

**МАТЕРИАЛЫ  
XIII ВСЕРОССИЙСКОГО  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ФОРУМА  
«НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ»**  
Москва, 19–21 февраля 2025 года

---

**PROCEEDINGS  
OF THE XIII RUSSIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL FORUM  
«EMERGENCY PEDIATRIC SURGERY AND TRAUMATOLOGY»**  
Moscow, February 19–21, 2025



### Редакционная коллегия:

*Рошаль Леонид Михайлович*, д.м.н., профессор, Герой труда РФ, президент ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, президент Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата», председатель Программного комитета, Москва

*Брянцев Александр Владимирович*, к.м.н., Заслуженный врач РФ, директор ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

*Карасева Ольга Витальевна*, д.м.н., координатор Программного комитета, заместитель директора по научной работе, руководитель отдела реанимации и сочетанной травмы ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, главный внештатный детский специалист по сочетанной травме ДЗМ, Москва

*Амчславский Валерий Генрихович*, д.м.н., профессор, руководитель отделения анестезиологии-реанимации ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

*Ахадов Толибджон Абдуллаевич*, д.м.н., профессор, руководитель отдела лучевой диагностики ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

*Багаев Владимир Геннадьевич*, д.м.н., главный научный сотрудник отделения анестезиологии-реанимации ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

*Валиуллина Светлана Альбертовна*, д.м.н., профессор, заместитель директора по перспективному развитию, руководитель отдела реабилитации ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению ДЗМ, Москва

*Исхаков Олимджан Садыкович*, д.м.н., главный научный сотрудник, заведующий отделением нейрохирургии и нейротравмы ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

*Никишов Сергей Олегович*, к.м.н., заведующий травматологическим отделением ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

*Саруханян Оганес Оганесович*, д.м.н., руководитель отдела детской хирургии ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

*Семенова Жанна Борисовна*, д.м.н., руководитель отдела нейрохирургии и нейротравмы ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, главный внештатный детский специалист нейрохирург ДЗМ, главный внештатный детский специалист нейрохирург ЦФО Минздрава России, Москва

*Серова Наталья Юрьевна*, к.м.н., старший научный сотрудник отдела травматологии, ран и раневых инфекций ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

*Сологуб Эльмира Абдулкадировна*, ученый секретарь ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

*Харитоновна Анастасия Юрьевна*, заведующий эндоскопическим отделением ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

### Рецензенты:

*Ахадов Толибджон Абдуллаевич*, д.м.н., профессор, руководитель отдела лучевой диагностики ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

*Карасева Ольга Витальевна*, д.м.н., заместитель директора по научной работе, руководитель отдела реанимации и сочетанной травмы ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошалья» ДЗМ, Москва

Сборник состоит из Материалов XIII Всероссийского научно-практического форума «Неотложная детская хирургия и травматология», состоявшегося 19–21 февраля 2025 г. на базе НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения города Москвы.

Сборник предназначен для практикующих врачей и специалистов здравоохранения, научных сотрудников, докторантов, аспирантов и студентов медицинских вузов, преподавателей и организаторов здравоохранения.

**Для цитирования:** Материалы XIII Всероссийского научно-практического форума «Неотложная детская хирургия и травматология» [Электронный ресурс]: Февраль 19–21, 2025; Москва – Санкт-Петербург: Эко-Вектор Ай-Пи, 2025. 124 с.

DOI: <https://doi.org/10.17816/ps.conf2025>

ISBN 978-5-907219-30-4



УДК 57.334.5+54.50  
ББК 614.88+617-089

© Национальная медицинская палата, 2025  
© ООО «Эко-Вектор Ай-Пи», 2025  
© Коллектив авторов, 2025

### Editorial Board:

*Leonid M. Roshal*, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Hero of Labor of the Russian Federation, President of the Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal; President of the Union of Medical Community “National Medical Chamber”; Chairman of the Program Committee, Moscow

*Alexander V. Bryantsev*, MD, Cand. Sci. (Medicine), Honored Physician of the Russian Federation, Director, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow

*Olga V. Karaseva*, MD, Dr. Sci. (Medicine), Coordinator of the Program Committee, Deputy Director for Research, Head of the Resuscitation and Combined Trauma Department, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal; Chief Non-Staff Pediatric Care Specialist in Combined Trauma, Moscow Healthcare Department, Moscow

*Valery H. Amcheslavsky*, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Head of the Anesthesiology and Resuscitation Department, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department, Moscow

*Tolibdzhon A. Akhadov*, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Head of the Department of Diagnostic Radiology, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department, Moscow

*Vladimir G. Bagaev*, MD, Dr. Sci. (Medicine), senior research associate of the Anesthesiology and Resuscitation Department, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department, Moscow

*Svetlana A. Valiullina*, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Deputy Director for Prospective Development, Head of the Rehabilitation Department, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department; Chief Non-Staff Pediatric Care Specialist in Medical Rehabilitation and Health Resort Treatment, Moscow Healthcare Department, Moscow

*Olimdzhan S. Iskhakov*, MD, Dr. Sci. (Medicine), Senior Research Associate, Head of the Department of Neurosurgery and Neurotrauma, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department, Moscow

*Sergey O. Nikishov*, MD, Cand. Sci. (Medicine), Head of the Trauma Department, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department, Moscow

*Oganes O. Sarukhanyan*, MD, Dr. Sci. (Medicine), Head of the Pediatric Surgery Department, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department, Moscow

*Zhanna B. Semyonova*, MD, Dr. Sci. (Medicine), Head of the Department of Neurosurgery and Neurotrauma, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department; Chief Non-Staff Pediatric Neurosurgeon, Moscow Healthcare Department; Chief Non-Staff Pediatric Neurosurgeon of the Central Federal District of the Ministry of Health of Russia, Moscow

*Natalia Yu. Serova*, MD, Cand. Sci. (Medicine), senior research associate, Department of Traumatology, Wounds and Wound Infections, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department, Moscow

*Elmira A. Sologub*, Scientific Secretary, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department, Moscow

*Anastasia Yu. Kharitonova*, Head of the Endoscopy Department, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department, Moscow

### Reviewers:

*Tolibdzhon A. Akhadov*, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Head of the Department of Diagnostic Radiology, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department, Moscow

*Olga V. Karaseva*, MD, Dr. Sci. (Medicine), Deputy Director for Research, Head of the Resuscitation and Combined Trauma Department, Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma — Clinic of Dr. Roshal, Moscow Healthcare Department, Moscow

This collection includes the proceedings of the XIII All-Russian Scientific and Practical Forum “Emergency Pediatric Surgery and Traumatology” held on February 19–21, 2025, at the Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma of the Moscow City Healthcare Department.

It is intended for practicing physicians and healthcare professionals, researchers, doctoral students, teachers, healthcare providers, and postgraduates and students at medical universities.

**To cite this article:** Proceedings of the XIII All-Russian Scientific and Practical Forum “Emergency Pediatric Surgery and Traumatology” [Electronic resource]: February 19–21, 2025; Moscow – St. Petersburg: Eco-Vector IP, 2025. 124 p.  
DOI: <https://doi.org/10.17816/ps.conf2025>

ISBN 978-5-907219-30-4



UDC 57.334.5+54.50  
LBC 614.88+617-089

© National Medical Chamber, 2025  
© Eco-Vector IP LLC, 2025  
© Authors, 2025

# РЕЦЕНЗИЯ

## на сборник материалов XIII Всероссийского научно-практического форума с международным участием «Неотложная детская хирургии и травматология»

Всероссийский научно-практический форум (Форум) с международным участием «Неотложная детская хирургии и травматология» — ежегодное научное мероприятие, которое по праву заняло одно из значимых мест в календаре научных мероприятий, проводимых при поддержке Департамента здравоохранения города Москвы. В последние годы Форум проводится в гибридном формате (очное присутствие и онлайн формат), что позволило значимо расширить аудиторию мероприятия.

Сборник материалов XIII Форума охватывает все основные научные направления Форума, такие как неотложная абдоминальная хирургия, неотложная детская уроандрология, современные технологии в лечении скелетной травмы, неотложные состояния в детской нейрохирургии, раны и раневая инфекция и другие направления.

Материалы в сборнике представлены в алфавитном порядке без разбивки на разделы. Но несмотря на это все материалы по отдельности и в целом представляют собой фундаментальный научный труд и отвечают всем поставленным целям и задачам Форума, а именно получение новых знаний и практических навыков по наиболее актуальным вопросам неотложной детской хирургии, детской анестезиологии-реанимации, детской неотложной нейрохирургии; ознакомление с новейшими лечебно-диагностическими технологиями, методами лечения, клиническими протоколами, основанными на клиническом опыте ведущих центров Москвы, Российской Федерации и стран ближнего зарубежья (Казахстан, Узбекистан, Республика Беларусь).

В рецензируемом сборнике отражены не только результаты научных исследований, но и клиническая практика в виде уникальных клинических случаев.

В целом материалы, представленные в сборнике, демонстрируют современные тренды в вопросах оказания неотложной хирургической помощи детям и представляют интерес для широкого круга врачей и научных сотрудников.

*Рецензент:*

Руководитель отдела лучевых методов диагностики  
НИИ НДХиТ — Клиника доктора Рошалья,  
Заслуженный деятель науки Российской Федерации,  
Заслуженный врач Российской Федерации,  
доктор медицинских наук, профессор  
**Ахадов Т.А.**

# РЕЦЕНЗИЯ

## на сборник материалов XIII Всероссийского научно-практического форума с международным участием «Неотложная детская хирургии и травматология»

В состав сборника входят тезисы работ, направленных на XIII Всероссийский научно-практический форум с международным участием «Неотложная детская хирургии и травматология».

Следует отметить, что на ежегодном Форуме «Неотложная детская хирургия и травматология» широко представлены основные научные направления неотложной детской хирургии, нейрохирургии, травматологии, анестезиологии-реаниматологии, а также вопросы плановой детской хирургии и восстановительной медицины.

Публикация материалов Форума является неотъемлемой частью данного научного мероприятия и с каждым годом качество исследований и уровень публикаций повышается. Хочется отметить несомненную научно-практическую значимость и разнообразие материалов сборника. Все тезисы прошли научное рецензирование и проверку в системе «Антиплагиат». Клинические исследования представлены традиционными разделами: обоснование, материалы и методы, результаты и заключение. Уникальные клинические наблюдения, демонстрирующие инновационные технологии и редкие хирургические болезни, содержат разделы: обоснование, описание клинического случая и заключение. Материалы Форума в сборнике расположены в алфавитном порядке по 1 автору.

Издание представляет собой труд, посвящённый широкому кругу вопросов детской хирургии с акцентом на медицину критических состояний, и отвечает основным целям и задачам форума: обмен опытом и повышение квалификации клинических специалистов и научных сотрудников, ознакомление с современными высокотехнологичными возможностями диагностики, хирургического и восстановительного лечения с учетом достижений фундаментальной науки и тем самым расширение их практического применения с целью обеспечения наилучшей клинической практики.

Сборник материалов представляет интерес для широкого круга специалистов клинической и фундаментальной медицины, врачей детских хирургических стационаров. Представленные в сборнике материалы могут быть использованы в программах высшего и постдипломного образования врачей.

*Рецензент:*

Заместитель директора по научной работе, руководитель отдела реанимации и сочетанной травмы ГБУЗ НИИ НДХиТ — Клиника доктора Рошала ДЗ г. Москвы, главный внештатный специалист абдоминальный детский хирург ДЗ города Москвы, д.м.н.

**Карасева О.В.**

<i>Абидова М.М., Прокопьев Г.Г., Лиджиева Д.Э., Постникова Е.В., Круподерова А.О., Шорина М.Ю., Михайлова А.Д., Крапивкин А.И.</i> RONHAD-синдром: критерии диагностики и эффективные сценарии лечения . . . . .	12
<i>Аврасин А.Л., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Медведев А.А., Долинина М.В.</i> Профилактическая орхидопексия как этап реабилитации пациентов, перенесших перекрут яичка . . . . .	13
<i>Азарова Н.В., Тепаев Р.Ф.</i> Неврологические осложнения рефининг-синдрома у детей: клинический случай . . . . .	14
<i>Александров С.В., Амоголонов Н.Б., Березина Н.А., Бойко К.Ф., Большакова Т.В., Иванов П.А., Пшихопова С.З., Черкашин М.А., Шкарина М.Н.</i> Гастростомия в отделении детской онкологии . . . . .	15
<i>Александров С.В., Березина Н.А., Бойко К.Ф., Большакова Т.В., Черкашин М.А.</i> Ультразвуковая визуализация в отделении детской онкологии . . . . .	16
<i>Алиева Э.И., ЩербакOVA О.В., Кузнецова Е.В., Руденко С.В.</i> Сочетание мультивоспалительного синдрома с воспалительными заболеваниями кишечника у детей: тактика педиатра и хирурга (клинические наблюдения) . . . . .	17
<i>Аль-Харес М.М., Зверхановский А.О., Воскобойникова Е.М., Михайлов Г.А., Исанкина Л.Н., Томаев В.Ю., Орленко М.С., Кодзев М.Р.</i> Закрытая травма живота с разрывом тощей кишки у ребенка . . . . .	18
<i>Анастасов А.Г., Канивец Е.А., Медяник М.С.</i> Интенсивное неоперативное лечение детей с травмой селезенки, гемоперитонеумом . . . . .	19
<i>Анчутин П.Е., Лазарев В.В.</i> Применение содержащего сукцинат кристаллоидного раствора в лечении внебольничной пневмонии у детей . . . . .	20
<i>Бабаяев Б.Д., Турищев И.В., Смирнов Г.В., Кумалагова З.Т.</i> Формирование внутреннего протокола послеоперационной седации и анальгезии у детей с челюстно-лицевой патологией . . . . .	21
<i>Бабич И.И., Черкасов М.Ф., Лукаш Ю.В., Новошинов Г.В., Кацупеев В.Б., Бойко В.А.</i> Лечение чрескапсульных повреждений печени и селезенки у детей . . . . .	22
<i>Багаев В.Г., Амчславский В.Г., Карташев В.А., Сабина Т.С., Иванова Т.Ф., Острейков И.Ф., Джанмирзоева А.Ю.</i> Лазерная доплеровская флоуметрия в выборе анестезии при реконструктивно-пластических операциях у детей . . . . .	23
<i>Баранова И.Б., Яременко А.И., Попова М.О., Роднева Ю.А., Николаев И.Ю., Паина О.В., Казанцев И.В., Слесарчук О.А., Быкова Т.А., Голощапов О.В., Зубаровская Л.С., Кулагин А.Д.</i> Инвазивные микозы орофациальной области у онкогематологических пациентов детского возраста. Неотложная хирургия в условиях глубокой иммуносупрессии . . . . .	24
<i>Баранов Р.А., Павлова Д.Д., Ишанова А.А., Родителей Д.Н., Степанов В.А., Крикунов А.И., Музраева Н.О., Зохилов З.У.</i> Свободная кожная пластика при лечении обширных раневых дефектов при изолированной травме у детей . . . . .	25
<i>Баранов Ф.А., Рахинштейн М.В., Сушаков С.В., Кавторев В.Е.</i> Оптимальная точка введения стержня при остеосинтезе диафизарных переломов костей предплечья у детей по методике ESIN . . . . .	26
<i>Баубеков Ж.Т., Кабдол Н.А., Набиев А.М., Табылды К.А., Гафуров Е.Б.</i> Современные методы лечения термических ожогов у детей . . . . .	27
<i>Боттаева Ж.С., Каллагов Д.З.</i> Предварительные данные использования метода надманжеточной вокализации у пациентов с признаками сниженного сознания, анализ 5 клинических случаев . . . . .	28
<i>Бушуев В.В., Окунев Н.А., Кемаев А.Б., Окунева А.И., Калабкин Н.А.</i> Рецидивное течение периаппендикулярного абсцесса брюшной полости . . . . .	29
<i>Валиев Р.Ю., Врублевская Е.Н., Врублевский С.Г., Бондаренко С.Б., Туров Ф.О.</i> Редкий случай послеоперационного осложнения при пункционной гастростомии . . . . .	30

**Содержание**

<i>Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Баранов Д.А., Птицын В.А., Шестаков А.А., Красноперов С.Р., Складорова Е.А., Терзи Ю.И.</i> Комплексное лечение аппендикулярных перитонитов у детей разного возраста . . . . .	31
<i>Воеводкина А.Ю., Николаенко М.С., Ким А.В.</i> Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения повреждений периферических нервов верхних конечностей у детей . . . . .	32
<i>Вольтер Т.А., Караваева С.А., Щебенков М.В.</i> Циркулярные язвы желудка у детей. Клинико-эндоскопические наблюдения . . . . .	33
<i>Глушкова В.А., Подкаменев А.В., Передереев С.С., Шилова Е.В., Пахоменкова М.И.</i> Резекция илеоцекальной зоны с первичным анастомозом у подростка с болезнью Крона и наличием внутрибрюшного абсцесса . . . . .	34
<i>Горбатенко А.И., Костяная Н.О., Горбатенко И.А.</i> Результаты применения подтаранного артрореза в лечении плоскостопия у детей . . . . .	35
<i>Гордиенко И.И., Черный С.П., Марфицын А.В.</i> Оперативное лечение переломов ногтевых фаланг пальцев кисти у детей . . . . .	36
<i>Горшков А.Ю., Румянцева Г.Н., Казаков А.Н.</i> Дифференциальный подход к интервальной аппендэктомии у детей . . . . .	37
<i>Данияров Э.С., Шамсиев Ж.А.</i> Оперативный метод лечения травм органов мочевыделительной системы в детском возрасте . . . . .	38
<i>Дорожкин А.А., Дзядчик А.В., Волгина В.В., Годяцкий А.Г., Имаралиев К., Коровин С.А., Соколов Ю.Ю.</i> Лапароскопия в диагностике осложнений инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей . . . . .	39
<i>Дорожкин А.А., Дзядчик А.В., Годяцкий А.Г., Имаралиев К., Коровин С.А., Соколов Ю.Ю.</i> Лапароскопия как метод диагностики объемных образований брюшной полости . . . . .	40
<i>Дьяконова Е.Ю., Бекин А.С., Лохматов М.М., Потапов А.С., Гусев А.А.</i> Лапароскопия в диагностике и лечение тонкокишечной непроходимости у детей с болезнью Крона . . . . .	41
<i>Дьяконова Е.Ю., Бекин А.С., Потапов А.С., Лохматов М.М., Гусев А.А.</i> Острый рецидивирующий парапроктит у детей с болезнью Крона в практике детского хирурга . . . . .	42
<i>Елин Л.М., Пыхтеев Д.А., Вербовский А.Н., Прокофьев М.В., Филюшкин Ю.Н., Елина М.О.</i> Результаты лечения холедохолитиаза у детей . . . . .	43
<i>Елькова Д.А., Тен Ю.В.</i> Тактические особенности формирования кологастроанастомоза при тотальной пластике пищевода у детей . . . . .	44
<i>Елькова Д.А., Тен Ю.В., Бородин И.Д., Тен К.Ю.</i> Опыт лечения врождённых паховых грыж лапароскопическим доступом в экстренной и плановой хирургии детского возраста . . . . .	45
<i>Завьялкин В.А., Барская М.А., Мазнова А.В., Кузьмин А.И., Терехина М.И., Варламов А.В.</i> Патогенетическое обоснования оперативного доступа при распространенных перитонитах у детей . . . . .	46
<i>Зохидов З.У., Баранов Р.А., Павлова Д.Д., Муссова И.А., Вергизова А.А., Бердиева М.Г., Лившиц М.И., Чмутин Г.Е.</i> Опыт лечения повреждений периферических нервов верхних конечностей у детей ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», г. Москва, Россия . . . . .	47
<i>Иванова Д.А., Соловьева Е.Р., Мачалов В.А.</i> Опыт работы специалистов физической и реабилитационной медицины с пациентами с политравмой в отделении анестезиологии и реанимации . . . . .	48
<i>Ионов Д.В., Прутова О.Р., Соловова В.П.</i> Заворот желудка как причина стеноза привратника . . . . .	49
<i>Исанкина Л.Н., Михайлов Г.А., Томаев В.Ю., Аль-Харес М.М., Кодзев М.Р., Орленко М.С.</i> Заворот желчного пузыря у ребенка 9 лет . . . . .	50

**Содержание**

<i>Казеев Е.Н., Беляева Н.А., Жаров А.Н., Березин Д.И., Белкин М.А.</i> Опыт консервативного лечения детей с травматическим повреждением почки . . . . .	51
<i>Кандратьева О.В., Аверин В.И.</i> Клинический случай открытой проникающей травмы живота с множественными повреждениями органов брюшной полости . . . . .	52
<i>Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Бережной Ю.Ю., Лебедкин В.И.</i> Проникающее ранение брюшной полости с повреждением печени и нижней полой вены у девочки 12 лет . . . . .	53
<i>Катайкина К.О., Беляева Н.А., Жаров А.Н., Кургаев Д.А.</i> Опыт диагностики и лечения почечной колики у детей . . . . .	54
<i>Камбар Н.А., Жексембаев М.К., Ли Д.В.</i> Гинекологические патологии с клинической картиной острого аппендицита у девочек-подростков . . . . .	55
<i>Кизилова И.В., Игнатьев Е.М., Свиридов А.А., Тулинов А.И.</i> Наш опыт массового приёма пострадавших детей на основе событий в Белгороде 30.12.2023 . . . . .	56
<i>Клочкова А.А., Окунева А.И., Окунев Н.А., Мандров Д.А., Бегайкин В.Н.</i> Статистика падения детей с высотных сооружений более 3 метров по Республике Мордовия . . . . .	57
<i>Козулина Н.В., Удалова М.И., Аликова А.И., Миронкина Ю.Е.</i> Острая патология органов малого таза у девочек . . . . .	58
<i>Корнилова А.Б., Щегельков М. В., Рязанцев А.И., Волерт Т.А., Калинина Д.С.</i> Возможности хирургического и эндоскопического лечения стеноза привратника у ребенка 3,5 лет . . . . .	59
<i>Крупаткин А.И., Кулешов А.А., Милица И.М., Ветрилэ М.С., Лисянский И.Н., Макаров С.Н.</i> Нейро-микроциркуляторные взаимосвязи пациентов с кифотическими и сколиотическими деформациями позвоночника, ассоциированными с компрессией спинного мозга . . . . .	60
<i>Кулешов А.А., Милица И.М., Ветрилэ М.С., Лисянский И.Н., Макаров С.Н.</i> Результаты хирургического лечения пациентов с деформациями позвоночника, ассоциированных с неврологическим дефицитом . . . . .	61
<i>Кяримов И.А., Зоркин С.Н., Конова О.М., Сахарова Е.В., Шахновский Д.С.</i> Применение медикаментозной литокинетической терапии и физиотерапевтических методов лечения после дистанционной литотрипсии у детей с мочекаменной болезнью . . . . .	62
<i>Лабузов Д.С., Степанов В.Н., Киселёв И.Г., Писанка В.В.</i> Безоары желудочно-кишечного тракта у детей . . . . .	63
<i>Лобанова А.Д., Зоркин С.Н.</i> Номограмма для определения эффективности дистанционной ударно-волновой литотрипсии у детей с мочекаменной болезнью . . . . .	64
<i>Ломака М.А., Рогинский В.В., Овчинников И.А., Большаков М.Н., Гавеля Е.Ю.</i> Дети с сосудистыми аномалиями головы и шеи: диагностика и современный подход к лечению . . . . .	65
<i>Лорткипанидзе Р.Б., Кенис В.М., Бердес А.И., Грибушин А.С., Ильин С.А., Николаев Д.В., Пивковский Д.И., Терёшин Н.А., Исламов М.М.</i> Triplane & Tillaux-переломы у детей . . . . .	66
<i>Лукьянова К.К., Окунева А.И., Калабкин Н.А., Окунев Н.А.</i> Перекрут и некроз правых придатков матки, вторичный катаральный аппендицит у ребенка 3 лет . . . . .	67
<i>Магер А.О., ЩербакOVA О.В.</i> Клинический пример гибридной операции у ребенка с редкой сосудистой мальформацией — синдромом Бина . . . . .	68
<i>Малимон Т.В., Савельева М.Н., Аттала Б.</i> Травматические повреждения челюстно-лицевой области у детей г. Перми и Пермского края. Методы лечения и реабилитации . . . . .	69
<i>Мамбетова А.И., Шангареева Р.Х., Низаметьянов Р.А., Демина А.В., Хисамутдинов Р.Р., Ковалева В.Д.</i> Некроз пряди большого сальника . . . . .	70



**Содержание**

<i>Маргиева Д.А., Шарков С.М., Шмыров О.С., Кулаев А.В., Суров Р.В., Лазишвили М.Н., Козырев Г.В., Морозов К.Д., Ковачич А.С., Лобач А.Ю.</i> Опыт использования лапароскопической продольной интравезикальной уретероцистонеоимплантации в условиях дефицита длины мочеточника после ранее перенесенных оперативных вмешательств . . . . .	71
<i>Маркосян С.А., Чарышкин С.А., Кемаев А.Б., Чепой М.О., Маркосян Л.С.</i> Характер микрофлоры брюшной полости и факторы риска развития послеоперационного перитонита в разном возрасте . . . . .	72
<i>Махмудов З.М., Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А.</i> Улучшение хирургических методов лечения острого гематогенного остеомиелита у детей . . . . .	73
<i>Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю.</i> Обширная постветряночная флегмона ягодицы . . . . .	74
<i>Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Якунов А.Н.</i> Клиническое проявление кисты урахуса у подростка . . . . .	75
<i>Нигинский Д.М., Захарчук Е.В.</i> Благоприятный исход длительного последовательного хирургического лечения при осложненной ПСМТ (взрывном переломе L5) у подростка с сочетанной травмой . . . . .	76
<i>Новопольцева О.Н., Караваева С.А., Котин А.Н., Веремейчик С.А., Гопиенко М.А., Кесаева Т.В., Патрикеева Т.В., Попова Е.Б., Леваднев Ю.В., Лагунова В.А., Чернявский А.О.</i> Опыт лечения паховых грыж у детей раннего возраста . . . . .	77
<i>Павленко Н.И., Писклаков А.В., Пустовецкая Е.С.</i> Параовариальная киста как причина острой абдоминальной боли у девочек . . . . .	78
<i>Пантюхин Д.В., Журило И.П.</i> Фитобезоар, дивертикула Меккеля, осложнившийся тонкокишечной инвагинацией . . . . .	79
<i>Парамонова М.С., Маркосян С.А., Лёвин С.В., Маркосян Л.С.</i> Опыт применения диагностической и лечебной артроскопии коленного сустава у детей . . . . .	80
<i>Первалова Н.В., Мурга В.В., Бурская В.С., Марасанов Н.С., Кенис Ю.М., Симонов А.В., Орехов А.Ю., Шалатов Н.Н.</i> Выбор тактики лечения переломов костей предплечья у детей . . . . .	81
<i>Писклаков А.В., Зайцев Ю.Е., Костюченко А.С.</i> Влияние размеров гидатиды на диагностику заболевания и сроки оперативного лечения при её перекруте . . . . .	82
<i>Плешков С.А., Окунева А.И., Плешкова Р.А., Окунев Н.А., Костерин А.В.</i> Диагностика и лечение острого флегмонозного аппендицита в сочетании с гемолитико-уремическим синдромом . . . . .	83
<i>Плотникова Н.С., Глебова Е.С., Амчславский В.Г.</i> Проблемы нутритивной поддержки детей с высокими кишечными свищами . . . . .	84
<i>Прокофьев М.В., Пыхтеев Д.А., Елин Л.М.</i> Лапароскопическая холецистэктомия у детей с экстренной и плановой патологией желчного пузыря . . . . .	85
<i>Пыхтеев Д.А., Елин Л.М., Прокофьев М.В., Филюшкин Ю.Н., Елина М.О.</i> Результаты лечения некротического панкреатита у детей . . . . .	86
<i>Пыхтеев Д.А., Елин Л.М., Прокофьев М.В., Филюшкин Ю.Н., Елина М.О.</i> Кистозно-аденоматоидная мальформация правого лёгкого и кистозное удвоение пищевода у ребенка 16 лет . . . . .	87
<i>Рождественская В.С., Писклаков А.В., Шевчук В.И.</i> Опыт лечения аппендикулярного перитонита у детей . . . . .	88
<i>Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А.</i> Клинический случай кистозной формы мекониевого перитонита у новорожденного . . . . .	89
<i>Рядинская Е.А., Иванашкин А.Ю., Мякова Н.В.</i> Диснатриемии у детей: новое решение старых проблем . . . . .	90
<i>Сварич В.Г., Сварич В.А., Соснин Е.В.</i> Вариант лечения эвагинации колостомы при болезни Гиршпрунга у ребенка . . . . .	91

**Содержание**

<i>Северинов Д.А., Гаврилюк В.П.</i> Исследование формирования сгустка крови при использовании кровоостанавливающих средств в эксперименте in vitro .....	92
<i>Северинов Д.А., Гаврилюк В.П., Костин С.В., Донская Е.В.</i> Лапароскопический вариант удаления трихобезоара желудка у ребенка 3 лет .....	93
<i>Семенов С.Ю., Проценко Я.Н., Баиндурашвили А.Г., Зорин В.И.</i> Хирургическая коррекция посттравматических деформаций дистальных отделов костей предплечья при хронической нестабильности дистального лучелоктевого сустава у детей .....	94
<i>Серегин А.С., Сидорова Л.Н., Бутуев С.М., Воропаева В.В.</i> Особенности неотложного лечения детей с гемангиомами сложных анатомических локализаций .....	95
<i>Серегин А.С., Трунин Д.А., Тарасов Ю.В., Серегина К.А.</i> Тактика лечения детей с пулевыми ранениями лица .....	96
<i>Смирнов И.В., Ройтберг Г.Е., Лазарев В.В., Кондратова Н.В., Смирнова С.И., Вачнадзе Д.И.</i> Аспекты безопасности анестезиологического пособия при операциях по коррекции сколиотической деформации позвоночника у детей .....	97
<i>Соколов Ю.Ю., Вилесов А.В., Стоногин С.В., Коровин С.А., Ахматов Р.А.</i> Спленопексия у ребенка с перекрутом блуждающей селезенки .....	98
<i>Соколов Ю.Ю., Гогичаева А.А., Ефременков А.М., Ахматов Р.А.</i> Острое расширение желудка как осложнение хронической дуоденальной непроходимости у детей .....	99
<i>Солдатов П.Ю., Кряжев А.В., Шустиков П.Е., Насибуллина К.В.</i> Хирургическое лечение энтерокистомы у ребёнка 3 лет .....	100
<i>Старцева А.Г.</i> Пароксизмальная симпатическая гиперактивность .....	101
<i>Статина М.И., Гаврилюк В.П., Северинов Д.А.</i> «Остеомиелитическая настороженность» в практике врача педиатра: актуальность своевременной диагностики на примере редких клинических случаев .....	102
<i>Тен Ю.В., Елькова Д.А., Мамонтова Н.В., Зеленин В.В., Зацепин Р.Д.</i> Спинальный дермальный синус в хирургии пилонидальных кист у детей .....	103
<i>Тен Ю.В., Тен К.Ю., Елькова Д.А.</i> Ранения детей пневматическим оружием .....	104
<i>Тимошинов М.Ю., Цап Н.А., Екимов М.Н., Чукреев В.И.</i> Заворот желчного пузыря у ребенка: «чудеса» неотложной абдоминальной хирургии .....	105
<i>Тихомиров А.И., Подкаменев А.В., Передереев С.С., Волкова Н.Л., Глушкова В.А., Мешков А.В.</i> Редкое внутрибрюшное осложнение пенетрирующей формы болезни Крона у ребенка .....	106
<i>Турищев И.В., Тошматов Д.А., Романюк Т.И.</i> Нутритивный статус при деструктивных пневмониях .....	107
<i>Уздимаева С.К., Аксельров М.А.</i> Сравнительный анализ диагностических шкал острого аппендицита при остром животе у детей .....	108
<i>Уразаева Г.К., Оборкина Д.С.</i> Герпетическая инфекция у детей с ожоговой травмой .....	109
<i>Филиппева Н.В., Игнатьев В.В., Шайнер Н.Б., Муравьев А.В., Тищенко Н.С., Громов А.Б.</i> Опыт оказания медицинской помощи при массовом поступлении пациентов с минно-взрывной (осколочной) травмой в многопрофильный стационар .....	110
<i>Хохлова В.В., Пряников П.Д., Семькин С.Ю., Сагателян М.О., Миронов А.Ю.</i> Консервативное лечение хронического риносинусита при муковисцидозе .....	111
<i>Цап Н.А., Елисеев А.С., Чукреев В.И., Чукреев А.В.</i> Клинический случай разрыва двенадцатиперстной кишки .....	112

**Содержание**

<i>Цап Н.А., Курова Е.К., Черненко Л.Ю., Эрленбуш В.В.</i> Хирургические аспекты осложненного течения аппендикулярного перитонита у детей . . . . .	113
<i>Цыбикова Ю.А., Еналиева Л.Р., Окунева А.И., Окунев Н.А., Куманев А.А.</i> Лечение детей с укусами неядовитых животных . . . . .	114
<i>Цыганенко В.С., Гордиенко И.И.</i> Лечение патологических переломов костей кисти у детей . . . . .	115
<i>Черкасова И.А., Юсуфов А.А., Потемичева И.И., Бурьяноватая А.А.</i> Компрессионный стеноз чревного ствола — причина абдоминальной ишемии и неинфекционных воспалительных заболеваний органов брюшной полости у детей. Клинические примеры . . . . .	116
<i>Черный С.П.</i> Лечения множественных переломов плюсневых костей у подростка с применением новых имплантов для остеосинтеза . . . . .	117
<i>Чилибийский Я.И., Абросимова Т.Н., Лабузов Д.С.</i> Случай заворота желчного пузыря у ребенка 5 лет как причина клиники острого живота . . . . .	118
<i>Чукреев А.В., Цап Н.А., Чукреев В.И., Елисеев А.С., Тальнишных М.П.</i> Типичный механизм абдоминальной травмы и сложный путь к восстановлению . . . . .	119
<i>Чукреев А.В., Цап Н.А., Чукреев В.И., Елисеев А.С., Тальнишных М.П.</i> Трихобезоар тонкой кишки — так ли просто обнаружить? . . . . .	120
<i>Чумакина Е.Е., Инкина Е.В., Кузнецов С.А., Малиненко З.И., Шавлак Ю.С.</i> Методы диагностики феохромоцитомы на клиническом примере . . . . .	121
<i>Щедров Д.Н., Шорманов И.С., Комарова С.Ю., Цап Н.А., Раджабов Н.Н., Пирогов А.В., Гарова Д.Ю., Дедюхин Н.А., Буркин А.Г., Поляков П.Н., Шкилев Р.В., Окопный К.Ю., Медведев Н.А.</i> Закрытая травма почки у детей . . . . .	122
<i>Щедров Д.Н., Шорманов И.С., Морозов Е.В., Гарова Д.Ю.</i> Повреждения придатка яичка в детском возрасте . . . . .	123
<i>Щербинин А.В., Щербинин А.А., Бессонова А.Д.</i> Возможности консервативной терапии травмы почек у детей . . . . .	124

Абидова М.М., Прокопьев Г.Г.\*, Лиджиева Д.Э., Постникова Е.В., Круподерова А.О.,  
Шорина М.Ю., Михайлова А.Д., Крапивкин А.И.

## РОННАД-синдром: критерии диагностики и эффективные сценарии лечения

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

**Обоснование.** РОННАД-синдром — это очень редкое заболевание (всего в мире описано менее 100 случаев), характеризующееся стремительным ожирением у детей после двухлетнего возраста, гиповентиляцией, гипоталамической и вегетативной дисфункцией и невральными опухолями (чаще встречаются ганглионевромы). В большинстве случаев заболевание сопровождается дыхательной недостаточностью по центральному типу, которая требует аппаратного протезирования функции дыхания.

**Материал и методы.** В исследование включены данные о 8 пациентах детского возраста с синдромом РОННАД, проходивших лечение в ОРИТ ГБУЗ «НПЦ специально медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» в период с 2019 по 2024 г.

**Результаты.** У четверых пациентов имелись нейрогенные опухоли (синдром-РОННАДNET), у двух — паранеопластический синдром (получали терапию иммуноглобулинами, ритуксимабом), у одного пациента без эффекта. Пять пациентов оперированы — имплантированы диафрагмальные стимуляторы (ДС). После имплантации одному пациенту потребовалось включение ДС, только во время сна, двум пациентам — ДС круглосуточно и одному во время бодрствования достаточно ДС, во время сна — НИВЛ. Одного пациента не удалось перевести на ДС в связи с крайне выраженным ожирением. У одного пациента в связи с выраженным фиброзом легочной ткани имплантация ДС признана нецелесообразной. Один пациент не нуждается в респираторной поддержке.

**Заключение.** РОННАД-синдром относится к крайне редким жизнеугрожающим заболеваниям, с дыхательной недостаточностью, преимущественно по типу центрального гиповентиляционного синдрома. Диагностическая настороженность врачей-педиатров, неврологов, эндокринологов, диетологов, онкологов позволяет своевременно выявить заболевание и назначить правильное лечение. В отсутствии эффективного этиопатогенетического лечения раннее протезирование функции дыхания и посиндромная терапия стабилизирует состояние пациентов, а имплантация стимуляторов диафрагмальных нервов снижает потребность в аппаратной искусственной вентиляции легких и улучшает качество жизни.

\*Прокопьев Геннадий Германович: ProcopevGG@zdrav.mos.ru

Аврасин А.Л.\*<sup>1,2</sup>, Румянцева Г.Н.<sup>1</sup>, Карташев В.Н.<sup>1,2</sup>, Медведев А.А.<sup>2</sup>, Долинина М.В.<sup>2</sup>

## Профилактическая орхидопексия как этап реабилитации пациентов, перенесших перекрут яичка

<sup>1</sup> Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь, Россия

<sup>2</sup> Детская областная клиническая больница, г. Тверь, Россия

**Обоснование.** Перекрут яичка относится к наиболее тяжёлой патологии, которая способна в короткие сроки привести к некрозу гонады. Предрасполагающими причинами являются аномалии яичка и его связочного аппарата. У ребёнка, перенесшего односторонний перекрут, существует риск перекрута контралатерального яичка, что в значительной степени ухудшает прогноз репродуктивного здоровья.

**Материал и методы.** Анализ результатов лечения детей с данной патологией, пролеченных в урологическом отделении ДОКБ г. Твери с 1994 до 2002 г., показал, что у 15% детей она была двусторонней. Учитывая литературные данные и собственные клинические наблюдения, в практику отделения с 2002 г. внедрена профилактическая орхидопексия контралатерального яичка для всех пациентов, перенесших перекрут гонады. Выбор способа профилактической орхидопексии учитывал существующие методы фиксации и результаты проведённого нами экспериментального исследования. Цель эксперимента — выбор оптимального шовного материала, обеспечивающего надёжную фиксацию и не вызывающего патологических изменений в паренхиме яичка, отработка техники операции.

**Результаты.** Результаты эксперимента показали, что использование биodeградирующих нитей без обработки висцерального листа влагалищной оболочки яичка не позволяет достичь надёжного сращения оболочек мошонки и яичка, а при использовании предложенной методики достигается надёжная орхидопексия, причём наименьшие изменения в тканях яичка, прилегающих к месту фиксации, отмечено при использовании нити PDS. При использовании для фиксации яичка не рассасывающейся нити Пролен достигалось хорошее сращение оболочек яичка, но отмечены выраженные изменения в его тканях. На предложенный метод профилактической орхидопексии получен патент на изобретение № 2231306. Профилактическая орхидопексия контралатерального яичка проводится в плановом порядке через 1,5–2 мес экстренного вмешательства. Надёжность фиксации оценивали по результатам объективного осмотра и ультразвукового сканирования.

**Заключение.** Операция хорошо переносится пациентами. Осложнений и случаев перекрута яичка после профилактической орхидопексии не отмечено.

\* Аврасин Александр Львович: avrasin@mail.ru

Азарова Н.В.\* , Тепаев Р.Ф.

## Неврологические осложнения рефидинг-синдрома у детей: клинический случай

Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой, г. Москва, Россия.

**Обоснование.** Частота распространения рефидинг-синдрома (РС) составляет 7,4% у пациентов детских отделений интенсивной терапии, получавших нутритивную поддержку самостоятельно или в качестве дополнения. РС возникает в результате потенциально смертельных изменений в балансе жидкости и электролитов, которые могут происходить у пациентов с недостаточным питанием, получающих нутритивную терапию. Стандартное определение не установлено, а эпидемиологические данные отсутствуют. РС характеризуется гипофосфатемией, гипомагниемией, гипокалиемией, дефицитом витаминов и нарушением метаболизма глюкозы. Данный синдром имеет широкий спектр осложнений.

**Описание клинического случая.** Пациентка, 17 лет, поступила в ОПИТ №1 15.06.2024. Жалобы: потемнение в глазах, головокружение, пресинкопальное состояние. Анамнез заболевания. Со слов мамы: «обмякла», сползла по стенке, затем начала выгибаться, тонус в конечностях был повышен. Вызвана бригада СМП, девочка доставлена в ДГКБ им. З.А. Башляевой. Наблюдалась у психиатра в центре Г.Е. Сухаревой по поводу эмоциональной лабильности; последние несколько лет худела, принимала диуретики с целью снижения веса. Рост 163 см., масса тела 44 кг, ИМТ 16,5 кг/кв. м. Неврологический осмотр: поверхностное оглушение, дезориентирована в пространстве, астенизирована, на вопросы отвечает с задержкой. Лабораторно: рН=7,4; К=1,9ммоль/л; Na=90,0ммоль/л; Ca=1,0ммоль/л; P=1,0ммоль/л; Mg=1,3ммоль/л. Состояние на 23.07.2024: сознание — ШКГ — 12 баллов. Доступна простому контакту, на вопросы отвечает с задержкой, к осмотру негативна. Гипертонус в сгибательной группе мышц в конечностях. Лабораторно: рН=7,4; К=3,3ммоль/л; Na=142,0ммоль/л; Ca=1,3ммоль/л; P=1,3ммоль/л; Mg=0,6ммоль/л. Заключение МРТ головного мозга: МР-картина течения синдрома осматической демиелинизации в виде проявлений центрального понтинного и экстрапонтинного миелолиза. Начальные проявления диффузной атрофии вещества головного мозга. Состояние на 29.08.2024: ребенок находится в отделении неврологии. Неврологический статус: сознание ясное, ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Речь дисфонична, инструкции выполняет. МРТ головного мозга: в сравнении с МР-данными от 23.07.2024 отмечается динамика в виде отсутствия повышения сигнала в режиме DWI и снижения интенсивности сигнала от ранее выявленных участков в области моста и базальных ядрах.

Проведенные диагностические мероприятия позволили выявить неврологическое осложнение РС в виде синдрома осматической демиелинизации — центральный понтинный и экстрапонтинный миелолиз.

**Заключение:** Рефидинг-синдром — это серьёзное, но предотвратимое состояние, с которым можно справиться с помощью тщательного наблюдения и контролируемого лечения. Но несмотря на проводимую терапию и контроль, у определенных групп пациентов могут развиваться различные осложнения РС, что демонстрирует наш клинический случай.

\*Азарова Надежда Викторовна: alistar199@yandex.ru

Александров С.В.\* , Амоголонов Н.Б., Березина Н.А., Бойко К.Ф., Большакова Т.В.,  
Иванов П.А., Пшихопова С.З., Черкашин М.А., Шкарина М.Н.

## Гастростомия в отделении детской онкологии

Лечебно-диагностический центр международного института биологических систем имени Сергея Березина, г. Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** У онкологических пациентов, получающих комплексное лечение (химиотерапия, протонная лучевая терапия, хирургическое лечение), с целью нутритивной поддержки и поддержания непрерывности терапии в ряде случаев требуется установка гастростомы. Предпочтительным вариантом для пациента и его родителей является установка низкопрофильной гастростомической трубки с помощью малоинвазивных методик.

**Материал и методы.** Количество случаев госпитализации в онкологическую клинику ЛДЦ МИБС за 2022–2024 гг. составило 4040. Абсолютные показания к гастростомии имелись у 21 пациента и определялись как совокупность бульбарного синдрома, длительности стояния назогастрального зонда, дефицита массы тела, белково-энергетической недостаточности и длительности предстоящей специальной терапии, а также как попадание в зону облучения органов ротовой полости и шеи. Выполнена 21 гастростомия, из них 20 с использованием малоинвазивных методик чрезкожной гастростомии (19 — по методике «push» с использованием анкерной гастропексии, 1 — по методике «pull»), в одном случае выполнен переход на открытое вмешательство. Возраст оперированных пациентов — от 8 мес до 17 лет, масса тела — от 5600 гр. Особую категорию составляли 10 пациентов, имеющих вентрикулоперитонеальный шунт, вмешательство у которых проводили с учетом особенностей предоперационного планирования и с использованием гибридной интраоперационной визуализации для исключения возможного конфликта устройств.

**Результаты.** Интраоперационных осложнений во время чрезкожной гастростомии не было. В одном случае при подозрении на перфорацию стенки желудка проводником выполнена лапаротомия, перфорация не подтверждена, выполнена гастростомия. У пациентов с ВПШ реимплантация перитонеального отдела шунта потребовалась в 2 случаях: во время операции гастростомии по причине расположения входа перитонеального отдела шунта в брюшную полость в проекции тела желудка; при возникновении дисфункции шунта на фоне колита через 4 сут после гастростомии). После малоинвазивной (чрезкожной) гастростомии онкологических пациентов переводили с хирургической койки на онкологическую на 3–4-е сутки после операции и начинали курсы химиотерапии.

**Заключение.** Малоинвазивная гастростомия позволяет в ближайшее время после операции проводить химиотерапевтическое лечение, не нарушая сроки лечения, является предпочтительным методом в группе онкологических пациентов. В онкологической клинике необходимо владеть всеми способами гастростомии, а также иметь соответствующее оснащение операционной и наборы для обеспечения установки различных вариантов гастростом.

