масса жировых тканей в теле, общий уровень жидкостей в организме, масса свободного жира, индекс массы тела, процент содержания жира, индекс основного метаболизма. Анализ параметров производился в абсолютных (см, кг) и относительных единицах (%), а также в расчетных показателях (соотношения кг/м<sup>2</sup>). Полученные данные представлены в виде средних величин ( $M \pm m$ ). Достоверность различий средних величин определяли по *t*-критерию Стьюдента. Уровень значимости считался достоверным при  $p < 0,05$ . Полученные параметры состава тела больного автоматически сравнивались с референтными значениями практически здоровых детей.

**Результаты.** Математический анализ результатов биоимпедансметрии показателей состава тела в сравнении с нормативными данными позволил нам выявить следующее. У мальчиков с экстренной патологией мочевыделительной системы отмечалось уменьшение мышечной массы и общего уровня жидкости в организме, которые остаются незамеченными во время обследования (диаграмма 1). Состояние дегидратации у обследованных детей, на наш взгляд, связано с развитием осложнений мочекаменной болезни. Это проявляется в виде тошноты, рвоты, приводит к развитию болевого синдрома и в целом к снижению качества жизни у этих пациентов.

**Заключение.** Анализ динамики биоимпедансметрии позволяет говорить, что у детей с экстренной патологией мочевыделительной системы острое нарушение уродинамики на фоне воспалительных осложнений приводит к развитию общеорганизменных нарушений в составе тела. Оценивая место и диагностическую ценность биоимпедансметрии в проведенном исследовании, считаем нужным отметить, что биоимпедансометрия позволяет получить объективные данные об исходных нарушениях водного баланса организма.

**Ключевые слова:** биоимпедансметрия; мочекаменная болезнь; дети.

# ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Магомедмирзаев Д.Ш., Жидовинов А.А., Пермяков П.Е.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

**Обоснование.** Некротический энтероколит (НЭК) — воспалительное заболевание новорожденных, которое сопровождается повреждениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с развитием перфораций и некроза кишечника. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении смертность больных НЭК после оперативных вмешательств высокая, и достигает 60 % не имеет тенденции к снижению.

Этиология и патогенез НЭК до настоящего времени остается предметом широкого научного обсуждения. Основные усилия направлены на поиски потенциальных маркеров, позволяющих выявить ЯНЭК на ранних стадиях, определить характер течения и прогноз заболевания.

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике, анализ ближайших и отдаленных результатов лечения НЭК свидетельствует, что у 40 % детей течение заболевания осложняется перфорациями ЖКТ, летальность при которых достигает, по данным разных авторов, 40–90 %. Становится совершенно очевидным, что успех лечения зависит не только от адекватной оперативной коррекции, своевременного и рационального назначения антибиотиков, а также определяется комплексом диагностических и лечебных мероприятий, направленных на раннее выявление признаков осложненного течения ЯНЭК.

**Цель:** улучшение результатов ранней диагностики и лечения некротического энтероколита у новорожденных.

**Материалы и методы.** В исследуемую группу вошли 80 детей периода новорожденности и первого года жизни, находящихся на лечении в ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой Астрахани в период с 2017 по 2022 г. с НЭК (острой и подострой формой).

**Результаты.** Предлагаемый метод направлен на оптимизацию ранней диагностики НЭК у новорожденных путем определения фекального кальпротектина в кале новорожденных в первые сутки после рождения.

Результат исследования достигается путем определения фекального кальпротектина в каловых массах, взятых первые сутки после рождения, и при значении уровня фекального кальпротектина выше 1,1 мг/г подтверждается диагноз НЭК.

Для определения уровня фекального кальпротектина в каловых массах новорожденных используют метод иммуноферментного анализа.

Высокие показатели фекального кальпротектина позволяют судить о воспалительном процессе в стенке кишки. Чем выше показатель, тем глубже патологический процесс.

**Заключение.** Указанный способ диагностики позволяет выявить некротический энтероколит у новорожденных на ранних (доклинических) стадиях, прогнозировать исход и своевременно начать интенсивное лечение. Способ прошел успешную апробацию в ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой Астрахани в период с 2017 по 2022 г. на 80 новорожденных с подозрением на некротический энтероколит.

**Ключевые слова:** некротический энтероколит; новорожденные; кальпротектин; низкая масса тела.

# ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ НЕЙРОМОНИТОРИНГ ГОРТАННЫХ НЕРВОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ: МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ У 365 ПАЦИЕНТОВ

Макарьин В.А., Черников Р.А., Горская Н.А., Слепцов И.В., Семенов А.А.

Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Ежегодно количество операций на щитовидной железе увеличивается, что требует внедрения безопасных хирургических методов и профилактики специфических осложнений.

**Цель:** разработать методику проведения интраоперационного нейромониторинга гортанных нервов при операциях по поводу рака щитовидной железы у детей.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 365 детей, средний возраст 14,8 лет. Диагноз при поступлении в клинику «рак щитовидной железы»: папиллярный, медуллярный и фолликулярный рак. Распределение по объему операции: гемитиреоидэктомия — 108, гемитиреоидэктомия + селективная паратиреоидэктомия — 1, гемитиреоидэктомия + центральная лимфаденэктомия VI уровня — 33, гемитиреоидэктомия + центральная лимфаденэктомия VI уровня + боковая лимфаденэктомия — 1, резекция перешейка — 6, резекция перешейка + центральная лимфаденэктомия VI уровня — 2, тиреоидэктомия — 79, тиреоидэктомия + центральная лимфаденэктомия VI уровня — 72, тиреоидэктомия + центральная лимфаденэктомия VI уровня + двусторонняя боковая лимфаденэктомия II, III и IV уровней шеи — 6, тиреоидэктомия + центральная лимфаденэктомия VI уровня + односторонняя боковая лимфаденэктомия II, III и IV уровней шеи — 57.

При выполнении операций был использован интраоперационный нейромониторинг с установкой ларингеальных электродов на интубационную трубку. В исследовании использовали два типа мониторинга: переменный и постоянный с установкой Delta-электрода на блуждающий нервы.

В рамках исследования определены возможные типы повреждения гортанных нервов и описан электрофизиологический феномен Loss of signal. Всем пациентам в послеоперационном периоде выполняли контроль подвижности голосовых складок с помощью УЗИ.

**Результаты.** Разработана методика проведения переменного и постоянного мониторинга гортанных нервов в при операциях на щитовидной железе у детей. Показаны возможные типы повреждения нервных структур: сегментарный и глобальный тип повреждения, и роль возникновения LOS. Предложен алгоритм картирования гортанных нервов при выполнении хирургических вмешательств при операциях на щитовидной железе.

**Заключение.** Интраоперационный нейромониторинг позволяет прогнозировать и профилактировать нарушение мышц гортани при операциях на щитовидной железе у детей. Предложенный алгоритм мониторинга требует внедрения в хирургическую практику детских хирургов, выполняющих операции на щитовидной железе.

**Ключевые слова:** парез мышц гортани; операции на щитовидной железе; нейромонитор; Loss of signal; дети.

## РЕКОНСТРУКЦИЯ ТОТАЛЬНЫХ ПОРТОСИСТЕМНЫХ ШУНТОВ В СЕЛЕКТИВНЫЙ ШУНТ У ДЕТЕЙ

Маргарян С.Р.<sup>1,2</sup>, Разумовский А.Ю.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

**Обоснование.** Спленоренальный шунт (СРШ) является тотальным портосистемным шунтом (ПСШ) и распространенным методом лечения детей с портальной гипертензией (ПГ). Но из-за снижения портальной перфузии печени (ППП) при нем имеется высокий риск развития печеночной недостаточности (ПН), гипераммониемии и печеночной энцефалопатии (ПЭ). Тем временем использование селективного дистального спленоренального шунта (ДСРШ) (поддерживает ППП, снижает риск развития ПН и ПЭ) ограничено из-за высокого риска развития его тромбоза. Однако в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова предложена новая операция — реконструкция СРШ в ДСРШ, при котором этот риск исключается. Последнее объясняется тем, что не накладывается новый анастомоз, а лишь перекрывается просвет селезеночной вены (СВ) справа от анастомоза (СВ клипировается/лигируется).

**Цель:** выяснение эффективности предложенной операции в профилактике ПН, гипераммониемии, ПЭ путем проведения нейропсихологического обследования, лабораторных и инструментальных исследований до и после ее применения.

**Материалы и методы.** Реконструкция шунтов осуществлялась с 2020 г. у 39 пациентов с использованием лапаротомического или лапароскопического доступов. В проспективное исследование были включены 18 детей, которые были обследованы до и после реконструкции шунтов (определение уровня аммиака в крови, УЗИ органов брюшной полости, ангиография, МРТ головного мозга).

**Результаты.** После применения предложенной операции у 14 детей на УЗИ и ангиографии были отмечены признаки улучшения ППП. Снижение уровня аммиака в крови отмечалось у 13 детей. У 3 пациентов на МРТ имелось купирование признаков накопления солей марганца в головном мозге (признаки ПЭ). Большинству детей в послеоперационном периоде не требовалось проведения гепаринотерапии (тромбоза шунта не наблюдался ни у одного пациента) и эпидуральной анальгезии (операция малотравматична).

**Заключение.** В плане обеспечения ППП ДСРШ является предпочтительным методом лечения. Однако его главным недостатком является тромбоз шунта, что ограничивает его практическое применение. При использовании предложенного нами метода реконструкции тотальных ПСШ в селективный шунт риск тромбоза исключается.

Разработанная операция, направленная на улучшение ППП, является перспективным методом профилактики/лечения таких осложнений, как ПЭ, гипераммониемия и ПЭ у детей с ПГ после наложения часто применяемого в практике СРШ.

**Ключевые слова:** дети; портальная гипертензия; спленоренальный шунт; реконструкция шунта; портальная перфузия печени; печеночная энцефалопатия; гипераммониемия.

## ОПЫТ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СТРИКТУРАМИ ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ

Мелехина О.В.<sup>1</sup>, Ефременков А.М.<sup>2,3</sup>, Зыкин А.П.<sup>2,3</sup>, Акопян М.К.<sup>4</sup>,  
Шахбанов Р.Р.<sup>3</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Центральная клиническая больница с поликлиникой, Москва, Россия;

<sup>4</sup> Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

**Актуальность.** По данным различных источников — частота развития стриктур гепатикоюноанастомозов (ГЕА) может достигать 5 % вне зависимости от нозологии. До недавнего времени единственным методом лечения являлось реанастомозирование. В последние десятилетия для лечения данной категории взрослых больных хорошо себя зарекомендовали антеградные чрескожные чреспеченочные вмешательства на желчных протоках, которые могут быть применены не только для купирования билиарной гипертензии, но и стать методом окончательного лечения при успешной их реканализации. Публикации, посвященные подобным операциям при данной патологии у детей немногочисленны и большинство из них посвящено стенозам ГЕА после трансплантации печени. Представляем свою серию клинических наблюдений.

**Материал и методы.** С 2019 г. по настоящее время на клинических базах кафедры детской хирургии им. акад. С.Я. Долецкого пролечено 6 детей с прогрессирующей билиарной гипертензией, развившейся из-за стеноза ГЕА. Поводом к наложению ГЕА послужили: резекция кисты гепатикохоледоха ( $n = 3$ ), панкреатодуоденальная резекция ( $n = 2$ ), травма холедоха ( $n = 1$ ). Возраст детей составил от 6 до 17 лет. Методика ЧЧХС включала в себя несколько этапов: пункция желчного протока под УЗ-контролем, контрастирование протоков и получение холангиограмм, бужирование пункционного канала. Дальнейшие манипуляции проводили под контролем рентгеноскопии. В просвет протока вводили мягкий проводник с J-кончиком по которому заводили манипуляционный катетер, гидрофильную струну. При прохождении гидрофильной струны через стриктуру, через последнюю по проводнику проводили манипуляционный катетер, меняли на более жесткую струну, по которой заводили ангиопластический баллонный дилататор и под визуальным контролем при рентгеноскопии отмечали давление, при котором «талиа» стриктуры полностью расправляется. После дилатации стриктуры в кишку проводили дренажный катетер Dawson–Mueller. Баллонную дилатацию повторяли через каждые 2,5–3 мес. до того момента, пока не будет визуализироваться «талиа» на баллоне при полном расправлении баллона. Требовалось 5–6 процедур.

**Результаты.** Интраоперационных осложнений не отмечено. Среднее время реканализации стриктуры — 90 мин; повторной баллонной дилатации — 20 мин. Контрольное МР-ХПГ через год не выявило рецидивов стриктуры анастомозов.

**Заключение.** Таким образом, чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков, реканализация и курс баллонной дилатации стриктуры ГЕА можно считать окончательным мининвазивным методом лечения данной категории пациентов в педиатрии.

**Ключевые слова:** стеноз; стриктура; гепатикоюноанастомоз; холангиостомия; баллонная дилатация; чрескожные чреспеченочные вмешательства.



## 20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОЖГОВЫМ РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ ПИЩЕВОДА

Мельников М.И., Иванов А.П., Купатадзе Д.Д., Набоков В.В.,  
Подкаменев А.В., Копяков А.Л., Ходос К.Г.

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

**Обоснование.** Рубцовый стеноз пищевода возникает при ожогах II и III степени, различными химическими агентами и имеет рецидивирующий характер течения. В настоящий момент не выработан единый вариант лечения этой патологии. Разнятся показания, способы и длительности лечения.

**Цель:** анализировать полученные результаты и с их использованием обосновать представленную методику.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезней 73 пациентов с послеожоговыми рубцовыми стенозами пищевода, получавших лечение в клинике в период с 2000 по 2023 г. Из анализа исключены пациенты, получавшие лечение в других стационарах; больные, поступавшие только на ЭГДС-контроль, и пациенты, лечение которых не окончено.

**Результаты.** Окончательная выборка включала 42 пациентов (30 мальчиков и 12 девочек) в возрасте от 1,5 до 17 лет. 34 ребенка (81,0 %) получили ожоги бытовыми средствами, содержащими щелочь. 5 детей (11,9 %) — кислотными средствами, 2 ребенка (4,8 %) получили ожог батареейкой, и 1 пациент (2,4 %) получил ожог пищевода кристаллами перманганата калия.

Пациентам проводилась консервативная терапия: бужирование и баллонная дилатация пищевода, а при ее неэффективности или возникновении осложнений проводилась эзофагопластика кишечными трансплантатами.

У 27 детей из 42 (64,3 %) консервативная терапия оказалась достаточной и оперативное лечение не потребовалось. В 22 из 27 случаев (81,5 %) лечение заняло до 36 мес., а у 5 человек (18,5 %) продолжалось до 68 мес.

Радикальная заместительная операция потребовалась 15 детям (35,7 %). Пять пациентов имели показания к оперативному лечению на момент поступления в связи с наличием протяженной стриктуры пищевода, не подлежащей бужированию (3 случая), либо при перфорации пищевода на первом сеансе бужирования (2 наблюдения). Остальные дети (10 человек) первично получали консервативную терапию, которая оказалась не эффективна, и были оперированы в связи с формированием протяженной стриктуры пищевода (4 пациента), перфорацией пищевода (4 пациента), отсутствием значимого эффекта при длительном лечении (2 ребенка).

В результате проводимой терапии все 42 человека (100 %) выздоровели. У них клинически отсутствует дисфагия при приеме твердой пищи.

**Заключение.** По нашему мнению, консервативная терапия является эффективным методом лечения сформированных послеожоговых стриктур пищевода. Рассмотрение вопроса о радикальном хирургическом лечении должно проводиться не ранее 36 мес. от начала лечения при отсутствии осложнений в виде перфораций или развития полной облитерации пищевода.

**Ключевые слова:** ожог пищевода; стеноз пищевода; бужирование.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БРОНХОБЛОКАЦИИ У ДЕТЕЙ

Мешков А.В.<sup>1</sup>, Гандуров С.Г.<sup>2</sup>, Григорьева Н.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2</sup> Детская краевая клиническая больница им. А.К. Пиотровича, Хабаровск, Россия

В нашей практике методика бронхоблокации используется при лечении острых деструктивных пневмоний с формированием бронхо-плеврального свища, легочных кровотечений, осуществлении однологочной вентилиации при проведении оперативных вмешательств у детей на органах грудной полости.

**Материал и методы.** С 2003 года нами выполнено 56 бронхоблокаций (мальчиков 31, девочек 24; возраст детей от 5 суток до 17 лет): 42 — при лечении острых деструктивных пневмоний с фистулой, 8 — для осуществления однологочной вентилиации при оперативных вмешательствах на органах грудной полости, 3 — у детей с легочным кровотечением, 3 — в составе комплексного лечения детей с туберкулезом органов дыхания.

В настоящее время для проведения бронхоблокаций существует нескольких методов и материалов:

- крупнопористый поролон;
- катетер Фогарти;
- клапанный бронхоблокатор Medlung (Россия);
- клапан IBV (Olympus Medical Systems Corporation, Япония);
- Valve Zephyr (Pulmonx Corporation, USA).

**Результаты.** Наиболее часто для проведения бронхоблокации нами использовался поролон. Плюсы его заключаются в доступности материала, дешевизне, возможности использования у любого пациента, независимо от массы тела и возраста. Минусы — полное блокирование бронха, невозможность удаления мокроты, секрета, патологического отделяемого из дистальных отделов заблокированного бронха, медленное коллабирование легкого, что сильно ограничивает его использование для проведения однологочной вентилиации, возможность установки только при ригидной бронхоскопии. Катетер Фогарти наиболее часто использовался для блокирования главного бронха при необходимости проведения однологочной вентилиации. Плюсами данного метода мы считаем дешевизну катетера, доступность, возможность использования у детей раннего возраста, возможность быстро удалить катетер и расправить легкое при необходимости. Минусы — сложность установки (обусловлена тем, что катетер разработан для других целей), неудобство работы с пациентом после установки (дополнительный катетер, значительного размера, установленный рядом с интубационной трубкой). Клапанный бронхоблокатор Medlung мы использовали у 12 пациентов, преимущественно для лечения бронхо-плевральных свищей и коллабирования верхней доли у детей с туберкулезом. Плюсами этих блокаторов являются низкая стоимость, доступность, различные размеры, возможность удаления отделяемого из перекрытых отделов бронхиального дерева. Минусы — отсутствие клапанов малого диаметра (менее 6 мм), что не позволяет использовать метод у детей раннего возраста, вероятность повреждения клапана при установке, в некоторых ситуациях — перекрытие «хвостом» клапана устьев соседних бронхов или трахеи. Плюсами клапана IBV можно считать размерный ряд (5–7 мм), возможность санации дистальных отделов бронха. Минусы — высокая стоимость клапана, необходимость использования однократного установочного катетера и измерителя диаметра бронха, сложность закупки в настоящее время.

Клапаны Zephyr до настоящего времени не получили регистрацию в России. Их использование можно считать перспективным, как аналог клапанов IBV. В наших наблюдениях мы не столкнулись с осложнениями при проведении бронхоблокации и после установки блокатора. В одном случае

(у мальчика с туберкулезом) произошла миграция клапана Medlung (при кашле, после 2 месяцев от момента блокации), что потребовало повторной установки клапана в бронх.

**Заключение.** Таким образом, мы считаем процедуру бронхоблокации эффективной, имеющей низкий риск развития осложнений и допустимой в использовании у детей различного возраста.

**Ключевые слова:** бронхоблокатор; эндоскопия; бронхоскопия; бронхо-плевральный свищ; легочное кровотечение; дети.

## РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У РЕБЕНКА С ЛИМФОМОЙ БЕРКИТТА ПРИ СИНДРОМЕ ЛИ – ФРАУМЕНИ

Мидас К.А.<sup>1</sup>, Кацупеев В.Б.<sup>2</sup>, Дадаян А.Г.<sup>2</sup>, Макогон С.В.<sup>2</sup>, Матвеев О.Л.<sup>2</sup>,  
Воловик К.Г.<sup>2</sup>, Карагезян Р.Л.<sup>2</sup>, Макарова С.С.<sup>1</sup>, Лейга А.В.<sup>2</sup>,  
Евсеева Е.А.<sup>2</sup>, Айказян А.А.<sup>2</sup>, Каймаков С.С.<sup>2</sup>, Арутюнов А.В.<sup>2</sup>,  
Асриянц А.В.<sup>2</sup>, Авагян Т.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Детская городская больница № 1, Ростов-на-Дону, Россия;

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 20, Ростов-на-Дону, Россия

**Актуальность.** Лимфома Беркитта может являться проявлением редкого аутосомно-доминантного наследственного заболевания — синдрома Ли – Фраумени, которое предрасполагает носителей к развитию рака.

**Описание клинического случая.** Мальчик М., 5 лет, доставлен в детское хирургическое отделение бригадой СП с клиникой кишечной непроходимости. Впервые появились жалобы на периодические боли в области живота и тошноту 3 недели назад. При поступлении установлен предварительный диагноз: Острая кишечная непроходимость, инвагинация кишечника? Рентгенографические изменения укладываются в картину тонкокишечной непроходимости. При УЗИ органов брюшной полости определяются расширенные, аперистальтические кишечные петли во всех отделах, межпетельно — свободная жидкость. Ребенку выполнена диагностическая лапароскопия, при которой обнаружен серозно-геморрагический выпот в малом тазу в объеме 200,0 мл. Выявлен тонко-тонкокишечный инвагинат, размерами 40,0×6,0×6,0 см. Попытка дезинвагинации с помощью инсуффляции кислорода в просвет кишечника безуспешна. Выполнена конверсия. При ревизии брюшной полости в корне брыжейки тонкой кишки определяются множественные увеличенные до 2,0×3,0 см лимфатические узлы. В большом сальнике определяются множественные лимфатические узлы, размерами 2,5×1,5 см. Тонко-тонкокишечный инвагинат размерами 40,0×6,0×6,0 см, расправлен. Стенка подвздошной кишки, вовлеченная в инвагинат, темного цвета с участками десерозирования и некроза на протяжении 45,0 см и на расстоянии 1 метра от илеоцекального угла. Головкой инвагината являлся участок подвздошной кишки, несущий новообразование округлой формы размерами 4,0×3,0×5,0 см, исходящее из стенки кишки и частично обтурирующее ее просвет. Со стороны серозной оболочки в области новообразования определяется участок втяжения кишки с изъязвлением в центре. Измененный участок подвздошной кишки на протяжении 60,0 см резецирован с участком брыжейки и измененными брыжеечными лимфоузлами. Наложена тонко-тонкокишечный анастомоз однорядным непрерывным инвагинирующим швом. Выполнена расширенная биопсия лимфоузлов брыжейки тонкой кишки и большого сальника. На 4-е сутки пребывания в отделении реанимации у ребенка вновь внезапно возобновились приступообразные боли в животе.

При компьютерной томографии брюшной полости выявлены диффузные изменения в печени, повторная инвагинация тонкой (тощей?) кишки. В связи с рецидивом заболевания выполнена экстренная релапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выявлен инвагинат тонкой кишки размерами 10,0×5,0×5,0 см, но расположенный уже на 80 см проксимальнее зоны анастомоза. Ранее сформированный тонко-тонкокишечный анастомоз не изменен, проходим. Произведено расправление инвагината. Пальпаторно в просвете кишки, участвующей в инвагинате, образований не определяется, стенки кишки визуальны не изменены. Определяются множественные лимфатические узлы брыжейки тонкой кишки и большого сальника (2,5×1,5 см).

**Заключение.** В клиническом случае представлено редкое осложнение лимфомы Беркитта в виде рецидивирующей инвагинации тонкой кишки. Причиной формирования рецидивирующих инвагинаций, на наш взгляд, явилась выраженная гиперплазия лимфоидной ткани в стенках и брыжейке кишок. Сама же лимфома Беркитта, выявленная у ребенка при дополнительном обследовании, стала проявлением синдрома Ли – Фраумени.

**Ключевые слова:** инвагинация кишечника; рецидив инвагинации; лимфома Беркитта; синдром Ли – Фраумени; дети.

## ПЕРФОРАЦИЯ КУПОЛА СЛЕПОЙ КИШКИ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

Мидас К.А.<sup>1</sup>, Кацупеев В.Б.<sup>2</sup>, Дадаян А.Г.<sup>2</sup>, Макогон С.В.<sup>2</sup>, Матвеев О.Л.<sup>2</sup>,  
Воловик К.Г.<sup>2</sup>, Карагезян Р.Л.<sup>2</sup>, Макарова С.С.<sup>1</sup>, Лейга А.В.<sup>2</sup>, Евсеева Е.А.<sup>2</sup>,  
Айказян А.А.<sup>2</sup>, Каймаков С.С.<sup>2</sup>, Арутюнов А.В.<sup>2</sup>, Асриянц А.В.<sup>2</sup>, Авагян Т.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Детская городская больница № 1, Ростов-на-Дону, Россия;

<sup>2</sup> Городская клиническая больница № 20, Ростов-на-Дону, Россия

**Актуальность.** Перфорация стенок органов желудочно-кишечного тракта остроконечным инородным телом может происходить на любом уровне. Предоставлен клинический случай перфорации купола слепой кишки зубочисткой у ребенка.

**Описание клинического случая.** Пациент М., 6 лет, доставлен бригадой СП в приемное отделение Городской больницы № 20 г. Ростова-на-Дону с диагнозом: Острый аппендицит? Со слов матери, ребенок болеет в течение 30 часов, когда впервые предъявил жалобы на боли в животе, преимущественно в правой подвздошной области. При осмотре определялся defense musculaire в правой подвздошной области, пальпация живота резко болезненна. Аппендикулярные симптомы и симптомы раздражения брюшины положительные. Проведены дополнительные методы обследования. ОАК: лейкоциты —  $10,5 \times 10^9/\text{л}$ ; тромбоциты —  $164 \times 10^9/\text{л}$ . ОАМ: слизь — большое количество. Таким образом, используя MANTRELS scoring system диагностической шкалы Alvarado, общая сумма баллов составляла 8, что трактуется как вероятный диагноз острого аппендицита. Во время диагностической лапароскопии обнаружено, что купол слепой кишки перфорирован инородным телом (зубочисткой). Инородное тело прошло из подвздошной в слепую кишку через баугиниеву заслонку и перфорировало стенку слепой кишки. Слепая кишка инъецирована сосудами, в стенках выраженная инфильтрация. Серозный выпот в малом тазу в объеме до 50 мл. Обнаружен вторично измененный червеобразный отросток с признаками катарального воспаления. Выполнена конверсия. Рана в правой подвздошной области расширена до 7,0 см. Купол слепой кишки выведен в рану, извлечено инородное тело (зубочистка), перфорационное отверстие до 0,3 см. в диаметре. Последнее обработано раствором йода и ушито однорядными отдельными кишечными швами нитью prolene 5/0. Выполнена классическая аппендэктомия лигатурным методом. Послеоперационный диагноз: Перфорация слепой кишки инородным телом (зубочисткой). Вторичный катаральный аппендицит. Местный серозный перитонит.

**Обсуждение.** В отечественной и зарубежной литературе приведены случаи осложнений при попадании зубочисток в пищеварительный тракт: перфорации, формирование абсцессов, интерстициальное кровотечение, сепсис. Интересен описанный W. Al-Khyatt случай обнаружения зубочистки в проекции портальных ворот печени в ходе выполнения лапароскопической холецистэктомии. Следует отметить, что согласно открытому Экснером в 1902 году «игольчатому» рефлексу, остроконечные инородные тела могут мигрировать по просвету желудочно-кишечного тракта свободно, без его повреждения, так как травмирование слизистой оболочки острым концом инородного тела вызывает рефлекторное втяжение слизистой, что способствует постепенному развороту предмета другим (тупым) концом вперед. Но при обязательном условии, что длина инородного тела не превышает диаметра просвета кишки. В приведенном клиническом наблюдении длина зубочистки превышала диаметр кишки ребенка, и «игольчатый» рефлекс не позволил избежать осложнения в виде перфорации стенки острым концом.

**Заключение.** Таким образом, колющие инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей, особенно раннего возраста, должны быть эндоскопически извлечены из просвета ЖКТ в ближайшее время после обращения в стационар. Динамическое наблюдение в таких ситуациях, ожидая

самопроизвольного выхода инородного тела естественным путем, следует считать ошибочным и чреватым возникновением грозных осложнений.

**Ключевые слова:** инородное тело; перфорация полого органа; вторичный аппендицит; «игольчатый» рефлекс Экснера; дети.

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Мидас К.А.<sup>2</sup>, Кацупеев В.Б.<sup>1</sup>, Дадаян А.Г.<sup>1</sup>, Макогон С.В.<sup>1</sup>, Матвеев О.Л.<sup>1</sup>,  
Воловик К.Г.<sup>1</sup>, Карагезян Р.Л.<sup>1</sup>, Евсеева Е.А.<sup>1</sup>, Макарова С.С.<sup>2</sup>, Лейга А.В.<sup>1</sup>,  
Каймаков С.С.<sup>1</sup>, Арутюнов А.В.<sup>1</sup>, Авагян Т.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Городская клиническая больница № 20, Ростова-на-Дону, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская больница № 1, Ростова-на-Дону, Россия

**Обоснование.** Пилонидальная болезнь, пилонидальные кисты или «эпителиальный копчиковый ход», представляет собой патологию, в отношении которой до настоящего времени в публикуемой литературе сохраняются существенные расхождения отечественных и зарубежных авторов как в понимании ее этиологии в целом, так и в методах хирургической коррекции.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное исследование с выборкой пациентов в ходе стационарной и амбулаторной поликлинической работы в период 2022–2023 г. Исследование базируется на изучении историй болезни и анализе течения послеоперационного периода 81 пациента, разделенных на 3 группы. Критерием исключения являлись рецидивные пилонидальные кисты. В первую группу (25 пациентов) вошли больные, оперированные методом широкого иссечения кисты со свищом и «открытым» ведением раны. Вторым вариантом — выполнялась операция LOCULA (Laying Open and Curettage under Local Anesthesia). Дополнительно во всех случаях интраоперационно проводилась бесконтактная обработка раны диодным лазерным излучением (энергия импульса 3 Вт, длина волны 1470 нм) с целью дополнительной поверхностной фототермической деструкции стенок раневого канала. Третью группу (30 пациентов) составили дети, которым оперативное лечение пилонидальной кисты проводилось с использованием малоинвазивной методики M. Gips.

## Результаты:

1. Сроки полного заживления ран (группа 1 — от 21 до 42 дней, группа 2 — 18–24 дня, группа 3 — от 12 до 16 дней).
2. Длительность оперативного вмешательства в группах 1 и 2:  $30 \pm 10$  мин, а в третьей группе —  $11 \pm 1$  мин.
3. У пациентов групп 1 и 2 оперативное лечение под наркозом в 92 % случаев (47 детей), группа 3 — под местной инфильтрационной анестезией.
4. Сроки госпитализации групп 1 и 2 — от 5 до 10 дней с ежедневными перевязками, антибактериальной и гемостатической терапией; группа 3 по системе «стационар одного дня».
5. Частота рецидивов в группе 1 — 8 % (2 пациента), в группе 2 — 19,2 % (5 больных), дети из группы 3 — не обращались с рецидивом заболевания.

**Выводы.** Представленные данные в сравнительном аспекте свидетельствуют о предпочтительности применения в большинстве случаев малоинвазивных методов, дополненных лазерной фотокоагуляцией раневых полостей.

**Ключевые слова:** пилонидальная киста; киста копчика; эпителиальный копчиковый ход; хирургия; лазер; дети.



## БАЗИСНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Микая И.Г.<sup>2</sup>, Курова Е.К.<sup>1</sup>, Цап Н.А.<sup>1</sup>, Черненко Л.Ю.<sup>2</sup>, Эрленбуш В.В.<sup>2</sup>, Щипанов Л.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) является тяжелым заболеванием, которое поражает кости различной локализации. Клинические проявления заболевания, имеющие сходства с инфекционными и ортопедическими болезнями, создают трудности для диагностики и своевременного лечения заболевания, от которого зависят исход болезни и количество осложнений.

**Цель:** представить опыт лечения детей с ОГО в возрасте старше 6 месяцев путем проведения клинико-статистического анализа клинического материала за 5-летний период.

**Материалы и методы.** За период с 2019 по 2023 г. в отделении гнойной хирургии было пролечено 143 ребенка с диагнозом ОГО костей различной локализации. Среди пролеченных за этот период детей 58 % (83 ребенка) составляли мальчики, 42 % (60 детей) девочки. В структуре по возрасту наибольшая доля принадлежит детям с 8 до 12 лет — 42,7 % (61 ребенок), далее по убывающей группа детей с 4 до 7 лет — 22,4 % (32 пациента), дети старше 13 лет — 20,3 % (29 пациентов). Меньше всего детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет — 14,7 % (21 ребенок). При поступлении всем пациентам проводился лабораторный комплекс обследований и рентгенография тех костей/костных сегментов, в которых определялись клинические признаки гнойной инфекции.

**Результаты.** По форме течения преобладала локальная форма — 93 % ( $n = 133$ ) случаев, септико-пиемическая форма остеомиелита возникла у 10 (7 %) детей. По анатомической локализации у детей с ОГО преобладал остеомиелит трубчатых костей — 61,5 % (88 пациентов), остеомиелит плоских костей составил 25,2 % (42 ребенка), реже встречался остеомиелит губчатых костей — в 13,3 % (19 детей). Среди пораженных гнойным процессом трубчатых костей превалировало поражение большеберцовой кости — 16,8 % ( $n = 24$ ), бедренной кости — в 12,6 % ( $n = 18$ ) и малоберцовой кости — в 11,2 % ( $n = 16$ ) случаев. Остеомиелит костей стопы составил значительную долю — 21,7 % ( $n = 31$ ) всех случаев ОГО. Остеомиелит костей верхней конечности встречался реже: плечевой кости — 4,9 % ( $n = 7$ ) случаев, локтевой кости — 1,4 % ( $n = 2$ ), лучевой кости — 2,1 % ( $n = 3$ ).

Также пролечены дети с ОГО костей таза — 23,1 % ( $n = 33$ ), среди которых изолированное поражение подвздошной кости составляет 7,7 % ( $n = 11$ ) случаев. В 15,4 % ( $n = 22$ ) случаев встречалось поражение различных смежных костей таза. Самой редкой локализацией являлось поражение ребер — 1,4 % ( $n = 2$ ) и один случай гнойного процесса лопатки — 0,7 %.

Остеомиелит различных локализаций пролечен консервативно в 29,4 % случаев ( $n = 42$ ), в 5 случаях проводилась пункция суставов. Оперативное лечение потребовалось 101 ребенку (70,6 % случаев): остеоперфорация — 91 ребенок (63,6 %), вскрытие флегмон — 25 пациентов (17,5 %). С момента поступления всем детям назначается комплексная терапия, включающая рациональную антибиотикотерапию и коррекцию метаболических расстройств при синдроме системного воспалительного ответа и септических осложнений. Летальных исходов не было.

После выписки больные, перенесшие ОГО, состоят на диспансерном учете у хирурга, получают медикаментозную, реабилитационную терапию, проходят исследования для оценки отдаленных результатов.

**Заключение.** Острый гематогенный остеомиелит у детей является серьезной проблемой, требующей ранней госпитализации и своевременного лечения. От этого зависит не только жизнь ребенка, но и возможность избежать опасных осложнений, таких как сепсис и инвалидизация. Дети, перенесшие острый гематогенный остеомиелит, требуют длительного динамического наблюдения у хирурга и проведения комплекса реабилитации для достижения полноценного качества жизни.

**Ключевые слова:** острый гематогенный остеомиелит; дети; лечение.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ 3D-ВИЗУАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККОЗОМ

Минаев С.В.<sup>1</sup>, Герасименко И.Н.<sup>1</sup>, Быков Н.И.<sup>2</sup>, Григорова А.Н.<sup>1</sup>,  
Тимофеев С.И.<sup>3</sup>, Доронин Ф.В.<sup>1</sup>, Рубанова М.Ф.<sup>1</sup>, Мишвелов А.Е.<sup>1</sup>,  
Багдасарян М.С.<sup>1</sup>, Полубояринова С.П.<sup>1</sup>, Лыткина А.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия;

<sup>2</sup> Краевая детская клиническая больница, Ставрополь, Россия;

<sup>3</sup> Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия

**Обоснование.** В связи с развитием лапароскопических технологий последние начали активно применяться при неосложненных формах эхинококкоза. Несмотря на широкое применение хирургического подхода в лечении эхинококкоза печени, структура и частота послеоперационных осложнений остается достаточно высокой. Применение лапароскопических технологий в лечении абдоминального эхинококкоза сопровождается развитием осложнений. Поэтому проведение исследований, направленных на оптимизацию хирургических подходов, обеспечивающих снижение интра- и послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени, являются крайне актуальными.

**Цель:** оценка возможности применения 3D-технологий у детей с абдоминальным эхинококкозом, позволивших повысить эффективность лапароскопического лечения и снизить количество осложнений.

**Материалы и методы.** Проведен проспективный анализ историй болезни с 2013 по 2022 г. у 43 детей с изолированным эхинококкозом печени, которым выполнялась многопортовая лапароскопическая эхинококкэктомия. В предоперационном периоде 25 пациентам основной группы применялся комплекс современных 3D-технологий (создание компьютерной 3D-реконструкции печени с паразитарной кистой и печать 3D-модели органа с сосудами и желчевыводящими протоками). Критериями исключения служили: сочетанный эхинококкоз внутренних органов (печени, легких, селезенки, головного мозга), паразитарные кисты размером менее 50 мм, прием глюкокортикостероидов, наличие врожденной патологии печени и легких, рецидив эхинококкоза, отказ от участия в исследовании. Статистические различия и достоверность определяли с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft, США). Полученные данные были обработаны методами вариационной статистики, достоверность различий оценивали с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

**Результаты.** Использование компьютерной виртуальной визуализации с трехмерной реконструкцией паразитарной кисты и прилежащих к ней кровеносных сосудов с желчными протоками позволило изготовить 3D-модель печени. Данный подход обеспечил возможность персонализированного лапароскопического вмешательства. При этом в основной группе отмечалось в послеоперационном периоде развитие одного (4,0 %) осложнения (остаточная полость). В группе сравнения имело место два (11,1 %) осложнения в виде желчного свища и остаточной полости.

**Заключение.** Таким образом, применение 3D-технологий у детей с абдоминальным эхинококкозом позволяет повысить эффективность лапароскопического лечения и снизить количество осложнений.

**Ключевые слова:** эхинококкоз; эхинококкоз у детей; 3D-моделирование; эхинококкоз печени.

## ПОКАЗАТЕЛИ ЭКГ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Исаков Н.З.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

**Обоснование.** Врожденная воронкообразная деформация грудной (ВДГК) клетки у детей наряду с функциональным нарушением органов дыхания приводит к существенным изменениям гемодинамики в результате воздействия на органы средостения.

**Цель:** изучение ЭКГ-показателей у детей с ВДГК до и после торакопластики.

**Материалы и методы.** Исследованию подвергались 44 ребенка с ВДГК в возрастном этапе 3–7 (26) и 8–15 лет (18). По материалам ЭКГ-анализа показано, что у больных детей с ВДГК преимущественно нарушено внутрижелудочковое проведение импульса (QRS) и время распространения волны возбуждения от эндокарда до эпикарда правого и левого желудочка (ВВОВ1, ВВОВ6), что может быть связано с блокадами ножек пучка Гиса или гипертрофическими изменениями стенки желудочков сердца. В послеоперационном периоде у больных детей в ЭКГ произошли по этим величинам положительные сдвиги, т. е. уменьшалось значение QRS в возрасте 3–7 и 8–15 лет, ВВОВ1 в обеих возрастных группах и ВВОВ6 лишь в возрасте 8–15 лет. У больных детей по частоте нарушения ритма сердца как номотопного (синусовая тахикардия, брадикардия и аритмия), так и гетеротопного характера (миграция водителя ритма, экстрасистолия) различие состояло в том, что в послеоперационном периоде частота синусовой тахикардии у больных детей в возрасте 3–6 лет уменьшается, а у детей в возрасте 8–15 лет несколько увеличивается, что связано с устранением усиленного напряжения парасимпатического отдела ВНС, имевшего место в дооперационном периоде.

**Результаты.** ЭКГ признаки гипертрофии предсердий в дооперационном периоде более часто выявляются у больных детей в возрасте 3–7 лет (73,1 %), нежели у детей в возрасте 8–15 лет (44,4 %). Однако в послеоперационном периоде признаки гипертрофии предсердий более часто устраняются у детей в возрасте 3–7 лет (57,9 %), чем у детей в возрасте 8–15 лет (50,0 %).

**Заключение.** У больных детей с ВДГК первоначальные изменения ЭКГ характерны для поражения правых отделов сердца, вследствие изометрической гиперфункции правого желудочка. Показано, что при этом правый желудочек в этих условиях выбрасывает увеличенный объем крови в легочную артерию, при условии увеличения сопротивления в малом круге кровообращения. Последний, в свою очередь, приводит к изотонической гиперфункции левого желудочка, т. е. последний выбрасывает пониженный объем крови в аорту, который вызывает тахикардию.

**Ключевые слова:** воронкообразная грудная клетка; электрокардиография; сердечно-сосудистая система; дети.

## ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ТИМЭКТОМИЯ ПРИ МИАСТЕНИИ У ДЕТЕЙ

Митупов З.Б.<sup>1</sup>, Разумовский А.Ю.<sup>1,2</sup>, Чумакова Г.Ю.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Обоснование.** Основными методами лечения миастении в настоящее время являются: прием компенсирующих средств (антихолинэстеразные препараты, гормональная терапия), иммуносупрессивные средства, цитостатические препараты, плазмофорез и тимэктомия. В настоящее время в связи с развитием эндохирургии стало возможным выполнение тимэктомии торакоскопическим (ТС) способом.

**Цель:** улучшение результатов лечения миастении у детей.

**Материалы и методы.** С 2010 года по настоящее время в нашей клинике находилось на лечении 42 пациента с миастенией в возрасте от 5 до 17 лет (средний возраст  $13,3 \pm 3$  лет). Подавляющее большинство составили девочки — 31 (81 %, а мальчиков было 11 (19 %). Продолжительность заболевания у детей варьировала от 6 до 24 месяцев составляя, в среднем, 13,3–4 месяца. Тяжесть клинических проявлений миастении оценивалась по пятибалльной шкале, согласно Международной клинической классификации. Больные до оперативного лечения имели тяжесть состояния от 2Б до 4Б, то есть у всех больных была генерализованная форма миастении с бульбарными нарушениями. Учитывая наличие нарушений дыхания и глотания, пациентов получали глюкокортикоидные препараты (метипред или преднизолон), а также антихолинэстеразные средства и препараты калия. Всем больным выполнена ТС-тимэктомия. При этом использовали общую сбалансированную анестезию галотаном и кислородом с использованием однологочной вентиляции. Положение больных на спине с приподнятым левым (правым) боком в зависимости от доступа. Первый троакар устанавливали в V межреберье по среднеподмышечной линии, второй троакар — в III межреберье по среднеподмышечной линии, третий троакар в VII межреберье по переднеподмышечной линии и четвертый троакар устанавливали в VIII–IX межреберье по заднеподмышечной линии. Мобилизацию вилочковой железы выполняли при помощи монополярной коагуляции и эндоскопического тупфера. Выполняли мобилизацию обеих долей тимуса через одну плевральную полость. Необходимо удаление непосредственно прилегающей жировой ткани.