\*Александров Сергей Владимирович: [aleksandrov.s.v@ldc.ru](mailto:aleksandrov.s.v@ldc.ru)

Александров С.В.\* , Березина Н.А., Бойко К.Ф., Большакова Т.В., Черкашин М.А.

## Ультразвуковая визуализация в отделении детской онкологии

Лечебно-диагностический центр международного института биологических систем имени Сергея Березина, г. Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Ультразвуковая визуализация в экстренной и неотложной медицине, интенсивной терапии, в том числе при выполнении инвазивных манипуляций, является золотым стандартом. Для пациентов детского возраста важно, что исследование не несет лучевой нагрузки, проводится относительно быстро, может быть повторено при необходимости. Кроме того, ультразвуковое сканирование не требует специальных условий и может быть выполнено как на приеме пациента, так и у постели больного и в операционной.

**Материал и методы.** Количество случаев госпитализации в отделение детской онкологии ЛДЦ МИБС за 2022–2024 гг. составило 4040. Пациенты поступали для проведения биопсий, установки устройств постоянного сосудистого доступа, проведения комплексного лечения. Прикроватный ультразвук (POCUS) использовали у всех пациентов с подозрением на скопление свободной жидкости в полостях (FAST-протокол) и при сканировании легких у пациентов ОАРИТ, и у пациентов с подозрением на пневмоторакс (BLUE-протокол). Все операции по установке устройств постоянного венозного доступа (PICC, венозная порт-система) выполнены с ультразвуковым контролем венепункции и с контролем расположения дистального конца катетера вне камер сердца. Кроме того, ультразвук широко используется при венепункции периферических вен. Ультразвуковое сканирование применяли при первичном осмотре и во время операции биопсии при локализации новообразований в грудной и брюшной полости, малом тазу, что позволило минимизировать операционную травму, получать информативный материал и избежать осложнений.

**Результаты.** Использование ультразвукового сканирования в формате POCUS в практике детского онкологического отделения значительно ускоряет диагностику неотложных состояний, позволяет осуществлять контроль лечения. Использование ультразвука при обеспечении сосудистого доступа и во время биопсий значительно увеличивает точность вмешательства и уменьшает количество попыток и осложнений.

**Заключение.** Ультразвук является простым и безопасным способом визуализации и может рутинно применяться в практике детского онкологического отделения. УЗ-аппарат, особенно портативный или передвижной, является доступным инструментом для врача-детского хирурга и врача-анестезиолога-реаниматолога, а также для медицинских сестер и операторов КТ и МРТ. Применение ультразвука значительно упрощает диагностику неотложных состояний и проведение диагностических и лечебных вмешательств.

\*Александров Сергей Викторович: [aleksandrov.s.v@ldc.ru](mailto:aleksandrov.s.v@ldc.ru)



Алиева Э.И., Щербакова О.В.\* , Кузнецова Е.В., Руденко С.В.

## Сочетание мультивоспалительного синдрома с воспалительными заболеваниями кишечника у детей: тактика педиатра и хирурга (клинические наблюдения)

Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Мультисистемный воспалительный синдром (МВС) является серьезным осложнением новой коронавирусной инфекции COVID-19, характеризуется цитокиновым штормом и полиорганной недостаточностью, нередко с вовлечением желудочно-кишечного тракта. Сочетание МВС с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) значительно ухудшает течение и исход заболевания, требуя пристального внимания смежных специалистов.

**Материал и методы.** Наше сообщение о двух случаях МВС в сочетании с ВЗК в детском возрасте. В первом случае у девочки 10 лет МВС сочетался с ранее установленным диагнозом язвенный колит (ЯК), по поводу чего она получила в течение 3 лет поддерживающую терапию препаратами 5-АСК. С сентября 2021 г. на фоне COVID-19 отмечено ухудшение состояния: боли в животе, жидкий стул с кровью до 20 раз в сутки, анемия (гемоглобин 69 г/л), лейкопения ( $3.0 \times 10^9/\text{л}$ ), гипопропротеинемия (42 г/л), повышение СРБ (71.8 мг/л). По данным обследования, выявлены: полисерозит, геморрагический гастрит, язвенный проктосигмоидит (глубокое, обширное, занимающее большую часть поверхности, изъязвление с островками грануляций). Во втором случае МВС возник в дебюте тяжелой формы болезни Крона (БК) у подростка 16 лет и протекал с выраженной астенизацией, потерей веса, атипичной кожной сыпью, паническими атаками, отеками, полисерозитом, частичной кишечной непроходимостью и клинико-лабораторной картиной тяжелого панкреатита. Состояние резко ухудшилось на фоне сепсиса (лейкопения  $1,0 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцитопения — 7 ЕД/л, анемия 80 г/л, СОЭ 60 мм/ч, СРБ 100 мг/л, ПКТ 20 ед, АД 80/59 мм рт. ст.).

**Результаты.** У девочки полиморфизм клинических симптомов (полисерозит, лихорадка и т. п.) были расценены как проявления тяжелого колита с кишечным кровотечением и неэффективностью проводимой консервативной терапии, что привело к экстренной колэктомии. У мальчика симптомы МВС, сепсис и панкреатит купированы, при выписке продолжена гормональная терапия БК. Через 2 мес отмечен рецидив кишечной непроходимости. Проведена диагностическая лапароскопия, выявлены множественные стриктуры тонкой кишки, произведена резекция патологического участка кишки единым блоком длиной около 60 см; с наложением первичного анастомоза (гистологические признаки хронического активного гранулематозного воспаления). В настоящее время получает биологическую терапию, прибавил вес 20 кг.

**Заключение.** Таким образом, в первом случае COVID-19 являлся триггером для обострения ЯК. Атипичные симптомы, нехарактерные для атаки ЯК, были проявлениями МВС, который не был распознан клиницистами, но именно сочетание МВС с ЯК определило тяжесть состояния и привело к экстренной колэктомии. Во втором случае у подростка с выраженным абдоминальным болевым и диарейным синдромом МВС маскировал дебют стриктурирующей формы БК. Сочетание МВС с ВЗК значительно затрудняет диагностику, перекрывая своей полисистемностью клиническую картину заболевания кишечника и приводит к серьезным осложнениям, повышая риск хирургического вмешательства.

\*Щербакова Ольга Викторовна: olga-03@yandex.ru

Аль-Харес М.М.\*, Зверхановский А.О., Воскобойникова Е.М., Михайлов Г.А.,  
Исанкина Л.Н., Томаев В.Ю., Орленко М.С., Кодзев М.Р.

## Закрытая травма живота с разрывом тощей кишки у ребенка

Детская городская больница №5 имени Н.Ф. Филатова, г. Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Закрытая травма живота (ЗТЖ) остается актуальной проблемой детского травматизма и требует своевременной и правильной диагностики, от чего зависит выбор хирургического пособия.

**Описание клинического случая.** Представлен клинический случай множественной закрытой травмы живота с повреждением тонкой кишки, разрывом селезенки, травматическим панкреатитом.

Больной М., 16 лет, поступил в приемное отделение ДГБ №5 с жалобами на боль в животе в 1-е сутки после травмы. Из анамнеза — упал с мопеда. Сознания не терял, тошноты и рвоты не было. Объективно: при поступлении состояние тяжелое, дыхание жесткое, проводится билатерально, хрипов нет, пальпация грудной клетки безболезненна. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот не вздут, болезненный в правой половине, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки. Перкуторно в отлогих местах притупление, перитонические симптомы положительные. По УЗИ ОБП и забрюшинного пространства: изменение контура селезенки с нарушением его целостности у нижнего полюса, свободная жидкость по правому фланку и в малом тазу. Рентген ОБП: без патологии. При клинико-лабораторном обследовании: лейкоцитоз, в общем анализе мочи — эритроцитурия. При оценке биохимических показателей патологии не выявлено. Проведена урография: патологических изменений не выявлено. Ребенок госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии в связи с тяжестью состояния, риском развития внутрибрюшного кровотечения и необходимостью динамического наблюдения за пациентом. Гемодинамика оставалась стабильной, гемоглобин не снижался. Через 6 ч из-за ухудшения состояния (нарастание перитонеальных симптомов, по УЗИ — увеличение объема жидкости в брюшной полости, по данным повторной рентгенограммы ОБП, после выполненной ФГДС, выявлен свободный газ в брюшной полости), пациент прооперирован. Выполнена верхнесрединная лапаротомия, при ревизии в брюшной полости около 600 мл желчи. Выявлен разрыв селезенки до 3,5 см в проекции нижнего полюса, выполнена спленэктомия. В 20 см от связки Трейца выявлен разрыв на 3/4 окружности тощей кишки, последний ушит в поперечном направлении двухрядным швом. Выполнена разгрузочная холецистостомия. В сальниковой сумке выявлен отек парапанкреатической клетчатки с серозным выпотом. С третьих послеоперационных суток начато энтеральное питание через рот. На 10-е сутки переведен в хирургическое отделение, на 22-е — холецистостома удалена. Послеоперационный период без осложнений, ребенок выписан из стационара на 26-е сутки. При госпитализации через 4 мес состояние пациента удовлетворительное, жалоб не предъявляет. По данным МСКТ органов брюшной полости, выявлена вирсунгэктазия, что расценено как проявление хронического посттравматического панкреатита.

**Заключение.** Мы считаем необходимым проведение холецистостомии при травме проксимального отдела тощей кишки с целью снижения вероятности несостоятельности кишечного шва. Разрыв тощей кишки является редким и трудно диагностируемым следствием ЗТЖ.

\* Аль-Харес Милад Мтанусович: haresmilad@gmail.com

Анастасов А.Г.\*, Канивец Е.А., Медяник М.С.

## Интенсивное неоперативное лечение детей с травмой селезенки, гемоперитонеумом

Донецкий государственный медицинский университет, Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк, ДНР, Россия

**Обоснование.** Лечение детей с травмой селезенки остается одной из актуальных проблем практической медицины и носит мультидисциплинарный подход. Наиболее часто встречались единичные или множественные разрывы капсулы и паренхимы 2-ой степени селезенки (до 57,3%). Более обширные повреждения селезенки — площадью 50% и более только у 2,4% детей. Неотложная диагностика и интенсивная терапия, как альтернатива хирургическому лечению детей с травмой органов брюшной полости является актуальной задачей и до конца нерешенной проблемой до настоящего времени.

**Цель.** Оценить тяжесть состояния пациентов и эффективность предложенной интенсивной терапии, включающей инфузионную поддержку, эффективную анальгезию и гемостатическую терапию, как альтернативу спленэктомии, в первые 24 часа после поступления в стационар у детей с изолированной травмой селезенки.

**Материалы и методы.** В исследование включены 34 ребенка в возрасте от 6 до 12 лет, которые находились на лечении в Республиканской детской клинической больницы МЗ ДНР с 2014–2024 гг. с диагнозом тупая травма живота и органов брюшной полости. Лечение — предусматривало строгий постельный режим в течении 24–48 часов с динамическим наблюдением в ОРИТ, включавшим: контроль температуры тела ( $T^{\circ}$  тела), артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), насыщения крови кислородом ( $SpO_2$ ), оценку динамики числа эритроцитов, гемоглобина, УЗИ живота, количественную оценку боли по визуальной — аналоговой шкале (ВАШ). Оценка тяжести травмы проводили на основании педиатрической шкалы тяжести травмы. Статистический анализ проведен с использованием критерия Манна-Уитни ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** В первые 24 часа, в основной группе больных кровопотеря соответствовала I степени (снижение ОЦК  $< 15\%$ ) по шкале ATLS, а оценка тяжести травмы по шкале PTS —  $11,2 \pm 1,4$  балла, что соответствовало легкой изолированной травме. Среднетяжелое состояние детей сопровождалось умеренно выраженным абдоминальным болевым синдромом (ВАШ —  $3,2 \pm 0,8$  балла). Интенсивная терапия включала умеренную седацию и обезболивание с применением кетамина, инфузионную терапию раствором Рингера (10 мл/кг /час) с переходом 5 мл/кг/час без использования препаратов крови, гемостатическую терапию

**Заключение.** Степень выраженности внутрибрюшного кровотечения у детей с изолированной травмой селезенки характеризовалась уровнем артериальной гипотензии, снижением гемоглобина и величиной гемоперитонеума. Применение в первые 24 часа раствора кетамина с инфузионной и гемостатической терапией является оптимальным у детей с I степенью кровопотери, среднетяжелым состоянием и легкой степенью тяжести травмы и позволило избежать хирургического вмешательства. Применение транексамовой кислоты не сопровождалось побочными реакциями.

\*Анастасов Андрей Герасимович: a.g.anastasov@gmail.com

Анчутин П.Е. \*, Лазарев В.В.

## Применение содержащего сукцинат кристаллоидного раствора в лечении внебольничной пневмонии у детей

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

**Обоснование.** Тяжёлое течение внебольничной пневмонии связано с выраженной/избыточной воспалительной реакцией. Включение содержащего сукцинат кристаллоидного раствора (ССКР) в схему лечения внебольничной пневмонии способствует ингибированию избыточной воспалительной реакции, нормализации энергетического обмена в очаге воспаления и клетках иммунной системы.

**Цель исследования** — оценить динамику маркеров воспалительной реакции и показателей системы гемостаза при проведении комплексной интенсивной терапии внебольничной пневмонии у детей с включением в схему лечения инфузии содержащего сукцинат препарата (Реамберин 1,5%) у детей с внебольничной пневмонией

**Материал и методы.** В исследовании сформировано 2 группы детей. Основная — группа применения ССКР, 24 ребенка. Ретроспективная/контрольная группа — 76 детей. В основной группе выделено две подгруппы в зависимости от скорости введения ССКР: 5 мл/кг/ч и 2,5 мл/кг/ч.

**Результаты.** По результатам проведенной работы в группе применения ССКР выявлено/установлено: 1) сокращение длительности пребывания в отделении реанимации и снижение потребности в оксигенотерапии на 2 сут быстрее по сравнению с группой контроля; 2) стабилизация показателей органной дисфункции по шкале pSOFA на 2 дня быстрее по сравнению с группой контроля; 3) более низкие значения лейкоцитов на 2-е и 4-е сутки и снижение нейтрофилии на 3-и и 4-е сутки пребывания детей в отделении реанимации по сравнению с группой контроля; 4) статистически достоверное снижение С-реактивного белка к 3-м (Me 3,4 мг/л, vs Me 18,6 мг/л) (<0,001) и 4-м суткам пребывания в отделении реанимации, (Me 3,45 мг/л, vs Me 16,7 мг/л) (<0,001); 5) снижение уровня интерлейкина-6 (с 23,7 до 1,9 пг/мл,  $p=0,002$ ) и фактора некроза опухоли- $\alpha$  к 3-м суткам (с 1,3 до 1,0 пг/мл,  $p=0,012$ ) в подгруппе 5,0 мл/кг/ч; 6) более выраженное снижение концентрации D-димеров к 3-м суткам (на 418,5 нг/мл vs 137,0 нг/мл,  $p=0,026$ ) и фибриногена к 3-м суткам (на 1,7 г/л vs 0,2 г/л,  $p=0,001$ ) и 5-м суткам (на 3,8 г/л vs 0,5 г/л.,  $p=0,002$ ); 7) значимый прирост АЧТВ на 3-и сутки на фоне применения не фракционированного гепарина в основной группе (на 9,7 с., vs 2,9 с.,  $p=0,001$ ).

**Заключение.** Эффективность применения ССКР в терапии внебольничной пневмонии у детей подтверждается статистически значимой динамикой уровня лейкоцитов, нейтрофилов, маркеров воспаления и показателей гемостаза. Включение ССКР в схему лечения детей с внебольничной пневмонией способствует профилактике тромботических осложнений, предотвращая гипоксические нарушения в системе коагуляции и потенцируя эффекты нефракционированного гепарина без повышения риска развития гепарин-индуцированной тромбоцитопении.

\*Анчутин Павел Евгеньевич: Nelson9857@yandex.ru

Бабаев Б.Д., Турищев И.В., Смирнов Г.В., Кумалагова З.Т.\*

## Формирование внутреннего протокола послеоперационной седации и анальгезии у детей с челюстно-лицевой патологией

Детская городская клиническая больница святого Владимира, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Подбор оптимальной седации и анальгезии у детей с челюстно-лицевой патологией представляет собой значительные трудности. Недостаточная глубина связана с высокими рисками внеплановых экстубаций, ведущих к тяжелой гипоксии. В случае излишней глубины седации повышаются риски развития пневмонии, формирования нарушений микроциркуляции вплоть до формирования пролежней, необоснованно увеличивается продолжительность ИВЛ. В различных стационарах используется множество комбинаций препаратов, однако выработка единой схемы лечения обеспечивает большую безопасность для пациентов.

**Материал и методы.** В исследование вошли 46 детей, проходивших лечение в ОРИТ с различной челюстно-лицевой патологией. У всех пациентов коллегиально были выставлены показания для продленной ИВЛ (более 48 ч в послеоперационном периоде). Пациенты были разделены на две группы, которые в свою очередь были разделены на две подгруппы по возрастам (А — до 3 лет, Б — более 3 лет): Группа № 1 — включено 26 пациентов, которым седацию и анальгезию проводили по разработанному внутреннему протоколу. Группа №1А — продленные инфузии морфина и мидазолама первые 24 ч, после чего продленная инфузия морфина и ГОМК. Группа №1Б — ингаляция севофлурана через систему ANACONDA + продленная инфузия морфина. Группа № 2 была ретроспективной, в нее включены 20 больных, которым седацию и анальгезию проводили препаратами по личному предпочтению лечащего врача. В ходе статистического анализа в обеих группах оценивали количество спонтанных экстубаций, количество эпизодов развития синдрома отмены в послеоперационном периоде, время с момента прекращения седации до плановой экстубации

**Результаты.** В группе №1А внеплановых экстубаций не наблюдали, среднее время от момента прекращения седации до плановой экстубации составило 5 ч, у одного из пациентов отмечали развитие синдрома отмены, проявившегося острым психомоторным возбуждением. В группе №1Б внеплановых экстубаций не было, среднее время от прекращения седации до экстубации составило 2 ч, признаков синдрома отмены у пациентов не было. В группе №2 отмечали 3 спонтанные экстубации, а среднее время с момента прекращения седации до плановой экстубации составило 11 ч, у четырех пациентов проявились признаки синдрома отмены.

**Заключение.** Использование рациональной стандартизированной схемы анальгезии у детей с челюстно-лицевой патологией обеспечивает большую безопасность и контролируемость терапии данной группы больных.

\* Кумалагова Залина Тамерлановна: zalinakumalagova0187@yandex.ru

Бабич И.И., Черкасов М.Ф., Лукаш Ю.В., Новошинов Г.В., Кацупеев В.Б., Бойко В.А.\*

## Лечение чрескапсульных повреждений печени и селезенки у детей

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

**Обоснование.** При сочетанной и комбинированной абдоминальной травме у 95,7% детей повреждаются печень и селезенка. В последние годы при чрескапсульных повреждениях печени и селезенки предпочтение отдается консервативной тактике. При продолжающемся кровотечении и нестабильной гемодинамике осуществляется операция, сущность которой заключается в остановке паренхиматозного кровотечения и дренирования зоны повреждения. При разрывах 4–5-й степени, следуя методическим рекомендациям, выполняется спленэктомия с аутолиентрансплантацией. Проблема гемостаза из поврежденных органов является актуальной, в ряде случаев в послеоперационном периоде возникает вторичное кровотечение, обусловленное отторжением коагулированной ткани и тромболизисом.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 182 пациента с комбинированным повреждением печени и селезенки в период с 2000 по 2024 г. Консервативное лечение было проведено 105 (57,7%) детям, оперативное — 77 (42,3%), лапаротомия — 44 (57,1%), лапароскопия с гемостазом поврежденных органов — 33 (42,9%). В 28 (36,3%) случаях выполняли спленэктомию с последующей аутоотрансплантацией селезеночной ткани. Из них у 16 (20,7%) детей гемостаз осуществляли с помощью диатермокоагуляции с последующим тампонированием ран тахокомбом, у 12 (15,6%) использовался фибриновый клей. Зоны повреждения во всех случаях дренировали силиконовыми трубками.

**Результаты.** У 28 (36,3%) пациентов при комбинированных повреждениях печени и селезенки выполняли спленэктомию с аутоотрансплантацией фрагмента селезенки в рану печени (патент №2305502), что обеспечивало идеальный гемостаз без применения других гемостатических препаратов. Дренаж из подпеченочного пространства удаляли на 3-и сутки с полным отсутствием отделяемого. Вторичных кровотечений не наблюдали. В группе больных (20,7%) с применением коагулирующего гемостаза и тампонированием сальником геморрагическое отделяемое из дренажа наблюдали в течение 5–6 сут, что требовало серьезной общей гемостатической терапии. В группе (15,6%) с местным применением фибринового клея, тахокомба, с гемостатической целью, кровотечения в послеоперационном периоде не наблюдали, дренаж удаляли на 2–3-и сутки.

**Заключение.** Таким образом, полной блокады паренхиматозного кровотечения из поврежденной печени и селезенки коагуляционным способом достичь невозможно в связи с существенным риском вторичных кровотечений. Применение тахокомба и фибринового клея дает наилучший эффект остановки кровотечения. Аутоотрансплантация селезеночной ткани в рану печени при комбинированных повреждениях является приоритетным, так как позволяет достичь радикального гемостаза и полного отсутствия вторичных кровотечений в послеоперационном периоде.

\*Бойко Виктория Александровна: vi.boy03@mail.ru

Багаев В.Г.\*<sup>1,2</sup>, Амчславский В.Г.<sup>1</sup>, Карташев В.А.<sup>1</sup>, Сабина Т.С.<sup>1</sup>,  
Иванова Т.Ф.<sup>1</sup>, Острейков И.Ф.<sup>2</sup>, Джанмирзоева А.Ю.<sup>1</sup>

## Лазерная доплеровская флоуметрия в выборе анестезии при реконструктивно-пластических операциях у детей

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии – Клиника доктора Рошала, г. Москва, Россия

<sup>2</sup> Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Анестетики оказывают влияние на перфузию кожных лоскутов в реконструктивно-пластической хирургии, что влияет на результаты хирургического лечения. Метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) позволяет оценить микроциркуляцию (перфузию) кожи при различных видах анестезии.

**Материал и методы.** В исследование вошли 97 пациентов в возрасте  $13,3 \pm 3,3$  лет, с посттравматическими мягкоткаными дефектами нижних конечностей. У всех исследуемых вводная внутривенная анестезия включала: пропофол 3,5 мг/кг, фентанил 2,0–2,5 мкг/кг и рокуроний 0,3 мг/кг. Протекция дыхательных путей — эндотрахеальной трубкой или ларингомаской. По методу поддержания анестезии больные были разделены на 3 группы: 1-я группа — 37 пациентов (Се 2,0 об.% + N<sub>2</sub>O, фентанил 2,5–3,0 мкг/кг/ч); 2 группа — 30 пациентов (Xe : O<sub>2</sub>=60–65 об.% : 30 об.%, фентанил 3,0–3,5 мкг/кг/ч); 3-я группа — 32 пациента (Се 2,0–2,5 об.% + спинальная анестезия бупивакаином 0,5% — 4,0 мл на уровне L<sub>2</sub>–L<sub>4</sub>). В исследовании использовали метод ЛДФ, аппаратом «ЛАЗМА ПФ» (ООО НПП «Лазма», Россия). Показатели микроциркуляции (МЦ) оценивали в области подошвенной поверхности дистальной фаланги первого пальца стопы не оперируемой конечности на 3 этапах: 1-й этап — до анестезии; 2-й этап — во время анестезии и 3-й этап — после анестезии. Проводили сравнение показателя микроциркуляции (ПМ) в перфузионных единицах (п.е.) при анестезиях. Статистическую обработку данных выполнили с помощью пакетов программ Excel, Stat Soft Statistica v6.0 и Multilingual SPSS 11.0. Критическое значение уровня статистической значимости принимали равным 5% (p < 0,05).

**Результаты.** На 1-м этапе средние значения ПМ в исследуемых группах не имели статистически значимых различий. На 2-м этапе исследования, по сравнению с 1-м этапом, средние величины ПМ статистически достоверно увеличивались: в 1-й группе с  $10,4 \pm 6,1$  п.е. до  $13,6 \pm 4,5$  п.е. (p < 0,003); во 2-й группе с  $9,6 \pm 3,5$  п.е. до  $19,5 \pm 4,5$  п.е. (p < 0,001); в 3-й группе с  $8,8 \pm 2,2$  п.е. до  $15,6 \pm 6,3$  п.е. (p < 0,0001). Статистически достоверное повышение ПМ на 2 этапе исследования, по сравнению с 1-м этапом во всех группах, свидетельствует об улучшении микроциркуляции при поддержании анестезии Се с N<sub>2</sub>O, Хе и сочетанием Се со спинальной блокадой. Межгрупповое сравнение средних значений ПМ на 2-м этапе исследования показало, что наибольшим показателем был во 2-й группе ( $19,5 \pm 4,5$  п.е.), что на 7 п.е. выше, чем в 1-й (p < 0,001) и на 4 п.е. выше, чем в 3-й (p < 0,003). На 3-м этапе исследования средние значения ПМ не имели межгрупповых различий (1-я группа —  $10,2 \pm 5,3$  п.е.; 2-я —  $11,9 \pm 5,4$  п.е.; 3-я —  $11,0 \pm 5,2$  п.е.) и приближались к исходным цифрам.

**Заключение.** 1. Метод ЛДФ объективно показал, что поддержание анестезии Се, Хе и Се со спинальной блокадой бупивакаином, статистически достоверно улучшает МЦ кожи при операциях в области нижних конечностей у детей. 2. Сравнительный анализ МЦ в группах показал, что наилучшая микроциркуляция кожных покровов обеспечивается при поддержании анестезии Хе, что позволяет рекомендовать её при РПО у детей.

\*Багаев Владимир Геннадьевич: [bagaev61@mail.ru](mailto:bagaev61@mail.ru)

Баранова И.Б.\* , Яременко А.И., Попова М.О., Роднева Ю.А., Николаев И.Ю.,  
Паина О.В., Казанцев И.В., Слесарчук О.А., Быкова Т.А., Голощапов О.В.,  
Зубаровская Л.С., Кулагин А.Д.

## Инвазивные микозы орофациальной области у онкогематологических пациентов детского возраста. Неотложная хирургия в условиях глубокой иммуносупрессии

Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет имени И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Увеличилась частота инвазивных микозов (ИМ) с поражением орофациальной области. Традиционно группой риска развития ИМ являются гематологические и онкологические пациенты при проведении им противоопухолевой химиотерапии (ПХТ) и аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК). Хирургическое вмешательство имеет высокую диагностическую ценность и обеспечивает локальный контроль над инфекцией.

**Материал и методы.** С 2018 по 2022 гг. в НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой наблюдали 5 случаев ИМ с поражением орофациальной области у гематологических пациентов детского возраста. Диагноз ИМ установлен на основании критериев EORTC/MSGERC.

**Результаты.** Частота ИМ с поражением костей и мягких тканей лицевого отдела черепа у реципиентов алло-ТГСК в клинике НИИДОГиТ им. Р.М. Горбачевой с учетом количества алло-ТГСК в период наблюдения составила менее 0,1%. Фоновые состояния иммунодефицита: агранулоцитоз в результате противоопухолевой химиотерапии по поводу острых лейкозов — 40% (n=2), алло-ТГСК — 40% (n=2) с острым лейкозом и синдромом Гурлер, и лекарственный агранулоцитоз в результате приема НПВС — 20% (n=1). Клинические проявления ИМ: нарушения носового дыхания — 100% (n=5), боли в верхней челюсти — 80% (n=4), онемение челюсти и лица — 100% (n=5), птоз — 60% (n=3), некроз слизистой оболочки верхней челюсти — 60% (n=3), отек лица и гиперемия — 100% (n=5), офтальмоплегия — 50% (n=3), микотическое поражение легких — 60% (n=3), одонтогенные заболевания — 40% (n=2). Микологическое исследование биоптатов из пораженных областей. При микроскопии у 100% (n=5) больных выявлены элементы грибов. В 20% (n=1) при микроскопии обнаружен широкий несептированный мицелий, ветвящийся под прямым углом (мицелий мукового гриба). При культуральном исследовании у 80% (n=4) больных обнаружен рост микромицетов: в 20% (n=1) случаев был получен рост плесневых грибов *Rhizopus arrhizus* и *Lichthemia corymbifera*, в 20% (n=1) выделена *Aspergillus fumigatus*, в 20% (n=1) получен рост *Aspergillus flavus* в ассоциации с *Fusarium*, в 20% (n=1) получен рост *Aspergillus flavus* в ассоциации с *Candida parapsilosis*. Остеодеструктивные изменения верхней челюсти выявлены в 80% случаев (n=4), решетчатой кости — в 75% (n=3), стенок орбиты — в 20% (n=1), скуловой кости — в 20% (n=1), клиновидной кости — в 20% (n=1), носовых костей — в 40% (n=2). Хирургическое лечение получили 80% (n=4), лекарственную терапию — 100% (n=5). Живы 3 пациента, у 1 пациента потеря контакта через 1 год после установки диагноза и лечения.

**Заключение.** 1. Основная локализацией ИМ — околоносовые пазухи (100% случаев) и верхняя челюсть (80% случаев). 2. Высокая настороженность в отношении признаков верхнечелюстных синуситов у иммуносупрессивных пациентов. 3. При подозрении на ИМ — ранняя лекарственная антимикотическая терапия, контроль основного/фонового заболевания. 4. При подтверждении ИМ — хирургическое удаление пораженных тканей с целью локального контроля инфекции.

\*Баранова Ирина Бембеевна: [irina@acstom.ru](mailto:irina@acstom.ru)



Баранов Р.А.\*, Павлова Д.Д., Ишанова А.А., Родителей Д.Н., Степанов В.А.,  
Крикунов А.И., Музраева Н.О., Зохидов З.У.

## Свободная кожная пластика при лечении обширных раневых дефектов при изолированной травме у детей

Морозовская детская городская клиническая больница, г. Москва, Россия.

**Обоснование.** Обширный раневой дефект — следствие высококинетического воздействия на травмируемый сегмент человека. В случае изолированной травмы задача травматолога при оказании urgentной помощи заключается в адекватном планировании тактики лечения, с целью наиболее быстрой активизации пациента, восстановлением анатомии поврежденного сегмента и его функциональных способностей, а также минимизировании осложнений

**Материал и методы.** За последние 6 лет в условиях нашего стационара проведено 127 различных видов пластик при повреждениях кожного покрова у детей, что составило 5,5% от общего числа пациентов с раневыми дефектами. Предпочтение в хирургическом лечении отдавали пластике местными тканями. В случае обширных ран или ударных изменений тканей перифокально (n=15) и при невозможности первичного закрытия дефекта применяли лечение тканей отрицательным давлением. NPWT позволяет минимизировать болезненные перевязки (особенно важно в детской практике), оценить качество и количество раневого экссудата, а также позволяет подготовить раневую поверхность для дальнейшей пластики. После очищения раны, подтвержденного двукратным отрицательным посевом, и формирования достаточной грануляционной ткани, выполняли свободную кожную пластику дефекта. Неотъемлемым условием к применению трансплантатов для лечения ран является отсутствие воспаления мягких тканей, достаточная грануляционная ткань, покрывающая полностью функционально значимые структуры (сухожилия, сосуды, нервы). После выполнения свободной пластики перфорированный полнослойный трансплантат обязательно укрывали компрессирующим «пилотом» в постоянно увлажненной виде в течение 7–10 дней. После снятия «пилота» ведение пластики осуществляли под сетчатыми повязками до окончательной эпителизации.

**Результаты.** Несостоятельность свободной пластики отмечено не было. Гипертрофия грануляций в местах чрезмерного растяжения перфорированного трансплантата (n=3) увеличило длительность (+7–10 дней) периода эпителизации без применения хирургического вмешательства. При наличии раневого дефекта, частично затрагивающего область суставов, при применении свободной пластики сопровождалось формированием гипертрофированной рубцовой ткани (n=2), что потребовало применение повторной пластики.

**Заключение.** Ведение обширных раневых дефектов в условиях отрицательного давления позволяет подготовить раневую поверхность к окончательной пластике. Свободная пластика показана для закрытия раневых дефектов, не подлежащих местной пластике и вне области суставов. Взвешенное предоперационное планирование и бережное отношение к мягким тканям — залог хирургического успеха.

\*Баранов Ростислав Анатольевич: baranoffra@mail.ru

Баранов Ф.А.\*, Рахинштейн М.В., Сушаков С.В., Кавторев В.Е.

## Оптимальная точка введения стержня при остеосинтезе диафизарных переломов костей предплечья у детей по методике ESIN

Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, г. Самара, Россия

**Обоснование.** Переломы костей предплечья в практике детского травматолога являются самыми распространенными среди всех травм опорно-двигательной системы. Не малую долю среди них занимают переломы диафизов лучевой и локтевой костей. При нестабильных простых переломах золотым стандартом лечения у детей является интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями (elastic stable intramedullary nailing ESIN). Существуют различные точки введения стержня как в лучевую, так и в локтевую кости. Данная работа посвящена поиску оптимальной точки введения стержня при остеосинтезе костей предплечья у детей.

**Материал и методы.** С 2013 по 2024 г., нами прооперировано 126 детей с диафизарными переломами костей предплечья. Средний возраст — 12,6 лет (от 6 до 16). Все переломы были без перспектив консервативного лечения (АОРССФ 22-D/4.1; 22-D/4.2; 22-D/5.1+5.2). Точкой введения стержня в лучевую кость была наружная поверхность нижней трети предплечья, примерно на 1–1,5 см выше зоны роста, или тыльная поверхность предплечья в проекции дистального метафиза лучевой кости. При введении стержня с латеральные поверхности важно исключить влияние на чувствительную ветвь лучевого нерва, сухожилия разгибателей I пальца кисти, cephalic vein. При нарушении техники операции можно получить отрицательное влияние на лучевую артерию. Ориентиром для дорсальной точки введения стержня в лучевую кость служит бугорок Листера, точка формирования канала расположена на одной линии с бугорком Листера, на 1–1,5 см проксимальнее росткового хряща. В локтевую кость стержень вводили антеградно через проксимальный метафиз по лучевой стороне, на 1 см латеральнее дорсального края локтевой кости и на 3 см от вертушки локтевого отростка. При переломах в области проксимальной части диафиза или метафиза точка введения стержня располагалась на медиальной стороне локтевой кости, на 1 см проксимальнее зоны роста.

**Результаты.** Удаление стержней выполняли на сроках от 4 до 6 мес. Серьезных осложнений не наблюдали. В послеоперационном периоде наблюдали достаточно быстрое восстановление движений в смежных с переломом суставах, возврат к прежней активности. У некоторых пациентов отмечался дискомфорт в области конца стержня, введенный в лучевую кость через латерально-боковой доступ, что было обусловлено конфликтом мягких тканей вокруг металлофиксатора. Удаление стержня с тыльной поверхности лучевой кости, по нашему субъективному мнению, происходило технически проще по сравнению с наружным доступом.

**Заключение.** Остеосинтез диафизарных переломов костей предплечья ESIN является надежным методом с прогнозируемым результатом. Оптимальной точкой введения стержня в лучевую кость является тыльная поверхность дистального метафиза, проксимальнее росткового хряща на 1–1,5 см. Дорсальная точка введения стержня хорошо пальпируема и более безопасна в анатомическом плане по сравнению с латерально-боковым доступом. Также дорсальная точка входа обеспечивает более гибкие возможности манипуляций стержнем и является альтернативой при переломах дистальной трети диафиза лучевой кости.

\*Баранов Федор Алексеевич: f.orto@yandex.ru

Баубеков Ж.Т., Кабдол Н.А.\* , Набиев А.М., Табылды К.А., Гафуров Е.Б.

## Современные методы лечения термических ожогов у детей

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

**Обоснование.** Ожоги занимают значительное место в структуре детского травматизма. Дети до 3 лет составляют около половины всех случаев ожогов, что связано с их повышенной уязвимостью. Согласно данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 180 000 смертей от ожогов. Уровень летальности среди детей достигает 2–4%, а инвалидизация составляет до 35%. Лечение ожогов требует не только устранения повреждений, но и предотвращения инфекционных осложнений. Важную роль в лечении играют современные перевязочные материалы, которые обеспечивают защиту раны, ускоряют регенерацию тканей и снижают болевой синдром.

**Цель исследования** — улучшение результатов лечения термических ожогов у детей с использованием современных перевязочных средств.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 120 пациентов с ожогами 1–3-й степени, проходившие лечение в травматологическом отделении Областной детской многопрофильной больницы с января 2021 по апрель 2024 г. Критерии включения: термические ожоги 1–3-й степени и воспаление, по данным ОАК. Исключались пациенты с ожогами 1-й и 4-й степени, онкологическими заболеваниями, иммунодефицитом или декомпенсированными заболеваниями других систем. В исследовании принимали участие 57 мальчиков и 63 девочки, средний возраст: мальчики —  $3,4 \pm 2,5$  г, девочки —  $3,2 \pm 0,5$  г. Пациенты были разделены на три группы: первая — VitaVallis + Mepitel + Левомеколь (40 пациентов); вторая — Mepitel + Левомеколь (40 пациентов); третья — Левомеколь + стандартная повязка (40 пациентов). Площадь ожогов в группах составила  $7,36 \pm 3,82\%$ ,  $7,38 \pm 3,5\%$  и  $7,34 \pm 3,7\%$  соответственно. Для статистической обработки использовали программу Statistica.

**Результаты.** Площадь ожогов в трех группах была сопоставимой:  $7,36 \pm 3,82\%$  в первой группе,  $7,38 \pm 3,5\%$  во второй и  $7,34 \pm 3,7\%$  в третьей. Однако длительность госпитализации значительно различалась:  $6,91 \pm 5,9$  койко-дня в первой группе,  $9,87 \pm 4,05$  — во второй, и  $16,06 \pm 7,08$  — в третьей. Применение повязок «VitaVallis» позволило существенно снизить болевой синдром и сократить количество перевязок, так как коллоидное серебро обеспечивало антимикробный эффект, а сорбционные свойства материала способствовали уменьшению отека и воспаления. Силиконовые повязки «Mepitel» предотвращали прилипание, что минимизировало травматизацию тканей и уменьшало болевые ощущения при перевязках. Традиционные методы лечения показали менее выраженные результаты: частые перевязки, механическое травмирование раны и более длительный период эпителизации. Использование современных технологий обеспечивало лучшее заживление раны за счет сохранения непрерывности лечебного процесса и ускоренного восстановления кожных покровов.

**Заключение.** Современные перевязочные средства, такие как VitaVallis и Mepitel, демонстрируют высокую эффективность при лечении ожогов у детей. Они сокращают сроки госпитализации, минимизируют болевой синдром и снижают риск инфекционных осложнений, что делает их предпочтительными для применения в клинической практике.

\* Кабдол Нуракан Амандыкулы: nur\_97@list.ru

Боттаева Ж.С.\* , Каллагов Д.З.

## Предварительные данные использования метода надманжеточной вокализации у пациентов с признаками сниженного сознания, анализ 5 клинических случаев

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии – Клиника доктора Рошалья, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Методика надманжеточной вокализации (НМВ) заключается в подаче воздуха через аспирационный порт трахеостомической канюли, что создает специальные условия для спонтанной вокализации или звучащей речи у трахеостомированных пациентов, когда есть ограничения для сдувания манжеты трахеостомической канюли. Кроме того, этот метод активно используется в реабилитации расстройства глотания. Настоящее исследование направлено на клиническую оценку применения НМВ у пациентов с признаками сниженного сознания, включая её влияние на успешность вокализации, частоту глотаний и способности пациента контролировать секрет ротовой полости.

**Материал и методы.** В исследование включены 5 пациентов (2 девушки, медиана возраста — 14,5 лет, диапазон 10–18 лет) с признаками сниженного сознания после ЧМТ. Уровень сознания оценивали по пересмотренной шкале восстановления после комы (CRS-R): 3 пациента — состояние минимального сознания плюс (СМС+), 2 — выход из минимального сознания. Продолжительность трахеального канюленосительства составила 60–84 дня. Все пациенты с хронической дисфагией с высоким риском развития аспирационных осложнений, что исключало возможность ведения на сдутой манжете и препятствовало использованию голоса и восстановлению глотания. Классическая логопедическая реабилитация дополнялась НМВ по специально разработанному протоколу. Эффективность метода оценивали по следующим показателям: появление вокализации или звучащей речи во время сеансов НМВ; увеличение числа глотаний (подсчёт за 7 мин с использованием электромиографа NEUROTRAC®); уменьшение остаточного объема секрета в надманжеточном пространстве; динамика в состоянии глотания по функциональной шкале оральной алиментации (FOIS).

**Результаты.** Методика НМВ была применена у 5 пациентов: у 1 (СМС+) отмечена спонтанная вокализация (звуки различной громкости и длительности), у 3 появилась возможность произнесения отдельных слов и коротких фраз, у 1 вокализация отсутствовала из-за нарушения закрытия преддверия гортани. У всех пациентов наблюдали увеличение числа глотаний, снижение количества секрета в надманжеточном пространстве за счёт повышения эффективности глотательных движений и перемещения секрета током воздуха из голосовой щели во время сессий НМВ. Изменения в функции глотания: у 1 пациента отмечен переход от полного ограничения орального приёма пищи к использованию ледяной крошки и жидкости (уровень 2 по FOIS), у 4 — переход с уровня 2 на уровень 3 (энтеральное кормление + приём пищи вязкости пюре).

**Заключение.** Методика НМВ продемонстрировала клиническую эффективность в реабилитации пациентов с ЧМТ, трахеоканюляров с хронической дисфагией, способствуя: увеличению частоты глотательных движений ( $0,7 \pm 0,31$ ), уменьшению объема остаточного секрета в надманжеточном пространстве ( $4,3 \pm 0,5$  мл) после сессий НМВ, появлению спонтанной вокализации и звучащей речи во время сессий НМВ. Требуется дальнейшие исследования для оптимизации протоколов и оценки долгосрочных эффектов.

\*Боттаева Жанна Сагидовна: zhanna.s.bottaeva@gmail.com

Бушуев В.В.\*<sup>2</sup>, Окунев Н.А.<sup>2</sup>, Кемаев А.Б.<sup>1</sup>, Окунева А.И.<sup>2</sup>, Калабкин Н.А.<sup>1</sup>

## Рецидивное течение периаппендикулярного абсцесса брюшной полости

<sup>1</sup> Детская республиканская клиническая больница, г. Саранск, Россия

<sup>2</sup> Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва (Медицинский институт), г. Саранск, Россия

**Обоснование.** Периаппендикулярный абсцесс — ограниченный участок гнойного воспаления брюшины, возникший вследствие деструкции червеобразного отростка. В зависимости от стадии процесса подход к лечению различается. При невозможности разделения спаек абсцесса, формирующих стенку, принят поэтапный подход к лечению. Первым этапом лапароскопическое дренирование или чрескожное, консервативное лечение. Второй этап — отсроченная аппендэктомия.

**Описание клинического случая.** Истории болезней пациента, получавшего лечение ПАЗ в ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница» г. Саранск, 2023–2024 гг.

Больная Е., 16 лет, с сопутствующими заболеваниями — ожирение II степени. Синдром Дауна, со слов законного представителя, за 7 дней до госпитализации появились боли в животе постоянного характера, в нижних отделах живота, которые связали с началом *menstruation*, отмечался подъем  $t$  до  $38,2$  °С. Самостоятельно обратились в ЦРБ. В анализе крови — лейкоцитоз, нейтрофилез; СОЭ 60 мм/ч. УЗИ ОБП — периаппендикулярный инфильтрат, направлена в ДРКБ. Выполнена: лапароскопия с диагностической целью с переходом на дренирование. Выставлен диагноз: острый деструктивный аппендицит. Плотный периаппендикулярный абсцесс. Консервативное лечение: антибактериальная, инфузионная и симптоматическая терапия, физиолечение. Выписана на 16-е сутки с улучшением и рекомендациями. Следующая госпитализация через 5 мес. Со слов бабушки, жалобы на боли в животе, повышение  $t$  до  $39,5$  °С, трехкратный жидкий стул, многократную рвоту. Обратились в ЦРБ с подозрением на острую хирургическую патологию, направлены в ДРКБ. Из анамнеза — рекомендации после первой госпитализации не выполнялись. По результатам УЗИ, было выявлено: в правой подвздошной области ограниченное гетерогенное жидкостное скопление в брюшной полости. Была проведена диагностическая лапароскопия с дренированием абсцесса брюшной полости. Диагноз разлитой фибринозно-гнойный перитонит, спаечная болезнь брюшинной полости. Оментит. Проведено консервативное лечение. Выписана на 24-е сутки с улучшением и рекомендациями. Третья госпитализация через 5 мес, жалобы на боли в животе, повышение  $t$  до  $37,3$  °С, отказ от пищи, тошнота. Со слов бабушки, больна в течение 1 сут, когда появились вышеперечисленные жалобы. По УЗИ мягких тканей: в области раны в правой подвздошной области визуализируется неравномерное утолщение и изменение структуры подкожно-жирового слоя передней брюшной стенки. При осмотре мягких тканей правой подвздошной области пальпируется плотное образование  $10 \times 10$  см, пункционно получен сливкообразный гной. Проведено вскрытие и дренирование флегмоны передней брюшной стенки. Диагноз флегмона передней брюшной стенки. Консервативное лечение: антибактериальная и инфузионная, симптоматическая терапия, физиолечение. Выписана на 30-е сутки с улучшением и рекомендациями.

**Заключение.** Таким образом, наше наблюдение демонстрирует возможность рецидивного течения при поэтапном лечении ПАЗ при несоблюдении рекомендаций после выписки в амбулаторных условиях.

\*Бушуев Владимир Викторович: [vasenka.bushuev.01@mail.ru](mailto:vasenka.bushuev.01@mail.ru)

Валиев Р.Ю.\*<sup>1</sup>, Врублевская Е.Н.<sup>1</sup>, Врублевский С.Г.<sup>1</sup>, Бондаренко С.Б.<sup>1,2</sup>, Туров Ф.О.<sup>1</sup>

## Редкий случай послеоперационного осложнения при пункционной гастростомии

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

<sup>2</sup> Детская городская поликлиника №130, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Представить собственный опыт тактики лечения детей с редким видом послеоперационного осложнения.

**Описание клинического случая.** В наш стационар поступила девочка, 11 лет, для замены изношенной пункционной гастростомической системы, ранее наложенной в другом медицинском учреждении. Ребенок-инвалид, с отягощенным анамнезом, паллиативным статусом и рядом тяжелых сопутствующих заболеваний (ДЦП, двойная гемиплегия, дыхательная недостаточность 1–2-й степени, эпилепсия симптоматическая фокальная, аспирационный синдром, энцефалопатия тяжелой степени, псевдобульбарный синдром, кистозная трансформация больших полушарий головного мозга, носитель трахеостомы). Шестью месяцами ранее в связи с псевдобульбарным синдромом, хроническим аспирационным синдромом наложена пункционная гастростома. Послеоперационный период протекал без осложнений, явлений дисфагии не отмечено. При физикальном осмотре область стояния гастростомы ничем примечательным не выделялась. Ребенок был подготовлен к оперативному вмешательству, выполнена ревизия гастростомы с применением видеоэндоскопической техники, изношенная гастростомическая трубка срезана у кожи и удалена. Длина гастростомического канала оказалась около 6 см. Попытка установки низкопрофильной трубки безрезультатна. При попытке ввести в желудок проводник, последний в просвете желудка не визуализируется. В свищевое отверстие было введено 20 мл водорастворимого контраста, на ряде рентгенограмм контраст определялся в просвете толстого кишечника. В раннем послеоперационном периоде выполнена рентгенография ЖКТ с введением контраста через назогастральный зонд (ультравист). При этом отмечалось контрастирование толстого и тонкого кишечника. По данным УЗИ, свободной жидкости в брюшной полости не определялось. Учитывая клиническую картину, а также результаты инструментального обследования было принято решение о необходимости приступить к энтеральной нагрузке на 4-е послеоперационные сутки в объеме 50 г на однократный прием, с последующим наращиванием объема при отсутствии прямого сброса содержимого желудка в толстую кишку. В случае попадания химуса из желудка в толстую кишку, наличия клиники раздраженного кишечника предполагалась установка назогастроюнального зонда. Однако осложнений при энтеральном кормлении не отмечено. На 10-е сутки выполнена диагностическая лапароскопия, на которой выявлен желудочно-толстокишечный свищ. Свищ разделен с помощью сшивающего аппарата, наложена пункционная гастростома под контролем эндоскопии. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений, энтеральную нагрузку усваивала в полном объеме.

**Заключение.** Несмотря на рутинность процедуры замены гастростомической системы, к ней необходимо подходить с настороженностью, что позволит избежать тяжелых осложнений.

\*Валиев Реваз Юрьевич: rudicov-rudic89@mail.ru

Вечеркин В.А.\* , Коряшкин П.В., Баранов Д.А., Птицын В.А., Шестаков А.А.,  
Красноперов С.Р., Склярова Е.А., Терзи Ю.И.

## Комплексное лечение аппендикулярных перитонитов у детей разного возраста

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

**Обоснование.** Несмотря на значительные успехи, в последние годы в комплексном лечении аппендикулярных перитонитов у детей, эта проблема является актуальной для детских хирургов, в связи с сохраняющимися многочисленными осложнениями в послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко находились на лечении с 2021 по 2023 г. 211 детей с перитонитом аппендикулярного генеза, в возрасте от 3 до 16 лет. С диагностической целью больным осуществляли УЗИ органов брюшной полости. Всем больным проводили предоперационную подготовку. Аппендэктомия в 80% случаев проводили лапароскопическим способом. Изучение параметров центральной гемодинамики (ЦГ) методом Поединцева–Вороновой проводили аппаратом «Кардиокод» 78 пациентам. В послеоперационном периоде 137 больным, по показаниям, осуществляли сеансы ГБО.

**Результаты.** При лапароскопической или открытой операциях после диагностических процедур производили аппендэктомию с последующей санацией и дренированием брюшной полости. Нами установлены преимущества малоинвазивной методики: более быстрое снижение температуры, лейкоцитоза, уменьшение сроков дренирования и госпитализации. Во всех группах с данными видами патологии были выявлены значительные гемодинамические нарушения. Рассматривая параметры ЦГ у детей с аппендикулярным перитонитом, нами установлено, что у большинства больных изменения касаются трёх показателей — ранней диастолы, которая снижена в первые дни наблюдения до 30–40% от нормы, восстанавливаясь только к 12-му дню лечения, а также систола предсердия и тонус восходящей аорты, которые компенсаторно увеличены у всех детей. Кроме того, у пациентов с выраженной интоксикацией отмечается снижение систолических показателей. Сеансы ГБО осуществляли в режиме 1,3–1,5 АТА, длительностью 45–50 мин.

**Заключение.** 1. Лапароскопическая аппендэктомия с санацией брюшной полости без промывания антисептиком существенно сокращает развитие осложнений. Способствует более быстрому снижению температуры, лейкоцитоза, уменьшению сроков дренирования и госпитализации. 2. У детей с различными формами деструктивных аппендицитов, аппендикулярного перитонита, регистрируются значительное снижение объема крови в раннюю диастолу (до 35–50% от нормы) и компенсаторное увеличение объема поступающей крови в систолу предсердий, а также выявляется увеличение тонуса аорты. 3. Применение ГБО способствует уменьшению интоксикации, гипоксии, пареза кишечника.

\*Вечеркин Владимир Александрович: [vecherkinva@mail.ru](mailto:vecherkinva@mail.ru)

Воеводкина А.Ю.\* , Николаенко М.С., Ким А.В.

## Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения повреждений периферических нервов верхних конечностей у детей

Национальный медицинский центр имени В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Повреждения периферических нервов, особенно в детской популяции, являются одной из важных проблем современной нейрохирургии, так как приводят к выраженному неврологическому дефициту, что наносит серьезный социально-экономический урон и влечет за собой развитие инвалидизации.

**Материал и методы.** В исследуемую группу было включено 43 ребенка с нейропатией верхней конечности, оперированных на базе нейрохирургического отделения №7 для детей центра им. В.А. Алмазова в период с 2016 по 2022 г. Возраст пациентов — от 2 до 17 лет (медиана возраста  $10 \pm 3,7$ ). Катамнез не менее 6 мес. Для объективной оценки результатов лечения в динамике были использованы: модифицированная шкала MRC, опросник DASH, ультразвуковое исследование периферических нервов и электромиография, проведенные до и после оперативного лечения.

**Результаты.** Все 43 (100%) ребенка были распределены по гендерной принадлежности — 27 (62, 8%) мальчиков и 16 (37,2%) девочек. Пациентов распределили по топографо-анатомической области повреждения: на уровне надплечья — 6 (14%), плеча — 20 (46,5%), на предплечье — 15 (35%) и на уровне кисти — 2 (4,5%) детей. Наиболее подвержены повреждению локтевой нерв — 14 (32, 5%) пациентов и лучевой нерв — 11 (25, 5%), что может быть связано с их анатомо-топографическими особенностями. Самым распространенным механизмом травмы нервов верхних конечностей оказался перелом костей — у 19 (44,1%) пациентов, у 6 (13,9%) этиологической причиной послужило ятрогенное повреждение, у 3 (6,9%) — тупая травма (тракционное повреждение, ушиб или сдавление верхней конечности), у 5 (11,6%) — открытые повреждения (резаные раны), у 10 (23,5%) больных этиологическую причину достоверно не определить — сразу после травмы, после проведенной первичной хирургической обработки раны или репозиционных вмешательств. У большинства больных вариантом выбора хирургического лечения стал невролиз нерва — 32 (74,4%), шов нерва — 2 (4,6%), у 9 (21%) пациентов был проведен невролиз в сочетании с удалением невroma и одномоментным швом нерва. В возрастной группе до 10 лет отмечено лучшее восстановление чувствительности, нежели в возрасте более 10 лет ( $p < 0,05$ ). Травматическая невропатия локтевого и лучевого нерва в детской популяции как осложнение перелома костей верхних конечностей наиболее часто встречается при локализации перелома в области нижней трети плеча и верхней трети предплечья. По характеру повреждения нервов верхних конечностей среди детей преимущественно встречается нейропраксия, что клинически проявляется сенсорно-моторными нарушениями.

**Заключение.** По результатам проведенного многофакторного корреляционно-регрессионного анализа имеются умеренные корреляции ( $r=0,25-0,48$ ) частичного восстановления моторных и сенсорных функций поврежденных нервов после оперативного лечения. При комплексной оценке отдаленных результатов лечения у 23% (10) пациентов результат расценен как «отлично», в 51% (22) как «хорошо», в 19% (8) как «удовлетворительно», в 7% (3) как «неудовлетворительно».

\*Воеводкина Алина Юрьевна: [alina.voevodkina@mail.ru](mailto:alina.voevodkina@mail.ru)



Волерт Т.А.<sup>\*1, 2</sup>, Караваева С.А.<sup>1, 2</sup>, Щебенков М.В.<sup>1, 2</sup>

## Циркулярные язвы желудка у детей. Клинико-эндоскопические наблюдения

<sup>1</sup> Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий (Детская городская больница №1), г. Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> Север-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** В структуре эрозивно-язвенных поражений ЖКТ у детей язвы желудка составляют, по данным разных авторов, от 6 до 15%. «Омолождение» язвенной болезни, отсутствие сезонности обострений, отсутствие типичных клинических проявлений, «язвенного анамнеза», затрудняет своевременную диагностику. Растет число осложнений (кровотечение, перфорация). Осложненное течение язвенной болезни регистрируют у 8–10% детей.

**Материал и методы.** Язва желудка включает симптоматические язвы — вторичные, являющиеся осложнением основного заболевания или формирующиеся в результате какого-то экстремального воздействия. Представляем два клинических случая циркулярной язвы желудка у детей 5 и 8 лет. Ребенок, 8 лет, жалобы при поступлении на боли в животе. Госпитализирован для наблюдения. Через 12 ч рвота «кофейной гущей». При экстренной гастроскопии в антральном отделе желудка выявлен циркулярный язвенный дефект шириной от 0,3 см до 1,5 см. Кровотечение Forrest IB. Эндоскопический гемостаз. Терапия ингибиторами протонной помпы. На вторые сутки после кровотечения в стуле больного был обнаружен фрагмент инородного тела, состоящий из пучка волокон, расщепленный с одного конца по типу метелки, что позволило предположить связь формирования язвенного дефекта с наличием инородного тела желудка. Перед выпиской из стационара на 28-й день лечения при контрольной гастроскопии — рубцовая деформация антрального отдела желудка без явлений стеноза.

Ребенок, 5 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области. В боксе приемного покоя у ребенка рвота «кофейной гущей». При экстренной гастроскопии выявлены множественные язвы антрального отдела желудка с тенденцией к слиянию. Дно язвенных дефектов под фибрином с точечными мелкими сосудами. Начата комплексная терапия, включающая ингибиторы протонной помпы. При контрольной гастроскопии через 36 ч в антральном отделе желудка выявлен циркулярный язвенный дефект шириной 1,5–2,0 см. Края дефекта рыхлые, дно под фибрином. При сборе дополнительного анамнеза нельзя было исключить факта проглатывания гранулированных химических удобрений. Ребенок выписан домой по требованию родителей на десятые сутки. Через две недели поступление с жалобами на отказ от еды, многократную рвоту. При гастроскопии в антральном отделе желудка рубцовый стеноз, диаметр сужения — 0,2 см. Попытка эндоскопического лечения (баллонная дилатация) не эффективна. Операция: иссечение зоны стеноза, пластика антрального отдела желудка.

**Результаты.** И в первом, и во втором клинических случаях отсутствие при поступлении четких указаний на причину возникновения язвы затруднило диагностический поиск. Отсутствие выраженных воспалительных изменений при гистологическом исследовании слизистой оболочки желудка подтверждает предположение о том, что причиной изъязвления послужила локальная механическая и химическая травматизация слизистой оболочки.

**Заключение.** Желудочно-кишечное кровотечение — грозное осложнение язвы желудка у ребенка. При глубоком поражении стенки желудка формируется стеноз, требующий хирургического лечения.

\*Волерт Татьяна Алексеевна: volertt@mail.ru

Глушкова В.А.\* , Подкаменев А.В., Передереев С.С., Шилова Е.В., Пахоменкова М.И.

## Резекция илеоцекальной зоны с первичным анастомозом у подростка с болезнью Крона и наличием внутрибрюшного абсцесса

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

**Обоснование.** Болезнь Крона у подростков может иметь агрессивное течение с развитием внутрибрюшных осложнений уже в дебюте заболевания. Одним из частых осложнений является формирование абсцесса в брюшной полости.

**Описание клинического случая.** В 2024 г. в клинике Педиатрического университета проходил лечение мальчик, 15 лет, с впервые диагностированной болезнью Крона. Перед поступлением отмечались жалобы на боли в животе в течение 3 мес, периодические подъемы температуры до фебрильных цифр, снижение веса на 10 кг, по данным УЗИ, выявлен инфильтрат в брюшной полости и терминальный илеит. Лабораторно отмечалось повышение кальпротектина до 1800 мкг/л и увеличение С-реактивного белка до 50 мг/л. При дальнейшем обследовании выявлен стеноз в илеоцекальном переходе, инфильтрат брюшной полости и визуализирован псоас-абсцесс 3×2 см. Учитывая необходимость хирургического лечения и небольшие размеры абсцесса, было принято решение о проведении 1-м этапом консервативного лечения в виде антибактериальной терапии для санирования гнойного очага и снижения рисков несостоятельности анастомоза. Антибактериальную терапию провели препаратом ампициллин — сульбактам в дозировке 1,5 г 3 раза в сутки, 7 дней. На фоне лечения отмечено купирование лихорадки и болей в животе, снижение С-реактивного белка до 30 мг/л. На операции определялся массивный инфильтрат в правой подвздошной области и мезогастрии, воспалительные изменения в области илеоцекальной зоны, что проявлялось утолщением стенки кишечника, наличием «наполняющего жира» в области брыжейки пораженных сегментов и явлениями оментита. При мобилизации илеоцекальной зоны, выявлен участок плотного прилегания слепой кишки к подвздошно-поясничной мышце справа, в зоне ранее существовавшего абсцесса, который представлял собой скопление жирового детрита. Последний был полностью санирован. Далее выполнена резекция илеоцекальной зоны, инфильтрата и участка воспаленного сальника, сформирован илеоасцендоанастомоз конец-в-конец, ручным швом в 2 ряда.

Послеоперационный период протекал гладко, заживление без признаков несостоятельности анастомоза. На 14-е сутки в отделении гастроэнтерологии была инициирована биологическая терапия.

**Заключение.** При наличии абсцесса в брюшной полости у детей с осложненным течением болезни Крона возможно выполнять резекцию пораженных сегментов кишечника без формирования защитной стомы при отсутствии таких предикторов несостоятельности анастомоза, как наличие анемии, гипоальбуминемии, дефицита массы тела более 10% и терапии глюкокортикостероидами в дозировке более 20 мг/кг перед операцией. Антибактериальная терапия при размерах абсцессов до 3 см может служить мостиком к раннему хирургическому лечению с формированием первичного кишечного анастомоза.

\*Глушкова Виктория Александровна: Pedsurgspb@yandex.ru

Горбатенко А.И., Костяная Н.О.\* , Горбатенко И.А.

## Результаты применения подтаранного артроэреза в лечении плоскостопия у детей

Детская городская больница, г. Таганрог, Ростовская область, Россия

**Обоснование.** Для лечения сложных деформаций стопы обычно показаны оперативные методы, требующие обширного вмешательства и длительного восстановления после операции. Поэтому приоритетным направлением хирургии стопы является разработка и внедрение малоинвазивных методик хирургической коррекции патологии стопы у детей. Применение подтаранного артроэреза как метода оперативного лечения плоскостопия является малотравматичным, что отвечает современным требованиям к хирургическим вмешательствам. Цель работы — оценка результатов лечения детей с диагнозом плоскостопие методом подтаранного артроэреза.

**Материал и методы.** В период с 2014 по 2024 г. было пролечено 27 пациентов (16 мальчиков, 11 девочек) от 8 до 18 лет (средний возраст  $12,3 \pm 2,4$  года) с различными видами статической деформации стоп, жалобами на болезненные ощущения в области внутреннего продольного свода, дискомфорт, утомляемость после опорной нагрузки. Основными методами диагностики были клинический и рентгенологический. При лечении использовали подтаранные импланты (subtalar implant footdoctor или SIF) диаметром от 8 до 14 мм, установленные по одноэтапной схеме, так как преимуществом одномоментной операции является сокращение времени лечения и реабилитации.

**Результаты.** Оценка результатов подтаранного артроэреза при статической деформации стоп проводили с использованием шкал для всестороннего анализа состояния пациента — ВАШ, AOFAS, SF-36 в сроки до операции, затем в 3, 6, 12 мес после операции, а также рутинные диагностические тесты и методы плантографии и подографии. Всего 20 (74,1%) пациентов отметили заметное снижение болевого синдрома уже через 3 мес после операции, 5 (18,5%) — не заметили значительных изменений в болевых ощущениях, 2 (7,4%) пожаловались на усиление боли в течение 3 мес послеоперационного периода. Отличный результат отмечен у 11 (40,7%) пациентов — нет жалоб, отсутствуют визуальная или рентгенологическая деформация стопы, нет проблем носить любую обувь. Хороший результат отмечен у 9 (33,3%) больных — жалобы отсутствуют, имеется незначительная деформация, видимая визуально. Удовлетворительный результат был отмечен у 3 (11,1%) пациентов, у 4 после операции — неудовлетворительный результат, что было обусловлено миграцией импланта неподходящего размера, 2 (7,4%) пациентам провели оперативное лечение с повторной установкой импланта на один размер больше, и 2 (7,4%) — имплант удалили. Также надо отметить образование лигатурного свища у 2 (7,4%) пациентов. Наблюдалась обратная зависимость между показателями гиперэластичности у пациентов и эффективностью лечения. Было произведено удаление имплантов у 10 пациентов по показаниям, в среднем через 39,2 мес (от 1 года до 8 лет) после установки без последующего ухудшения самочувствия пациента.

**Заключение:** Подтаранный артроэрез является эффективным малоинвазивным методом лечения пациентов со статической деформацией стопы различного генеза и обеспечивает положительные результаты лечения в 85% случаев.

\*Костяная Наталия Олеговна: mornatalia@yandex.ru

Гордиенко И.И.\*<sup>1,2</sup>, Черный С.П.<sup>2</sup>, Марфицын А.В.<sup>1</sup>

## Оперативное лечение переломов ногтевых фаланг пальцев кисти у детей

<sup>1</sup> Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург, Россия

<sup>2</sup> Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** Переломы в области кисти — одно из самых частых повреждений скелета в детском возрасте. Особое место в структуре этих повреждений занимают переломы ногтевых фаланг пальцев кисти, которые, по данным разных авторов, встречаются в 3–7% случаев от всех переломов в области кисти в детском возрасте. В настоящее время применяются различные методики оперативного лечения данных повреждений, однако выбор способа операции до сих пор остается дискуссионным.

**Материал и методы.** За период с 2018 по 2024 г. в отделениях травматологии и ортопедии ГАУЗ СО Детская городская клиническая больница №9 города Екатеринбурга было пролечено 46 детей. Травмы у мальчиков встречались незначительно чаще, в 25 (54%) случаях. Средний возраст пациентов составил 12±1,3 лет. В подавляющем большинстве случаев пациенты были госпитализированы по поводу авульсивных перелом тыльной поверхности ногтевой фаланги, таких пациентов было 29 (63%), у 12 (26%) встречались эпифизиолизы и остеоэпифизиолизы ногтевых фаланг открытого — у 8 (17%) и закрытого — у 4 (9%) характера. В остальных 5 (10%) случаях присутствовали поперечные переломы отделов дистальнее зоны роста вследствие частичных травматических отчленений. Все дети были госпитализированы в неотложном порядке. Оперативное лечение открытых повреждений проводили также в неотложном порядке, а закрытых повреждений — в отсроченном порядке после сбора необходимых анализов.

**Результаты.** Всем детям с эпифизиолизами и остеоэпифизиолизами был выполнен остеосинтез спицей Киршнера с предварительной ПХО раны при открытом характере повреждения. При частичных травматических отчленениях также выполняли остеосинтез спицей и пришивание кончика пальца на соответствующее место. При авульсивных переломах ногтевых фаланг пальцев типа «mallet finger» выбор оперативного лечения зависел от срока перелома и предпочтения хирурга. Переломы до 14 дней лечили либо методом чрескожного остеосинтеза спицей проксимального фрагмента — 5 (10%), либо методом чрескожного заблокированного остеосинтеза по Ишигуро — 17 (37%). Повреждения со сроком давности более 2 нед лечили методом открытой репозиции и остеосинтезом перелома. Во всех случаях фиксирующие спицы оставляли над кожей для возможности амбулаторного их удаления через 3 нед. При оценке разработанных движений в дистальном межфаланговом суставе через месяц после оперативного лечения ограничение объема движений более 20 градусов отмечали только у пациентов с застарелыми авульсивными переломами — 7 детей (15%), и у 3 детей, пролеченных методом фиксации проксимального фрагмента. В остальных случаях пациенты восстанавливали объем движений в суставе от 75 до 90 градусов.

**Заключение.** Метод заблокированного чрескожного остеосинтеза по Ишигуро наиболее предпочтителен при «свежих» авульсивных переломах типа «mallet finger» в связи лучшим объемом восстановленных активных движений в дистальном межфаланговом суставе.

\*Гордиенко Иван Иванович: ivan-gordienko@mail.ru

Горшков А.Ю.\* , Румянцева Г.Н., Казаков А.Н.

## Дифференциальный подход к интервальной аппендэктомии у детей

Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь, Россия

**Обоснование.** В настоящее время незыблемость положения о необходимости выполнения интервальной аппендэктомии у детей после купирования аппендикулярного инфильтрата или оставления червеобразного отростка при технической невозможности его лапароскопического удаления через 3–6 мес подвергается сомнению. Частота рецидивов острого аппендицита после успешного консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата колеблется от 5 до 26% и связана с наличием фекалитов в просвете аппендикса.

**Материал и методы.** Сообщение основано на анализе историй болезни 16 пациентов в возрасте от 4 до 17 лет, находившихся в отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери с 2022 по 2024 г., которым проведена интервальная аппендэктомия. Пациенты поступали в сроки от 4 мес до 1 года после первичного стационарного лечения осложненной формы острого аппендицита. Все больные разделены на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия периаппендикулярного абсцесса (ПАА) и первичного хирургического воздействия на очаг воспаления. В 1-ю группу вошли 6 (37,5%) больных с ПАА 2-й и 3-й степени. Больные, имеющие деструктивную форму аппендицита и ПАА 2, прооперированы в день поступления, но аппендикс оставлен в брюшной полости, который на фоне инфильтрата не удален из-за высокого риска повреждения стенок кишечника (2 пациента). Пациентам с ПАА 3 выполнена пункционная санация абсцесса под контролем эхографии с последующей этиотропной терапией (4 пациента). Во 2-ю группу вошли 10 (62,5%) больных без абсцедирования аппендикулярного инфильтрата, которых вели консервативно. Всем больным осуществлена интервальная лапароскопическая аппендэктомия.

**Результаты.** Эндоскопическая методика операции заключалась в ревизии брюшной полости, лигатурной аппендэктомии с последующим гистологическим исследованием. Перед операцией только у 2 пациентов 1-й группы имелись жалобы на периодические боли в животе, один прошел консервативную терапию по причине частичной кишечной непроходимости. Интраоперационная картина у оперированных больных 1-й группы характеризовалась спаечным процессом в области илеоцекального угла, малыми размерами и истончением червеобразного отростка, что связано с деструкцией и лизисом части аппендикса при формировании абсцесса. Размер отростка у всех больных не превышал 5 см. и толщины до 4 мм. У 1 из них во время операции червеобразный отросток имел форму кистозного образования, по типу мукоцеле. При гистологическом исследовании в стенках аппендиксов преобладали склеротические изменения после перенесенного острого процесса. У 100% больных просвет отростка был облитерирован. У пациентов 2-й группы спаечный процесс в брюшной полости также отмечен во всех наблюдениях, что потребовало проведения адгезиолиза. Размеры аппендиксов не изменены, визуально выявлена их деформация спайками и истончение. Гистологически в 50% определялась облитерация просвета, а также наличие фекалитов. Все больные 1-й и 2-й групп выписаны с выздоровлением, осложнений не возникло.

**Заключение.** В виду формирующегося массивного спаечного процесса с сохраняющимися клиническими симптомами, влияющими на качество жизни ребенка, а также диагностирование фекалитов в просвете червеобразного отростка, абсолютно показано проведение плановой интервальной аппендэктомии. Дифференциальный подход возможен ввиду малого риска рецидива заболевания при наличии у пациента сопутствующей соматической патологии, увеличивающей риск оперативного лечения.

\*Горшков Антон Юрьевич: gorantur@yandex.ru

Данияров Э.С., Шамсиев Ж.А.

## Оперативный метод лечения травм органов мочевыделительной системы в детском возрасте

Специализированная детская хирургическая клиника Самаркандского Государственного медицинского университета, г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Введение.** Травмы органов мочеполовой системы (МС) занимают одно из ведущих мест в ургентной урологии. От своевременно и правильно оказанной специализированной медицинской помощи пострадавшим с травмой мочеполовых органов в значительной степени зависят результаты их лечения. Повреждения почек являются наиболее частым видом травм МС и встречаются в 3–10% случаях абдоминальной травмы. Закрытые травмы почек у детей наблюдаются от 0,5 до 4% от всех травм в детском возрасте.

**Материал и методы.** В отделение урологии Специализированной детской хирургической клиники Самаркандского медицинского университета за период с 2000 по 2023 гг. получили стационарное лечение 69 больных с закрытой травмой почек в возрасте от 1 года до 18 лет. У всех 69 пациентов наблюдался стойкий болевой синдром, у 32 (46,3%) пальпировалось болезненное объёмное образование со стороны поражения, макрогематурия отмечена у 59 (85,5%).

**Результаты.** После проведения необходимого диагностического алгоритма (УЗИ, обзорная и экскреторная урография) и уточнения степени повреждения фиброзной капсулы почки 18 (26,0%) больным была проведена органосохраняющая операция в виде дренирования гематомы забрюшинного пространства и ушивания зон повреждений фиброзной капсулы с последующим тщательным гемостазом. В послеоперационном периоде больные получали антибактериальную, гемостатическую, инфузионную терапию и симптоматическое лечение. Осложнений после операции не отмечалось, среднее пребывание больных в стационаре составило  $11 \pm 2$  койко-дней. После выписки из стационара больные находились под диспансерным наблюдением с регулярным контрольным осмотром на 1-, 3-, 6-й месяцы после операции.

**Заключение.** Таким образом, все больные с клиникой закрытой травмы почек должны быть госпитализированы в специализированный стационар. При неэффективности консервативных мер лечения операция должна носить органосохраняющий характер.

Махмудов Зафар Мамаджанович: zafarebox@mail.ru

Дорожкин А.А. \*, Дзядчик А.В., Волгина В.В., Годяцкий А.Г., Имаралиев К.,  
Коровин С.А., Соколов Ю.Ю.

## Лапароскопия в диагностике осложнений инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей

Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Проблема осложнений инородных тел (ИТ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей в настоящее время находится под пристальным вниманием педиатров и хирургов. Многообразие клинических проявлений ИТ ЖКТ обусловлено различными характеристиками ИТ, сроком заболевания и возрастом больного. Все вышеперечисленное требует особого внимания со стороны педиатров и хирургов при установлении причин болевого абдоминального синдрома у детей.

**Описание клинического случая.** Пациент Е., 1 год 1 мес, переведен из инфекционного отделения с диагнозом кишечная непроходимость. Токсикоз 1-й степени. В анамнезе заболевания указание на многократную рвоту в течение трех дней желудочным содержимым и отсутствие самостоятельного стула. При осмотре больного — состояние средней тяжести, живот равномерно вздут, мягкий, умеренно болезненный в правых отделах. Ректально — без особенностей. При постановке желудочного зонда — 500 мл застойного желудочного содержимого. В общем анализе крови умеренный лейкоцитоз, на обзорной рентгенограмме брюшной полости — рентгенологические признаки кишечной непроходимости. УЗИ ОБП — ультразвуковые признаки кишечной непроходимости, в левом латеральном канале округлое анэхогенное аваскулярное образование 4×3,5 см (кистозное образование брюшной полости?), свободной жидкости нет. Больному с предварительным диагнозом кишечная непроходимость выполнена лапароскопия по экстренным показаниям. При ревизии брюшной полости серозный выпот с геморрагическим компонентом до 120 мл во всех отделах, петли тонкой кишки значительно расширены, с петехиальными кровоизлияниями. При инструментальной ревизии тонкой кишки на расстоянии 80 см от илеоцекального угла установлено фиксированное внутриспросветное образование диаметром порядка 4 см, вызывающее непроходимость, нижележащие отделы кишечника спавшиеся. Околупупочный доступ расширен, сегмент тонкой кишки и образование экстраперитонизированы, произведена энтеротомия, из просвета извлечены пять фрагментов силиконового шарика, непроходимость устранена, стенка кишки ушита двухрядным швом. Дренирование малого таза. Послеоперационный период протекал гладко, программируемо. На 3-и сутки пациент переведен в общую палату из ОРИТ, на е выписан на амбулаторию в удовлетворительном состоянии.

**Заключение.** Описанный клинический случай представляет интерес в связи со схожестью клинико-инструментальных проявлений физически активных ИТ ЖКТ (силиконовых шариков) с пороками развития ЖКТ (удвоениями ЖКТ), что делает лапароскопию методом выбора для установления причины и ликвидации непроходимости.

\*Дорожкин Александр Александрович: Dorozhkyn@rambler.ru

Дорожкин А.А. \*, Дзядчик А.В., Годяцкий А.Г., Имаралиев К., Коровин С.А.,  
Соколов Ю.Ю.

## Лапароскопия как метод диагностики объемных образований брюшной полости

Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Вопросы предоперационной диагностики образований брюшной полости весьма актуальны в детской хирургии, поскольку определяют маршрутизацию пациентов и вариант оперативного пособия. В отдельных наблюдениях информативность лучевых методов диагностики ограничена, что определяет показания для лапароскопии.

**Описание клинического случая.** Больная П., 12 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с объемным образованием брюшной полости после амбулаторно установленного в ходе рентгенологического исследования рентгеноконтрастного образования брюшной полости. При МРТ органов малого таза — признаки зрелой тератомы правого яичника. На предоперационном этапе выполнены повторно: обзорная рентгенография брюшной полости (в проекции правых отделов крестца определяется неомогенная рентгенконтрастная тень неправильной формы 53-32 мм); УЗИ ОБП (в проекции купола слепой кишки две гиперэхогенные структуры 40 и 18 мм, расцененные как копролиты), ВКФС (патологии нет). В динамике повторно выполнена обзорная рентгенография брюшной полости (ранее описанное образование прежних характеристик). В общем анализе крови изменений нет. Сформулированы показания для лапароскопии с диагнозом объемное образование брюшной полости. При ревизии: в области брыжейки подвздошной кишки в 10 см от илеоцекального угла установлено два округлых образования 5×5 см и 2×2 см костной плотности с неровными краями и прорастанием сосудов. Образования с использованием биполярной коагуляции выделены и удалены в эндомешке через расширенный окологреческий доступ. Послеоперационный диагноз: объемное образование брыжейки тонкого отдела кишечника.

Течение послеоперационного периода без особенностей. При гистологическом исследовании: в препаратах слизистой оболочки подвздошной кишки, толстой кишки (полученных при проведении колоноскопии) патологических изменений (структурных и воспалительных) не обнаружено; удаленное образование — фрагменты тотально обызвествленной некротизированной опухоли, по периферии отмечаются участки склероза и гиалиноза. В ткани просматриваются контуры веретеновидных клеточных элементов, многочисленные сосуды. Тотально обызвествленная некротизированная опухоль с участками склероза, неопределенного гистогенеза. Материал дополнительно отправлен на ИГХ-исследование — верифицировать характер опухоли не получилось в связи с выраженным склерозирующим процессом.

**Заключение.** Таким образом, лапароскопия является методом выбора при диагностике и лечении образований брюшной полости у детей.

\*Дорожкин Александр Александрович: Dorozhkyn@rambler.ru



Дьяконова Е.Ю.\* , Бекин А.С., Лохматов М.М., Потапов А.С., Гусев А.А.

## Лапароскопия в диагностике и лечение тонкокишечной непроходимости у детей с болезнью Крона

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Болезнь Крона (БК) — хроническое воспалительное заболевание кишечника с поражающее весь ЖКТ, с преимущественной локализацией в области илеоцекального угла. Одним из наиболее редко встречающихся вариантов осложненного течения БК — формирование стриктур в тонкой кишке. Прогрессирующее сужение тонкокишечного просвета у детей с БК не имеет специфической клинической картины и трудно поддается диагностике. Поздняя диагностика тонкокишечной стриктуры и несвоевременное проведение хирургического лечения приводит к развитию острого состояния в виде острой кишечной непроходимости.

**Материал и методы.** В отделении общей и плановой хирургии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, с 2018 по июнь 2024 г. хирургическое лечение БК выполнено 122 детям в возрасте от 2 до 18 лет, большинством из которых были мальчики (67 пациентов). 5 (4%) детям оперативные вмешательства выполняли по поводу острой тонкокишечной непроходимости. У всех детей ранее был верифицирован диагноз болезнь Крона. По данным эзофагогастродуоденоскопии и илеоколоноскопии, признаков сужения кишечного просвета не отмечено. У 3 детей, по данным магнитно-резонансной энтерографии, признаков формирующихся тонкокишечных стриктур также не было выявлено. В анамнезе у всех детей отмечали явления частичной кишечной непроходимости, разрешающиеся консервативной терапией.

**Результаты.** Всем детям оперативное вмешательство проводили с использованием лапароскопии, на которой визуализировали кишечный сегмент тонкой кишки со стриктурой, и лапароскопическую мобилизацию пораженного участка. Через мини-лапаротомный доступ проводили резекцию пораженной тонкой кишки, 2 случаях — интраоперационную энтероскопию для подтверждения отсутствия активного воспаления в зоне анастомоза. 3 детям сформировали прямой тонко-тонкокишечный анастомоз, 2 — механический тонко-тонкокишечный анастомоз «бок в бок». В послеоперационном периоде всем детям проводили эпидуральную блокаду (от 2 до 3 послеоперационных сут) без применения наркотических анальгетиков. Длительность парентерального питания составила до 4 послеоперационных сут. Энтеральную нагрузку начинали на вторые послеоперационные сутки с лечебных смесей.

**Заключение.** Детям с верифицированным диагнозом болезнь Крона необходимо проводить регулярную инструментальную диагностику с использованием эндоскопических и лучевых методов исследования с целью своевременного выявления тонкокишечных стриктур.

\*Дьяконова Елена Юрьевна: rytella@mail.ru

Дьяконова Е.Ю.\* , Бекин А.С., Потапов А.С., Лохматов М.М., Гусев А.А.

## Острый рецидивирующий парапроктит у детей с болезнью Крона в практике детского хирурга

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Болезнь Крона (БК) характеризуется глубоким поражением любых отделов желудочно-кишечного тракта, однако первыми клиническими проявлениями заболевания могут выступать внекишечные проявления, такие как рецидивирующий парапроктит. Манифестация БК в детском возрасте отличается более тяжелым течением, чем у взрослых и может осложняться поражением параректальной зоны. По данным мировой литературы, формирование перианальных фистул развивается у 13–67% детей и могут встречаться при любой локализации БК, а у 8–15% детей с БК поражения перианальной области являются первыми проявлениями заболевания. Впервые возникший парапроктит у подростка, без установленного ранее диагноза БК, воспринимается детскими хирургами как первичное заболевание. Назначение хирургического лечения без дополнительных методов обследования приводит к рецидивирующему характеру заболевания, провоцируя более обширное воспаление, в том числе и поражение сфинктерного аппарата прямой кишки.

**Материал и методы.** С 2018 по 2024 г. в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ выполнено 38 оперативных вмешательств у детей с перианальными фистулами. Возраст пациентов составил от 10 до 18 лет, большинство из которых были мальчики. В анамнезе у 11 детей отмечали неоднократное проведение хирургического лечения острого парапроктита с первичным дренированием абсцессов резиновым выпускником и последующей попыткой иссечения или склерозирования прямокишечных свищей. 8 пациентов были первично направлены в хирургическое отделение Центра с впервые выявленной перианальной фистулой, 19 — находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении с ранее верифицированной БК.

**Результаты.** Детям, с первично выявленным перианальным поражением, проведено комплексное лабораторное и инструментальное обследование и верифицирована БК. У 31 ребенка провели дренирование параректальных свищей непрерывными лигатурами. Период нахождения лигатуры составил от 3 до 12 мес. У 7 детей отмечали высокодеструктивные поражения перианальной области с распространением воспаления на параректальную клетчатку в анальном канале, формирование ректальных абсцессов, что требовало выведения кишечных стом. Период до купирования острого параректального воспаления и показаний к устранению илеостомы составил от 9 мес до 3 лет.

**Заключение.** Детям старшего возраста с впервые выявленным парапроктитом должно быть проведено лабораторно и инструментальное обследование с целью выявления или исключения БК. Своевременно верифицированная БК и проведение адекватного хирургического лечения перианальных фистул позволяет избежать обширного поражения перианальной области, назначить специфическую терапию и как следствие улучшить качество жизни.

\*Дьяконова Елена Юрьевна: rytella@mail.ru

Елин Л.М.\*, Пыхтеев Д.А., Вербовский А.Н., Прокофьев М.В., Филюшкин Ю.Н.,  
Елина М.О.

## Результаты лечения холедохолитиаза у детей

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

**Обоснование.** В последние годы отмечается увеличение числа детей с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями. Холедохолитиаз как осложнение желчнокаменной болезни встречается в 10–18% случаев.

**Материал и методы.** В отделении детской хирургии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского с 2008 по 2024 г. находились на лечении 30 (100%) детей с холедохолитиазом. Мальчиков — 15 (50%), девочек — 15 (50%). Средний возраст  $13,5 \pm 3,8$  лет (от 3 до 17 лет). Все дети были переведены из различных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Московской области, где 3 (9,9%) уже были выполнены оперативные вмешательства: 2 (6,6%) — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и литоэкстракция; 1 (3,3%) — лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) с наружным дренированием холедоха по Холстеду. При поступлении в МОНКИ ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) выполнены 30 (100%) пациентам. В 96,6% случаев, по данным лучевых методов исследования, выявлен острый калькулезный холецистит и конкременты в общем желчном протоке с признаками билиарной гипертензии.

**Результаты.** Оперативные вмешательства в нашем учреждении: 15 (49,9%) больным выполнили ЭРХПГ с ЭПСТ и литоэкстракцией; 1 (3,3%) — ЭРХПГ с ЭПСТ с литоэкстракцией и одномоментной ЛХЭ; 9 (29,9%) — ЭРХПГ с ЭПСТ с литоэкстракцией и отсроченной ЛХЭ; 2 (6,6%) — открытую холецистэктомию, антеградную литоэкстракцию; 1 (3,3%) — холедохотомию, литоэкстракцию, наружное дренирование холедоха по Керу. У 2 (6,6%) больных отмечено разрешение холедохолитиаза при консервативной терапии. У 1 (3,3%) ребенка, ранее перенесшего ЭРХПГ с ЭПСТ, литоэкстракцию и 2 эпизода кровотечения из большого дуоденального сосочка в ЛПУ Московской области, по данным МРХПГ и ЭРХПГ, диагностировали холедохолитиаз и перфорацию дистального отдела общего желчного протока с развитием холангита. Стентирование главного панкреатического протока выполнили 2 (6,6%) пациентам, стентирование общего желчного протока — 1 (3,3%), 16 (53,3%) — холецистэктомию. Осложнения развились у 4 (13,3%) детей в различных сочетаниях: у 2 (6,6%) — кровотечение, у 2 (6,6%) — рецидив холедохолитиаза, у 2 (6,6%) — некротический панкреатит, у 1 (3,3%) — холангит. Летальный исход — у 1 (3,3%) ребенка.

**Заключение.** Эндоскопическая транспапиллярная литоэкстракция является эффективным способами лечения холедохолитиаза у детей. Сроки выполнения холецистэктомии определяются наличием осложнений и выраженностью воспалительных изменений желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки.

\*Елин Леонид Михайлович: elin.lenya@gmail.com

Елькова Д.А.\*<sup>1, 2</sup>, Тен Ю.В.<sup>1, 2</sup>

## Тактические особенности формирования кологастроанастомоза при тотальной пластике пищевода у детей

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

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

**Обоснование.** Актуальность вопроса создания искусственного пищевода обусловлена трудоёмкостью хирургического лечения, сопровождающегося по настоящее время достаточно высокими цифрами жизнеугрожающих осложнений и зачастую неудовлетворительными функциональными результатами. К одним из последних большинство авторов относят возникновение в послеоперационном периоде рефлюкс-колита трансплантата или гастроэзофагеального рефлюкса. Рефлюкс в искусственный пищевод может стать причиной образования язв, стеноза, возникновения кровотечений, злокачественных опухолей.

**Материал и методы.** Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов клиники детской хирургии Алтайского края за период 1984–2024 гг., перенёсших тотальную пластику пищевода. Выявлены достоинства и недостатки оперативного лечения, установлена корреляция осложнений с оперативной техникой. Предложен авторский способ наложения кологастроанастомоза.

**Результаты.** Исследование проведено на клинической базе кафедры хирургических болезней детского возраста — КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства». В исследование включены дети обо-его пола, которым в промежутки времени с 1984 по 2024 гг. выполнялась тотальная пластика пищевода. Пациенты (n=163) разделены на 2 группы наблюдения. Пациентам I группы наблюдения — 8 детей (4,9%) кологастроанастомоз выполнялся без защиты. Во II группу наблюдения включены 155 детей (95,1%), оперированных классически с защитой анастомоза в модификации авторов. Для замещения пищевода использовался толстокишечный трансплантат. В I группе больных состояние нижнего сегмента трансплантата после проведения тотальной загрудинной пластики пищевода оценено нами как неудовлетворительное. В отдаленные сроки у пациентов указанной группы возникли жалобы на боли в эпигастальной области, ощущение жжения, субфебрильная лихорадка, кровотечения. Проведенные рентгенологические и эндоскопические исследования исследуемой категории больных подтверждали наличие рефлюкса в редуцированный нижний сегмент пищевода, что потребовало в дальнейшем дополнительной коррекции. Во II группе исследуемых пациентов нашей клиники кологастроанастомоз накладывался с созданием антирефлюксной манжетки по Степанову-Разумовскому с хоботком в оригинальной модификации. В клинике детской хирургии АГМУ предложен оригинальный способ формирования инвагинационного асимметричного однорядного межкишечного анастомоза, получен патент № 2162661 от 10 февраля 2001 г. Данный способ наша клиника заложила в основу формирования кологастроанастомоза при тотальной пластике пищевода. Трансплантат проводится субсерозно на протяжении до 4-х см с целью профилактики мобильности кишки. Соединение с желудком выполняется путём формирования однорядного инвагинационного асимметричного кологастроанастомоза, что обуславливает создание «чернильницы-непроливайки». Данный этап операции сопровождается отделением желудка от передней брюшной стенки и подшиванием дна желудка к куполу диафрагмы. При проведении контрольных обследований желудочно-пищеводный рефлюкс отсутствует у всех больных II группы. Дети в физическом и психомоторном развитии от сверстников не отстают. Качество жизни не страдает. Летальных исходов не наблюдалось.

**Заключение.** Формирование антирефлюксной защиты трансплантата — обязательное условие для предупреждения желудочно-пищеводного (кишечного) рефлюкса и сопровождающих его осложнений. Кологастроанастомоз по Степанову-Разумовскому в предложенной авторской модификации позволяет надёжно защитить трансплантат от агрессивного воздействия желудочного содержимого, сводит к нулю риски образования язв, стеноза, возникновения кровотечений, злокачественных опухолей в артериальном пищеводе.

\*Елькова Дарья Алексеевна: dashuta.elkova@mail.ru

Елькова Д.А.\* , Тен Ю.В., Бородин И.Д., Тен К.Ю.

## Опыт лечения врождённых паховых грыж лапароскопическим доступом в экстренной и плановой хирургии детского возраста

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия

**Обоснование.** Врождённые паховые грыжи у детей — одна из наиболее часто встречаемых патологий плановой хирургии детского возраста. На протяжении десятков лет совершенствовалась оперативная тактика в отношении необлитерированного вагинального отростка брюшины, появились современные лапароскопические методики, однако осложнения хирургических вмешательств сохраняются. Сторонники лапароскопической герниорафии одним из основных её преимуществ считают возможность выявления необлитерированного влагалищного отростка брюшины с противоположной стороны, однако в практике экстренной хирургии нашей клиники были случаи ущемления паховых грыж контралатеральной стороны, что и послужило основанием к анализу эффективности лапароскопической герниорафии. Цель исследования — оценка эффективности лапароскопической герниорафии в выявлении паховой грыжи противоположной стороны, профилактика рецидивов.