Вилочковую железу извлекали из плевральной полости с обязательным использованием эндоконтейнера.

**Результаты.** ТС-тимэктомию выполнили 42 пациентам с генерализованной миастенией. При этом 17 детям операцию выполнили из левостороннего доступа и в 25 наблюдениях — через правую плевральную полость. Продолжительность ТС-тимэктомии в среднем составила  $60 \pm 15$  мин. Средние сроки госпитализации больных с миастенией после операции составили  $4 \pm 2$  койко-дней. Интра- и послеоперационные осложнения не наблюдали. Случаев конверсии не было. По данным гистологического исследования во всех случаях отмечалась возрастная инволюция тимуса (22 наблюдения), жировая дегенерация ткани тимуса (19 наблюдений) и новообразование тимуса (1 случай).

**Заключение.** ТС-тимэктомия является оптимальным методом удаления вилочковой железы, в которой сочетаются необходимые радикальность и минимальная травматичность, а также отличный косметический результат. В этой связи считаем, что ТС-тимэктомия имеет ряд преимуществ перед традиционными оперативными вмешательствами и может считаться операцией выбора при удалении вилочковой железы.

**Ключевые слова:** торакоскопия; миастения; тимэктомия; плевральная полость; дети.

# СИНДРОМ ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ СО *SPINA BIFIDA APERTA*, КИСТОСУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПОСЛЕ МОБИЛИЗАЦИИ (ДЕФИКСАЦИИ) СПИННОГО МОЗГА

Михальчук А.Б.<sup>1</sup>, Нганкам Л.П.<sup>2</sup>, Румянцева Г.Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Тверской государственной медицинский университет, Тверь, Россия;

<sup>2</sup> Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия

**Обоснование.** *Spina bifida* — это врожденный порок развития, при котором отмечается дефект позвоночника в результате нарушения формирования эмбриональной нервной трубки с развитием различной сопутствующей патологии и приводящей в 90 % случаев к инвалидизации ребенка.

**Цель:** анализ частоты встречаемости осложнений у детей со *Spina bifida aperta*, проявляющейся спинномозговым грыжевым выпячиванием над кожей.

**Материалы и методы.** С 2011 по 2022 г. прооперированы 49 новорожденных (30 девочек, 19 мальчиков) со спинномозговой грыжей (СПМГ) разной степени тяжести. При наличии ликвореи, в экстренном порядке из Перинатального центра Твери ребенка переводили в реанимационное отделение детской областной больницы для предоперационной подготовки. Проводилось грыжесечение с использованием современной техники микрохирургии с нейромониторингом. При отсутствии ликвореи в срочном порядке, в течение 48 часов новорожденным осуществлялась коррекция порока. Реабилитационное лечение после выписки из стационара проводилось в Центре детской неврологии.

**Результаты.** Через 1 год у 16 детей диагностировали клиническую картину фиксации спинного мозга с развитием сирингомиелических кист в его структурах. Возникшие отдаленные осложнения потребовали проведения двухэтапного оперативного вмешательства:

1) дефиксация (мобилизация) спинного мозга с использованием высокотехнологического микрохирургического оборудования;

2) через 6 месяцев при сохранности сирингомиелических кист — кистосубарахноидальное дренирование. Положительная динамика, подтвержденная МРТ исследованием и уменьшением неврологической симптоматики, отмечалась у всех пациентов с возникшими осложнениями.

**Заключение.** Комплексный подход к лечению *Spina bifida aperta* с обязательной длительной послеоперационной реабилитацией, позволяет надеяться на снижение инвалидизации пациентов.

**Ключевые слова:** *Spina bifida aperta*; спинномозговая грыжа (СПМГ); кистосубарахноидальное шунтирование.

## МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЛЕВРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Молотов Р.С.<sup>1</sup>, Зурбаев Н.Т.<sup>1</sup>, Батаев С.М.<sup>2</sup>, Игнатьева Л.В.<sup>1</sup>, Афаунов М.В.<sup>2</sup>,  
Фоменко С.А.<sup>1</sup>, Богданов А.М.<sup>1</sup>, Еремин Д.Б.<sup>1</sup>, Айрапетян М.И.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Обоснование.** Легочно-плевральные формы заболевания при деструктивных пневмониях, как правило, являются показанием к различным хирургическим методам лечения. В последнее время при данной патологии большинство хирургов отдают предпочтение торакоскопической санации, которая не всегда эффективна в поздние сроки заболевания. Одной из актуальных задач является поиск новых и малоинвазивных методов лечения.

**Цель:** оценка различных методов лечения детей с легочно-плевральными формами деструктивной пневмонии.

**Материалы и методы.** В работе проведен анализ 120 пациентов с плевральными осложнениями деструктивной пневмонии с 2015 г. по март 2023 г., которым проводились различные методы лечения в ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского гМосквы. В зависимости от стадии плевральных осложнений 85 пациентам (70 %) применялись различные хирургические методы лечения: дренирование плевральной полости, в том числе и с фракционным промыванием плевральной полости 0,9 % раствором хлорида натрия (48 пациентов — 56 %), торакоскопическая санация плевральной полости (20 пациентов — 24 %), гидрохирургическая санация плевральной полости (17 пациентов — 20 %). 35 пациентам (30 %) применялась только антибактериальная, симптоматическая и лазерная терапия импульсным инфракрасным низкоинтенсивным лазерным излучением. Клиническую эффективность применяемых методик оценивали путем сопоставления сроков: купирования болевого синдрома; купирования интоксикационного синдрома; дыхательной недостаточности; реэспансии легкого и длительности антибактериальной терапии и койко-дня. Полученные результаты обрабатывались в пакете прикладных программ Statistica 13.0 (StatSoft Inc, США) и среде статистических расчетов R (v.3.3.2).

**Результаты.** В группе детей, которым выполнялось хирургическое лечение, наилучшие результаты были достигнуты при применении гидрохирургических методов лечения по сравнению с традиционными хирургическими методиками в виде уменьшения сроков купирования лихорадки на  $9,53 \pm 2,2$  дней, более быстрого регресса дыхательной недостаточности на  $1,2 \pm 0,54$  дня и купирования болевого синдрома на  $2,1 \pm 0,3$  дня. В группе детей с гидрохирургической санацией плевральной полости достигнута более быстрая реэспансия легкого на  $3,2 \pm 2,1$  дня и сокращение пребывания пациентов в стационаре на  $5 \pm 2,3$  дня по сравнению с группой пациентов, которым применялось традиционное дренирование плевральной полости или торакоскопическая санация.

**Заключение.** Проведенное исследование продемонстрировало преимущества гидрохирургических методов лечения. Фракционное промывание плевральной полости 0,9 % раствором хлорида натрия в начальную стадию заболевания позволяет уменьшить патологическое содержимое в очаге поражения на 13,33 %, сократить пребывание пациентов в стационаре на 8,87 %, снизить количество осложнений, связанных с формированием внутривнутриплевральных осумкований, на 50 % в сравнении с традиционным дренированием.

Применение видеоассистированной гидрохирургической санации плевральной полости демонстрирует достоверные преимущества лечения при наиболее тяжелых формах деструктивной пневмонии по сравнению с механической торакоскопической санацией: сокращение

длительности проведения антибактериальной терапии на 15,4 %; сокращение болевого синдрома на 22,2 %; уменьшение интоксикационного синдрома на 39 %; сокращение сроков пребывания пациента в стационаре на 14,5 %; резекпансии легкого на 45,2 % в сравнении с традиционной торакоскопией.

**Ключевые слова:** деструктивная пневмония; плевральные осложнения; эмпиема плевры; гидрохирургия; дети.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МАЛЬЧИКОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА НИЗВЕДЕНИЯ КИШКИ

Морозов Д.Д.<sup>1,2</sup>, Халафов Р.В.<sup>1,2</sup>, Шумихин В.С.<sup>1,2</sup>, Мокрушина О.Г.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

**Обоснование.** Частота встречаемости аноректальных мальформаций (АРМ) от 1:1500 до 1:5000 живорожденных. При ряде форм АРМ, встречающихся у мальчиков, в настоящее время нет консенсуса относительно выбора определенного оперативного метода лечения. Низведение кишки на промежность при таких пороках возможно выполнять как через задний сагиттальный доступ, так и при помощи лапароскопической техники. Предпочтение какой-либо из методик не доказано.

**Цель:** выполнить сравнительный анализ результатов лечения у мальчиков с аноректальными мальформациями в зависимости от способа низведения прямой кишки.

**Материалы и методы.** Выполнено одноцентровое ретроспективное когортное исследование. Были включены пациенты мужского пола с аноректальными мальформациями, которым была выполнена радикальная коррекция аноректального порока развитием посредством задней сагиттальной (ЗСАП, I группа) или видеоассистированной аноректопластики (ВА, II группа) в возрасте до 1 года в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова в период с 2008 по 2022 г. Регистрировали послеоперационные и интраоперационные осложнения, также количество необходимых повторных хирургических вмешательств для коррекции осложнений и функциональные результаты в отдаленном послеоперационном периоде.

**Результаты.** В I группу вошло 33 пациента, из них у 18 (55 %) диагностирована АРМ с ректобульбарным свищом, у 12 (36 %) — АРМ без свища, 3 (9 %) — ректопростатический свищ. II группу составили 99 пациента, из которых у 53 (54 %) диагностирована АРМ с ректопростатическим свищом, у 30 (30 %) — АРМ с ректобульбарным свищом, у 9 (9 %) — АРМ с ректопузырным свищом, у 7 (7 %) — АРМ без свища. Общая частота встречаемости интра- и послеоперационных осложнений была статистически достоверно выше у детей после ЗСАП в сравнении с ВА: I — 19 (58 %) vs II — 33 (33 %);  $p = 0,014$ . Количество повторных хирургических вмешательств для коррекции осложнений значимо не отличалось между исследуемыми группами: I — 8 (24 %) vs II — 26 (26 %);  $p = 0,819$ . Значимо больший риск повреждения уретры был определен при выполнении ЗСАП, в сравнении с ВА: I — 4 (12 %) vs II — 0 (0 %);  $p < 0,001$ . Мы не обнаружили послеоперационных осложнений более характерных как для видеоассистированной, так и заднесагиттальной аноректопластики. Функциональные результаты будут подробно доложены на конгрессе.

**Заключение.** Полученные результаты определяют видеоассистированную аноректопластику как состоятельный и перспективный метод, не имеющий специфичных послеоперационных осложнений при технически верном выполнении.

**Ключевые слова:** аноректальные мальформации; послеоперационные осложнения; видеоассистированная аноректопластика; задняя сагиттальная аноректопластика.



# КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА И КОМПРОМЕТИРОВАННОЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Морозов К.Д.<sup>1,2</sup>, Шарков С.М.<sup>1,2</sup>, Айрапетян М.И.<sup>1</sup>, Шугина Ю.В.<sup>4</sup>,  
Седых А.И.<sup>1</sup>, Морозов Д.А.<sup>1,3</sup>

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

<sup>2</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

<sup>4</sup> Московский областной перинатальный центр, Балашиха, Россия

**Обоснование.** Несмотря на то что формирование кишечного анастомоза в условиях компрометированной брюшной полости сопряжено с высокими рисками развития несостоятельности, в последнее время все больше публикаций свидетельствует об успешном использовании тактики первичного кишечного анастомозирования в условиях перитонита. В настоящее время в хирургическом сообществе единая точка зрения по данному вопросу отсутствует. Соответственно обоснование и оптимизация использования тактики первичного кишечного анастомозирования в условиях компрометированной брюшной полости и перитонита, основанных на определении основных патогенетических причин несостоятельности анастомоза, является актуальным предметом научного исследования в детской хирургии.

**Цель:** определить основной фактор несостоятельности кишечного анастомоза при перитоните в эксперименте. Проанализировать клинический опыт формирования кишечного анастомоза при компрометированной брюшной полости.

**Материалы и методы.** Эксперимент выполнен на 40 белых крысах, разделенных на 4 группы: «перитонит» (группа 1), «гиповолемия» (группа 2), «перитонит с гиповолемией» (группа 3) и «сравнения» (группа 4). Всем крысам сформирован толстокишечный анастомоз по типу «конец-в-конец». Перитонит вызывали инъекцией каловой взвеси в брюшную полость. Гиповолемию моделировали путем создания кровотечения из ветви подвздошно-ободочной артерии. Проведен морфологический анализ участков анастомоза. Выполнен иммуноферментный анализ на содержание биомаркеров гипоксии (HIF-1 $\alpha$ , VEGF-C, VEGF-R1) в ткани кишки. В рамках клинического исследования проведен анализ медицинской документации пациентов, которым было выполнено первичное анастомозирование кишки в условиях компрометированной брюшной полости.

**Результаты.** В группе 1 несостоятельность анастомоза регистрировали только у крыс с тяжелым общим состоянием. В группах 2 и 3 определена статистически значимая связь между снижением ректальной температуры после моделирования гиповолемии и несостоятельностью толстокишечного анастомоза ( $p < 0,05$ ). В группе сравнения все анастомозы оказались состоятельными. При морфологическом анализе наиболее выраженные воспалительные и микроциркуляторные изменения были обнаружены в группе 3. Были установлены различия между группами в уровне содержания биомаркера VEGF-C ( $p = 0,0034$ ) и VEGF-R1 ( $p = 0,04795$ ). Самая высокая степень ишемии установлена в группе 3. По результатам анализа клинического опыта у всех пациентов с компенсированным состоянием относительно водно-электролитного баланса и показателей центральной гемодинамики первичный кишечный анастомоз был состоятелен, вне зависимости от причины и распространенности перитонита.

**Заключение.** Ведущий фактор в патогенезе несостоятельности кишечного анастомоза при перитоните — нарушение кровоснабжения зоны анастомоза вследствие снижения мезентериального кровотока на фоне централизации кровообращения. Формирование первичного кишечного анастомоза при перитоните представляется возможной тактикой при условии компенсированного состояния пациента, удовлетворительных показателей центральной гемодинамики и водно-электролитного баланса.

**Ключевые слова:** кишечный анастомоз; перитонит; факторы несостоятельности.

## ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Мурга В.В.<sup>1</sup>, Рассказов Л.В.<sup>2</sup>, Крестьяшин В.М.<sup>3</sup>, Кенис Ю.М.<sup>2</sup>, Марасанов Н.С.<sup>1</sup>,  
Шалатонов Н.Н.<sup>2</sup>, Наджафов Ф.А.<sup>2</sup>, Орехов А.Ю.<sup>2</sup>, Симонов А.В.<sup>2</sup>, Щигорцов Д.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия;

<sup>2</sup> Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия;

<sup>3</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Обоснование.** Проблема дисплазии соединительной ткани (ДСТ) продолжает оставаться исключительно важной для педиатров и детских хирургов в связи с ее широкой распространенностью, влиянием на формирование хронической патологии и развитием тяжелых анатомо-функциональных нарушений в онтогенезе.

**Цель:** выявить особенности скелетных проявлений дисплазии соединительной ткани у детей на уровне шейного отдела позвоночника.

### Материалы и методы.

Изучены клиничко-рентгенологические данные 177 детей, находившихся в травматолого-ортопедическом отделении ДОКБ Твери в период 2018–2022 гг. Диагноз при поступлении у большинства из них — растяжение и перенапряжение связочного аппарата шейного отдела позвоночника (МКБ 13.4), чаще нетравматического генеза. В ходе дообследования были выявлены признаки дисплазии соединительной ткани различной степени выраженности. Возраст детей составил от 2 до 17 лет, более половины из них были в возрасте от 5 до 12 лет (59,5 %).

**Результаты.** У младших школьников кроме локальных клинических нарушений в виде миофасциальных блокад шейного отдела позвоночника, мышечной дистонии, деформаций стоп на рентгенограммах шейного отдела позвоночника определялись изменения в виде асимметричного сочленения С0–С1–С2, нестабильности С2–С4, уплощения тел позвонков, кифозирования, седловидной деформации боковых масс атланта. Пациенты в более старшем возрасте имели сопутствующие функциональные боли в позвоночнике, частые головные боли, вегето-сосудистые нарушения и др. На рентгенограммах в шейном отделе позвоночника выявляли спондилоартроз на уровне С1–С2, седловидную деформацию боковых масс атланта, незаращение задней дуги, обызвествление мембраны задней дуги атланта (аномалия Кюммерли). Комплексное восстановительное лечение, включающее коррекцию синтеза соединительной ткани, позволило получить хорошие и удовлетворительные результаты у всех детей.

**Заключение.** Скелетные проявления дисплазии соединительной ткани встречаются достаточно часто и требуют комплексного подхода к диагностике и лечению. Наиболее выраженными изменениями диспластический процесс проявляется на уровне шейного отдела позвоночника, что необходимо учитывать при лечении таких пациентов.

**Ключевые слова:** позвоночник; дисплазия соединительной ткани; диагностика; лечение. дети.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕНТРИКУЛО-ЖЕЛЧНО-ПУЗЫРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ

Мустакимов Б.Х., Сафронов Г.Ю., Погосова Д.Р., Даниловских Д.А.,  
Ростовцев Н.М., Ядыкин М.Е., Ромасенко В.В.

Челябинская областная детская клиническая больница, Челябинск, Россия

Основным методом лечения гидроцефалии является проведение вентрикуло-перитонеального шунтирования. При сложных случаях требуется искать альтернативный путь. Мы демонстрируем успешный опыт применения вентрикуло-желчного шунтирования у ребенка с окклюзионной гидроцефалией. В литературе данный метод как альтернатива показывает хорошие функциональные результаты на различных сроках наблюдения.

**Описание случая.** Ребенок родился в срок весом 3190 г с пороком развития сердца синего типа: стеноз клапана легочной артерии, гипоплазия правых отделов сердца. В 3 недели проведена коррекция порока. Послеоперационный период осложнился некротическим энтероколитом с каловым перитонитом, сепсисом, вторичным гнойным менингитом. Выполнялась лапаротомия с выведением илеостомы с последующим ее закрытием в возрасте 4 мес. В 2,5 мес. в связи с наличием гипертензионного синдрома выполнена эндоскопическая кистовентрикулостомия, фенестрация прозрачной перегородки, аквадуктопластика, наружное вентрикулярное дренирование справа. В 3,5 мес. проведено дренирование по Арендту. В 7 мес. ребенку наложен вентрикуло-перитонеальный шунт. Спустя 3 мес. у ребенка возникла дисфункция перитонеального шунта, что потребовало его замены. В возрасте 11 мес., 1 г. 2 мес., 1 г. 5 мес. дисфункция возникала в результате формирования псевдокисты в брюшной полости, что объяснимо спаечным процессом в результате перенесенного перитонита. После предыдущих операций проводилась перестановка шунта. В сложившейся ситуации мы изменили подход. Чаще в качестве альтернативы используется плевральная полость или полость правого предсердия. Из-за малого объема грудной клетки в виду возраста, постановка в плевральную полость не рекомендуется. Установка в правое предсердие, учитывая оперированный данный порок сердца, противопоказанно. Поэтому был рассмотрен и использован метод установки шунта в желчный пузырь. Методика шунтирования — в правом подреберье выполнен разрез до 2 см над дном желчного пузыря. На дно желчного пузыря наложено 2 кисетных шва, в центре выполнен разрез. Трубка введена на 2,5 см, швы завязаны. Избыток трубки погружен в брюшную полость. В послеоперационном периоде появились явления билиарного сладжа с развитием билиарной гипертензии, купировано путем проведения инфузионной и спазмолитической терапии. Моторика желчного пузыря восстановилась через 3 месяца. За время наблюдения в течении 1 года — дисфункции шунта и осложнений со стороны билиарной системы не отмечалось.

**Заключение.** Использование вентрикуло-желчно-пузырного шунтирования применимо при неэффективности и невозможности применения других методов.

**Ключевые слова:** окклюзионная гидроцефалия; вентрикуло-перитонеальное шунтирование; вентрикуло-желчное шунтирование; дети.

## СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОБШИРНЫМИ УКУШЕННЫМИ РАНАМИ

Налбандян Р.Т., Мединский П.В., Никонов А.В., Дворникова М.А., Громова А.А.

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

**Обоснование.** В связи с бесконтрольным разведением крупных пород собак и увеличением числа бездомных животных количество пациентов детского возраста с укушенными ранами не снижается. Данные о травматизме в Российской Федерации свидетельствуют, что укусы животных составляют 2 % всех повреждений. По современным литературным источникам, до 70 % укушенных ран нагнаиваются. Кроме осложненного течения раневого заживления обширные укушенные раны могут приводить к рубцовым изменениям, влияющим на функциональный и косметический результат. В связи с этим лечение детей с обширными укушенными ранами различной этиологии является актуальной проблемой в детской хирургии.

**Цель:** улучшение результатов лечения детей с обширными укушенными ранами.

**Материалы и методы.** Настоящее сообщение основано на опыте лечения 16 детей с обширными укушенными ранами, находящимися на лечении в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии с 2017 по 2022 годы. Возрастной интервал составлял от 2 до 17 лет. Больше всего было пострадавших мужского пола — 10 пациентов (62,5 %). Все дети были со множественными укушенными ранами. Большинство из них с наличием посттравматических дефектов тканей. Стратегия лечения детей с обширными укушенными ранами включала: антирабическую профилактику, лабораторный мониторинг, микробиологическое исследование, антибактериальную терапию, первичную хирургическую обработку ран без ушивания, местное лечение ран, пластику ран, сеансы гипербарической оксигенации, сеансы седаналгезии ксененом и консультация психолога.

**Результаты.** Во всех наблюдениях антирабическая профилактика проводилась строго по общепринятой схеме. Микробный пейзаж гнойно-некротических очагов был представлен преимущественно возбудителем *Staphylococcus aureus* — 66,4 %. Микробные ассоциации встречались в 56,3 % случаев. Во всех наблюдениях применяли бета-лактамы препараты (амоксциллин + клавулановая к-та) с положительным эффектом в виде снижения бактериальной обсемененности в ране к 3–4-й перевязке до  $10^1$  КОЕ или полной деконтаминации. Первичная хирургическая обработка ран проводилась без ушивания. Выполняли туалет раны, гемостаз, восстановление целостности магистральных сосудов и нервов, удаление явно нежизнеспособных тканей и дренирование. В последующем для закрытия раневых поверхностей и замещения дефектов тканей использованы различные виды пластики: местными тканями (37,5 %); методом дозированного растяжения (37,5 %); расщепленным ауто-дермальным трансплантатом (12,5,8 %); несвободным кровоснабжаемым лоскутом (12,5 %); комбинированное применение разных методов использовано в 25 % случаев. Перевязки проводились с применением 20–30 % ксенона с кислородом, что оказывало выраженное анальгетическое, седативное и антистрессорное действие. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии без осложнений.

**Заключение.** За время катамнестического наблюдения случаев заражения вирусом бешенства не отмечено. Применение разработанной стратегии лечения обширных укушенных ран, позволило избежать гнойных осложнений и выполнить реконструктивно-восстановительные операции с хорошим функциональным и эстетическим результатом. Психологом отмечено, что применение ингаляционного анестетика Хе нивелировало проявление синдрома острых стрессовых расстройств у детей с укушенными ранами.

**Ключевые слова:** укушенная рана; пластика ран; ксенон; бешенство.

## АТРЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Нематжонов Ф.З.<sup>1</sup>, Алиев М.М.<sup>1</sup>, Туйчиев Г.У.<sup>2</sup>, Мирзакаримов Б.Х.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Андижанский медицинский институт, Андижан, Узбекистан;

<sup>2</sup> Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** По эпидемиологическим данным, частота атрезии желчевыводящих путей составляет в среднем 1/15 000–18 000 во всем мире, в то время как, согласно исследованию Ханнеле Лампела, она составляет 1/17 000–1/19 000 среди европейского населения. Среди азиатского населения атрезии желчевыводящих путей (АЖВП) имеют самый высокий показатель — 1/9600. Распространенность АЖВП среди населения Африки и развивающихся стран до настоящего времени полностью не изучена. Заболеваемость АЖВП в Республике Узбекистан составляет в среднем 1/10 000–1/15 000.

Этиология и патогенез изолированного фенотипа АЖВП уже давно выдвинута гипотеза о «двух ударах» с первоначальной вирусной инфекцией, за которой следует усиленный иммунный ответ, вызывающий склерозирующую холангиопатию. АЖВП у детей остается не до конца решенным вопросом многолетних исследований. В нескольких исследованиях описаны сезонные и географические колебания заболеваемости АЖВП.

**Цель:** изучить распространенность АЖВП у детей.

**Материалы и методы.** В исследование включены 174 детей с диагнозом АЖВП, которые находились на стационарном обследовании и лечении. Надо сказать, что в наше исследование включены пациенты, которые обращались только в 2 центральные клиники. Проанализирована информация о возрасте детей с БА на момент обращения, пол ребенка, частота заболевания по регионам и сезонность.

**Результаты исследования.** Из 174 пациентов 94 мальчиков и 80 девочек. Частота заболеваемости АЖВП, основанная на расчете обратившихся детей, составила 2,02:100 000 живорожденных. В большинстве случаев дети обращались из районов ( $n = 122$ ; 81,3 %). Средний возраст детей с АЖВП, обратившихся на обследование и лечение составил  $86,1 \pm 2,92$  дней. При этом, дети с АЖВП обратившиеся в возрасте до 60 дней, составили 21 % ( $n = 32$ ). Практически каждый второй ребенок (45,3 %) с АЖВП обращался в возрасте 60–90 дней. Это эпидемиологическое наблюдение указывает на необходимость дальнейшего изучения причинно-следственной связи АЖВП у детей.

**Вывод.** В целом, оценка эпидемиологической ситуации по АЖВП у детей представляет собой комплексное социологическое исследование, зависящее от использования специализированных исследовательских проектов или равнозначных приложений. Одной из очевидных характеристик АЖВП у детей является ее этиологическая гетерогенность, и это в определенной степени делает интерпретацию эпидемиологии сложной. Однако, несмотря на рекомендованные исследования, диагностика АЖВП продолжает затягиваться, что значительно ухудшает результаты их лечения.

**Ключевые слова:** атрезии желчевыводящих путей; холангиопатия; Ханнеле Лампела; дети.

## PSARP — УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ

Новожилов В.А.<sup>1-3</sup>, Степанова Н.М.<sup>1,3</sup>, Звонков Д.А.<sup>3</sup>, Черемнов В.С.<sup>3</sup>, Фомина Е.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup> Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия

**Цель:** демонстрация возможностей использования заднего сагиттального доступа в коррекции различных форм аноректальных мальформаций у детей.

**Материалы и методы.** За период с 1988 г. по настоящее время проведен анализ 493 историй болезней детей с различными формами аноректальных пороков развития, находившихся на лечении в отделениях хирургического профиля Ивано-Матренинской детской клинической больницы Иркутска. Все пациенты распределены по клиническим формам АПР в соответствии с международной классификацией (Крикенбек/2005). Из общего количества пациентов в соответствии с формой порока с использованием PSARP оперировано 117 (23,7 %) пациентов. Всем детям в дооперационном периоде с целью уточнения формы аномалии выполнялся комплекс диагностических исследований, включающий клинический осмотр промежности с целью верификации наружных фистул, УЗИ-скрининг для определения сопутствующих аномалий, фистулографию, антеградную колонографию при наличии стомы, компьютерную томографию с 3D-реконструкцией, МРТ. Мальчиков — 76 (64,9 %), девочек — 41 (36,6 %). Распределение по формам аномалий: ректоуретральная (бульбарная фистула) — 41 (36,6 %), персистирующая клоака 26 (23,2 %), ректопростатическая фистула — 20 (17,8 %), ректовезикальная — 8 (7,1 %), ректовагинальная фистула — 6 (5,3 %), задняя клоака — 5 (4,4 %), ректовестибулярная фистула — 5 (4,4 %), синдром Курарино — 3 (2,6 %), ректальная атрезия — 3 (2,6 %).

**Результаты.** Всем детям первым этапом выполнялось стомирование, преимущественно на сигмовидную кишку. Спустя 3–6 месяца, выполняли радикальный этап — заднюю сагиттальную аноректопластику с низведением кишки на промежность. Все пациентам в послеоперационном периоде выполнялся комплекс реабилитационных мероприятий включая бужирование, тренировочные клизмы, физиопроцедуры. После окончания формирования промежности через 2,5–3 месяца производили закрытие колостомы, не прерывая курс бужирования. Отдаленные результаты оценивали у 62 (52,9 %) пациентов через 3–15 лет после операции путем клинического обследования и опроса. Проведение повторных реконструктивных вмешательств потребовалось у 9 пациентов, которые выполнены с помощью PSARP. 5 детям произведена операция Малона: 3 вследствие утраты сфинктерного аппарата, в 2 случаях — вследствие тяжелых сопутствующих пороков, вызывающих инконтиненцию.

**Выводы.** Задняя сагиттальная аноректопластика является универсальным методом коррекции аноректальных пороков развития, позволяющая с высокой долей точности реконструировать анатомические взаимоотношения структур малого таза. В подавляющем большинстве представленных наблюдений PSARP является единственным вариантом решения сложной тактической и технической задачи — коррекции аноректальной мальформации.

**Ключевые слова:** задний сагиттальный доступ; аноректальные мальформации; ректоуретральная (бульбарная) фистула; персистирующая клоака; ректопростатическая фистула; задняя клоака; дети.

## ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ОЖОГАМИ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ

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

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

**Актуальность.** Своевременная инфузионная терапия имеет решающее значение для детей с ожогами. Доказано, что при поражениях более 50 % поверхности тела задержка инфузионной терапии более чем на 2 часа увеличивает число летальных исходов. Избыточный объем инфузионной терапии опасен развитием отека мозга, абдоминального компартмент-синдрома и нарушением микроциркуляции в ране. Отсутствие инфузионной терапии при тяжелых повреждениях приводит к гипоперфузии жизненно важных органов и в результате к их недостаточности, также гипоперфузия в ране увеличивает площадь глубокого поражения, повышая вероятность оперативного лечения и образования рубцов.

**Цель:** установить причины, влияющие на назначение инфузионной терапии детей с ожогами в первые сутки после получения травмы.

**Материалы и методы.** Произведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с ожогами, которые поступали в наш ожоговый центр с 2016 по 2021 годы. В изучаемой когорте, в которую вошло 434 пациента, время на эвакуацию до детского ожогового центра составило 67 [59; 78] мин. Произведен статистический анализ данных для оценки объема, качества и влияния на исход заболевания назначенной инфузионной терапии.

**Результаты.** Из 434 обожженных, вошедших в исследование, 70 (16,1 %) была назначена инфузионная терапия до прибытия в специализированный стационар. Объем инфузионной терапии составил 122 [100; 143] мл, во всех случаях был избыточным. Статистические данные, полученные при анализе материалов, выявили, что в период с 2020 по 2021 г. объем и количество случаев некорректной инфузионной поддержки возросло на догоспитальном этапе с 14,1 до 22,8 % пациентов ( $p \leq 0,05$ ) по сравнению с периодом с 2016 по 2019 г. Однако, это не отразилось на длительности госпитализации, нахождении в отделении интенсивной терапии и объеме оперативного вмешательства.

**Заключение.** Инфузионная терапия детей с ожогами остается предметом дискуссий, который требует определения четких рекомендаций в условиях нашей страны, где время на эвакуацию до специализированного стационара может затянуться на длительное время.

**Ключевые слова:** ожоги у детей; переизбыток жидкости; инфузионная терапия.



# ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КИСТАМИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Огнев С.И.<sup>1</sup>, Цап Н.А.<sup>1</sup>, Потапенко В.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** Выявление кист паренхиматозных органов брюшной полости (КПОБП) у детей значительно увеличилось. Современные технологии диктуют возможность выполнения органосохраняющих операций, что в свою очередь требует радикальности и противорецидивной обработки.

**Цель:** представить варианты органосохраняющих операций при КПОБП у детей.

**Материалы и методы.** С применением различных методик хирургического лечения, за 17 лет оперировано 115 детей с КПОБП. Диагностика КПОБП осуществляется с применением УС-графии (100 % больных), КТ (100 % больных), МРТ (27,8 % больных). Гендерное распределение: мальчиков 63(54,7 %), девочек 52 (45,2 %). Распределение по возрасту: до 1 года — 1 (0,8 %) ребенок, 1–3 года — 2 (1,8 %), 3–7 лет — 10 (8,7 %) детей, 8–12 лет — 54 (46,9 %) ребенка и 13–17 лет — 48 (41,8 %) детей. Все полученные данные статистически обработаны с помощью программного пакета Microsoft Office 2016 г.

**Результаты.** КПОБП локализовались в селезенке в 76 (66,0 %) случаях, в печени — в 28 (24,3 %), в поджелудочной железе — в 11 (9,5 %). Эхинококкоз диагностирован у 9 (7,8 %) детей. По размерам преобладали кисты средние в 53 (46,0 %) случаях, большие встретились у 41 (35,6 %) ребенка и гигантские — в 21 (18,2 %) случаев. Многокамерные КПОБП выявлены у 14 (12,1 %) детей. Применены следующие варианты органосохраняющих операций: чрезкожно-пункционный способ склерозирования КПОБП ( $n = 15$ ; 13,0 %), комбинированный способ ( $n = 8$ ; 6,9 %), лапароскопический ( $n = 68$ ; 59,1 %). При чрезкожно-пункционной и комбинированной методике в качестве склерозанта использован 3 % раствор этоксисклерола по технологии «foam-foam». Лапаротомным доступом оперировано 24 (20,8 %) пациента. При визуализации КПОБП (открытый, эндоскопический доступ) с целью радикальности и органосохранности выполнены следующие этапы операции: широкая фенестрация кисты, тщательная дезэпителизация внутренней оболочки аргоноплазменной коагуляцией. Осложнений как ближайших, так и отдаленных не отмечалось. Все дети на длительном динамическом наблюдении.

**Заключение.** Основа диагностики КПОБП с учетом отсутствия патогномоничной симптоматики — ультрасонография. Выбор тактики определяют дополнительные методы исследования (КТ, МРТ, ПЦР). Современные технологии позволяют в большинстве случаев проводить органосохраняющие операции с учетом радикальности и противорецидивности.

**Ключевые слова:** кисты; дети; паренхиматозные органы; лечение.

## НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ В КАТАМНЕЗЕ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р., Мифтяхетдинова О.В., Галочкин И.С.

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Россия

**Обоснование.** Недержание мочи той или иной степени у пациентов с врожденными пороками развития аноректальной области — нередкое состояние, коррекцией которого занимаются детские урологи в отсроченном периоде.

**Цель:** оценить урологические последствия у пациентов с аноректальными мальформациями, разработать комплекс для их диагностики и лечения, оценить возможности уротерапии в их реабилитации.

**Материалы и методы.** 11 детей (10 мальчиков и 1 девочка) в возрасте 4–8 лет с врожденной атрезией ануса (свищевая форма), после неоднократных операций, направленных на коррекцию основного порока. Основная жалоба при обращении — недержание мочи у всех, рецидивирующее течение пиелонефрита у 4 пациентов.

**Результаты.** Анализ клинических и функциональных данных установил, что у 3 пациентов недержание мочи имело urgentный характер, у 6 — ишурия парадокса, у 2 — смешанная форма. При этом сниженный позыв к микции, урофлоуметрия по абдоминальному или обструктивному типу, остаточная моча зафиксирована у всех больных. Стандартный комплекс оценки анатомо-функционального состояния нижних мочевых путей в объеме микционной цистоуретрографии, комплексного уродинамического обследования с профилометрией уретры и уретроскопии не всегда позволял точно установить причину инфравезикальной обструкции и состояние инфравезикального сегмента. В результате была разработана и применена комплексная оценка с проведением трансректального и промежностного УЗИ, уретроскопии с ретроградной уретрографии, дренирования полостей измененной уретры и последующим проведением МСКТ в сочетании с ирригографией, что позволило установить послеоперационные изменения задней уретры и шейки мочевого пузыря с остаточным дивертикулом задней уретры у 2 пациентов, рубцовые изменения задней уретры — 5, клапан задней уретры — у 2, недостаточность шейки мочевого пузыря — у 2.

Эндоскопическая коррекция проведена у 7 пациентов, что позволило коррегировать состояние инфравезикального сегмента у 4 больных и значимо улучшить функцию мочевого пузыря. У 3 пациентов, где эндоскопическая коррекция изменений шейки была невозможна, продолжена консервативная терапия. 1 пациенту выполнено лапароскопическое иссечение дивертикула задней уретры, гистологически представленного тканью прямой кишки.

**Заключение.** Пациенты с аноректальными мальформациями должны рассматриваться как пациенты с сочетанным пороком органов малого таза. Мультидисциплинарный подход с участием уролога для оценки нижних мочевых путей обязателен на этапах лечения.

**Ключевые слова:** атрезия ануса; уродинамика; недержание мочи; урогенитальный свищ.

## ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ КАК ПОКАЗАНИЕ К НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Павлушин П.М.<sup>1,2</sup>, Грамзин А.В.<sup>1,2</sup>, Дробязгин Е.А.<sup>1,2</sup>, Поршенников И.А.<sup>1,2</sup>,  
Павлик В.Н.<sup>2</sup>, Толстых Г.Н.<sup>2</sup>, Никулина А.Б.<sup>1,2</sup>, Кривошеенко Н.В.<sup>2</sup>, Койнов Ю.Ю.<sup>2</sup>,  
Цыганок В.Н.<sup>2</sup>, Охотина А.А.<sup>2</sup>, Чикинев Ю.В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия;

<sup>2</sup> Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия

**Обоснование.** Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) в детском возрасте — относительно редкое состояние, с заболеваемостью порядка 0,13–0,22 %, однако, с течением времени и изменением образа жизни современных подростков отмечается нарастание частоты встречаемости. В этиологической структуре ЖКБ преобладают обменные нарушения, в том числе гемолитические анемии и аномалии развития желчного пузыря (ЖП), сопровождающиеся нарушением моторно-эвакуационной функции ЖП. С ростом встречаемости ЖКБ у детей, так же в абсолютных числах, растет количество осложнений, связанных с течением ЖКБ. Лечебная тактика в отношении ЖКБ в Российской Федерации достаточно хорошо определена и подкреплена нормативной базой, однако сохраняются консервативные подходы к лечению камней в ЖП, сопровождающиеся длительным периодом наблюдения и неизбежными рисками холедохолитиаза, перфоративных форм холецистита.

**Цель:** проанализировать результаты лечения осложненных форм ЖКБ у детей.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей, госпитализированных в детское хирургическое отделение по поводу осложненной формы ЖКБ в период с 2018 по 2023 г.

**Результаты.** За указанный период выявлено 5 пациентов с разными причинами ЖКБ, осложненной холедохолитиазом. В двух случаях были выявлены холестериновые конкременты, из которых у одного ребенка 5 лет ЖКБ манифестировала холедохолитиазом, что потребовало неотложного оперативного лечения в объеме холецистэктомии, холедохолитотомии, ревизии наружных желчных путей, литоэкстракции с последующим дренированием через культю пузырного протока. У второго ребенка 13 лет в анамнезе длительное консервативное лечение ЖКБ с частыми эпизодами желчной колики, при этом в ЖП было множество мелких конкрементов, которые, вероятно, при отхождении, вызвали стеноз терминального отдела холедоха, что потребовало расширения оперативного вмешательства до дуоденотомии, папиллосфинктеротомии. В одном случае у девочки 3 лет с клиникой обтурационной желтухи интраоперационно был выявлен врожденный порок развития: киста холедоха, что потребовано стандартного реконструктивного вмешательства. У одного ребенка 7 мес. с неуточненной болезнью обмена в печени ЖКБ манифестировало спонтанной билиарной перфорацией. Один ребенок 12 лет с длительным анамнезом течения гемолитической анемии и обструктивной желтухой, которому была выполнена ретроградная холангиопанкреатография, папиллосфинктеротомия, литоэкстракция и последующая отсроченная холецистэктомия.

**Заключение.** Согласно общемировым данным, заболеваемость ЖКБ в детской популяции возрастает, что заставляет детских хирургов чаще встречаться с осложненными формами этого заболевания, а также необходимостью применения подобных технологий в детском возрасте.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь; холедохолитиаз; холедохолитотомия; холангиография; эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография; папиллосфинктеротомия; дети.

## ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Пелипенко Н.В., Барова Н.К., Стрюковский А.Е., Старченко В.М.,  
Терещенко О.А., Луняка А.Н., Вардосонидзе Ш.В.

Кубанский государственный университет, Краснодар, Россия

**Актуальность** лечения детей с химическими ожогами пищевода (ХОП) обусловлена прогрессирующим ростом данной патологии — 15–16 человек на 10 000 детского населения. Эзофагиты различной степени тяжести диагностируются в 100 % случаев и приводят к формированию стриктур пищевода у 40 % больных.

**Цель:** выработка тактики эндоскопических методов лечения детей с ХОП различной этиологии и степени тяжести.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 226 пациентов с ХОП. Учитывая высокую эффективность традиционной терапии у пациентов ХОП I степени — 54 ребенка (23,89 %) — они были исключены из дальнейшего исследования. У 172 больных (100 %), с II и III степенью ХОП, воспалительные изменения стенок пищевода диагностированы в 100 % случаев. Из них были сформированы 2 группы больных, идентичные по гендерным признакам и нозологии. Контрольная группа — 86 детей — лечение по традиционным методикам. Основная группа — 86 пациентов — в лечение включалось местное, эндоскопически опосредованное введение метилпреднизолона. Показанием к его назначению являлись: сохраняющийся эрозивный/эрозивно-язвенный процесс, на фоне проводимого лечения, в течение 20 суток; сочетание воспалительных изменений стенок пищевода с началом формирования рубцовых стриктур. ХОП III степени диагностирован у 62 пациентов (27,37 %). Пациентам основной группы, по тем же показаниям, после купирования воспалительного процесса, в лечение включалось эндоскопически опосредованное введение препарата Лонгидаза 3000МЕ. Препарат вводился из 4 точек, в объеме 1,0 мл, в зону предполагаемого/формирующегося стеноза. За одну госпитализацию проводилось одно обкалывание.

**Результаты.** Применение эндоскопически опосредованных методов лечения детей с ХОП позволило сократить количество сформированных стриктур пищевода с 57,26 % — в контрольной группе, до 37,50 % — в основной группе пациентов. Длительность первой госпитализации уменьшилась с 13 койко-дней в группе контроля, до — 9 сут у детей, составивших основную группу. Максимальная продолжительность лечения сократилась с 36 мес. до 24 мес.

**Заключение.** Предложенные методы лечения детей с ХОП различной этиологии и степени тяжести позволили уменьшить количество сформированных стриктур пищевода практически в 2 раза, длительность одного курса лечения на 4 койко-дня, общую продолжительность лечения — на 30 %.