**Материал и методы.** Выполнен ретроспективный анализ 257 историй болезни пациентов клиники детской хирургии Алтайского края за 2020–2024 гг., прооперированных по поводу врождённых паховых грыж лапароскопически.

**Результаты.** Двусторонние паховые грыжи были у 42 (16,3%) пациентов, односторонние — у 215 (83,7%). Рецидивов — 9 (3,5%). У 2 больных при установленных клинически двусторонних паховых грыжах во время лапароскопии не обнаружили открытое внутреннее паховое кольцо, выписаны домой. В последующем данным пациентам произведена открытая герниорафия с обеих сторон. При лапароскопической герниорафии односторонней паховой грыжи не был обнаружен необлитерированный вагинальный отросток брюшины у 6 (2,33%) больных. Пациентам при повторных вмешательствах выбран классический открытый доступ. В 1-м случае из последней группы операция производилась по экстренным показаниям в связи с осложнившимся ущемлением грыжи и некрозом сальника. В случае рецидивных грыж следует отметить выраженный спаечный процесс, у мальчиков — большую вовлеченность элементов семенного канатика, обнаруженных при повторных вмешательствах.

**Заключение.** Лапароскопический метод герниорафии — эффективный современный способ лечения врождённых паховых грыж у детей, однако он не всегда позволяет избежать рецидивов, не всегда точно визуализирует открытое внутреннее паховое кольцо, имеет весьма ограниченные способности в диагностике паховой грыжи противоположной стороны. Ущемлённую паховую грыжу целесообразнее оперировать открытым способом.

\*Елькова Дарья Алексеевна: dashuta.elkova@mail.ru

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

## Патогенетическое обоснования оперативного доступа при распространенных перитонитах у детей

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

**Обоснование.** Вопросы об оптимальном хирургическом доступе при перитоните у детей до сих пор остаются предметом активных дискуссий. Многие детские хирурги уверены в том, что оптимальным доступом при распространенном перитоните является лапароскопия, другие считают, что адекватное оперативное вмешательство с тщательной санацией можно выполнить только при лапаротомии. На сегодняшний день не выработаны патогенетические критерии, помогающие определить предпочтительность одного из упомянутых подходов.

**Цель исследования** — разработка и внедрение патогенетически обоснованного подхода к выбору оперативного доступа при распространенном перитоните (РП) у детей в зависимости от степени интраабдоминальной гипертензии и индекса брюшной полости по В.С. Савельеву (2006).

**Материал и методы.** В ходе работы с 2006 по 2022 г. пролечили 339 детей в возрасте от 1 до 14 лет с распространенным перитонитом различной этиологии. Всем детям с РП при поступлении выполняли интравезикальное измерение ВБД по методике I.L. Kron et al. (1984). В основной группе исследования (237 пациентов) применяли хирургическую тактику в соответствии с разработанной компьютерной программой для ЭВМ «Программа для выбора алгоритма оперативной тактики при РП у детей, в зависимости от величины внутрибрюшного давления» (свидетельство о государственной регистрации № RU 2023619650 от 27.04.2023 г.). Данная программа позволила определить четкие показания к лапароскопии или срединной лапаротомии при РП. В контрольной группе (102 ребенка) оперативное лечение выполняли через средне-срединную лапаротомию.

**Результаты.** В исследуемых группах мы сравнили частоту развития послеоперационных осложнений с использованием усовершенствованной классификации хирургических осложнений Clavien- Dindo (2004). Выявлено, что 1-я степень (нагноение послеоперационной раны) в ОГ наблюдались у  $4,6 \pm 0,7\%$  пациентов, в КГ — у  $15,6 \pm 1,5\%$ . Осложнения 2-й степени, требующие оперативного вмешательства без общей анестезии (эвентерация), в ОГ наблюдались у 1 ребенка ( $0,4 \pm 0,01\%$ ), в КГ — у 9 детей ( $8,8 \pm 0,8\%$ ). 3-я степень осложнений, требующих оперативного вмешательства, а именно послеоперационный абсцесс, отмечены у 1 ребенка ОГ ( $0,4 \pm 0,01\%$ ), в КГ — 5 ( $4,9 \pm 0,4\%$ ) наблюдений; ранняя спаечно-паретическая кишечная непроходимость в ОГ не встречалась, в КГ — у 5 ( $4,9 \pm 0,4\%$ ) больных. Опасные для жизни осложнения (4-я степень), требующие пребывания пациента в отделении интенсивной терапии с недостаточностью органа (продолжающийся перитонит), возникли у 2 ( $0,8 \pm 0,1\%$ ) пациентов ОГ, в КГ — у 5 ( $4,9 \pm 0,4\%$ ). Всего осложнения различной степени тяжести в КГ возникли у 47 ( $46,0 \pm 4,6\%$ ) пациентов, тогда как в ОГ- группе только у 21 ( $8,8 \pm 1,4$ ) ребенка ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Таким образом, изменив хирургическую тактику, мы обнаружили статистически значимое ( $p < 0,001$ ) уменьшение послеоперационных осложнений в основной группе пациентов, как внутрибрюшных, так и раневых, более чем в 5 раз.

\*Завьялкин Владислав Александрович: v.a.zavyalkin@samsmu.ru

Зохидов З.У.\*, Баранов Р.А., Павлова Д.Д., Муссова И.А., Вергизова А.А.,  
Бердиева М.Г., Лившиц М.И., Чмутин Г.Е.

## Опыт лечения повреждений периферических нервов верхних конечностей у детей ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», г. Москва, Россия

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

**Обоснование.** В условиях многопрофильного стационара приходится сталкиваться с повреждениями периферических нервов посттравматического и компрессионного генеза. На долю поражений периферической нервной системы, по данным разных авторов, приходится 6–11% общей заболеваемости населения и 0,26–0,31% среди пациентов с травмами. Такие повреждения приводят к серьезным функциональным расстройствам, включая потерю чувствительности и двигательную недостаточность.

**Материал и методы.** В отделении травматологии и ортопедии МДГКБ за период с 2019 по 2024 г. было пролечено 17 детей с травмами периферических нервов конечности. Возраст с 6 до 17 лет (11 мальчиков и 6 девочек) средний возраст 11 лет. Наиболее распространены были повреждения локтевого нерва — у 7 (41,2%), за которыми следовали срединный — у 6 (35,3%) и лучевой — у 4 (23,5%) детей. Всем пациентам проводили УЗИ нерва, ЭНМГ. Для оценки чувствительной функции нервов был использован тест дискриминационной двухточечной чувствительности (тест Вебера) и шкала Григоровича для определения двигательной функции. Тип операции: выполнен невролиз 11 (64,7%) пациентам и шов нерва — 6 (35,3%) пациентам.

**Результаты.** Шов нерва выполнен 6 (35,3%) пациентам, из которых острое повреждение нерва наблюдали у 4 (66,7%), а застарелые, с необходимостью удаления невротомы, — у 2 (33,3%). Функциональное восстановление было достигнуто у 4 пациентов в течение 3 мес и у 2 в течение 1 года. Среди пациентов после декомпрессии у 9 (81,8%) пациентов восстановление чувствительности нерва произошло в течение 7 дней после оперативного лечения и у 2 (18,2%) в течение 6 мес. Осложнений, связанных с оперативным вмешательством, не было. После оперативного вмешательства по результатам проведенного тестирования Вебера у 13 (76,4%) пациентов было S5, у 2 (11,6%) — S4, у 2 (11,6%) — S3. По данным шкалы Григоровича, у 15 (88,2%) пациентов было M5, у 2 (11,8%) M4.

**Заключение.** Своевременно проведенное хирургическое вмешательство при посттравматических повреждениях периферических нервов у детей позволяет получить положительные результаты в виде достижения регресса неврологической симптоматики, что уменьшает уровень инвалидизации и улучшает качество жизни пациентов.

\*Зохидов Зокиржон Уткурович: dr.zohidov@mail.ru

Иванова Д.А., Соловьева Е.Р.\* , Мачалов В.А.

## Опыт работы специалистов физической и реабилитационной медицины с пациентами с политравмой в отделении анестезиологии и реанимации

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошала, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Политравма — это тяжелая травма с повреждением нескольких анатомических областей, сопровождающаяся выраженными проявлениями синдрома взаимного отягощения, развитием жизнеугрожающих состояний (травматический шок, нарушение спонтанного дыхания и сознания) и высоким риском ранних осложнений.

**Материал и методы.** За период 2023–2024 гг. в отделении анестезиологии и реанимации НИИ НДХиТ специалистами ФРМ была оказана реабилитационная помощь 141 пациенту с политравмой. Мальчиков — 73 (51,7%), девочек — 68 (48,3%), возраст  $11,8 \pm 5,05$  лет. Больным проводили комплексное инструментальное и лабораторное обследование, оказана экстренная высокотехнологичная специализированная хирургическая помощь

**Результаты.** По мере стабилизации жизненно важных функций начинали реабилитационные мероприятия для профилактики синдрома последствий интенсивной терапии — ПИТ-синдрома. Применяли методы физической реабилитации для профилактики и лечения осложнений гипостатического положения: низкочастотная магнитотерапия (НчМТ) на область травмы; низкоинтенсивное лазерное излучение инфракрасного диапазона (НЛИ ИКД) на проекцию крупных сосудистых пучков, на мягкие ткани различных областей, потенциально опасных по образованию пролежней. При возникновении пролежней с целью восстановления локального кровотока и ускорения процессов регенерации использовали методы фототерапии: НЛИ ИКД, УФО короткого спектра, поляризованный свет. Электромагнитные волны дециметрового диапазона назначали для лечения воспалительных изменений трахеи, легких и др. При снижении моторной функции ЖКТ применяли импульсные токи, наряду с процедурами НчМТ и НЛИ ИКД. При нарушении иннервации дыхательных мышц у больных с тяжелой спинальной травмой проводили электростимуляцию диафрагмы, косых и прямых мышц живота, лазерную стимуляцию (НЛИ ИКД) проекции диафрагмальных нервов. Методики ранней двигательной реабилитации включали применение активного и пассивного подхода в зависимости от тяжести состояния пациента: различных способов дыхательной гимнастики, кинезиотерапии для профилактики контрактур суставов, образования пролежней, вертикализацию больного, механотерапию с помощью аппарата ПИОН «Корвит». В результате раннего начала реабилитационных мероприятий у 78% пациентов с политравмой отсутствовали осложнения в виде тромбозов и пролежней, в 53% случаев уменьшалась выраженность гнойно-септического процесса. 92% пациентов с высокой спинальной травмой (выше С4) были переведены на самостоятельное дыхание, более, чем у 50% больных с повреждением органов брюшной полости отмечена нормализация моторной функции ЖКТ.

**Заключение.** Проведение методов физиотерапии и физической реабилитации в комплексном лечении больных с политравмой в отделении анестезиологии и реанимации способствует профилактике ранних осложнений, активизирует процессы репарации поврежденных тканей и снижает риск инвалидизации.

\*Соловьева Екатерина Руслановна: solovev09@mail.ru



Ионов Д.В., Прутова О.Р.\* , Соловова В.П.

## Заворот желудка как причина стеноза привратника

Детская городская клиническая больница святого Владимира, г. Москва, Россия

**Обоснование.** В мировой литературе описаны случаи формирования стеноза привратника у детей вследствие случайного проглатывания едких веществ, приема НПВС, а также воспалительных заболеваний таких, как болезнь Крона и туберкулез. Мы сообщаем об успешном лечении пилорической стриктуры, вызванной заворотом желудка, с помощью последовательных эндоскопических баллонных дилатаций.

**Материал и методы.** 12 декабря 2023 г. в ДГКБ св. Владимира поступила девочка, 5 лет, с жалобами на боли в животе и многократную рвоту. При обследовании выявлено острое расширение желудка. Ребенку в экстренном порядке выполнена лапаротомия, выявлен заворот желудка на 180 градусов. Интраоперационно выполнена эзофагогастроскопия, на которой установлен субтотальный некроз слизистой оболочки желудка. Выполнена деторсия желудка, резекция дна желудка в связи с его некрозом. Через 1 мес появились жалобы на рвоту, боли в животе. При обследовании выявлен стеноз привратника. Методом лечения выбрана этапная баллонная дилатация стеноза привратника. Выполнено 2 курса баллонной дилатации: 1-й курс — 4 сеанса дилатации с постепенным увеличением диаметра баллона с 10 мм до 18 мм, 2-й курс месяц спустя — 2 сеанса дилатации.

**Результаты.** В катамнезе через 6 мес после завершения курса баллонной дилатации ребенку выполнена контрольная эзофагогастродуоденоскопия, на которой привратник проходим. Жалоб нет.

**Заключение.** Представленный случай демонстрирует высокую диагностическую и лечебную значимость метода эндоскопической баллонной дилатации. Однако, учитывая редкость данной патологии, требуется больше клинических исследований и более длительное наблюдение для оценки отдаленных результатов пневматической дилатации.

\*Прутова Оксана Ривальевна: sagirova00@mail.ru

Исанкина Л.Н., Михайлов Г.А., Томаев В.Ю.\* , Аль-Харес М.М., Кодзев М.Р.,  
Орленко М.С.

## Заворот желчного пузыря у ребенка 9 лет

Детская городская клиническая больница №5 имени Н.Ф. Филатова, г. Санкт Петербург, Россия

**Обоснование.** Заворот желчного пузыря у детей — это нечасто встречающийся порок развития, который описан в русскоязычной литературе в единичных случаях. Предрасполагающим к завороту желчного пузыря фактором являются анатомическая особенность — наличие собственной брыжейки желчного пузыря.

**Описание клинического случая.** Больной Г., 9 лет, поступил 13.11.2023г. в ДРКБ г. Владикавказ с жалобами на боль в животе. Из анамнеза известно, что за 2 ч до поступления в стационар прыгал на батуте. 14.11.2023 г. врачами ДРКБ г. Владикавказ была выполнена диагностическая лапароскопия, выявлен заворот желчного пузыря на 360°, произведена деторсия желчного пузыря. В связи с отсутствием технического обеспечения для дальнейшего лечения направлен в ДГКБ №5 им. Н.Ф. Филатова. Диагноз направления бескаменный холецистит. Состояние после заворота желчного пузыря. До госпитализации в ДГКБ №5 им. Н.Ф. Филатова ребенок получал антибактериальную терапию (цефотаксим, амикацин), а также в подпечёночном пространстве был оставлен дренаж, который удалили на 5-е послеоперационные сутки. Пациент поступил на 10-е сутки после проведенной операции в состоянии средней степени тяжести. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в правом мезогастрii, доступен для глубокой пальпации. Перитониальные симптомы отрицательные. По УЗИ брюшной полости выявлено неравномерное утолщение, слоистость, неровный контур стенки желчного пузыря, форма его грушевидная, в просвете лоцирован гиперэхогенный осадок, перифокальный отек. Холедох не расширен. Поджелудочная железа не изменена. Заключение: Холецистит. Мезаденит. На 14-е сутки после первой операции по завершении предоперационной подготовки выполнена лапароскопическая холецистэктомия. При осмотре брюшной полости визуализирован инфильтрат под печенью, желчный пузырь окутан салынком. С техническими сложностями был выделен желчный пузырь с утолщенной стенкой, на длинной брыжейке, фиксация желчного пузыря отсутствовала. Выполнена холецистэктомия от шейки с отдельным клипированием пузырного протока и артерии. В ложе установлен ПВХ-дренаж. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 2-е сутки. Выписан из стационара на 8-е послеоперационные сутки под наблюдение хирурга и педиатра по месту жительства.

При завороте желчного пузыря мы рекомендуем одновременно выполнять деторсию и холецистэктомию, так как данный случай демонстрирует неэффективность консервативной терапии. Общий желчный проток при наличии инфильтративных изменений должен быть перевязан с использованием 2 лигатур, так как клипирование может быть неэффективно из-за изменения стенки протока. При отсутствии хирургического оснащения или навыков в лечении данного заболевания пациент должен быть переведен в специализированный стационар.

**Заключение.** Заворот желчного пузыря у детей является редким клиническим случаем. Отсутствует литература с описанием большого количества примеров данного заболевания, в связи с чем нет единого и общепринятого представления о диагностике и выборе метода лечения заворота желчного пузыря у детей.

\*Томаев Вадим Юрьевич: sagirova00@mail.ru

Казеев Е.Н.\*<sup>1</sup>, Беляева Н.А.<sup>2</sup>, Жаров А.Н.<sup>1</sup>, Березин Д.И.<sup>1</sup>, Белкин М.А.<sup>1</sup>

## Опыт консервативного лечения детей с травматическим повреждением почки

<sup>1</sup> Детская республиканская клиническая больница, г. Саранск, Россия

<sup>2</sup> Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва (Медицинский институт), г. Саранск, Россия

**Обоснование.** Травматическое повреждение почек является актуальной проблемой неотложной урологии детского возраста. По мнению ряда авторов, травма почки составляет от 1 до 5% всех случаев, и встречается чаще, чем повреждения других органов мочеполовой системы.

**Материал и методы.** Проведен анализ историй болезни 5 пациентов в возрасте от 7 до 16 лет с закрытыми травмами почек, находившихся на стационарном лечении в отделении урологии ГБУЗ РМ «ДРКБ» с 2023 по 2024 г. Всем детям проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) (ежедневно) с доплерографией, компьютерная томография (КТ) (1-е и 10-е сутки) с контрастированием, лабораторные исследования: общий анализ мочи, проба Реберга, проба Зимницкого, оценка функциональных почечных проб. Оценку повреждения проводили согласно международной классификации American Association for Surgery and Trauma (AAST).

**Результаты.** Среди пациентов в 80% случаев преобладали мальчики, из которых 60% приходилось на возраст 15–16 лет. Во всех случаях травмы были уличные: 20% — связанные с падением с велосипеда, 20% — удар о перила, 40% — травма о качели, 20% — падение в открытый люк колодца. 40% пациентов поступили в первые 1–6 ч, 40% — до 12 ч от момента травмы, 20% — более 72 ч, таким образом в 80% время обращения составило свыше 6 ч, что было обусловлено нахождением детей в отдаленных районах республики. Во всех случаях отмечались жалобы на боли в поясничной области, в 40% выраженная слабость, в 60% изменения цвета мочи. У 80% пациентов при поступлении состояние было тяжелое, требующее нахождения в отделении анестезиологии и реаниматологии. По данным лабораторных исследований, протеинурия определялась в 80%, гематурия в 80% случаев. При УЗИ почек у 60% больных визуализировалось аваскулярное образование, выходящее за пределы почки, в 20% подкапсульное аваскулярное образование в пределах почки. По данным КТ почек, у 60% пациентов выявлено травматическое повреждение почки с формированием паранефральной гематомы, у 20% — образование тромба в лоханки почки. Согласно AAST классификации в 20% случаев диагностирована 1-я степень, в 20% — 3-я степень, в 60% — 4 степень повреждения. В связи с чем была выбрана консервативная тактика ведения данных пациентов. В 80% случаев проведена гемостатическая, антибактериальная, инфузионная, противовоспалительная терапия и обезболивание. У 4 (80%) пациентов при контрольном УЗИ выявлены признаки уменьшения гематомы в объеме через 2–3 нед, у 60% пациентов при этом отмечено уменьшение почечной паренхимы на 2–5 мм. Среднее время нахождения пациента в стационаре составило 17 койко-дней.

**Заключение.** Таким образом, при консервативном лечении детей с повреждением почек в 80% случаев выявлены признаки значительного уменьшения урогематомы в течение 2–3 нед, а у 60% пациентов с 4-й степенью по AAST отмечали уменьшение толщины почечной паренхимы.

\*Казеев Евгений Николаевич: [evgenijkazeev@yandex.ru](mailto:evgenijkazeev@yandex.ru)

Кандратьева О.В.\*<sup>1</sup>, Аверин В.И.<sup>2</sup>

## Клинический случай открытой проникающей травмы живота с множественными повреждениями органов брюшной полости

<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр детской хирургии, г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

**Обоснование.** Актуальность травматизма в современном обществе обусловлена его значительным влиянием на здоровье населения и экономику, поскольку травмы являются одной из ведущих причин смертности и инвалидности, особенно среди детского и трудоспособного населения. В республике Беларусь за 2023 г. травматизм среди взрослого населения составил 6932,1 на 100 тыс., среди детей эта цифра достигла 7638,3 на 100 тыс.

**Описание клинического случая.** Пациент Р., 7 лет, с открытой проникающей травмой живота с множественными повреждениями желудка, тощей и восходящей кишок, печени и забрюшинного пространства, резаной раной мягких тканей задней поверхности.

Мальчик доставлен в приемное отделение бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом «открытая рана живота с выпадением внутренних органов». Из анамнеза известно, что ребенок упал с самодельного шалаша на стеклянную дверь. На момент поступления состояние пациента тяжелое (травматический шок); неврологический статус: 13 баллов по шкале Глазго; АД неинвазивно 109/55 мм рт. ст.; ЧСС 120 уд/мин; КОС: метаболический ацидоз, лактат 4,1. Нижняя часть туловища укрыта простыней, обильно пропитанной кровью. Время от поступления пациента в стационар до подачи в операционную составило 15 мин. После удаления повязок выявлена резаная рана от левой верхней подвздошной ости до нижних ребер слева, в рану эвентрированы желудок, сальник, петли тонкой и толстой кишок. При ревизии из брюшной полости удален участок стекла 7×10 см. В ходе операции отмечалось выраженное кровотечение из правого подреберья, где была выявлена проникающая резаная рана мягких тканей в забрюшинное пространство до дермы поясничного отдела справа до 3 см в диаметре. Учитывая тяжелое кровотечение (более 1 000 мл крови) из корня брыжейки тощей кишки, брыжейки поперечно-ободочной кишки, большого сальника, резаной раны левой доли печени, раны желудка, левой желудочной вены, забрюшинного пространства подключена система С.А.Т.С. Выполнена верхнепоперечная лапаротомия, остановка внутрибрюшного кровотечения, резекция нежизнеспособных тканей желудка и тощей кишки, ушивание желудка, еюно-еюноанастомоз «конец в конец», ушивание раны восходящей кишки, ушивание раны забрюшинного пространства, тотальная резекция большого сальника, лаваж и дренирование брюшной полости. Ушивание ран мягких тканей левого бедра и правого запястья. Длительность операции составила 5 ч. В течение 2 сут ребенок находился на ИВЛ. Экстубирован на трое суток. Энтеральное кормление начато на 6-е сутки. Дренаж из полости малого таза удален на 5-е сутки, из места ушивания желудка — на 7-е. Антибактериальная терапия: метронидазол 5 сут, эртапик 20 сут. На 8-е сутки ребенок переведен в общехирургическое отделение. В послеоперационном периоде на 10-е сутки отметили нагноение послеоперационной раны. Проводили местное консервативное лечение: на 18-е сутки наложены вторичные швы, на 19-е — ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

**Заключение.** Пациенты с тяжелой сочетанной травмой должны лечиться в специализированных лечебных учреждениях.

\*Кандратьева Ольга Вячеславовна: kandratolia@mail.ru

Карасева О.В., Тимофеева А.В.\* , Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Бережной Ю.Ю.,  
Лебедкин В.И.

## Проникающее ранение брюшной полости с повреждением печени и нижней полой вены у девочки 12 лет

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии - Клиника доктора Рошала, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Повреждение магистральных сосудов брюшной полости при травме встречаются крайне редко и всегда представляет трудности в ведении. Цель: представить лечебно-диагностическую тактику при повреждении печеночного отдела нижней полой вены у ребенка 12 лет.

**Описание клинического случая.** Девочка 12 лет переведена из регионарного стационара через 31,5 ч после травмы, куда была доставлена по поводу минно-взрывного ранения и где были выполнены ПХО ран, удаление осколков из мягких тканей конечностей, лапароцентез, дренирование правой плевральной полости. По данным рентгенографии визуализировано металлическое инородное тело (ИТ) 4,8×2,3 см в проекции 8 сегмента печени. При поступлении была в сознании, самостоятельное дыхание адекватно, гемодинамика стабильна, лабораторно компенсирована. На 3 сутки после травмы выполнена операция: 1. Торакоскопия справа – контузия нижней доли правого легкого, ИТ не обнаружено 2. Срединная торако-лапаротомия, медиальная висцероротация по Кеттелу-Браашу, рассечение связок печени, по задней поверхности печени визуализировано ИТ, которое удалено, отмечено интенсивное венозное кровотечение из нижней полой вены, выполнена тампонада. В течение 25 минут турникетами пережата гепатодуоденальная связка, нижняя полая вена выше почечной вены и в полости перикарда. Тампоны удалены, визуализировано повреждение нижней полой вены 2,0×1,5 см, дефект ушит узловыми швами нитью PDS3-0, контроль гемостаза. По ходу раневого канала печени выполнена коагуляция. Дренировано позадипеченочное пространство. Брюшная полость ушита. Общая кровопотеря составила 1000 мл, 433 мл аутокрови возвращено cell-saver'ом. Множественные раны мягких тканей, в частности входное отверстие в области крыла правой подвздошной кости велись на вакуум-терапии, с последующим этапным ушиванием. На 46 сутки выписана из стационара. Отмечено восстановление паренхимы печени, нижняя полая вена проходима. При катамнезе через 3 мес — патологии со стороны печени и нижней полой вены не выявлено.

**Заключение.** Представлен редкий клинический случай минно-взрывного ранения печени с повреждением нижней полой вены осколком. Выбранная хирургическая тактика позволила справиться с тяжелым сосудистым повреждением и жизнеугрожающим кровотечением.

\*Тимофеева Анна Вячеславовна: [TimofeevaAV4@zdrav.mos.ru](mailto:TimofeevaAV4@zdrav.mos.ru)

Катайкина К.О.\*<sup>1</sup>, Беляева Н.А.<sup>1, 2</sup>, Жаров А.Н.<sup>1</sup>, Кургаев Д.А.<sup>1</sup>

## Опыт диагностики и лечения почечной колики у детей

<sup>1</sup> Детская республиканская клиническая больница, г. Саранск, Россия

<sup>2</sup> Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва (Медицинский институт), г. Саранск, Россия

**Обоснование.** Почечная колика является актуальной проблемой современной детской урологии-андрологии в связи с увеличением заболеваемости МКБ в детском возрасте за последнее десятилетие, по данным ВОЗ, на 25%.

**Материал и методы.** Проведен анализ клинических случаев почечной колики у 32 детей в возрасте от 6 мес до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в детском уроандрологическом отделении ГБУЗ РМ «ДРКБ» с 2020 по 2024 г. Среди детей преобладали девочки старшего среднего возраста (66%). Средний возраст составил 13,7 лет.

**Результаты.** Всем пациентам выполнен общий анализ крови и мочи, УЗИ почек и мочевого пузыря, обзорная и экскреторная урографии, в 25% случаях — КТ почек. Детям с конкрементами в мочевых путях проведено обследование и лечение согласно клиническим рекомендациям. Время от начала заболевания до момента поступления в стационар составляло от 1 часа до 11 дней. 94% пациентов поступили в течение первых суток, 28% — после попыток самостоятельного купирования приступа, без эффекта. Первично поступили 66% больных. У 25% детей в анамнезе МКБ, у 6% — гидронефроз, у 3% — нефроптоз. Во всех случаях были жалобы на боли в поясничной области, с иррадиацией в подвздошную область — 9%, в тазовую — 3%. Тошнота и рвота отмечалась у 53% пациентов, болезненное мочеиспускание — у 15%. В анализах мочи эритроцитурия выявлена у 81% больных, лейкоцитурия — у 65%. По УЗИ почек и мочевого пузыря конкременты визуализировались у всех пациентов, камень нижней трети мочеточника определялся в 59% случаев, верхней трети — в 25%, камень почки — в 16%. На обзорной и экскреторной урограмме конкременты размером от 6 до 16 мм визуализировались у 56% пациентов. Всем детям проведено консервативное лечение: купирование болевого синдрома, противовоспалительная, инфузионная, спазмолитическая, антибактериальная терапия. У 19% пациентов с камнем нижней трети мочеточника ввиду отсутствия эффекта от консервативной терапии проведено хирургическое лечение — литоэкстракция из нижней трети мочеточника — в 6%, трансуретральное стентирование высоким мочеточниковым стентом — у 12% пациентов.

**Заключение.** Таким образом, у всех пациентов с почечной коликой, конкремент визуализировался при УЗИ. У 44% пациентов определялись рентгеногемативные камни, у 18% с камнем нижней трети мочеточника проведено хирургическое лечение.

\*Катайкина Ксения Олеговна: kataykina01@mail.ru

Камбар Н.А.\* , Жексембаев М.К, Ли Д.В.

## Гинекологические патологии с клинической картиной острого аппендицита у девочек-подростков

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

**Обоснование.** Актуальность данной темы обусловлена сложностью дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и острыми гинекологическими заболеваниями у девочек. Симптомы этих состояний схожи, что затрудняет своевременную постановку правильного диагноза и выбор адекватного лечения. Ошибки в диагностике приводят к ненужным хирургическим вмешательствам или, наоборот, к задержке необходимого лечения, что повышает риск осложнений, включая нарушение репродуктивной функции. Цель исследования — определить долю острых гинекологических заболеваний среди случаев острого живота у девочек, поступивших в стационар МОДБ г. Актобе.

**Материал и методы.** В 2024 г. было пролечено 66 девочек, поступивших с симптомами острого аппендицита. Средний возраст составил  $14 \pm 1,5$  г. Время поступления от начала заболевания варьировалось в пределах 3–5 ч. Основные жалобы включали боли в правой подвздошной области и над лоном, тошноту, эпизоды рвоты, а также повышение температуры тела до субфебрильных значений. УЗИ органов брюшной полости и малого таза не проводили в связи с отсутствием УЗИ-специалиста. После кратковременного наблюдения всем пациенткам выставлены показания к операции или диагностической лапароскопии. В ходе операций острый аппендицит был диагностирован у 30 пациенток, у 15 из них выявлен острый флегмонозный аппендицит, у 5 — острый гангренозный аппендицит, у 4 — катаральный аппендицит и у 6 — мезаденит. Острые гинекологические заболевания были обнаружены у 36 девочек. Среди них у 10 (27,7%) девочек диагностирован перекрут кисты яичника/придатка, при этом двум пациенткам выполнили одностороннюю аднексэктомию, а 8 — деторсию с сохранением придатков матки. У 15 (41,6%) девочек выявлены кисты яичника различных размеров без перекрута, сопровождающиеся болевым синдромом, у 11 (30,7%) — рефлюкс маточной крови, сопровождающийся выраженным болевым синдромом.

**Результаты.** Всем детям произведена экстренная операция. У 36 (54,5%) девочек выявлена острая гинекологическая патология, 2 произведена органоуносящая операция — аднексэктомию, у которых в анамнезе были «светлые промежутки», что, в свою очередь, связано с продолжающимся перекрутом кисты/придатка. Отчетливой связи между регулярностью и болезненностью менструаций не выявлено. При кистах больших размеров была возможность пропальпировать кисту как объемное образование через переднюю брюшную стенку в области лона.

**Заключение.** Поздняя диагностика перекрута кист/придатков матки может привести к тяжелым необратимым последствиям. При поступлении девочек с жалобами на боли в животе важно учитывать вероятность гинекологических заболеваний и проводить тщательное обследование. Необходимо организовать совместный осмотр с детским гинекологом и выполнение УЗИ органов малого таза. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и острых гинекологических патологий на догоспитальном этапе все также представляет собой серьезную проблему.

\*Камбар Н.А.: [mr.lee95@mail.ru](mailto:mr.lee95@mail.ru)

Кизилова И.В., Игнатъев Е.М., Свиридов А.А.\* , Тулинов А.И.

## Наш опыт массового приёма пострадавших детей на основе событий в Белгороде 30.12.2023

Детская областная клиническая больница, г. Белгород, Россия

**Обоснование.** 30 декабря 2023 г. город Белгород стал местом трагического инцидента — обстрела, в результате которого пострадали 109 мирных жителей, 25 из которых погибли. Был ранен 21 ребёнок, 3 из которых погибли на месте и один от полученных повреждений скончался в больнице. Сложившаяся ситуация потребовала немедленной реакции со стороны медицинских служб и других организаций, чтобы обеспечить быструю и качественную помощь пострадавшим. Учитывая нарастание числа обстрелов, применение ракетного вооружения со стороны противника, мы хотим поделиться опытом организации и принятых мер для массового приема пострадавших детей.

**Материал и методы.** Произведена оценка мер, предпринятых для подготовки клиники и медицинского персонала для организации массового приема пострадавших. Организация оказания медицинской помощи в условиях данной чрезвычайной ситуации включала ряд ключевых этапов: 1. Экстренное кадровое усиление дежурной бригады к моменту поступления пострадавших (носила инициативный характер). К моменту поступления раненых бригада была усилена на 300%. 2. Координация с МЧС, СМП. Для получения оперативной информации о количестве пострадавших, характера повреждений, тяжести состояния в онлайн-режиме. 4. Подготовка приемного отделения. В детской областной больнице — единственном учреждении города, где ведется прием экстренных больных, были созданы специальные приемные зоны для приема пострадавших, разделённые по потокам в зависимости от тяжести состояния раненых детей, сформированы врачебно-сестринские бригады для первичной сортировки раненых, развернуты 2 реанимационных зала приемного отделения и зал отделения реанимации. 5. Подготовка отделений стационара — высвобождение коек реанимационного и хирургических отделений за счет перемещения пациентов в отделения соматического профиля. Усиление сестринских бригад отделений, подготовленных к приему раненых за счет дежурного персонала соматических отделений 6. Подготовка дополнительных постов регистрации, поступивших в стационар. 7. Организация потокового движения машин СП в режиме «non-stop» (в одну сторону через дополнительные ворота) 8. Организация зоны психологического сопровождения родственников пострадавших 9. Организация экстренной ТМК с Федеральными центрами

**Результаты.** Опыт организации массового приема пострадавших детей в результате обстрела 30 декабря 2023 г. продемонстрировал эффективность слаженной работы медицинских и оперативных служб. Данный случай подчеркивает важность подготовки к чрезвычайным ситуациям, необходимость создания четкой структуры взаимодействия различных служб и тренировки медперсонала для повышения качества медицинской помощи в кризисных условиях. Полученный опыт станет основой для дальнейшего улучшения системы реагирования на подобные инциденты и формирования протоколов.

**Заключение.** Трагедия в Белгороде обозначила необходимость развития и апробации новых подходов в организации экстренной медицинской помощи в условиях массовых травм, особенно среди уязвимой группы детей.

\*Свиридов Александр Александрович: shanson901@rambler.ru



Клочкова А.А.\*<sup>1</sup>, Окунева А.И.<sup>1</sup>, Окунев Н.А.<sup>1</sup>, Мандров Д.А.<sup>1</sup>, Бегайкин В.Н.<sup>2</sup>

## Статистика падения детей с высотных сооружений более 3 метров по Республике Мордовия

<sup>1</sup> Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева (Медицинский институт), г. Саранск, Россия

<sup>2</sup> Детская республиканская клиническая больница, г. Саранск, Россия

**Обоснование.** Падение с высоты является шестой по значимости причиной летального исхода в детском возрасте во всем мире. По статистике выпадение из окон стоит на первом месте. Характер полученных травм, локализация и степень тяжести повреждения различных органов и систем не связана с высотой падения. Это можно аргументировать тем, что на результат падения влияет наличие искусственных или естественных барьеров, которые в свою очередь могут утяжелять или облегчать состояние больного, время года и положение тела.

**Материал и методы.** Анализ историй пациентов, которые были доставлены в травмпункт ГБУЗ РМ «ДРКБ» г. Саранска по поводу падения с высоты за 2022–2023 гг. Анализ журнала падений детей БСПМ по Республике Мордовия за 2022–2023 гг.

**Результаты.** За данный период по республике Мордовия с падением с высотного сооружения более 3 метров зарегистрировано 20 детей. В травмпункт ДРКБ в сопровождении СМП доставлены 14 детей, 3 обратились самостоятельно. Смерть до приезда БСПМ констатировали у 2 детей. Один пострадавший госпитализирован в другое лечебное учреждение. Распределение по полу: мальчиков — 11, девочек — 6. По возрасту: от 0 до 5 лет — 5 (мальчиков — 4, девочек — 1), от 6 до 12 лет — 10 (мальчиков — 5, девочек — 5), старше 12 лет — 2 мальчика. Время года: зима — 20%, весна — 35%, лето — 35%, осень — 10%. Падение из окон — 95%, с моста — 5%. Травматологические пациенты — 13, урологические — 1, хирургические — 1 ребенок, летальный исход в стационаре — 2 детей. Случайные падения — 75% (в состоянии алкогольного опьянения — 13,3%, попытка суицида — 20%, криминальная ситуация — 5%). КТ провели в первые часы у 58% пациентов. Полученные травмы: перелом костей черепа у 25% детей, черепно-мозговая травма у 40%, перелом ребер у 15%, перелом позвоночника у 10%, переломы верхних конечностей 10%, перелом нижней конечностей у 25%, перелом костей таза у 15%, закрытая травма грудной клетки у 30%, закрытая травма органов брюшной полости у 30% детей. Изолированная травма у 12,5%, множественная у 18,75%, сочетанная у 68,75%, комбинированная у 6,25% пациентов.

**Заключение.** Есть тенденция к повышению случаев падения в весенне-летние месяцы. Наиболее часто падение с высоты у детей приходится на возраст 6–12 лет. Преобладающее количество пострадавших в результате падения — мальчики. Подавляющее большинство травм, которые пациенты получают, — это черепно-мозговая травма и перелом нижних конечностей. Зарытую травму органов грудной клетки и органов брюшной полости наблюдали в одинаковом соотношении. Сочетанные травмы составляют большинство. Высота падения на выживаемость не влияет.

\*Клочкова Анастасия Алексеевна: [anastasiaklockova055@gmail.com](mailto:anastasiaklockova055@gmail.com)

Козулина Н.В.\* , Удалова М.И., Аликова А.И., Миронкина Ю.Е.

## Острая патология органов малого таза у девочек

Приволжский исследовательский медицинский университет», г. Нижний Новгород  
Нижегородская областная детская клиническая больница, г. Нижний Новгород, Россия

**Обоснование.** Проблема абдоминальной боли является одной из самых острых в детской хирургии. Нередко боль локализуется в нижних отделах живота и, кроме острого аппендицита, являющегося, безусловно, лидером по частоте неотложных хирургических состояний у детей, приходится рассматривать и целую группу заболеваний органов малого таза. Цель нашей работы — анализ ситуаций, когда пациентки поступали с острой болью в нижней половине живота к хирургам и гинекологам и изучение структуры патологии, выявленной интраоперационно.

**Материал и методы.** Проанализированы истории болезней 44 девочек в возрасте от 4 до 17 лет, оперированных в экстренном порядке в 2023 г. в отделении детской гинекологии Нижегородской областной детской клинической больницы (НОДКБ).

**Результаты.** Из 44 пациенток 27 были направлены с подозрением на перекрут придатков матки, 11 девочек — с диагнозом апоплексия яичника, 4 — с подозрением на острый аппендицит и 2 — с клиникой острого аднексита. Большинство поступивших (37) были в возрасте от 12 до 17 лет, и только 7 детей — до 11 лет. Среди пациенток, взятых на операцию с подозрением на перекрут придатков матки, диагноз был подтвержден у 19, в остальных случаях констатировали апоплексию яичника, маточно-перитонеальный рефлюкс, пельвиоперитонит, параовариальную кисту, аппендикулярный инфильтрат. Среди больных, которым до операции был поставлен диагноз острого аппендицита, выявлены такие патологии, как апоплексия яичника, сальпингит, криптогенный перитонит. Во всех случаях применяли лапароскопическое вмешательство.

**Заключение.** Острые гинекологические заболевания и острый аппендицит с тазовым расположением отростка нередко имеют схожую клиническую картину, что объясняет выявление на операции воспаления аппендикса у девочек, направленных к гинекологу и, напротив, находки urgentных заболеваний придатков матки у пациенток с предварительным диагнозом аппендицит. Это диктует хирургам и гинекологам необходимость знаний о смежной патологии и требует слаженной командной работы и взаимопомощи для достижения наилучшего результата лечения.

\*Козулина Наталья Вячеславовна: natalia-26@mail.ru

Корнилова А.Б.\* , Щебенков М. В., Рязанцев А.И., Волерт Т.А., Калинина Д.С.

## Возможности хирургического и эндоскопического лечения стеноза привратника у ребенка 3,5 лет

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

**Обоснование.** Обструкция выходного отдела желудка у детей может быть вызвана различными причинами: пороки развития, воспалительные заболевания (болезнь Крона, эозинофильное поражение, туберкулез, цитомегаловирусная инфекция и др.), химическое повреждение, опухоли и т. д. Среди редких причин следует выделить язвенный стеноз в результате приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), широко применяемых сегодня в педиатрической практике при лечении различных заболеваний. Прием НПВС, по данным литературы, может вызывать поражение 12ПК в 50%, 12ПК и привратника в 40%, изолированное поражение привратника до 10% случаев. Нередко обструкция выходного отдела желудка является жизнеугрожающим состоянием, требующим незамедлительной помощи. В настоящее время для лечения могут быть использованы не только хирургические методы, но и малоинвазивные эндоскопические, а также их комбинация.

**Описание клинического случая.** Мальчик, 3,5 лет, поступил экстренно с жалобами на боли в животе, рвоту с примесью «кофейной гущи», температуру 37,4. В течение 4 дней получал симптоматическую терапию по поводу ОРВИ, в том числе ибупрофен. На 2-е сутки терапии появились боли в животе, рвота. При обследовании в стационаре в анализе крови лейкоцитоз, нейтрофилез. УЗИ — большое количество содержимого в желудке, утолщение стенки пилорического отдела до 9 мм. ФГДС-эрозивный эзофагит, признаки нарушения эвакуации из желудка, циркулярная язва пилорического отдела (привратник проходим для эндоскопа 5,5 мм). Выполнена мультифокальная биопсия слизистой пищевода, желудка, постбульбарного отдела 12ПК на гистологическое исследование — умеренные воспалительные изменения, НР нет. Проведен курс консервативной терапии с положительной эндоскопической динамикой язвенных изменений. Однако при контрольной ФГДС через 3 нед выявлен рубцовый стеноз привратника до 1 мм. Эндоскопически и рентгенологически признаки увеличения желудка, нарушение эвакуации, выраженная деформация пилоробульбарного отдела. По совокупности данных и оценке риска применения эндоскопических методик принято решение о проведении пилоропластики по Микуличу.

Послеоперационный период гладкий. Однако через 2 мес на ФГДС выявлен рубцовый стеноз привратника менее 5 мм. Проведено 2 сеанса эндоскопической баллонной дилатации (использован баллон 14 мм). Проходимость привратника восстановлена. В течение года клинических и эндоскопических признаков нарушения проходимости нет, объем питания полный.

**Заключение.** Прием НПВП у детей может привести к развитию язвенного стеноза пилоробульбарного отдела даже при использовании возрастных дозировок. Выбор тактики лечения во многом зависит от характера поражения, данных эндоскопической картины, оценки рисков различных видов вмешательств. Комбинация хирургического и эндоскопического метода позволяет эффективно и безопасно восстановить проходимость пилоробульбарного отдела у детей младшего возраста.

\*Корнилова Анна Борисовна: ankornilova@mail.ru

Крупаткин А.И., Кулешов А.А., Милица И.М.\* , Ветрилэ М.С., Лисянский И.Н.,  
Макаров С.Н.

## Нейро-микроциркуляторные взаимосвязи пациентов с кифотическими и сколиотическими деформациями позвоночника, ассоциированными с компрессией спинного мозга

Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, Москва, Россия

**Обоснование.** Прогрессирование деформаций позвоночника приводит к стенозу позвоночного канала и компрессии спинного мозга, что, в свою очередь, приводит к неврологическим нарушениям. Современные методы визуализации не позволяют количественно оценить степень повреждения спинного мозга и динамику его восстановления. В результате, отследить изменения неврологического дефицита становится сложно. В этом контексте лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) с использованием спектрального вейвлет-анализа колебаний кровотока предлагает неинвазивный способ оценки микроциркуляции, что делает её перспективным методом для мониторинга состояния пациентов.

**Материал и методы.** В НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова обследовано и прооперировано 20 пациентов с деформациями позвоночника, сопровождающимися неврологическим дефицитом разной степени тяжести. Всем пациентам выполнили декомпрессию позвоночного канала и коррекцию деформации. Для оценки микроциркуляции мы использовали метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с последующим вейвлет-анализом. Измерения проводили до операции, на 2 неделе после неё, через 3–6, 6–12 месяцев и через 1 год после хирургического лечения. Полученные данные проанализированы статистически.

**Результаты.** После операции наблюдали увеличение и стабилизацию активности трофотропных сенсорных пептидергических нервных волокон, а также улучшение показателей перфузии микроциркуляторного русла, начиная с раннего послеоперационного периода. В период от 6 до 12 месяцев после вмешательства эрготропная симпатическая адренергическая активность значительно снизилась. Наибольшую активность трофотропных нейрогенных механизмов саногенеза зафиксировано в интервале 6–12 месяцев после операции.

**Выводы.** Метод ЛДФ в сочетании со спектральным вейвлет-анализом колебаний кровотока позволяет оценить функциональное состояние немиелинизированных нервных волокон и объективно отслеживать динамику восстановительных процессов у пациентов с кифосколиотическими деформациями позвоночника, осложнёнными компрессией спинного мозга.

\*Милица Игорь Михайлович: igor.milica@mail.ru

Кулешов А.А., Милица И.М.\* , Ветрилэ М.С., Лисянский И.Н., Макаров С.Н.

## Результаты хирургического лечения пациентов с деформациями позвоночника, ассоциированных с неврологическим дефицитом

Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Отсутствие систематизированного подхода к хирургическому лечению и статистические значимых данных результатов лечения характеризует высокую актуальность данной темы. При планировании хирургического доступа, зоны резекции и точек установки транспедикулярных винтов, индивидуальные анатомические модели могут иметь ключевую роль в принятии решения о тактике операции.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов лечения пациентов (n=51) со сколиотическими (n=8, 15,7%), кифотическими (n=26, 51%) и кифосколиотическими (n=17, 33,3%) деформациями позвоночника, ассоциированными с неврологическим дефицитом. Из них мужского пола 25 пациентов (49%) и 26 – женского (51%). Генеральную совокупность составили пациенты детского возраста — 39 случаев и 12 пациентов взрослого возраста. По методу хирургического лечения пациенты были разделены ретроспективно на 3 группы. Пациентам 1 группы (n=18) проведена вентральная декомпрессия со стабилизацией и минимальной коррекцией деформации позвоночника. Во 2 группе проводилась коррекция и фиксация деформации с непрямой декомпрессией спинного мозга (n=12). В 3 группе выполнялась задняя и/или заднебоковая декомпрессия позвоночного канала с дорсальной стабилизацией (n=21). На основе данных КТ-миелографии изготовлены индивидуальные 3D позвоночника и спинного мозга. Для проведения вентрального этапа хирургического лечения для 17 пациентов изготовлены индивидуальные металлоконструкции. Проведено анкетирование пациентов и оценка неврологического статуса с использованием шкал Frankel, ASIA, FIM.

**Результаты.** В течение 1 года после операции происходит восстановление моторной функции, что улучшает качество жизни пациентов. Декомпрессия спинного мозга в зоне максимального стеноза достоверно влияет на регресс неврологического дефицита. Неврологический дефицит у деформации влияет на регресс неврологического дефицита.

**Выводы.** Регресс неврологического дефицита в послеоперационном периоде зависит степени выраженности исходного неврологического дефицита и адекватной декомпрессии спинного мозга в зоне максимального стеноза позвоночного канала. Применение КТ-миелографии с последующим изготовлением 3D моделей позвоночника и спинного мозга является важным инструментом для визуализации локальной компрессии спинного мозга.

\*Милица Игорь Михайлович: igor.milica@mail.ru

Кяримов И.А.\* , Зоркин С.Н., Конова О.М., Сахарова Е.В., Шахновский Д.С.

## Применение медикаментозной литокинетической терапии и физиотерапевтических методов лечения после дистанционной литотрипсии у детей с мочекаменной болезнью

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Активно ведутся поиски методов ускорения отхождения фрагментов конкрементов после дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ). Особое внимание уделяется разработке и внедрению литокинетической терапии в педиатрии, где данные о применении медикаментозно-экспульсивной терапии ограничены. Последние мета-анализы показывают, что альфа-1-адреноблокаторы способствуют более быстрому и успешному выведению камней у детей с минимальными побочными эффектами. Исследований по применению физиотерапевтических методов в лечении мочекаменной болезни у детей не проводили. Применение поляризованного света после ДУВЛ обладает спазмолитическим и стимулирующим эффектам, направленным на выведение фрагментов камней. Цель исследования — оценить эффективность и безопасность применения альфа-1-адреноблокаторов и физиотерапевтических методов после ДУВЛ у детей с уролитиазом.

**Материал и методы.** В исследование были включены 33 пациента в возрасте от 3 до 17 лет, которые разделены на две группы. В первой группе 18 детей после ДУВЛ получали альфа-1-адреноблокаторы (тамсулозин и силodosин). Во второй группе 15 детям проводили сеансы поляризованного света с использованием аппарата «Биоптрон-ПРО» на область почки, мочеточника и мочевого пузыря на протяжении 7 послеоперационных суток. На протяжении всего послеоперационного периода оценивали побочные эффекты от применения препаратов, физиотерапии, времени выведения фрагментов конкрементов. Болевой синдром оценивали по валидированным шкалам.

**Результаты.** Наблюдения показали, что частота полного освобождения почки от фрагментов конкрементов на 7-е сутки в первой группе составила 78% (14 пациентов), во второй группе — 67% (11 пациентов). В первой группе уровень болевого синдрома у 5 (27%) детей, требующих обезболивания в послеоперационном периоде, составлял 6–9 баллов по ВАШ на 1–3-и послеоперационные сутки; во второй группе у 4 (27%) детей — 5–7 баллов на 1-е послеоперационные сутки. В первой группе нежелательные явления от применения препаратов наблюдали у 2 пациентов (головная боль, заложенность носа), они относились к I классу осложнений по Clavien-Dindo и не требовали дополнительных медицинских вмешательств. У одного пациента образовалась «каменная дорожка», требующая проведения уретеролитокстракции (класс осложнений — IIIb). Во второй группе побочных действий от применения физиотерапии не наблюдали.

**Заключение.** Первые результаты исследования показывают, что применение уроселективных альфа-1-адреноблокаторов обеспечивает высокую скорость отхождения фрагментов конкрементов и демонстрирует хороший профиль безопасности. Использование поляризованного света позволяет повысить эффективность лечения за счет комплексного физиотерапевтического воздействия, обеспечивающего анальгетический, противовоспалительный и спазмолитический эффекты. Полученные результаты подтверждают необходимость продолжить исследования.

\*Кяримов Ибрагим Ашраф-оглы: [kiarimov.ia@nczd.ru](mailto:kiarimov.ia@nczd.ru)

Лабузов Д.С.\* , Степанов В.Н., Киселёв И.Г., Писанка В.В.

## Безоары желудочно-кишечного тракта у детей

Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск, Россия

**Обоснование.** Безоары — это образования, формирующиеся в пищеварительном тракте из различных проглоченных инородных тел. Трихобезоары образуются из собственных волос у детей, склонных к трихофагии. Фитобезоары образуются из тел растительного происхождения. В практике это редкая патология, ранняя диагностика затруднена по причине отсутствия специфических признаков. Поводом для обращения к хирургу являются признаки кишечной непроходимости, пальпируемое в животе образование. Цель публикации — представить клинические наблюдения безоаров у детей.

**Материал и методы.** В клинике с 2003 по 2023 г. находились 4 девочки в возрасте от 1 года 8 мес до 13 лет. Дети поступали с подозрением на кишечную непроходимость и опухоль. В диагностике применяли УЗИ, рентгенографию, фиброэндоскопию, лапароскопию. Для удаления безоаров использовали лапаротомию.

**Результаты.** У 2 девочек, 10 и 12 лет, в анамнезе установлена трихофагия. Боли в верхних отделах живота, снижение аппетита и рвота беспокоили несколько месяцев. При пальпации живота определили подвижные и плотные образования в эпигастральной области. При обследовании наличие трихобезоаров подтверждено. Выполнили верхнесрединную лапаротомию, гастротомию. В обоих случаях имел место синдром Рапунцель. Выполнили удаление безоаров массой 2,2 и 2,8 кг. Девочка, 1 год 8 мес, поступила с клиникой и рентгенологической картиной кишечной непроходимости. С подозрением на инвагинацию выполнена лапароскопия. При ревизии на расстоянии 20 см от илеоцекального угла обнаружен участок стеноза и супрастенотическое расширение с плотными массами в просвете. При энтеротомии обнаружен и удалён конгломерат из ядер, шелухи тыквенных семечек, аморфных пищевых масс и слизи. Резецирован изменённый участок кишки, наложен тонко-тонкокишечный анастомоз. Девочка родилась недоношенной, ей проводили катетеризацию пупочной вены и, вероятно, стеноз кишки возник вследствие некротизирующего энтерита. Девочка, 13 лет, поступила с болями в животе, жалобами на двукратную рвоту. Нарастали клинические признаки кишечной непроходимости, рентгенологически определялись чаши Клойбера. При проведении диагностической лапароскопии на расстоянии до 50 см от илеоцекального угла обнаружен участок неравномерного расширения тонкой кишки, уплотнённой при инструментальной пальпации, протяженностью до 15 см. Конверсия, срединносрединная лапаротомия: при ревизии в участке интереса плотное разминаемое инородное тело в просвете кишки, которое удалось продвинуть в толстый кишечник. Другой патологии в брюшной полости не обнаружено. При фиброгастроуденоскопии инородных тел не обнаружено. На 2-е сутки после операции в стуле был обнаружен цилиндрический трихобезоар.

**Заключение.** Безоары являются одной из причин кишечной непроходимости у детей. О них нужно помнить при проведении диагностического поиска для выбора оптимальных методов удаления.

\*Лабузов Дмитрий Сергеевич: docyz@list.ru

Лобанова А.Д.\*, Зоркин С.Н.

## Номограмма для определения эффективности дистанционной ударно-волновой литотрипсии у детей с мочекаменной болезнью

ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России, г. Москва

**Обоснование.** Методом выбора при лечении мочекаменной болезни у детей является дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ). Существующие на сегодняшний момент показания к проведению ДУВЛ обширны и зачастую приводят к снижению эффективности метода, в результате чего возрастает количество анестезиологических и хирургических пособий.

**Цель исследования:** выявить факторы предикции успешного лечения детей с уролитиазом методом ДУВЛ и создать номограмму для определения ее эффективности.

**Материал и методы.** В исследование вошло 305 пациентов с уролитиазом почечной локализации, которым была проведена дистанционная ударно-волновая литотрипсия на базе урологического отделения ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» в период с июля 2020г. по декабрь 2023г. включительно. Критериями исключения из исследования было наличие врожденной аномалии развития органов мочевыделительной системы, обструктивной уропатии, ипсилатеральных камней мочеточника или камней в мочевом пузыре, сопутствующей тяжелой иммобилизирующей патологии. Всем пациентам перед операцией выполнялась визуализация с помощью УЗИ и КТ. Критерием эффективности ДУВЛ служило отсутствие осколков конкрементов >3 мм в мочевыводящих путях по данным контрольного УЗИ, выполненного через 3 месяца. Было проведено сравнение между группами пациентов с успешной и неэффективной литотрипсией по ряду параметров с целью выявления статистически значимых факторов, определяющих исход дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Отбор факторов для построения номограммы выполнялся с использованием логистического регрессионного анализа.

**Результаты.** При проведении сравнения показателей групп пациентов с успешной и с неэффективной ДУВЛ мы получили, что ИМТ, расстояние от камня до кожи, анамнез ипсилатеральных оперативных вмешательств, сторона поражения и количество конкрементов не имеют статистически достоверные различия в этих двух группах. Статистически значимые различия были получены при сравнении эффективности ДУВЛ в зависимости от пола ( $p=0,010$ ) и возраста ( $p < 0,001$ ), двусторонности процесса ( $p=0,046$ ), расположения в почечных структурах ( $p=0,006$ ) и наличия конкремента в нижней группе чашечек ( $p=0,047$ ), размера конкремента как по УЗИ, так и по КТ ( $p < 0,001$ ), объема камня ( $p < 0,001$ ) и его плотности ( $p < 0,001$ ). Далее была разработана прогностическая модель для определения вероятности эффективности ДУВЛ, в основу которой легли переменные в соответствии с клинической и статистической значимостью с отсеиванием наименее эффективных признаков. Такими переменными стали: пол, возраст, точная локализация, множественность локализации, средняя плотность, размер и объем конкремента по данным КТ. Полученная регрессионная модель является статистически значимой ( $p < 0,001$ ). Чувствительность и специфичность модели составили 82,3% и 82,2%, соответственно. Пороговое значение логистической функции  $P$  в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 0,528. Эффективная ДУВЛ прогнозировалась при значении логистической функции  $P$  выше данной величины или равном ей.

**Заключение.** Полученная в нашем исследовании статистическая модель является универсальным инструментом предоперационного планирования, позволяющим осуществлять персонализированный и объективный подход к лечению пациентов с мочекаменной болезнью. Введение в клиническую практику подобных инструментов оценки вероятности эффективности той или иной процедуры позволит выбирать оптимальный метод лечения, что повысит эффективность проводимых операций и снизит количество оперативных и анестезиологических пособий, а также длительность пребывания ребенка в стационаре.

\* Лобанова Антонина Денисовна: antonina.lobanova13@yandex.ru



Ломака М.А. \*, Рогинский В.В., Овчинников И.А., Большаков М.Н., Гавеля Е.Ю.

## Дети с сосудистыми аномалиями головы и шеи: диагностика и современный подход к лечению

Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Сосудистые аномалии по обновленной классификации ISSVA 2018 г. подразделяются на сосудистые опухоли (в том числе, гемангиомы) и сосудистые мальформации. В связи с тем, что гемангиомы не являются истинными доброкачественными новообразованиями, В.В. Рогинский с соавторами в своей классификации патологических образований из кровеносных сосудов (2010) ввели новый термин «гиперплазия кровеносных сосудов» (ГКС), объединяющий в себе различные виды младенческих гемангиом. Мальформации являются пороками развития кровеносной и/или лимфатической системы. Бывают как простые (артериовенозные, капиллярные, венозные, лимфатические), так и комбинированные мальформации. Дифференциальная диагностика сосудистых аномалий не всегда очевидна ввиду схожести клинической картины, в связи с чем вопрос выбора метода лечения таких пациентов остается актуальным.

**Материал и методы.** В исследование включили 3850 детей с ГКС, 545 детей с мальформациями кровеносных сосудов (МКС), 255 детей с лимфатическими мальформациями (ЛМ) головы и шеи. Для диагностики всем пациентам наряду с клиническими методами по показаниям применяли дополнительные методы: ультрасонография с доплерографией, компьютерная капилляроскопия, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, пункция, эндоскопия, ангиография, патоморфологическое и иммуногистохимическое исследования.

**Результаты.** Лечение пациентов с ГКС: динамическое наблюдение — 77; медикаментозное лечение бета-блокаторами — 631; местное лечение бета-блокаторами — 171; хирургическое лечение — 2111; фототерапия в резидуальной стадии — 99; комбинированное лечение — 860.

Лечение пациентов с МКС: хирургический метод — 333 пациента; чрезкожная или чрезслизистая радиочастотная абляция (РЧА) — 61; склерозирующая терапия — 44; лазерная интерстициальная абляция — 7; комбинация методов — 50. Лечение детей с МКС капиллярного типа и резидуальных телеангиэктазий — 50 наблюдений — проводили методом импульсной фототерапии. Использовали несколько видов лазеров: селективная импульсная фототерапия (IPL) 40 пациентов; селективная импульсная фототерапия (PDL) 46 пациентов. 19 пациентам с артерио-венозной формой мальформации выполнили эмболизацию приводящих сосудов как 1-й этап лечения перед радиочастотной абляцией или хирургическим удалением.

Лечение пациентов с ЛМ: хирургическое — у 135; склерозирование как самостоятельный метод — у 23; лазерная абляция — у 5; комбинация хирургического лечения с ультразвуковой деструкцией — у 66; комбинация хирургического лечения со склеротерапией — у 26.

**Заключение.** Наиболее эффективный метод лечения пациентов с ГКС в настоящее время — медикаментозный. Хирургическое иссечение является ведущим методом в лечении детей с МКС и ЛМ, однако для повышения эффективности лечения необходимо его комбинировать с современными малоинвазивными методами (РЧА, лазерная абляция, импульсная фототерапия, ультразвуковая деструкция с аспирацией, склерозирование).

\*Ломака Мария Александровна: dr.lomak@mail.ru

Лорткипанидзе Р.Б., Кенис В.М., Бердес А.И., Грибушин А.С., Ильин С.А.,  
Николаев Д.В., Пивковский Д.И.\*, Терёшин Н.А., Исламов М.М.

## Triplane & Tillaux-переломы у детей

Детская городская клиническая больница №5 имени Н.Ф. Филатова, г. Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Наибольший интерес среди переломов дистального отдела костей голени представляют трёхплоскостные и Tillaux-переломы. Такие переломы происходят в период ассиметричного закрытия дистальной зоны роста большеберцовой кости и считаются переходными, а тип перелома зависит от части функционирующей зоны роста. Помимо ассиметричного закрытия зоны роста механизм травмы, направленный на связочный аппарат в случае трёхплоскостных переломов, определяет вариабельность архитектоники перелома (2-е, 3-и и 4-е фрагментарные), а в случае перелома Tillaux — направление смещения. Такие переломы являются внутрисуставными, и линия перелома проходит через зону роста, что требует анатомической репозиции, для того чтобы свести к минимуму развитие посттравматического артроза. Выбор метода диагностики и методов лечения данных травм, представляет сложность и интерес. Зачастую после выполнения МСКТ диагноз, а также тактика лечения меняются. Помимо этого, учитывая особенности биомеханики и анатомии данной области, лечение вышеуказанных переломов представляет интерес в вопросе анализа и изучения отдаленных результатов.

**Материал и методы.** В нашем отделении травматологии с 2019 по 2024 г. 20 детей получили оперативное лечение по поводу переломов Tillaux и 26 по поводу трёхплоскостных переломов. Все пациенты проходили общеклинические предоперационные исследования, рентгенографию, а также в обязательном порядке МСКТ. Показаниями к проведению открытой репозиции являлось смещение фрагментов с диастазом >2 мм, по результатам МСКТ. Оперативное лечение включало в себя открытую репозицию с последующим применением различных видов остеосинтеза.

**Результаты.** Нами были оценены ближайшие и отдаленные результаты лечения данных пациентов. Результаты оценивали как отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Ближайшие результаты (6 мес) оценены у 5 пациентов как хорошие. Отдаленные результаты (1 год и более) оценены у 41 пациента. Результаты у 36 пациентов были оценены как отличные, у 3 как хорошие, у 2 как удовлетворительные. Неудовлетворительных результатов не было.

**Заключение.** Необходимо составление простой рабочей классификации, в которой будут одновременно учитываться возраст пациента, тип повреждения как костных, так и мягкотканых структур голеностопного сустава, а также механизм травмы. В случае анатомичной репозиции пациенты имеют отличные и хорошие ближайшие и отдаленные результаты, удовлетворительные результаты, вероятнее всего, явились следствием не анатомической репозиции. Метод МСКТ превосходит обычное рентгеновское исследование и является обязательным у пациентов с данными видами травм для определения точной архитектоники перелома, а также диастаза между отломками. Имеется необходимость использования дополнительных методов визуализации, таких как УЗИ или МРТ, для оценки повреждения мягкотканых структур в области повреждения, так как это может сказываться на результатах лечения. Показанием к оперативному лечению является диастаз между отломками >2 мм.

\*Пивковский Дмитрий Игоревич: dpivkovskij@mail.ru

Лукьянова К.К.\* , Окунева А.И., Калабкин Н.А., Окунев Н.А.

## Перекрут и некроз правых придатков матки, вторичный катаральный аппендицит у ребенка 3 лет

Детская республиканская клиническая больница», г. Саранск, Россия

**Обоснование.** Перекрут придатков матки — острая патология, характеризующаяся нарушением кровоснабжения органов и требующая оказания экстренной хирургической помощи. У детей первых 3 лет жизни острая ургентная патология в виде перекрута придатков или острого аппендицита встречается редко, в связи с чем данные диагнозы стоят в дифференциальной диагностике у врачей одними из последних. Кроме того, диагностика заболевания затруднена еще и в связи с нетипичной клинической картиной.

**Описание клинического случая.** Проведен аналитический обзор клинического наблюдения пациента с диагнозом перекрут, некроз правых придатков матки, вторичный катаральный аппендицит.

Пациентка К., 3 года, поступила в ГБУЗ РМ ДРКБ г. Саранска с жалобами на периодические, схваткообразные резкие боли в животе. Мама считает ребенка больным в течение 4 дней. В первый день отмечали тошноту, многократную рвоту, периодические резкие боли в животе. Через 20 ч самостоятельно обратились к педиатру по месту жительства, выставлен диагноз острый гастрит. Назначено лечение: фосфолюгель, энтерофурил. В течение суток после обращения беспокоили периодические схваткообразные резкие боли. На 4-й день от начала заболевания однократная рвота на высоте болевого синдрома, тошнота, температура тела нормальная. В связи с отсутствием положительной динамики на фоне терапии вызвали БСМП, доставлены с предварительным диагнозом острый аппендицит. При осмотре детского хирурга: живот при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, симптом Щеткина–Блюмберга слабо положительный. УЗИ органов брюшной полости и малого таза: правый яичник структурно изменен, в режиме ЦДК сосудистый рисунок в структуре образования не визуализируется. В ОАК: Le —  $9,27 \times 10^9$ /л, нейтрофилы 70%, лимфоциты 25%, СОЭ 10 мм/ч. Убедительных данных за острую хирургическую патологию нет, передана гинекологам. При ректально-абдоминальном исследовании: придатки справа болезненные при пальпации. Своды не нависают. Врачом — детским гинекологом выставлен предварительный диагноз перекрут правых придатков матки? Пациентке через 2 ч после поступления выполнили диагностическую лапароскопию с переходом на лапароскопическую аднексэктомию с последующей аппендэктомией в виду полностью некротизированных правых придатков и воспаленного аппендикса. Послеоперационный период без особенностей, проводили антибактериальную, дезинтоксикационную терапию.

**Заключение.** Таким образом, данная нозология у детей является трудно диагностируемой без дополнительных методов обследования. В приведенном клиническом случае при пальпации живота педиатром острая ургентная патология не заподозрена. Учитывая важность репродуктивного здоровья для девочки, при возникновении болей в животе необходимо иметь особую настороженность и широкое применение УЗ-диагностики для раннего выявления острой хирургической патологии.

\*Лукьянова Ксения Константиновна: ksusha22\_07\_99@icloud.com

Магер А.О.\* , Щербакова О.В.

## Клинический пример гибридной операции у ребенка с редкой сосудистой мальформацией — синдромом Бина

Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Синдром голубого резинового пузырчатого невуса (или синдром Бина) является редкой врожденной венозной мальформацией, с наиболее частой локализацией в коже и желудочно-кишечном тракте (ЖКТ). При синдроме Бина венозные дисплазии формируются до рождения ребенка, растут вместе с ним, и не регрессируют, т.к. отсутствует пролиферация эндотелиальных клеток. Синдром Бина проявляется гемангиомами различной локализации при рождении, а также может дебютировать в подростковом возрасте. Поражение ЖКТ может проявляться рецидивирующими кишечными кровотечениями, хронической анемией, абдоминальным болевым синдромом.

**Цель работы** — демонстрация клинического наблюдения редкого врожденного заболевания у подростка и применения гибридного вмешательства при множественных локализациях сосудистых мальформаций.

**Описание клинического случая.** Пациент Д., 13 лет, поступил в ФНКЦ ДиП ФМБА России в ноябре 2024 г. Из анамнеза известно, что при рождении выявлено сосудистое образование в области большого родничка; в грудном возрасте дважды оперирован по поводу ангиомы головного мозга. В январе 2024 г. впервые появились жалобы на боли в животе, при обследовании — анемия тяжелой степени (гемоглобин 60–68 г/л), проведена заместительная гемотрансфузия, назначены препараты железа. В связи с сохраняющейся анемией в августе 2024 г. проведено обследование по месту жительства. При фиброколоноскопии (ФКС) выявлено и удалено полиповидное образование поперечно-ободочной кишки, диаметром до 1,0 см. Гистологическое исследование: кавернозная гемангиома. При повторной ФКС выявлен рецидив гемангиомы в толстой кишке и появление новых сосудистых образований. С целью уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ребенок направлен в ФНКЦ ДиП ФМБА России. Учитывая данные анамнеза, клинического осмотра (выявлена венозная мальформация III пальца правой стопы) и результаты обследований, у ребенка заподозрен синдром Бина. 28.11.2024 выполнена сочетанная (гибридная) операция: первым этапом проведена диагностическая лапароскопия — выявлены множественные венозные дисплазии в париетальной брюшине и в тонкой кишке (наиболее крупное сосудистое образование занимало 1/3 просвета тощей кишки). Вторым этапом выполнена ФКС, одновременно с лапароскопией и трансиллюминацией кишечной стенки в области гемангиом, проведена подслизистая резекция наиболее крупной венозной мальформации в сигмовидной кишке. На заключительном этапе гибридной операции участок тонкой кишки с венозной дисплазией граспером выведен наружу через расширенный троакарный окологруничный разрез, проведена клиновидная резекция тонкой кишки с сосудистым образованием, целостность кишки восстановлена. Гистологическое заключение: Венозная мальформация тонкой и толстой кишки (с учётом клинических данных, может иметь место синдром Бина). Ребенок направлен в профильное отделение для таргетной терапии Сиролимусом.

**Заключение.** В нашем случае продемонстрированы возможности сочетанного оперативного вмешательства у ребенка с множественными сосудистыми мальформациями. Тщательный анализ данных анамнеза, клинического осмотра, результатов лабораторных и инструментальных исследований, гистологического заключения, позволил заподозрить синдром Бина, и заранее распланировать этапы работы хирургической и эндоскопической бригад.

\*Магер Алена Олеговна: mageral@yandex.ru

Малимон Т.В.\* , Савельева М.Н., Аттала Б.

## Травматические повреждения челюстно-лицевой области у детей г. Перми и Пермского края. Методы лечения и реабилитации

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, г. Пермь, Россия

**Обоснование.** Острая травма — это воздействие термических, физических, химических, механических факторов на ткани организма, которые приводят к различным анатомо-физиологическим изменениям.

**Материал и методы.** По нашим данным, число травм ЧЛО в целом среди пациентов детского населения неуклонно растет. Проведен анализ травм лица у детей за период с 2020 по 2024 г. Дети с повреждениями челюстно-лицевой области составили до 30% от всех детей, поступивших в отделение клиники, чаще страдают мальчики. Дети 3–7 лет составили 70% от всех детей, получивших травму.

**Результаты.** Травма мягких тканей у детей чаще встречается в возрасте от 1 до 3 лет, переломы челюстных костей в 11–15 лет. У детей увеличивается риск возникновения переломов челюстных костей в связи с возрастными изменениями соотношения лицевого и мозгового отделов черепа. При возникновении перелома челюстных костей по типу «зеленой веточки» мы используем консервативный метод лечения, ортодонт отделения применяет различные ортодонтические аппараты. При наличии перелома со значительным смещением — проведение остеосинтеза челюстных костей. При повреждении зубов и альвеолярного отростка происходит повреждение не только костей, но постоянных и временных зубов, а также зачатков. При переломах коронок зубов проводится удаление зубов, при переломе альвеолярного отростка — репозиция альвеолярного отростка, зубов, фиксация терапевтической шины с последующим диспансерным наблюдением. У детей преобладает бытовая травма. По механизму получения травмы, у детей преобладает травма в результате падения. Особое место среди травм лица у детей занимают ожоги. Чаще страдают дети в младшем возрасте в результате воздействия кипящей воды, а также открытым пламенем. Криминальный характер травмы у детей встречается чаще в 14–15 лет. Отморожение встречается чаще у пациентов в возрасте до 2-летнего возраста. Большой процент травм приходится на укушенные раны лица от домашних собак. Для рассмотрения вопросов профилактики травм лица у детей особое внимание следует уделять социальным факторам. При возникновении дефектов больших размеров мы используем для закрытия лоскуты на широких основаниях. Дефекты небольших размеров закрываем пластикой местными тканями. Пациентов повторно осматриваем через 1 мес. после операции для оценки результата лечения. В клинике проводим комплекс реабилитационных мероприятий. Детей осматривают детские стоматологи, ортодонт для рационального протезирования.

**Заключение.** Таким образом, своевременное и профессиональное оказание первичной хирургической помощи детям с травмами челюстно-лицевой области, а также диспансерное наблюдение пациентов в раннем и более позднем послеоперационном периоде приводит к достижению хороших эстетических и функциональных результатов.

\*Малимон Татьяна Владимировна: docmalimon@gmail.com

Мамбетова А.И.\*<sup>2</sup>, Шангареева Р.Х.<sup>1</sup>, Нигаметьянов Р.А.<sup>2</sup>, Демина А.В.<sup>2</sup>,  
Хисамутдинов Р.Р.<sup>2</sup>, Ковалева В.Д.<sup>2</sup>

## Некроз пряди большого сальника

<sup>1</sup> Городская детская клиническая больница № 17, г. Уфа, Россия

<sup>2</sup> Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

**Обоснование.** Некроз части большого сальника — это острая хирургическая патология, которая проявляется заворотом сальника и нарушением его кровоснабжения. В литературе описано около 300 случаев, а на практике патология обнаруживается у 0,1–0,3% больных, большинство пациентов обращаются с типичной клиникой острого живота. Как правило, диагноз выставляется интраоперационно. Предполагающие факторы: избыточный вес, малоподвижный образ жизни, травма живота. Клиническая картина: постепенное начало, боли в животе постоянного характера, состояние больного продолжительно остается удовлетворительным, слабость, вялость, потеря аппетита, тошнота, при этом отсутствуют признаки интоксикации и диспепсии, чаще характерны отрицательные симптомы раздражения брюшины, в ОАК обнаруживается нормальное значение лейкоцитов или умеренный лейкоцитоз.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 4 историй болезни 3 пациентов с данной патологией в период 2023–2024 гг. в возрасте 10–11 лет, из них девочек — 1, мальчиков — 2. У девочек данная патология встречалась дважды, поступила с такими же жалобами через 4 мес. В обоих случаях боли в животе появились после травмы живота: в первый раз был удар в область живота туловищем другого ребенка, во второй — удар волейбольным мячом в живот. Два пациента травму отрицают. Время от начала заболевания до момента поступления составило от 5,5 ч до 4 сут, время от поступления до оперативного вмешательства — от 2 до 12 ч.

**Результаты.** ИМТ больных в среднем составил 29,4 кг/м<sup>2</sup>, что соответствует избыточной массе тела (предожирение) и согласуется с данными литературы. Все дети при поступлении предъявляли жалобы на боли в животе постоянного характера, тошноту. У 2 пациентов отмечено повышение температуры до субфебрильных значений. Локализация болей — эпигастральная область у двоих, правое подреберье у одного больного. У всех пациентов выявили локальное напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина–Блюмберга. В ОАК в трех случаях отмечали умеренный лейкоцитоз, лишь в одном — лейкоциты в норме. Во всех случаях было выполнено УЗИ ОБП и почек, однако каких-либо изменений не выявили. За период динамического наблюдения всем пациентам предварительно установлен диагноз острый аппендицит. Принято решение о диагностической лапароскопии. Интраоперационно во всех случаях выявлена припаянная к париетальной брюшине передней брюшной стенке прядь большого сальника, размерами от 3,0 до 7,0 см, темно-сине-черного цвета, со скудным геморрагическим отделяемым (некроз пряди большого сальника). У одного больного прядь большого сальника припаяна к брюшине передней брюшной стенки, в эпигастральной области справа, во втором случае — в правом подреберье, в третьем — в левом подреберье. Выполнена лапароскопическая резекция пряди большого сальника, с помощью коагуляции. Гистологическим исследованием подтвержден некроз пряди большого сальника. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений, выписаны через 7 сут.

**Заключение.** Некроз пряди сальника является не частой патологией. Проявляется клиникой «острого живота». Лапароскопия является эффективным методом диагностики и лечения данной патологии.

\* Мамбетова Азалия Ильгизовна: azalina131098@mail.ru

Маргиева Д.А.\*<sup>1</sup>, Шарков С.М.<sup>1,3</sup>, Шмыров О.С.<sup>1</sup>, Кулаев А.В.<sup>1,2</sup>, Суров Р.В.<sup>1</sup>,  
Лазишвили М.Н.<sup>1</sup>, Козырев Г.В.<sup>1,2</sup>, Морозов К.Д.<sup>1,3</sup>, Ковачич А.С.<sup>1</sup>, Лобач А.Ю.<sup>1</sup>

## Опыт использования лапароскопической продольной интравезикальной уретероцистонеоимплантации в условиях дефицита длины мочеточника после ранее перенесенных оперативных вмешательств

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

<sup>2</sup> Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, г. Москва, Россия

<sup>3</sup> Первый Московский государственный медицинский университета им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

**Обоснование.** Несмотря на достаточно высокую эффективность антирефлюксных операций, применяемых в настоящее время, встречаются как рецидивы пузырно-мочеточникового рефлюкса, так и стенозы искусственных устьев реимплантированных мочеточников. Основной проблемой повторных антирефлюксных операций является дефицит длины мочеточника и как следствие отсутствие возможности формирования антирефлюксной защиты адекватной длины. В таких случаях в нашей клинике мы используем модифицированную нами методику лапароскопической продольной интравезикальной уретероцистонеоимплантации. Данная модификация позволяет сформировать искусственное устье в области треугольника Льео с соблюдением принципов антирефлюксной защиты.

**Материал и методы.** В отделении урологии ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ с 2019 по 2024 г. повторная антирефлюксная операция — лапароскопическая продольная интравезикальная уретероцистонеоимплантация (модификация операции Raquin) выполнена 24 детям в возрасте от 9 мес до 12 лет (27 мочеточников). Рецидив пузырно-мочеточникового рефлюкса после первичной уретероцистонеоимплантации диагностирован у 22 (91,7%) детей, стеноз дистального отдела — у 2 (8,3% детей).

**Результаты.** Период наблюдения пациентов составил от 6 до 67 мес. Всем пациентам выполняли УЗИ почек, по данным которого отмечено сокращение размеров ЧЛС более чем на 30% через 3–12 мес. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс имел место у 3 (12,5%) пациентов.

**Заключение.** Таким образом, наш опыт хирургического лечения с использованием лапароскопической продольной интравезикальной уретероцистонеоимплантацией демонстрирует возможность создания эффективного антирефлюксного тоннеля в условиях дефицита длины мочеточника после ранее перенесенных оперативных вмешательств.

\*Маргиева Диана Анатольевна: Dimarodnik93@mail.ru

Маркосьян С.А.\* , Чарышкин С.А., Кемаев А.Б., Чепой М.О., Маркосьян Л.С.

## Характер микрофлоры брюшной полости и факторы риска развития послеоперационного перитонита в разном возрасте

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва (Медицинский институт), г. Саранск, Россия

**Обоснование.** Значительный удельный вес в структуре гнойно-воспалительных заболеваний брюшной полости занимает послеоперационный перитонит. При этом развитие различных перитонеальных осложнений встречается в 11,7–35,6% случаев и нередко сопровождается присоединением абдоминального сепсиса, ДВС-синдрома, сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, угрожающих здоровью и жизни пациентов.

**Материал и методы.** Из 210 больных с вторичным перитонитом послеоперационный перитонит имел место у 8 (3,81%) человек. Всем пациентам проводили микробиологическое исследование перитонеального экссудата с определением чувствительности возбудителей к амикацину, цефтриаксону, цефотаксиму и эртапенему (инванзу).

**Результаты.** У 2 детей дошкольного возраста (4–6 лет) в раннем послеоперационном периоде развились инфильтрат и абсцесс брюшной полости. Одной из главных причин возникновения указанных осложнений явилось отсутствие чувствительности кишечной палочки к антибиотикам стартового ряда (амикацину, цефтриаксону и цефотаксиму). Проведенное бактериологическое исследование обнаружило высокую сенсбилизацию *Escherichia Coli* к препарату карбапенемовой группы. Коррекция антибактериальной терапии в виде назначения эртапенема позволила достаточно быстро купировать перитонеальное воспаление и избежать генерализации инфекционного процесса. В младшем школьном возрасте (7–11 лет) послеоперационный перитонит наблюдали у 3 пациентов. У одного больного диагностировали инфильтрат брюшной полости, у 2-го — абсцесс брюшной полости и послеоперационной раны, у 3-го — абсцесс малого таза. В последнем случае первоначально идентифицировали кишечную палочку с низкой восприимчивостью к эмпирическим антибиотикам. В результате повторного бактериологического исследования высевался энтерококк, высокочувствительный только к препарату карбапенемовой группы. У детей подросткового возраста (12–16 лет) послеоперационный перитонит был диагностирован у одного пациента. Ультразвуковое исследование брюшной полости показало наличие абсцесса дугласова пространства. Изучение микробиома полученного экссудата установило присутствие энтерококка, высокочувствительного к эртапенему и препаратам цефалоспориновой группы. В юношеском возрасте (17–18 лет) послеоперационные осложнения, связанные с образованием внутрибрюшных гнойников, возникли в 2 случаях. При бактериологическом исследовании высевалась ассоциативная микрофлора. При изучении чувствительности микробоценоза *Escherichia Coli* и *Staphylococcus Epidermidis* отмечали отсутствие сенсбилизации обоих возбудителей к антибиотикам цефалоспориновой группы. *Pseudomonas Aeruginosa* и *Enterococcus* проявляли максимальную чувствительность ко всем рассматриваемым антибиотикам.

**Заключение.** Таким образом, на основании полученных данных, следует отметить, что недостаточная чувствительность микроорганизмов к назначаемым препаратам стартового ряда и наличие видовой изменчивости патогенов в условиях осложненного течения раннего послеоперационного периода являются одними из определяющих факторов риска развития послеоперационного перитонита.

\*Маркосьян Сергей Анатольевич: markosyansa@mail.ru



Махмудов З.М.\*, Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А.

## Улучшение хирургических методов лечения острого гематогенного остеомиелита у детей

Специализированная детская хирургическая клиника Самаркандского Государственного медицинского университета, г. Самарканд,  
Республика Узбекистан

**Обоснование.** Гематогенный остеомиелит (ГО) у детей — это патологическое состояние, при котором происходит гнойное поражение всех структур кости вместе с окружающими их тканями, а также костного мозга. ГО может поражать любые кости в организме, но чаще всего страдают длинные трубчатые кости конечностей (бедренная, большеберцовая, плечевая). В структуре гнойно-септической патологии ГО составляет от 2,0 до 15,0%. Несмотря на достигнутые значительные успехи в диагностике и лечении ГО на сегодняшний день сохраняется большое количество осложнений, а летальность составляет от 0,2 до 17,0%.

**Материал и методы.** Данная работа проведена в Специализированной детской хирургической клинике Самаркандского государственного медицинского университета. В работу включены данные 398 детей от 3 до 17 лет с диагностированным ГО, которые пролечены за последние 25 лет.

**Результаты.** 112 больным с диагнозом ГО длинных трубчатых костей была применена остеоперфорация костей с установлением игл-шрупов (ИШ). А при поражении костей тазобедренного сустава (81 больной) применили оригинальный метод дренирующей остеоперфорации крыши вертлужной впадины (ДОКВВ). Применение ИШ и ДОКВВ в данных группах больных позволило снизить летальность с 10,8 до 1,8%, хронизацию воспалительного процесса — с 48,3 до 22,7%, ортопедические последствия — с 25,4 до 4,8%. 106 пациентам с хроническим рецидивирующим гематогенным остеомиелитом (ХГО) применили разработанный нами способ — методику расширенной секвестрнекрэктомии с реканализацией пораженной кости. Предложенная тактика хирургического лечения ХГО способствовала снижению частоты раневых гнойных осложнений с 20,3 до 3,8%, сокращению сроков стационарного лечения с  $31,2 \pm 2,1$  до  $21,9 \pm 0,6$  дней.

**Заключение.** Результаты данного исследования свидетельствуют о возможности совершенствования хирургического лечения гематогенного остеомиелита у детей. Разработанные и внедренные на основе проведенного исследования инновационные методы позволяют улучшить результаты лечения, снизить количество ортопедических последствий и летальность.

\*Махмудов Зафар Мамаджанович: zafarebox@mail.ru

Мохаммад Башир<sup>1, 2</sup>, Давлицаров М.А.\*<sup>1</sup>, Цыбин А.А.<sup>1, 2</sup>, Дегтярев П.Ю.<sup>1</sup>

## Обширная постветряночная флегмона ягодицы

<sup>1</sup> Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина, г. Тула, Россия

<sup>2</sup> Тульский государственный университет, медицинский институт болезней, г. Тула, Россия

**Обоснование.** Одним из самых жизнеугрожающим осложнением ветряной оспы у детей является некротическая флегмона. Частота встречаемости данного заболевания составляет 0,01–0,2%.

**Описание клинического случая.** Под нашим наблюдением на базе ДХО ТГКБСМП им. Д. Я. Ваныкина в феврале 2024 г. с диагнозом обширный дефект кожи левой ягодичной области находился ребенок К., 13 лет. Поступил с жалобами на наличие длительно незаживающей раны левой ягодицы. Из анамнеза известно, что заболел остро 14.01.2024 — повышение температуры тела до 40 градусов и появление ветряночных элементов по всему телу. За помощью не обращались, лечились самостоятельно — нурофен, амоксиклав, смазывали элементы бриллиантовой зеленью и левомиколовой мазью. 21.04.2024 появилась гиперемия ягодины и левого бедра. 22.01.2024 осмотрен хирургом, проведено вскрытие абсцесса. Госпитализирован в ДИО, где находился с 22.01.2024 по 25.01.2024 с диагнозом тяжелая ветряная оспа. Абсцедирование элементов сыпи левой ягодичной области. Участок нарушения микроциркуляции от сдавления. По выздоровлению переведен в ДХО с 25.01.2024 по 14.02.2024 с диагнозом абсцесс левой ягодичной области (постветряночный). 25.01.2024 проведено дренирование абсцесса, 15.02.2024 поступил в ДХО для этапного лечения — пластика раны в плановом порядке. Локальный статус: в левой ягодичной области гранулирующая рана размерами около 5 см в диаметре с оmozоленными краями, отслойка кожи по периферии медиально около 6 см вверх и вниз по 4 см, кнаружи около 2 см, отделяемое скудное. ОАК и ОАМ — без патологии. УЗИ ОБП — свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не выявлено.

Получал антибактериальную и ЛОК-терапию, симптоматическое лечение. Выполнено оперативное вмешательство — пластика дефекта левой ягодичной области перемещенными кожными лоскутами. Послеоперационный период протекал гладко.

**Заключение.** Своевременное адекватное комплексное (хирургическое и консервативное) лечение в случаях постветряночной флегмоны приводит к выздоровлению и хорошим косметическим результатам.

\*Давлицаров Марат Александрович: chum605@gmail.com

Мохаммад Башир<sup>1, 2</sup>, Давлицаров М.А.\*<sup>1</sup>, Цыбин А.А.<sup>2</sup>, Дегтярев П.Ю.<sup>1</sup>, Якунов А.Н.<sup>1</sup>

## Клиническое проявление кисты урахуса у подростка

<sup>1</sup> Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина, г. Тула, Россия

<sup>2</sup> Тульский государственный университет, медицинский институт болезней, г. Тула, Россия

**Обоснование.** Частота встречаемости патологии урахуса не определена как в популяции, так и в структуре стационаров различного профиля, что связано с малыми сериями наблюдений. Распространенность пороков развития урахуса у детей общепринято считается несколько выше, чем у взрослых. По данным различных авторов, на детский возраст приходится 95% патологии урахуса.

**Описание клинического случая.** Под нашим наблюдением в сентябре — октябре 2024 г. на базе ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина с диагнозом киста урахуса находился ребенок М., 17 лет. Болен около 3 мес, когда появились периодические кровянистые выделения из кожного пупка. Амбулаторное лечение без положительного результата. 30.09.2024 осмотрен детским хирургом. Госпитализирован по экстренным показаниям. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные. Температура при поступлении в норме. По внутренним органам и системам без особенностей. Неврологическая симптоматика без особенностей. Локальный статус: ребенок активный, рвоты нет. Область кожного пупка — кожа гиперемирована, отделяемого нет. Признаки кожного воспаления умеренные. ОАК и ОАМ — без особенностей. УЗИ ОБП (до операции) — кистозное образование с соединительнотканым тяжом под брюшной стенкой ниже уровня пупка. УЗИ ОБП (после операции) — патологии не выявлено. Фистулография — определяется тонкая тень свищевого хода с округлым образованием на конце, начинающаяся от пупочной области и заканчивающаяся в проекции ниже мышц стенки живота (вероятнее всего в брюшной полости).

Была выполнена операция — иссечение кистозного образования урахуса со свищем. Послеоперационный период протекал гладко. Гистологическое исследование: плотная неоформленная соединительная ткань, небольшое количество сосудов разного диаметра.

**Заключение.** Киста урахуса является редким заболеванием, особенно у подростков (впервые выявленная в 17 лет), требующим своевременного выявления на амбулаторном этапе с помощью УЗИ-скрининга органов брюшной полости и оперативного лечения, являющегося залогом успешного выздоровления.

\*Давлицаров Марат Александрович: shum605@gmail.com

Нигинский Д.М., Захарчук Е.В.

## Благоприятный исход длительного последовательного хирургического лечения при осложненной ПСМТ (взрывном переломе L5) у подростка с сочетанной травмой

Окружная клиническая больница №2, г. Тюмень, Россия

**Обоснование.** Травматическая эпидемия оказывает огромное социально-экономическое влияние на общество. Более 3 млн. детских травм регистрируют ежегодно медицинские учреждения России, где в настоящее время нет четких, общепринятых, объективных критериев, позволяющих достоверно прогнозировать исход тяжелой сочетанной травмы, нет клинических рекомендаций по оказанию помощи пациентам при политравме.