**Ключевые слова:** химические ожоги пищевода; дети; эндохирургия.

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ С ХОЛИЛИТИАЗОМ

Петлах В.И.<sup>1</sup>, Коновалов А.К.<sup>2</sup>, Беляева О.А.<sup>1,2</sup>, Константинова И.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва, Россия

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

**Актуальность.** Этиология развития панкреатита у детей обусловлена разнообразными факторами, среди которых актуальными для хирургов являются: обтурация общего желчного протока камнем, микролитиазом или сладжем, аномалии желчевыделительной системы и поджелудочной железы. Холелитиаз в 10 % случаев является основной причиной острого панкреатита.

**Материалы и методы.** С 2010 по 2022 г. в хирургической клинике находилось на лечении 14 детей (8 девочек и 6 мальчиков) в возрасте от 10 до 16 лет, у которых на фоне длительно существующего холелитиаза (от 2 до 4 лет), возникли осложнения со стороны поджелудочной железы: у 2 в виде панкреонекроза с последующим формированием ложной кисты поджелудочной железы, у остальных — острого панкреатита. Ранее все больные наблюдались гастроэнтерологами — у 5 проводилась длительная литолитическая терапия Урсофальком без эффекта.

**Результаты.** Клиническая картина при поступлении больных характеризовалась их тяжелым состоянием и была представлена классическим симптомокомплексом острого холецистопанкреатита с характерными изменениями в биохимических анализах (резким повышением показателей панкреатических энзимов в крови и моче). Эхографическая картина характеризовалась наличием конкрементов в желчном пузыре 3–6 мм и в общем желчном протоке, нарушением оттока желчи в виде расширенного холедоха и внутривенечных желчных протоков. В результате инфузионной, антибактериальной терапии, введения спазмолитиков, ингибиторов протеаз восстанавливался пассаж желчи и постепенно купировались явления панкреатита. Лапароскопическую холецистэктомию без выписки из стационара проводили через 7–10 суток после стихания проявлений острого панкреатита. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписывались на 7–8-е сутки под наблюдение гастроэнтеролога и педиатра.

**Обсуждение.** Совместный с гастроэнтерологами опыт наблюдения детей с билиарным панкреатитом на фоне холелитиаза показал, что после консервативного лечения и выписки под амбулаторное наблюдение пациенты повторно доставлялись с обострением панкреатита. В связи с этим была изменена тактика лечения.

**Заключение.** Пациенты с билиарным панкреатитом, причиной которого является холелитиаз, подлежат оперативному лечению, как это принято в практике общих хирургов у взрослых. Лапароскопическую холецистэктомию у данных пациентов следует выполнять в сроки от 7 до 10 суток с момента стихания проявлений острого панкреатита без выписки из стационара.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа; желчнокаменная болезнь; билиарный панкреатит; холецистэктомию; дети.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОЛИДАКТИЛИЕЙ КИСТИ

Перевалова Н.В.<sup>1</sup>, Мурга В.В.<sup>1</sup>, Рассказов Л.В.<sup>2</sup>, Марасанов Н.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия;

<sup>2</sup> Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия

**Актуальность.** Одной из врожденных аномалий развития верхней конечности является полидактилия. Несмотря на очевидность патологии и кажущуюся простоту ее устранения, исходы оперативного лечения не всегда оптимистичные. В отдаленном периоде могут развиваться вторичные деформации и контрактуры, приводящие к функциональным нарушениям.

**Цель:** определить наиболее эффективную тактику лечения детей с полидактилией кисти.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезни 42 детей с полидактилией верхних конечностей в период с 2016 по 2021 г., проходивших лечение в травматолого-ортопедическом отделении ГБУЗ ДОКБ Твери. Возраст детей составил от 6 мес. до 3 лет. Костная форма полидактилии встретилась у 37 пациентов (88,1 %), кожная у 5 детей (11,9 %). У одного ребенка полидактилия сочеталась с кожной формой синдактилии. У 7 пациентов была отмечена полифалангия.

**Результаты.** Детям с шестимесячного возраста удаляли кожные подвески и добавочные пальцы с костными элементами без деформаций основных пальцев при помощи окаймляющих разрезов. С двухлетнего возраста детям проводили реконструктивно-восстановительные операции. 18 пациентам были выполнены: коррегирующие остеотомии фаланг, пластика связочного аппарата, коррекция оси основных пальцев. Пациентам с полифалангией формировали одну фалангу из двух, для этого им была выполнена резекция внутренних половин фаланг с последующим сопоставлением латеральных частей. Четырем детям была проведена коррегирующая остеотомия деформированных фаланг и транспозиция места прикрепления сухожилий. Одному пациенту с полисиндактилией были выполнены фигурные разрезы в области сращения пальцев и овальный разрез в области добавочного пальца, при формировании межпальцевого промежутка использовали встречные треугольные лоскуты.

Хорошие и удовлетворительные результаты лечения были получены у большинства детей (90,48 %). У 4 пациентов (9,52 %) возникли осложнения: рубцовые контрактуры пальцев, подвывихи. Им были выполнены повторные хирургические вмешательства.

**Заключение.** Дифференцированный подход к лечению детей с полидактилией кисти позволяет избежать развития вторичных деформаций пальцев и получить хорошие анатомо-функциональные и косметические результаты.

**Ключевые слова:** полидактилия кисти; коррегирующая остеотомия фаланг; полифалангия.

# ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С МАКРОФИСТУЛЯРНОЙ ФОРМОЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Перловская В.В.<sup>1</sup>, Стальмахович В.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

Одну из наиболее сложных проблем детской хирургии представляют ангиодисплазии, особенно это касается макрофистулярной формы артерио-венозных мальформаций, которые встречаются редко, но при этом отличаются вариабильностью патологических процессов. При недостаточном клиническом опыте это может стать причиной некорректной верификации диагноза, следствием чего становится ошибочная лечебная тактика, а результатом — серьезные осложнения, вплоть до неблагоприятного исхода заболевания. Примером этого является данное клиническое наблюдение.

**Описание наблюдения.** Мальчику в 8-летнем возрасте (2004 г.) на основании жалоб на объемное образование мягких тканей ягодичной области и данных ультразвукового исследования был поставлен диагноз межмышечной гемангиомы, по поводу чего ребенку тогда же была выполнена операция удаление сосудистого образования. По данным патогистологического заключения морфологическая картина соответствовала внутримышечной гемангиоме в сочетании с фибролимфангиомой. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, однако через 2 мес. в области оперативного вмешательства появилось объемное образование, значительно превышающее размеры ранее удаленной гемангиомы, распространяющееся на верхнюю треть бедра. В результате проведенного обследования, в том числе аортографии, были обнаружены множественные артериовенозные мальформации нижней конечности. После повторного изучения гистологических препаратов была выявлена дисэмбриоплазия сосудистой ткани. Далее, уже в специализированных отделениях сосудистой патологии, многократно, на протяжении последующих 8 лет проводились этапные рентгеноэндоваскулярные окклюзии. Несмотря на это, отмечалась отрицательная динамика развития болезни. В 17-летнем возрасте, в связи с тяжестью заболевания и неэффективности дальнейшего консервативного лечения, была выполнена экзартикуляция правой голени. К сожалению, это не остановило прогрессирующего ухудшения течения основного заболевания и осложнилось вторичной дилатационной кардиомиопатией, легочной гипертензией со всеми вытекающими отсюда последствиями. В возрасте 26 лет от совокупности патологических состояний (2022 г.) пациент умер. (Дополнительная информация о пациенте была предоставлена матерью ребенка, также как и согласие на публикацию)

**Заключение.** Таким образом, при подозрении на ангиодисплазию, учитывая редкость патологии и недостаточную осведомленность о ней врачей, обследование и лечение пациентов следует проводить в условиях специализированных центров, предназначенных для этого.

**Ключевые слова:** артериовенозная мальформация; гемангиома; лечебная тактика.

## ГОНАДОБЛАСТОМА У ДЕВОЧКИ С ДИСГЕНЕЗИЕЙ ГОНАД, НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА 45X/46XY

Петрухина Ю.В.<sup>1-3</sup>, Коварский С.Л.<sup>1,2</sup>, Захаров А.И.<sup>2</sup>, Блох С.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия

**Обоснование.** Известно, что риск малигнизации дисгенетичных гонад у пациентов с нарушением полового развития связан с наличием части хромосомы Y— локуса гонадобластомы (GBY).

**Клинический случай.** Девочка 11 лет была обследована по поводу отставания в росте. Консультирована генетиком, выявлено нарушение формирования пола 45X/46XY. Обследована эндокринологом. Выявлен гипергонадотропный гипогонадизм. Наружные половые органы развиты по женскому типу, правильно. Онкомаркеры отрицательные. Учитывая риск развития гонадобластомы у ребенка с НФП 45X/46XY, проведена диагностическая лапароскопия, на которой выявлены стреклоподобные образования. Проведена резекционная биопсия образований. Гистологическое заключение: гонадобластомы. Проведено дообследование (КТ легких без изменений) и хирургическое лечение: двусторонняя аднексэктомия в онкологическом отделении.

**Заключение.** Представлен редкий случай НФП 45X/46XY у девочки с правильным строением наружных половых органов по женскому типу. Диагностика позволила выявить гонадобластомы и провести своевременное хирургическое лечение.

**Ключевые слова:** гонадобластома; нарушение формирования пола; мозаицизм 45X/46XY; дети.



## СОЗДАНИЕ КИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА У РЕБЕНКА С МИКРОЦИСТИСОМ

Петрухина Ю.В.<sup>1-3</sup>, Коварский С.Л.<sup>1,2</sup>, Захаров А.И.<sup>2</sup>, Даренков С.П.<sup>4</sup>, Пинчук И.С.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия;

<sup>4</sup> Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента, Москва, Россия

**Обоснование.** Пациенты с клоакой после оперативного лечения требуют мультидисциплинарного подхода и реабилитации. Со стороны нижних мочевых путей необходимо этапное лечение для адекватного функционирования, однако у части пациентов отмечается тотальное недержание мочи и прогрессирующая потеря емкости мочевого пузыря.

**Клинический случай.** Девочке с клоакой с рождения проводилось этапное лечение порока. С рождения носитель цистостомы. Получала лечение нейрогенного мочевого пузыря: оксibuтинин, введение ботулинического токсина типа А в детрузор, введение объемобразующего вещества в область шейки мочевого пузыря. Несмотря на комплексное лечение, с ростом ребенка отмечена отрицательная динамика. Сформировался микроцистис: в возрасте 7 лет емкость мочевого пузыря составляла 50–70 мл, отмечалось тотальное недержание мочи. Проведено оперативное лечение: цистэктомия, формирование искусственного мочевого пузыря из тонкой кишки с континентной стомы Монти.

**Заключение.** Формирование искусственного мочевого пузыря может являться рациональным методом лечения недержания мочи при микроцистисе при неэффективности других методов лечения.

**Ключевые слова:** кишечная деривация мочи; недержание мочи; клоака; микроцистис; дети.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЕРЕВЯЗКИ ЯИЧКОВЫХ СОСУДОВ С СОХРАНЕНИЕМ ПУТЕЙ ЛИМФООТОКА У ДЕТЕЙ С ВАРИКОЦЕЛЕ

Петрухина Ю.В.<sup>1-3</sup>, Коварский С.Л.<sup>1,2</sup>, Захаров А.И.<sup>2</sup>, Патрушева Е.А.<sup>1</sup>,  
Гуревич А.И.<sup>2</sup>, Лутовинова И.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия

**Обоснование.** Одним из методов хирургического лечения варикоцеле является лапароскопическая перевязка яичковых сосудов с сохранением путей лимфоотока. Обоснованием данной методики (окклюзия не только яичковых вен, но и артерий) является большое количество рецидивов, связанное с сохранением артерии, и как результат сохранением венозных саттелитов; а также исследования, которые выявили негативные влияния на состояние яичка при варикоцеле, не только связанные с нарушением венозного оттока, но и с повышением артериального притока.

**Цель:** демонстрация результатов многолетнего применения методики хирургического лечения варикоцеле — лапароскопической перевязки яичковых сосудов с сохранением путей лимфоотока.

**Материалы и методы.** В ДГКБ им. Н.Ф. Филатова лапароскопическая перевязка яичковых сосудов с сохранением путей лимфоотока проведена 1873 детям с варикоцеле за последние 5 лет. Оперативное вмешательство заключается в мобилизации яичковых вен и артерий и их перевязкой, с выделением и сохранением лимфатических протоков. До операции проводится УЗИ яичек с оценкой интратестикулярного кровотока. После оперативного лечения проведен осмотр, УЗИ яичек с оценкой интратестикулярного кровотока у 561 ребенка с различными сроками.

**Результаты.** При проведении анализа результатов оперативного лечения по данным УЗИ с доплерографией не было выявлено признаков ухудшения кровотока в левом яичке. У всех пациентов индекс резистентности был в пределах возрастной нормы. Объем правого и левого яичек также находился в пределах возрастной нормы. Реверсивный кровоток в венах левого яичка отсутствовал.

**Заключение.** Лапароскопическая перевязка яичковых сосудов с сохранением путей лимфоотока у детей с варикоцеле не ухудшает кровоснабжение левого яичка и не препятствует его росту и развитию.

**Ключевые слова:** варикоцеле; перевязка яичковых вен; лапароскопия; дети.

# ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ РИСКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТРАВМОЙ СЕЛЕЗЕНКИ

Пикало И.А., Подкаменев В.В.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

**Актуальность.** За последние десятилетия произошел сдвиг парадигмы в пользу сохранения селезенки у детей при лечении ее повреждений. Так, у детей неоперативное лечение чрескапсульной травмы селезенки с гемоперитонеумом возможно в 75–97,2 % случаев. Однако страх хирургов перед кровотечением является главной причиной для оперативного лечения разрывов селезенки у детей без необходимости.

**Цель:** определить совокупные факторы, связанные с оперативным лечением травмы селезенки у детей.

**Материалы и методы.** Проведено когортное проспективное исследование 91 пациента с травмой селезенки в период с марта 2002 по декабрь 2022 г. на базе ГИМДКБ Иркутска. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерных программ Statistica 10.1, Excel, Windows 2016. За доверительную значимость принята величина  $p < 0,05$ . Дискриминантный анализ использовали для прогнозирования исходов при оценке совокупности различий множественных факторов между группами. Для получения максимальной информативности влияния факторов и увеличения точности выводов проводили конфирматорный вид факторного анализа. Для оценки вероятности выполнения оперативного лечения при анализе бинарных переменных использовали модель множественной логистической регрессии.

**Результаты.** Из 91 ребенка неоперативное лечение первоначально планировалось у 87 (95,6 %) детей, из которых у 80 (87,9 %) оно было успешным. Основной причиной безуспешного консервативного лечения явилось продолженное ( $n = 5$ ) и отсроченное ( $n = 2$ ) кровотечение. Дискриминантный анализ показал, что значимыми дискриминантами между группой оперированных и не оперированных пациентов являются систолическое артериальное давление (95,0 мм рт. ст., Q1 70,0; Q3 118,0;  $p = 0,002117$ ); частота сердечных сокращений (105 в минуту, Q1 100; Q3 120,0;  $p = 0,019601$ ); индекс Альговера (1,097, Q1 0,909; Q3 1,57;  $p = 0,000185$ ); процент кровопотери при поступлении (12,99 %ОЦК, Q1 6,34; Q3 19,05;  $p = 0,000411$ ); максимальная степень кровопотери (2,0, Q1 1,0; Q3 3,0;  $p = 0,000004$ ). Совокупность бинарных переменных разработанных через многомерную модель логистической регрессии показали, что наличие у пациентов при поступлении нестабильной гемодинамики ( $\beta = -0,264 \pm 0,083$ ;  $t(86) = -3,19$ ;  $p = 0,002$ ) и в дальнейшем применение гемотрансфузии ( $\beta = 0,464 \pm 0,089$ ;  $t(86) = 5,22$ ;  $p = 0,000001$ ) были двумя переменными, связанными с риском оперативного лечения травмы селезенки у детей. Оценка общей прочности модели для хирургического лечения повреждения селезенки представлена через ROC-кривую. Значение площади под кривой (AUC) составило 0,924, что указывает на превосходное качество модели. Оценка факторных нагрузок характеристик у пациентов с оперативным лечением травмы селезенки, помимо факторов гемодинамики, выявила совокупность дополнительных критериев, влияющих на выбор тактики лечения. Определена значимая корреляция по показателю шкалы тяжести травмы ISS ( $r = 0,769$ ) и шкалы комы Глазго (ШКГ) ( $r = -0,70$ ). В группе неоперативного лечения эти показатели составили: ISS  $r = -0,11$  и ШКГ  $r = 0,14$ .

**Заключение.** Выявлены совокупные факторы показателей гемодинамики, определяющие вероятность оперативного лечения при чрескапсульной травме селезенки у детей. Риск оперативного лечения при нестабильной гемодинамике и гемотрансфузии статистически значимо возрастает. Выявлены дополнительные факторы у пациентов с повреждением селезенки и сочетанными травмами, сопровождающимися угнетением сознания, которые влияют на выбор в пользу активной хирургической тактики.

**Ключевые слова:** травма селезенки; гемоперитонеум; дети; факторы риска; неоперативное лечение.

# ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ АОРТО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ ЛЕВОЙ ПОЧЕЧНОЙ ВЕНЫ И МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Пикало И.А.<sup>1</sup>, Тимофеев А.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия

**Актуальность.** Варикоцеле — одно из самых распространенных заболеваний у подростков. Встречаемость данной патологии варьирует от 2 до 30 %. Варикоцеле является причиной мужского бесплодия в 11,3–40 % всех случаев. Основной причиной заболевания является ренотестикулярный рефлюкс, который возникает при сдавлении левой почечной вены (ЛПВ) в аорто-мезентериальном соустье (АМС).

**Цель исследования:** разработать способ диагностики аорто-мезентериальной компрессии левой почечной вены и оптимизировать подход к хирургическому лечению левостороннего варикоцеле у детей.

**Материалы и методы.** Разработана шкала для ультразвуковой диагностики аорто-мезентериальной компрессии ЛПВ, которая включает пять параметров:

1. Соотношение диаметра ЛПВ дистальнее АМС (максимально расширенный диаметр ЛПВ) к диаметру в области АМС (максимально суженный диаметр ЛПВ).

2. Максимальная скорость потока в суженном участке ЛПВ.

3. Максимальный диаметр вен гроздевидного сплетения мошонки при проведении пробы Вальсальве.

4. Рефлюкс в гроздевидно расширенных венах мошонки при проведении пробы Вальсальве.

5. Время рефлюкса в гроздевидно расширенных венах мошонки при проведении пробы Вальсальве. Каждому параметру в зависимости от показателей присваивается от 0 до 2 баллов. На первом этапе работы в исследовании приняли участие 45 пациентов, находившихся на лечении в ГИМДКБ Иркутска, с диагнозом левостороннее варикоцеле. Всем детям выполнено лапароскопическое лигирование левой яичковой вены. Реносперматическая форма варикоцеле определялась при расширении левой яичковой вены более 3 мм. Расчет чувствительности и специфичности метода диагностики в исследуемой когорте проводили с помощью четырехпольных таблиц [https://www.medcalc.org/calc/diagnostic\\_test.php](https://www.medcalc.org/calc/diagnostic_test.php). На втором этапе работы проводилось проспективное когортное исследование у 114 пациентов. В катамнезе оценивали наличие осложнений и рецидива заболевания. Статистическая обработка данных проводилась с помощью Statistica 10.1, Excel, Windows 2016. За достоверную значимость принята величина  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** У 45 пациентов средний возраст составил 14,5 лет (Q1 14,0; Q3 15,0). В 91,1 % случаев у пациентов отмечалась II степень варикоцеле. У 26 (58 %) пациентов во время лапароскопии выявлена дилатированная более 3 мм левая яичковая вена. По предложенной шкале осуществлялся подсчет баллов. При 8–10 баллах выявлена реносперматическая форма варикоцеле, где имеется аорто-мезентериальная компрессия ЛПВ. Чувствительность 96,2 % (95 % ДИ 80,36–99,90 %), специфичность 94,7 % (95 % ДИ 73,97–99,87 %) ( $p = 0,000001$ ). При 6–7 баллах аорто-мезентериальная компрессия ЛПВ точно не установлена. Чувствительность 50 % (95 % ДИ 1,26–98,74 %), специфичность 82,4 % (95 % ДИ 56,57–96,20 %) ( $p = 0,386$ ). При 5 баллах и менее определяется илеосперматическая форма варикоцеле, аорто-мезентериальной компрессии ЛПВ нет. На втором этапе из 114 пациентов в 78 % (89 детей) проведено лигирование левой яичковой вены и в 22 % (25 детей) выполнена перевязка вен гроздевидного сплетения через надмошоночный доступ. В катамнезе пациенты обследовались через 6 месяцев. У 2 (1,75 %) пациентов отмечалось осложнение в виде развития гидроцеле. У 3 (2,6 %) детей выявлен рецидив варикоцеле. Всем пациентам

с рецидивом первоначально выполнено лигирование левой яичковой вены. Причина рецидива расценена как смешанная форма варикоцеле.

**Заключение.** Предложенная шкала для диагностики аорто-мезентериальной компрессии ЛПВ позволяет с высокой вероятностью определить причину варикоцеле у детей и оптимизировать метод хирургического лечения.

**Ключевые слова:** варикоцеле; дети; аорто-мезентериальная компрессия; левая почечная вена.

## ХРОНИЧЕСКИЕ ТАЗОВЫЕ БОЛИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Писклаков А.В.<sup>1,2</sup>, Павленко Н.И.<sup>1,2</sup>, Бардеева К.Д.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Омск, Россия

**Актуальность.** Хроническая тазовая боль является одной из ведущих проблем в наши дни, что обусловлено ее широкой распространенностью и сложностью в подборе эффективной терапии. Характеризуется продолжительностью более 3 месяцев. Частое рецидивирование болей обусловлено неэффективной терапией ввиду значительных затруднений в установлении истинных причин этого страдания. Только многопрофильный подход к данной проблеме позволяет ее эффективно решить.

**Материалы и методы.** С 2019 по 2021 г. на клинической базе ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» находилось на обследовании и лечении 226 девочек в возрасте  $15,5 \pm 0,6$  лет, госпитализированных в плановом порядке по причине тазовой боли продолжительностью более 3 мес.

**Результаты.** Проведенное многопрофильное обследование пациенток подросткового возраста позволило установить причины хронических тазовых болей как гинекологические в 47 % случаев (дисменорея (83 %), эндометриоз (5 %), объемные образования придатков матки (8 %), аномалии развития женских половых органов (4 %)), так и негинекологические в 53 % случаев (хронический цистит (6 %), дисфункциональное мочеиспускание (2 %), спайки брюшной полости (10 %), цеко-илеальный рефлюкс (19 %), колоптоз (24 %), колоптоз + цеко-илеальный рефлюкс (38 %)), назначить соответствующее лечение и достичь стойкого положительного эффекта в виде купирования болевого синдрома в 65 % случаях и значимого уменьшения степени выраженности болей в 28 % случаев,  $p \leq 0,05$ .

**Выводы.** Полученные нами результаты демонстрируют необходимость мультидисциплинарного подхода к обследованию пациенток подросткового возраста с хроническими тазовыми болями, что, несомненно, повысит эффективность лечения.

**Ключевые слова:** хроническая тазовая боль; диагностика; пубертатный возраст; девочки.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Поддубный И.В.<sup>1,2</sup>, Толстов К.Н.<sup>1</sup>, Трунов В.О.<sup>1</sup>, Козлов М.Ю.<sup>1,3</sup>,  
Сытьков В.В.<sup>1,2</sup>, Магер А.О.<sup>1,2</sup>, Раншаков А.С.<sup>1,2</sup>, Федорова Е.В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

**Обоснование.** Выбор метода лечения кистозных образований селезенки не теряет своей актуальности в связи с продолжающимся поиском малоинвазивного и радикального способа лечения, большим количеством предложенных хирургических методик и противоречивыми данными о результатах их применения.

**Цель:** оценить результаты применения лапароскопических методик резекции непаразитарных кист селезенки на основании ретроспективного анализа историй болезни 386 пациентов, оперированных в нашей клинике за 20-летний период с 2003 по 2022 г.

**Материалы и методы.** Из 386 прооперированных детей мальчиков — 223 (57,8 %), девочек — 163 (42,2 %). Возраст детей колебался от 2 до 17 лет. Обязательный комплекс дооперационного обследования включал исследования для исключения паразитарных инфекций, УЗИ, КТ и/или МРТ с контрастным усилением. В результате обследования:

- у всех детей было подтверждено наличие непаразитарных кист селезенки диаметром от 3 до 17 см: 3–5 см — 196 детей (50,8 %), 6–10 см — 139 (36 %), более 10 см — 51 (13,2 %);
- локализация кист: верхний сегмент — 168 (43,5 %), средний сегмент — 80 (20,7 %), нижний сегмент — 138 (35,8 %).

Показанием к операции являлось наличие непаразитарных кист диаметром более 3 см.

Всем детям была выполнена стандартная лапароскопическая операция, основными этапами которой являлись — установка трех троакаров, мобилизация селезенки, необходимая и достаточная для четкой визуализации кисты, пункция кисты с аспирацией содержимого и проведением интраоперационной склеротерапии, максимально широкое иссечение стенки кисты с захватом паренхимы селезенки толщиной до 3–4 мм (биполярная коагуляция, Ligasure, ультразвуковые ножницы), тщательная обработка-абляция остающейся выстилки кисты с применением биполярной коагуляции и/или аргоноплазменной коагуляции, при необходимости — тампонирование остаточной полости гемостатическим материалом. При наличии показаний — у 57 детей (14,8 %) — проводились симультанные лапароскопические операции по поводу имеющейся сопутствующей патологии (необлитерированный вагинальный отросток брюшины, доброкачественные кисты придатков матки, дивертикул Меккеля и др.).

**Результаты.** Длительность операции составляла от 30 до 150 мин (в среднем — 55 мин). Интраоперационных осложнений и случаев конверсии не было. Интраоперационная кровопотеря составила от 10 до 200 мл (в среднем — около 30 мл), гемотрансфузия не проводилась ни в одном случае. Значимых послеоперационных осложнений, так же как и показаний к повторным хирургическим вмешательствам, — не было. Послеоперационное морфологическое исследование позволило верифицировать истинную кисту селезенки в 255 случаях (66,1 %), ложную кисту — в 104 (26,9 %), лимфангиому селезенки — в 27 случаях (7 %). У всех 4 пациентов (1 %), у которых возник рецидив кист в сроки от 8 мес. до 3 лет, при первичном морфологическом исследовании была выявлена именно кистозная форма лимфангиомы. Этим детям была выполнена лапароскопическая спленэктомия.

**Заключение.** Лапароскопическая методика — универсальный способ радикального лечения детей любого возраста с непаразитарными кистами селезенки, вне зависимости от их размеров (более 3 см) и локализации; дооперационное достоверное выявление лимфангиом селезенки могло бы еще повысить эффективность лечения (проводится работа в этом направлении).

**Ключевые слова:** киста селезенки; дети; лапароскопическое лечение.



## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ МЕДИАСТИНИТОМ

Пономарев В.И.<sup>1</sup>, Писклаков А.В.<sup>1</sup>, Рождественская В.С.<sup>2</sup>, Исаков А.Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Омск, Россия

**Цель:** улучшить результаты лечения детей с посттравматическим медиастинитом.

**Материалы и методы.** С 2008 по 2020 год в областной детской клинической больнице пролечено 27 пациентов в возрасте от 11 месяцев до 7 лет с посттравматическим медиастинитом на почве диагностической фиброзофагоскопии 1 (3,7 %) и лечебного бужирования пищевода 26 (97,3 %). У 15 (55,5 %) пациентов пищевод травмировался на уровне 13–15 см от резцов, у 12 (44,5 %) — в нижнем сегменте. Диагноз перфорации выставлен в 8 (29,6 %) случаях сразу после получения травмы, в течение 2 ч перфорационный медиастинит диагностирован у 5 (18,5 %) детей. Клиническая картина проявилась резким ухудшением состояния, выраженным беспокойством, загрудинными болями, наличием эмфиземы средостения, хрипящим дыханием, гипертермией до высоких цифр. В 14 (51,8 %) случаях клиника медиастинита проявилась через 6–8 ч после травмы. У этих пациентов боли в загрудинной области и общая гипертермия сопровождалась хрипящим дыханием, беспокойством, но отсутствовали симптомы эмфиземы средостения. Параклинические исследования во всех случаях подтвердили наличие воспалительного процесса. Всем детям после установления клинического диагноза медиастинита выполнена эзофагография с водорастворимым контрастом. Наличие перфорации пищевода рентгенологически подтверждено у всех детей с эмфиземой средостения и только у одного без нее. Цель эзофагографии — диагностика перфорации и установление ее локализации. Все пациенты с подтвержденной перфорацией пищевода оперированы. Правосторонняя торакотомия в 13 (48,1 %) случаях закончена ушиванием раны на пищеводе, санацией и дренированием плевральной полости. Одному ребенку сформирована шейная эзофагостома. Всем детям после торакотомии выполнена операция гастростомия по Кадеру. В послеоперационном периоде на 7 дней исключалось энтеральное питание (и через гастростому). Консервативная терапия включала в себя антибактериальную, иммунокорректирующую, симптоматическую, парентеральное питание. Дренажи из плевральной полости удаляли по мере необходимости. В случаях, когда наличие перфорации не подтверждалось эзофагографически, хирургическое вмешательство не проводилось. Лечение ограничивалось прекращением энтерального питания, проведением всего комплекса консервативных мероприятий.

**Результаты.** Летальных случаев не наблюдалось; выздоровление наступило у 20 (74,0 %) пациентов; 1 (3,7 %) пациенту в последующем выполнена загрудинная колоэзофагопластика; 6 (22,2 %) детей продолжили лечение стеноза методом бужирования.

**Заключение.** Таким образом, при отсутствии достоверных признаков перфорации пищевода при наличии клинической картины медиастинита целесообразно, не используя хирургическое вмешательство, применять консервативное лечение.

**Ключевые слова:** медиастинит; дети; фиброзофагоскопия; гастростома; бужирование.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ВАРИАНТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Пономарев В.И.<sup>1</sup>, Писклаков А.В.<sup>1</sup>, Шевчук В.И.<sup>2</sup>, Рождественская В.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Омский государственный медицинский университет Омск, Россия;

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Омск, Россия

**Цель:** сравнить результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом классическим способом и при помощи лапароскопии.

**Материалы и методы.** Анализировался клинический материал, насчитывающий 227 пациентов в возрасте от 1 года до 17 лет, проходивших лечение в клинике с 2010 по 2020 г. по поводу различных форм аппендикулярного перитонита. Первая группа пациентов прооперирована в центральных районных больницах по месту жительства 63 (27,7 %) и поступали в последующем в Областную детскую клиническую больницу для послеоперационного лечения, 16 (7,04 %) из них переведены с ранними послеоперационными осложнениями. Вторая группа пациентов прооперированна в Областной детской клинической больнице. Всего было прооперировано 148 (65,2 %) пациентов. Лапароскопическая аппендэктомия была выполнена 123 (54,2 %) пациентам, аппендэктомия классическим способом или нижнесрединная лапаротомия выполнена 81 (35,6 %) пациенту, у 19 (8,4 %) детей выполнялась диагностическая лапароскопия с конверсией. Дренаж брюшной полости выполнялось с помощью широкопросветной 16–18 Fr силиконовой дренажной трубки, также в случае необходимости использовался дополнительный дренаж для санации малого таза. Средний срок дренирования составлял 3 дня. При таких формах перитонита, как периаппендикулярный абсцесс 3, тотальный перитонит использовалось дренирование при помощи «сигарного» дренажа, установленного к ложу абсцесса, средний срок дренирования при использовании «сигарного» дренажа составлял 5 дней. Четверым детям с распространенным перитонитом выполнена лапаростома, которая закрывалась на 3-й день.

**Результаты и обсуждение.** Местные формы перитонита составил 151 (66,5 %) случай, распространенные формы — 76 (33,5 %) случаев. В структуре послеоперационных осложнений преобладал послеоперационный инфильтрат брюшной полости у 32 пациентов (14,09 %), также встречались абсцесс брюшной полости у 12 (5,28 %) пациентов, ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 4 (1,76 %), кишечный свищ — у 2 (0,88 %), нагноение послеоперационного рубца наблюдалось у 6 (2,64 %) пациентов. Повторная операция по поводу абсцесса брюшной полости в послеоперационном периоде, а также ранней спаечной кишечной непроходимости потребовалась 16 (7,04 %) пациентам. Летальных случаев за исследуемый период выявлено не было. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила: при местном перитоните у пациентов, оперированных классическим способом, — 12,0 дней, после лапароскопической аппендэктомии — 8,64, при распространенном перитоните без конверсии — 14,8 дня, у оперированных с конверсией и при первичной лапаротомии — 2,3 дня. Выздоровление наступило у всех пациентов.

**Заключение.** При выборе способа лечения детей с неосложненным аппендицитом нужно отдавать предпочтение лапароскопическому методу. Хирургическое лечение осложненного аппендицита у детей, не зависимо от возраста, следует начинать с лапароскопии.

**Ключевые слова:** острый аппендицит; перитонит; лапароскопическая аппендэктомия; дети.

## ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ (СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ)

Пяттоев Ю.Г.<sup>1</sup>, Леухин М.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия;

<sup>2</sup> Детская республиканская больница им. И.Н. Григовича, Петрозаводск, Россия

**Обоснование.** Повреждения желчного пузыря (ЖП) в результате травмы живота у детей встречаются редко и публикуются в виде единичных наблюдений (Le V.Th.Ph., 2021, Banerjee A., 2021). Выделяют ушиб стенки ЖП, отрыв его от ложа и разрыв. В литературе приводятся и более редкие варианты такой травмы: «травматический холецистит», «травматическая холецистэктомия» и посттравматический заворот ЖП. Из-за частого сочетания с травмой других органов брюшной полости (печени, кишечника), дооперационный клинический диагноз повреждения ЖП затруднен.

**Описание клинических наблюдений.** В Карельском Центре детской хирургии наблюдали 5 детей (4 мальчика и девочка) в возрасте 8–14 лет с травмой ЖП. Все пациенты получили прямой удар в живот: трое в результате падения на ручку руля велосипеда, двое были избиты сверстниками. Клинические проявления такой травмы неспецифичны и связаны как с анатомическими особенностями расположения ЖП, так и особенностями воздействия излившейся «стерильной» желчи на брюшину. Основной жалобой были боли в животе различной локализации и интенсивности. Из троих пациентов с травмой о ручку руля велосипеда оперирован один с клиникой продолжающегося внутрибрюшного кровотечения. Выявлен разрыв печени, проходящий через ложе ЖП. Последний оторван от ложа и свободно свисал в полость. Выполнены холецистэктомия и ушивание раны печени. Два других пациента лечились консервативно, так как по данным УЗИ отмечены типичные признаки ушиба стенки ЖП и положительная клиническая динамика со стороны живота. Мальчик 14 лет, избитый сверстниками, оперирован с подозрением на двух моментный разрыв печени, травму двенадцатиперстной кишки. На операции в брюшной полости обнаружена желчь без примесей, а на передней поверхности ЖП рана до 2 см в диаметре. Других повреждений не выявлено. Выполнены холецистэктомия, туалет брюшной полости. Послеоперационный гладкий, выписан в удовлетворительном состоянии на 13-е сутки. Девочка 8 лет госпитализирована через 3 суток после травмы (удар ногой в живот) в связи с нарастанием клиники «острого живота». По данным УЗИ брюшной полости: стенки ЖП утолщены до 7 мм в области ложа и до 5 мм в области свободного края. Содержимое его — неоднородная мелкодисперсная взвесь. Ложе ЖП неоднородно за счет мелких гипозоногенных включений (жидкость). Гепатодуоденальная связка повышенной эхо-плотности, утолщена. По ходу связки определяется тонкая полоска жидкости. Свободная жидкость под правым краем печени. Высказано предположение о посттравматическом холецистите. При лапароскопии в брюшной полости умеренное количество геморрагического выпота, ЖП тотально имbibирован, плотный, отечный. Имеется его отрыв от ложа на всем протяжении, с надрывом стенки до слизистой оболочки на протяжении 3 см. После конверсии выполнена холецистэктомия, дренирование ложа через отдельный прокол. Гладкий послеоперационный период.

**Заключение.** Таким образом, повреждения ЖП в детском возрасте относятся к редкой травме. Свообразными ее маркерами можно рассматривать механизм травмы: падение на ручку руля велосипеда или любой прямой удар в живот, а также наличие повреждения таких органов брюшной полости, как печень, двенадцатиперстная кишка, поджелудочная железа. УЗ-сканирование брюшной полости, особенно в динамике, позволяет выявить прямые или косвенные признаки повреждения ЖП. В сомнительных случаях показана диагностическая лапароскопия. При стабильном состоянии пациента и диагностике ушиба ЖП проводится консервативная терапия. В остальных случаях его травмы выполняется холецистэктомия.

**Ключевые слова:** желчный пузырь; травма; дети.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ГИДРОНЕФРОЗОМ

Разин М.П., Кулыгина Е.С.

Кировский государственный медицинский университет, Киров, Россия

**Обоснование.** Врожденный гидронефроз (ВГ) — самый распространенный обструктивный порок развития мочевой системы у детей, требующий оперативного лечения. Трудности в ведении пациентов данной категории могут заключаться помимо прочего и в необходимости комплексного послеоперационного лечения. До сих пор встречаются случаи обострения послеоперационного пиелонефрита и рецидивы основной патологии как их следствие, требующие повторных операций.

**Цель:** оптимизация лечебных мероприятий у детей с ВГ.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проанализирована медицинская документация пролеченных в Кировской областной детской клинической больнице детей 5 месяцев — 15 лет с ВГ за период 2018–2022 г. За это время было пролечено оперативно 64 пациента с данной патологией: 46 мальчиков (71,9 %) и 18 девочек. Средний возраст больных на момент оперативного вмешательства составил 7 лет ( $85,13 \pm 9,44$  мес.,  $M \pm m$ ). Чаще реконструктивная операция выполнялась на левой почке — 35 (54,7 %), реже — на правой, 29. Всем больным выполнена операция Андерсона – Хайнса с использованием лапароскопического доступа. Анализировались экстенсивные и интенсивные показатели: среднее арифметическое ( $M$ ), ошибка репрезентативности ( $m$ ). Характеристика статистической значимости различий представлена значением критерия Стьюдента ( $t$ ) и уровнем статистической значимости ( $p$ ). В качестве критического уровня  $p$  выбрано значение  $p < 0,05$ . Статистическая обработка выполнена с помощью программных пакетов MS Excel и StatSoft Statistica 10.0.

**Результаты.** У пролеченных нами 64 пациентов с ВГ интраоперационно применялись различные способы дренирования верхних мочевых путей: уретеропиело(нефро)стома через зону наложенного пиелоуретерального анастомоза была установлена во время операции 19 пациентам (29,7 %), пиело(нефро)стома — 18 (28,1 %), внутренний стент типа «свиного хвоста» — 18 (28,1 %), бездренажно прооперированы 9 детей (14,1 %). Наружные дренажи удалялись в среднем через 2 нед. после операции, внутренние — через 1 мес. послеоперационного периода. Средний койко-день был невысок и колебался от 6 до 23 суток ( $12,65 \pm 2,14$ ,  $M \pm m$ ). Эффективность оперативного лечения была оценена нами в 93,75 %, так как рецидивы гидронефроза были зафиксированы у 4 больных (6,25 %), что потребовало повторного оперативного лечения на сроке 1–2 года после первичной операции Андерсона – Хайнса. Выявлено, что во всех случаях имело место обострение вторичного пиелонефрита после первичной операции. Одному из них устанавливалась уретеропиело(нефро)стома, 1 — пиело(нефро)стома, 1 — внутренний стент и еще 1 пациент был проведен по бездренажной методике. Результаты иммуногенотипирования этих пациентов были сопоставлены с данными HLA-диагностики больных обструктивным пиелонефритом. Выявлено, что все 4 пациента имели предрасположенность к развитию пиелонефрита (гаплотипы A2-B17; A3-B13; A11-B27), 3 — к латентному, 1 — к рецидивирующему.

**Заключение.** Авторы предлагают включить в стандарт обследования детей с ВГ перед операцией диагностические пробы на выявление латентных форм пиелонефрита, а при их выявлении — предоперационную санацию. Интраоперационная антибиотикопрофилактика также показана больным ВГ. Предложено определять HLA-профиль у пациентов с планируемым бездренажным выполнением операции (больные старшего возраста); при выявлении предрасположенности к обструктивному пиелонефриту от бездренажной методики лучше воздержаться.

**Ключевые слова:** врожденный гидронефроз; HLA-комплекс; оперативное лечение; дети.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КРИПТОРХИЗМОМ

Разин М.П., Сухих Н.К.

Кировский государственный медицинский университет, Киров, Россия

**Обоснование.** Крипторхизм — актуальная проблема для детской хирургии, он встречается у 3 % доношенных новорожденных, ассоциируясь с риском инфертильности. Необратимые изменения в герминативном эпителии яичка начинают происходить после 12 месяцев жизни, что определяет максимальную границу рекомендуемой операции в 1,5 года.

**Цель:** улучшение результатов лечения крипторхизма у детей через проведение ретроспективного анализа результатов лечения детей и подростков с крипторхизмом в Кировской области.

**Материалы и методы.** За 2015–2019 гг. в Кировской областной детской клинической больнице оперировано 511 мальчиков с неопустившимся яичком. Анализ проводился посредством анкет, включающих вопросы о варианте патологии, оперативном вмешательстве, течении послеоперационного периода. Статистические расчеты выполнены на персональном компьютере с использованием приложения Microsoft Excel и пакета статистического анализа данных Statistica 6.0 for Windows (StatInc., США). Уровень статистической значимости был зафиксирован при  $p < 0,05$ . Использовались методы вариационной статистики, для оценки различий применялся корреляционный  $U$ -критерий Манна – Уитни.

**Результаты.** Наиболее часто яичко было не опущено с одной стороны, двусторонний процесс отмечен всего у 13,9 % детей. Достоверной разницы в правосторонней и левосторонней локализации порока не выявлено. Большинство мальчиков (389 или 75,5 %) поступили для оперативного лечения в возрасте старше 2 лет, причем 206 (40,3 %) детей были прооперированы после 5 лет жизни. Все мальчикам выполнено низведение яичка и его фиксация в карман мясистой оболочки. Двухэтапный подход применен у 66 (12,9 %) детей, причем это пациенты не только с абдоминальной формой порока, но и имеющие паховое яичко при недостаточной длине сосудов семявыносящего протока. Рецидив крипторхизма возник у 16 мальчиков, которым при первичной операции низводили и фиксировали яичко с выраженным натяжением. Было установлено, что старший возраст на момент операции имеет прямую корреляционную связь с развитием рецидива заболевания. По критерию Манна – Уитни было получено значение  $U_{Эмп} = 18,5$  ( $0,01 < p < 0,05$ ).