**Описание клинического случая.** Мальчик 17 лет поступил после кататравмы в тяжелом состоянии, в пассивном положении на щите. GCS: 15. Дистальная парапарез 2 балла. ВАШ 8 б. Контроль за функцией тазовых органов нарушен по типу задержки. Диагноз: Сочетанная травма. ЗЧМТ УГМ легкой степени тяжести. Травматическое САК. Пластинчатая СДГ. Перелом правого мыщелка затылочной кости. Осложненная ПСМТ. Взрывной перелом L5 позвонка. По классификации AO spine тип C2 (тело L5–A4). ЗТГК. УГК, ушиб и контузия легких, пневмоторакс, пневмомедиастинум, перелом 1,2 ребер справа без смещения, перелом грудины. Травматический шок 1 ст. Шкала Injury Severity Score — 18 баллов (тяжелое повреждение). Экстренные операции: наложение наружных фиксирующих устройств с использованием КДА ВФ, АНФ правой голени и стопы и ТПФ позвоночника. При КТ контроле — компрессия позвоночного канала. 2 этап: декомпрессивная ламинэктомия, дуральный мешок разрушен, выполнена пластика ТМО, герметизация тахокомбом. Через 2 недели — ликворея, выполнена ревизия и санация раны, герметизация дурального мешка, установлены дренажи в т.ч. люмбальный. Через 7 суток вновь расхождение швов, ликворея, повторная ревизии раны герметизация раны биодиградируемым клеем (гистакрил), герметизация несколькими слоями тахокомба. Через 2 суток реоперация забор аутографта широкой фасции правого бедра, пластика раны аутографтом, герметизация тахокомбом. В лечении цефепим. Через 3 нед. по катетеру 350 мл ликвора. Далее подключена вакуумная терапия, УФ облучение. На 12 сутки — положительная динамика. Через 3 суток удален люмбальный дренаж, еще через 3 суток рана полностью закрылась грануляционной тканью. Также активно проводилась первичная медицинская реабилитация: разрабатывали движения в стопах, выполнялась стимуляция работы мочевого пузыря, массаж. На фоне проводимой терапии при выписке: состояние удовлетворительное. Нижний парапарез проксимально до 4,5 баллов, дистально на уровне коленного сустава до 4-х баллов слева и справа, в стопах справа пациент уверенно тянет стопу на себя, от себя слабые движения, в левой стопе уверенно выполняет подошвенное и тыльное сгибание стопы. Поверхностная чувствительность нарушена в стопах. Глубокая чувствительность снижена в стопах. Пациент активизирован в ходунках на 30 сутки. Вертикализирован с посторонней помощью. Через 6 мес. стояние конструкции ТПФ в консолидация удовлетворительная. Передвигается самостоятельно с дополнительной опорой на трость. Парез в стопах до 3,5 баллов, при этом опорная функция сохранена.

**Заключение.** Основной хирургической стратегией при сочетанной травме у детей считаем максимально быструю остановку кровотечения и устранение компрессии нервных структур любой локализации, восстановление анатомо-морфологических повреждений и раннюю активизацию пациента с целью минимизации нарушенных или утраченных функций, либо адаптацию организма в условиях их полной потери. Мультидисциплинарный подход позволяет оптимизировать диагностику типичных повреждений и определить объем необходимого лечения. Коллегиальный мультидисциплинарный подход позволяет добиться лучших исходов, определения возможности симультанных операций и сроков реабилитации. Учитывая несоответствие предоперационных и интраоперационных характеристик травмы, при стабильном состоянии пациента необходимо выполнение МРТ с целью детальной предоперационной подготовки, возможности планирования расширенных вмешательств на интрадуральных структурах, уточнения характеристик переломов костных структур без смещения или с признаками импрессии с сохранением подвижности отломков.

\*Захарчук Е.В.: katgor@yandex.ru

Новопольцева О.Н.<sup>\*1</sup>, Караваева С.А.<sup>1, 2</sup>, Котин А.Н.<sup>1, 3</sup>, Веремейчик С.А.<sup>1, 3</sup>,  
Гопиенко М.А.<sup>1, 3</sup>, Кесаева Т.В.<sup>1, 3</sup>, Патрикеева Т.В.<sup>1, 3</sup>, Попова Е.Б.<sup>1</sup>,  
Леваднев Ю.В.<sup>1, 2</sup>, Лагунова В.А.<sup>1, 3</sup>, Чернявский А.О.<sup>1</sup>

## Опыт лечения паховых грыж у детей раннего возраста

<sup>1</sup> Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий (Детская городская больница №1), г. Санкт-Петербург, Россия

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

<sup>3</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Врожденные паховые грыжи являются частой хирургической патологией у детей, особенно родившихся недоношенными. Среди доношенных детей их частота составляет 1–5%, а у недоношенных возрастает до 7–30% у мальчиков и до 2% у девочек, что объясняется незрелостью тканей. Наличие паховой грыжи часто осложняет течение типичных для глубоко недоношенного ребенка состояний (синдром дыхательных расстройств, неврологические проблемы и др.), что влияет на терапевтические возможности и ухудшает качество жизни детей.

**Материал и методы.** За последние 3 года в Центре хирургии новорожденных на базе Детской городской больницы №1 г. Санкт-Петербурга выполнено 115 паховых грыжесечений у детей раннего возраста (от 4 сут до 6 мес), чаще всего — в 2–3 мес. Соотношение мальчиков и девочек — 3:1. Доношенными родились 17 (15%) детей, 98 (85%) были недоношенными. У 47 (41%) детей масса тела при рождении составила 500–1000 г, у 34 (30%) — 1000–1500 г, у 14 (12%) детей — 1500–2000, более 2000 г — у 17. Трое из наших пациентов родились массой тела менее 500 г. Показания к операции были поставлены на основании трудности вправления постоянно существующей грыжи, сопровождавшейся снижением сатурации, возникновением повторных ущемлений, частого беспокойства ребенка, приводящего к развитию респираторно-аффективных приступов, склонности к задержке стула. У большинства оперированных детей грыжа была двухсторонней в соотношении с односторонней 3:1. Масса тела на момент операции составила 1800–3500 г. Основным методом лечения — лапароскопическая методика с применением PIRS-технологии, выполнявшаяся под интубационным наркозом с каудальной анестезией. Открытый доступ был только у 6 детей. В 29 (25%) случаях герниопластика симультанная, выполнялась одновременно с нейрохирургическими, офтальмологическими и другими операциями.

**Результаты.** У большинства детей после оперативного лечения отмечено улучшение как общего состояния, так и ответа на лечение типичных заболеваний глубоко незрелого ребенка. Рецидив грыжи диагностирован в 8 (7%) случаях. Все эти пациенты были недоношенными с тяжелой сопутствующей патологией.

**Заключение.** Увеличение числа выживших недоношенных детей, в том числе родившихся с экстремально низкой массой тела, привело к пересмотру традиционно используемых показаний к грыжесечению. В настоящее время оно может и должно выполняться независимо от возраста ребенка. Показанием к паховому грыжесечению в раннем возрасте является наличие паховой грыжи, вызывающей выраженное беспокойство ребенка, нарушающей процесс вскармливания, а также опорожнение кишечника, утяжеляющие состояние. Об эффективности раннего хирургического лечения свидетельствует улучшение соматического и неврологического статуса у большинства прооперированных детей, несмотря на большее число рецидивов в сравнении с детьми более старшего возраста.

\*Новопольцева Ольга Николаевна: komrakova-2112@yandex.ru

Павленко Н.И.\*, Пискаков А.В., Пустовецкая Е.С.

## Параовариальная киста как причина острой абдоминальной боли у девочек

Омский государственный медицинский университет, г. Омск, Россия

**Обоснование.** Параовариальная киста — кистозное образование, формирующееся из эпоофорона и локализующееся между листками брыжейки маточной трубы. Частота их в структуре всех объёмных образований придатков матки составляет от 5 до 20%. Обычно не имеет специфических клинических проявлений и выявляется при проведении планового УЗ-обследования. Крайне редко сопровождается острой абдоминальной болью.

**Материалы и методы.** За 2022–2024 годы в клинике детской хирургии Омского государственного медицинского университета пролечено 11 девочек с острой абдоминальной болью, причиной которой послужила параовариальная киста. Всем пациенткам проведено общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и органов таза, осмотр гинеколога в неотложном порядке. Лечение осуществлялось с применением лапароскопии.

**Результаты.** В ходе анализа жалоб установлено, что во всех 11 случаях присутствовала приступообразная боль внизу живота, сопровождающаяся тошнотой и рвотой рефлекторного характера на высоте боли. При пальпации у всех пациенток живот оставался мягким, болезненным на стороне локализации кисты, перитонеальные симптомы отсутствовали. При проведении ректор-абдоминального осмотра во всех случаях в полости таза определялось объёмное образование, резко болезненное при тракции. По результатам УЗ-исследования объем кисты составил 84,0 (71,0;145,0) куб см, яичники в 8 случаях были не изменены, диаметр OD=OS, по результатам УЗДГ визуализировался удовлетворительный кровоток. В 3 случаях отмечалось увеличение одного из яичников до 38,0 (34,0;40) куб см с изменением его эхоструктуры и отсутствием визуализации кровотока по результатам УЗДГ. В ходе лапароскопии, проведенной через 55 (45;65) минут с момента поступления пациентки в стационар в 8 случаях визуализирован перекрут параовариальной кисты с маточной трубой, в 3 случаях — перекрут параовариальной кисты с придатками матки на стороне ее локализации. Всем пациенткам выполнена деторсия, цистэктомия. Органоуносящих операций не было выполнено ни в одном случае за анализируемый период времени.

**Заключение.** Параовариальная киста обычно не имеет какой-либо клинической симптоматики и выявляется при профилактическом УЗ-исследовании. Появление острой боли в сочетании с тошнотой и рвотой у пациенток с параовариальной кистой является признаком ее перекрута. Участие врача акушера-гинеколога в ходе обследования девочек с острой болью в животе позволит своевременно диагностировать патологию органов репродуктивной системы как причину острой абдоминальной боли и устранить её, в том числе с применением оперативного органосохраняющего подхода.

\*Павленко Наталья Ивановна: [nipavlenko@mail.ru](mailto:nipavlenko@mail.ru)

Пантюхин Д.В.<sup>1\*</sup>, Журило И.П.<sup>2</sup>

## Фитобезоар, дивертикула Меккеля, осложнившийся тонкокишечной инвагинацией

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

<sup>2</sup> Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева; Россия, г. Орел

**Обоснование.** Диагностика и выбор рациональной лечебной тактики при инвагинации кишечника у детей на почве дивертикула Меккеля является весьма актуальной задачей, так как в каждом конкретном случае требуется индивидуальный подход. Те случаи, когда сочетание врожденной аномалии и инородного тела желудочно-кишечного тракта приводит к возникновению острой хирургической патологии, заслуживают особого внимания, так как весьма сложны в диагностике и опасны в плане развития тяжелых жизнеугрожающих состояний.

**Описание клинического случая.** Целью исследования явился анализ редкого клинического случая фитобезоара дивертикула Меккеля, осложнившегося тонкокишечной инвагинацией. Представляем наш клинический случай. Пациент, мальчик А, 12 лет, по экстренным показаниям с жалобами на боли в животе, двукратную рвоту и субфебрильную температуру госпитализирован в хирургическое отделение для детей Научно-клинического многопрофильного центра имени З.И. Круглой (г. Орел) с клиникой инвагинации кишечника.

**Результаты.** При госпитализации в НКМЦ имени З.И. Круглой (г. Орел) пациент был осмотрен дежурными врачами приёмного отделения (педиатр, детский хирург), а также выполнены лабораторные и инструментальные методы диагностики. Во время сбора анамнеза настоящего заболевания было выяснено следующее: мальчик накануне дня перед госпитализацией активно играл на улице в игры с физической нагрузкой, в перерыве пришел домой на обед и съел большое количество порезанных стеблей и листьев руколы, затем опять занимался физически активными играми. По результатам лабораторной диагностики обнаружен лейкоцитоз ( $17,7 \times 10^9/\text{л}$ ) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. По данным УЗИ диагностики органов брюшной полости (каудальнее и левее пупка) определяется инвагинат до  $99 \times 43$  мм. В брюшной полости визуализируется свободная жидкость в умеренном количестве. Инвагинация кишечника. Не исключена кишечная непроходимость. Во время диагностической лапароскопии панорамном осмотре выявлено, что петли тонкого кишечника умеренно расширены, имеется тонко-тонкокишечный инвагинат длиной 6 см, а также дивертикул Меккеля, на «входящей» в инвагинат петле кишки. Далее выполнены конверсии. В рану выведены петли подвздошной кишки с инвагинатом. У проксимального края инвагината имеется дивертикул Меккеля  $2,0 \times 1,0$  см, который в инвагинат не входит. С помощью биполярной электрокоагуляции отсечена брыжеечка дивертикула Меккеля. Произведена клиновидная резекция дивертикула. Через рану из просвета кишки извлечено плотное образование, которое оказалось пучком растительных плотных стеблей длиной до 4 см.

**Заключение.** Следует обратить внимание, что у данного пациента дивертикул Меккеля никак себя не проявлял до возраста 12 лет. Уникальность представленного клинического наблюдения состоит в том, что формирование фитобезоара дивертикула Меккеля явилось триггером возникновения инвагинации подвздошной кишки. Результаты анализа данного случая позволяют сформировать общий алгоритм (клиническую схему) возникновения подобных экстренных клинических ситуаций: врожденная аномалия развития — триггер — возникновение осложнения.

\*Пантюхин Дмитрий Витальевич: dima\_pantuhin@mail.ru

Парамонова М.С., Маркосян С.А.\* , Лёвин С.В., Маркосян Л.С.

## Опыт применения диагностической и лечебной артроскопии коленного сустава у детей

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва (Медицинский институт), г. Саранск, Россия.

**Обнование.** Большой интерес для специалистов детской травматологической службы представляет патология коленного сустава, связанная с различного рода повреждениями, на которые приходится до 20% случаев. При этом широко используемым методом диагностики и лечения указанной травмы является артроскопия, обладающая достаточно высокой информативностью и позволяющая значительно минимизировать последствия эндоскопического вмешательства.

**Материал и методы.** Исследование было построено на проведении ретроспективного анализа 14 детей с подвывихом и переломом надколенника, растяжением и разрывом связок, повреждением мениска, синовитом, гемартрозом, болезнью Гоффа, которым применяли эндоскопию коленного сустава. Диагностическую и лечебную артроскопию выполняли аппаратом «Эндомедиум». При ушивании различных структур коленного сустава использовали шов Ямамото.

**Результаты.** Подвывих надколенника имел место у 3 детей в сочетании с растяжением связочного аппарата коленного сустава и частичным разрывом медиального удерживателя надколенника. Авульсивный перелом надколенника наблюдали у 4 пациентов в комбинации с растяжением и разрывом медиальной поддерживающей связки. Разрыв мениска отмечали у 3 пациентов, который характеризовался дополнительным повреждением передней крестообразной и медиальной поддерживающей связки. У 1 больного диагностировали болезнь Гоффа с тендинитом собственной связки надколенника. В остальных случаях определяли растяжение связок, синовит и гемартроз коленного сустава. Из 14 проведенных эндоскопических вмешательств на коленном суставе, в 3 случаях артроскопия носила только диагностический характер, которое позволило установить особенности повреждения. Указанное обследование у пациентов выполняли при растяжении связочно-капсульного аппарата коленного сустава, синовите, гемартрозе. У детей с воспалением синовиальной сумки или кровоизлиянием в область коленного сустава выполняли санацию и заполнение указанных полостей стерильным физиологическим раствором. У 11 детей дополнительно проводили лечебную процедуру, объем которой определялся характером травмы. При наличии подвывиха надколенника выполняли его устранение с последующим шовным укреплением связочного аппарата коленного сустава. У пациентов с авульсивным переломом удаляли инородные тела и делали пластику поврежденных структур связочного аппарата коленного сустава. При обнаружении частичного надрыва или полного разрыва медиальной поддерживающей связки осуществляли восстановление ее целостности. При диагностировании болезни Гоффа проводили абляцию жирового тела через один из артроскопических портов. В результате проведенного лечения все дети были выписаны с выздоровлением.

**Заключение.** Таким образом, проведенное исследование показало, что артроскопия коленного сустава является эффективным методом диагностики и лечения травматических повреждений у детей. Использование эндоскопической техники позволяет сократить сроки лечения и восстановления, улучшить прогноз заболевания, а также уменьшить риск развития послеоперационных осложнений.

\*Маркосян Сергей Анатольевич: markosyansa@mail.ru



Перевалова Н.В.\*<sup>1</sup>, Мурга В.В.<sup>2</sup>, Бурская В.С.<sup>2</sup>, Марасанов Н.С.<sup>2</sup>, Кенис Ю.М.<sup>1</sup>,  
Симонов А.В.<sup>1</sup>, Орехов А.Ю.<sup>1</sup>, Шалатонов Н.Н.<sup>1</sup>

## Выбор тактики лечения переломов костей предплечья у детей

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

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

**Обоснование.** В структуре скелетных повреждений у детей переломы костей предплечья занимают первое место и составляют около 40% от всех костных травм. Тактика лечения переломов костей предплечья зависит от типа повреждений, сложности анатомо-функциональных взаимоотношений в данном сегменте, что влияет на результаты лечения.

**Материал и методы.** За период с 2022 по 2024 г. в травматолого-ортопедическом отделении Детской областной клинической больницы г. Твери наблюдали 322 ребенка с переломами костей предплечья со смещением. Мальчиков было 227 (70,5%), девочек — 95 (29,5%). Возраст пациентов составил от 2 до 17 лет.

**Результаты:** Сочетанные переломы лучевой и локтевой костей диагностировали у 162 (50,3%) пациентов, изолированный перелом лучевой кости — у 157 (48,7%), локтевой — у 3 (1%) детей. Перелом дистальных отделов костей предплечья был у 285 (88,5%) пациентов, диафизов — у 37 (11,5%). В первые сутки с момента травмы обратились 216 (67,1%) детей, 96 (29,8%) пациентов поступили в стационар на 2–10-е сутки, 10 (3,1%) — в сроки от 3 нед до 3 мес с момента повреждения. У 312 (96,9%) детей при поступлении была выполнена закрытая репозиция, у 10 (3,1%), ввиду позднего обращения, в ранние сроки консолидации перелома проводили редрессацию и репозицию костных отломков. В 241 (77,2%) случае репозиция была состоятельной, у 37 (11,9%) пациентов не удалось достичь удовлетворительного положения отломков, у 34 (10,9%) наблюдали вторичное смещение по спадению отека, что потребовало проведения повторной репозиции. При успешном консервативном лечении детей выписывали из стационара и в дальнейшем их наблюдали у травматолога по месту жительства в амбулаторных условиях. 74 (22,9%) детям потребовалось оперативное лечение. Показаниями к оперативному лечению были: неустранимые смещения после закрытой репозиции, неправильно сросшиеся переломы. Кроме проведения остеотомии, выполнения интрамедуллярного остеосинтеза спицами, реконструктивными пластинами по методике «Synthes», с 2021 г. в нашем отделении стали использовать малоинвазивные методы лечения переломов костей предплечья с применением титановых эластичных стержней (TEN) под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП). По данной методике были прооперированы 17 (22,9%) детей. Послеоперационных осложнений не наблюдали. У всех детей наступило полное восстановление функции поврежденной конечности.

**Заключение.** Таким образом, основным методом лечения детей с переломами костей предплечья в ранние сроки являлся консервативный. Оперативное лечение применяли при осложненных переломах, повторном смещении отломков, при сращении в неправильном положении. Закрытая репозиция переломов под контролем ЭОП, интрамедуллярный остеосинтез костей предплечья спицами или титановыми эластичными стержнями позволили снизить риск развития осложнений и получить хорошие анатомо-функциональные результаты.

\*Перевалова Наталья Владимировна: Natali.potemkina.96@mail.ru

Пискалов А.В.<sup>1</sup>, Зайцев Ю.Е.<sup>2</sup>, Костюченко А.С.\*<sup>1</sup>

## Влияние размеров гидатиды на диагностику заболевания и сроки оперативного лечения при её перекруте

<sup>1</sup> Омский государственный медицинский университет, г. Омск, Россия

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, г. Омск, Россия

**Обоснование.** Среди причин синдрома острой мошонки перекрут гидатиды яичка является одной из самых частых. Гидатиды яичка — рудименты мюллеровых протоков. Их перекручивание происходит при наличии длинной или узкой ножки. В современной тактике по отношению к синдрому острой мошонки отмечается приоритет неотложной ревизии органов мошонки. Однако зачастую диагностика перекрута гидатиды может быть затруднена вследствие невыраженной клиники. Проведен ретроспективный анализ данных статей, имеющихся в открытом доступе на сайте elibrary, pubmed; проанализирован клинический случай пациента с перекрутом гидатиды. Согласно зарубежным авторам перекрут гидатиды придатка яичка малых размеров характерен для возрастной группы от 6 до 13 лет и вызывает значительную трудность диагностики, что удлиняет сроки начала лечения, увеличивает время нахождения в стационаре. Средний возраст прооперированных детей составил  $8,0 \pm 1,9$  года. Длина измененной гидатиды, по данным различных источников, составляет от 1 до 17 мм, причем средний размер перекрученных гидатид в несколько раз превышает размер не перекрученных. Средняя длина большинства гидатид, выявленных на операциях, составляет  $4,5 \pm 2,5$  мм. Перекрут ножки колеблется от  $270$  до  $720^\circ$  по ходу часовой стрелки справа, против хода слева (по закону Кюстнера). Выраженность местной картины уменьшается пропорционально уменьшению размера гидатиды.

**Описание клинического случая.** Больной А., 6 лет, поступил во 2-е хирургическое отделение ОДКБ с жалобами на небольшое покраснение мошонки, умеренную боль в области мошонки слева. Заболел около 7 дней назад, после активной физической нагрузки. В анамнезе пищевая аллергия. Неделю назад появилась гиперемия кожи щёк и предплечья. Мама давала гипосенсибилизирующие средства. На вторые сутки от начала заболевания обращались к амбулаторному хирургу ЦРБ. Было сделано УЗИ мошонки, патологии не выявлено. При поступлении в стационар состояние ребёнка удовлетворительное. Активно жалоб не предъявляет. Местно: левая половина мошонки не изменена, кожа умеренно гиперемирована у корня, мошонка не увеличена в размерах, пальпаторно имеется умеренная болезненность у верхнего полюса левого яичка. Результаты инструментальных и лабораторных исследований без патологии. Под общей анестезией произведена операция — ревизия мошонки и удаление перекрученной гидатиды левого яичка. Макро-препарат: гидатида овальной формы, размером  $3,0 \times 2$  мм. Клинический диагноз: перекрут гидатиды левого яичка. Послеоперационный период протекал без особенностей.

**Заключение.** Таким образом, размер гидатиды влияет на своевременность постановки диагноза и лечения. Перекрут гидатиды яичка является показанием к оперативному лечению. Отдается приоритет неотложной ревизии органов мошонки, в том числе и при сомнительном диагнозе. Данный пример показывает необходимость проведения скротоскопии или ревизии яичка в более ранний срок заболевания, что позволит в дальнейшем избегать возможных осложнений.

\*Костюченко Алина Сергеевна: kostyu.alina@yandex.ru

Плешков С.А.\* , Окунева А.И., Плешкова Р.А., Окунев Н.А., Костерин А.В.

## Диагностика и лечение острого флегмонозного аппендицита в сочетании с гемолитико-уремическим синдромом

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева (Медицинский институт), г. Саранск, Россия

**Обоснование.** Более частыми возбудителями, высеваемыми при остром аппендиците, являются разные виды *E. coli*, которые также могут быть причиной развития воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта (различные диареи, геморрагический колит, гемолитико-уремический синдром — ГУС — и др.), реже других органов.

**Описание клинического случая.** Клинический случай острого флегмонозного аппендицита в сочетании с ГУС у ребенка, поступившего в ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница» г. Саранск.

Мальчик У., 8 лет, в течение 1,5 сут жаловался на боли в животе, тошноту, жидкий стул с прожилками крови, отсутствие аппетита. Осмотр:  $t = 36,6^{\circ}\text{C}$ , при пальпации живота болезненность и напряжение в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины положительные. Мочепускание не нарушено. В общем анализе крови — лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ. В общем анализе мочи — без патологии. Госпитализирован с подозрением на острый аппендицит. Через 2 ч с момента поступления выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Послеоперационный диагноз: острый флегмонозный аппендицит — гистологически подтвержден. Первые 5 сут послеоперационного периода протекали без особенностей, проводили инфузионную и антибактериальную (цефтазидим) терапию. Ухудшение состояния на 6-й день после операции: появились жалобы на слабость, снижение аппетита и диуреза (со слов родителей). Температура  $36,5^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы бледные, в области в/м инъекций кровоподтеки, пастозность лица и век. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный, без патологических примесей. В общем анализе мочи — протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия. Общий анализ крови — лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия (Hb 80 г/л), тромбоцитопения ( $29 \times 10^9$  /л). Биохимический анализ крови: мочевины ( $39,14$  ммоль/л), креатинин ( $0,239$  ммоль/л) — азотемия. УЗИ — увеличение размеров почек, диффузные изменения паренхимы. ЦДС почек — повышение индекса резистентности, снижение пиковых скоростей на интратенальном уровне, обеднение сосудистого рисунка в подкапсульной зоне. УЗИ органов брюшной полости — без патологии. Бактериальный посев аспирата брюшной полости во время аппендэктомии — обнаружены колонии энтерогеморрагической *E.coli*. Выставлен диагноз эшерихиоз (энтерогеморрагическая *E. coli*) по типу гастроэнтерита. Острый флегмонозный аппендицит. Гемолитико-уремический синдром, ассоциированный с диареей. Острое почечное повреждение, стадия повреждения. Ребенок переведен в отделение интенсивной терапии: однократная гемотрансфузия, антибактериальная (цефтриаксон), инфузионная терапия, стимуляция эритропоэза, биопрепараты. Учитывая сохранение диуреза, перитонеальный диализ не проводили. На фоне лечения в течение 10 дней купирована азотемия, анемия, тромбоцитопения, достигнута санация мочи. Выписан с выздоровлением.

**Заключение.** Наличие и/или появление у детей с острым аппендицитом жалоб на наличие прожилок крови в стуле, снижение диуреза могут быть предвестниками развивающегося гемолитико-уремического синдрома.

\*Плешков Станислав Александрович: stanislavpleshkov@yandex.ru

Плотникова Н.С.\* , Глебова Е.С., Амчславский В.Г.

## Проблемы нутритивной поддержки детей с высокими кишечными свищами

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — клиника доктора Рошала, г. Москва, Россия

**Обоснование.** В настоящее время, у детей, все чаще приходится сталкиваться с высокими кишечными свищами, возникшими на фоне дорожно-транспортных происшествий при использовании ремней безопасности, а также при осложненном течении перитонита различной этиологии, врожденными аномалиями развития кишечника. Данные пациенты требуют особого внимания, поскольку они склонны к развитию гнойно-септических осложнений, гиперметаболизму, гиперкатаболизму, быстрому прогрессированию белково-энергетической недостаточности. Поддержание белкового статуса является основой для ускорения регенеративных процессов и скорейшей подготовки к реконструктивно-пластическим операциям.

**Цель исследования.** Оптимизировать нутритивную поддержку детей с высокими кишечными свищами.

**Материалы и методы.** За время исследования было проанализировано 12 протоколов нутритивного статуса пациентов с высокими кишечными свищами, которые находились в ОРИТ НИИ НДХиТ с 2023 по 2024 года. Из них мальчиков 8, девочек 4, в возрасте с 2 до 16 лет. Оценка нутритивного статуса производилась на основании лабораторных показателей общего белка, альбумина и содержания азота в суточной моче.

**Результаты.** Всем пациентам проводилась коррекция нутритивной поддержки в индивидуальном порядке в зависимости от тяжести состояния, степени выраженности синдрома кишечной недостаточности, течения ССВР и других факторов. В остром периоде заболевания у всех 12 (100%) детей в связи с высокими энергетическими потребностями, большими потерями белка и ограничениями по суточному объему энтеральной нагрузки дополнительно проводилось парентеральное питание. При расчете нутритивной поддержки целевым показателем дотации энергии было 30–35 ккал/кг/сут. Энтеральное питание проводилось через зонд, заведенный в отводящий отдел тонкой кишки. В качестве стартовой энтеральной нагрузки у всех пациентов предпочтение отдавалось полуэлементным смесям. По мере стабилизации состояния и регресса энтеральной недостаточности осуществлялось расширение объема смеси. После восстановления целостности кишечной трубки и преодоления раннего послеоперационного периода пациенты переводились на питание полноценными смесями и сиппингами, а в дальнейшем — на протертый стол. При этом дотация белка в течение всего периода лечения составляла не менее 1,2–1,6 г/кг/сут с постепенным увеличением до 2–2,5 г/кг/сут к периоду реконструктивно-пластических хирургических вмешательств.

**Заключение.**

- 1) Основопологающей частью нутритивной поддержки для детей с высокими тонкокишечными свищами является ранняя энтеральная терапия. Нутритивная поддержка должна начинаться сразу после стабилизации состояния пациента.
- 2) При недостаточном объеме энтерального питания нутритивная поддержка должна быть дополнена парентеральным питанием.
- 3) Для детей с высокими кишечными свищами важен контроль общего белка и альбумина, а также азота в суточной моче для адекватной и своевременной коррекции нутритивной поддержки.

\*Плотникова Наталья Сергеевна: apis87@mail.ru

Прокофьев М.В.\* , Пыхтеев Д.А., Елин Л.М.

## Лапароскопическая холецистэктомия у детей с экстренной и плановой патологией желчного пузыря

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

**Обоснование.** В последние годы значительно увеличивается частота заболеваемости доброкачественной патологией желчного пузыря (ЖП) у детей. Также увеличилось число urgentных осложнений, характерных для холецистолитиаза: острый холецистит, холедохолитиаз (до 30% популяции с бессимптомными камнями желчного пузыря). В связи с этим проблема тактики лечения данной патологии в детском возрасте является актуальной на сегодняшний день.

**Материал и методы.** В отделении детской хирургии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского в период с 2008 по 2024 г. на лечении находился 241 (100%) ребенок. Всем детям была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) по поводу различной патологии желчного пузыря. Девочек было 158 (65,6%), мальчиков — 83 (34,4%). Средний возраст составил  $14,2 \pm 2,9$  лет. Данная выборка была разделена на две группы: группа 1 (49 детей — 20,3%) получали экстренное лечение по поводу осложненного холецистолитиаза, из них 12 (5%) — с холецистохоледохолитиазом, 37 (15,3%) — с острым холециститом); группа 2 (192 ребенка — 79,7%) получали плановое лечение в связи с доброкачественной патологией ЖП, из них 178 (73,9%) — с неосложненным холецистолитиазом, 13 (5,4%) — с полипом ЖП, 1 (0,4%) — с удвоением ЖП). Всем детям выполнили общеклиническое обследование и ультразвуковое исследование. При необходимости уточнения анатомии желчевыводящих протоков и исключения холедохолитиаза выполняли магнитно-резонансную холангиопанкреатографию. Всем детям выполнена ЛХ.

**Результаты.** Средний срок госпитализации в группе 1 составил  $12,6 \pm 5,5$  дней, в группе 2 —  $9 \pm 3,2$  дней. Средняя продолжительность послеоперационного периода до выписки:  $5,6 \pm 3,8$  дней для 1-й группы и  $4,4 \pm 1,4$  дней — для 2-й. Все лапароскопические холецистэктомии в группе 1 проведены позже 72 ч с момента дебюта клинической картины (в среднем  $11,9 \pm 7$  дней) в связи с длительным догоспитальным этапом. Среднее время оперативного лечения составило  $93,5 \pm 46$  мин и  $75 \pm 26,9$  мин, что обусловлено наличием воспалительных изменений шейки желчного пузыря и печечно-двенадцатиперстной связки у пациентов группы 1. Осложнений ЛХ в группе 1 не отмечали. В группе 2 дважды (0,8%) возникло внутрибрюшное кровотечение, обусловленное в одном случае кровотечением из мест установки портов, в другом — из ложа желчного пузыря.

**Заключение.** Лапароскопическая холецистэктомия является высокоэффективным методом лечения холецистолитиаза как в экстренной, так и в плановой хирургии. Отсроченная (более 72 ч с момента дебюта заболевания) лапароскопическая холецистэктомия при осложненном холецистолитиазе характеризуется отсутствием осложнений, короткими сроками послеоперационного восстановления.

\*Прокофьев Максим Владиславович: [maхprokof@mail.ru](mailto:maхprokof@mail.ru)

Пыхтеев Д.А., Елин Л.М.\* , Прокофьев М.В., Филюшкин Ю.Н., Елина М.О.

## Результаты лечения некротического панкреатита у детей

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

**Обоснование.** Ежегодная заболеваемость острого панкреатита (ОП) у детей составляет 3–13 случаев на 100 000 человек в год. Сохраняется высокая частота поздней диагностики ОП. Некротический панкреатит (НП) составляет до 25% от общего числа ОП.

**Материал и методы.** В отделении детской хирургии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского с 2000 по 2024 г. находились на лечении 90 (100%) детей с НП, которые были переведены из различных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) Московской области. Мальчиков — 44 (49%), девочек — 46 (51%). Медиана возраста составила 11 [7;15] лет. В ЛПУ 58 (64,4%) детям были выполнены оперативные вмешательства: в 46 (50,6%) случаях — лапаротомия с различными вариантами дренирования жидкостных скоплений, в 10 (11%) — лапароскопия с различными вариантами дренирования жидкостных скоплений, в 1(1,1%) случае — ЭПСТ с ЭРХПГ, в (1,1%) случаев — лапароцентез. Распределение по этиологическому фактору НП: травма — 32 (35,6%), идиопатический — 40 (44,4%), билиарный — 11 (12,2%), гипертриглицеридемия — 2 (2,2%), сахарный диабет — 2 (2,2%), медикаментозный — 1 (1,1%), вирусный — 1 (1,1%), алкогольный — 1 (1,1%). Всем детям при поступлении и в динамике выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ); в случае билиарной обструкции выполняли магнитно-резонансную холангиопанкреатографию.

**Результаты.** При поступлении, по данным лучевых методов исследования, у 90 (100%) пациентов диагностировали острые жидкостные скопления (ОЖС) в забрюшинном пространстве. Оперативные вмешательства в I фазу заболевания (до 14 дней от начала заболевания): у 5 (5,5%) пациентов — лапароскопическое дренирование ОЖС; у 9 (9,9%) — лапаротомия, ревизия брюшной полости, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства; у 3(3,3%) — ЭПСТ с ЭРХПГ, у 1(1,1%) — открытая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха. Оперативные вмешательства во II фазу заболевания (после 14 дней от начала заболевания): у 25 (27,7%) пациентов — лапаротомия, дренирование ОЖС; у 4 (4,4%) — лапароскопическое дренирование ОЖС, у 3(3,3%) — чрескожное дренирование ОЖС. Выздоровление наступило у 48 (53,3%) больных, формирование наружного панкреатического свища (НПС) — у 19 (21,1%), псевдокисту диагностировали у 14 (15,5%), псевдокиста с формированием НПС после дренирования — у 7 (7,7%), у 2(2,2%) диагностировали секвестр панкреатической железы.

**Заключение.** В I фазу заболевания хирургическая тактика должна быть выжидательной в связи с высокой частотой самостоятельного регресса жидкостных скоплений. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм консервативных мероприятий и своевременное проведение оперативного вмешательства при некротическом панкреатите способствуют благоприятному исходу лечения детей с некротическим панкреатитом.

\*Елин Леонид Михайлович: elin.lenya@gmail.com

Пыхтеев Д.А., Елин Л.М.\* , Прокофьев М.В., Филюшкин Ю.Н., Елина М.О.

## Кистозно-аденоматоидная мальформация правого лёгкого и кистозное удвоение пищевода у ребенка 16 лет

Московский областной научно-исследовательский институт имени М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Кистозно-аденоматоидная мальформация легкого (КАМЛ), является редкой ненаследственной аномалией, с частотой встречаемости от 1:11 000 до 1:35 000 живорожденных детей. В 10–20% случаев КАМЛ сочетается с другими врожденными пороками развития, одним из которых является кистозное удвоение пищевода.

**Описание клинического случая.** У ребенка 16 лет при диспансерном осмотре в школе, по данным флюорографии, было выявлено кистозное образование в проекции правого легкого. Амбулаторно выполнена КТ органов грудной клетки, заподозрена лобарная эмфизема нижней доли правого легкого. Ребенок был госпитализирован в детское хирургическое отделение ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, по данным повторной КТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, выявлены множественные кистозные образования, размерами от 6 мм до 60 мм нижней доли правого легкого, также в нижних отделах заднего средостения регистрировалось кистозное образование гомогенной жидкостной плотностью, размерами 38 мм×31 мм×41 мм, прилегающее к стенке пищевода. По данным эзофагогастро-дуоденоскопии, патологии пищевода не выявлено.

Пациенту выполнена одномоментная операция — однопортовая видеоторакоскопическая анатомическая резекция нижней доли правого легкого и удаление кистозного удвоения пищевода. Техника операции: в положении лежа на левом боку выполнен разрез 4 см в V межреберье по передне-подмышечной линии. При ревизии выявлена кистозно измененная нижняя доля правого легкого и кистозное образование заднего средостения области нижней трети пищевода. С помощью ультразвукового скальпеля и крючка монополярной коагуляции выполнили рассечение плевры в междолевой борозде, выделили артерии VI и базальных сегментов и пересекли линейным эндостеплером (Echelon) с белой кассетой (30 мм). Рассечена нижняя легочная связка. Выделена и пересечена линейным эндостеплером (Echelon) с белой кассетой (30 мм) нижняя легочная вена. Паренхима легкого пересечена линейным эндостеплером (Echelon) с голубой кассетой (45 мм). Нижнедолевой бронх выделен и пересечен с помощью линейного эндостеплера (Echelon) с зеленой кассетой (45 мм). С помощью ультразвукового скальпеля (Harmonic) и крючка монополярной коагуляции выполнили рассечение плевры над кистозным образованием, прилегающим к пищеводу, при мобилизации кисты выявили плотное сращение с мышечным слоем пищевода. Киста вскрыта, получено около 20 мл слизисто-мутного отделяемого. С помощью линейного эндостеплера (Echelon) с зеленой кассетой (45 мм) выполнили пересечение кисты на уровне мышечной стенки пищевода. Операция закончена дренированием плевральной полости. Дренаж из плевральной полости удален на 4-е сутки. Ребенок выписан из стационара на 7-е послеоперационные сутки.

**Заключение.** Учитывая возможные осложнения при кистозно-аденоматозной мальформации и удвоении пищевода, всем детям рекомендуется выполнение оперативного вмешательства. Однопортовая видеоторакоскопическая резекция легкого и образований средостения является безопасным и эффективным методом лечения врожденных пороков развития у детей.

\*Елин Леонид Михайлович: elin.lenya@gmail.com

Рождественская В.С.\*<sup>1, 2</sup>, Пискалов А.В.<sup>1</sup>, Шевчук В.И.<sup>2</sup>

## Опыт лечения аппендикулярного перитонита у детей

<sup>1</sup> Омский государственный медицинский университет, г. Омск, Россия

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, г. Омск, Россия

**Обоснование.** Проанализировать результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом в клинике.

**Материал и методы.** Проанализированы истории болезней 390 больных, проходивших лечение в клинике с 2010 по 2023 г. по поводу различных форм аппендикулярного перитонита. Первая группа из 86 (22%) пациентов оперированы в ЦРБ по месту жительства и поступили в стационар для послеоперационного лечения, 16 (4,10%) из них имели ранние послеоперационные осложнения. Вторая группа пациентов из 304 (78%) детей — оперированы в областной детской клинической больнице. Во всех случаях оперативное вмешательство начинали с диагностической лапароскопии. Полностью лапароскопически операция была выполнена 263 (86,5%) пациентам, лапароскопия с конверсией — 41 (13,5%) ребенку. При неограниченных формах перитонита использовали дренаж по Генералову. Средний срок дренирования составлял 3 дня. При периаппендикулярных абсцессах использовали дренирование при помощи «сигарного» дренажа, установленного к ложу абсцесса, дополнительно, при наличии показаний, — дренаж для санации малого таза. Средний срок дренирования при использовании «сигарного» дренажа составлял 5 дней. В послеоперационном периоде все пациенты второй группы продолжали послеоперационное лечение в отделении интенсивной терапии. Средний срок пребывания в ОРИТ составил  $1,85 \pm 0,84$  дня для пациентов, оперированных при помощи лапароскопии;  $3,40 \pm 0,14$  дней у больных, оперированных с конверсией. Пациенты получали комплексную интенсивную терапию, которая включала в себя антибактериальную терапию соответственно чувствительности возбудителя, коррекцию водно-электролитных нарушений, продленную эпидуральную анестезию, парентеральное питание, а также профилактику ранних осложнений.

**Результаты.** Среди послеоперационных осложнений у 53 (13,58%) пациентов преобладал послеоперационный инфильтрат брюшной полости, у 17 (4,35%) также имелись абсцессы брюшной полости, ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 6 (1,53%), кишечный свищ — у 3 (0,07%), нагноение послеоперационного рубца у 6 (1,53%). Большинство осложнений отмечались у детей, оперированных в ЦРБ. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила: у больных, оперированных с конверсией и при лапаротомии —  $17,18 \pm 0,28$  дней, после лапароскопической операции —  $10,04 \pm 0,2$  дня. Летальных случаев за исследуемый период не было.

**Заключение.** Хирургическое лечение осложнённого аппендицита у детей следует начинать с лапароскопии. В послеоперационном периоде антибактериальная терапия должна назначаться в соответствии с чувствительностью патогенного возбудителя, а также стоит отдавать предпочтение комплексному лечению пациентов, что способствует уменьшению срока пребывания в стационаре и снижению послеоперационных осложнений.

\*Рождественская Вероника Сергеевна: Latyshkinavs@gmail.com



Румянцева Г.Н.<sup>2</sup>, Бревдо Ю.Ф.<sup>1</sup>, Трухачев С.В.<sup>1</sup>, Светлов В.В.<sup>1</sup>, Буровникова А.А.\*<sup>1</sup>

## Клинический случай кистозной формы мекониевого перитонита у новорожденного

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

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

**Обоснование.** Мекониевый перитонит является редкой жизнеугрожающей патологией.

**Описание клинического случая.** Пациент В., переведен в 1-е сутки жизни в ДОКБ г. Твери из Перинатального центра. Из анамнеза: ребёнок от 2-й беременности, 2-е естественные преждевременные роды в сроке 31,4 нед с весом 2640 г, с оценкой по шкале Апгар — 3/5/7 баллов. Антенатально при УЗИ на сроке 31,1 нед гестации выявлены расширенные петли кишечника, гипозоогенное многокамерное образование брюшной полости 63х51 мм. Состояние с рождения крайне тяжелое, живот увеличен в объеме, гиперемии, отечности передней брюшной стенки нет, в правой половине живота пальпаторно определяется болезненное образование. На обзорной Rg органов брюшной полости — признаки высокой кишечной непроходимости. УЗ-признаки образования брюшной полости, нельзя исключить наличие кишечной непроходимости. Сопутствующая патология: ВЖК 1-й степени, открытый артериальный проток, ФОО. Оперирован в первые сутки жизни: срединная лапаротомия, выявлена псевдокиста с мутным содержимым, выраженный спаечный процесс в брюшной полости, атрезия тонкой кишки на расстоянии 25 см от связки Трейца, выполнена резекция 10 см приводящего отдела, выраженная разность диаметров приводящего и отводящего участков кишки, наложен Т-образный анастомоз с выведением отводящего отдела в виде стомы.

Тяжелое течение послеоперационного периода. В течение 1,5 мес невозможность увеличить объем энтерального питания более 10 мл, явления частичной кишечной непроходимости. При неоднократных контрастных исследованиях — пассаж по ЖКТ не нарушен, зона анастомоза проходима. Однако объем питания расширить так и не удалось. В возрасте 29 дней — явления флегмоны новорожденного на передней брюшной стенке, вскрытие флегмоны. В связи с явлениями частичной кишечной непроходимости ребенок для дальнейшего оперативного лечения был переведен в НМИЦ Здоровья детей, где повторно оперирован. Выполнен энтеро-энтероанастомоз с закрытием этеростомы. Ребенок выписан с выздоровлением.

**Заключение.** Мекониевый перитонит представляет собой заболевание с тяжелым клиническим течением. В данном клиническом случае, с учетом наличия высокой атрезии тонкой кишки с последующим развитием частичной кишечной непроходимости в области Т-образного анастомоза, наиболее целесообразным было бы выполнение первичного прямого энтеро-энтероанастомоза.

\*Буровникова Алеся Александровна: alesya\_lego@mail.ru

Рядинская Е.А.\* , Иванашкин А.Ю., Мякова Н.В.

## Диснатриемии у детей: новое решение старых проблем

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

**Обоснование.** Диснатриемии — наиболее часто встречающиеся электролитные нарушения у детей, тяжелая степень которых коррелирует с высоким уровнем летальности. В отечественной литературе встречаются немногочисленные исследования, посвященные частоте развития гипо-/гипернатриемий у детей, при этом нет данных об исследованиях по оценке эффективности схем диагностики и медикаментозной коррекции. Дифференциальная диагностика вызывает затруднения и разногласия у профильных специалистов. В некоторых источниках дифференциальная диагностика гипотонической гипонатриемии проводится на основании волемического статуса, в других — на основании осмоляльности мочи. Медикаментозная коррекция при острой гипонатриемии также является предметом разногласий, нет единого стандарта скорости коррекции натрия. Таким образом, в настоящий момент требуется проведение дополнительных исследований по определению факторов риска диснатриемий у детей и по оценке эффективности проводимой диагностики и медикаментозной коррекции диснатриемий у детей.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ пациентов, поступивших в ОРИТ ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачёва» МЗ РФ за последние 5 лет. Пациенты поделены и распределены по группам: группа I (гипонатриемия), группа II (гипернатриемия), группа III (смешанная этиология). В группах проведена оценка по следующим характеристикам: количество пациентов, пол, возраст, вес, вид ЗНО, причина перевода в ОРИТ, фаза лечения ( манифестация, химиотерапия, хирургический этап, лучевая терапия, ремиссия, рецидив), уровень сознания на момент поступления в ОРИТ по модифицированной для детского возраста шкале ком Глазго для пациентов без седации, ком по Мейо для пациентов на седации и ИВЛ. Волемический статус (зуволемия, гиповолемия, гиперволемия) будет оценен на основании данных показателей гемодинамики, темпа диуреза за сутки, гидробаланса за сутки с момента появления гипо- и/или гипернатриемии. При анализе медикаментозной коррекции будут оценены: степень гипо-/гипернатриемии при поступлении в ОРИТ, уровень натрия через 6 ч от начала лечения и, соответственно, темп коррекции натрия в ммоль/л/ч через 6 ч от начала лечения, длительность гипо-/гипернатриемии, осложнения медикаментозной коррекции при наличии. Проведен анализ исходов заболевания с оценкой выживаемости и летальности.

**Результаты.** Ожидаемый результат (планируется к февралю 2025 года): определение частоты развития диснатриемий, выявление факторов риска развития диснатриемий, проведение оценки эффективности диагностики и лечения диснатриемий у детей, госпитализированных в ОРИТ.

**Заключение.** Анализ частоты встречаемости диснатриемий у детей, оценка факторов риска развития, анализ эффективности схем диагностики и лечения позволит прогнозировать развитие диснатриемий у детей, снизить частоту и длительность острых, жизнеугрожающих состояний, а также улучшить алгоритмы диагностики и лечения в соответствии с этиологией.

\*Рядинская Елена Андреевна: ryadinskaya12345@gmail.com

Сварич В.Г.\*<sup>2</sup>, Сварич В.А.<sup>2</sup>, Соснин Е.В.<sup>1</sup>

## Вариант лечения эвагинации колостомы при болезни Гиршпрунга у ребенка

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», г. Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми, г. Сыктывкар, Россия

**Обоснование.** При поздней диагностике болезни Гиршпрунга с протяженной аганглионарной зоной, выше нее, формируется супрастенотическое расширение большого диаметра. Вследствие этого, зачастую невозможна первичная радикальная операция и для возврата к нормальным размерам расширенной кишки первым этапом приходится накладывать колостому. В ряде случаев в послеоперационном периоде возникает эвагинация колостомы, устранение которой вызывает чрезвычайные сложности. В таких случаях рекомендуется выполнять реконструкцию колостомы, что не гарантирует успех в послеоперационном периоде.

**Описание клинического случая.** Пример возможности эффективного оперативного лечения эвагинации колостомы при субтотальной форме болезни Гиршпрунга у ребенка грудного возраста. В декабре 2022 г. на обследовании и лечении в хирургическом отделении находился ребенок в возрасте 11 мес с жалобами на запоры с рождения. Стул получали только после очистительной клизмы. В процессе обследования был установлен диагноз субтотальной формы болезни Гиршпрунга. В связи с острым респираторным заболеванием по эпидемическим показаниям ребенок был выписан для лечения по месту жительства. На госпитализацию — только в августе 2023. Ввиду значительного супрастенотического расширения (в диаметре до 8 см) и с целью предоперационной подготовки через неделю выполнена операция концевой одноствольной колостомии. В эти же сутки через два часа после экстубации и пробуждения ребенка произошла эвагинация через колостому оставшегося участка толстой кишки длиной 30 см, которую удалось вправить только после перевода ребенка на искусственную вентиляцию легких. При последующих попытках перевода пациентки на спонтанное дыхание возникал рецидив эвагинации. С целью устранения вышеописанного осложнения через сутки выполнили повторное оперативное вмешательство по запатентованному нами способу, в ходе которого внутреннюю полуокружность колостомы освободили от ранее наложенных швов до свободной брюшной полости и наложили три серозно-мышечных шва, создавая вворачивающуюся на половину просвета кишки складку, таким образом, что сформировался конусообразный просвет, с полным диаметром на входе кишки в свободную брюшную полость. Затем послойно ушили рану передней брюшной стенки до края вновь сформированной колостомы.

Дальнейший послеоперационный период протекал без осложнений и эвагинации колостомы в течение ближайшего и отдаленного послеоперационного периода, вплоть до ее ликвидации через восемь месяцев при выполнении брюшно-промежностой проктопластики.

**Заключение.** Эвагинация колостомы при болезни Гиршпрунга у детей встречается не столь редко и является достаточно трудным для хирургической коррекции. Предложенный способ ликвидации эвагинации колостомы при болезни Гиршпрунга у детей является хорошей альтернативой ранее предлагавшимся хирургическим методам, благодаря своей простоте исполнения, минимальной инвазивности и эффективности.

\*Сварич Вячеслав Гаврилович: svarich61@mail.ru

Северинов Д.А.\* , Гаврилюк В.П.

## Исследование формирования сгустка крови при использовании кровоостанавливающих средств в эксперименте *in vitro*

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

**Обоснование.** Травма печени является основной причиной смерти при повреждениях органов брюшной полости в результате дорожно-транспортных происшествий, военных конфликтов. Согласно клиническим данным, как отечественных, так и зарубежных авторов, летальность при травме печени составляет около 10–50%. При этом массивная кровопотеря, которая приводит к геморрагическому шоку является ведущей причиной смерти, что делает быстрый и эффективный гемостаз наиболее важной задачей для успешного оперативного лечения подобных случаев.

**Материалы и методы.** Исследовали образцы новых губчатых полимерных кровоостанавливающих средств (ГПКС), разработанных авторами на основе морского коллагена (глубоководного кальмара), в разных соотношениях по массе (15/85, 25/75, 50/50) с натриевой солью карбоксиметиллцеллюлозы. ГПКС изготавливали путем лиофильного высушивания на базе лаборатории экспериментальной хирургии и онкологии КГМУ. В качестве групп сравнения использовали материалы, используемые в клинической практике (пластина коллагеновая Tachocomb, Surgicel Fibrillar — изделие из окисленной и восстановленной целлюлозы, а также губка коллагеновая гемостатическая — ГКГ). В каждом измерении оценивали параметры венозной крови (4,2 мл) доноров-добровольцев, для забора которой использовали вакуутайнеры, содержащие цитрат натрия. После чего кровь донора смешивали с порошком исследуемого ГПКС в стеклянном стакане, размещенном на платформе магнитной мешалки. В кювету тромбозластографа добавляли 100 мкл смешанной с ГПКС крови. В каждой экспериментальной группе выполняли по 10 исследований, оценивали стандартные показатели тромбозластографии: время реакции, время, затраченное на формирование сгустка крови, максимальную амплитуду, расчетный процент лизиса, индекс лизиса за 30 минут. Статистическую обработку данных проводили с применением методик описательной и вариационной статистики, рассчитывали —  $M_e$  [25;75], достоверность отличия определяли с помощью критерия Манна-Уитни ( $p \leq 0,05$ ).

**Результаты.** Снижение значений таких показателей, как время реакции и время, затраченное на формирование сгустка крови, говорит о гиперкоагуляции. Согласно полученным данным, можно говорить о том, что небольшие значения указанных показателей обнаружены в группах с использованием коллагеновых ГПКС (ГКГ и Tachocomb) ( $p \leq 0,05$ ). Так, время, затраченное на формирование сгустка крови в группе Tachocomb статистически значимо меньше прочих групп практически в 3 раза, а значения данного показателя группы ГКГ — статистически значимо отличаются от значений групп № 2 и № 5 (на 5,5 и 0,3 больше соответственно). Значения максимальной амплитуды в группах новых образцов ГПКС (разработанных коллективом авторов) несколько ниже в сравнении со значениями группы № 6.

**Заключение.** Преимущества оценки ГПКС посредством описанного метода заключаются в возможности исследовать параметры, характеризующие собственно «качество» сформированного сгустка (т.е. его плотность, структурность), а затем — изменения на фоне течения литических процессов. По этим параметрам можно косвенно судить о вероятности повторного кровотечения при использовании различных образцов МКС и надежности гемостаза, что является наиболее важным критерием при выборе того или иного локального гемостатика в хирургии паренхиматозных органов брюшной полости.

\*Северинов Дмитрий Андреевич: dmitriy.severinov.93@mail.ru

Северинов Д.А.\* , Гаврилюк В.П., Костин С.В., Донская Е.В.

## Лапароскопический вариант удаления трихобезоара желудка у ребенка 3 лет

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

**Обоснование.** Синдром Рапунцель — крайне редкое заболевание, которое встречается, как правило у подростков с психическими расстройствами. Указанный синдром характеризуется поеданием волос и приводит к формированию трихобезоара в желудке с распространением его в начальные отделы тонкой кишки. Сложность диагностики заключается в нарушении контакта и взаимодействия с такими пациентами ввиду особенностей их поведения. Поздняя диагностика может привести к таким осложнениям, как кахексия, анемия, кишечная непроходимость, образование эрозий, язв и пр.

**Цель** — представить опыт успешного лапароскопического удаления трихобезоара у ребенка 3 лет.

**Описание клинического случая.** В приемное отделение Курской ОДКБ обратилась мать с девочкой 3 лет с жалобами на снижение аппетита у ребенка, уменьшение объема приема пищи, поедание собственных волос в течение последних 2 мес. Известно, что ребенок наблюдается неврологом по поводу смешанного специфического расстройства центральной нервной системы с речевыми, когнитивными и поведенческими нарушениями (аутистического спектра — РАС). При УЗИ в желудке выявлено инородное тело больших размеров. С диагнозом инородное тело желудка (вероятно, трихобезоар) пациентка госпитализирована в реанимационное отделение для подготовки к оперативному лечению в связи с отменой энтерального кормления (просвет желудка заполнен плотным содержимым, по данным ультразвукового исследования. Мать ребенка отмечает поедание волос в анамнезе, а также прочих инородных тел в большом количестве (контакт с ребенком в семье затруднен ввиду РАС).

В срочном порядке девочке выполнена видеолапароскопия: лапаропорты установлены в следующих точках: 10 мм — трансумбиликально, два порта по 5 мм — симметрично в мезогастрии по краям прямой мышцы живота на 2 см выше пупка, дополнительный порт (для ассистенции) в левой подвздошной области. После осмотра брюшной полости произведена гастротомия: в области тела желудка по передней его стенке, отступив от большой кривизны на 1 см, протяженность разреза до 5 см в косом направлении, ультразвуковым скальпелем Harmonic. Инородное тело желудка больших размеров (трихобезоар 15,0×5,0×3,0 см) выведено в контейнер, предварительно размещенный в брюшной полости. После чего наложен интракорпоральный двухрядный шов на гастротомную рану (Vicryl 3/0): первый ряд — непрерывный вворачивающий шов Шмидена, второй ряд — узловые серозно-мышечные швы. Извлечение трихобезоара из брюшной полости в контейнере потребовало расширения умбиликального доступа до 2 см. В послеоперационном периоде хирургических осложнений не наблюдали. На 5-е сутки после операции ребенок переведен в хирургическое отделение, после начала энтерального кормления и его усвоения, получен стул. В удовлетворительном состоянии ребенок выписан на амбулаторный этап под наблюдение педиатра, невролога, детского хирурга.

**Заключение.** В данном клиническом случае подчеркивается трудность своевременной диагностики данной патологии из-за психоневрологических нарушений у ребенка. Для предупреждения возникновения трихобезоара в раннем детском возрасте уместно информировать родителей о данной патологии, акцентируя их внимание на необходимость оперативного лечения в случае ее развития. Помимо этого, отметим возможность лапароскопического удаления у пациентов дошкольного возраста инородных тел желудка большого размера. Данный вариант оперативного лечения позволяет избежать длительного восстановительного периода и изоляции ребенка с РАС от привычной среды, что крайне важно для таких пациентов.

\*Северинов Дмитрий Андреевич: [dmitriy.severinov.93@mail.ru](mailto:dmitriy.severinov.93@mail.ru)

Семенов С.Ю.\* , Проценко Я.Н., Баиндурашвили А.Г., Зорин В.И.

## Хирургическая коррекция посттравматических деформаций дистальных отделов костей предплечья при хронической нестабильности дистального лучелоктевого сустава у детей

Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера" Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Причиной возникновения хронической нестабильности дистального лучелоктевого сустава (ДЛЛС) у детей наиболее часто является неправильное сращение или преждевременное закрытие дистальных зон роста костей предплечья после переломов и переломо-вывихов дистальных отделов лучевой и локтевой костей.

**Материал и методы.** Проведен анализ историй болезни 22 пациентов с хронической нестабильностью ДЛЛС в возрасте от 11 до 17 лет (средний возраст  $15,1 \pm 2,7$  лет), проходивших обследование и лечение в отделении последствий травм и ревматоидного артрита ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» с 2017 по 2022 г. С целью предоперационного планирования использовали клинический, лучевой методы (рентгенография, СКТ) и МРТ. У всех пациентов в анамнезе были переломы дистальных отделов костей предплечья, при этом у 18 детей — с вовлечением в процесс повреждения дистальной зоны роста лучевой кости. Средний срок обращения пациентов с нестабильностью ДЛЛС составил 2,9 лет (диапазон от 0,5 лет до 9,6 лет). При клиническом осмотре определяли наличие патологической трансляции головки локтевой кости в ДЛЛС, проводили клинические тесты, измеряли амплитуду ротационных движений предплечья и движений в кистевом суставе. Лучевое исследование включало выполнение рентгенографии в прямой и боковой проекциях, проведение сравнительной рентгенографии здоровой конечности и функциональной рентгенографии. Оценивали показатели лучелоктевого угла и индекса, радиоульнарного расстояния. МСКТ применяли в качестве дополнительного метода обследования для детальной оценки положения головки локтевой кости в сигмовидной вырезке. МРТ проводили для определения изменений мягкотканых структур ДЛЛС (повреждения ТФХК и межкостной мембраны).

**Результаты.** Всем пациентам были выполнены различные виды корригирующих остеотомий костей предплечья, в 15 случаях — укорачивающая остеотомия дистального отдела локтевой кости, у 4 пациентов укорачивающую остеотомию дополняли эпифизиодезом дистальной зоны роста локтевой кости. Срок наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде составил в среднем 1,5 лет (от 1 года до 4,2 лет). У 17 пациентов в контрольной точке наблюдения не было выявлено клинических признаков нестабильности ДЛЛС, у 5 пациентов сохранялись жалобы на наличие болевого синдрома в ДЛЛС, при осмотре была определена повышенная трансляция головки локтевой кости.

**Заключение.** Неправильная консолидация переломов или преждевременное посттравматическое закрытие дистальных зон роста костей предплечья у детей могут приводить к формированию хронической нестабильности ДЛЛС. У таких пациентов коррекция деформаций костей предплечья позволяет устранить анатомическую нестабильность ДЛЛС, которая при необходимости может быть дополнена мягкотканной стабилизацией дистального радиоульнарного сочленения.

\*Семенов Сергей Юрьевич: sergey2810@yandex.ru

Серегин А.С.\* , Сидорова Л.Н., Бутуев С.М., Воропаева В.В.

## Особенности неотложного лечения детей с гемангиомами сложных анатомических локализаций

Самарский государственный медицинский университет ГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

**Обоснование.** Инфантильные гемангиомы являются доброкачественными сосудистыми новообразованиями, которые выявляются в первые дни или месяцы жизни. Распространенность их достаточно велика, и данное образование выявляется у 5–10% младенцев, особенно среди недоношенных. Младенческие гемангиомы являются мультидисциплинарной патологией, т.к. находятся на стыке многих специальностей: неонатологии, детской онкологии, детской хирургии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии. Отсутствие единства взглядов на тактику ведения пациентов создают сложности для адекватного и своевременного лечения. Локализация патологического процесса в критически важных зонах: области гортани, параорбитальной области, в аногенитальной зоне, задней поверхности грудной клетки при осложненном течении (инфицирование, кровотечение, изъязвление, кровотечение) в случае неадекватного лечения могут создать угрозу для жизни ребенка, приводить к косметическим дефектам и серьезным функциональным нарушениям.

**Материал и методы.** С 2022 по 2024 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии педиатрического корпуса находились на лечении 72 пациента (у 23 — критическая локализация) в возрасте от 4 сут до 2 лет с инфантильными гемангиомами челюстно-лицевой области, шеи и туловища. Наиболее интересны 23 ребенка с локализацией процесса в жизненно важных областях: 10 — околоушно-жевательная область с прорастанием в околоушную слюнную железу, 6 — параорбитальная область с прорастанием в глазницу, 3 — подскладковый отдел гортани, 2 — лопаточная и подлопаточная области, 1 — ягодица, 1 — лобная область с прорастанием в лобную кость и верхний сагитальный синус. Половой состав пролеченных больных: 51 (70%) девочка и 21 (30%) мальчик. Анализ гестационного возраста показал, что только 10 (14%) детей были недоношенными. Всем пациентам проводили УЗИ с ЦДК, МСКТ с контрастным усилением, МРТ, ФБС при наличии дыхательной недостаточности.

**Результаты.** Детям с критической локализацией в зависимости от клинической картины проводили лечение: консервативное — 14 пациентов, хирургическое — 4 (1 — кардиологические противопоказания, 3 — изъязвление с кровотечением), комбинированное — 5 (2 — гемангиома гортани, по жизненным показаниям выполнили трахеостомию в комбинации с консервативным лечением пропранололом, 3 — удаление новообразования при выраженной брадикардии на фоне приема бета-блокаторов). Выраженный регресс новообразования при лечении пропранололом проявился через 3–4 мес, однако курс лечения составил 11–12 мес, для профилактики рецидива. Выздоровление достигнуто во всех случаях.

**Заключение.** Отказ от выжидательной тактики при лечении гемангиом является основным фактором предотвращения неотложных ситуаций. Внедрение в клиническую практику медикаментозного лечения инфантильных гемангиом бета-блокаторами позволило значительно сократить показания к хирургическому лечению, а при необходимости уменьшить объем оперативного вмешательства, особенно при критических локализациях новообразования даже в неотложных ситуациях.

\*Серегин Александр Сергеевич: [as.seregin@mail.ru](mailto:as.seregin@mail.ru)

Серегин А.С.\* , Трунин Д.А., Тарасов Ю.В., Серегина К.А.

## Тактика лечения детей с пулевыми ранениями лица

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

**Обоснование.** Огнестрельные повреждения лица относятся к наиболее тяжелым видам повреждений, встречающимся в практике челюстно-лицевого хирурга. Такие травмы были в основном прерогативой военных хирургов. В настоящее время в практике челюстно-лицевой хирургии детского возраста подавляющее число обращений составляют ранения лица из пневматического оружия. При поступлении пострадавших с подобными повреждениями лица в гражданские лечебные учреждения возникают проблемы, связанные с оказанием первой помощи, диагностикой, лечением и дальнейшей реабилитацией пострадавших. Пулевые ранения лица зачастую проявляются не только повреждениями мягких тканей лица, но и проникающими ранениями околоносовых синусов, глазницы, повреждением основания черепа, что требует мультидисциплинарного подхода с участием оториноларинголога, офтальмолога, нейрохирурга.

**Материал и методы.** Цель настоящего исследования — разработка адекватной хирургической тактики в отношении пулевых повреждений мягких тканей и костей лица. С 2019 по 2024 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии педиатрического корпуса находились на лечении 20 пациентов в возрасте от 5 до 17 лет с пулевыми ранениями лица, из них 4 огнестрельных из травматического оружия. Сроки обращения в стационар составляли от нескольких часов от момента травмы до 2 мес (позднее обращение связано со случайной находкой при рентгенологическом исследовании). Половой состав пролеченных больных — 17 мальчиков и 3 девочки. Всем пациентам при обращении помимо рутинного обследования проводили рентгенологическое исследование костей черепа в двух проекциях и УЗИ мягких тканей лица, при подозрении на проникающее ранение полостей лицевого скелета МСКТ с мультипланарной реконструкцией.

**Результаты.** Хирургическое лечение обратившихся за помощью проводили во всех случаях. Объем вмешательства при поверхностно расположенных инородных телах — удаление инородного тела с проведением первичной хирургической обработки раны в условиях местного обезболивания в момент обращения. В случаях попадания пули в клетки решетчатого лабиринта, основной синус, глазницу — оперативное лечение проводили в условиях общего обезболивания в срочном порядке после преднаркозного обследования, в случае позднего обращения (2 пациента через 2 мес от момента травмы) — в плановом порядке. В процессе операции применяли видеоэндоскопическую ассистенцию и С-дугу, особенно при локализации инородного тела в полости глазницы. При наличии значительных разрушений костей лицевого скелета проводили их реконструкцию титановыми конструкциями.

**Заключение.** Таким образом, своевременная диагностика и лечение пулевых повреждений лица остается актуальной проблемой и, по нашему мнению, требует удаления инородного тела во всех случаях в кратчайшие сроки, так как обильно развитая клетчатка лица и высокий риск инфицирования инородных тел при их нахождении в околоносовых пазухах могут приводить к гнойным осложнениям. Особое внимание необходимо уделять малотравматичности оперативного вмешательства.

\*Серегин Александр Сергеевич: as.seregin@mail.ru



Смирнов И.В.\*, Ройтберг Г.Е., Лазарев В.В., Кондратова Н.В., Смирнова С.И.,  
Вачнадзе Д.И.

## Аспекты безопасности анестезиологического пособия при операциях по коррекции сколиотической деформации позвоночника у детей

АО «Медицина», г. Москва, Россия

**Обоснование.** Безопасность пациента является приоритетом современной модели здравоохранения. Операции по коррекции сколиотической деформации позвоночника являются сложными и рискованными как для пациента, так и для операционной бригады. Уменьшение рисков при анестезиологическом пособии, прогнозирование сложностей и предотвращение осложнений является первостепенной задачей.

**Материал и методы.** В клинике АО «Медицина» с 2017 по 2024 г. выполнено 86 операций по коррекции сколиотической деформации позвоночника тяжелой и сверхтяжелой степени у пациентов детского возраста. В одноцентровое открытое сравнительное исследование включены 86 пациентов со сколиотической деформацией позвоночника (группа 1). Критерием включения служили: сколиотическая деформация позвоночника с углом деформации более 90 градусов по Коббу, возраст от 7 до 18 лет включительно, планирующаяся операция по коррекции сколиотической деформации позвоночника. Контрольной группой (группа 2), в которую включены 100 пациентов, оперированные по поводу офтальмологической патологии и не имеющие деформаций позвоночника. Группы были сравнимы по возрасту и гендерным характеристикам. В группах оценивали риски трудной интубации, необходимость использования эндоскопической техники обеспечения проходимости дыхательных путей, анатомии и особенности расположения внутренней яремной вены.

**Результаты.** При сравнительном исследовании риск анестезии по ASA в группе 1 средняя оценка составила 3,2, в группе 2 — 1,01 ( $p < 0,05$ ). При анализе риска трудной интубации трахеи оценивали балл, набранный при оценке по шкале Маллампати и шкале LEMON на этапе осмотра перед анестезией. В группе 1 средний балл по Маллампати составил  $2,212 \pm 0,231$ , в группе 2 —  $1,014 \pm 0,0285$  ( $p < 0,01$ ), по шкале LEMON в группе 1 —  $2,082 \pm 0,33$ , в группе 2 —  $0,0143 \pm 0,0285$  ( $p < 0,01$ ). Использование эндоскопической техники обеспечения проходимости дыхательных путей в группе 1 составил 18,6%, в группе 2 использование эндоскопической техники не потребовалось. При ультразвуковом исследовании сосудистого пучка шеи в первой группе нетипичное расположение внутренней яремной вены зафиксировано в 9,3% случаев. В группе 2 нарушения анатомии не зафиксировано.

**Заключение.** Для прогнозирования трудностей в предоперационном периоде необходимо использовать оценку по Маллампати и комплексные шкалы риска трудных дыхательных путей. Для успешной интубации трахеи, при операциях по сколиотической деформации позвоночника должны использовать эндоскопические методики обеспечения проходимости дыхательных путей (видеоларингоскоп, интубационный бронхоскоп). Для успешной и безопасной катетеризации внутренней яремной вены обязательно должна использоваться ультразвуковая навигация.

\*Смирнов Игорь Валерьевич: [smirnov@medicina.ru](mailto:smirnov@medicina.ru)

Соколов Ю.Ю.\*<sup>1</sup>, Вилесов А.В.<sup>3</sup>, Стоногин С.В.<sup>2</sup>, Коровин С.А.<sup>1, 2</sup>, Ахматов Р.А.<sup>3</sup>

## Спленопексия у ребенка с перекрутом блуждающей селезенки

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

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

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

**Обоснование.** Блуждающая селезенка относится к редким порокам развития, при котором отсутствует полноценный фиксирующий связочный аппарат. Основными клиническими проявлениями при перекруте блуждающей селезенки являются абдоминальный болевой синдром, наличие пальпируемого подвижного объемного образования брюшной полости. Инструментальная диагностика включает в себя трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) брюшной полости с внутривенным контрастированием. Объем оперативного вмешательства и вариант доступа определяются исходя из длительности заболевания, наличия и характера осложнений. При оперативном лечении детей с патологической подвижностью селезенки возможно использование лапароскопического доступа.

**Материалы и методы.** Мальчик 7 лет поступил в стационар с жалобами на боль в животе. При объективном осмотре: при пальпации левой половины живота определяется подвижное объемное образование. При УЗИ брюшной полости: селезенка находится в левых отделах брюшной полости, размеры ее резко увеличены, отмечается извитость селезеночной вены. При МСКТ с в/в контрастированием определяется спленомегалия, аномалия расположения селезенки. Ребенку выполнена лапароскопия, селезенка определяется в левой подвздошной области, размером 14×6×5см, связочный аппарат отсутствует, имеется перекрут ее на 180°. Выполнена деторсия. Для фиксации продольно рассечен и мобилизован листок брюшины в левом латеральном канале, селезенка уложена в созданный карман в забрюшинном пространстве, целостность брюшины восстановлена отдельными узловыми швами.

**Результаты.** Продолжительность оперативного вмешательства составила 120 минут. Послеоперационный период — без осложнений. Выписан на 12-е сутки после операции с выздоровлением. При контрольном осмотре через 6 мес. состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет. При УЗИ брюшной полости: селезенка расположена в забрюшинном пространстве слева, линейные размеры с уменьшением, кровоток сохранен.

**Заключение.** Перекрут блуждающей селезенки является крайне редким патологическим состоянием. При оперативном лечении данной категории пациентов возможно выполнение лапароскопических органосохраняющих вмешательств с деторсией селезенки и ее фиксацией в забрюшинном пространстве.

\*Соколов Юрий Юрьевич: sokolov-surg@yandex.ru

Соколов Ю.Ю., Гогичаева А.А.\* , Ефременков А.М., Ахматов Р.А.

## Острое расширение желудка как осложнение хронической дуоденальной непроходимости у детей

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, г. Москва, Россия

**Обоснование.** К развитию хронической дуоденальной непроходимости (ХДН) у детей могут приводить различные пороки развития двенадцатиперстной кишки (ДПК). В ряде случаев выявление данного состояния происходит только при декомпенсации дуоденостаза, когда детей госпитализируют с такими грозными осложнениями, как мегадуоденум и острое расширение желудка.

**Материал и методы.** За 17 лет прооперировано 104 ребенка с ХДН. Из них у 11 (10,6%) детей в возрасте от 2,5 до 16 лет выявлены мегадуоденум и острое расширение желудка. Все дети поступили в экстренном порядке с жалобами на боль в животе и многократную неукротимую рвоту. В состоянии средней тяжести госпитализированы 5 (45,5%) детей, в тяжелом состоянии — 6 (54,5%). Острое расширение желудка заподозрили по данным ультразвукового исследования (отмечалось значительное увеличение желудка) и по результатам обзорной рентгенографии органов брюшной полости (визуализировался широкий уровень жидкости в желудке). Рентгеноконтрастное исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта выполнили 9 (81,8%) больным, которым провели консервативные мероприятия, а оперативные вмешательства им были выполнены в отсроченном порядке. Экстренные оперативные вмешательства потребовались 2 (18,2%) детям. Верхнесрединный лапаротомный доступ использовали у 9 (81,8%) пациентов, лапароскопическим доступом операция выполнена 2 (18,2%) детям. Интраоперационно выявлены следующие причины ХДН, которые привели к острому расширению желудка: артериомезентериальная компрессия ДПК — у 5 (45,5%) детей, кольцевидная поджелудочная железа — у 3 (27,3%), гиперфиксация ДПК врожденными тяжами брюшины — у 3 (27,3%). Резекция выходного отдела желудка (антрумэктомия) с формированием гастроэнтероанастомоза по Ру или на длинной петле выполнена 9 (81,8%) больным, из них 5 (45,5%) из-за выраженной дилатации ДПК операция дополнена нижней дуоденоюностомией. Изолированный нижний дуоденоюноанастомоз по Ру был сформирован 2 (18,2%) детям.

**Результаты.** Интраоперационных осложнений, конверсий эндохирургических вмешательств не было. В раннем послеоперационном периоде в связи с формированием рубцового стеноза гастроэнтероанастомоза повторное вмешательство потребовалось 1 (9,1%) ребенку. Явления гастро- и дуоденостаза отмечали у 2 (18,2%) детей, панкреатит развился у 1 (9,1%), явления анастомозита наблюдали у 1 (9,1%). Вышеперечисленные осложнения купированы консервативными мероприятиями. В позднем послеоперационном периоде в 1 (9,1%) случае возникло острое расширение и перфорация желудка, что потребовало выполнения рукавной резекции желудка. В катamnезе в сроки от 1 года до 10 лет периодическая рвота и боли в животе беспокоят 1 (9,1%) ребенка, у остальных детей жалоб нет.

**Заключение.** Декомпенсированная ХДН может проявляться развитием таких тяжелых осложнений, как острое расширение желудка и мегадуоденум, которые могут потребовать выключения ДПК из пассажа. В этих случаях антрумэктомия с формированием гастроэнтероанастомоза по Ру может являться операцией выбора.

\*Гогичаева Алания Александровна: gogichalani@gmail.com

Солдатов П.Ю.\* , Кряжев А.В., Шустиков П.Е., Насибуллина К.В.

## Хирургическое лечение энтерокистомы у ребёнка 3 лет

Центр охраны материнства и детства, г. Магнитогорск, Россия

**Обоснование.** Энтерокистомы являются не частым заболеванием, из-за чего не всегда их включают в дифференциальный диагноз, что может приводить к позднему установлению диагноза или наступлению осложнений.

**Описание клинического случая.** Ребёнок, 3 года, житель сельской местности, в течение 3 мес предъявлял жалобы на боли в животе периодического интенсивного характера. В рамках дообследования — ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП) выявило округлое жидкостное образование  $47 \times 27 \times 35$  мм с чётким ровным контуром, с двойной стенкой; содержимое анэхогенное, с расслоением на жидкостную часть и осадок, перемещающийся при смене положения тела внутри полости; аваскулярное. В стационаре выполнили магнитно-резонансную томографию с контрастным усилением, подтвердившую диагноз. Принято решение начать с лечебно-диагностической лапароскопии. Оптический троакар установлен инфраумбиликально, инструментальные в фланке справа и слева. Выполнили ревизию органов брюшной полости, не выявившую иной патологии. Образование расположено в 15 см проксимальнее илеоцекального угла, на брыжеечном крае кишки. Мобилизация начата лапароскопически, но ввиду риска повреждения стенки кишки, несущей образование, а также наличия лишь монополярного инструмента, принято решение о конверсии. Пупочный доступ расширен до 2 см по складке, петля с кистой поданы в рану и образование мобилизовано окончательно, отправлено на патогистологическое исследование. На несущей образовании петле кишки серо-серозные швы в поперечном направлении с целью избежать сужения. Послойные швы на рану. Учитывая отсутствие тяжёлых пациентов и наши опасения в отношении участка кишки, несшего энтерокисту, ребёнок переведён из реанимации в отделение на 5-й послеоперационный день. Швы сняты в стационаре на 7-й день ввиду отсутствия условий по месту жительства пациента. Патогистологическое заключение: «Киста  $3,0 \times 2,2$  см. На разрезе толщина стенки 0,2 см, внутренняя стенка гладкая, частично покрыта белым налётом. При окраске по Ван-Гизону и гематоксилин-эозином: эпителиальная выстилка представлена многослойным плоским эпителием. Строение характерно для производных кишечной трубки (пищевод, стенка кишки). Заключение: киста брыжейки кишки с эпителиальной выстилкой многослойным плоским эпителием. Для нашей клиники данный пациент оказался первым в своём роде: мы избежали широкой лапаротомии и, возможно, длительной ревизии в поисках образования. К сожалению, мы не решились на полную мобилизацию образования в ходе лапароскопии из-за опасений травмировать несущую кишку, что потребовало бы ушивания дефекта. Надеемся, в схожих случаях впредь мы сможем избежать конверсий. Катамнез пациента составил 1, 6 и 12 мес; контрольные УЗИ ОБП — без патологии.

**Заключение.** Доступность лапароскопии на современном этапе даже в небольших городах и вне клинических баз позволяет улучшить диагностику, снизить операционную травму и ускорить послеоперационное восстановление пациента. Разумное сочетание эндохирургических и классических подходов позволяет оптимизировать лечение пациентов.

\*Солдатов Павел Юрьевич: [pyusoldatov@bashgmu.ru](mailto:pyusoldatov@bashgmu.ru)

Старцева А.Г.\*

## Пароксизмальная симпатическая гиперактивность

Московский многопрофильный клинический центр Коммунарка, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Одним из наиболее частых осложнений тяжелого повреждения мозга, которое является следствием ЧМТ, постгипоксических состояний, является возникновение пароксизмальной симпатической гиперактивности (ПСГ). Вариативность симптомов, отсутствие доказанных патофизиологических механизмов возникновения ПСГ приводит к сложности интерпретации и понимания клинических признаков при возникновении этого осложнения.

**Материал и методы.** Отечественные и зарубежные источники литературы, федеральные клинические рекомендации, анализ клинических случаев на основании медицинской документации.

**Результаты.** Изучив источники литературы и примеры клинических случаев, мы представили данные для диагностики ПСГ, помогающие своевременно выявить и начать эффективную посиндромную терапию, направленную на снижение осложнений, уменьшение негативного влияния, времени нахождения в ОРИТ и возможного предупреждения возникновения этого синдрома.

**Заключение.** Пароксизмальная симпатическая гиперактивность — это повторяющиеся всплески дисрегуляции симпатической активности, возникающие в результате тяжелой черепно-мозговой травмы. Эти эпизоды коротки и часто вызываются стимуляцией. ПСГ может быть сложным диагнозом, который можно легко спутать с судорогами, остановкой дыхания, абстиненцией или неспецифическим возбуждением. Ранее ПСГ был известен под такими терминами, как: симпатическая буря, вегетативная буря, эпизодическая вегетативная нестабильность, пароксизмальная вегетативная неустойчивость с дистонией, диэнцефальные судороги. Если не изучать пароксизмальную симпатическую гиперактивность, то симптомы могут быть расценены как проявление невылеченной боли или возбуждения. Это может привести к неадекватному лечению высокими дозами анальгетиков и седативных препаратов.

\*Старцева Александра Геннадьевна: 4187986@gmail.com

Статина М.И.\* , Гаврилюк В.П., Северинов Д.А.

## «Остеомиелитическая настороженность» в практике врача педиатра: актуальность своевременной диагностики на примере редких клинических случаев

Курский государственный медицинский университет, г. Курск, Россия

**Обоснование.** Острый гематогенный остеомиелит тяжелейшая патология детского возраста, приводящая в 7% случаев к инвалидности. Ошибки на первичном этапе осмотра пациентов встречаются в 24–60% случаев и обуславливают высокую распространенность осложнений. Несвоевременная диагностика способствует возникновению ортопедических нарушений. Поскольку врачи-педиатры представляют собой первичное звено, и от их тактики зависит дальнейший процесс маршрутизации пациента, понятие «остеомиелитическая настороженность» должно плотно укорениться в сознании специалистов, что особенно актуально при наличии атипичной клинической картины в связи с редкой локализацией патологического процесса.

**Материал и методы.** На базе областной детской клинической больницы г. Курска было выявлено два редких клинических случая атипичной локализации острого гематогенного остеомиелита (остеомиелит ребра и остеомиелит ключицы). Встречаются в 1–3% случаев. Мальчик К., 14 лет, с жалобами на температуру тела до 39°C, высокоинтенсивные боли с локализацией в правом подреберье. Получал противовирусную терапию, назначенную педиатром по месту жительства. Самостоятельно обратился к хирургу, в связи с ухудшением состояния. По данным первично проведенного обследования (рентгенография, УЗИ), данных за остеомиелит получено не было, однако из анамнеза выяснено, что ребёнок мог получить удар в правую половину грудной клетки во время игры в футбол. Был госпитализирован, на 3-и сутки, по данным УЗИ, обнаружена остеомиелитическая флегмона. Проведено лечение, ребёнок выписан из стационара на 10-е сутки.

Пациент П., 16 лет, также получал противовирусную терапию в территориальной поликлинике по поводу жалоб на болевой синдром в области правой ключицы, повышение температуры тела до 39,5°C. В связи с ухудшением состояния также самостоятельно спустя 7 дней обратился к хирургу. При обследовании (рентгенография, УЗИ) признаков остеомиелита нет, однако при тщательном сборе анамнеза выяснено, что ребёнок накануне получал лечение по поводу кариозных зубов, попал под дождь, что является фактором риска возникновения остеомиелита у детей. Был госпитализирован, выполнено вскрытие остеомиелитической флегмоны. На 20-е сутки выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

**Результаты.** В обоих случаях лишь данные тщательного сбора анамнеза поспособствовали своевременной диагностике и оперативному лечению, что привело к благоприятному исходу.

**Заключение.** Таким образом, острый гематогенный остеомиелит остаётся актуальной и серьёзной проблемой. Оба случая заслуживают внимания, учитывая статистически редкую встречаемость данной локализации (1–3% случаев) и ошибочную диагностическую тактику врачей первичного звена.

\*Статина Мария Игоревна: mari.statina.94@mail.ru

Тен Ю.В., Елькова Д.А.\* , Мамонтова Н.В., Зеленин В.В., Зацепин Р.Д.

## Спинальный дермальный синус в хирургии пилонидальных кист у детей

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия

**Обоснование.** Пилонидальная киста, пилонидальная болезнь, эпителиальный копчиковый ход, пилонидальный синус — это полостное образование, расположенное в крестцово-копчиковой области, с наличием плоского эпителия в ее выстилке, содержащей волосяные луковицы, сальные железы и их секрет. Заболеваемость среди подростков достигает 26 на 100 000 населения. Не существует общепризнанного решения по ведению детей с данной патологией. При выборе метода лечения детские хирурги используют рекомендации ведения взрослых больных. Остается высокий процент послеоперационных осложнений, в подавляющем большинстве гнойно-воспалительного характера, частота рецидивов достигает 40%, также приходится сталкиваться с казуистическими аномалиями, такими как спинальный дермальный синус (разновидность синдрома фиксированного спинного мозга).

**Материал и методы.** Проведён ретроспективный анализ 388 историй болезни пациентов клиники детской хирургии Алтайского края за период 2013–2023 гг., прооперированных по поводу эпителиального копчикового хода первично. До операции всем пациентам выполняли общеклиническое лабораторное обследование, ультразвуковое исследование для уточнения анатомии кисты.

**Результаты.** Число рецидивов и повторных вмешательств за 10-летний период достигло 99 (25,5%). Послеоперационный период протекал гладко у 385 детей, у которых сроки госпитализации составили 7 койко-дней. У 3 (0,77%) пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечали головные боли, головокружения, отхождение из послеоперационной раны прозрачного отделяемого, при исследовании — ликвор, таким образом, манифестировал врождённый спинальный дермальный синус. Из 3 последних пациентов 2 потребовалась нейрохирургическая операция, 1 (0,26%) — летальный исход в связи с развитием миелиита и сепсиса.

**Заключение.** Пациентам с пилонидальной кистой необходимо выполнение УЗИ крестцово-копчиковой области экспертного уровня. УЗИ позволяет определить протяженность синусового тракта, его локализацию, размеры, структуру патологического очага, дополнительные ходы и степень вовлечения окружающих тканей. С целью дифференциальной диагностики кисты в крестцово-копчиковой области пациентам с заболеваниями малого таза (пресакральные кисты, тератомы), а также с костями таза и позвоночника (менингоцеле, остеомиелит), пороками развития (спинальный дермальный синус) рекомендуется МРТ органов малого таза, спинного мозга. При подозрении на спинальный дермальный синус операцию целесообразнее проводить нейрохирургу или детскому хирургу совместно с нейрохирургом.

\*Елькова Дарья Алексеевна: dashuta.elkova@mail.ru

Тен Ю.В.\*, Тен К.Ю., Елькова Д.А.

## Ранения детей пневматическим оружием

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия

**Обоснование.** Актуальность. Пневматическое оружие население расценивает как малоскоростное, считает безопасным и безвредным. Наблюдение повседневной работы детской хирургической клиники показывает, что пневматическое оружие может нанести серьезные и часто опасные для жизни травмы.

**Цель исследования** — оценить тяжесть повреждений и результаты хирургического лечения при ранениях, полученных от пневматического оружия.

**Материал и методы:** Проведён ретроспективный анализ 15 историй болезни пациентов клиники детской хирургии Алтайского края за период 2013–2024 гг.

**Результаты.** Трое больных получили ранение в область шеи: у 2 было повреждение общей сонной артерии и внутренней яремной вены, пули извлечены из сосудов с наложением сосудистых швов, у 1 больного пуля извлечена из щитовидной железы. Ранение в грудную клетку получили 4 больных, им произведено торакоскопическое извлечение пуль из плевральной полости — у 3, лёгкого — у 1. Один больной в тяжёлом состоянии после проникающего пулевого ранения брюшной полости был оперирован по поводу абсцесса печени, один ребёнок был оперирован по поводу дермоидной кисты заушной области, операционной находкой оказалась коническая пуля, у 6 больных были ранения в нижние и верхние конечности, во всех случаях инородные тела извлечены.

**Заключение.** Пулевые ранения из пневматического оружия в детском возрасте опасны, чреваты повреждением жизненно важных органов, являются серьёзной проблемой, которая без должного своевременного лечения может привести к тяжёлым осложнениям, вплоть до летальных исходов. При проникающих ранениях в грудную клетку весьма эффективен малотравматичный эндовидеохирургический торакоскопический доступ.

\*Тен Юрий Васильевич: ten50@bk.ru



Тимошинов М.Ю.\*<sup>1</sup>, Цап Н.А.<sup>1, 2</sup>, Екимов М.Н.<sup>1</sup>, Чукреев В.И.<sup>1</sup>

## Заворот желчного пузыря у ребенка: «чудеса» неотложной абдоминальной хирургии

<sup>1</sup> Детская государственная клиническая больница № 9, г. Екатеринбург, Россия

<sup>2</sup> Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** Актуальность. Заворот желчного пузыря является крайне редкой патологией в педиатрической практике и представляет собой полное или частичное вращение желчного пузыря вокруг собственной оси с нарушением кровоснабжения органа и некроз стенки желчного пузыря. Малое количество описанных случаев в литературе затрудняет своевременную диагностику и выбор оптимальной тактики лечения у детей. В большинстве случаев заворот желчного пузыря диагностируют у пожилых пациентов, случаи у детей являются казуистическими. Цель работы — представить редкий клинический случай заворота желчного пузыря у ребенка и обсудить особенности его диагностики и лечения.

**Описание клинического случая.** Клинический случай. Ребенок, 6 лет, поступил с жалобами на острые боли в животе и рвоту после приема пищи, которые беспокоили его в течение последних суток. При объективном осмотре отмечали выраженную болезненность в правом подреберье, умеренное напряжение мышц брюшной стенки в этой области. Температура тела была в пределах нормы. В ОАК — умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, биохимические показатели — без существенных отклонений. УЗИ органов брюшной полости: утолщение и слоистость стенок желчного пузыря, неоднородное содержимое с экзогенными включениями, признаки изменения перивезикального пространства; незначительная дилатация внутрипеченочных желчных протоков. В брюшной полости и полости малого таза обнаружена свободная жидкость.

С учетом клинической картины и данных инструментальных исследований принято решение о проведении диагностической лапароскопии. При ревизии брюшной полости обнаружили умеренное количество геморрагического выпота по правому флангу и в полости малого таза. Желчный пузырь был увеличен в размерах, напряжен, имел темно-вишневый цвет с выраженными ишемическими изменениями и утолщенными стенками. Обнаружен заворот желчного пузыря на 360° вокруг собственной оси, странгуляционная борозда в области шейки. Выполнена деторсия органа. Констатированы необратимые изменения в стенке желчного пузыря с высоким риском развития некроза и перфорации, что и продиктовало выполнение лапароскопической холецистэктомии. Брюшная полость санирована, подпеченочное пространство дренировано. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок получал антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. При осмотре через 1 мес жалоб не предъявлял, функция желудочно-кишечного тракта не нарушена, лабораторные показатели в пределах нормы. Гистологическое исследование удаленного желчного пузыря выявило субтотальный геморрагический некроз стенки, признаки острого воспаления с выраженной инфильтрацией, участками некроза, в полости пузыря геморрагическое содержимое со сгустками крови.

**Заключение.** Заворот желчного пузыря у детей является редчайшей патологией, требующей высокой степени клинической настороженности. Симптомы неспецифичны и могут имитировать другие острые хирургические заболевания брюшной полости. Ранняя достоверная диагностика крайне затруднена. Лучевая диагностика, особенно УЗИ и УЗДГ зоны интереса, могут помочь в постановке диагноза, но зачастую окончательный диагноз устанавливается только во время операции. Своевременное хирургическое вмешательство является ключевым фактором для предотвращения развития серьезных осложнений, таких как перфорация желчного пузыря, перитонит и сепсис. Экстренная лапароскопическая холецистэктомия является методом выбора при лечении заворота желчного пузыря.

\*Тимошинов Максим Юрьевич: simashinov@gmail.com

Тихомиров А.И.\* , Подкаменев А.В., Передереев С.С., Волкова Н.Л., Глушкова В.А.,  
Мешков А.В.

## Редкое внутрибрюшное осложнение пенетрирующей формы болезни Крона у ребенка

Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия

**Обоснование.** Одним из редких осложнений пенетрирующей формы болезни Крона у детей является формирование свища (или пенетрации) в мочевой пузырь. Данное осложнение развивается в 2,5% осложненных форм.