**Заключение.** Крипторхизм продолжает оставаться актуальной проблемой детской хирургии, что связано с высокой частотой встречаемости этой врожденной патологии и ее высокой социальной значимостью (риск инфертильности). На сегодняшний день только 24,5 % больных попадают в специализированный стационар в декретированный срок, что может свидетельствовать о неадекватной диспансеризации детей и/или чрезвычайно низком уровне «чадолюбия» в современном возрасте. Неоправданно большой возраст больных на момент первичной операции (за декретированным диапазоном) прямо коррелирует с количеством рецидивов заболевания. Несформированность гонады на момент операции и ее атрофия в послеоперационном периоде могут привести к удалению неполноценного органа (1,37 % по нашим данным).

**Ключевые слова:** крипторхизм; хирургическое лечение; дети.

## КОМПРЕССИОННЫЙ СТЕНОЗ ЧРЕВНОГО СТВОЛА У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю.<sup>1,2</sup>, Митупов З.Б.<sup>1,2</sup>, Чумакова Г.Ю.<sup>1</sup>, Зайнулабидов Р.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Обоснование.** Частота встречаемости компрессионного стеноза чревного ствола (ЧС) составляет от 1,8 до 4,7 %. В этой группе пациентов гемодинамически значимый характер стеноза ЧС выявляется в 7,4 %. Асимптомное течение стеноза ЧС отмечается значительно чаще, чем симптомные проявления, а сам диагноз во многих случаях является диагнозом исключения.

**Цель:** улучшение результатов лечения детей с компрессионным стенозом ЧС.

**Материалы и методы.** С 2016 по 2023 г. в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова находились на лечении 113 пациентов с компрессионным стенозом ЧС в возрасте от 5 до 17 лет (средний возраст 13,5 лет). Мальчиков было 63 (55,7 %), девочек — 50 (44,3 %). Изолированный стеноз ЧС диагностирован у 44 (38,9 %) пациентов, а у 69 (61 %) пациентов выявлена сочетанная патология (ВДГК — 19 больных, ГЭРБ — 21 пациент, язва желудка и двенадцатиперстной кишки — 15 наблюдений, ахалазия кардии — 1 пациент, энтерокиста — 1, хронический панкреатит — 4, портальная гипертензия — 4, образование печени — 1, образование селезенки — 1, опухоль поджелудочной железы — 2).

Показаниями к оперативному лечению были — абдоминальный болевой синдром, стеноз ЧС по данным ангиографии и увеличение скорости кровотока в ЧС более 200 см/с. Скорость кровотока ЧС в среднем составила  $254 \pm 9,17$  см/с. Во всех случаях выполнена декомпрессия ЧС лапароскопическим и лапаротомным доступом. При сочетанной патологии выполняли симультанные операции (56 пациент) или проводили этапное лечение (13 пациентов). Во всех случаях причиной стеноза ЧС явилась компрессия срединной дугообразной связкой диафрагмы. Оперативное вмешательство заключалось в рассечении дугообразной связкой диафрагмы до уровня отхождения ЧС от брюшной аорты.

**Результаты.** В 108 случаях диссекция чревного ствола выполнена лапароскопическим способом и у 5 пациентов через лапаротомный доступ. Длительность операции лапароскопическим доступом в среднем составила 45 минут. Конверсия выполнена в 2 случаях (1,7 %) в связи с повреждением стенки ЧС.

Всем пациентам проведено контрольное обследование в послеоперационном периоде. Положительная динамика в послеоперационном периоде по данным УЗИ отмечалась у 99 % пациентов (у 112 из 113 наблюдений). Скорость кровотока ЧС снизилась до нормальных значений в среднем до  $197 \pm 9,64$  см/с. У этих детей клинические симптомы абдоминальной ишемии в послеоперационном периоде не проявлялись. У 10 (8,8 %) скорость кровотока в ЧС по данным УЗИ уменьшилась, но после операции боли в животе сохранялись, они исчезли в срок от 6 до 18 месяцев.

**Выводы.** На данный момент каждый пациент с компрессионным стенозом ЧС остается сложным для клинициста. Важнейшим вопросом в обследовании и лечении таких пациентов остается определение показаний к оперативному вмешательству. До сих пор хирургическая декомпрессия ЧС вызывает множество тактических вопросов. На сегодняшний день очевидно, что оптимальным доступом для выполнения декомпрессии ЧС является лапароскопический.

**Ключевые слова:** компрессионный стеноз чревного ствола; лапароскопия; ангиография.

# ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю.<sup>1</sup>, Задвернюк А.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Актуальность.** В отличие от традиционного торакального доступа, который имеет большую травматичность, эндоскопическая хирургия менее травматична вследствие малого хирургического доступа. Вместе с тем существует ряд ограничений для эндоскопического удаления образований у детей: маленькое рабочее пространство вследствие маленькой плевральной полости, невозможность однологочной вентиляции, работа при постоянной экскурсии легких и сокращения сердца, высокий риск кровотечений из крупных сосудов, вовлеченных в патологический процесс, трудности при извлечении образования из плевральной полости. Данные факторы значительно усложняют действия хирурга, повышая риск оперативного вмешательства.

**Цель:** снизить травматичность при хирургических вмешательствах на грудной полости у детей.

**Материалы и методы.** В период с 2011 по 2023 г. было выполнено 179 хирургических вмешательств при объемных образованиях грудной полости у детей на базе ДГКБ им. Н.Ф. Филатова Москвы. Спектр заболеваний включал следующую нозологию: бронхогенные кисты — 78 (44 %), нейрогенные опухоли — 32 (18 %), лимфангиомы — 26 (14 %), тератомы — 17 (9,7 %), псевдоопухоли — 9 (5,2 %), дубликационные кисты пищевода — 6 (3 %), перикардиальные кисты — 2 (1 %), гемангиома легкого — 1 (1 %), липома — 1 (1 %), тимома — 1 (1 %). Конверсия была выполнена в 6 (3,4 %) случаях.

**Результаты.** Среднее время оперативного лечения составило  $25 \pm 15$  минут, среднее время пребывания в палате интенсивной терапии 1 день (+1 день), сроки дренирования плевральной полости 3 (+2) дня. В двух случаях возникло кровотечение: 1 — верхняя полая вена, 1 — подключичная артерия, которое удалось остановить без конверсии с использованием титановых и пластиковых клипс. Давление в плевральной полости 6 мм рт. ст. позволило выполнить оперативные вмешательства у всех пациентов данной группы. Применение наркотических анальгетиков в первые послеоперационные сутки. В ближайший и отдаленный период оценивался косметический результат, грубых деформирующих рубцов и нарушения осанки у пациентов не отмечалось. В 6 случаях выполнен переход на торакотомию в связи с большими размерами образования и невозможностью выполнить тороакоскопию.

**Заключение.** Применение эндоскопической техники при удалении объемных образований позволяют хирургу радикально удалить образования с минимальной инвазией, снизить интенсивность послеоперационного болевого синдрома, уменьшить количество койко-дней, получить хороший косметический результат. Применение эндоскопической хирургии для удаления опухолей является хорошей альтернативой традиционным открытым операциям у детей всех возрастных групп.

**Ключевые слова:** торакоскопия; грудная полость; объемные образования; средостение; дети.

# ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПИЩЕВОДА, ПРОНИКШЕГО В СРЕДОСТЕНИЕ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ И ФОРМИРОВАНИЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Рустемов Д.<sup>1</sup>, Некесов А.<sup>1</sup>, Джэналаев Д.<sup>1</sup>, Мухамедов З.<sup>1</sup>, Мустафинов Д.<sup>1</sup>, Тукинов Р.<sup>1</sup>,  
Ермешов Е.<sup>1</sup>, Утебалиев Р.<sup>1</sup>, Сакуов Ж.<sup>1</sup>, Билал Р.<sup>2</sup>, Калиев Б.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научный центр материнства и детства, University Medical Center, Астана, Казахстан;

<sup>2</sup> Школа медицины, Назарбаев университет, Астана, Казахстан

Мы сообщаем о случае 16-летнего мальчика с 6-дневной историей болей за грудиной после употребления рыбы.

**Описание наблюдения.** Ребенок, 16 лет, поступил в нашу больницу 06 февраля 2023 г., с жалобами на боли за грудиной с иррадиацией влево при приеме пищи, перемене положения тела, повышении температуры тела до 37,8 °С, беспокойство. Со слов родителей ел рыбу, после чего появились боли за грудиной.

При экстренной эзофагоскопии отклонений от нормы не было выявлено. В связи с сохранением вышеуказанных жалоб, через 3 дня произведено фиброэзофагогастродуоденоскопия, было выявлено на уровне 33,0 см от передних резцов измененный участок длиной 1,5–2,0 см, контактно кровоточит, инородное тело не визуализировалось. Компьютерная томография показала рыбью кость, которая полностью прошла через все слои пищевода и пронизывала стенку аорты с формированием аневризмы. Через 6 дней ребенок был госпитализирован по линии санитарной авиации в Корпоративный Фонд «University Medical Center» Национальный научный центр материнства и детства в отделение общей детской хирургии. 07 февраля 2023 г. мы провели эндоваскулярную имплантацию протеза стент-графта в грудную аорту. При помощи диагностического проводника в восходящий отдел аорты доставлен диагностический катетер Pig Tail 5Fr. Выполнена контрольная аортография. Отмечено расположение аневризматического расширения. По сверхжесткому проводнику, установленному через правую общую бедренную артерию, посредством артериотомии общей бедренной артерии, в просвет аорты доставлен, позиционирован и развернут в целевой позиции линейный модуль эндопротеза TAA2222B080. При контрольной аортографии отмечено позиционирование адекватное, аневризматическое расширение не визуализировалось. Катетер Pig Tail 5Fr и интрадьюсер удалены.

После установки эндоваскулярно стент-графта эндоскопически успешно удалили рыбью кость. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

**Обсуждение.** Инородное тело пищевода (рыбья кость), наряду с повреждением аорты, привело к формированию посттравматической мешотчатой псевдоаневризмы нисходящего отдела грудной аорты. Это увеличивало риск развития артериального кровотечения и сложность извлечения с помощью стандартных средств эндоскопа. При первоначальной эндоскопии рыбью кость не удалось визуализировать. Поскольку мы не смогли увидеть визуальное инородное тело эндоскопом, планировали развернутую операцию, вплоть до полостной операции. Сосудистые хирурги и кардиохирурги оставались в режиме ожидания для начала развернутой операции. При повторной диагностической эндоскопии, на 35 см от передних срединных резцов визуализировался кончик инородного тела белого цвета (рыбья кость), слизистая оболочка вокруг инородного тела была отечная, умеренно возвышается над уровнем слизистой оболочки.

**Заключение.** Наш опыт показал, что эндоскопическая пластика грудного отдела аорты снижает риск кровотечения к минимуму и укрепляет стенку аорты с ликвидацией аневризмы. Неизвестным остаются сроки удаления инородных тел в зависимости от их расположения и осложнения.

**Ключевые слова:** инородное тело пищевода; посттравматические аневризмы; перфорация пищевода; эндоскопия; история болезни; эндоваскулярная пластика грудной аорты; дети.



## ОПЕРАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ У ДЕТЕЙ СО *SPINA BIFIDA*

Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Салюкова Ю.Р.

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Россия

**Обоснование.** Урологическая реабилитация пациентов с врожденной спинномозговой грыжей — важный этап их лечения и социализации, задачами которой являются коррекция недержания мочи наряду с сохранением функции почек.

**Цель:** проанализировать урологические последствия и оценить возможности хирургических технологий, применяемых для их коррекции.

**Материалы и методы.** Анализ 32 детей (15 девочек и 17 мальчиков) в возрасте от 5 месяцев до 14 лет с врожденной спинномозговой грыжей различной степени тяжести.

Уровень поражения у 27 пациентов поясничный либо пояснично-крестцовый отдел позвоночника, у 5 — грудопоясничный отдел, преимущественно менингомиелорадикулоцеле — 25 больных и рахизис — 7. 3 пациента с грубой задержкой психомоторного развития, 10 имели тяжелый нижний парапарез, а у 16 функция нижних конечностей восстановлена в той или иной мере.

**Результаты.** Фармакорезистентность к м/холинолитикам установлена у 12 пациентов из 24, требующих их приема, что являлось показанием к ботулинотерапии детрузора, а у 1 пациентки 14 лет, резистентной к ботулиническому токсину (подтвержденной уродинамически) после трехкратного его введения, выполнена аугментирующая цистопластика.

Самостоятельное опорожнение мочевого пузыря, несмотря на обширный комплекс реабилитационных мероприятий, не было возможным у 30 из анализированных пациентов, и у большинства из них интермиттирующая катетеризация мочевого пузыря выполнялась через естественные мочевые пути. Только 3 больным потребовалось выполнение «сухих» стом для искусственной катетеризации (аппендиковезикостома).

Нарушения уродинамики ВМП в виде мегауретера и пузырно-мочеточникового рефлюкса выявлены у 14 пациентов в возрасте от 1 года до 11 лет, осложненные нефросклерозом у 8 детей старше 3 лет. С целью коррекции на этапах лечения выполнялась эндоскопическая коррекция рефлюкса (8 пациентов от 1 до 3 процедур у каждого), стентирование верхних мочевых путей (2), уретерокутанеостомия (2), уретероцистонеостомия (6), нефрэктомия (1).

Нередкими проявлениями были андрологические заболевания: крипторхизм (3 пациентов), пахово-мошоночная грыжа (2), двустороннее гидроцеле (1), не зарегистрированные в декретированные сроки у 5 пациентов, что потребовало орхэктомии у 2 подростков органосохраняющего лечения у остальных.

**Заключение.** Урологические последствия у пациентов со *spina bifida* представлены широким кругом проблем, решение которых направлено на сохранение накопительной, обеспечение опорожняющей функции мочевого пузыря, наряду с коррекцией уродинамики верхних мочевых путей, а также своевременное лечение заболеваний органов репродуктивной системы.

**Ключевые слова:** спинномозговая грыжа; *spina bifida*; нейрогенный мочевой пузырь; дети.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Салистый П.В., Бикташев В.С., Фаизьянов В.С., Саидгалин Г.З.

Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** Глубокий ожог характеризуется тотальным некрозом дермы, при котором поражаются все ее слои до подкожной жировой клетчатки. Самостоятельное заживление при таких ожогах невозможно. При распространенных ожогах требуется проведение пластического закрытия раны.

**Цель:** анализ результатов оперативного лечения при глубоких ожогах у детей.

**Материалы и методы.** За 7 лет в отделении прооперировано 420 детей с локальными и распространенными ожогами. При некрэктомии производилось радикальное удаление всех пораженных слоев тканей. Некрэктомия проводилась в период шока, на фоне непрекращающейся противошоковой терапии.

**Результаты.** Проведение качественной некрэктомии предупреждало развитие ожоговой болезни, полиорганной недостаточности. Внедренная методика лечения глубоких ожогов у детей позволила уменьшить количество исходов в грубые рубцовые контрактуры, деформации. Койко-день уменьшился до 15. Уменьшилось количество реконструктивных операций как выполняемых впервые, так и повторных. Рекомендации по оформлению инвалидности впервые уменьшились до 8 в год (против 18 в 2015 году). Смертность при данном виде лечения снизилась до 0 в 2021 г.

**Заключение.** Проведение оперативного лечения не усугубляет течение ожогового шока. Ребенок выходит из ожогового шока после проведенной операции в реконвалесценцию. Уменьшается трансфузия препаратов крови, использование антибактериальных препаратов. Одномоментная или отсроченная аутодермопластика предупреждает формирование грубых рубцов, деформаций. Значительно сокращается нахождение ребенка в стационаре. В группе оперированных детей отсутствует смертность. Уменьшились затраты на лечение.

**Ключевые слова:** глубокие ожоги; дети; операция.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ *SPINA BIFIDA*

Сарычев С.А., Осипов И.Б., Соснин Е.В., Красильников Д.Е., Осипов А.И.,  
Лебедев Д.А., Алексеева Л.А., Щедрина А.Ю.

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

**Обоснование.** Основными способами минимизировать потери мочи у детей со *Spina bifida* является периодическая катетеризация мочевого пузыря (МП) и антихолинергическая фармакотерапия (АХТ). Однако даже в тех случаях, когда проведение регулярной трансуретральной периодической катетеризации (ПК) и АХТ возможно, нередко сохраняется недержание мочи (НМ) в промежутках между катетеризациями, что требует хирургической коррекции.

**Цель:** оценить достижимость социально значимых «сухих» промежутков после катетеризации МП у пациентов 4–17 лет с последствиями *spina bifida* после хирургических операций.

**Материалы и методы.** Ретроспективно рассмотрены отдаленные (не менее 1 года) результаты хирургического лечения 120 детей от 4 до 17 лет со *spina bifida*, резистентными к консервативному лечению НМ, подразумевающему ПК и АХТ. У всех пациентов данной группы отмечалась недостаточность сфинктера и снижение емкости МП. Показанием к хирургической коррекции НМ являлись потери мочи, возникающие ранее 2 часов после опорожнения МП с помощью ПК. Малоинвазивная хирургическая коррекция (ХК) НМ подразумевала эндоскопические инъекции объем-образующего полиакриламидного агента в область шейки мочевого пузыря (от 1 до 3 процедур) и инъекции препаратов ботулотоксина А (от 2 до 5 процедур). К среднеинвазивной ХК относилось формирование континентной везикостомы (КВС) из червеобразного отростка или кишечного сегмента, выполненного у 80 детей. Высокоинвазивной ХК признаны «открытые» вмешательства на шейке МП (просвет сохраняющие сфинктеропластики), закрытие шейки МП (35 детей), аугментационная кишечная пластика МП (25 детей). Оценивались минимальные «сухие» промежутки спустя 1 месяц (ближайшие результаты) и спустя 1 год (отдаленные) после завершения операционных этапов. Хирургические вмешательства проводились поэтапно, от использования малоинвазивных до высокоинвазивных методов. Социально значимым промежутком считался дневной интервал в 3 часа, позволяющий пациенту оставаться сухим при условии соблюдения режима ПК 6 раз в течение суток. При оценке результатов учитывалось также трансстомическое НМ.

**Результаты.** Малоинвазивная ХК НМ, проведенная у всех 120 пациентов на 1-м этапе лечения, показала высокую эффективность ближайших результатов (77 %) и низкую эффективность (25 %) при отдаленной оценке. Среднеинвазивная ХК (т. е. формирование КВС) оказалась эффективной в 50 % случаев. У 40 пациентов с наличием КВС выполнены вмешательства на шейке МП ± кишечная пластика. Сухой период более 3 часов зафиксирован в отдаленном периоде у 92 % детей.

**Заключение.** Хирургические вмешательства у детей с последствиями *spina bifida*, направленные на укрепление сфинктерного механизма и увеличение емкости МП, способствуют устранению НМ у пациентов данной группы, существенно повышая их социальную адаптацию. В большинстве таких случаев контроль над мочеиспусканием может быть реализован за счет формирования КВС и перехода в режим трансстомической самокатетеризации. Необходимо также считаться с высоким риском осложнений при выборе высокоинвазивных методов ХК.

**Ключевые слова:** недержание мочи; периодическая катетеризация; антихолинергическая терапия; мочевой пузырь; хирургическая коррекция.

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМАХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Сварич В.Г.<sup>1,3</sup>, Сварич В.А.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Республиканская детская клиническая больница, Сыктывкар, Россия;

<sup>2</sup> Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина, Сыктывкар, Россия;

<sup>3</sup> Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми, Сыктывкар, Россия;

**Актуальность.** Одним из важных критериев оценки лечения любой патологии являются их отдаленные результаты. В полной мере это относится и к аноректальным порокам развития.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 58 детей с аноректальными пороками развития. В соответствии с Крикенбекской согласительной классификацией (2005) у 4 пациентов имелся ректоуретральный свищ; у 22 — ректовестибулярный свищ; у 10 пациентов диагностирован промежностный свищ и у 22 детей имелась аноректальная мальформация без свища. Все первичные оперативные вмешательства выполнены в первые шесть месяцев жизни. В качестве первого этапа колостомы на первую петлю сигмовидной кишки наложена у всех детей с ректоуретральным свищем, у 15 пациентов с ректовестибулярным свищем и у всех детей с аноректальной мальформацией без свища. У 2 пациентов с ректоуретральным свищем выполнена брюшно-промежностная проктопластика с заднесагиттальным доступом по Пенья. У 2 детей выполнена лапароскопическая брюшно-промежностная проктопластика. Семнадцать пациентов с ректовестибулярным свищем прооперированы с помощью переднесагиттальной проктопластики по Риццоли; у 5 выполнена заднесагиттальная проктопластика по Пенья. У 10 пациентов с промежностным свищем выполнена промежностная проктопластика по Диффебаху. При безсвищевой аноректальной мальформации у 14 детей выполнена брюшно-промежностная проктопластика по Ромуальди. Пять детей оперированы с использованием заднесагиттального доступа по Пенья и у 3 пациентов выполнена лапароскопическая брюшно-промежностная проктопластика.

**Результаты и обсуждение.** Всем пациентам проведена многолетняя реабилитационная терапия. У 78 % пациентов в отдаленном послеоперационном периоде стул получали только после запрограммированных ежедневных очистительных клизм. В 22 % дети ощущали позыв на акт дефекации и имели самостоятельный стул. При этом в отдаленном послеоперационном периоде у 14 (24,2 %) детей имелась I степень недостаточности сфинктера, у 26 (44,8 %) — II степень и у 6 (10,3 %) — III степень. Всем пациентам с III степенью недостаточности анального сфинктера проведена задняя анопластика по Парксу. У всех детей удалось повысить степень удержания до I степени недостаточности анального сфинктера.

**Выводы.** После проведенного оперативного лечения по поводу аноректальных пороков развития у 79,3 % пациентов имелась недостаточность анального сфинктера различной степени. Задняя анопластика по Парксу является эффективным методом коррекции недостаточности анального сфинктера.

**Ключевые слова:** аноректальный порок развития; повторная операция; недостаточность сфинктера.

## ГЕРНИОПЛАСТИКА (PIRS) ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

Северинов Д.А.<sup>1</sup>, Гаврилюк В.П.<sup>1</sup>, Костин С.В.<sup>2</sup>, Донская Е.В.<sup>2</sup>, Зубкова Ю.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия;

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Курск, Россия

**Обоснование.** В настоящее время увеличивается количество симультанных лапароскопических операций у пациентов детского возраста, выполняемых по поводу экстренной хирургической патологии (наиболее часто при остром аппендиците). В связи с широкими возможностями лапароскопических вмешательств представляется возможным выполнять одномоментную видеоассистированную герниопластику по поводу паховой грыжи у пациентов с острым аппендицитом.

**Цель:** описать методику и технические особенности одномоментного лечения острого аппендицита и паховой грыжи у детей.

**Материалы и методы.** Проанализированы случаи лечения 10 пациентов, находящихся на лечении в ОБУЗ ОДКБ (г. Курск) по поводу острого аппендицита, которым также симультанно выполнена герниопластика (PIRS).

**Результаты.** В когорте пациентов преобладают дети с правосторонней паховой грыжей (4 случая), у 3 девочек, оперированных по поводу катарального аппендицита обнаружена двусторонняя паховая грыжа. Характер воспаления стенки червеобразного отростка по данным гистологического исследования был следующим: катаральный аппендицит — 3 случая, флегмонозный — 4, гангренозный — 3. Также у 4 пациентов отмечалось наличие выпота в брюшной полости. Продолжительность оперативного лечения составила в среднем 65 минут. Увеличение общего объема кровопотери во время операции в описанных случаях не отмечалось. Послеоперационный период протекал гладко, осложнений не отмечалось. Дети активизированы в течение первых суток после лапароскопической аппендэктомии. Признаков пареза кишечника, рвоты не было среди пациентов данной группы.

**Заключение.** Анализ лечения описанной группы пациентов, оперированных по поводу острого аппендицита, у детей (за исключением гангренозно-перфоративного аппендицита), в том числе и при наличии воспалительных изменений прядей большого сальника, выпота в брюшной полости, возможно сочетать с одномоментной герниопластикой по методике PIRS, так как при сборе катамнеза и осмотра пациентов через полгода после оперативного вмешательства жалоб на боли в животе, наличие грыжевых выпячиваний в паховых областях не было.

**Ключевые слова:** аппендицит; паховая грыжа; лапароскопическая аппендэктомия; герниопластика; симультанные операции.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ

Соколов С.В.<sup>1</sup>, Бландинский В.Ф.<sup>2</sup>, Анфиногенов А.Л.<sup>1</sup>,  
Кислова А.Ю.<sup>2</sup>, Березняк И.А.<sup>1</sup>, Андреев А.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Областная детская клиническая больница, Ярославль, Россия;

<sup>2</sup> Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

**Обоснование.** Антибиотикорезистентность микроорганизмов составляет одну из наиболее значимых проблем гнойной хирургии. Разработка дифференцированной тактики при гнойных заболеваниях органов брюшной полости, обусловленных антибиотикорезистентной микрофлорой, позволит улучшить результаты лечения.

**Цель:** улучшить результаты диагностики и лечения острого аппендицита, ассоциированного с синегнойной палочкой, путем выявления специфических анамнестических и клинических маркеров.

**Материалы и методы.** Основу работы составили результаты диагностики и лечения 20 детей в возрасте от 3 до 16 лет (Медиана = 9,5 лет), получавших лечение по поводу острого аппендицита в 2019–2020 гг., у которых по результатам бактериологического исследования экссудата брюшной полости выявлен рост синегнойной палочки (основная группа — ОГ), в сравнении с контрольной группой (КГ) из 505 детей, у которых роста патогенной микрофлоры не зарегистрировано, либо выявлены другие микроорганизмы. Сравнение производили на основании своевременности диагностики, применяемых антибактериальных препаратов, частоты развития осложнений.

**Результаты.** Осложненные формы аппендицита в ОГ встречались у 16 (80 %) детей, из которых 13 (65 %) носили характер разлитого перитонита, 2 (10 %) — аппендикулярного абсцесса, 1 (5 %) — аппендикулярного инфильтрата. У всех больных в ОГ с неосложненным аппендицитом послеоперационный период протекал гладко. В КГ частота осложненных форм составила 17,8 %: разлитой перитонит — 6,3 %, местный перитонит — 11,5 % ( $p < 0,0001$ ). Осмотр с неправильной постановкой диагноза предшествовал госпитализации в ОГ у 6 (30 %) детей, в КГ — у 34 (6,7 %) ( $p = 0,0001$ ). В качестве резервного антибиотика в ОГ применяли амикацин у 7 (35 %) пациентов, имепенем или цефоперазон/сульбактам — у 3 (15 %) детей. Осложнения в виде внутрибрюшных абсцессов в ОГ встречались у 2 (10 %) пациентов, нагноение послеоперационной раны — у 2 (10 %). В КГ внутрибрюшные осложнения развивались с частотой 1 %, нагноение раны — 2 % ( $p < 0,001$ ). Медиана длительности госпитализации в ОГ составила 13 суток, в КГ — 7 суток ( $p < 0,0001$ ).

**Заключение.** Течение острого аппендицита, ассоциированного с синегнойной палочкой, характеризуется трудностями диагностики, более частой встречаемостью осложненных форм заболевания, большим числом послеоперационных гнойных осложнений, что требует длительного стационарного лечения и применения антибактериальных препаратов из группы резерва. Для дифференцированной терапии необходимо более широко внедрять методы экспресс-выявления наличия синегнойной палочки при аппендикулярном перитоните.

**Ключевые слова:** аппендицит; перитонит; синегнойная палочка.

## РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ШИРОКАЯ ФЕНЕСТРАЦИЯ КИСТЫ ПЕЧЕНИ У 17-ЛЕТНЕЙ ДЕВОЧКИ

Соколов Ю.Ю.<sup>1,2</sup>, Ефременков А.М.<sup>1,2</sup>, Зыкин А.П.<sup>1,2</sup>, Шахбанов Р.Р.<sup>1</sup>, Борисов В.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

**Описание наблюдения.** Девочка, 17 лет, госпитализирована с жалобами на периодические в течение двух лет боли в верхних отделах живота. Физикальное исследование: отмечена асимметрия живота, пальпаторно и перкуSSIONно определялось увеличение печени +4 см из-под реберной дуги. По данным ультразвукового исследования и спиральной компьютерной томографии была выявлена большая киста 5–6-го сегментов печени размерами 10×9×8 см. Ребенку была выполнена робот-ассистированная широкая фенестрация кисты. Операция выполнена с применением хирургической робот-ассистированной системы da Vinci Surgical System Si III поколения (Intuitive Surgery Inc.). Дренирование брюшной полости не потребовалось. Интраоперационных осложнений не было. Докинг роботического комплекса — 15 мин. Роботический этап операции — 20 мин. Извлечение препарата, обратный докинг и ушивание ран — 10 мин. Послеоперационный период протекал без особенностей, энтеральная нагрузка начата через 6 часов после операции, применение наркотических анальгетиков не потребовалось, обезболивание ненаркотическими анальгетиками прекращено на 3-и сутки, выписана из стационара на 5-е сутки. Катамнез прослежен в течение 1 месяца, состояние и косметический результат удовлетворительные. Результат гистологического исследования — киста из внутрпеченочных желчных протоков.

**Заключение.** Выполнение робот-ассистированных фенестраций кист печени у детей возможно и безопасно.

**Ключевые слова:** дети; киста печени; миниинвазивная хирургия; робот-ассистированная хирургия; da Vinci Surgical System.

## ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПАНКРЕАТИЧЕСКИМИ ИНСУЛИНОМАМИ

Соколов Ю.Ю.<sup>1</sup>, Ефременков А.М.<sup>1,2</sup>, Солодина Е.Н.<sup>2</sup>, Зыкин А.П.<sup>1,2</sup>,  
Фомичева Н.В.<sup>2</sup>, Барская К.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Центральная клиническая больница с поликлиникой, Москва, Россия

**Актуальность.** Инсулинома — функциональная нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы (ПЖ), происходящая из бета-клеток и секретирующая инсулин. Инсулиномы очень редко встречаются у детей и в большинстве наблюдений диагностируются как единичные образования, однако в 5–10 % наблюдений, инсулинсекретирующие опухоли связаны с генетическими синдромами, наиболее распространенным является множественная эндокринная неоплазия 1-го типа (МЭН 1). Клиника обусловлена разной степени выраженности гипогликемией (вялость, головная боль, судороги, кома, тяжелые неврологические нарушения и т. д.) и катехоламинергической реакцией на нее (дрожь, тахикардия, потливость, чувство страха и т. д.). Характерна триада Уипла (гиперинсулинемическая гипогликемия (высокий уровень инсулина и С-пептида при гипогликемии, обратимость симптомов при введении глюкозы). Лабораторная диагностика также основывается на результатах молекулярно-генетического анализа. Топический диагноз подтверждается УЗИ, МРТ, СКТ, эндоУЗИ. Лапароскопические операции в лечении панкреатических инсулином применяются относительно редко, особенно у детей. Представляем свою серию наблюдений удаления панкреатических инсулином лапароскопическим доступом.

**Материалы и методы.** На клинических базах кафедры детской хирургии им. акад. С.Я. Долецкого с 2016 г. пролечено 11 девочек в возрасте от 7 до 16 лет. Синдром МЭН I диагностирован у 4 пациентов. Алгоритм дооперационного обследования включал: УЗИ, СКТ и МРТ с контрастированием, эндоУЗИ ( $n = 5$ ), интраоперационное УЗИ ( $n = 5$ ). Инсулиномы локализовались в хвосте ( $n = 4$ ), теле ( $n = 4$ ), перешейке ( $n = 1$ ), крючковидном отростке ( $n = 1$ ). Множественные образования ПЖ в теле и хвосте диагностированы у одного ребенка с МЭН I. Энуклеация образования проведена у 4 детей. Интрапаренхиматозное расположение и близость к главному панкреатическому протоку явились показанием к выполнению резекционных вмешательств: дистальная резекция ( $n = 4$ ), корпорокаудальная резекция ( $n = 2$ ), центральная резекция ( $n = 1$ ) применена в 5 наблюдениях.

**Результаты.** Хирургическое лечение во всех наблюдениях привело к выздоровлению. Среднее время оперативных вмешательств составило: энуклеация ( $75 \pm 15'$ ), дистальная резекция ( $125 \pm 21$  мин), корпорокаудальная резекция (210 и 130 мин), центральная резекция (190 мин). Во всех наблюдениях гистологическое исследование подтвердило панкреатическую нейроэндокринную опухоль. Конверсий не было. Интраоперационное кровотечение из ветвей селезеночной артерии отмечено у 2 больных. Очаговый панкреонекроз головки ПЖ развился у 1 ребенка после энуклеации инсулиномы крючковидного отростка, что потребовало лапаротомии, санации и дренирования и позднее — выполнения пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции. Образование послеоперационных панкреатических псевдокист отмечено у 2 пациентов, которым проведена пункция под контролем эндоУЗИ, что явилось окончательным методом лечения. Панкреатическая фистула класса А, отмечена в двух наблюдениях.

**Заключение.** Таким образом, для лечения панкреатических инсулином у детей может применяться лапароскопический доступ. Обязательным условием эффективности применения лапароскопии является точная топическая диагностика, особенно с применением интраоперационного лапароскопического УЗИ. Целесообразность применения лапароскопического доступа для удаления инсулином сложных локализаций (перешеек ПЖ, крючковидный отросток) требует дальнейшего уточнения.

**Ключевые слова:** инсулинома; поджелудочная железа; лапароскопия; дети.



## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОДОЛЬНАЯ ПАНКРЕАТИКОЕЮНОСТОМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Соколов Ю.Ю.<sup>1</sup>, Ефременков А.М.<sup>1,2</sup>, Солодина Е.Н.<sup>2</sup>, Зыкин А.П.<sup>1,2</sup>,  
Шувалов М.Э.<sup>3</sup>, Вилесов А.Э.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Центральная клиническая больница с поликлиникой, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

**Актуальность.** Хронический панкреатит (ХП) — длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы (ПЖ), приводящее к необратимым морфологическим изменениям паренхимы и стойкой экзо- и(или) эндокринной недостаточности. ХП является редким заболеванием в педиатрической популяции с частотой 0,5 на 100 000 детей и молодых людей в возрасте до 20 лет. ХП — это полиэтиологическое заболевание, возникновение которого чаще связывают с генетическими факторами (наследственный ХП и ХП в составе генетических синдромов), аномалиями панкреатических протоков, последствиями травм и перенесенного острого панкреатита. Инструментальная диагностика включает УЗИ, СКТ с контрастированием, МР-ХПГ, ЭндоУЗИ. Характерные клинические проявления, дилатация главного панкреатического протока (ГПП), с панкреатическими конкрементами или без, истончение паренхимы ПЖ является показанием для формирования продольного панкреатикоюноанастомоза (ППЕА) по Ру. В мировой литературе немногочисленны публикации применения лапароскопического доступа для выполнения подобных вмешательств у детей. Представляем свою серию наблюдений.

**Материалы и методы.** На клинических базах кафедры детской хирургии им. акад. С.Я. Долецкого с 2018 года выполнено 12 лапароскопических операций формирования ППЕА детям в возрасте от 5 до 16 лет (8 девочек, 4 мальчика). Наследственный генез ХП подтвержден в 9 наблюдениях: PRSS1 ( $n = 6$ ), SPINK1 ( $n = 2$ ), CFTR ( $n = 1$ ). Экзокринная недостаточность ПЖ подтверждена во всех наблюдениях: средней степени тяжести ( $n = 5$ ), тяжелая ( $n = 7$ ). Давность заболевания более года с частыми болевыми приступами имела место у 7 больных, у двух детей диагноз выставлен после первого единичного приступа. Дилатация ГПП с расширением бранш первого порядка имела место у всех пациентов, наличие протеиновых конкрементов диагностировано в 9 наблюдениях. Продольная панкреатикоюноанастомия (Puestow) применена у 9 детей. Дуоденумсохраняющая резекция головки с продольным панкреатикоюноанастомозом (Frey) — у 3 детей.

**Результаты.** Среднее время операции составило 195 мин. В большинстве случаев мы не столкнулись с особыми интраоперационными сложностями. Кровотечение из ветви селезеночной артерии послужило поводом для конверсии в одном наблюдении. Послеоперационный период в большинстве случаев гладкий. Панкреатическая фистула класса А имела место у 2 пациентов. Ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 1 ребенка, что потребовало лапаротомии, устранения непроходимости. При катамнестическом наблюдении у 8 пациентов в течение года отсутствовали приступы ХП, у 3 частота их возникновения и интенсивность болевого синдрома значительно уменьшились. Количество больных с тяжелой степенью экзокринной недостаточности ПЖ снизилось с 7 до 4, что позволило уменьшить дозу заместительной ферментной терапии.

**Заключение.** Таким образом, для формирования ППЕА по Ру у детей с ХП может быть применен лапароскопический доступ. Данный тип лечения позволяет значительно уменьшить количество и интенсивность приступов, а также в отдаленном периоде уменьшить экзокринную недостаточность ПЖ.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит; наследственный панкреатит; дети; лапароскопия; продольный панкреатикоюноанастомоз; операция Пуэстоу (Puestow); операция Фрэя; дети.

## ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ ПРЕПУЦИАЛЬНОГО МЕШКА

Сомсиков Г.А., Алимов С.В., Жигулин А.Е., Рудин А.Ю.

Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

Венозная мальформация (ВМ) представляет собой аномальное развитие и патологическое расширение поверхностных или глубоких вен (современный подход к лечению в редких локализациях).

**Описание клинического случая.** Лечение пациента с венозной мальформацией (ВМ) препуциального мешка.

Пациент, 13 лет (вес 77 кг, рост 176 см). В 5 лет впервые заметили сосудистое образование, консультированы детским хирургом по месту жительства, рекомендовано наблюдение в динамике. С 9-летнего возраста отмечалась тенденция к увеличению образования. В 13 лет обратился в нашу клинику. У подростка отмечались эпизоды болевого синдрома и однократное кровотечение из мальформации при спонтанных эрекциях. При обращении в нашу клинику проведено комплексное обследование, а именно, ультразвуковое исследование с доплерографией почек и мочевого пузыря, органов мошонки, полового члена, уретроцистоскопию, консультация уролога.

В качестве метода лечения было выбрано — склерозирование ВМ блеомицин-полидоканоловым раствором в виде пены (Блеомицин в дозе 10 мг, Этоксисклерол 1 % в дозе 1 мл). Пациенту проводилось 2 этапа склерозирования с перерывом в 1,5 месяца. Данная операция проводилась под местной аппликационной анестезией с обязательной аспирационной пробой перед введением склерозантов. На послеоперационную область наложена асептическая повязка с применением самофиксирующегося бинта. В раннем послеоперационном периоде отмечался отек в области проведения операции, нарушения мочеиспускания не отмечалось. Пациент выписан из стационара на следующий день после операции.

При катамнестическом осмотре через 10 месяцев после 2-х этапов лечения — патологические сосуды венозной мальформации не определяются, жалоб на болевой синдром пациент не предъявляет.

**Заключение.** Предпочтительным методом лечения при венозной мальформации полового члена является склерозирование. В качестве высокоэффективного склерозанта можно использовать блеомицин-полидоканоловый раствор. С учетом возрастной категории пациентов данные способы лечения можно проводить под местной анестезией. Малоинвазивные методы лечения позволяют сократить сроки госпитализации и реабилитации пациента.

**Ключевые слова:** венозная мальформация; склерозирование; склеротерапия; врожденный порок развития сосудов; venous malformation; sclerotherapy; дети.

## АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОЙ НЕКРЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ С ПОГРАНИЧНЫМИ И МОЗАИЧНЫМИ ОЖОГАМИ КОЖИ

Сошкина В.В.<sup>2</sup>, Будкевич Л.И.<sup>1,2</sup>, Астамирова Т.С.<sup>2</sup>, Лагутина А.А.<sup>2</sup>,  
Старостин О.И.<sup>2</sup>, Чашухина А.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

**Актуальность.** У детей с пограничными и мозаичными ожогами кожи II–III и III степени, с целью профилактики формирования грубых патологических рубцов, деформаций и контрактур, негативно влияющих на качество жизни маленьких пациентов, выполняется хирургическая некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой. С целью минимизации рисков патологического рубцевания в зонах повреждения, сокращения количества анестезиологических пособий при лечении детей с ожогами кожи, уменьшения кровопотери, связанной с выполнением оперативных вмешательств по восстановлению утраченного кожного покрова, сокращения стрессовых реакций у детей с данной патологией, зарубежными авторами предложена энзиматическая некрэктомия с помощью препарата NexBrid. Положительные результаты по ее применению у наших зарубежных коллег послужили причиной проведения этого клинического исследования в России.

**Цель:** провести оценку клинической эффективности и безопасности местного использования препарата для ферментативной некрэктомии на основе бромелайна у пациентов с ожогами II–III степени и III степени.

**Материалы и методы.** За период с 2022 по 2023 г. в ожоговом центре ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского Москвы энзиматическая некрэктомия проведена 10 детям с ожоговыми ранами на общей площади от 1 до 15 % поверхности тела (п.т). Возраст детей колебался от 1 г. 8 мес. до 15 лет. Основным термическим агентом являлась горячая жидкостью. Аппликация энзиматического средства выполнялась на площади от 1 до 5 % п.т. в первые 3 суток с момента травмы.

**Результаты.** Продолжительность эпителизации ран укладывалась в сроки 13–15 суток. Пациенты осматривались в катамнезе через 1 месяц после выписки из стационара на предмет формирования послеожоговых рубцов и функциональных нарушений в виде контрактур и деформаций.

**Заключение.** Препарат эффективен не только в качестве диагностического средства для объективизации глубины ожоговых ран, но и является альтернативой стандартному хирургическому лечению. На фоне применения NexoBridtm отмечается минимизация формирования патологических рубцов с отсутствием функциональных нарушений и косметических осложнений.

**Ключевые слова:** ожоги; дети; энзиматическая некрэктомия.

# ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

Статина М.И.<sup>1,2</sup>, Гаврилюк В.П.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия;

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Курск, Россия

**Обоснование.** Сложность лечения различных форм острого гематогенного остеомиелита у детей обусловлена, в первую очередь, высокой частотой перехода процесса в хроническую форму. Не вызывает сомнений колоссальная роль врожденного звена иммунитета в регулировании воспалительных процессов и поддержании системного и местного гомеостаза. Для корректного функционирования сложной системы иммунитета необходима параллельная комбинированная работа механизмов не только стимулирующих воспалительный процесс, но и тормозящие его. В случае дисбаланса и смещения процесса в ту или иную сторону происходит срыв противоинфекционной защиты в сторону иммунной недостаточности, либо же избыточного функционирования системы, приводящего к хронизации процесса.

**Цель:** определить состояние врожденного звена иммунитета у детей с гематогенным остеомиелитом и разработать способы фармакологической иммунокоррекции.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явились 38 пациентов. При поступлении проводился забор крови с оценкой функционально-метаболической и кислородзависимой активности нейтрофилов (представителей врожденного звена иммунитета — тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест)). По завершении хирургической и антибактериальной терапии проводились контрольные исследования детям, у которых констатировалась полная ремиссия заболевания. Кроме того, с иммунокорригирующей целью 17 детей дополнительно к терапии получали препарат Лонгидаза, заявивший себя как иммуномодулятор и антиоксидантный препарат с противовоспалительными свойствами. Статистическую обработку результатов проводили используя непараметрические методы (критерии Вилкоксона, Крускала – Уоллиса, Фридмана), коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты.** У пациентов при местной форме заболевания удалось снизить показатели НСТ-теста до уровня контрольной группы здоровых детей. В то время как при септико-пиемической форме заболевания, значения НСТ-теста продолжают оставаться на высоких уровнях, несмотря на полное разрешение клинических проявлений и удовлетворительное состояние ребенка. Высокая активность оксидантной защиты в отсутствие ответа со стороны противооксидантной системы, позволяет предположить негативное влияние на местные окружающие ткани, что впоследствии может явиться фактором хронизации процесса. Применение препарата Лонгидаза корректирует выявленные нарушения у пациентов с септико-пиемической формой острого гематогенного остеомиелита.

**Заключение.** Предпочтительным направлением в изучении факторов, влияющих на исход острого гематогенного остеомиелита у детей, является координация хирургической тактики и иммунологической коррекции. Диктуется необходимость применения в комплексной терапии остеомиелита у детей препаратов с иммунокорригирующей активностью, одним из которых может быть Лонгидаза.

**Ключевые слова:** остеомиелит; врожденный иммунитет; иммунопатогенез; Лонгидаза.

# ОПЕРАЦИЯ МАЛОНА (MACE) В СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИЕЙ

Степанова Н.М.<sup>1,3</sup>, Новожилов В.А.<sup>1-3</sup>, Звонков Д.А.<sup>3</sup>, Алтынбек А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup> Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия

**Цель:** анализ применения процедуры антеградного промывания толстой кишки (MACE) в комплексной реабилитации пациентов с анальной инконтиненцией.

**Материалы и методы.** Сообщение о результатах использования MACE у 5 больных за последние 2 года в ОГАУЗ ГИМДКБ (Иркутск). Лапароскопически ассистированные — 2; открытые — 2; в сочетании с илеоцекоцистопластикой — 1. Мальчики — 75 % (3). Средний возраст на момент операции — 8,5 лет. Хирургический анамнез: аноректопластики по поводу ректоуретральной фистулы — 2, ректовезикальной — 1, промежностей — 1, бессвищевая — 1. Сопутствующая патология — 80 %.

**Результаты.** Среднее время операции — 98 мин. Место выведения стомы — пупок. Старт антеградной клизмы — 10-е п/о сутки. Присутствие интубатора в аппендикостоме — 1 мес. Катамнез — от 4 мес. до 5 лет. Оценка качества жизни детей после процедуры по опроснику PedsQL 4.0 (23 вопроса, объединенных в шкалы физического, эмоционального, социального и ролевого функционирования). Отмечено значительное улучшение уровня жизни: наличие регулярного опорожнения кишечника, появление самостоятельной дефекации — 20 %, отсутствие каломазания — 80 %, субъективное улучшение функции кишечника и гигиены. Обратная корреляция «период использования – частота клизм – чистый промежуток»: уменьшение частоты клизм с течением времени и увеличение длительности чистого промежутка. Эффект оценен родителями как удовлетворительный: чистый промежуток — 18 ч и более, социализация детей в обществе, удовлетворительный косметический эффект.

**Вывод.** Операцию Малона (MACE) при исчерпывании всех консервативных ресурсов можно рассматривать как альтернативный метод реабилитации детей с анальной инконтиненцией после перенесенных вмешательств на промежности, позволяющий улучшить социальный статус и качество жизни.

**Ключевые слова:** антеградное промывание толстой кишки (MACE); анальная интоксикация; операция Малона; дети.

## ГИРШПРУНГ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У ДЕТЕЙ: ОБОБЩЕННЫЕ ДАННЫЕ ОДНОЙ КЛИНИКИ

Степанова Н.М.<sup>1,3</sup>, Новожилов В.А.<sup>1-3</sup>, Звонков Д.А.<sup>3</sup>, Пашков А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup> Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия

**Цель:** изучить распространенность энтероколита при болезни Гиршпрунга у детей.

**Материалы и метод.** 103 пациента с болезнью Гиршпрунга, проходивших лечение в ГИМДКБ (Иркутск). Группа изучения — 30 (29,1 %) пациентов, закончивших оперативное лечение, у которых диагностирован Гиршпрунг-ассоциированный энтероколит (ГЭК) на разных этапах коррекции. Критерии постановки диагноза (100 %): вздутие живота, диарея, интоксикация, воспалительные изменения в ОАК. Бактериологическое подтверждение — 26 (86,7 %) случаев. Особенности выборки: в 23,3 % (7) дети поступали в инфекционно-боксовое отделение с диагнозом ОКИ.

**Результаты.** Гендерный состав: мальчики — 21 (70 %). До 1 года — 9 (30 %). Особенности анамнеза: болезнь Дауна — 2 (6,7 %), семейный анамнез — 3 (10 %), протяженная зона аганглиоза — 14 (46,7 %). По сроку возникновения: предоперационный — 25 (83,3 %), послеоперационный — 5 (16,7 %). Предоперационный ГЭК: тяжелое течение — 17 (68 %); послеоперационный ГЭК: средне-тяжелое течение — 3 (60 %). Причины послеоперационного ГЭК: ретракция и стеноз — 1 (20 %), нарушение микробиоты. Стартап — консервативный комплекс (метрогил, ванкомицин), орошения, декомпрессия, биопрепараты. Стомирование как первый этап коррекции — 14 (82,4 %). Присутствие ГЭК не влияло на выбор дизайна основного этапа лечения, однако в подавляющем большинстве увеличивало сроки проведения вмешательства и заключительной реконструкции кишечной трубки. Рестомирование (илеостома) по поводу послеоперационного ГЭК у 1 пациента.

**Выводы.** ГЭК может сопровождать течение аганглиоза на различных этапах лечения, что требует определенной степени настороженности врачей смежных специальностей относительно данного тяжелого осложнения.

**Ключевые слова:** болезнь Гиршпрунга; Гиршпрунг-ассоциированный энтероколит; рестомирование.

## ГЕМОРРОЙ У ДЕТЕЙ

Степанова Н.М.<sup>1,3</sup>, Новожилов В.А.<sup>1-3</sup>, Звонков Д.А.<sup>3</sup>, Суханова Н.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup> Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия

**Актуальность.** В детской колопроктологии геморрой является довольно редким состоянием. В доступной отечественной литературе точных данных о заболеваемости не представлено. Рассмотрение данного вопроса было обусловлено выработкой рациональной лечебной тактики в детском возрасте.

**Цель:** выявление закономерностей течения геморроя в детском возрасте, предложение оптимальной лечебно-диагностической тактики.

**Материалы и методы.** 41 пациент с диагнозом геморрой, находившийся на лечении в ОГАУЗ ГИМДКБ.

**Результаты.** В 73,2 % (30) клинические проявления геморроя в школьном возрасте (13–18 лет). Мальчики: 78 % (32). Основные жалобы при первичном обращении: наличие объемного образования прямой кишки/периаанальной области — 68,3 % (28), боль в области заднего прохода — 53,7 % (22), примесь крови в стуле/на туалетной бумаге — 34,1 % (14), запоры — 14,7 % (6), наличие зуда и дискомфорта в области заднего прохода — 4,7 % (2). В 87,3 % (36) — единичный узел, 9,8 % (4) — двумя узлами, 2,4 % (1) — тремя и более узлами. При первичной диагностике во время обязательного ректального осмотра положение узла определяли по условному часовому циферблату в положении лежа на спине: 7 часов у.ц. (26,5 %), 11 часов у.ц. (14,7 %), 12 часов у.ц. (17,6 %). Размеры геморроидальных узлов — от 0,5 до 3,0 см. Наружная форма геморроя — 85,3 % (35) случаев, внутренняя — 9,8 % (4), комбинированная — 4,9 % (2). При сборе анамнеза наличие запоров, затруднения при опорожнении у 68,3 % (28). Наследственный анамнез — 61 % (25). При проведении статистической обработки данных (критерий Манна – Уитни) установлено, что нет закономерности между формой геморроя и возрастом. Основные методы диагностики заболевания и предрасполагающих состояний на амбулаторном этапе: УЗИ органов брюшной полости с определением кровотока в портальной системе, видеоколоноскопия/ректоскопия детям старшего возраста в условиях диагностического центра; на этапе стационара план обследования дополнялся проведением ирригоскопии. Основная причина обращения — тромбоз/изъязвление наружного геморроидального узла. Старт лечения осложнения в форме тромбоза во всех возрастных группах консервативный лечебный комплекс: регресс тромбоза геморроидального узла в 73,2 %. Хирургическое лечение — в 26,8 % (11) только при наружной форме геморроя: геморроидэктомия по Миллигану – Моргану — 72,7 % (8), резекция геморроидального узла аппаратом LigaSure — 27,3 % (3). Послеоперационных осложнений и раннего рецидива заболевания не было.

**Вывод.** Геморрой встречается чаще в старшей возрастной группе, преимущественно у мальчиков. Заболевание выявляется в дебюте, чаще при возникновении тромбоза/изъязвления геморроидального узла. В детском возрасте чаще наружная форма геморроя. Наиболее частая локализация геморроидального узла: 7, 11, 12 часов условного циферблата. Консервативный комплекс помогает купировать осложнение заболевания и отсрочить срок выполнения геморроидэктомии. Основными способами хирургического лечения геморроя у детей являются геморроидэктомия по Миллигану – Моргану и резекция геморроидального узла аппаратом LigaSure.

**Ключевые слова:** геморрой у детей; запоры; геморроидэктомия по Миллигану – Моргану; резекция геморроидального узла аппаратом LigaSure.

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В ЛЕЧЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Сулавко М.А.<sup>1</sup>, Гурская А.С.<sup>1</sup>, Баязитов Р.Р.<sup>1</sup>, Наковкин О.Н.<sup>1</sup>,  
Хагуров Р.А.<sup>2</sup>, Сагоян Г.Б.<sup>3</sup>, Ахмедова Д.М.<sup>1</sup>, Карнута И.В.<sup>1</sup>,  
Екимовская Е.В.<sup>1</sup>, Клепикова А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский институт здоровья детей, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина, Москва, Россия

**Обоснование.** Актуальность исследования обусловлена широким спектром клинических проявлений, трудностями диагностики, неполным пониманием этиологии и патогенеза формирования лимфатических мальформаций, отсутствием общепризнанной патогенетической терапии.

**Цель:** оценить результаты лечения детей с лимфатическими мальформациями в хирургическом отделении новорожденных и детей грудного возраста ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 29 историй болезни детей с различными формами лимфатических мальформаций. Из них 17 детей с кистозным типом лимфатических мальформаций различной локализации (челюстно-лицевая область — 1 случай, область шеи — 5 случаев, подмышечная область — 2 случая, брыжейка кишки — 3 случая, забрюшинное пространство — 3 случая, поражение более одной анатомической области — 3 случая: образования располагались в 1 случае в челюстно-лицевой области и шее, в 1 случае в области шеи и средостении и в 1 случае в области шеи и подмышечной области). Также 2 пациента с синдромом Клиппеля – Треноне, 1 пациент с капиллярно-венозно-лимфатической мальформацией, 10 случаев хилезных выпотов, из них 8 случаев хилоперитонеума, 2 случая хилоторакса.

**Результаты.** В 5 случаях выполнения склерозирования отмечалась полная регрессия образований. Рецидивов и осложнений не было. Радикальное удаление образований проведено в 9 случаях, в двух случаях отмечалась лимфорей в послеоперационном периоде, купирована назначением октреотида в одном случае и в одном случае назначена иммуносупрессивная терапия. У пациентов с поражением более одной анатомической области потребовалось в одном случае проведение комбинированной терапии (склерозирование и иммуносупрессивная терапия), одному ребенку с мелкокистозной формой поражения челюстно-лицевой области и шеи назначена иммуносупрессивная терапия, в одном случае выполнено радикальное удаление. Осложнений не было. Двум пациентам с синдромом Клиппеля – Треноне и одному ребенку с капиллярно-венозно-лимфатической мальформацией проведен подбор иммуносупрессивной терапии. Одним из возможных проявлений генерализованных форм лимфатических мальформаций являются хилезные выпоты в различные полости организма. Всем детям назначено полное парентеральное питание, терапия октреотидом, в 5 случаях явления лимфорей купированы, в 5 случаях неэффективности октреотида, опираясь на литературные данные о возможной эффективности сиролимуса в лечении различных форм лимфатических мальформаций и современных данных генетических исследований, назначена иммуносупрессивная терапия с положительным эффектом у всех пациентов. У 3 детей выполнено генетическое исследование на спектр синдромов избыточного роста, во всех случаях выявлено наличие мутации.

**Заключение.** Лечение лимфатических мальформаций требует сугубо индивидуального подхода к лечению каждого пациента. При простых формах лимфатических мальформаций склерозирование или радикальное удаление, как правило, оказываются эффективными, в случаях сложной анатомической локализации требуется назначение комбинированной терапии. Требуется дальнейшее



детальное изучение причин развития лимфатических мальформаций, в первую очередь генетических аспектов данной патологии, с целью выработки эффективной тактики лечения. Для уточнения этиологии необходимо проведение генетического исследования всем детям, имеющим лимфатические мальформации.

**Ключевые слова:** лимфатическая мальформация; дети; сиरोлимус.

## 3D-ТЕХНОЛОГИИ В РАМКАХ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Суходольская О.В.<sup>1</sup>, Морозов Д.А.<sup>1</sup>, Топилин О.Г.<sup>2</sup>, Айрапетян М.И.<sup>1</sup>,  
Манукян С.Р.<sup>2</sup>, Выдыш С.В.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Быстрый темп развития современных технологий определяет новые направления в выявлении и лечении различных патологий, делая подход к каждому пациенту персонализированным. 3D-технологии все больше входят в практику врачей-клиницистов. Создание 3D-моделей используется на этапах диагностики, предоперационного планирования, а также при производстве индивидуально подобранных имплантируемых материалов.

Представляем клинические примеры, где выполнялось 3D-моделирование при лечении детей с хирургической патологией.

**Описание наблюдений.** В первом случае у ребенка 3 лет были диагностированы аномалия развития аорты и стеноз левого главного бронха, причина последнего оставалась не ясна. 3D-визуализация интересующей зоны с помощью программы Radiant DICOM viewer позволила выявить основной триггер — артериальную связку, представленную облитерированным боталловым протоком.

Второму пациенту 6 месяцев с двусторонней хондромезенхимальной гамартомой грудной стенки было показано выполнение реконструктивной операции. Техника вмешательства, включая размеры «искусственного ребра», используемого для торакопластики, также была определена согласно модели грудной клетки ребенка, созданной при помощи Radiant DICOM viewer и распечатанной в масштабе 1:1 на 3D-принтере Formlabs 2.

У третьей пациентки 17 лет при обследовании по поводу первичного гиперпаратиреоза была выявлена аденома нижней правой паращитовидной железы. Однако после ее удаления в послеоперационном периоде в крови сохранялись высокие уровни кальция и паратгормона. С целью прецизионной диагностики была использована «технология дополненной реальности» (AR-моделирование), выполненная в приложении Medicom на базе КТ-исследования. В результате удалось визуализировать объемное образование, расположенное параззофагеально справа, которое по данным гистологии было расценено как эктопированная аденома паращитовидной железы.

**Заключение.** Таким образом, на основании вышеизложенного, мы оцениваем 3D-моделирование как перспективное направление в развитии медицины, помогающее специалистам в постановке диагноза, определении лечебной тактики и разработке индивидуально подобранных материалов для имплантации.

**Ключевые слова:** 3D-моделирование; детская хирургия; персонализированная медицина.

## ОСЛОЖНЕНИЯ РАЗОБЩЕНИЯ МОЧЕКИШЕЧНЫХ СОУСТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Тарасова Д.С.<sup>1,3</sup>, Морозов Д.А.<sup>1,2</sup>, Мусазаде Джейхун Низами Оглы<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. академика Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

**Обоснование.** Осложнения мобилизации прямой кишки, ректопластик, ректоуретральных, ректовезикальных свищей и персистирующих клоак могут являться причиной стойких нарушений уродинамики и/или создавать предпосылки к развитию и персистенции инфекции мочевыводящих путей у пациентов с аноректальными мальформациями (АРМ).

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 72 пациентов с АРМ. В исследование включены пациенты с «мочекишечными соустьями» — персистирующая клоака — 21/29,1 %, уретральный свищ — 43/59,7 % и везикальный свищ — 8/11,1 %. Возраст 1 мес. — 17 лет. Анализировали форму АРМ, вид хирургического лечения, структуру осложнений. Персистирующая клоака: на момент исследования всем пациентам выполнено хирургическое лечение. При длине общего канала до 3 см, выполнена заднесагиттальная аноректовагиноуретропластика по А. Репа ( $n = 16$ ), при длине канала более 3 см — брюшно-промежностная аноректопластика ( $n = 5$ ).

Уретральный свищ: 37 мальчикам была выполнена операция на промежности: заднесагиттальная аноректопластика по А. Репа — 22, брюшно-промежностная аноректопластика — 10, лапароскопически-ассистированная аноректопластика — 3, промежностная аноректопластика — 2.

Везикальный свищ ( $n = 7$ ) всем пациентам выполнена брюшно-промежностная аноректопластика.

**Результаты.** При персистирующей клоаке урогенитальный синус после операции выявлен у 6, у всех длина общего канала превышала 3 см. Урогенитальный синус осложнился развитием урино/пио/гематокольпос и инфравезикальной обструкцией, все были повторно оперированы: anterior sagittal transanorectal approach — 2, тотальная урогенитальная мобилизация — 1, разделение урогенитального синуса — 3. Послеоперационная дистопия уретры (длинная извитая уретра) — 1 (выполнена уретропластика); посттравматический уретро-вагинальный свищ — 2 (выполнена интроитопластика), травма мочевого пузыря с развитием флегмоны таза — 1. Уретральный свищ: структура осложнений, дивертикул задней уретры — 3 (заднесагиттальная аноректопластика по А. Репа — 2, ЛА — 1). Рецидив уретрального свища — 2, обоим первично была выполнена промежностная аноректопластика. Ятрогенное повреждение задней уретры — 1. У пациентов с везикальными свищами каких-либо послеоперационных осложнений не зарегистрировано.

**Выводы.** Различные осложнения после разобщения мочекишечных соустий выявлены — 16/29 %, чаще всего у пациенток с персистирующей клоакой 10/47/6 %. Формирование различных осложнений у пациентов с АРМ, влияющих на уродинамику и значимых в генезе и персистенции ИМВП, является важной проблемой и определяет технические задачи в ходе открытых и лапароскопических операций.

**Ключевые слова:** аноректальные мальформации; аноректопластика; дивертикул уретры; дети.

## АГРЕССИВНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Тен Ю.В.<sup>1,2</sup>, Елькова Д.А.<sup>1,2</sup>, Силинский А.И.<sup>2</sup>, Герасименко К.И.<sup>3</sup>, Зацепин Р.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия;

<sup>2</sup> Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская клиническая больница № 7, Барнаул, Россия

**Обоснование.** Агрессивные инородные тела — химически, физически и механически активные, оказывающие повреждающее действие на стенку органов пищеварительного тракта. Согласно статистическим данным, батарейки составляют до 10 % от общего количества инородных тел ЖКТ у детей. Частота глотания батареек достигает 10–15 случаев на 1 млн населения. Каждый 1000-й пациент ежегодно имеет тяжелые осложнения нахождения агрессивных инородных тел в ЖКТ.

**Цель:** проанализировать последствия пребывания агрессивных инородных тел в желудочно-кишечном тракте у детей.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов клиники детской хирургии Алтайского края за период 2018–2022 гг. За 5 лет получили специализированную помощь, включая эндоскопическую, 48 детей с агрессивными инородными телами (АИТ) желудочно-кишечного тракта: монетовидные батарейки (39), неодимовые магниты (7), колющие предметы (2).

**Результаты.** Количество мальчиков с агрессивными инородными телами превалировало, составило 75 % (36 детей), девочек оказалось 25 % (12) всех случаев. Доля детей в возрасте до 1 года — 8,3 %, с 1 года до 3 лет — 52,1 %, с 3 до 6 лет — 33,3 %, старше 6-и лет — 6,25 %. Большая часть пациентов (83,3 %) поступали в экстренном порядке в течение от нескольких часов до суток с момента проглатывания ИТ. Наиболее продолжительный период нахождения ИТ в верхних отделах ЖКТ составил 10 суток. Во всех случаях у пациентов этой группы отмечались эрозивно-язвенные контактные поражения различной степени выраженности. В 9 случаях агрессивных инородных тел пищеварительного тракта отмечено развитие язвенно-некротических контактных поражений: в шести поражение пищевода и желудка монетовидными батарейками, в одном — поражение кишечника неодимовыми магнитами. В двух случаях воздействие монетовидных элементов питания привело к сквозным поражениям в/3 пищевода с прилежащим отделом трахеи и формированию трахеопищеводных свищей, в двух случаях так же отмечено сквозное поражение стенок пищевода с развитием отграниченного медиастинита, в двух случаях отмечено развитие острых язв антрального отдела желудка. Все дети этой группы пролечены консервативно (сформировавшиеся пищеводно-трахеальные свищи консервативно пролечены в отделении экстренной хирургической помощи). У 2 пациентов после длительного стояния батарейки сформировался стеноз пищевода. В одном случае проглатывания неодимовых магнитов привело к формированию множественных дефектов (6) на протяжении подвздошной кишки с развитием разлитого перитонита, что потребовало экстренного оперативного лечения в объеме: лапаротомия, ушивание дефектов подвздошной кишки, наложение «отключающей» энтеростомы, санация, дренирование брюшной полости. У 1 ребенка, проглотившего 32 магнита, потребовалась лапаротомия, гастротомия, колотомия. Полная реабилитация детей, получивших осложнения от агрессивных ИТ ЖКТ, заняла от нескольких месяцев до 1 года. Летальных исходов не было.

**Заключение.** Пребывание агрессивных инородных тел в ЖКТ у детей приводит к тяжелым последствиям, которые требуют неотложной помощи в условиях специализированного детского хирургического отделения.

**Ключевые слова:** агрессивные инородные тела; осложнения инородных тел ЖКТ; приобретенные трахеопищеводные свищи; медиастинит.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АГАНГЛИОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Тен Ю.В.<sup>1,2</sup>, Каширин С.Д.<sup>2</sup>, Тен К.Ю.<sup>2</sup>, Елькова Д.А.<sup>1</sup>, Клейменов Е.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия;

<sup>2</sup> Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия

**Обоснование.** Болезнь Гиршпрунга — вариант нейрокрестопатии, характеризующийся отсутствием ганглионарных клеток дистальных отделов кишечника и сопровождающийся функциональной кишечной непроходимостью вследствие нарушения перистальтики аганглионарного сегмента. Согласно зарубежным данным, частота порока составляет 1 : 4,417; 1 : 5000 живорожденных, у мальчиков в четыре раза чаще, чем у девочек. В Москве ежегодно оперируют 150 детей с болезнью Гиршпрунга.

**Цель:** дать оценку оперативным методикам, применяемым при лечении пациентов с истинным аганглиозом толстой кишки.

**Материалы и методы.** За 2017 г. — I квартал 2023 г. в клинику детской хирургии Алтайского края поступило 12 детей с подтвержденным диагнозом болезни Гиршпрунга. Возраст детей варьировал от периода новорожденности до 3 лет. Чаще заболевание выявлялось у пациентов мужского пола — 75 % (9) детей. Диагностика болезни Гиршпрунга основывалась на клинических, рентгенологических, гистологических, эндовидеохирургических данных.

**Результаты.** Всем 12 пациентам проведено оперативное лечение. Пять человек 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 месяцев. Реабилитационные мероприятия проводились в последующем в течение 1–3 лет. Все дети в настоящее время здоровы. Семи пациентам от периода новорожденности до 4-х месяцев произведена трансанальная проктопластика по Де ла Торре – Мондрагона (5) и Соаве – Джорджсона. Из них повторная трансанальная проктопластика потребовалась в 1 клиническом наблюдении в связи с первоначальным оставлением участка аганглионарной зоны. Еще одному больному предварительно была наложена колостома, а в возрасте 4 мес. выполнена трансанальная проктопластика с одновременным закрытием колостомы. Третьему больному была сделана аналогичная операция после илеостомии, наложенной в связи с сочетанием язвенно-некротического энтероколита, с последующим успешным закрытием кишечной стомы. Наблюдение за оперированными пациентами осуществляется в течение 1 года. В каких-либо реабилитационных мероприятиях дети не нуждались. В настоящее время дети все здоровы. Таким образом, дети после проведения одномоментной трансанальной проктопластики потребовали меньших усилий и времени для полной реабилитации, сроки лечения значительно сокращены, достигнуты лучшие косметические результаты.

**Выводы.** Своевременная диагностика истинного аганглиоза толстой кишки позволяет выполнить наименее травматические оперативные методики по коррекции порока. Трансанальная проктопластика имеет ряд явных преимуществ перед классическими методами хирургического лечения болезни Гиршпрунга и может быть рекомендована к более широкому внедрению в практику детских хирургических отделений для лечения болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста.

**Ключевые слова:** болезнь Гиршпрунга; проктопластика; брюшно-промежностная пластика.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОБРАЗОВАНИЯМИ ПИЩЕВОДА И СРЕДОСТЕНИЯ

Теплов В.О.<sup>1,2</sup>, Митупов З.Б.<sup>1,2</sup>, Чумакова Г.Ю.<sup>1</sup>, Разумовский А.Ю.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Обоснование.** Средостение является сложной частью грудной полости, поскольку оно содержит множество важных органов и анатомических структур. Как доброкачественные, так и злокачественные образования требуют детальной дифференциальной диагностики. В последние годы активное развитие в диагностике заболеваний у взрослых пациентов получила эндоскопическая ультрасонография (ЭУС). В детской практике данное исследование мало распространено во всем мире, а в нашей стране выполняется в единичных крупных центрах.

**Цель:** оценить возможности эндосонографии и результаты эндохирургического лечения детей с образованиями пищевода и средостения.

**Материалы и методы.** С января 2022 г. по май 2023 г. в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова госпитализировано 17 детей с подозрением на образование верхних отделов ЖКТ, из них 6 детей с подозрением на образование пищевода и средостения. Средний возраст составил 9,75 лет (от 3 до 14 лет), а возрастные группы разделились таким образом: дети раннего возраста — 1, младшего школьного возраста — 3, подросткового периода — 2. Масса тела детей составила от 13 до 58 кг ( $Me = 38$  кг). Использовалось эндоскопическое эндосонографическое оборудование фирмы Pentax, гастроскопы EG-3670URK с функцией доплерографии и эластографии. Предварительно или после ЭУС детям проводились другие диагностические методики: ультразвуковое исследование — 3, компьютерная томография — 4, МРТ — 1. Оперативное вмешательство было выполнено у всех детей с использованием торакоскопии.

**Результаты.** В 5 случаях ЭУС дополнил или изменил предоперационный диагноз. При оценке совпадения заключения ЭУС с заключительным диагнозом у 5 детей выявлено полное совпадение. В 1 случае заключительный диагноз был дополнен после выполнения оперативного вмешательства и патогистологического исследования материала в связи с неверной предположительной ЭУС-интерпретацией типа образования, однако место расположения образования в слоях пищевода было верным. Послеоперационных осложнений после торакоскопического иссечения образований выявлено не было.

**Заключение.** Более детальная оценка образования за счет близости расположения датчика позволяет уточнить или изменить диагноз пациента, что может помочь хирургу в выборе оперативного вмешательства. Торакоскопическое иссечение образования в детском возрасте позволяет радикально удалить его даже при труднодоступной локализации.

**Ключевые слова:** эндосонография; образование пищевода; образование средостения; торакоскопия.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА ДИСКОВЫМИ БАТАРЕЙКАМИ

Теплов В.О.<sup>1,2</sup>, Степаненко Н.С.<sup>1,2</sup>, Куликова Н.В.<sup>1</sup>, Разумовский А.Ю.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

**Обоснование.** В последние годы в мире выявлено увеличение тяжелых и летальных случаев ожогов пищевода дисковыми батарейками. Спектр осложнений включает трахеопищеводный свищ, стеноз или перфорацию пищевода, нарушения иннервации гортани, пищеводно-аортальный свищ. Отсутствие единого подхода в выборе хирургического вмешательства побудило к изучению данного вопроса и анализу результатов лечения.

**Цель:** улучшить результаты хирургического лечения детей с осложнениями ожогов пищевода дисковыми батарейками.

**Материалы и методы.** С 2009 по 2021 г. в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова госпитализировано 102 ребенка с ожогом пищевода дисковой батарейкой. Из них мальчиков 57 (55,9 %), девочек — 45 (44,1 %). Медиана возраста на момент ожога составила 1 год 6 мес. Всем детям производилось эндоскопическое удаление батарейки с последующим контролем. Время фиксации батарейки в пищеводе составило от 1 ч до 6 мес. Подсчет статистических данных проводился в программе StatTech v. 3.0.9.

**Результаты.** Осложнения имели 57 детей (55,9 %). Среди них: трахеопищеводный свищ (ТПС) — у 31 (54,4 %), стеноз пищевода — у 24 (42,1 %), парез или паралич гортани — у 24 (42,1 %), перфорация пищевода — у 4 (7 %). Группа с наличием осложнений была разделена по тактике лечения: сдерживающая тактика применялась у 36 пациентов (63,2 %), первичная радикальная операция выполнена у 21 ребенка (36,8 %). Детям с ТПС выполнялись 3 вида операций. Фундопликация и гастростомия выполнена 12 пациентам (38,7 %), ТПС закрылся спонтанно у 7 детей (58,3 %). Разделение ТПС в остром периоде — 13 (41,9 %), у 11 выявлены ранние послеоперационные осложнения: несостоятельность швов на трахее и пищеводе, реканализация, стеноз пищевода и трахеи. Пластика трахеи пищеводным лоскутом и экстирпация пищевода выполнена 6 пациентам (19,4 %), также данная операция была методом выбора коррекции ранних послеоперационных осложнений после разделения ТПС ( $n = 4$ ). При стенозе пищевода проводились бужирования ( $n = 23$ ), в 1 случае выполнена резекция зоны стеноза в связи с циркулярным повреждением. При перфорации пищевода дети успешно вылечены с помощью консервативных методов. Детям с нарушением иннервации гортани потребовались консервативное ведение ( $n = 8$ ), трахеостомия ( $n = 7$ ), либо операции латерализации (пластика гортани реберным хрящом с установкой Т-образной трубки — 7, латерофиксация голосовой связки — 2). Проведена оценка отдаленных результатов коррекции всех осложнений.

**Заключение.** Сдерживающая тактика показала лучшие результаты при всех осложнениях с минимизацией количества послеоперационных осложнений (16,7 %), хорошими отдаленными результатами и гармоничным развитием детей (статистически значимых различий Z-score масса тела/возраст до операции и в отдаленном периоде не выявлено,  $p = 0,345$ ).

**Ключевые слова:** ожог пищевода; дисковая батарейка; трахеопищеводный свищ; парез гортани; стеноз пищевода.

## СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОЙ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ ТОЩЕЙ КИШКИ

Терещенко О.А., Полеев А.В., Клименко А.Н.

Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Россия

Неонатальный скрининг на врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта является важным этапом в системе оказания хирургической помощи новорожденным. Однако, наш опыт лечения пациентов такого профиля показывает, что помимо обтурационных форм кишечной непроходимости (атрезии, стенозы) могут встречаться и странгуляционные (врожденная инвагинация кишечника). Представляем опыт успешного хирургического лечения антенатальной инвагинацией тощей кишки, осложненной некрозом внедренного отдела кишечника.

**Описание наблюдения.** Новорожденная девочка поступила в клинику через 12 ч после рождения из родильного дома города Краснодара. Анамнестически: беременность четвертая, протекавшая на фоне соматической патологии матери (анемия, трижды перенесенная ОРВИ, однократно — острая кишечная инфекция). При антенатальном скрининге в 36 нед. гестации выявлен врожденный порок развития кишечника (стеноз двенадцатиперстной кишки?).

Роды срочные на 39-й неделе гестации, оперативные, околоплодные воды зеленые. Родилась девочка с оценкой по шкале Апгар 6–6 баллов. Масса тела — 3720 г, длина — 52 см.

Проводились реанимационные мероприятия в родильном зале в связи с синдромом аспирации мекония: интубация трахеи, санация трахеи (до 1,5 мл мекония), ИВЛ. По стабилизации состояния в транспортном инкубаторе ребенок доставлен в нашу клинику.

При поступлении имеет место клиника кишечной непроходимости: застойное отделяемое из желудочного зонда, вздутие верхних отделов брюшной полости, болезненность при пальпации брюшной полости.

При УЗИ выявлена инвагинация тонкого кишечника, признаки кишечной непроходимости.

На рентгенограмме брюшной полости отмечаются признаки врожденной кишечной непроходимости — увеличенный желудок и начальные отделы тонкого кишечника с уровнями жидкости. После предоперационной подготовки в течение 2 ч ребенок оперирован.

При ревизии брюшной полости выявлена дилатация желудка и начального отдела тощей кишки (на протяжении 30 см от связки Трейтца диаметром до 2,0 см). Причиной непроходимости является тоще-тощекишечная инвагинация (длиной до 6 см). Мануальная дезинвагинация оказалась безуспешной ввиду некроза внутреннего цилиндра. Выполнена резекция инвагината в пределах здоровых тканей. Сформирован еюно-юноанастомоз «конец-в-конец» двухрядным швом. Контроль герметичности и проходимости анастомоза.

Послеоперационный период протекал гладко. На вторые сутки девочка переведена на спонтанное дыхание. Поить начали с третьих суток, энтеральное кормление — с четвертых суток. На 10-е сутки ребенок переведен в хирургическое отделение для пребывания с матерью. Выписана на 27-е сутки после излечения сопутствующей патологии (аспирационная пневмония, неонатальный кандидоз).

**Заключение.** Таким образом, у новорожденных при антенатальных ультразвуковых признаках высокой кишечной непроходимости следует помнить о возможности инвагинации кишечника и повторять ультразвуковое исследование в ближайшие часы после рождения.

**Ключевые слова:** новорожденные; врожденные пороки; инвагинация; тощая кишка; хирургическое лечение.



## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ДВУМЯ БРОНХОГЕННЫМИ КИСТАМИ СРЕДОСТЕНИЯ

Ти Р.А., Подкаменев А.В., Дворецкий В.С., Сырцова А.Р., Кузьминых С.В., Ти К.А.

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

**Обоснование.** Бронхогенные кисты — редкий порок развития трахеобронхиального дерева, возникающий в первом триместре внутриутробного развития в псевдожелезистую стадию развития легких. В мировой литературе мы не встретили упоминания о наличии двух бронхогенных кист разной локализации у одного ребенка. Единичные описательные случаи касаются взрослых пациентов и также редки. Недостаток информации может привести к постановке ошибочного диагноза и выбору неверной тактики лечения пациента.

**Описание наблюдения.** Мальчик 4 мес. и массой тела 5100 грамм, ПКВ 47 недель (недоношенность 31-я неделя, при рождении масса тела — 1550 грамм, ОГ — 28,0 см, ОГК — 26,0 см, длина — 39,0 см. Оценка по шкале Апгар — 4/7 баллов) поступил в отделение патологии новорожденных Перинатального центра СПбГПМУ с подозрением на кистозно-аденоматозную мальформацию левого легкого. Проведено обследование: МСКТ ОГК с контрастным усилением, МРТ ОГК — выявлены два кистозных образования заднего средостения: нижнего 3,5×3,0×3,0 см и верхнего 2,9×2,0×2,2 см. Учитывая онкологическую настороженность выполнен анализ суточной мочи на метаболиты катехоламинов, кровь на АФП и НСЕ — в пределах референсных значений. Радиоизотопное исследование с MIBG — накопления РФП не выявлены. Ребенок консультирован онкологом. Выполнено торакоскопическое удаление несообщающихся между собой образований в полном объеме. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений. Патоморфологическое исследование удаленных образований выявило единую природу и соответствие бронхогенным кистам (выстланы многорядным призматическим эпителием и содержат в стенке гиалиновый хрящ). МСКТ и МРТ ОГК при контрольной госпитализации в возрасте 1 года показали отсутствие признаков рецидива.

**Заключение.** При выявлении кистозного образования средостения, в том числе множественной локализации, нужно учитывать вероятность наличия у пациента бронхогенных кист, что не исключает необходимости дифференциальной диагностики с рядом заболеваний: лимфангиома средостения, нейрогенная опухоль, тератома. Торакоскопический доступ, при должном уровне технической подготовки хирурга, является вариантом выбора при данной патологии.

**Ключевые слова:** бронхогенные кисты; двойная бронхогенная киста; порок развития легкого; образования средостения; дети.

# МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Тимофеев С.И.<sup>1</sup>, Минаев С.В.<sup>2</sup>, Барова Н.К.<sup>3,4</sup>, Григорова А.Н.<sup>3</sup>,  
Надгериев В.М.<sup>3</sup>, Мащенко В.Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Магаданская областная детская больница, Магадан, Россия;

<sup>2</sup> Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия;

<sup>3</sup> Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия;

<sup>4</sup> Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Россия

**Актуальность.** С увеличением количества оперативных вмешательств на органах брюшной полости возрастает количество пациентов, имеющих различные проявления интраабдоминального спаечного процесса. При этом вызывает интерес особенности течения спаечного процесса у детей, особенно с дисплазией соединительной ткани.

**Цель:** оценка спаечного процесса брюшной полости у детей с дисплазией соединительной ткани.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 98 детей с установленным диагнозом — спаечная болезнь органов брюшной полости. Средний возраст составил  $10,3 \pm 1,8$  года. Мальчиков было 56 (57,1 %), девочек — 42 (42,9 %). Сформированы 2 группы: основная группа (29 пациента с ДСТ), контрольная группа (69 детей без ДСТ). Диагностика ДСТ осуществлялась на основании клиничко-лабораторных данных и скрининговых карт. У всех пациентов проведена оценка клинического течения, макроскопическая визуальная оценка выраженности спаечного процесса в брюшной полости по трем различным шкалам (Nair, F. Cocolini, Н.И. Аюшинова). ИГХ проводили к коллагену I, III, IV типа, к Laminin  $\gamma 1$ , к факторам ангиогенеза, к TGF- $\beta$  и к FGFR1. Статистический анализ осуществлялся методами вариационной статистики с использованием хи-квадрат-теста, U-тесты Манна – Уитни.

**Результаты.** Для оценки спаечного процесса наиболее информативной оказалась шкала Аюшинова Н.И. При этом в основной группе средний балл составил  $7 \pm 0,8$ , в контрольной группе —  $14 \pm 1,2$  балла ( $r_s = 0,35$ ;  $p < 0,05$ ). В основной группе в интраабдоминальных спайках соотношение коллагена I типа к коллагену III типа составляло 2,7:5,1, который или отсутствовал (59 %) или определялись хаотичные фрагменты (48 %). Соотношение коллагена IV к коллагену I типа — 6,5:2,9. В обеих группах было умеренное (++) количество TGF- $\beta$ . Положительная реакция была в фибробластах и макрофагах в основной группе ( $U = 79,00$ ,  $p = 0,006$ ). Статистически значимые значения отмечались для VEGF в сравниваемых группах ( $r_s = 0,632$ ,  $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Таким образом, проведенное исследование показало особенности морфологических различий у детей с дисплазией соединительной ткани, что диктует необходимость индивидуального подхода в прогнозировании спаечной болезни.

**Ключевые слова:** дети; спаечная болезнь; морфология спаек; ДСТ.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Тома Д.А., Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Анисимова А.С.,  
Баранов Д.А., Бакаева Н.С.

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

**Обоснование.** Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении деструктивных пневмоний у детей (ДП) в последние годы, сохраняется еще летальность и хронизация воспалительного процесса, особенно у больных раннего возраста.

**Цель:** усовершенствовать диагностику и комплексное лечение деструктивных пневмоний у детей.

**Материалы и методы.** В клинике хирургии детского возраста ВГМУ им. Н.Н. Бурденко и областной детской больнице Белгорода с 2013 по 2022 г. под наблюдением и лечением находилось 307 детей с острыми гнойными деструктивными пневмониями. Нами установлено, что среди всех госпитализированных детей с пневмониями в педиатрические стационары Воронежа и Белгорода у 6,3 % были диагностированы легочные и легочно-плевральные осложнения. Среди возбудителей ДП у детей, лечившихся с 2013 по 2018 г. высеивались из плевральной полости, трахеи, бронхов *Streptococcus viridans* (18,62 %), *Staphylococcus aureus* (25,49 %), в том числе в 12,5 % случаев MRSA положительные штаммы *Staphylococcus haemolyticus* (15,69 %), *Streptococcus pneumoniae* и *Pseudomonas aeruginosa* (по 6,86 %). В 7,84 % случаев имелась ассоциация с грибами рода *Candida*. У пациентов, госпитализированных с 2019 по 2022 г. нами отмечено изменение микрофлоры возбудителей ДП. При этом основным этиологическим фактором развития деструктивных пневмоний является микст-инфекция *Ps.aeruginosa* + *Mycoplasma* + *Ch.pneumoniae* — 42 %, *Str.pyogenes* + грибы 12 %; моноинфекция: *Ps.aeruginosa* — 24,7 %, *Str.viridans* — 17,8 %, *Mycoplasma* — 3,5 %. По осложнениям ДП были разделены на три группы: I группа — стадия лобита/инфильтрации — 79 детей; II группа с плевральными осложнениями — 80 и III группа с легочными осложнениями — 43 пациента. Для изучения нарушений центральной гемодинамики всем поступившим в хирургический стационар аппаратом Кардиокод определяли ударный объем (УО), минутный объем кровообращения (МОК), раннюю диастолу ( $V_{p.d.}$ ), систолу предсердий ( $V_{c.p.}$ ), тонус восходящей аорты ( $V_{т.а.}$ ), сократительную способность миокарда (быстрое и медленное изгнание).

**Результаты.** Двустороннее поражение легких имели 45 % детей, правостороннее — 38 %, левостороннее — 17 %. При поступлении у больных ДП отмечалось снижение ударного объема на 10–15 %, показатели ранней диастолы (указывают на венозный возврат) были значительно снижены от нормы (75–85 %), что указывало на ранний признак снижения ОЦК. Кроме того, у пациентов параметры систолы предсердий превышали норму на 10–20 %, а объем быстрого изгнания снижен на 70–80 % от нормы. Отмечалось увеличение показателя тонуса восходящей части аорты. Эти нарушения показателей ЦГ особенно выявлялись у детей с абсцессами легких и пиопневмотораксами. Лечебные мероприятия у детей с ДП включали в себя пункции, дренирование плевральной полости, санацию путем торако- и бронхоскопии с использованием антибактериальных препаратов широкого спектра действия.

### Заключение:

1. В последние годы отмечается изменение возбудителей ДП с превалированием в 54 % микст-инфекции.
2. Нарушения параметров ЦГ зависят от стадии течения заболевания. Наиболее значительно они страдают в стадии легочных и легочно-плевральных осложнений.

3. В группу риска развития ДП следует включить детей на амбулаторном лечении.
4. Неотъемлемой частью организации эффективного лечения является тесное сотрудничество детского хирурга и участкового педиатра.

**Ключевые слова:** деструктивная пневмония; ранняя диагностика; Кардиокод; лечение.

## АНАТОМИЧЕСКИЕ СЕГМЕНТАРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Топилин О.Г.<sup>1</sup>, Пикин О.В.<sup>1</sup>, Выдыш С.В.<sup>1</sup> Манукян С.Р.<sup>1</sup>,  
Айрапетян М.И.<sup>3</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

**Обоснование.** Анатомическая сегментэктомия легкого впервые была описана при доброкачественном новообразовании легкого в 1939 г., позже такие операции стали выполняться при раке легких у взрослых, вытесняя к настоящему времени традиционную лобэктомию. Развитие и доступность лучевых методов диагностики, используемых для скрининга патологических процессов в легких, позволяет выявить на ранних стадиях новообразования небольших размеров, а также пороки развития легочной ткани с бессимптомным течением. По литературным данным, анатомическая сегментэктомия имеет ряд неоспоримых преимуществ перед лобэктимией. В единичных публикациях, у детей сегментарные резекции легких описаны при кистозно-аденоматозных мальформациях и секвестрациях легкого.

**Цель:** оптимизация хирургической тактики лечения у детей с врожденными пороками развития и новообразованиями легких.

**Материалы и методы.** С 2018 по 2022 г. в ГБУЗ МДГКБ ДЗМ выполнено 16 анатомических сегментэктомий у детей в возрасте от 6 месяцев до 16 лет. Из них 6 детей оперированы по поводу врожденных пороков развития легкого, 10 детей — с новообразованиями легких различной локализации.

**Результаты.** Одиннадцать оперативных пособий выполнено эндохирургическим доступом, в том числе 4 VATS-вмешательств. Время операции в среднем составило 140 мин. Интероперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде двоим детям с пневмотораксом понадобилось продленное дренирование плевральной полости. У всех детей удалось добиться хороших ближайших и отдаленных результатов. У пациентов, оперированных по поводу новообразований легких, при сроках наблюдения от 1 года до 3 лет рецидивов не выявлено.

**Заключение.** Таким образом, анатомическая резекция легкого, как альтернатива лобэктимии, в тех случаях, когда поражение локализовано в сегменте(ах) может быть оптимальным методом лечения и обеспечить полную резекцию очага поражения, сохранив здоровую легочную ткань.

**Ключевые слова:** анатомическая сегментэктомия; резекция легкого; дети; пороки развития легкого; опухоли легкого.

## ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОБШИРНЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ ЦЕРВИКО-ТОРАКАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Топилин О.Г.<sup>1</sup>, Рябов А.Б.<sup>1</sup>, Пикин О.В.<sup>1</sup>, Манукян С.Р.<sup>1</sup>, Айрапетян М.И.<sup>3</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

**Обоснование.** До настоящего времени актуальным и дискуссионным остается вопрос хирургической коррекции обширных лимфатических мальформаций сложной топографо-анатомической локализации, захватывающих несколько зон. При оперативном лечении образований такой сложной анатомической локализации используются различные хирургические доступы, такие как торакотомия, стернотомия, торакоскопия, в том числе и комбинированные доступы. В последние годы при коррекции крупнокистозных форм области лица и шеи с успехом используют склеротерапию, эффективность которой составляет 76–97 % по данным различных зарубежных исследователей. Большое количество осложнений и рецидивов, отмеченных разными авторами при хирургической коррекции таких мальформаций, диктует необходимость поиска оптимальных методов лечения и дифференцированного подхода к выбору хирургического доступа.

**Цель:** улучшение результатов лечения детей с обширными лимфатическими мальформациями цервико-торакальной локализации путем дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики.

**Материалы и методы.** С 2008 г. в ГБУЗ «Морозовской ДГКБ» ДЗМ коллективом авторов было успешно пролечено 22 пациента с обширными лимфатическими мальформациями шейно-цервикальной локализации.

Патологический процесс был локализован в верхнем средостении у 14 детей (из них 9 с цервикальной порцией), в переднем средостении — 5, в центральном средостении — 1, и в 2 клинических случаях образование занимало оба гемиторакса.

**Результаты.** Выбор метода лечения и применяемый хирургический доступ определялся локализацией, топографо-анатомическими особенностями и прогнозируемыми осложнениями. Было выполнено: склеротерапия блеомицином — 2, боковая торакотомия — 2, торакотомия (L-образным доступом) — 5, торакоскопия — 5 (из них у 3 пациентов интраоперационно клипирован лимфатический проток), торакоскопия и цервикотомия — 5, и срединная стернотомия — 3 пациентам.

**Заключение.** Дифференцированный подход при выборе метода лечения и хирургического доступа с учетом локализации и топографо-анатомических особенностей лимфатических мальформаций, позволил значительно уменьшить количество осложнений, избежать рецидивов и улучшить эффективность лечения детей с обширными лимфатическими мальформациями шейномедиастенальной локализации. В настоящее время коллектив отделения торакальной хирургии ГБУЗ «Морозовской ДГКБ» занимается оптимизацией и разработкой методов лечения обширных лимфовенозных мальформаций цервикоторакальной локализации у детей различной возрастной категории.

**Ключевые слова:** лимфатические мальформации; дети; склерозирование.

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРОФЕРЕЗА ГЕЛЯ, СОДЕРЖАЩЕГО ГЕПАРИН И ЦЕПАЛИН, В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ СО ЗРЕЛЫМИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМИ РУБЦАМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ

Федоров А.К.<sup>1,2</sup>, Морозов Д.А.<sup>1</sup>, Ромашин М.А.<sup>2</sup>, Гусева Н.Б.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

**Обоснование.** Зрелые рубцы после оперированных спинномозговых грыж пояснично-крестцового отдела ухудшают качество жизни детей вследствие уменьшения объема движений, неудовлетворенности своим внешним видом и как следствие социальной дезадаптации, что делает терапию по их коррекции весьма важной проблемой.

**Цель:** оценить клиническую эффективность местного применения геля, содержащего гепарин и цепапин, методом лазерного фореа в сочетании с аппликационным методом в лечении зрелых послеоперационных рубцов.

**Материалы и методы.** В исследование включались дети, у которых с момента операции по поводу спинномозговой грыжи пояснично-крестцового отдела прошло не менее 1 года. Проводилась оценка аддитивного эффекта применения геля, содержащего гепарин и цепапин путем фореа низкоинтенсивным лазерным излучением (780–785 нм, 90 мВт) и аппликационным нанесением на область рубца. Проводился курс из 7 физиотерапевтических процедур в сочетании со вторым нанесением геля в вечернее время. После выписки детям продолжался курс аппликационной терапии гелем 2 раза в сутки до трех месяцев с момента начала терапии. Выполнялся клинический осмотр и фиксация состояния рубца при каждом осмотре. Состояние рубца оценивалось по шкале оценки рубцовой деформации в динамике (CDS) по следующим параметрам: пигментация рубца, васкуляризация, эластичность и его высота в процессе лечения. Осмотры проводились одним и тем же врачом на 7, 14, 30 и 90-е сутки терапии.

**Результаты.** Пролечено 10 детей в возрасте от 3 до 18 лет. По окончании трехмесячной терапии у 7 из 10 пациентов отмечалось снижение пигментации, улучшение васкуляризации, повышение эластичности и снижение высоты рубца. У 1 ребенка отмечалось только снижение пигментации рубца и у 2 детей терапия не принесла эффекта. Также результатом терапии стало, субъективно отмечаемое детьми, увеличение объема движений пояснично-крестцовой области.

**Заключение.** Результаты позволяют предположить, что терапия зрелых рубцов гелем, содержащим гепарин и цепапин, при помощи сочетания лазерного фореа и аппликационного метода представляется перспективной, улучшающей качество жизни детей, оперированных по поводу спинномозговых грыж пояснично-крестцового отдела.

**Ключевые слова:** зрелые рубцы; лазерный фореа; спинномозговая грыжа; гепарин; цепапин.

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРОФОРЕЗА ГЕЛЯ КОНТРАКТУБЕКС В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ СО ЗРЕЛЫМИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМИ РУБЦАМИ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ

Федоров А.К.<sup>1-3</sup>, Морозов Д.А.<sup>1,3</sup>, Ромашин М.А.<sup>1,2</sup>, Гусева Н.Б.<sup>1,2</sup>, Джерибальди О.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Актуальность.** Пороки развития нервной трубки с частотой наблюдения 0,5–8 случаев на 1000 живорожденных являются одними из наиболее встречающихся пороков развития нервной системы. Несмотря на быстрый прогресс фетальной хирургии, все еще преобладают классические оперативные вмешательства, приводящие к обширным рубцовым изменениям кожи поясницы с тенденцией к их гипертрофии.

**Цель:** оценить клиническую эффективность местного применения геля Контрактубекс методом лазерного фореаза в лечении зрелых гипертрофических послеоперационных рубцов поясничной области после оперативной коррекции спинномозговых грыж.

**Материалы и методы.** С 2023 г. на хирургических базах Института Вельтищева организовано пилотное рандомизированное контролируемое исследование по оценке эффективности местной терапии гелем Контрактубекс в лечении послеоперационных рубцов поясничной области. Дети, отобранные в исследование согласно критериям включения, с помощью блоковой рандомизации были разделены на две группы. В основной группе проводилась оценка эффективности и безопасности фореаза геля Контрактубекс низкоинтенсивным лазерным излучением: 4 детям выполнен курс из 7 процедур аппаратом «Лазмик». После выписки детям данной группы был проведен курс аппликационной терапии гелем Контрактубекс 2 раза в сутки до 6 мес. с момента начала терапии. Утром выполнялось аппликационное нанесение, вечером — окклюзионная повязка. В контрольной группе из 5 детей проводилось динамическое наблюдение и обследование с фиксацией естественных изменений гипертрофических рубцов. Состояние рубцов во всех группах оценивалось с применением шкалы оценки рубцовой деформации в динамике научного коллектива профессора, д-ра мед. наук С.В. Минаева — CDS (СтГМУ).

**Результаты.** За пилотный период проекта пролечено и обследовано 9 детей. Группы статистически равнозначны по основным клиническим характеристикам — возрасту, полу, степени тяжести оперированных спинномозговых грыж, площади гипертрофических рубцов, времени, прошедшего с момента выполнения оперативного вмешательства. В основной и контрольной группе стартовая интегральная оценка рубцового процесса составила  $0,59 \pm 0,12$  и  $0,63 \pm 0,11$ , соответственно  $p = 0,78$ . В контрольной точке исследования интегральная оценка рубцовой деформации гипертрофическими рубцами составила  $0,29 \pm 0,05$  для основной группы и  $0,55 \pm 0,12$  для контрольной группы с  $p = 0,02$ . За время проведения исследования аллергических или негативных реакций на применение геля Контрактубекс отмечено не было, жалоб со стороны детей и родителей на проводимое лечение не зафиксировано.

**Заключение.** В условиях проведения пилотного этапа рандомизированного контролируемого исследования на базах Института Вельтищева в отношении эффективности лазерофореза геля Контрактубекс выявлено, что местная терапия данным препаратом эффективна и безопасна в отношении снижения выраженности зрелых рубцово-гипертрофических изменений кожи после оперативной коррекции спинномозговых грыж. Начата основная фаза исследования.

**Ключевые слова:** спинномозговая грыжа; рубцовая деформация; зрелые рубцы; гипертрофические рубцы; противорубцовая терапия; дети.



## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕЛЯ КОНТРАКТУБЕКС В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ НЕЗРЕЛЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ

Федоров А.К.<sup>1-3</sup>, Морозов Д.А.<sup>1,3</sup>, Трусов А.В.<sup>2</sup>, Шальчинова Е.В.<sup>2</sup>, Цапкин А.Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

**Актуальность.** Объем плановой оперативной помощи детям в масштабах России огромен, на этом фоне частота проактивных рекомендаций оперирующих детских хирургов в отношении послеоперационной профилактики патологического рубцевания остается крайне низкой.

**Цель:** оценить клиническую эффективность местного применения геля Контрактубекс методом аппликационного нанесения в профилактике развития и лечении патологических незрелых рубцов после плановых оперативных вмешательств.

**Материалы и методы.** С 2023 г. на хирургических базах Института Вельтищева проводится пилотное рандомизированное контролируемое исследование по оценке эффективности местной терапии гелем Контрактубекс в профилактике и лечении патологического рубцевания послеоперационных ран при плановых операциях. После выполнения плановых оперативных вмешательств на органах брюшной полости, грудной клетки и шеи в контролируемую госпитализацию дети, отобранные в исследование согласно критериям включения, с помощью блоковой рандомизации были разделены на две группы. В основной группе проводилась оценка эффективности и безопасности аппликационного нанесения геля «Контрактубекс» на область послеоперационных рубцов, сразу после снятия швов, 2 раза в сутки на протяжении 6 месяцев: 16 детям выполнен полный курс лечения. В контрольной группе из 14 детей проводилось динамическое наблюдение и обследование с фиксацией естественных изменений послеоперационных рубцов. Состояние рубцов во всех группах оценивалось с применением шкалы оценки рубцовой деформации в динамике научного коллектива профессора, д-ра мед. наук С.В. Минаева — CDS (СтГМУ).

**Результаты.** За пилотный период проекта пролечено и обследовано 30 детей. Группы статистически равнозначны по основным клиническим характеристикам — возрасту, полу, степени сложности выполненных оперативных вмешательств, протяженности послеоперационного рубца, времени, прошедшего с момента выполнения оперативного вмешательства. В основной и контрольной группе стартовая интегральная оценка рубцового процесса составила  $0,21 \pm 0,04$  и  $0,23 \pm 0,07$ , соответственно  $p = 0,08$ . В контрольной точке исследования интегральная оценка динамики рубцового процесса составила  $0,19 \pm 0,04$  для основной группы и  $0,41 \pm 0,11$  для контрольной группы,  $p = 0,021$ . За пилотный период осложнений при применении геля Контрактубекс отмечено не было, отрицательных отзывов от пациентов и их законных представителей не поступало.

**Заключение.** В условиях проведения пилотного этапа рандомизированного контролируемого исследования на базах Института Вельтищева в отношении эффективности геля Контрактубекс в профилактике развития и лечении патологических незрелых послеоперационных рубцов выявлено, что местная терапия данным препаратом эффективна и безопасна в отношении снижения выраженности незрелых рубцово-гипертрофических изменений кожи после плановых оперативных вмешательств. Исследование продолжено.

**Ключевые слова:** плановые оперативные вмешательства; незрелые рубцы; противорубцовая терапия.

## ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ «ПИЛОНИДАЛЬНАЯ КИСТА» — ПРОИЗОШЛА ЛИ СМЕНА ПАРАДИГМЫ?

Федоров А.К.<sup>1–3</sup>, Морозов Д.А.<sup>1,3</sup>, Тарасова Д.С.<sup>2,3</sup>, Лузганова В.С.<sup>3</sup>, Савельева Ю.В.<sup>3</sup>,  
Елин Л.М.<sup>4</sup>, Пыхтеев Д.А.<sup>4</sup>, Прокофьев М.В.<sup>4</sup>, Маккаева З.М.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия;

<sup>4</sup> Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

**Актуальность.** Растущая вариабельность методов лечения пилонидальной болезни, достаточно распространенного заболевания в основном подростков и молодых людей мужского пола, ярко выделяется на фоне достоверно не установленной этиологии данного заболевания.

**Цель:** оценка эффекта образовательного проблемного проекта с освещением современных аспектов этиопатогенеза пилонидальной болезни на динамику смены подходов к оперативному лечению данного заболевания в стационарных условиях.

**Материалы и методы.** С 2017 г. на хирургических базах НИКИ ПДХ им. Ю.Е. Вельтищева (2017–2023), ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского (2017–2023), МОНКИ им. М.Ф. Владимирского (1999–2023), проводятся локальные и открытые образовательные дискуссионно-информационные мероприятия образовательного проекта «Пилонидальная киста». Проведен ретроспективный анализ историй болезни оперированных детей в период с 1999 по 2023 г. с частотным анализом типов выполнявшихся оперативных пособий. Выполнено продольное исследование с анкетированием врачей-хирургов в отношении их информированности о современных аспектах заболевания, теоретической и практической эффективности выполняемых ими операций.

**Результаты.** С 1999 г. по май 2023 г. в указанных отделениях прооперировано 322 ребенка с пилонидальной болезнью. Превалировавшей методикой оперативного лечения до 2017 г. безальтернативно являлось полное иссечение пилонидальной кисты со срединным ушиванием раны. После начала развития информационно-образовательной программы с 2017 г. постепенно отмечен переход к мини-инвазивным оперативным вмешательствам (до 31 % плановых операций в 2022 г.) с параллельным началом выполнения асимметричных пластических операций при рецидивных и осложненных случаях (до 30 % плановых операций в 2021 г.). При этом, по данным анкетирования, остается низким уровень информированности врачей о том, в связи с чем данные операции стали популярны и являются более эффективным инструментом менеджмента заболевания в сравнении с классической операцией — до 67 % респондентов дают ответ о врожденном характере пилонидальной болезни.

**Заключение.** Необходимо продолжить проведение научно-доказательных исследований заболеваний группы «малой колопроктологии», в частности пилонидальной болезни, в отношении уточнения соотношения врожденных и приобретенных факторов этиопатогенеза, регулярно проводить образовательно-информационные мероприятия с научно доказательным обсуждением и сравнением эффективности методик оперативного лечения с целью улучшения качества медицинской помощи данной группе пациентов.

**Ключевые слова:** пилонидальная болезнь; киста копчика; эпителиальный копчиковый ход; дети.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПРОСТЫХ КИСТАХ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Федорова Е.В.<sup>1,2</sup>, Поддубный И.В.<sup>1,2</sup>, Толстов К.Н.<sup>1</sup>, Сытьков В.В.<sup>1,2</sup>, Петрова М.Г.<sup>2</sup>,  
Раншаков А.С.<sup>1,2</sup>, Магер А.О.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, Москва, Россия

**Обоснование.** Выбор оптимального способа лечения простых кист почек у детей остается актуальной проблемой в связи с большим количеством предложенных хирургических методик и достаточно противоречивыми данными о результатах их применения.

**Цель:** оценить результаты применения методик лапароскопической резекции при простых кистах почки на основании ретроспективного анализа историй болезни 246 педиатрических пациентов, оперированных в нашей клинике за 20-летний период с 2003 по 2022 г.

**Материалы и методы.** Из 246 прооперированных детей мальчиков было 142 (57,7 %), девочек — 104 (42,3 %). Возраст детей от 1 до 17 лет. Обязательный комплекс обследования включал УЗИ почек, экскреторную урографию, КТ почек с контрастным усилением. У всех детей было подтверждено наличие непаразитарных кист почек диаметром от 3 до 15 см: 3–5 см — 125 детей (50,8 %), 6–10 см — 106 (43,1 %), более 10 см — 15 (6,1 %). У всех детей было исключено наличие сообщения с собирательной системой почки. Кисты верхнего сегмента выявлены у 98 больных (39,8 %), среднего — у 50 (20,3 %), нижнего — у 69 (28 %), парапелльвикальное расположение — у 29 детей (11,8 %).

Показанием к операции являлось наличие простых кист диаметром более 3 см.

Всем детям была выполнена лапароскопическая операция, этапами которой являлось: установка трех троакаров, мобилизация сегмента почки с кистой или, при необходимости, всей почки, четкая визуализация кисты, пункция кисты с аспирацией содержимого и проведением интраоперационной склеротерапии, максимально широкое иссечение стенки кисты по границе с паренхимой почки (биполярная коагуляция, Ligaure, ультразвуковые ножницы), тщательная обработка-абляция остающейся выстилки кисты с применением биполярной коагуляции и/или аргоноплазменной коагуляции, при необходимости — тампонирование остаточной полости гемостатическим материалом, паранефральной клетчаткой. При наличии показаний — у 48 детей (19,5 %) — проводились симультанные лапароскопические операции по поводу имеющейся сопутствующей патологии (необлитерированный вагинальный отросток брюшины, доброкачественные кисты придатков матки, дивертикул Меккеля и др.).

**Результаты.** Длительность операции составляла от 35 до 80 мин. Интраоперационных осложнений и случаев конверсии не было. Значимых послеоперационных осложнений, также как и случаев рецидива кист почки, не было. У 4 детей (1,6 %) через 2 года после операции при УЗИ отмечалось наличие остаточной полости диаметром не более 1 см, без тенденции к росту, не потребовавшее каких-либо лечебных манипуляций.

### Выводы:

- тщательное дооперационное обследование является основным условием выбора правильной хирургической тактики при кистозных образованиях почек;
- лапароскопическая методика является универсальным способом радикального лечения детей любого возраста с простыми кистами почек, вне зависимости от их размеров (более 3 см) и локализации;
- тщательное выполнение всех необходимых этапов лапароскопической операции позволяет получить отличные функциональные и косметические результаты, избежать интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также рецидивов заболевания.

**Ключевые слова:** киста почки; дети; лапароскопическое лечение.

## ТЕХНИЧЕСКИ СЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДВУСТОРОННЕГО СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ

Фельдман Л.Д., Сухов М.Н., Серков И.И., Лывина И.П., Закуев Р.И.,  
Налеев А.А., Лапцевич А.А., Донюш Е.К.

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

**Обоснование.** Тактика хирургического лечения стенозов почечных артерий (ПА) зависит от протяженности, степени сужения, сопутствующей патологии и возраста ребенка. При непротяженных стенозах, незатрагивающих устье ПА, оптимальным методом лечения является эндоваскулярная баллонная ангиопластика. Однако в случае протяженных, приустьевых стенозов ПА проведение малоинвазивной эндоваскулярной коррекции технически невозможно. В этом случае основным хирургическим методом лечения является пластика (при необходимости протезирование), реимплантация ПА. При определении окончательной хирургической тактики необходимо учитывать предполагаемое время интраоперационной тепловой ишемии почки для оценки риска острого почечного повреждения паренхимы и как следствие риска развития почечной недостаточности в отдаленном периоде. Техническая сложность реконструкции протяженных приустьевых стенозов ПА, особенно у детей младшего возраста, потенциально увеличивает время формирования сосудистого анастомоза и следовательно время тепловой ишемии почки, в связи с чем требует особого подхода при выборе хирургической тактики.

**Клинический случай.** Мальчик, 2,5 г., с вазоренальной гипертензией. По результатам дообследования выявлены двусторонние критические стенозы ПА. По данным статической нефросцинтиграфии: снижение индекса интегрального захвата правой почки до 36 (норма 46–70). По данным КТ-ангиографии, аортографии: правая ПА не визуализируется на протяжении 11 мм, далее стенозирована до 2,3 мм до ворот почки, левая ПА — сужение до 3 мм, левая почка с дополнительным коллатеральным кровоснабжением. Принято решение использовать разную хирургическую тактику для правой и левой почек. Оценивая техническую сложность оперативного вмешательства, критическую длительность ожидаемой тепловой ишемии правой почки, принято решение о проведении экстракорпорального протезирования правой ПА в условиях фармако-холодовой ишемии с последующей ортотопической аутотрансплантацией. Пластика левой ПА выполнена в условиях тепловой ишемии.

В раннем послеоперационном периоде у ребенка отмечается нормализация уровня мочевины, цистатина С, нормализован диурез, достигнута нормотензия. По Эхо-КГ подтверждено уменьшение гипертрофии миокарда. По результатам обследования через 4 мес.: статическая нефросцинтиграфия — индекс интегрального захвата справа 50, слева 56 (норма 46–70). УЗДГ — скоростные и резистивные характеристики на всех уровнях ПА с обеих сторон не изменены. Эхо-КГ — данных о гипертрофии миокарда нет.

**Заключение.** Экстракорпоральный метод позволяет достичь не только технического удобства при наложении анастомоза на сосудах малого диаметра, но и способствует снижению рисков острого почечного повреждения, сохранение максимального объема функционирующей паренхимы. Ортотопическая аутотрансплантация позволяет исключить дополнительный доступ к подвздошным сосудам, что уменьшает травматичность операции и оставляет интактными подвздошные сосуды на случай необходимости трансплантации почки при развитии почечной недостаточности в отдаленном периоде.

**Ключевые слова:** реноваскулярная гипертензия; стеноз почечных артерий; ортотопическая аутотрансплантация почки; реимплантация почечной артерии; фармако-холодовая ишемия; дети.

## МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СКОПЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

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

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

**Обоснование.** Острый панкреатит — одна из наиболее сложных и актуальных проблем детской хирургии. Это подтверждается сохраняющейся тенденцией к увеличению деструктивных форм, составляющих от 20 до 40 % от всех случаев острого панкреатита у детей.

**Цель:** оптимизация хирургической тактики лечения больных детей с парапанкреатическими скоплениями с применением миниинвазивных вмешательств.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 67 детей с острым панкреатитом с парапанкреатическими скоплениями за период 2000–2022 гг. получавших лечение в детском хирургическом отделении ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского. Половой состав: мальчики — 35, девочки — 32. Возраст больных был от 2 лет до 17 лет, при этом когорта от 8 лет до 17 лет составила 48 (71 %) детей. Среди парапанкреатических скоплений выделяли: острое жидкостное скопление у 30 (44,7 %) детей, псевдокисту — у 16 (23,8 %) детей, острое некротическое скопление — у 21 (31,3 %) ребенка. Причиной острого панкреатита были перенесенная травма у 28 (41,7 %) детей, идиопатический панкреатит — у 27 (40,3 %) детей, в 6 (8,9 %) случаях — холедохолитиаз, редкими причинами были инфекционная, ятрогенная, медикаментозная травма. До перевода в МОНКИ оперативные вмешательства перенесли 47 (70 %) детей, при этом в подавляющем большинстве случаев осуществлялась лапаротомия, и лишь в 8 случаях это было лапароскопическое дренирование. Размеры парапанкреатических скоплений варьировали от 3 до 17 см. Показаниями к хирургическому лечению считали размер скопления >5 см, признаки сдавления, инфицирования, панкреатическую гипертензию.

**Результаты.** Лечение с использованием лапароскопического дренирования парапанкреатических скоплений выполнено у 18 (26 %) детей. Чрескожное дренирование под УЗИ-навигацией оказалось эффективным у 10 (14 %) пациентов. У всех детей после чрескожного дренирования и консервативной терапии кистозные образования регрессировали. Летальных исходов не было. У 39 (58 %) детей жидкостные скопления не потребовали хирургического вмешательства и регрессировали на фоне проведения консервативной терапии.

**Заключение.** Тактика лечения перипанкреатических жидкостных скоплений, возникших на фоне ОП, у детей должна быть выжидательной, так как большая их часть разрешается без хирургического вмешательства. При неэффективности консервативной терапии и размере жидкостного скопления >5 см высоко эффективны мини-инвазивные методы лечения.

**Ключевые слова:** острый панкреатит; дети; жидкостные скопления.

# РЕЗУЛЬТАТЫ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПАЦИЕНТОВ С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ПИЩЕВОДА В УСЛОВИЯХ АМУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 10 ЛЕТ

Фоминский А.А., Белоус Р.А., Смирнова Н.Е., Степаненко Е.А., Недид С.Н.

Амурская областная детская клиническая больница, Благовещенск, Россия

**Обоснование.** За 10 лет в ГАУЗ АО АОДКБ прошли лечение 159 пациентов с инородным телом пищевода. Трое поступали с данной патологией неоднократно. Троице пациентам требовалось наблюдение и лечение в условиях ПРИТ РАО ввиду наличия осложнений: язвенно-эрозивный эзофагит, химический ожог пищевода, дивертикул пищевода, двусторонний эндобронхит, острый ларинготрахеит. Частота возникновения данной патологии и вероятность возникновения выше указанных осложнений послужило причиной для проведения статистического анализа.

**Цель:** статистический анализ пациентов и определение факторов возникновения осложнений данного заболевания.

**Материалы и методы.** Для оценки была взята выборка из 159 пациентов, которые проходили лечение по поводу инородного тела пищевода.

**Результаты.** За 10 лет в ДХО ГАУЗ АО АОДКБ прошло лечение по поводу инородного тела пищевода 159 пациентов в возрасте от 7 месяцев до 17 лет. Соотношение по полу М : Ж — 1,5 : 1. Преимущественно (25,4 %) заболеванию подвержены дети в возрасте 1 год. Максимальное число пациентов составило: 21 человек — за 2016 г., 22 человека — за 2021 г., 25 человек — за 2022 г. К чаще выявляемым инородным телам относятся:

- 1) монеты — 119 человек (73 %);
- 2) батарейки — 17 человек (10,4 %);
- 3) пластиковые детали — 7 человек (4,3 %).

Время с момента начала заболевания до первичного обращения составило от 10 мин до 8 мес. Самыми частыми клиническими проявлениями были:

- 1) сialорей — 71 человек (43,6 %);
- 2) дисфагия — 29 человек (17,8 %);
- 3) рвота — 26 человек (16 %).

У 42 пациентов (25,8 %) отмечалось отсутствие клинической картины на момент осмотра. Всем пациентам было выполнено ФГДС. Самой частой локализацией инородного тела была верхняя треть пищевода — 114 человек (70 %). У 7 пациентов инородное тело мигрировало в желудок во время ФГДС, удалено. Длительность госпитализации составила: мин. — 1 день, макс. — 22 дня. Самыми частыми осложнениями являлись: эрозивный эзофагит — 44 пациента (27 %), дивертикул пищевода — 3 пациента (1,8 %), острый бронхит — 3 пациента (1,8 %). У 2 пациентов (1,2 %) — был выявлен химический ожог пищевода. У 1 пациента выявлен химический ожог желудка.

**Заключение.** Из статистической оценки выявлено, что:

- 1) данная патология характерна для пациентов раннего детского возраста;
- 2) имеется тенденция к росту заболеваемости;
- 3) у четверти пациентов может полностью отсутствовать клиническая картина;
- 4) длительное пребывание инородного тела пищевода является фактором возникновения осложнений. Однако время поступления в учреждение разнится ввиду:
  - необходимости транспортировки пациентов из районов области в центральное областное учреждение из-за отсутствия специалистов и технического оснащения;
  - длительного лечения амбулаторно под наблюдением педиатра из-за ошибочно выставленного диагноза ОРВИ;

5) длительность госпитализации пациентов различается ввиду: необходимости терапии осложнений; необходимости соблюдения требований страховых организаций по срокам выполнения страхового случая, вследствие чего увеличивается средний койко-день в стационаре. Заключением является необходимость проведения просветительной работы с родителями и врачами амбулаторного звена для снижения частоты появления данной патологии и возникновения осложнений, подготовка специализированных кадров и обеспечение технического оснащения районов области, работа со страховыми компаниями для определения обоснованных сроков госпитализации пациента.

**Ключевые слова:** инородное тело; пищевод; эрозивный эзофагит; химический ожог пищевода; дивертикул пищевода; дети.

## МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ НЕФРОПЕКСИИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Фролкова К.Р.<sup>1,2</sup>, Тен Ю.В.<sup>1,2</sup>, Росляков Н.С.<sup>1</sup>, Игнатенко В.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия;

<sup>2</sup> Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

**Обоснование.** Проблема нефроптоза у детей остается одной из самых актуальных в современной урологии, так как осложненные случаи нефроптоза резко ухудшают качество жизни детей. Основным методом лечения нефроптоза и его осложнений является оперативное вмешательство. Все существующие на сегодняшний день способы эндохирургической коррекции нефроптоза практически по всем техническим моментам дублируют «открытые» способы нефропексии. При этом остаются значимыми недостатками этих методов. Многие распространенные способы нефропексии не учитывают в полной мере фактора роста и особенности детского организма.

Изложенные данные определяют актуальность поиска нового, обоснованного патогенетически способа нефропексии, исключающего существующие недостатки.

Нами предлагается эффективный способ оперативного лечения нефроптоза у детей.

Нефропексия обеспечивается фиксацией почки не за счет фиброзной капсулы, а проведением мышечных лоскутов *m.psoas* через тоннели в жировой капсуле почек в области их нижних полюсов. В результате чего наблюдается сращение как по задней, так и по боковым поверхностям почки, что обеспечивает надежную функциональную стабилизацию органа, благодаря погружению нижнего отдела почки в мышечное ложе в виде «корзины».

**Цель:** охарактеризовать авторский способ нефропексии у детей с патологически подвижной почкой.

**Материалы и методы.** Произведен ретроспективный анализ 136 историй болезни детей в возрасте от 13 до 17 лет, страдающих нефроптозом, которым была выполнена нефропексия. Всего было произведено 139 нефропексий, так как у 3 (2 %) пациентов был двухсторонний нефроптоз. Все пациенты с нефроптозом были разделены на две группы: I группа ( $n = 64$ ) — пациенты, нефропексия которым производилась методикой по Ривуару в модификации Пытеля – Лопаткина (группа сравнения); II группа ( $n = 72$ ) — пациенты, прооперированные по модифицированной методике нефропексии (основная группа). Большинство пациентов были женского пола — 118 (87 %), мужского — 18 (13 %). Пациенты в основной группе и в группе сравнения сопоставимы по полу ( $p > 0,05$ ) и возрасту ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Всего произведено 139 нефропексий. У 3 больных нефроптоз был двусторонний. В качестве фиксирующего аппарата использовалась *m. ileopsoas* с созданием ложа по оригинальной методике. Всего указанным способом проведено 72 операций; рецидивов заболевания не выявлено. Классическим способом Лопаткина — Пытеля оперировано 64 ребенка, был 2 рецидива.

Использование оригинального метода оперативного лечения нефроптоза позволяет сократить сроки восстановления качества жизни больных нефроптозом за счет ранней активизации, на фоне неосложненного послеоперационного периода.

**Заключение.** Хирургическое лечение при ряде определенных клинических проявлений нефроптоза является эффективным радикальным методом лечения данной патологии у детей. Нефропексия с применением в качестве фиксирующего аппарата *m. ileopsoas* с созданием ложа по оригинальной методике при нефроптозе у детей позволяет снизить риск развития рецидива заболевания и избежать осложнений, связанных с фиксацией за счет фиброзной капсулы почки.

**Ключевые слова:** нефроптоз; нефропексия; патологическая подвижность почки.



# АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ТАЗОВОГО ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА У ДЕТЕЙ

Хабибуллина Л.Р., Щербакова О.В., Разумовский А.Ю.

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

**Обоснование.** Колпроктэктомия с формированием тазового тонкокишечного резервуара (ТТР) и резервуарным анастомозом является операцией выбора у детей с язвенным колитом (ЯК), аденоматозным полипозным синдромом. Отношение к этой операции среди отечественных детских хирургов неоднозначное.

**Цель:** провести метаанализ литературы, сравнивающий осложнения и исходы после операции по поводу формирования ТТР у взрослых и детей и проанализировать собственный опыт подобных операций.

**Материалы и методы.** В метаанализ включено 4 исследования, анализирующих осложнения и функциональные результаты после проведенных ТТР у 1752 пациентов (1579 взрослых, 173 ребенка). Проведен анализ собственного опыта формирования ТТР в хирургическом отделении с 2019 по 2023 г. Проанализированы возраст, пол пациентов, предоперационный диагноз, операционные доступы (лапароскопические или открытые операции), способы выполнения резервуароанальных анастомозов (ручной или аппаратный), а также ранние и поздние послеоперационные осложнения. Анализ данных проведен с использованием пакета статистических программ GraphPad Prism, версия 9.3.1 (GraphPad Software). Описание количественных показателей выполнено с указанием медианы (25-й; 75-й процентиля). По количественным показателям группы сравнивали с использованием критерия Манна – Уитни, по категориальным — точного критерия Фишера. Различия групп признавали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Метаанализ показал, что достоверных различий в частоте ранних и поздних послеоперационных осложнений у детей и взрослых нет, однако детский возраст оказался независимым фактором развития стеноза резервуарного анастомоза. В тоже время выполнение ТТР у детей было сопряжено с лучшими функциональными результатами.

В наше исследование включено 27 пациентов (18 пациентов с аденоматозным полипозным синдромом, 6 детей с язвенным колитом, 2 пациента с тотальным аганглиозом толстой кишки, 1 — с синдромом ювенильного полипоза). Медиана возраста на момент формирования резервуара составила 15 (10–17) лет. Лапароскопические вмешательства выполнены у 12 детей, открытым способом оперированы 15 больных. Пациентам с полипозными синдромами чаще формировали ручной резервуароанальный анастомоз (18), при формировании резервуарного анастомоза пациентам с ЯК и тотальным аганглиозом предпочтение отдавалось аппаратному способу (9).

Ранние послеоперационные осложнения, требующие хирургического вмешательства встретились у 2 (7 %) пациентов, в связи с развитием острой задержки мочи (1) и несостоятельность резервуарного анастомоза (1). Поздние осложнения, в виде спаечной непроходимости, встретились у 2 (8 %) пациентов, им потребовалось проведение операции. В нашем исследовании стеноз резервуарного анастомоза выявлен у 7 (26 %) человек, который успешно устранен однократным бужированием. Медиана наблюдения за пациентами после закрытия превентивной стомы составила 6 (4–9) мес. Медиана частоты стула в течение суток составила 4 (3–6).

**Заключение.** Операции по формированию ТТР у детей набирают популярность не только за рубежом, но и в нашей стране. Имеющиеся исследования демонстрируют, что частота осложнений после выполнения ТТР у детей не выше, чем у взрослых, с лучшими функциональными результатами.

**Ключевые слова:** тазовый тонкокишечный резервуар; язвенный колит; аденоматозный полипозный синдром.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С УДВОЕНИЕМ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА В СОСТАВЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Халафов Р.В.<sup>1,2</sup>, Мокрушина О.Г.<sup>1,2</sup>, Шумихин В.С.<sup>1,2</sup>, Нагорная Ю.В.<sup>1-3</sup>, Левитская М.В.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия

**Цель:** демонстрация клинического наблюдения ребенка женского пола с удвоением органов малого таза в составе множественных пороков развития.

**Описание наблюдения.** В Детской городской клинической больнице им. Н.Ф. Филатова (ДГКБ им. Н.Ф. Филатова) находился на обследовании и лечении ребенок женского пола с удвоением толстой кишки, атрезиями ануса с ректоперинеальной фистулой, удвоением влагалища, удвоением мочевого пузыря и уретры, атрезией двенадцатиперстной кишки. Ребенок от 3-й беременности, протекала на фоне многоводия, роды в 33–34 нед. Оценка по шкале Апгар 4/76. После рождения выявлено две фистулы в области ануса. С 1-х суток начато энтеральное кормление, к 3-м суткам кормилась по 15,0 мл. Был самостоятельный стул. В возрасте 3 суток в связи с развитием признаков кишечной непроходимости (вздутие живота, застойное отделяемое из желудка) ребенок снят с кормления. При обследовании желудочно-кишечного тракта с контрастом выявлено, что пассаж контрастного вещества резко замедлен, задерживается в желудке на длительный срок. По данным ирригографии выявлено удвоение прямой кишки. По месту жительства выполнена ревизия брюшной полости, разделение эмбриональных спаек, резекция кистозного удвоения части тонкой кишки, дренирование брюшной полости. Интраоперационно выявлено удвоение дистальных отделов тонкой и всей толстой кишки. Для дальнейшего обследования и лечения ребенок переведен в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова. При осмотре промежности у ребенка визуализировались две кишечные фистулы немного выше должностоящего расположения ануса, два входа во влагалище и две уретры. После подтверждения дуоденальной непроходимости выполнено наложение дуодено-дуоденоанастомоза, выведение илеостомы. Ребенок выписан на медицинскую паузу. По достижении 5 кг ребенок госпитализирован повторно с целью оперативного вмешательства на промежности, выполнена аноректопластика с созданием единой прямой кишки, рассечение влагалищной перегородки. Послеоперационный период гладкий, выписана на медицинскую паузу. При следующей госпитализацией ребенку выполнено объединение удвоенной толстой кишки сшивающим аппаратом на протяжении. Ребенок проходил курс бужирования неануса. По достижении 12 бужа и контрольной ирригографии ребенку выполнено закрытие илеостомы.

**Заключение.** Представлен редкий клинический случай сочетанных множественных пороков развития с удвоением органов малого таза. Данное клиническое наблюдение говорит о необходимости этапной коррекции данного порока развития, наличии большого опыта лечения детей с аноректальными и урологическими пороками развития, что позволяет достичь успешного результата.

**Ключевые слова:** аноректальная мальформация; удвоение толстой кишки; удвоение влагалища.

## ПОВТОРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ КОРРЕКЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж.<sup>1</sup>, Рахмонов Д.Б.<sup>2</sup>, Хамроев У.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан;

<sup>2</sup> Самаркандский областной детский медицинский многопрофильный центр, Самарканд, Узбекистан;

<sup>3</sup> Республиканский перинатальный центр, Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** После первичной хирургической коррекции аноректальной мальформации (АРМ) на фоне ее осложнений возникает послеоперационная недостаточность анального сфинктера (ПНАС) у 10–60 % детей. Неудовлетворительные результаты повторной хирургической коррекции (ПХК) при лечении ПНАС у детей, вызывают необходимость интенсивного поиска эффективных методов диагностики, тактики и методов хирургического лечения.

**Цель:** улучшение результатов ПХК у больных ПНАС путем изучения причин возникновения осложнений, оптимизации тактики, интра- и послеоперационных мер профилактики.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 102 больных ПНАС за последние 17 лет, после первичной хирургической коррекции АРМ на базах кафедры детской хирургии ТашПМИ, СамГосМИ. ПХК произведена в виде: ППП — у 46,5 % пациентам; БППП — у 25,8 %; ПСПП — у 17,2 %; ЗСПП — у 10,3 %. Больные по поводу ПНАС оперированы: двукратно — 58,6 %; трехкратно — 29,3 % и четырехкратно и более — 12 %. Пациенты были распределены на 2 группы. Первая (основная) группа (55 больных) — получившие перед каждой повторной операцией реабилитационное лечение по разработанной тактике. Вторая (контрольная) группа (47 больных) — перед повторной операцией не получившие реабилитационное лечение по традиционной тактике.

**Результаты.** При повторно-реконструктивных операциях (ПРО) придерживались следующих тактических и технических приемов: по возможности обходиться без лапаротомии, минимальной диссекцией тканей с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации; точно вывести прямую кишку через центр удерживающего мышечного комплекса; восстанавливать физиологический аноректальный угол; сохранять внутренний анальный сфинктер. ПРО выполнялись в более сложных условиях, чем первичные, и с меньшими возможностями выбора оперативного метода, что усугублялось наличием грубых рубцовых изменений тканей промежности. Результаты ПРО показали, что чем больше кратность операций, тем больше тенденции к рубцеванию и стриктуры ануса.

**Заключение.** Для улучшения результатов повторных операций на аноректальной зоне у детей, эффективным является перед каждой корректирующей операцией проведение местного лечения, улучшающее кровоснабжение и противорубцовую терапию.

**Ключевые слова:** первичная хирургическая коррекция; повторно-реконструктивные операции; минимальная диссекция; аноректальная зона; реабилитационное лечение.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГЕМОРРОЕМ

Хамраев А.Ж.<sup>1</sup>, Эминов Р.И.<sup>2</sup>, Рахмонов Д.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан;

<sup>2</sup> Самаркандский областной детский медицинский многопрофильный центр, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Геморрой не является редким проктологическим заболеванием у детей и относительно часто встречается в дошкольном возрасте. Причины развития, особенности клинического течения в детском возрасте мало изучены.

**Цель:** улучшить результаты лечения геморроя у детей, путем изучения особенностей клинического течения и оптимизации диагностики.

**Материалы и методы.** На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) за последние 10 лет на стационарном и амбулаторном лечении находился 71 больной 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 %).

**Результаты.** При клиническом изучении, основной причиной геморроя у детей явились: упорные запоры — у 39,1 %; усиленная диарея с частыми позывами — у 21,7 %; длительное сидение и натуживания — у 13 %; напряжения в спорте — у 13 %; заболевания легких (усиленный, непрерывный кашель) — у 6,5 %; напряженное мочеиспускание — у 6,5 % и др.

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 1,2,3 узлов — у 41 (57,7 %) и подушках (слияние узлов) — у 30 (42,3 %) пациентов. Количество ГУ: с одним — у 39 (55 %) ; с двумя — у 15 (21 %); с тремя — у 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 %).

**Заключение.** Геморрой у детей часто встречается в дошкольном возрасте с отсутствием кровотечения и выпячивания геморроидальных узлов, часто имеет транзиторный характер. Детям с геморроем до 3 лет более эффективным является консервативное лечение.

**Ключевые слова:** геморрой; запор; геморроидальные узлы; наружная форма.

## ТАКТИКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОВТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж.<sup>1</sup>, Рахмонов Д.Р.<sup>1</sup>, Ахмедов И.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан;

<sup>2</sup> Самаркандский областной детский медицинский многопрофильный центр, Самарканд, Узбекистан

**Актуальность.** Проблемы послеоперационных осложнений аноректальных мальформаций (АРМ) у детей и адекватные повторные реконструктивные операции остаются нерешенной проблемой в детской колопроктологии. Послеоперационные осложнения при хирургической коррекции АРМ зависят от показания, выбора оперативной тактики, эффективности метода первичной коррекции, наличия сопутствующих врожденных патологий соседних органов и профессионализма хирурга.

**Цель:** улучшение результатов хирургической коррекции АРМ путем изучения причин возникновения осложнений, оптимизации тактики, интра- и послеоперационных мер профилактики у детей.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 58 больных за последние 11 лет с функциональным нарушением заднего прохода после первичной хирургической коррекции АРМ. Среди них 27 (46,5 %) пациентам была произведена повторная промежностная проктопластика, 15 (25,8 %) — брюшно-промежностная проктопластика, 10 (17,2 %) — переднесагиттальная проктопластика, 6 (10,3 %) — заднесагиттальная проктопластика. Больные были оперированы: двукратно — 34 (58,6 %), трехкратно — 17 (29,3 %) и четырехкратно и более — 7 (12 %). Всем пациентам проводились общефизикальные, лабораторные и специальные методы исследования. Больные распределялись на 2 группы. Первая группа (33 больных) — получившие перед каждой повторной операцией реабилитационное лечение. Вторая группа (25 больных) — перед повторной операцией не получившие реабилитационное лечение.

**Результаты.** При тщательном изучении историй болезни, выписки и анамнеза больных, нами было выявлено, что неудачность первичной хирургической коррекции АРМ и ее осложнения развивались на почве диагностических (39 %), тактических и технических (61 %) ошибок. Диагностические ошибки — неправильное определение высоты атрезии, не диагностирование свищей уретры, первичной неточной идентификации верификации 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 и др.

**Заключение.** Таким образом, для улучшения результатов повторных — реконструктивных операций на аноректальной зоне рекомендуется проведение местного реабилитационного лечения перед каждым этапом аноректопластики.

**Ключевые слова:** аноректальная мальформация; хирургическая коррекция; проктопластика; повторные реконструктивные операции; сфинктер.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Хворостов И.Н.<sup>1,2</sup>, Гурзо Ю.Д.<sup>1</sup>, Теновская Н.В.<sup>1</sup>, Козлов М.Ю.<sup>1</sup>, Мордвин П.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

**Обоснование.** У детей, нуждающихся в паллиативной помощи, нутритивная недостаточность негативно влияет на нервно-психическое развитие, рост и функционирование внутренних органов, сокращая продолжительность жизни, вследствие развития тяжелых осложнений.

**Цель:** определить безопасность и эффективность хирургических методов обеспечения нутритивной поддержки у паллиативных пациентов.

**Материалы и методы.** В период 2020–2022 гг. у 50 пациентов с паллиативным статусом с тяжелой дисфагией и нутритивной недостаточностью одновременно с фундопликацией по Ниссену накладывали гастростому ( $n = 15$ ; 30 %), во всех остальных случаях ( $n = 35$ ; 82 %) нутритивная поддержка обеспечивалась установкой низкопрофильной балонной гастростомы (HALYARD Kimberly-Clark MIC-KEY G Feeding Tubes). Предоперационная эндоскопия, рентгеноскопия пищевода с контрастированием выполнена всем пациентам. Средний возраст пациентов на момент операции составил 2,2 года. Показанием для фундопликации считали сохраняющийся ГЭРБ, несмотря на курсы медикаментозной антирефлюксной терапии, сохраняющуюся эндоскопическую картину рефлюкс-эзофагита III–IV степени на фоне неоднократных курсов терапии; осложнения ГЭРБ (повторяющиеся эпизоды апноэ, брадикардии, кровотечения, стриктуры, пищевод Барретта, рецидивирующая аспирация); сочетание ГЭРБ со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы; тяжелый ГЭР в сочетании с задержкой психомоторного развития.

**Результаты.** Во всех случаях фундопликация выполнена лапароскопическим методом по технологии Nuss без конверсий на лапаротомию и дополнена хиатопластикой. Послеоперационных осложнений не отмечено. Продолжительность наблюдения после операций составила в среднем 1,2 года. Контроль симптомов ГЭР был достигнут у 96 % пациентов. От осложнений основного заболевания, не связанных с операциями по обеспечению нутритивной поддержки, умерло 4 больных.

**Заключение.** Таким образом, выбор способа обеспечения нутритивной поддержки у паллиативных пациентов требует дифференцированного подхода к выбору технологии вмешательства. Лапароскопическая гастростомия с фундопликацией — относительно безопасная и высокоэффективная процедура купирования осложнений ГЭРБ у паллиативных пациентов.

**Ключевые слова:** паллиативные пациенты; гастростомия; фундопликация.

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ L-АСПАРАГИНАЗА-ИНДУЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Хворостов И.Н.<sup>1,2</sup>, Куркин А.П.<sup>1</sup>, Мордвин П.А.<sup>1</sup>, Козлов М.Ю.<sup>1</sup>,  
Кумерова Э.В.<sup>1</sup>, Быстрова А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

**Обоснование.** Острый панкреатит является тяжелым осложнением у детей с острым лимфобластным лейкозом, получающих лечение L-аспарагиназой. Частота L-аспарагиназа-индуцированного панкреатита достигает 2–16 %, однако указывается, что хирургическое лечение данного осложнения требуется в редких случаях.

**Цель:** определить необходимость и эффективность хирургического лечения L-аспарагиназа-индуцированного панкреатита у детей с острым лимфобластным лейкозом.

**Материалы и методы.** В центре амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ наблюдается 320 детей с острым лимфобластным лейкозом, получающих L-аспарагиназу. За последние 2 года нами зафиксировано 3 случая L-аспарагиназа-индуцированного панкреанекроза, что составило 0,9 % всех случаев. Диагноз устанавливали по данным клинико-лабораторного обследования, данных компьютерной томографии и физикального осмотра. Оценку тяжести панкреатита проводили на основании общепризнанных критериев (Atlanta).

**Результаты.** Двум пациентам проводилось дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, лечение в условиях ОРИТ, с целью купирования органной недостаточности и стабилизации состояния (купирование делирия, расстройств гемодинамики, дыхательной деятельности и др.). У одного ребенка в связи с тяжелым течением панкреанекроза, потребовавших лапаротомии, спленэктомии, секвестрэктомии и осложнений основного заболевания, зафиксирован летальный исход. У всех больных в исходе острого панкреатита фиксировались тромботические осложнения (тромбоз селезеночной вены, ветвей портальной вены), потребовавшие длительного консервативного лечения. Формирование постнекротических псевдокист поджелудочной железы у выживших пациентов за время наблюдения не отмечено.

**Заключение.** Таким образом, наблюдения демонстрируют потенциально фатальные последствия L-аспарагиназа-индуцированного панкреатита, что требует ранней диагностики с соответствующим хирургическим вмешательством.

**Ключевые слова:** L-аспарагиназа-индуцированный панкреатит; острый лимфобластный лейкоз; панкреанекроз; дети.

# КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Цыганок В.Н.<sup>1</sup>, Грамзин А.В.<sup>1,2</sup>, Койнов Ю.Ю.<sup>1</sup>,  
Павлушин П.М.<sup>1,2</sup>, Кривошеенко Н.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия;

<sup>2</sup> Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

**Обоснование.** Недоношенные новорожденные дети — крайне сложная когорта пациентов, которая в связи со своей анатомической и функциональной незрелостью скомпрометирована на развитие такой грозной хирургической патологии, как некротический энтероколит (НЭК). Характерных клинических различий между инвагинацией кишечника, деструктивным аппендицитом, дивертикулитом Меккеля и некротическим энтероколитом у недоношенных новорожденных нет, что, по большей части, создает трудности в своевременной постановке диагноза. Представляем наши клинические наблюдения.

**Описание наблюдений.** В первом клиническом наблюдении у недоношенного ребенка с наличием первоначального синдрома утечки воздуха (пневмоторакс и пневмоперитонеум) интраоперационно был установлен диагноз дивертикулита Меккеля с перфорацией без перитонита. Во втором случае у ребенка с массой тела 1160 г на 21-е сутки жизни выявлена тонко-тонкокишечная инвагинация.

В третьем клиническом наблюдении — новорожденный с мембраной двенадцатиперстной кишки, у которого на 5-е сутки жизни выполнено иссечение мембраны. На 11-е сутки послеоперационного периода клиника перфорации полого органа брюшной полости. На операции обнаружен деструктивный аппендицит. У всех пациентов наступило клиническое выздоровление.

**Обсуждение.** В процессе лечения таких пациентов в дифференциальном ряду диагностики, как правило, не учитываются такие патологии, как дивертикулит Меккеля, деструктивный аппендицит и инвагинация кишечника, которые являются очень редкими в практике детского хирурга у этой категории детей. По настоящее время дивертикулит Меккеля остается сложной диагностической проблемой, и в литературе имеются лишь единичные описания предоперационной ультразвуковой диагностики. Редкость и трудность диагностики большей частью не позволяет своевременно установить диагноз. В основном острая абдоминальная патология у недоношенного новорожденного протекает под маской некротического энтероколита, и, в случае отсутствия признаков перфорации кишечника, проводится консервативная терапия. Принимая во внимание то, что некротический энтероколит относится к одной из распространенных хирургических патологий у недоношенных детей, достижения в области выхаживания этой группы младенцев в последнее время привели к повышению выживаемости всех недоношенных, включая детей с редкой хирургической патологией, которую мы наблюдали. Применение ультразвукового исследования как раннего метода диагностики позволяет на ранних сроках заподозрить данную ситуацию, что клиническая практика может непосредственно отразиться на прогнозе. Однако сонография у данной категории детей требует определенного навыка и опыта. В связи с этим во время осмотра детским хирургом недоношенного ребенка с подозрением на абдоминальную хирургическую патологию он должен помнить о редких клинических вариантах и совместно с УЗИ-специалистом более детально осмотреть органы брюшной полости.

**Заключение.** Таким образом, учитывая отсутствие специфических клинических и рентгенологических признаков инвагинации кишечника, острого аппендицита и дивертикулита у недоношенных



детей, наиболее часто развитие острой абдоминальной патологии трактуется как некротизирующий энтероколит, который не всегда требует активной хирургической тактики. Тем не менее проблема своевременной диагностики представленных клинических случаев существует и по настоящее время, что требует более настороженного подхода к таким детям как со стороны узких специалистов, так и со стороны диагностических служб.

**Ключевые слова:** дивертикулит Меккеля; инвагинация; аппендицит; недоношенный новорожденный; синдром утечки воздуха.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Черников Р.А.<sup>1</sup>, Слепцов И.В.<sup>1</sup>, Горская Н.А.<sup>1</sup>, Семенов А.А.<sup>1</sup>,  
Макарьин В.А.<sup>1</sup>, Младенович М.<sup>1</sup>, Кияев А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, Россия;

<sup>2</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** Папиллярный рак щитовидной железы (ПРЦЖ) является самой распространенной эндокринной опухолью у детей и составляет 2–10 % всех детских карцином. Однако ПРЦЖ у детей неоднороден и заметно отличается в группах препубертатного и пубертатного возраста. У детей препубертатного возраста ПРЦЖ протекает более агрессивно, чаще наблюдается экстратиреоидное распространение, регионарные метастазы и метастазы в легкие.

**Цель:** выделить некоторые клиничко-морфологические особенности в отдельных возрастных группах детей, больных ПРЦЖ.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 225 детей с папиллярной карциномой, которые были прооперированы в Клинике высоких медицинских технологий СПбГУ в 2010–2021 гг. Пациенты были разделены на две группы: препубертатного возраста (до 12 лет) и пубертатного возраста (старше 12 лет). В каждой группе пациенты были стратифицированы в три группы риска рецидива (низкого, промежуточного и высокого) в соответствии с критериями рекомендаций по лечению дифференцированного рака американского тиреологического общества (2015) и общества детских хирургов (2021), в соответствии с группами риска пациенты получали лечение.

**Результаты.** В первой группе оказалось 32 ребенка (6 мальчиков и 26 девочек), средний размер первичной опухоли 23 мм. Во второй группе было 193 ребенка (58 мальчиков и 135 девочек), средний размер первичной опухоли в этой группе 15 мм. Среди детей до 12 лет к группе низкого риска относилось 5 детей (18 %), к группе промежуточного риска — 7 (25 %), к группе высокого риска — 16 (57 %). У детей более старшего возраста в группе низкого риска было 118 детей (61 %), в группе промежуточного риска — 43 (22 %), а в группе высокого риска — 32 ребенка (17 %). У детей препубертатного возраста чаще выполнялась тиреоидэктомия с различными видами лимфодиссекций с последующей радиоiodотерапией (28 детей из 32). У детей старше 12 лет — органосохранные операции выполнялись существенно чаще, чем у пациентов первой группы (72 пациента из 193).

**Заключение.** ПРЦЖ у детей препубертатного возраста отличается большей агрессивностью, проявлениями которой являются: больший размер первичной опухоли, более частые регионарные и отдаленные метастазы опухоли. Поэтому дети препубертатного возраста чаще подвергаются тиреоидэктомии с лимфодиссекцией с последующей радиоiodотерапией.

**Ключевые слова:** папиллярный рак щитовидной железы у детей; эндокринные опухоли; тиреоидэктомия.

## ДИСФУНКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ И ОСТРОМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТАХ У ДЕТЕЙ

Чичерев Е.А.<sup>1,2</sup>, Барова Н.К.<sup>1,2</sup>, Тараканов В.А.<sup>1</sup>, Надгериев В.М.<sup>1</sup>, Стрюковский А.Е.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия;

<sup>2</sup> Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Россия

**Обоснование.** Остеомиелит (ОМ) — одна из наиболее распространенных и трудно поддающихся лечению костных инфекций в детском возрасте. ОМ в 80 % вызван *S.aureus*, который обладает высокой вирулентностью, механизмами, способствующими толерантности к лечению антибиотиками и уклонению от иммунного ответа. Немаловажным условием распространения и элиминации инфекционного процесса в кости, возникновения ортопедических последствий разной тяжести являются дисфункции иммунной системы (ИС). Выявление дефектов функционирования ИС при развитии острого остеомиелита позволит разработать патогенетически обоснованную иммунотерапию.

**Цель:** уточнить варианты нарушений противобактериальной иммунной защиты у детей с острым гематогенным и острым посттравматическим остеомиелитом.

**Материалы и методы.** В исследование включены дети 8–15 лет ( $n = 22$ ) с острым ОМ: группа исследования 1 (ГИ1) — 12 пациентов с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО); группа исследования 2 (ГИ2) — 10 детей с острым посттравматическим остеомиелитом (ОПО). Группу сравнения (ГС) составили 13 здоровых детей соответствующего возраста. Тестировали содержание Т-лимфоцитов ( $CD3^+CD19^-$ ,  $CD3^+CD4^+$ ,  $CD3^+CD8^+$ ,  $CD3^+CD4^+/CD3^+CD8^+$ ), В-лимфоцитов ( $CD3^-CD19^+$ ), НК ( $CD3^-CD16^+CD56^+$ ) и ТНК ( $CD3^+CD16^+CD56^+$ ) лимфоцитов, CD16, CD32, CD64 рецепторы на нейтрофильных гранулоцитах (НГ) (Cytomics FC-500; конъюгаты МКАТ, «Beckman Coulter», США). Определяли уровень сывороточных IgA, IgM, IgG (ИФА). Оценивали фагоцитарную функцию НГ по отношению к *S.aureus* (штамм № 209): количество активно фагоцитирующих НГ (%ФАН), процессы захвата (ФЧ, ФИ) и киллинговую активность (%П, ИП).

**Результаты.** В исследуемых группах ОГО и ОПО выявлены общие дисфункции клеточного звена ИС: снижение количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов, ТСТЛ-лимфоцитов и НК-клеток ( $p_{1-4} < 0,05$ ) на фоне неменяющегося содержания В-лимфоцитов ( $p > 0,05$ ). Установлено, что при ОГО уровень IgA, IgM, IgG не отличался от показателей ГС, тогда как при ОПО отмечалось повышение уровня IgA и IgG ( $p_{1,2} < 0,05$ ). Показано, в исследуемых группах с ОГО и ОПО плотность экспрессии рецепторов CD64, CD16, CD32 на НГ демонстрирует разную оснащенность, предопределяющую несостоятельность фагоцитарной функции. Дефекты фагоцитоза, при ОГО в первую очередь, связаны нарушениями функций захвата НГ и киллингом бактериального антигена, а при ОПО только с процессами завершения фагоцитарного акта.

**Заключение.** Выявленные комбинированные дефекты функционирования ИС диктуют необходимость разработки новых подходов в лечении ОГО и ОПО у детей, патогенетически обосновывающих использование иммуностропных препаратов в комплексном этиопатогенетическом лечении данной патологии. Такой подход будет способствовать восстановлению нарушенных механизмов противоинфекционного иммунитета и, как следствие, своевременной элиминации патогенов, улучшению клинического течения заболеваний, а также препятствовать хронизации воспалительного процесса и усугублению дисфункции ИС.

**Ключевые слова:** острый гематогенный остеомиелит; посттравматический остеомиелит; дети; иммунная система; дисфункции.

## ДООПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ

Шангареева Р.Х.<sup>1,2</sup>, Демина А.В.<sup>2</sup>, Нигаметьянов Р.А.<sup>2</sup>, Алибаев А.К.<sup>2</sup>, Попов К.М.<sup>2</sup>,  
Ковалева В.Д.<sup>2</sup>, Мамбетова А.И.<sup>2</sup>, Шарафутдинов А.В.<sup>2</sup>, Хисамутдинов Р.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия;

<sup>2</sup> Городская детская клиническая больница № 17, Уфа, Россия

**Обоснование.** Несмотря на достаточную изученность самой частой хирургической патологии острого аппендицита, остается высокими количество дооперационных осложнений.

**Цель:** анализ причин, влияющих на развитие дооперационных осложнений при остром аппендиците.

**Материалы и методы.** Нами анализированы результаты лечения 839 детей с острым аппендицитом за период 2019 по 2022 гг. в ГДКБ № 17 Уфы. Из них 208 (24,8 %) детей поступили в стационар в стадии осложнений: 76 (36,5 %) пациентов с диагнозом гангренозный аппендицит, 96 (46,2 %) — с перитонитом, 36 (17,3 %) — с периаппендикулярным инфильтратом и абсцессом. Через 1 сутки от начала заболевания поступили 128 детей, через 2 суток — 33 ребенка, через 3 суток — 21 ребенок, через 5 суток и более — 26 детей.

**Результаты.** Основным фактором позднего поступления в хирургический стационар у 173 (83,2 %) пациентов являлась поздняя обращаемость, связанная самостоятельным консервативным лечением и игнорированием пациентами симптомов заболевания. При наличии у ребенка боли в животе, нередко, родители, прибегая к интернету, пытаются сами определить ее причину. Избегая осмотра врача самостоятельно дают обезболивающие и антибактериальные препараты, что приводит к временному снижению воспаления и незначительному улучшению состояния ребенка. На увеличение количества поздних обращений также повлияла эпидемия коронавирусной инфекции, в «доковидном» периоде количество детей, поступивших в стационар с аппендицитом в стадии осложнений на 5 % меньше, чем в «постковидном». У 35 (16,8 %) детей с осложненным аппендицитом позднее поступление было связано с диагностическими ошибками медицинских работников: врачами скорой медицинской помощи — 9; педиатрами — 8; врачом скорой помощи + педиатром — 4; детскими хирургами — 8; педиатром + хирургом — 6 случаев.

Повторные санации брюшной полости потребовались 38 (18,3 %) пациентам, поступившим в стационар в стадии осложнений. Всем детям с осложненным аппендицитом проведена реабилитационная противовоспалительная терапия.

**Заключение.** Основной причиной дооперационных осложнений острого аппендицита является поздняя обращаемость за медицинской помощью. Исследования показали, что за последние годы отмечается рост данного показателя, что обуславливает необходимость регулярного проведения санитарно-просветительских работ среди населения.

**Ключевые слова:** острый аппендицит; дооперационные осложнения; дети.

## ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ

Шахбанов Р.Р., Шишкин И.А., Ефременков А.М.,  
Киргизов И.В., Зыкин А.П.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации,  
Москва, Россия

**Актуальность.** В настоящее время результаты лечения ЭКХ (эпителиально-копчиковый ход) у детей остаются не всегда удовлетворительными. Это обусловлено длительным послеоперационным периодом и рецидивами заболевания, возникающими в 10–40 % случаев.

**Цель:** сравнить результаты оперативного лечения ЭКХ у детей по различным методикам.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное наблюдательное исследование с 2015 по 2020 г. у 49 пациентов. Возраст составил от 12 до 18 ( $15,3 \pm 0,4$ ) лет девочек, мальчиков. У всех в анамнезе была клиника воспаления. Оперативное лечение проводилось планомерно в периоде ремиссии. Дети распределены на 2 группы, в зависимости от метода оперативного лечения: 1-я группа — 21, 2-я группа — 28. Всем проведено УЗИ исследование, фистулография (31), МРТ крестцово-копчиковой области (18), КТ крестцово-копчиковой области с контрастированием свищевого хода (7). Детям 1-й группы с предварительным контрастированием свищевых ходов метиленовым синим проведено иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей с ушиванием раны наглухо по Донати. Во 2-й группе так же с предварительным контрастированием свищевых ходов метиленовым синим проведено иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей с подшиванием краев раны ко дну узловыми швами в шахматном порядке. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и распространенности поражения. В 1-й группе: швы 2 пациентам были сняты на 10-е сутки, 19 — на 14-е сутки. Во 2-й группе: швы 2 детям были сняты на 10-е сутки, 23 — на 14-е сутки и 3 — на 20-е сутки. У всех операции проводились под эндотрахеальным наркозом, в положении на животе, задним сагиттальным доступом. Перевязки проводились ежедневно после опорожнения кишечника. Послеоперационная рана обрабатывалась раствором пероксида водорода 3 % и раствором хлоргексидина 0,05 %, после накладывалась полуспиртовая повязка с мазью Левомеколь. Во 2-й группе дети утром перед перевязкой ежедневно принимали гигиенический душ. Контрольный осмотр осуществлен через 1 год с оценкой результатов лечения и возможных рецидивов.

**Результаты.** В 1-й группе у 2 детей на 10-е сутки после снятия швов отмечалось расхождение краев раны, в связи с чем дальнейшее лечение проводилось открытым способом. Заживление раны наступило на 28–30-й день путем вторичного натяжения. Остальным 19 — швы были сняты на 14-е сутки, расхождения краев раны не отмечалось, заживление раны первичным натяжением. При осмотре через 1 год выявлены рецидивы у 6 (28,6 %). Во 2-й группе у 2 детей на 10-е сутки после снятия швов отмечалось расхождение краев раны, дальнейшее лечение проводилось открытым способом. Заживление раны наступило на 28–30-й день путем вторичного натяжения. Остальным 26 — швы были сняты на 14-е сутки, расхождения краев раны не отмечалось, заживление раны первичным натяжением. У 3 пациентов во 2-й группе, которым швы были сняты на 20-е сутки, отмечался более выраженный болевой синдром и воспалительная реакция вокруг шовного материала. При осмотре через 1 год выявлены рецидивы у 2 (7,1 %).

**Заключение.** Количество рецидивов во 2-й группе у пациентов с подшиванием краев раны ко дну узловыми швами в шахматном порядке меньше, чем в 1-й группе. Раннее снятие швов на 10-е сутки нецелесообразно из-за вероятности расхождения послеоперационной раны. Позднее снятие швов, более 15 суток, также нецелесообразно в связи с более выраженным болевым синдромом и появлением воспалительной реакции вокруг шовного материала.

**Ключевые слова:** дети; детский возраст; пилонидальная киста; эпителиальный копчиковый ход; пилонидальный синус.

## ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

Швалев Ф.М.<sup>2</sup>, Цап Н.А.<sup>1</sup>, Чудаков В.Б.<sup>2</sup>, Аболина Т.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Кишечная непроходимость (КН) — одно из наиболее распространенных неотложных состояний среди недоношенных новорожденных (НН) и зачастую требует консультации хирурга в первые 3 суток жизни. До настоящего времени КН остается главной причиной, требующей экстренного хирургического вмешательства в периоде новорожденности. Может выступать как самостоятельное патологическое состояние, так и возникать как следствие общего соматического состояния. Ввиду роста выживаемости глубоко недоношенных детей, значительно увеличился процент случаев меконеального илеуса недоношенных (МИН). В ряде случаев, несвоевременная диагностика МИН может привести к грозным осложнениям, среди которых перфорация кишечника, перитонит, септический процесс и летальный исход.

В большинстве случаев клинические проявления низкой КН манифестируют к концу вторых суток жизни, прогрессирующим вздутием живота, появлением срыгиваний съеденной пищи, в динамике с примесью желчи, отсутствием эффективного стула. Однако у НН симптомы могут быть менее выраженными, а случаи не распознанной кишечной непроходимости могут ухудшать общий соматический статус, увеличивая смертность.

Золотым стандартом диагностики КН является пассаж контрастного препарата по ЖКТ. У новорожденных используется исключительно водорастворимые контрастные препараты. Высокая осмолярность способствует разжижению кишечного содержимого, стимуляции перистальтики кишечника. Описан позитивный эффект применения гастрографина (1,9 осм/кг) в лечении МИН у новорожденных. Однако гастрографин имеет много побочных действий и может привести к перфорации кишечника. В нашей клинике с целью диагностики и лечения применяется раствор Ультрависта (йопромид в дозе) 0,77 осм/кг с добавлением крахмала.

**Цель:** изучить подход к консервативному лечению с использованием водорастворимого гипертонического раствора ультрависта, определить тактику диагностики и лечения пациентов с МИН.

**Материалы и методы.** Ретроспективно изучено 54 медицинских карты недоношенных новорожденных с энтеральной недостаточностью, проходивших лечение в отделении реанимации в 2019–2022 гг.

**Результаты.** Среди проанализированных случаев преобладали дети, рожденные в сроке менее 28 недель гестации (74 %). В 41 % случаев, масса тела не превышала 750 г, 26 % — с массой 751 г до 1500 г. В большинстве случаев (65 %) осмотр хирургом проводился в первые 3 суток жизни по поводу отсутствия отхождения мекония, вздутия живота. При отсутствии эффективного стула более 48 часов назначался пассаж водорастворимого контраста Ультравист, на основе крахмала. При задержке контраста в тонком кишечнике более 36 часов проводилась «высокая» очистительная клизма под УЗИ-контролем с добавлением контраста. В 26 % на фоне консервативной терапии разрешить кишечную непроходимость не удалось. Операцией выбора являлась лапаротомия, ревизия, формирование двойной илеостомы с формированием площадки для последующего магнитного анастомоза. При ревизии отмечалось, что терминальный отдел подвздошной кишки спавшийся, не содержит каловых масс. Патологии со стороны кишечной стенки у детей с ранее

проведенным контрастным обследованием не отмечено. В одном случае отмечена перфорация кишки через 6 ч после начала пассажа у ребенка с сочетанием НЭК.

**Выводы.** Своевременное выявление КН, раннее начало диагностики и точная интерпретация рентгенологических и клинических данных, а также своевременный осмотр хирургом увеличивает шансы на консервативное разрешение непроходимости.

**Ключевые слова:** мекониальный илеус; дети; лечение; Ультравист.

# ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шнайдер И.С., Цап Н.А.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** Синдром хронического колостаза — основное клиническое проявление нейромышечной дисплазии толстой кишки и ряда других заболеваний и пороков развития желудочно-кишечного тракта. Наличие данного состояния у ребенка требует четкой дифференцировки патологии толстой кишки, начиная с детализации анамнестических данных.

**Цель:** определить особенности анамнеза у детей с врожденным пороком развития (ВПР) толстой кишки — нейромышечной дисплазией (НМД).

**Материалы и методы.** В клинике детской хирургии за 5-летний период (2017–2022) пролечено 15 детей с НМД толстой кишки, диагноз подтвержден при морфологическом исследовании. Возраст детей на момент оперативного вмешательства составлял от 7 месяцев до 15 лет, средний возраст —  $6,6 \pm 1,2$  лет. В структуре пациентов мальчики преобладали над девочками и составили 80 % (12 детей). Диагностика ВПР толстой кишки основывалась на результатах тщательного сбора жалоб и анамнеза у пациента и его родителей, данных клинического осмотра, заключениях рентгенологического и морфологического исследований.

**Результаты.** При сборе жалоб и анамнеза у всех детей отмечены длительные запоры с раннего возраста, в некоторых случаях ( $n = 8$ ; 53 %) сопровождающихся периодической ноющей, тянущей или схваткообразной болью и тяжестью в животе. Боль локализовалась в околопупочной области и по ходу толстой кишки, иррадиации пациенты не отмечали. Выявлены жалобы на вздутие живота у всех детей (100 %), снижение аппетита, периодическая тошнота ( $n = 6$ ; 40 %), рвота у детей в стадии декомпенсации ( $n = 5$ ; 33 %), снижение массы тела ( $n = 4$ ; 27 %), отрыжка воздухом ( $n = 3$ ; 20 %).

Задержка самостоятельного стула составляла от 7 до 14 дней. Во всех случаях дети состояли на диспансерном учете у гастроэнтеролога. Консервативное лечение — от 6 месяцев до 3 лет — назначение диеты, слабительных препаратов и очистительных клизм не оказывало ожидаемого воздействия. Неоднократно госпитализировались в гастроэнтерологическое отделение для обследования и лечения 8 (53 %) детей.

Декомпенсация у 5 (33 %) пациентов проявлялась клиникой кишечной непроходимости. Выявлены такие жалобы, как многократная рвота застойным содержимым, отсутствие стула и газов, в том числе после клизмы, резкое вздутие живота. Данные пациенты поступали в клинику в неотложном порядке.

Неонатальный анамнез не имел каких-либо особенностей, у 5 (33 %) детей выявлены сопутствующие ВПР мочевыделительной системы. Оперированы в периоде новорожденности 6 (40 %) детей по поводу различных пороков развития тонкой и толстой кишки, в т.ч. 2 детям выполнено хирургическое лечение ректосигмоидной формы болезни Гиршпрунга. Двоим пациентам проведена хирургическая коррекция аноректальной мальформации. Оперативные вмешательства выполнялись также по поводу низкой кишечной непроходимости в результате мекониального илеуса ( $n = 1$ ), эмбриональной грыжи в сочетании с дивертикулом Меккеля ( $n = 1$ ).

**Заключение.** Таким образом, тщательно собранный анамнез, манифестирующие жалобы на задержку стула и вздутие живота, отсутствие положительной динамики при консервативном лечении позволяют заподозрить у ребенка кишечный дисганглиоз. НМД толстой кишки не имеет



анамнестических отличий от других кишечных дисганглиозов, в том числе болезни Гиршпрунга. Данные расспроса ребенка и его родителей, клинико-рентгенологическая картина диктуют следующий шаг диагностики — полнослойную поэтажную биопсию толстой кишки.

**Ключевые слова:** нейроинтестинальная дисплазия; толстая кишка; анамнез; дети.

## ЗНАЧЕНИЕ АОРТО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ПИНЦЕТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ВАРИКОЦЕЛЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Штукина Е.В.<sup>1,2</sup>, Юсуфов А.А.<sup>1,2</sup>, Румянцева Г.Н.<sup>1,2</sup>, Карташев В.Н.<sup>1,2</sup>, Светлов В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия;

<sup>2</sup> Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

**Обоснование.** Важную роль в формировании варикоцеле имеет сдавление левой почечной вены верхней брыжеечной артерией, формируя тем самым аорто-мезентериальный пинцет (АМП). Изучена динамика скоростных показателей левой почки до и после проведенной варикоцелэктомии с перевязкой внутренней семенной вены в условиях наличия и отсутствия у пациентов АМП.

Варикоцеле приводит к обеднению кровотока в яичке, структурным изменениям, атрофии, нарушению сперматогенеза. С варикозом семенных вен связывают до 40 % бездетных браков. Однако практически не встречается работ о перестройке гемодинамики в почках, в том числе в условиях АМП при варикоцеле и после его ликвидации.

**Цель:** исследование параметров почечного кровотока без и при наличии АМП, до и после оперативного вмешательства.

**Материалы и методы.** Объектом исследования являлись 25 мальчиков в возрасте 12–17 лет, находившихся в урологическом и 1-м хирургическом отделениях ДОКБ Твери с 2019 по 2022 г., для варикоцелэктомии. Всем пациентам выполнено ультразвуковое исследование мочевыделительной системы с доплерографией почечных (ПА), сегментарных (СА), междольковых (МА), дуговых (ДА) и междольковых (МдА) артерий, до оперативного вмешательства и после, на 1-е и 6-е сутки. Для оценки гемодинамики нами были отобраны диагностические параметры: спектральные характеристики кровотока, пиковая диастолическая и систолическая скорости, индекс периферического сопротивления (RI), скоростные показатели в почечной вене, ее диаметр на уровне компрессии верхней брыжеечной артерией. Линейные скоростные показатели на этих участках. Полученные данные были обработаны стандартными статистическими методами.

**Результаты.** АМП слева был диагностирован у 17 пациентов. До операции гемодинамические показатели почек соответствовали норме. В результате работы было выявлено, что на 6-е сутки после варикоцелэктомии в данной группе у 10 пациентов скоростные показатели в ДА и МдА снизились, 4 пациента имели снижение скоростей в МдА и ПВ, у 3 пациентов отмечено незначительное снижение показателей в ПВ слева. Примечательно, что скоростные показатели в ПВ справа были повышены и составляли 28–45 см/с. У пациентов (6) без АМП выявлены незначительные изменения гемодинамических показателей.

**Заключение.** Варикоцеле — это неизолированное заболевание гроздьевидного сплетения. Проведенное оперативное вмешательство влечет за собой изменение гемодинамики не только в гонадах, но и в почках. В катамнезе после варикоцелэктомии необходимо проводить ультразвуковой мониторинг почечного кровотока и структурных изменений паренхимы почек.

**Ключевые слова:** варикоцеле; аорто-мезентериальный пинцет; патогенез; ультразвуковая диагностика; почки; дети.

## УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ И КТ-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА У ДЕТЕЙ

Юсуфов А.А., Черкасова И.А., Румянцева Г.Н.

Тверской государственной медицинской университет, Тверь, Россия

**Обоснование.** По данным различных авторов, число выявленных больных с хронической абдоминальной ишемией ежегодно увеличивается. Основным лучевым диагностическим критерием для постановки диагноза КСЧС является компрессия (>50 %) ЧС срединной дугообразной связкой. Однако в литературе крайне скудно представлена информация о КТ и ультразвуковых критериях КСЧС у детей.

**Цель:** выявить наиболее информативные ультразвуковые и КТ-ангиографические критерии диагностики компрессионного стеноза чревного ствола у детей.

**Материалы и методы.** Объектом исследования стали 17 детей в возрасте от 7 до 16 лет, находящиеся на лечении в ДОКБ Твери в 2017–2018 гг. с диагнозом: гастрит, гастродуоденит. Всем пациентам была проведена: доплерография брюшной аорты (БА) и ее основных ветвей. В ходе исследования оценивались следующие параметры: диаметр участка стеноза ЧС, пиковая систолическая скорость кровотока (ПССК) на выдохе и характер кровотока в области устья ЧС, диаметр постстенотического расширения, угол отхождения ЧС от аорты. Для подтверждения диагноза пятерым пациентам дополнительно проводилась КТ-ангиография брюшной аорты.

**Результаты.** По результатам обследования пациенты были разделены на две группы в зависимости от показателей ПССК. Первая группа — 8 пациентов с выраженным стенозом ЧС, у которых натошак ПССК на выдохе была от 250 до 300 см/с. При этом отмечалось сужение устья ЧС от 2 до 3,1 мм, размер супрастенотического расширения на КТ составил от 4,6 до 8,6 мм. У 6 пациентов из данной группы зафиксировано отхождение ЧС от БА под острым углом, при этом ЧС располагался параллельно верхней брыжеечной артерии за счет экстравазальной компрессии. У двоих пациентов отмечено отхождение ЧС под прямым углом. По результатам КТ у 5 пациентов ЧС был поджат дугообразной связкой. Диаметр устья ЧС в пределах 1,5 мм, размер постстенотического расширения — от 4 до 8,8 мм. Угол отхождения ЧС от БА — около 30 градусов. Тип кровотока у 7 пациентов — ламинарный, у 1 пациента — турбулентный. Во вторую группу вошли 7 пациентов с умеренным стенозом: скорость кровотока в устье ЧС на выдохе была в пределах 210–250 см/с. Сужение устья составило от 1,7 до 3,0 мм. Угол отхождения от БА у всех пациентов — острый. Тип кровотока — ламинарный.

**Заключение.** Объективными ультразвуковыми критериями КСЧС являются: сужение устья чревного ствола на  $2,1 \pm 0,5$  мм, повышение скорости кровотока в ЧС более 200 см/с, аномальное отхождение ЧС от аорты, наличие на КТ-ангиографии постстенотического расширения ЧС.

**Ключевые слова:** синдром Данбара; компрессионный стеноз чревного ствола; КТ-ангиография; ультразвуковая диагностика; чревный ствол; дети.

## СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ГИПЕРТЕРИОЗА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Ячная О.И., Минаев С.В., Герасименко И.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

**Обоснование.** Заболевания щитовидной железы у детей и подростков — значимая проблема, с которой приходится сталкиваться в практике, как детским хирургам, так врачам других специальностей во всех странах мира. Несмотря на успехи современной хирургии, варианты введения пациента до сих пор остаются недостаточно изученными, вопреки имеющимся международным стандартам и руководствам по диагностике и методам терапии.

**Описание клинического случая.** Пациент Д., 17 лет, поступила феврале 2021 г. в КДКБ Ставрополя с жалобами: изменчивость настроения, повышенная тревожность, осиплость голоса, проблемы со сном, увеличение массы тела, выпадение волос, снижение успеваемости в школе. Считает себя больной длительное время, после перенесенной инфекции COVID-19 состояние ухудшилось. На протяжении двух лет наблюдалась у эндокринолога, получала гормонотерапию: тирозол (в дозе 40 мг в сутки), без положительной динамики. В связи с пандемией COVID-19 пациентка отказалась от хирургического лечения. При осмотре: кожа над щитовидной железой не изменена. Область щитовидной железы увеличена (железа видна при обычном положении тела). Пальпаторно определяется увеличение боковых долей щитовидной железы. Консистенция плотно-эластичная, характер поверхности неровный. Болезненность при пальпации умеренная. Сосудистый шум над железой не выслушивается. Глазные яблоки подвижны. Экзофтальм, деформации шеи не выявлены. Симптомы Грефе, Мебиуса, Елинека, Кохера отрицательны. Анализы при поступлении в стационар: уровень Т3 общий — 3,0 нмоль/л; Т4 — 30 пмоль/л; ТТГ — 0,5 мкМЕ/мл. Выполнено оперативное лечение — тиреоидэктомия. В течение 3 мес. после выполненной операции полностью пропали явления гипертиреоза. Повысились когнитивные функции, нормализовалась масса тела, улучшилось качество сна.

**Заключение.** Ведение пациентов в подростковом возрасте необходимо совместно эндокринологом и детским хирургом. COVID-19 проявляет тропность к клеткам щитовидной железы. При прогрессировании гипертиреоза — оперативное лечение.

**Ключевые слова:** щитовидная железа; гипертиреоз; COVID-19; тиреоидэктомия.

## СОДЕРЖАНИЕ

СOLIDНО-псевдопапиллярные опухоли поджелудочной железы. Хирургическое лечение и минимально инвазивная коррекция осложнений .....	5
<i>Аванесян Р.Г., Королев М.П., Иванов А.П., Передереев С.С., Тихомиров А.И., Мовсесян Р.А.</i>	
Особенности повреждений дистального метаэпифиза костей голени у детей средней и старшей возрастных групп .....	6
<i>Адрианова А.А., Дорохин А.И., Курышев Д.А., Букчин Л.Б., Сорокин Д.С.</i>	
Дифференцированный подход к лечению детей с деструктивными пневмониями .....	7
<i>Айрапетян М.И., Морозов Д.А., Топилин О.Г., Молотов Р.С., Суходольская О.В.</i>	
Возможен ли выбор оптимального метода лечения Варикоцеле у детей? .....	8
<i>Айрян Э.К., Староверов О.В., Трусов А.В., Хватынец Н.А., Кузовлева Г.И.</i>	
Опыт лапароскопических сегментарных резекций селезенки у детей с кистами .....	9
<i>Акопян М.К., Донской Д.В., Шувалов М.Э., Вилесов А.В., Аллахвердиев И.С., Соколов Ю.Ю.</i>	
Результаты хирургического лечения аноректальных мальформаций у детей Тюменской области .....	10
<i>Аксельров М.А., Столяр А.В., Связян В.В., Евдокимов В.Н., Сергиенко Т.В., Смоленцев Г.М., Половникова А.А.</i>	
Применение Nd:YAG-лазера при лечении локальных венозных мальформаций головки полового члена у детей. Клинические наблюдения .....	11
<i>Алимов С.В., Сомсиков Г.А., Жигулин А.Е., Рудин А.Ю.</i>	
Методы лечения детей с низкотоковыми сосудистыми мальформациями на современном этапе ...	12
<i>Алимов С.В., Сомсиков Г.А., Жигулин А.Е., Ольхова Е.Б., Соколов Ю.Ю., Шахин А.В., Шолохова Н.А.</i>	
Опыт хирургического лечения детей с кистами печени и селезенки .....	14
<i>Алхасов А.Б., Савельева М.С., Комина Е.И., Ратников С.А., Романова Е.А.</i>	
Компрессионный стеноз трахеи у детей, вызванный сосудистым кольцом .....	15
<i>Алхасов А.Б., Ратников С.А., Комина Е.И., Савельева М.С., Шубин Н.В.</i>	
Торакоскопия при объемных образованиях грудной полости у детей .....	16
<i>Алхасов А.Б., Гурская А.С., Комина Е.И., Ратников С.А., Романова Е.А., Савельева М.С., Шубин Н.В.</i>	
Верификация острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей с использованием компьютерных технологий .....	17
<i>Антоненко Ф.Ф., Марухно Н.И., Иванова С.В., Жуков В.С., Кравцов Ю.А., Сичинава З.А.</i>	
Реконструктивные операции при мегауретере у детей .....	19
<i>Азмедов Ю.М., Азмедов И.Ю., Мавлянов Ф.Ш., Ибрагимов К.Н.</i>	
Клинический и сонографический скрининг тазобедренных суставов у новорожденных .....	20
<i>Бабаева Х.Б., Полухов Р.Ш.</i>	
Наш опыт лечения детей с вдавленными переломами костей черепа с использованием аутопластики при сочетанной травме .....	21
<i>Бабич И.И., Пшеничный А.А., Аванесов М.С., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р., Фокин Е.В., Фокина О.Е.</i>	
Проблема неудовлетворительных результатов лечения детей с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти .....	22
<i>Баранов Д.А., Вечеркин В.А., Птицын В.А., Коряшкин П.В., Жила Н.Г.</i>	

<b>Редкие клинические случаи повреждения трахеобронхиального дерева у детей</b> .....	<b>23</b>
<i>Барова Н.К., Григорова А.Н., Панкратов И.Д., Стрюковский А.Е., Еглев И.Х., Колесников Е.Г., Мащенко Д.Н.</i>	
<b>Анализ результатов хирургического лечения пациентов с муковисцидозом</b> .....	<b>24</b>
<i>Баязитов Р.Р., Гурская А.С., Симонова О.И., Скворцова В.А., Наковкин О.Н., Ахмедова Д.М., Сулавко М.А., Игнатова А.С., Екимовская Е.В., Клепикова А.А., Карнута И.В.</i>	
<b>Минимальноинвазивные вмешательства у детей с ложными кистами поджелудочной железы</b> .....	<b>25</b>
<i>Беляева А.В., Беляева О.А., Розинов В.М.</i>	
<b>Эффективность дифференцированной хирургической тактики в лечении детей с непаразитарными кистами селезенки</b> .....	<b>26</b>
<i>Беляева А.В., Розинов В.М., Беляева О.А.</i>	
<b>Особенности клинических проявлений у детей с тяжелыми формами синдрома короткой кишки. Персистирующая псевдообструкция кишечника</b> .....	<b>27</b>
<i>Богданов И.Ю., Караваева С.А., Котин А.Н., Попова Е.Б., Новопольцева О.Н., Патрикеева Т.В., Гопаенко М.А.</i>	
<b>Редкий случай кишечной непроходимости у ребенка 9 лет</b> .....	<b>28</b>
<i>Бочаров Р.В., Погорелко В.Г., Зыкова М.А., Коломыйцева М.А.</i>	
<b>Клинический случай объемного образования грудной полости у ребенка 11 месяцев</b> .....	<b>29</b>
<i>Бочаров Р.В., Погорелко В.Г., Махинько О.В., Коломыйцева М.А.</i>	
<b>Результаты консервативного лечения килевидной деформации грудной клетки у детей</b> .....	<b>30</b>
<i>Воробьева Е.А., Разумовский А.Ю., Дубров В.Э., Выборнов Д.Ю., Митупов З.Б., Крестьяшин И.В.</i>	
<b>Эндоскопически ассистированная пункционная гастростомия у детей в паллиативной помощи</b> .....	<b>31</b>
<i>Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Бондаренко С.Б., Валиев Р.Ю., Туров Ф.О., Врублевский А.С., Оганисян А.А., Ханов М.М., Ахметжанов И.С.</i>	
<b>Лапароскопическое замещение протяженной стриктуры мочеточника червеобразным отростком у ребенка</b> .....	<b>33</b>
<i>Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Оганисян А.А., Валиев Р.Ю., Туров Ф.О., Галкина Я.А., Ханов М.М.</i>	
<b>Кожная пластика полового члена у ребенка 7 лет после некроза головки полового члена</b> .....	<b>34</b>
<i>Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Врублевский А.С., Оганисян А.А., Валиев Р.Ю., Туров Ф.О., Галкина Я.А., Ханов М.М.</i>	
<b>Роль и место лазерной внутритканевой термотерапии в лечении детей с артериовенозными мальформациями</b> .....	<b>36</b>
<i>Галиулин М.Я., Абушкин И.А., Анчугова А.Е.</i>	
<b>Хирургическая тактика в сочетании с консервативной терапией у детей с клапанами уретры</b> .....	<b>37</b>
<i>Ганиев Ш.С., Баиров В.Г.</i>	
<b>Оптимизация хирургического лечения пациентов с последствиями ожогов плечевого и локтевого сустава у детей</b> .....	<b>38</b>
<i>Гафуров А.А., Кетмонов А.Г., Юлчиев К.С., Абдурахмонов Ф.С., Мансуров Х.А.</i>	
<b>Некротический энтероколит и мекониальный илеус недоношенных: дифференциальная диагностика и лечение</b> .....	<b>39</b>
<i>Гопаенко М.А., Караваева С.А., Котин А.Н., Попова Е.Б., Новопольцева О.Н., Патрикеева Т.В.</i>	

Профилактическая тиреоидэктомия у детей с синдромом множественной эндокринной неоплазии . . .	40
<i>Гостимский А.В., Матвеева З.С., Карпатский И.В., Передереев С.С.</i>	
Варикоцелэктомия подпаховым доступом у детей и подростков . . . . .	41
<i>Григорьева М.В., Саруханян О.О., Гасанова Э.Н., Тищенко М.К.</i>	
Применение низкотемпературной аргоновой плазмы в лечении ран у детей . . . . .	42
<i>Громова А.А., Митиш В.А., Мединский П.В., Налбандян Р.Т., Дворникова М.А.</i>	
Инородное тело сердца ребенка (клиническое наблюдение) . . . . .	43
<i>Давлятов С.Б., Рофиев Р.Р., Сулаймонов С.Ч.</i>	
Диагностика и лечение послеожоговых рубцовых стриктур пищевода у детей . . . . .	44
<i>Давлятов С.Б., Пулотов К.Дж., Рофиев Р.Р., Баходуров Дж.Т.</i>	
Хирургическая коррекция мальформации венозного гроздьевидного сплетения у мальчиков и подростков . . . . .	45
<i>Дедюхин Н.А., Комарова С.Ю., Цап Н.А., Основин П.Л., Сысоев С.Г., Аржанников А.А.</i>	
Кишечные стомы у детей . . . . .	46
<i>Дженалаев Б.К., Досмагамбетов С.П., Тусупкалиев А.Б., Баубекоев Ж.Т., Есеналина А.С., Бегунова И.А., Изимбет К., Табылды К.</i>	
Редкое клиническое наблюдение девочки 14 лет с первичной забрюшинной цистаденомой . . . . .	47
<i>Дзядчик А.В., Стоногин С.В., Сангаре К.Д., Соколов Ю.Ю., Коровин С.А., Гумарова С.Р., Манаenkova А.Д., Юдина Т.М., Афонин Д.В., Таширова Е.А., Имаралиев К.А.</i>	
Крестцово-копчиковая тератома у детей . . . . .	48
<i>Дияров Н.А., Хуррамов Ф.М., Ахмедов Х.Н.</i>	
Дисплазия связочного аппарата внутренних гениталий как причина перекрута придатков матки у детей: клинические наблюдения . . . . .	49
<i>Донской Д.В., Сангаре К.Д., Вилесов А.В., Ахматов Р.А., Соколов Ю.Ю.</i>	
Резекционные операции при паровариальных кистах у детей . . . . .	50
<i>Донской Д.В., Сангаре К.Д., Вилесов А.В., Ахматов Р.А., Соколов Ю.Ю.</i>	
Наблюдение гигантской осложненной паровариальной кисты у ребенка 14 лет . . . . .	51
<i>Донской Д.В., Сангаре К.Д., Вилесов А.В., Ахматов Р.А., Соколов Ю.Ю.</i>	
Опыт диагностики, консервативного и хирургического лечения новорожденных с мекониевым илеусом в федеральном перинатальном центре . . . . .	52
<i>Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Чухрова Н.С., Ерошенко Е.А., Толкачева Е.М., Буров А.А., Никифоров Д.В.</i>	
Кистозное образование подпеченочного пространства у новорожденного: диагностика и хирургическое лечение . . . . .	53
<i>Дорофеева Е.И., Филиппова Е.А., Подуровская Ю.Л., Буров А.А., Никифоров Д.В., Кулабухова П.В., Чухрова Н.С., Толкачева Е.М.</i>	
Особенности лечения детей с повреждениями таза . . . . .	55
<i>Дорохин А.И., Литвина Е.А., Солод Э.И., Самбатов Б.Г., Курышев Д.А., Аганесов Н.А.</i>	
Показания к лапаротомии при НЭК у новорожденных . . . . .	57
<i>Досмагамбетов С.П., Дженалаев Б.К., Тусупкалиев А.Б., Бисалиев Б.Н., Есеналина Н.С., Абдуллаева Г.З., Асанова С.С.</i>	
Карциноидная опухоль червеобразного отростка у детей . . . . .	58
<i>Евдокимов В.Н., Аксельров М.А., Мальчевский В.А., Свазян В.В., Столяр А.В., Илющенко М.Ю.</i>	

<b>Острый билиарный панкреатит у детей</b> .....	<b>59</b>
<i>Елин Л.М., Пыхтеев Д.А., Филюшкин Ю.Н., Полянская З.И.</i>	
<b>Некротический панкреатит и его осложнения у детей</b> .....	<b>60</b>
<i>Елин Л.М., Пыхтеев Д.А., Филюшкин Ю.Н., Прокофьев М.В.</i>	
<b>Опыт лечения детей с врожденными паховыми грыжами</b> .....	<b>61</b>
<i>Елькова Д.А., Тен Ю.В., Каширин С.Д., Тен К.Ю.</i>	
<b>Комплексный подход к реабилитации детей с аноректальными агенезиями</b> .....	<b>62</b>
<i>Есаян М.О., Барова Н.К., Тараканов В.А., Стрюковский А.Е., Надгериев В.М., Григорова А.Н., Терещенко О.А., Пелипенко Н.В., Колесников Е.Г., Вардосонидзе Ш.В.</i>	
<b>Опыт эндоскопического трансгастрального дренирования панкреатических псевдокист у детей</b> .....	<b>63</b>
<i>Ефременков А.М., Солодинина Е.Н., Соколов Ю.Ю., Коровин С.А., Зыкин А.П., Ахматов Р.А., Барская К.А.</i>	
<b>Возможности метода гиперспектральной визуализации при инфантильных гемангиомах у детей</b> .....	<b>64</b>
<i>Журило И.П., Шуплецов В.В., Горюнов И.А., Потапова Е.В., Медведев А.И., Дремин В.В.</i>	
<b>Выбор метода санации брюшной полости при распространенном перитоните у детей</b> .....	<b>65</b>
<i>Завьялкин В.А., Барская М.А., Варламов А.В., Кузьмин А.И., Мазнова А.В., Терехина М.И.</i>	
<b>Хирургическое лечение перитонита у детей в Окружной клинической больнице города Ханты-Мансийска</b>	<b>66</b>
<i>Зотин А.В., Харизова А.Г.</i>	
<b>Хирургическое лечение детей с острым парапроктитом и параректальными свищами: анализ современных методик</b> .....	<b>67</b>
<i>Зюзько Д.Д., Щербакова О.В.</i>	
<b>Инфицированные эхинококковые кисты легких у детей</b> .....	<b>68</b>
<i>Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Икромов Т.Ш.</i>	
<b>Диагностика и лечение детей с клапанами задней части уретры</b> .....	<b>69</b>
<i>Ибодов Х.И., Рофиев Р.Р., Сайедов К.М., Асадов С.К.</i>	
<b>Анализ результатов хирургической коррекции детей с гипоспадией</b> .....	<b>70</b>
<i>Ибрагимов К.Н., Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю.</i>	
<b>Хирургическое лечение недоношенных детей с мекониальным илеусом в условиях Областного перинатального центра</b> .....	<b>71</b>
<i>Иванов С.Д., Слизовский Г.В.</i>	
<b>Современное хирургическое лечение детей с болезнью Крона</b> .....	<b>72</b>
<i>Исмайылов М.У., Поддубный И.В.</i>	
<b>Интервенционные технологии с эхографической навигацией в лечении детей с абсцессами брюшной полости</b> .....	<b>73</b>
<i>Казаков А.Н., Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Марченко А.А., Портенко Ю.Г., Кузнецов В.Н., Горшков А.Ю.</i>	
<b>Хирургическое лечение детей с непаразитарными кистами селезенки</b> .....	<b>74</b>
<i>Карасева О.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Тимофеева А.В., Батунина И.В.</i>	
<b>Брахиметакарпия и брахиметатарзия у детей: техника одномоментной коррекции</b> .....	<b>75</b>
<i>Кардаш Е.В., Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Трусова Н.Г., Лозовая Ю.И., Лешкевич А.И., Шагинян А.К.</i>	



Комплексный подход в решении диагностических и лечебных задач при аппендикулярном перитоните у детей . . . . .	76
<i>Карпова И.Ю., Стриженок Д.С., Мясников Д.А., Паршиков В.В.</i>	
Лечение ребенка 9 лет с травмой поджелудочной железы, осложненной формированием кисты . . . . .	77
<i>Карпова И.Ю., Стриженок Д.С., Мясников Д.А., Филькин А.А.</i>	
Малоинвазивное хирургическое лечение детей раннего возраста с абсцессом и инфицированной кистой почки: клинические наблюдения . . . . .	78
<i>Киптилов А.В., Красильников А.А., Выходцева Г.И.</i>	
Нарушение уродинамических показателей как предиктор рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей у детей . . . . .	79
<i>Киптилов А.В., Фролова К.Р., Тен Ю.В., Пяткова М.Ю.</i>	
Особенности лечения пациентов с клапанами задней уретры . . . . .	80
<i>Киреева Н.Б., Заугаров М.Ю., Тиболов А.З.</i>	
Хронический панкреатит у детей . . . . .	81
<i>Кисленко А.А., Разумовский А.Ю., Холостова В.В.</i>	
Хирургия под флуоресцентным контролем — первый опыт использования у детей . . . . .	82
<i>Козлов Ю.А., Полоян С.С., Сапунин Э.В., Страшинский А.С., Марчук А.А., Рожанский А.П., Муравьев С.А.</i>	
Робот-ассистированная вазопексия нижнеполярных почечных сосудов при гидронефрозе . . . . .	83
<i>Козлов Ю.А., Полоян С.С., Сапунин Э.В., Страшинский А.С., Марчук А.А., Рожанский А.П., Муравьев С.А.</i>	
Лапароскопическая варикоцелэктомия у детей с использованием ICG-флуоресцентной лимфографии . . . . .	84
<i>Козлов Ю.А., Полоян С.С., Сапунин Э.В., Страшинский А.С., Марчук А.А., Рожанский А.П., Муравьев С.А.</i>	
Робот-ассистированная резекция дивертикула мочевого пузыря . . . . .	85
<i>Козлов Ю.А., Полоян С.С., Сапунин Э.В., Страшинский А.С., Марчук А.А., Рожанский А.П., Муравьев С.А.</i>	
Робот-ассистированное лечение детей с простыми кистами почек . . . . .	86
<i>Козлов Ю.А., Полоян С.С., Сапунин Э.В., Страшинский А.С., Марчук А.А., Рожанский А.П., Муравьев С.А.</i>	
Сальниково-брыжеечная гамартома у ребенка (клиническое наблюдение) . . . . .	87
<i>Козулина Н.В., Смирнов А.Н., Сулейманова М.М., Проничев М.А., Аляутдинова Д.А.</i>	
Функциональные результаты оперативной коррекции аноректальных мальформаций у детей . . . . .	88
<i>Койнов Ю.Ю., Грамзин А.В., Кривошеенко Н.В., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Охотина А.А., Тратонин А.А.</i>	
Восстановление целостности пуборектальной мышцы и других структур сфинктерно-леваторного комплекса у пациентов после коррекции аноректальной мальформации . . . . .	89
<i>Колесникова Н.Г., Сальвадор Мартинез Г., Сапарбеков А.А.</i>	
Оптимизация методов диагностики при варикоцеле у детей . . . . .	90
<i>Комарова С.Ю., Цап Н.А., Горбунова А.С.</i>	
Эндоскопическая тоннельная резекция кисты пищевода у ребенка 2 лет (первый опыт) . . . . .	91
<i>Корнилова А.Б., Смирнов А.А., Щебенков М.В., Попова Е.Б., Гопаенко М.А.</i>	
Лапароскопические технологии в urgentной хирургии детского возраста . . . . .	92
<i>Коровин С.А., Донской Д.В., Дзядчик А.В., Аюбян М.А., Соколов Ю.Ю.</i>	
Эндовидеохирургические вмешательства у детей в условиях стационара одного дня . . . . .	93
<i>Корочкин М.В., Шарков С.М., Поддубный Г.С., Иманалиева А.А., Жукова О.Н., Манжос П.И.</i>	

Кистозные образования печени по данным Оренбургского центра детской хирургии. ....	94
<i>Котлубаев Р.С., Баканов А.А., Фролова Е.А., Биньевский К.В.</i>	
Диагностика инвагинаций кишечника по данным Оренбургского Центра детской хирургии .....	95
<i>Котлубаев Р.С., Гуськов А.О., Фролова Е.А.</i>	
Лапароскопическое лечение пациентов с острым аппендицитом в условиях областного детского медицинского центра .....	96
<i>Курбонов Д.Д., Азизов М.К., Ибрагимов К.Н., Мавлянов Ф.Ш., Джуракулов Ж.Д.</i>	
Отдаленные результаты лечения девочек с гнойным маститом .....	97
<i>Курова Е.К., Цап Н.А., Черненко Л.Ю., Эрленбуш В.В., Микая И.Г., Щипанов Л.М.</i>	
Кистозные мальформации холедоха у детей .....	98
<i>Кутлюлова Л.К., Яфясов Р.Я., Морозов В.И.</i>	
Описание клинического случая лечения новорожденного с осложненным омфалоцеле .....	99
<i>Мавлянов Ф.Ш., Турсунов С.Э., Мавлянов Ш.Х.</i>	
Биоимпедансный анализ состава тела у детей с экстренной патологией мочевыделительной системы	100
<i>Мавлянов Ф.Ш., Тухтаев Ф.М., Мавлянов Ш.Х.</i>	
Оптимизация ранней диагностики и лечения некротического энтероколита у новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела .....	101
<i>Магомедмирзаев Д.Ш., Жидовинов А.А., Пермяков П.Е.</i>	
Интраоперационный нейромониторинг гортанных нервов при операциях по поводу рака щитовидной железы у детей: методика и результаты применения у 365 пациентов .....	102
<i>Макарьин В.А., Черников Р.А., Горская Н.А., Слепцов И.В., Семенов А.А.</i>	
Реконструкция тотальных портосистемных шунтов в селективный шунт у детей .....	103
<i>Маргарян С.Р., Разумовский А.Ю.</i>	
Опыт баллонной дилатации для лечения детей со стриктурами гепатикоюноанастомозов .....	104
<i>Мелехина О.В., Ефременков А.М., Зыкин А.П., Акопян М.К., Шахбанов Р.Р., Соколов Ю.Ю.</i>	
20-летний опыт в лечении детей с послеожоговым рубцовым стенозом пищевода .....	105
<i>Мельников М.И., Иванов А.П., Купатадзе Д.Д., Набоков В.В., Подкаменев А.В., Коляков А.Л., Ходос К.Г.</i>	
Опыт применения бронхоблокации у детей .....	106
<i>Мешков А.В., Гандуров С.Г., Григорьева Н.С.</i>	
Рецидивирующая инвагинация кишечника у ребенка с лимфомой Беркитта при синдроме Ли–Фраумени .....	108
<i>Мидас К.А., Кацупеев В.Б., Дадаян А.Г., Макогон С.В., Матвеев О.Л., Воловик К.Г., Карагезян Р.Л., Макарова С.С., Лейга А.В., Евсеева Е.А., Айказян А.А., Каймаков С.С., Арутюнов А.В., Асриянц А.В., Авагян Т.Н.</i>	
Перфорация купола слепой кишки инородным телом у ребенка 6 лет .....	110
<i>Мидас К.А., Кацупеев В.Б., Дадаян А.Г., Макогон С.В., Матвеев О.Л., Воловик К.Г., Карагезян Р.Л., Макарова С.С., Лейга А.В., Евсеева Е.А., Айказян А.А., Каймаков С.С., Арутюнов А.В., Асриянц А.В., Авагян Т.Н.</i>	
Сравнительный анализ различных видов хирургической коррекции пилонидальных кист в детском возрасте с применением лазерных технологий .....	112
<i>Мидас К.А., Кацупеев В.Б., Дадаян А.Г., Макогон С.В., Матвеев О.Л., Воловик К.Г., Карагезян Р.Л., Евсеева Е.А., Макарова С.С., Лейга А.В., Каймаков С.С., Арутюнов А.В., Авагян Т.Н.</i>	

<b>Базисные вопросы диагностики и лечения детей с острым гематогенным остеомиелитом</b> .....	113
<i>Микая И.Г., Курова Е.К., Цап Н.А., Черненко Л.Ю., Эрленбуш В.В., Щипанов Л.М.</i>	
<b>Эффективность 3D-визуализации у детей с эхинококкозом</b> .....	114
<i>Минаев С.В., Герасименко И.Н., Быков Н.И., Григорова А.Н., Тимофеев С.И., Доронин Ф.В., Рубанова М.Ф., Мишвелов А.Е., Багдасарян М.С., Полубояринова С.П., Лыткина А.С.</i>	
<b>Показатели ЭКГ при воронкообразной деформации грудной клетки у детей</b> .....	115
<i>Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Исаков Н.З.</i>	
<b>Торакоскопическая тимэктомия при миастении у детей</b> .....	116
<i>Митупов З.Б., Разумовский А.Ю., Чумакова Г.Ю.</i>	
<b>Синдром фиксированного спинного мозга у детей со <i>Spina bifida aperta</i>, кистосубарахноидальное шунтирование после мобилизации (дефиксации) спинного мозга</b> .....	117
<i>Михальчук А.Б., Нганкам Л.П., Румянцева Г.Н.</i>	
<b>Методы лечения детей с плевральными осложнениями деструктивных пневмоний</b> .....	118
<i>Молотов Р.С., Зурбаев Н.Т., Батаев С.М., Игнатъева Л.В., Афаунов М.В., Фоменко С.А., Богданов А.М., Еремин Д.Б., Айрапетян М.И.</i>	
<b>Результаты лечения мальчиков с аноректальными мальформациями в зависимости от способа низведения кишки</b> .....	120
<i>Морозов Д.Д., Халафов Р.В., Шумихин В.С., Мокрушина О.Г.</i>	
<b>Клинико-экспериментальное обоснование кишечного анастомозирования в условиях перитонита и компрометированной брюшной полости</b> .....	121
<i>Морозов К.Д., Шарков С.М., Айрапетян М.И., Шугина Ю.В., Седых А.И., Морозов Д.А.</i>	
<b>Изменения шейного отдела позвоночника у детей с дисплазией соединительной ткани</b> .....	123
<i>Мурга В.В., Рассказов Л.В., Крестьяшин В.М., Кенис Ю.М., Марасанов Н.С., Шалатонов Н.Н., Наджафов Ф.А., Орехов А.Ю., Симонов А.В., Щигорцов Д.М.</i>	
<b>Опыт применения вентрикуло-желчно-пузырного шунтирования у ребенка 11 месяцев</b> .....	124
<i>Мустакимов Б.Х., Сафронов Г.Ю., Погосова Д.Р., Даниловских Д.А., Ростовцев Н.М., Ядыкин М.Е., Ромасенко В.В.</i>	
<b>Стратегия хирургического лечения детей с обширными укушенными ранами</b> .....	125
<i>Налбандян Р.Т., Мединский П.В., Никонов А.В., Дворникова М.А., Громова А.А.</i>	
<b>Атрезии желчевыводящих путей у детей</b> .....	126
<i>Нематжонов Ф.З., Алиев М.М., Туйчиев Г.У., Мирзакаримов Б.Х.</i>	
<b>PSARP — универсальный доступ при коррекции аноректальных аномалий</b> .....	127
<i>Новожилов В.А., Степанова Н.М., Звонков Д.А., Черемнов В.С., Фомина Е.С.</i>	
<b>Инфузионная терапия у детей с ожогами в ранние сроки после получения травмы</b> .....	128
<i>Оборкина Д.С., Будкевич Л.И., Долотова Д.Д.</i>	
<b>Лечение детей с кистами паренхиматозных органов брюшной полости</b> .....	129
<i>Огнев С.И., Цап Н.А., Потапенко В.Ю.</i>	
<b>Нарушения мочеиспускания в анамнезе у детей после успешного хирургического лечения с аноректальными мальформациями</b> .....	130
<i>Павлов А.Ю., Сабирзянова З.Р., Мифтяхетдинова О.В., Галочкин И.С.</i>	

<b>Желчнокаменная болезнь у детей как показание к неотложной хирургии</b> .....	<b>131</b>
<i>Павлушин П.М., Грамзин А.В., Дробязгин Е.А., Поршенников И.А., Павлик В.Н., Толстых Г.Н., Никулина А.Б., Кривошеев Н.В., Койнов Ю.Ю., Цыганок В.Н., Охотина А.А., Чикинев Ю.В.</i>	
<b>Эндохирургические методы в лечении детей с химическими ожогами пищевода различной этиологии и степени тяжести</b> .....	<b>132</b>
<i>Пелипенко Н.В., Барова Н.К., Стрюковский А.Е., Старченко В.М., Терещенко О.А., Луняка А.Н., Вардосонидзе Ш.В.</i>	
<b>Лапароскопическая холецистэктомия как профилактика биллиарного панкреатита у детей с холилитиазом</b> .....	<b>133</b>
<i>Петлах В.И., Коновалов А.К., Беляева О.А., Константинова И.Н.</i>	
<b>Опыт лечения детей с полидактилией кисти</b> .....	<b>134</b>
<i>Перевалова Н.В., Мурга В.В., Рассказов Л.В., Марасанов Н.С.</i>	
<b>Отдаленный результат лечения ребенка с макрофистулярной формой артериовенозной дисплазии нижней конечности</b> .....	<b>135</b>
<i>Перловская В.В., Стальмахович В.Н.</i>	
<b>Гонадобластома у девочки с дисгенезией гонад, нарушением формированием пола 45X/46XY</b> .....	<b>136</b>
<i>Петрухина Ю.В., Коварский С.Л., Захаров А.И., Блох С.П.</i>	
<b>Создание кишечного резервуара у ребенка с микроцистисом</b> .....	<b>137</b>
<i>Петрухина Ю.В., Коварский С.Л., Захаров А.И., Даренков С.П., Пинчук И.С.</i>	
<b>Результаты применения лапароскопической перевязки яичковых сосудов с сохранением путей лимфоотока у детей с варикоцеле</b> .....	<b>138</b>
<i>Петрухина Ю.В., Коварский С.Л., Захаров А.И., Патрушева Е.А., Гуревич А.И., Лутовинова И.М.</i>	
<b>Факторный анализ риска оперативного лечения детей с травмой селезенки</b> .....	<b>139</b>
<i>Пикало И.А., Подкаменев В.В.</i>	
<b>Оптимизация диагностики аорто-мезентериальной компрессии левой почечной вены и методов хирургического лечения при варикоцеле у детей</b> .....	<b>140</b>
<i>Пикало И.А., Тимофеев А.Д.</i>	
<b>Хронические тазовые боли у девочек-подростков как мультидисциплинарная проблема</b> .....	<b>142</b>
<i>Писклаков А.В., Павленко Н.И., Бардеева К.Д.</i>	
<b>Лапароскопические операции при непаразитарных кистах селезенки у детей</b> .....	<b>143</b>
<i>Поддубный И.В., Толстов К.Н., Трунов В.О., Козлов М.Ю., Сытьков В.В., Магер А.О., Раншаков А.С., Федорова Е.В.</i>	
<b>Анализ результатов лечения детей посттравматическим медиастинитом</b> .....	<b>145</b>
<i>Пономарев В.И., Писклаков А.В., Рождественская В.С., Исаков А.Т.</i>	
<b>Сравнительный анализ возможных вариантов лечения детей с аппендикулярным перитонитом</b> ....	<b>146</b>
<i>Пономарев В.И., Писклаков А.В., Шевчук В.И., Рождественская В.С.</i>	
<b>Закрытые повреждения желчного пузыря у детей (серия клинических наблюдений)</b> .....	<b>147</b>
<i>Пяттоев Ю.Г., Леухин М.В.</i>	
<b>Оптимизация оперативного лечения детей с врожденным гидронефрозом</b> .....	<b>148</b>
<i>Разин М.П., Кулыгина Е.С.</i>	
<b>Опыт лечения детей с крипторхизмом</b> .....	<b>149</b>
<i>Разин М.П., Сухих Н.К.</i>	

Компрессионный стеноз чревного ствола у детей .....	150
<i>Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Чумакова Г.Ю., Зайнулабидов Р.А.</i>	
Эндоскопическое удаление объемных образований грудной полости у детей .....	151
<i>Разумовский А.Ю., Задвернюк А.С.</i>	
Эндоскопическое удаление инородного тела пищевода, проникшего в средостение с повреждением и формированием посттравматической аневризмы грудного отдела аорты .....	152
<i>Рустемов Д., Некесов А., Дженалаев Д., Мухамедов З., Мустафинов Д., Тукинов Р., Ермешов Е., Утебалиев Р., Сакуов Ж., Билал Р., Калиев Б.</i>	
Оперативные технологии коррекции урологических последствий у детей со <i>Spina bifida</i> .....	153
<i>Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Салюкова Ю.Р.</i>	
Хирургическое лечение детей с глубокими ожогами .....	154
<i>Салистый П.В., Бикташев В.С., Фаизьянов В.С., Саидгалин Г.З.</i>	
Хирургическая коррекция недержания мочи у детей с последствиями <i>Spina bifida</i> .....	155
<i>Сарычев С.А., Осипов И.Б., Соснин Е.В., Красильников Д.Е., Осипов А.И., Лебедев Д.А., Алексеева Л.А., Щедрина А.Ю.</i>	
Повторные операции при анатомических и функциональных проблемах после коррекции аноректальных пороков развития .....	156
<i>Сварич В.Г., Сварич В.А.</i>	
Герниопластика (PIRS) при лапароскопической аппендэктомии у детей .....	157
<i>Северинов Д.А., Гаврилюк В.П., Костин С.В., Донская Е.В., Зубкова Ю.А.</i>	
Особенности течения острого аппендицита, ассоциированного с синегнойной палочкой .....	158
<i>Соколов С.В., Бландинский В.Ф., Анфиногенов А.Л., Кислова А.Ю., Березняк И.А., Андреев А.И.</i>	
Робот-ассистированная широкая фенестрация кисты печени у 17-летней девочки .....	159
<i>Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Зыкин А.П., Шахбанов Р.Р., Борисов В.С.</i>	
Опыт лапароскопии в лечении детей с панкреатическими инсулиномами .....	160
<i>Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Солодина Е.Н., Зыкин А.П., Фомичева Н.В., Барская К.А.</i>	
Лапароскопическая продольная панкреатикоэюностомия при хроническом панкреатите у детей ....	161
<i>Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Солодина Е.Н., Зыкин А.П., Шувалов М.Э., Вилесов А.Э.</i>	
Лечение пациента с венозной мальформацией препуциального мешка .....	162
<i>Сомских Г.А., Алимов С.В., Жигулин А.Е., Рудин А.Ю.</i>	
Альтернатива хирургической некрэктомии у детей с пограничными и мозаичными ожогами кожи ...	163
<i>Сошкина В.В., Будкевич Л.И., Астамирова Т.С., Лагутина А.А., Старостин О.И., Чащухина А.Б.</i>	
Иммунотерапевтическая фармакотерапия в лечении детей с острым гематогенным остеомиелитом	164
<i>Статина М.И., Гаврилюк В.П.</i>	
Операция Малона (MACE) в социальной адаптации детей с анальной инконтиненцией .....	165
<i>Степанова Н.М., Новожилов В.А., Звонков Д.А., Алтынбек А.</i>	
Гиршпрунг-ассоциированный энтероколит у детей: обобщенные данные одной клиники .....	166
<i>Степанова Н.М., Новожилов В.А., Звонков Д.А., Пашков А.А.</i>	
Геморрой у детей .....	167
<i>Степанова Н.М., Новожилов В.А., Звонков Д.А., Суханова Н.С.</i>	

Опыт хирургического отделения новорожденных и детей грудного возраста в лечении лимфатических мальформаций .....	168
<i>Сулаво М.А., Гурская А.С., Баязитов Р.Р., Наковкин О.Н., Хагуров Р.А., Сагоян Г.Б., Ахмедова Д.М., Карнута И.В., Екимовская Е.В., Клепикова А.А.</i>	
3D-технологии в рамках персонализированного подхода в детской хирургии .....	170
<i>Суходольская О.В., Морозов Д.А., Топилин О.Г., Айрапетян М.И., Манукян С.Р., Выдыш С.В.</i>	
Осложнения разобщения мочекишечных соустьев у пациентов с аноректальными мальформациями .....	171
<i>Тарасова Д.С., Морозов Д.А., Мусазаде Джейхун Низами Оглы</i>	
Агрессивные инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей .....	172
<i>Тен Ю.В., Елькова Д.А., Силинский А.И., Герасименко К.И., Зацепин Р.Д.</i>	
Хирургическое лечение детей с аганглиозом толстой кишки .....	173
<i>Тен Ю.В., Каширин С.Д., Тен К.Ю., Елькова Д.А., Клейменов Е.В.</i>	
Современные методы диагностики и оперативного лечения детей с образованиями пищевода и средостения .....	174
<i>Теплов В.О., Митупов З.Б., Чумакова Г.Ю., Разумовский А.Ю.</i>	
Отдаленные результаты лечения детей с осложнениями ожогов пищевода дисковыми батарейками .....	175
<i>Теплов В.О., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Разумовский А.Ю.</i>	
Случай успешного лечения новорожденной с антенатальной инвагинацией тощей кишки .....	176
<i>Терещенко О.А., Полеев А.В., Клименко А.Н.</i>	
Опыт лечения ребенка грудного возраста с двумя бронхогенными кистами средостения .....	177
<i>Ти Р.А., Подкаменев А.В., Дворецкий В.С., Сырцова А.Р., Кузьминых С.В., Ти К.А.</i>	
Морфологическая оценка спаечного процесса брюшной полости у детей с дисплазией соединительной ткани .....	178
<i>Тимофеев С.И., Минаев С.В., Барова Н.К., Григорова А.Н., Надгериев В.М., Мащенко В.Н.</i>	
Ранняя диагностика и дифференцированное комплексное лечение детей с деструктивными пневмониями .....	179
<i>Тома Д.А., Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Анисимова А.С., Баранов Д.А., Бакаева Н.С.</i>	
Анатомические сегментарные резекции легких у детей .....	181
<i>Топилин О.Г., Пикин О.В., Выдыш С.В. Манукян С.Р., Айрапетян М.И., Соколов Ю.Ю.</i>	
Лечение детей с обширными лимфатическими мальформациями цервика-торакальной локализации .....	182
<i>Топилин О.Г., Рябов А.Б., Пикин О.В., Манукян С.Р., Айрапетян М.И., Соколов Ю.Ю.</i>	
Оценка эффективности лазерофореза геля, содержащего гепарин и цепапин, в лечении детей со зрелыми гипертрофическими рубцами пояснично-крестцовой области после оперативной коррекции спинномозговых грыж .....	183
<i>Федоров А.К., Морозов Д.А., Ромашин М.А., Гусева Н.Б.</i>	
Оценка эффективности лазерофореза геля Контрактубекс в лечении детей со зрелыми гипертрофическими рубцами поясничной области после оперативной коррекции спинномозговых грыж .....	184
<i>Федоров А.К., Морозов Д.А., Ромашин М.А., Гусева Н.Б., Джерибальди О.А.</i>	
Оценка эффективности геля Контрактубекс в профилактике развития и лечении патологических незрелых послеоперационных рубцов .....	185
<i>Федоров А.К., Морозов Д.А., Трусов А.В., Шальчинова Е.В., Цапкин А.Е.</i>	

<b>Образовательный хирургический проект «Пилонидальная киста» — произошла ли смена парадигмы?</b>	<b>186</b>
<i>Федоров А.К., Морозов Д.А., Тарасова Д.С., Лузганова В.С., Савельева Ю.В., Елин Л.М., Пыхтеев Д.А., Прокофьев М.В., Маккаева З.М.</i>	
<b>Лапароскопические операции при простых кистах почек у детей</b>	<b>187</b>
<i>Федорова Е.В., Поддубный И.В., Толстов К.Н., Сытьков В.В., Петрова М.Г., Раншаков А.С., Магер А.О.</i>	
<b>Технически сложная хирургическая коррекция двустороннего стеноза почечных артерий у ребенка 2 лет</b>	<b>188</b>
<i>Фельдман Л.Д., Сухов М.Н., Серков И.И., Лывина И.П., Закуев Р.И., Налеев А.А., Лапцевич А.А., Донюш Е.К.</i>	
<b>Миниинвазивные вмешательства при парапанкреатических скоплениях у детей с осложнениями течения острого панкреатита</b>	<b>189</b>
<i>Филюшкин Ю.Н., Пыхтеев Д.А., Елин Л.М.</i>	
<b>Результаты статистического анализа пациентов с инородным телом пищевода в условиях Амурской областной детской клинической больницы за 10 лет</b>	<b>190</b>
<i>Фоминский А.А., Белоус Р.А., Смирнова Н.Е., Степаненко Е.А., Недид С.Н.</i>	
<b>Модифицированный способ нефропексии у пациентов детского возраста</b>	<b>192</b>
<i>Фролкова К.Р., Тен Ю.В., Росляков Н.С., Игнатенко В.О.</i>	
<b>Анализ осложнений и функциональных результатов после формирования тазового тонкокишечного резервуара у детей</b>	<b>193</b>
<i>Хабибуллина Л.Р., Щербакова О.В., Разумовский А.Ю.</i>	
<b>Клинический пример лечения ребенка с удвоением органов малого таза в составе множественных пороков развития</b>	<b>194</b>
<i>Халафов Р.В., Мокрушина О.Г., Шумихин В.С., Нагорная Ю.В., Левитская М.В.</i>	
<b>Повторные хирургические коррекции при осложнениях аноректальных мальформаций у детей</b>	<b>195</b>
<i>Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Б., Хамроев У.А.</i>	
<b>Особенности лечения детей с геморроем</b>	<b>196</b>
<i>Хамраев А.Ж., Эминов Р.И., Рахмонов Д.Б.</i>	
<b>Тактика предоперационной подготовки и повторной хирургической коррекции при аноректальных мальформациях у детей</b>	<b>197</b>
<i>Хамраев А.Ж., Рахмонов Д.Р., Ахмедов И.Ю.</i>	
<b>Эффективность хирургических способов обеспечения нутритивной поддержки у паллиативных пациентов</b>	<b>198</b>
<i>Хворостов И.Н., Гурзо Ю.Д., Теновская Н.В., Козлов М.Ю., Мордвин П.А.</i>	
<b>Хирургическое лечение L-аспарагиназа-индуцированного панкреонекроза у пациентов с лимфобластным лейкозом</b>	<b>199</b>
<i>Хворостов И.Н., Куркин А.П., Мордвин П.А., Козлов М.Ю., Кумерова Э.В., Быстрова А.А.</i>	
<b>Клинические варианты абдоминальной хирургической патологии у новорожденных недоношенных детей: клинические наблюдения</b>	<b>200</b>
<i>Цыганок В.Н., Грамзин А.В., Койнов Ю.Ю., Павлушин П.М., Кривошеенко Н.В.</i>	
<b>Особенности течения папиллярного рака щитовидной железы у детей в различные возрастные периоды</b>	<b>202</b>
<i>Черников Р.А., Слепцов И.В., Горская Н.А., Семенов А.А., Макарьян В.А., Младенович М., Кияев А.В.</i>	

<b>Дисфункции иммунной системы при остром гематогенном и остром посттравматическом остеомиелитах у детей</b> .....	203
<i>Чичерев Е.А., Барова Н.К., Тараканов В.А., Надгериев В.М., Стрюковский А.Е.</i>	
<b>Дооперационные осложнения при остром аппендиците у детей</b> .....	204
<i>Шангареева Р.Х., Демина А.В., Нигаметьянов Р.А., Алибаев А.К., Попов К.М., Ковалева В.Д., Мамбетова А.И., Шарафутдинов А.В., Хисамутдинов Р.Р.</i>	
<b>Опыт оперативного лечения детей с эпителиально-копчиковым ходом</b> .....	205
<i>Шахбанов Р.Р., Шишкин И.А., Ефременков А.М., Киргизов И.В., Зыкин А.П.</i>	
<b>Обтурационная кишечная непроходимость у недоношенных новорожденных. Диагностика и тактика ведения</b> .....	206
<i>Швалев Ф.М., Цап Н.А., Чудаков В.Б., Аболина Т.Б.</i>	
<b>Важные аспекты истории болезни детей с нейромышечной дисплазией толстой кишки</b> .....	208
<i>Шнайдер И.С., Цап Н.А.</i>	
<b>Значение аорто-мезентериального пинцета в патогенезе варикоцеле и его влияние на гемодинамические параметры почек у детей</b> .....	210
<i>Штукина Е.В., Юсуфов А.А., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Светлов В.В.</i>	
<b>Ультразвуковые и КТ-ангиографические критерии диагностики компрессионного стеноза чревного ствола у детей</b> .....	211
<i>Юсуфов А.А., Черкасова И.А., Румянцева Г.Н.</i>	
<b>Случай тяжелого гипертериоза в подростковом возрасте</b> .....	212
<i>Ячная О.И., Минаев С.В., Герасименко И.Н.</i>	