**Материал и методы.** В 2023 г. в клинике Педиатрического университета получала лечение девочка 13 лет с диагнозом болезнь Крона, поступила в клинику СПбГПМУ в экстренном порядке с абсцессом передней брюшной стенки. При поступлении девочка обследована: УЗ — признаки свищевого хода из кишечника в подкожную клетчатку передней стенки живота. По данным компьютерной томографии, — признаки терминального илеита в стадии обострения, с формированием свищевого хода и наличием абсцесса в области передней брюшной стенки и паравезикальной клетчатки. В общем анализе мочи — выраженная лейкоцитурия, микрогематурия, бактериурия. Первично выполнили дренирование очага на передней брюшной стенке, через 2 дня из послеоперационной раны стало отходить тонкокишечное отделяемое. В послеоперационном периоде отмечали фебрильную лихорадку, сохранялось гнойное отделяемое с примесью кишечного содержимого из послеоперационной раны. Учитывая развившиеся осложнения, решено в экстренном порядке выполнить резекцию несущего свищ сегмента пораженного отдела кишечника, санацию брюшной полости. Наличие гнойного очага в брюшной полости является противопоказанием к биологической терапии. Во время оперативного вмешательства первично был выявлен плотный инфильтрат в нижних отделах брюшной полости, интимно спаянный с передней брюшной стенкой и мочевым пузырем. Свищ брюшной стенки открывался в полость, представленной дном мочевого пузыря и подвздошной кишкой с пенетрацией на расстоянии около 20 см от илеоцекального перехода. Подвздошная кишка на расстоянии около 35 см от илеоцекального угла плотная, отечная, брыжейка гипертрофирована. Выполнена резекция илеоцекальной с участком подвздошной кишки, несущей свищ, сформирована илеоасцендостома. По данным гистологического заключения, определялся гнойно-некротический илеит с перфорацией. Гнойный тифлит. Флегмонозный аппендицит. Гнойный оментит. В послеоперационном периоде больная получала а/б терапию, ей проводили однократную гемотрансфузию, постепенно состояние стабилизировалось, произошло снижение воспалительных изменений. На 16-е сутки в стабильном состоянии переведена в отделение гастроэнтерологии, где начат подбор и иницирование биологической терапии (инфликсимаб).

**Результаты.** На 16-е сутки в стабильном состоянии пациентка переведена в отделение гастроэнтерологии, где начат подбор и иницирование биологической терапии (инфликсимаб).

**Заключение.** Хирургическое лечение болезни Крона остается сложным, зависит от уровня локализации и тяжести поражения. Показания, сроки и объем оперативного лечения всегда должны обсуждаться в мультидисциплинарной команде. В случае осложнённого течения болезни Крона, при отсутствии эффекта от консервативного лечения, хирургический этап должен проводиться в максимально короткие сроки.

\*Тихомиров Александр Игоревич: [tihomirov261@yandex.ru](mailto:tihomirov261@yandex.ru)

Турищев И.В., Тошматов Д.А., Романюк Т.И.\*

## Нутритивный статус при деструктивных пневмониях

Детская городская клиническая больница святого Владимира ДЗМ, г. Москва, Россия

**Обоснование.** У детей с деструктивными пневмониями всегда в той или иной степени развивается белково-энергетическая недостаточность, возникающая в результате гиперкатаболизма, потерь связанных с образованием трансудата. Стандартное энтеральное питание не обеспечивает потребности в макро и микро нутриентах, что ведет к увеличению длительности болезни и снижает эффективность терапии. Состояние таких пациентов часто отягощается гипопротеинемией, гипоальбуминемией, анемией, что можно предотвратить адекватной нутритивной поддержкой.

**Цель.** Сравнить эффективность различных методов нутритивной поддержки и оценить нутритивный статус, эффективность энтерального питания и его влияние на потребность инфузии альбумина, эритросред, длительности пребывания в стационаре.

**Материал и методы.** Всего в исследование вошло 64 пациента с диагнозом деструктивная пневмония в возрасте от 3 до 12 лет, которые проходили лечение в условиях ОРИТ. Пациенты были разделены на 3 группы: группа № 1 — 24 пациента, получающих в качестве нутритивной поддержки общий стол, группа № 2 — 20 пациентов, которые дополнительно получали лечебное питание в виде специализированной смеси Nestle Clinutren Junior; группа № 3 — 20 пациентов, которые дополнительно получали лечебное питание в виде специализированной смеси: Resource Protein. Для оценки нутритивного статуса использовались антропометрические критерии, измеряемые в динамике: масса тела и рост, ИМТ, толщина кожно-жировой складки над лопаткой; лабораторные критерии: уровень общего белка, альбумина, лимфоцитов, трансферрина.

Эффективность нутритивной поддержки проводилась на основании сравнения продолжительности нахождения пациентов в условиях ОРИТ и стационара, частоты и тяжести осложнений в виде развития анемии и гипопротеинемии, требуемых трансфузии эритроцитарной массы и введения альбумина.

**Результаты.** Дефицит массы тела в группе №1 составил 10,5%, в группе №2 — 9,8%, в группе №3 — 9% — сравнимо в группах и сравнимо с популяционными. Продолжительность нахождения пациентов в условиях ОРИТ во всех группах была сравнима и составила от 4 до 5 суток, средняя продолжительность нахождения в стационаре была выше в первой группе: 35,5 суток, во второй группе 28,7, в третьей 26,4.

Частота трансфузии эритроцитарной массы в группах была примерно сопоставима: 2,0 и 2,0.

Количество альбумина для корректировки в первой группе была выше, чем во второй и третьей: 3 г/кг, 2,5 г/кг, 1,8 г/кг соответственно.

**Заключение.** Пациенты всех групп изначально имеют выраженные признаки нутритивной недостаточности по антропометрическим и лабораторным данным, которые продолжают ухудшаться в течении болезни. Использование специализированных смесей снижает необходимость в проведении трансфузий альбумина, не влияет на частоту трансфузии эритросред, является более эффективным вариантом нутритивной поддержки: позволяет быстрее восстановить исходный трофический статус и снизить продолжительность нахождения пациентов в условиях стационара.

\*Романюк Татьяна Ивановна: tanya.romanyuk.97@bk.ru

Уздимаева С.К.\* , Аксельров М.А.

## Сравнительный анализ диагностических шкал острого аппендицита при остром животе у детей

Тюменский государственный медицинский университет г. Тюмень, Россия

**Обоснование.** Острый аппендицит (ОА) у детей — ургентное состояние, требующее своевременной диагностики и оперативного лечения. У детей симптомы могут быть менее очевидными, что создает дополнительные трудности для родителей и врачей. Поздняя постановка диагноза увеличивает вероятность развития осложнений, влекущих за собой высокую инвалидизацию детского населения. По нашему мнению, внедрение в практику диагностических шкал острого аппендицита позволит объективизировать данный диагноз, снизить количество негативных операций.

**Материал и методы.** В ходе работы оценивали эффективность применения различных шкально-балльных систем острого аппендицита (шкала Alvarado, PAS (Pediatric Appendicitis Score), APPE (The APpendicitis PEdiatric score) у детей с целью повышения точности диагноза. Провели проспективное рандомизированное слепое клиническое исследование. В исследовании принимали участие 110 пациентов в возрасте от 4 до 17 лет, обратившихся в ГБУЗ ТО ОКБ №2 г. Тюмени с жалобами на боль в животе. С целью уточнения диагноза было предложено использовать диагностические шкалы острого аппендицита. В условиях приемного отделения помимо осмотра, сдачи общего анализа крови, мочи и УЗИ ОБП детский хирург проводил анкетирование по предложенным системам балльной оценки аппендицита. Статистическую обработку результатов проводили согласно общепринятым требованиям.

**Результаты.** Из 110 детей с подозрением на острый аппендицит анкетирование определило низкую вероятность аппендицита у 63 (57,3%) пациентов и совпало с клиническим заключением врача. Четыре ребенка были госпитализированы под наблюдение ввиду выраженности болевого синдрома при результатах «высокая вероятность аппендицита» согласно всем оценочным опросникам. Два ребенка из 4 — клиника острого живота сохранялась, выполнена диагностическая лапароскопия, острый аппендицит был диагностирован у одного. С практически одинаковой чистотой получили результат «неопределенная вероятность аппендицита», по результатам анкетирования. Окончательное решение в данном случае принимал хирург. У 24 детей из 110 диагноз острый аппендицит был выставлен на основе клинических данных. В 100% случаев выставленный диагноз совпадал с результатами оценочных опросников. Гипердиагностика аппендицита зафиксирована во всех исследуемых группах: пациенты попадали в группу высокой вероятности заболевания согласно опросникам, но врач принимал решение об отсутствии необходимости оперативного лечения. Согласно данным анкетирования наиболее часто вероятность аппендицита встречалась при использовании шкалы Альварардо — у 28 (25,4%) пациентов. Наименее часто — при использовании APPE (у 22; 20%). Шкала PAS показала в 26 (23,6%) случаях значение «острый аппендицит очень вероятен».

**Заключение.** 1. Возможно применение шкал с целью первичной диагностики аппендицита, так как они обладают достаточной чувствительностью. 2. Шкалы PAS и APPE имеют достоинства перед классической шкалой Альварардо. 3. Преимущество шкалы APPE перед PAS статистически недостоверно и требует дальнейшего изучения.

\*Уздимаева Серафима Константиновна: serafimauzd@gmail.com

Уразаева Г.К.\* , Оборкина Д.С.

## Герпетическая инфекция у детей с ожоговой травмой

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени Ю.Е. Вельтищева, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Термическая травма подрывает защитные силы организма из-за разрушения кожных и слизистых барьеров и подавления воспалительных и специфических иммунных реакций. Возникающая при этом уязвимость к условно-патогенным микроорганизмам нередко реализует активный инфекционный процесс. По данным разных авторов, герпетическая инфекция является одной из наиболее распространенных среди населения. У пациентов с ожогами клиническая картина герпетической инфекции проявляется в период иммуносупрессии чаще за счет реактивации персистирующего в организме вируса. Цель — оценить распространённость герпетической инфекции и ее влияние на течение заболевания среди пациентов ожогового отделения ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского в период с сентября по ноябрь 2024 г.

**Материал и методы.** За исследуемый период было пролечено 186 пациентов с термической травмой. Среди всех госпитализированных больных возраст составил Me 16 (11,5–23) мес, мальчиков — 59%, площадь термического поражения составила Me 3 (1–6)%, при этом было прооперировано 30 (16%) пациентов, а продолжительность лечения в условиях стационара составила Me 1 (1–7) койко-день.

**Результаты.** Исследование на герпетические инфекции провели у 14 (7,5%) ожоговых пациентов с лихорадкой неясного генеза, у 11 (5,9%) из которых подтвердили наличие герпетической инфекции. Выявленный пейзаж был представлен ВПГ 1-го и 2-го типа, герпесом 6-го типа, ВЭБ, ЦМВ. У 4 (2,1%) пациентов выявили инфицирование герпесом 6-го типа, у 1 (0,53%) — ЦМВ, в остальных случаях выявили комбинации: ВЭБ + ЦМВ, ВЭБ + 6-й тип, ЦМВ + 6-й тип, ЦМВ + ВЭБ + 6-й тип, ВПГ 1-го, 2-го типа + ВЭБ + ЦМВ + 6-й тип. Среди пациентов с подтвержденным вирусом герпеса оперативное лечение потребовалось 4 (36,36%) пациентам, что не выявило достоверных различий с общей группой ( $p > 0,05$ ). Количество койко-дней у пациентов с диагностированной герпетической инфекцией составило Me 7 (6–11), что существенно выше данного показателя в общей выборке ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Распространенность герпетической инфекции среди детей раннего возраста и её манифестация при получении термической травмы достаточно частое явление. При этом усугубляется течение раневого процесса, что увеличивает сроки лечения пациентов в стационаре. Данное исследование продемонстрировало необходимость более углубленного изучения данного вопроса в будущем.

\* Уразаева Гульнара Камилевна: [urgulnara381@gmail.com](mailto:urgulnara381@gmail.com)

Филиппева Н.В.\* , Игнатьев В.В., Шайнер Н.Б., Муравьев А.В., Тищенко Н.С., Громов А.Б.

## Опыт оказания медицинской помощи при массовом поступлении пациентов с минно-взрывной (осколочной) травмой в многопрофильный стационар

Городская больница №5 — Центр охраны здоровья матери и ребенка, г. Севастополь, Республика Крым, Россия

**Обоснование.** 23 июня 2024 г., днём, в районе городских пляжей Севастополя Учкучевка и Любимовка была сбита ракета АТАСМС с кассетной боевой частью. Суббоеприпасы взорвались по большей части в море и на побережье. Пострадало 124 человека, включая 33 ребенка.

**Материал и методы.** В ГБУЗ «ГБ №5- ЦОЗМиР» поступили 33 ребенка и 4 взрослых с диагнозом минно-взрывная травма различной локализации, в возрасте 3–17 лет. В приемном покое была выполнена сортировка пациентов. По степени тяжести: 23 (69,6%) ребенка — средней степени тяжести. 8 (24,2%) — тяжелые, 2 (6,2%) — крайне тяжелые. Маршрутизация пациентов: 21 ребенок был госпитализирован в отделение травматологи-ортопедии, родители 2 детей отказались от госпитализации в стационар, 1 ребенок и 4 взрослых машинами СМП направлены в ГБ№1, для оказания специализированной медицинской помощи 1 ребенок — в отделение реанимации, 2 ребенка — в палату интенсивной терапии, 6 детей — в операционную ДХО и травматологии-ортопедии. Детям выполнялся комплекс исследований: осмотр, оценка ЖВФ, измерение сатурации, измерение температуры тела, АД, подсчет ЧДД, ЧСС, рентгенография, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, забор крови для определения: ОАК, коагулограммы, группы крови, резус-фактора. Мультидисциплинарный подход в принципе формирования медицинских бригад дал возможность развернуть несколько операционных одновременно.

**Результаты.** Объем оперативного вмешательства соответствовал тяжести травмы. Детям выполнили: декомпрессионную трепанацию черепа — 1 (3,0%) ребенку, торакоскопию — 3 (9,0%) детям, ушивание раны диафрагмы — 1 (3,0%), дренирование плевральных полостей — 6 (18,0%), спленэктомия — 1 (3,0%), ушивание раны левой доли печени — 1 (3,0%), ушивание мочевого пузыря — 1 (3,0%), диагностическую лапароскопию — 2 (6,0%), лапаротомию, ревизию органов брюшной полости — 3 (9,0%) детям. Все дети, находящиеся в стационаре, помимо оперативного лечения, получали: обезболивание, противовоспалительную и антибактериальную терапию, ПХО раны, перевязки, иммобилизацию пораженной конечности. 24 июня 2024 г. — 12 (36,3%) детей переведены спецбортом МЧС в больницы г. Москвы. Один ребенок доставлен в ГБУЗ ДГКБ им. О.М. Филатова, 2 — в ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова», 5 — в НИИ НДХИТ, 4 ребенка — в РДКБ (филиал ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России). Длительность госпитализации: у детей средней степени тяжести — 4–6 сут, тяжелые — 7–10 сут, крайне тяжелые — 7–13 сут. Всех пациентов после выписки из стационара госпитализировали в центр медицинской реабилитации (ДЦМР).

**Заключение.** Использование правильных алгоритмов оповещения медицинского персонала ЛПУ и принципов сортировки в приемном покое, а также привлечение мультидисциплинарных медицинских бригад позволило добиться оказания медицинской помощи в полном объеме. Коллектив ГБУЗ «ГБ №5 — ЦОЗМиР» выражает благодарность сводной бригаде борт МЧС за оказание помощи в лечении пациентов.

\*Филиппева Наталья Владимировна: nata-filipeva@mail.ru

Хохлова В.В.\* , Пряников П.Д., Семькин С.Ю., Сагателян М.О., Миронов А.Ю.

## Консервативное лечение хронического риносинусита при муковисцидозе

Республиканская детская клиническая больница, г. Москва, Россия

**Обоснование.** Муковисцидоз (кистозный фиброз, МВ) — полиорганная наследственная патология, связанная с мутацией гена CFTR. В РФ частота муковисцидоза составляет 1:9000 новорожденных. Развивающаяся в результате МВ вторичная мукоцилиарная дискинезия вызывает стагнацию секрета в полости носа и околоносовых пазухах (ОНП), провоцируя развитие хронического риносинусита (ХРС). Частота риносинусита у больных МВ составляет 50–90%.

**Цель исследования** — изучить методы консервативного лечения хронического риносинусита при муковисцидозе.

**Материал и методы.** Проведен анализ литературы по теме исследования за период с 2011 по 2024 г.

**Результаты.** Клиника ХРС при МВ не отличается от таковой у больных без МВ, однако диагностика и лечение будут иметь особенности. Рентген, МРТ не обладают эффективностью в дифференциальной диагностике данных групп пациентов, так как в обоих случаях на снимке будет интенсивное затемнение в проекции ОНП. Эндоскопическое исследование будет информативно только в случае полипозного течения МВ. Поэтому среди лучевых методов “золотым стандартом” является КТ, на котором можно увидеть: деминерализацию крючковидного отростка, гипоплазию лобных и клиновидных пазух, выбухание латеральной стенки полости носа; более быстрый рост задних клеток решетчатого лабиринта по сравнению с передними. Согласно последнему европейскому консенсусу по проблемам риносинусита и полипов носа (2020 г.) терапия ХРС у пациентов с МВ эффективна на начальном этапе и включает: туалет полости носа, сосудосуживающие препараты, местные и системные АБ, иГКС и ингаляции дорназой альфа с аппаратом «Пари синус». Цель применения данных препаратов — снижение количества слизистого отделяемого, восстановление аэрации ОНП и уменьшение воспалительных процессов. Поскольку данная терапия является симптоматической, она не всегда приводит к выздоровлению и ремиссии. В связи с чем пациенты направляются на хирургическое лечение в объеме полисинусотомии с возможной модифицированной медиальной максиллэктомией. С одобрения в 2012 г. препарата «Ивакафтора» начался век таргетной терапии (ТТ), направленной на коррекцию структуры и функции белка CFTR. ТТ назначается при тяжелых формах МВ (ОФВ1 <40, цирроз печени) и в первую очередь направлена на лечение данных органов, однако в последние годы активно используется комбинация трех препаратов (трикафта). В 2023 г. было опубликовано несколько исследований, отмечающих их положительное влияние на течение ХРС.

**Заключение.** Таргетная терапия — перспективный метод лечения, позволяющий добиваться выздоровления пациентов с ХРС при МВ. Внедрение и дальнейшее изучение эффективности таргетной терапии имеет значение для лечения муковисцидоза, способствует пересмотру объема базисной терапии таких пациентов и показаний к хирургическому лечению.

\*Хохлова Варвара Валерьевна varvarakhkhlova27@gmail.com

Цап Н.А.\*<sup>1, 2</sup>, Елисеев А.С.<sup>2</sup>, Чукреев В.И.<sup>2</sup>, Чукреев А.В.<sup>2</sup>

## Клинический случай разрыва двенадцатиперстной кишки

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

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

**Обоснование.** Закрытая травма живота у детей отличается и по воздействию механической силы, и по вариабельности клинических проявлений, что закономерно зависит от сочетанности травматических повреждений и их степени. Проблема остается актуальной в экстренности диагностического поиска и его достоверности для решения о выборе консервативного или оперативного лечения. Изолированные повреждения двенадцатиперстной кишки требуют активной хирургической тактики.

**Описание клинического случая.** Мальчик М. доставлен в клинику бригадой СМП. Из анамнеза: на соревнованиях по смешанным единоборствам соперник выполнил бросок и упал всем весом на живот ребенка, возникла боль в животе. Общее состояние тяжелое за счет болевого синдрома. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Тоны сердца ясные, ритм правильный, патологических шумов нет. Пульс на лучевой артерии 108 в минуту, ритм правильный, Мочеиспускание не нарушено. Стула не было. Локальный статус: живот не вздут, участвует при дыхании, симметричный. При пальпации болезненный во всех отделах. Напряжение мышц передней брюшной стенки в верхних отделах и по правому флангу. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. R-графия брюшной полости стоя: определяется скопление вероятно свободного газа в брюшной полости, больше в правой боковой области, правой подвздошной области. Не исключается разрыв полого органа. Данные КТ: свободный газ в брюшной полости и забрюшинном пространстве.

Лапароскопия: в брюшной полости (БП) по правому флангу и в полости малого таза значительное количество выпота с примесью желчи, желудочного сока. В верхних отделах на печени и желчном пузыре единичные наложения фибрина. Показана конверсия. Срединная лапаротомия, послойно вскрыта БП, выделилось незначительное количество выпота с примесью желчи и желудочного сока (посев). При ревизии обнаружен разрыв ДПК в верхней горизонтальной части диаметром до 1,5 см, с выделением желчи и желудочного сока. Ниже места разрыва по передне-боковой поверхности нисходящей части ДПК определяется ушиб стенки с элементами разможнения, отека, имбибиции желчью размерами 5×3 см. Разрыв ушит двурядным швом. Зона ушиба укреплена серозно-мышечными швами. В желудок установлен назогастральный зонд, дистальнее зоны разрыва установлен интестинальный зонд. На расстоянии 60 см от илеоцекального угла обнаружен дивертикул Меккеля на широком основании длиной до 5см. Дивертикулэктомия сшивающим аппаратом, кассета 60 мм. Произведена симультантная аппендэктомия. Особенность раннего послеоперационного периода: энтерально усваивает в минимальном объеме, аппетит снижен, боль в животе. Рвота 2 раза в день желудочным содержимым зеленого цвета. Стул ежедневный жидкий. Через 3 недели послеоперационного периода сформировалась спаечная кишечная непроходимость, выполнена релапаротомия, адгезиолизис. Выписан с выздоровлением.

**Заключение.** Этапы диагностики, интраоперационной техники, лечения в ОАРИТ адекватны. В клинике послеоперационного периода предполагалось развитие стеноза ДПК, что при контрастном исследовании не подтверждено. Но малые объемы усваиваемой пищи, рвоты были обусловлены формированием спаек с деформацией тощей кишки. Последствия разрыва ДПК требуют проведения превентивной противоспаечной терапии.

\*Цап Наталья Александровна: tsapna-ekat@rambler.ru



Цап Н.А.<sup>1,2</sup>, Курова Е.К.<sup>1,2</sup>, Черненко Л.Ю.<sup>2</sup>, Эрленбуш В.В.<sup>2</sup>

## Хирургические аспекты осложненного течения аппендикулярного перитонита у детей

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

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

**Обоснование.** Послеоперационный период при аппендикулярном перитоните (АП местном или разлитом) может существенно отличаться от ожидаемых результатов, несмотря на стандартный подход к предоперационной подготовке и технике выполнения операции. Решена ли теоретически и практически проблема различия или идентичности понятий «продолженный перитонит» (ПП) и ранние послеоперационные осложнения (РПО); чем обусловлено негативное течение АП — злостной микрофлорой, недостаточной санацией брюшной полости, неадекватной антибактериальной терапией, особенностями макроорганизма? Или всегда есть сочетание факторов риска? Изменения в лечебной тактике могут предусматривать варианты коррекции медикаментозного воздействия на микро- и макроорганизм больного и абсолютные показания к повторному оперативному вмешательству.

**Материалы и методы исследования.** В отделении гнойной хирургии и ОАРИТ за 5-летний период (2019–2024) пролечены 494 ребенка с АП со сроками поступления от начала заболевания от 2 до 9 суток (n=459; 92,9%). Возрастная группа от 8 до 14 лет является стабильно преобладающей (53%). В структуре по распространенности наибольшую долю занимает местный ограниченный перитонит — 51%, реже местный неограниченный — 22%, разлитой перитонит — 18%. Всем детям выполнен полный комплекс клинико-лабораторного и по показаниям лучевого обследования. Оперативное лечение — лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости (89% детей). Конверсии выполнялись при плотном периаппендикулярном абсцессе.

**Результаты.** При идентичном подходе в проведении антибактериальной, инфузионной и патогенетической терапии сохранился риск осложненного течения АП, что отмечено у 42 (8,5%) детей. В структуре этой группы пациентов: продолженный перитонит — 40,5% (n=17), абсцесс брюшной полости — 28,6% (n=12), ранняя спаечная кишечная непроходимость — 26,2% (n=11), кишечный свищ — 4,8% (n=2). Первичный патологический процесс в брюшной полости представлен разлитым (n=20; 47,6%) и местным ограниченным (n=20; 47,6%) перитонитом, а местный неотграниченный перитонит осложнился только у 2 (4,8%) детей. Клиническая картина ПП в половине случаев характеризуется торпидным к медикаментозной терапии течением абдоминального болевого синдрома с парезом кишечника, сохраняющимся ССВО, но в итоге консервативное лечение привело к выздоровлению. Также как и при ранней спаечной непроходимости (периодическая боль в животе, рвота) своевременный комплекс интенсивного лечения был эффективен в разрешении осложнения. Повторные оперативные вмешательства успешно проведены в объеме релапаротомии (n=13; 30,9%), релапароскопии (n=16; 38,1%). Летальных исходов не было.

**Заключение.** Следует ли считать ПП с вялотекущей динамикой ликвидации пареза кишечника и ССВО осложнением или закономерным течением при определенных причинно-следственных связях, поиск которых необходимо продолжить. Эффективность консервативной ИТ и противоспаечной терапии доказана. Обоснования к реоперациям возникают у 5,9% детей от всего контингента детей с аппендикулярным перитонитом.

\*Цап Наталья Александровна: tsapna-ekat@rambler.ru

Цыбикова Ю.А.\*<sup>2</sup>, Еналиева Л.Р.<sup>2</sup>, Окунева А.И.<sup>2</sup>, Окунев Н.А.<sup>2</sup>, Куманев А.А.<sup>1</sup>

## Лечение детей с укусами неядовитых животных

<sup>1</sup> Детская республиканская клиническая больница, г. Саранск, Россия

<sup>2</sup> Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва (Медицинский институт), г. Саранск, Россия

**Обоснование.** Укус — защита животных от опасности. Результатом этого становятся травмы мягких тканей и костей разной степени тяжести, а также возможно заражение бешенством. Первичная помощь данной группе пациентов проводится в условиях травматологических пунктов.

**Материал и методы.** Проведен анализ журналов регистрации обращений пациентов в детский травмпункт г. Саранска, движение антирабической вакцины, регистрация экстренных извещений. Анализ историй болезни хирургического отделения и травмпункта ГБУЗ РМ ДРКБ, за период 2022–2023 гг.

**Результаты.** Всего за данный период с укусом неядовитого животного обратились 635 детей. Распределение по возрасту: от 0 до 5 лет — 19%, от 6 до 12 лет — 61%, старше 12 лет — 21%. Соотношение мальчиков и девочек равно 1:1. По статистике: укусы собак — 76%, где 49% составляют домашние собаки, домашние кошки — 15%, а безнадзорные кошки — 3,9%, другие животные — 8,6% (домашние и дикие). В день укуса животным обратились 57% детей, на 2–4-й день — 33,8%, на 5–10-й день — 6,9%, более 11 дней — 1,8%. Локализация укусов различна, наиболее распространенное: плечо, туловище — 57%; далее кисти рук, пальцы ног — 29%; а также реже лицо, шея, голова — 15%. Госпитализировано в стационар 16% детей с диагнозом единичная или множественная рваная укушенная рана, но повреждение связок и нервно-сосудистого пучка не отмечали. Всем пациентам проводили оперативное вмешательство — ПХО раны с наложением первичных швов. Также обязательна консервативная терапия: антирабический иммуноглобулин и вакцина антирабическая по схеме, антибактериальная, обезболивающая, местная (перевязки с раствором димексида, в случае нагноившихся ран — мазь Вишневского, физиотерапия — УВЧ). От вакцинации с первого дня отказались 23% пациентов, во всех случаях предоставлялась справка о вакцинации животного. В процессе проведения курса 25% детей отказались от вакцинации, так как выяснялось, что в течение 10 дней животные оставались здоровы. Были и те пациенты, которые самовольно прекратили курс — 34%, а процент завершивших курс вакцинации (90 дней) составил 18% укушенных. Введение противостолбнячной сыворотки не требовалось во всех случаях. Данные о прерывании вакцинации сообщались в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РМ» на следующий день после неявки на прививку.

**Заключение.** Чаще укусам неядовитых животных подвержены дети от 6 до 12 лет. Большинство укусов приходилось на плечо и туловище. Несмотря на информационную доступность и осведомленность населения, проводимые профилактические беседы о необходимости антирабической вакцинации сохраняется позднее обращение за медицинской помощью, самовольное прекращение курса вакцинации, что сохраняет вероятность развития бешенства у детей.

\*Цыбикова Юлия Алексеевна: oneofyulya@mail.ru

Цыганенко В.С.\* , Гордиенко И.И.

## Лечение патологических переломов костей кисти у детей

Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** Одним из часто встречаемых симптомов опухолевого поражения кости является патологический перелом, во многом меняющий картину течения заболевания и тактику лечения. Пациенты с костными кистами в большинстве случаев не предъявляют жалоб до появления патологического перелома, однако в 25% случаев они отмечают болевой синдром, отёчность и тугоподвижность в суставах кисти. В медицинском сообществе до сих пор нет единого мнения об оптимальных методах лечения. Таким образом, на сегодняшний день остаются дискуссионными вопросы, касающиеся средств фиксации патологических переломов и методов замещения пострезекционных дефектов. Цель нашей работы — анализ методов лечения и результатов лечения патологических переломов костей кисти у детей.

**Материал и методы.** На базе травматологического отделения ГАУЗ СО ДГКБ №9 за период с 2019 по 2023 г. было пролечено 9 детей с патологическими переломами костей кисти. По локализации преобладали костные кисты пястных костей — 4; средних фаланг — 3, и основных фаланг — 2. Мальчики преобладали над девочками, 77,78 и 22,22% соответственно. Средний возраст детей составлял  $11,5 \pm 1,7$  лет.

**Результаты.** Неотложную госпитализацию и оперативное лечение выполняли в отсроченном порядке у 8 (88,89%) детей, у 1 (11,11%) пациента, в связи с распространённостью патологического очага и истончением кортикального слоя кости было принято решение об оперативном лечении в «холодном» периоде. У 5 (55,56%) пациентов выполняли интрамедуллярный остеосинтез спицами Киршнера, у 3 (33,33%) — детей внеочаговый чрескостный остеосинтез аппаратом внешней фиксации и у 1 (11,11%) пациента выполнили «армирование» кисты с фиксацией спицей Киршнера. У большинства пациентов спустя 6 мес после оперативного лечения отмечали реструктуризацию полости и приживление трансплантата — 7 (77,7%) детей, у пациента с «армированием» костной кисты спустя 6 мес отмечали регресс костной кисты, однако у 1 (11,1%) пациента наблюдали рецидив образования? Восемью пациентам провели гистологическое исследование, при морфологическом исследовании содержимого костной полости выявили, что в большинстве случаев у детей имеется аневризмальная костная киста — 6 (66,7%) детей, фиброзная дисплазия — 2 (22,2%), и 1 (11,1) ребенок — дисхондроплазия (болезнь Олье). После оперативного лечения методом интрамедуллярного остеосинтеза пациентам выполнили фиксацию гипсовой повязкой на 4 нед, после прекращения фиксации гипсовой повязкой и удаления спиц Киршнера под местной анестезией пациенты приступали к реабилитации, которая заключалась в активной разработке движений в суставах кисти, ЛФК.

**Заключение.** В подавляющем большинстве случаев патологические переломы встречаются на фоне аневризмальной костной кисты и фиброзной остеодисплазии, Аллопластика препаратами спонгиозной костной ткани дает удовлетворительные результаты, однако рецидивы не исключаются. В случаях внутрисуставного компонента патологического перелома фаланги, методом выбора является остеосинтез аппаратами наружной фиксации.

\*Цыганенко Вячеслав Сергеевич: [tsyganenkovs@yandex.ru](mailto:tsyganenkovs@yandex.ru)

Черкасова И.А.\* , Юсуфов А.А., Потемичева И.И., Бурьяноватая А.А.

## **Компрессионный стеноз чревного ствола — причина абдоминальной ишемии и неинфекционных воспалительных заболеваний органов брюшной полости у детей. Клинические примеры**

Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь, Россия

**Обоснование.** По данным различных авторов, число выявленных больных с хронической абдоминальной ишемией ежегодно увеличивается. Сужение просвета чревного ствола влечет за собой гемодинамические нарушения в самой артерии и отходящих от нее ветвей, что приводит к дефициту кровоснабжения органов пищеварительной системы и развитию хронических неинфекционных воспалительных заболеваний (гастрит, дуоденит, энтерит, колит, панкреатит и др.).

**Материал и методы.** В нашей работе представлены два клинических примера. Оба пациента поступили в ГБУЗ ДОКБ г. Твери с длительной абдоминальной болью и неинфекционными воспалительными заболеваниями органов ЖКТ. Девочка, 12 лет, поступила по экстренным показаниям с клиникой острого панкреатита. Погрешности в питании отрицала, в течение нескольких лет отмечала периодические боли в животе, усиливающиеся после приёма пищи и физических нагрузок. Мальчик, 17 лет, поступил в плановом порядке с жалобами на потерю веса до 5 кг в течение 3 мес, снижение аппетита и периодические боли в животе в течение 10 лет, отсутствие выраженного положительного эффекта от проводимой консервативной терапии. Для постановки диагноза, определения тактики ведения и возможности оперативного лечения пациентам провели спиральную компьютерную томографию органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием.

**Результаты.** По результатам компьютерной томографии у девочки 12 лет были выявлены: признаки экссудативного панкреатита (стадия D по Balthazar), жидкостное образование забрюшинного пространства (парапанкреатическая киста), свободная жидкость в брюшной полости и малом тазу, реактивный отёк пилорического отдела желудка, луковицы и верхней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки, умеренное расширение сосудов бассейна воротной вены, спленомегалия, критический компрессионный стеноз чревного ствола (70%). В связи с выявленным КСЧС пациентка была направлена в хирургическое отделение РДКБ НЦЗД г. Москвы, где провели оперативное лечение: лапароскопическая декомпрессия чревного ствола и продольная панкреатоюностомия. У мальчика 17 лет, по данным компьютерной томографии, были выявлены: терминальный илеит, брюшная лимфаденопатия, критический компрессионный стеноз чревного ствола (85%). Пациент направлен на дообследование и лечение в центральную федеральную базу (РДКБ, НЦЗД г. Москвы) для проведения колоноскопии и видеокапсульного обследования, а также для определения дальнейшей тактики по поводу компрессионного стеноза чревного ствола.

**Заключение.** Причиной длительных диспепсических расстройств и воспалительных неинфекционных заболеваний пищеварительной системы у детей и подростков может быть хроническая абдоминальная ишемия, обусловленная в первую очередь компрессионным стенозом чревного ствола. Золотым стандартом подтверждения диагноза КСЧС является компьютерная томография и ангиография.

\*Черкасова Ирина Алексеевна: iga-dogma@mail.ru

Черный С.П.\*

## Лечения множественных переломов плюсневых костей у подростка с применением новых имплантов для остеосинтеза

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** Переломы костей стопы составляют от 17 до 20% в структуре всей скелетной травмы. Наиболее часто подвергаются травме плюсневые кости и фаланги пальцев, на их долю приходится от 61% до 73%. Часто при повреждении структур стопы, требуется двухэтапное оперативное лечение, а также не исключается развитие посттравматических деформаций, особенно в случае множественных переломов костей стопы. В последнее время возникают новые биодеградируемые материалы для остеосинтеза, которые не требуют повторных оперативных вмешательств по поводу удаления имплантов. Примером служит, магний и его сплавы, которые используются в качестве биоразлагаемых костных имплантов в связи с их высокой биосовместимостью; подходящими физико-механическими свойствами, такими как высокая прочность, жесткость и низкий модуль Юнга.

**Описание клинического случая.** Нами рассмотрен случай лечения множественного перелома плюсневых костей у подростка после перенесенной травмы. Рассмотрены все этапы лечения, начиная с предоперационной подготовки и заканчивая реабилитацией. В качестве метода выбора для лечения множественного перелома плюсневых костей выбран спицевой остеосинтез. В качестве альтернативы существующим методам лечения представлены импланты на основе сплавов магния. Для получения исследуемых сплавов Mg-Ca-Zn использованы технически чистый магний (99,99%), кальций (99,99%) и цинк (99,99%). Получен биорезорбируемый безшляпочный канюлированный компрессирующий винт с разным шагом резьбы на концах винта (15, 25, 35, 45, 55 мкм) с диаметром цилиндрической резьбы 3,5 мм, длиной 20,0 мм, который имплантировался экспериментальным животным в заднемедиальную поверхность верхней трети большеберцовой кости.

По результатам лечения произошла консолидация плюсневых костей у ребенка, но также отмечается развитие посттравматической деформации стопы, в связи с этим возникает необходимость начала ранней реабилитации и коррекции посттравматических нарушений. По результатам экспериментального исследования отмечалась резорбция винтов по КТ во всех образцах (полная или частичная). Лабораторно исследованы образцы крови, маркеры воспаления не повышены в течение всего срока наблюдения. На гистологическом исследовании через 2 месяца винт подвергался деградации и присутствовал в виде гранулярного материала. Воспалительных реакций не выявлено. На момент исследования репаративный процесс находился на начальной стадии фазы формирования костной ткани. Вокруг элементов магниевого импланта наблюдалась стандартная продуктивная клеточная макрофагальная реакция

**Заключение:** Стопа представляет сложную анатомическую структуру, с индивидуальными особенностями. Больше переломам плюсневых костей подвержены мальчики школьного возраста. Чаще встречаются множественные переломы плюсневых костей, со смещением. Основным методом лечения является остеосинтез спицами Киршнера. Отмечена принципиальная возможность применения биорезорбируемых винтов, с целью сокращения количества оперативных вмешательств.

\*Черный Степан Петрович: [stechernyy@yandex.ru](mailto:stechernyy@yandex.ru)

Чилибийский Я.И.\* , Абросимова Т.Н., Лабузов Д.С.

## Случай заворота желчного пузыря у ребенка 5 лет как причина клиники острого живота

Смоленская областная клиническая больница, г. Смоленск, Россия

**Обоснование.** Причиной заболевания является аномалия развития желчного пузыря, когда он расположен внепеченочно и имеет аномально развитую брыжейку. При этом желчный пузырь очень подвижен и при определенных условиях возможен его заворот. Клиническая картина заболевания не имеет особых патогномоничных признаков, что затрудняет диагностику.

**Описание клинического случая.** Ребенок переведен в ДХО ОГБУЗ СОКБ из детского инфекционного отделения ОГБУЗ КБ № 1 куда поступил с жалобами на многократную рвоту, боли в животе. В инфекционном отделении провели инфузионную терапию раствором Рингера и NaCl 0,9%, выполнили рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости — без патологических изменений, общий анализ крови с лейкоцитозом. Из-за некупирующегося абдоминального болевого синдрома консультирован детским хирургом: заподозрен острый аппендицит. При поступлении: жалобы на умеренные боли в животе преимущественно спастического характера, субфебрилитет, пальпаторно локальная болезненность в правом фланке, отсутствие мышечного дефанса и симптомов раздражения брюшины. Данные лабораторных методов обследования при поступлении: общий анализ крови: лейкоциты  $11,2 \times 10^9/\text{л}$ , Hb — 133 г/л, Hct — 35,2, в биохимическом анализе крови: общий билирубин — 13,2 мкмоль/л, глюкоза — 10 ммоль/л, АЛТ — 17 Ед/л, АСТ — 59 Ед/л. Также продолжена инфузионная терапия глюкозо-солевых растворов. Ввиду отсутствия положительной динамики в ходе динамического наблюдения и обследования, а также сохранения болевого абдоминального синдрома сформированы показания к диагностической лапароскопии.

**Интраоперационно:** в полости малого таза до 20 мл серозного выпота, окрашенного желчью, червеобразный отросток расположен медиально, не изменен, в правом латеральном канале париетальная брюшина имбибирована желчью, здесь же прядь сальника отечна, гиперемирована; желчный пузырь —  $4,0 \times 5,0 \times 4,0$  см черного цвета, покрыт фибрином, шейка желчного пузыря перекручена на  $720^\circ$ . С учётом технической невозможности лапароскопического клипирования или лигирования ножки пузыря, конверсия путем мини-доступа по Кохеру в правом подреберье: выполнена холециститэктомия, резекция пряди большого сальника и дренирование ложа желчного пузыря. После операции назначены: антибактериальная терапия, инфузионная терапия, обезболивание. Перед выпиской проведены: общий анализ крови (снижение лейкоцитов до  $7,9 \times 10^9/\text{л}$ , Hb — 140 г/л, Hct — 40,4), биохимический анализ крови (общий билирубин — 12 мкмоль/л, глюкоза — 5,2 ммоль/л, АЛТ — 31 Ед/л, АСТ — 150 Ед/л). Швы сняты на 9-е послеоперационные сутки, заживление раны первичным натяжением. После проведенного лечения ребенок выписан из стационара с выздоровлением на 10-е послеоперационные сутки.

**Заключение.** Таким образом, в представленном наблюдении заворот желчного пузыря не был диагностирован до операции, и лапароскопия в очередной раз доказывает необходимость и эффективность своего применения. Своевременное оперативное вмешательство и активная хирургическая тактика обеспечили выздоровление ребенка.

\*Чилибийский Ярослав Игоревич: yaroslavchili@gmail.com

Чукреев А.В.\* , Цап Н.А., Чукреев В.И., Елисеев А.С., Тальнишных М.П.

## Типичный механизм абдоминальной травмы и сложный путь к восстановлению

Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург, Россия

**Обоснование.** Тяжёлая сочетанная травма органов брюшной полости достаточно сложная проблема для выбора оптимальных решений при взаимодействии детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, травматологов ввиду необходимости незамедлительных диагностических мероприятий, нередко сокращённых по количеству и по времени, определения лечебной тактики с приоритетом противошоковой терапии и экстренности оперативного вмешательства, прогнозирования рисков ближайших послеоперационных осложнений.

**Материал и методы.** Подросток, 15 лет, получил спортивную травму (мотокросс) — падение с мотоцикла и удар о руль животом. Госпитализирован в хирургический стационар по месту жительства, где после обследования по поводу закрытой травмы живота выставлены показания к оперативному лечению. Выполнена срединная лапаротомия, при ревизии брюшной полости обнаружен отрыв желудка от двенадцатиперстной кишки, внутрибрюшное кровотечение. Интраоперационные решения: ушивание культи оторванной ДПК, резекция желудка с наложением гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем на 20 см от трыцековой связки. Через сутки ребенка транспортировали бригадой ТЦМК в клинику детской хирургии.

**Результаты.** В ближайший послеоперационный период превалировала клиника продолженного перитонита, абдоминального сепсиса, прогрессировали маркеры воспаления. Выполнены 3 релапаротомии с интервалами в 7, 9 и 14 дней с ревизией и санацией желчных затеков, ушиванием дефектов ДПК и тонкой кишки. Основным компонентом тяжести состояния ребенка является развитие несформированных кишечных свищей (по правому флангу свищ двенадцатиперстной кишки и тонкокишечный свищ с наружным отверстием в проекции срединного доступа), на фоне торпидного, к проводимой адекватной антибактериальной терапии разлитого перитонита. Энтеральная недостаточность требовала значительных объёмов парентерального питания. В комплексном лечении кишечных свищей предпочтение отдали VAC-терапии, курсам противовоспалительных физиотерапевтических процедур. В дальнейшем отмечали уменьшение потерь кишечного химуса из кишечных свищей и закрытие последнего по правому флангу. Длительность пребывания в стационаре — 77 дней, из них 58 (75%) — реанимационный этап. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии с умеренным набором потерянной за время болезни массы тела, восстановлением физической активности. Свищ на момент выписки полностью закрылся. Отсроченных оперативных вмешательств не проводили.

**Заключение.** Пациенты с тяжелой редкой абдоминальной травмой, а именно полный циркулярный отрыв желудка от ДПК, требуют безусловного взаимодействия врачей практически всех профилей. Возможность проведения в круглосуточном режиме сложных диагностических мероприятий (КТ, МРТ, эндоскопия), позволяют своевременно определить наличие прогрессирования воспалительного процесса либо развитие осложнений с определением необходимости проведения повторных операций, коррекцией антибактериальной и инфузионной терапии, воздействием на местный процесс с использованием современных технологий. Отдаленные результаты лечения будут изучены на основании оценки катамнеза не менее 3 лет.

\*Чукреев Андрей Викторович: achukreev@mail.ru

Чукреев А.В.\* , Цап Н.А., Чукреев В.И., Елисеев А.С., Тальнишных М.П.

## Трихобезоар тонкой кишки — так ли просто обнаружить?

Детская городская клиническая больница №9, г. Екатеринбург, Россия

**Введение.** Инородные тела желудочно-кишечного тракта, а именно трихобезоары, представляют определённую проблему, как в плане определения длительности заболевания, так и диагностики на этапах обращения за медицинской помощью к врачам разных специальностей ввиду схожести клинической картины, например, с кишечной инфекцией. Недавно журнал «New England Journal of Medicine» опубликовал статью об американских медиках: им долго не удавалось определить, что вызывало приступы боли в животе у в остальном здоровой 16-летней девушки. В итоге виновником оказалось редкое расстройство под названием синдром Рапунцель. Среди возможных причин трихобезоара — психические расстройства, связанные с вырыванием, обкусыванием и поеданием собственных волос (трихотилломания и трихофагия). Типичная и наиболее распространённая локализация трихобезоара — желудок; формирование/продвижение трихобезоара до дистальных отделов желудочно-кишечного тракта можно отнести к казуистике и редчайшей абдоминальной патологии у детей.

**Описание клинического случая.** В клинику детской хирургии обратился ребёнок, 3 лет, с выраженным отставанием в физическом развитии, массой тела 9,5 кг. Девочка больна в течение 4 сут. Жалобы на интенсивные схваткообразные боли в животе, на многократную рвоту после каждого приёма пищи достаточного большим объёмом желудочного содержимого. Факт поедания ребенком волос родителями не акцентировался/неизвестен. Из дополнительного расспроса выяснено, что в течение нескольких месяцев ребёнок теряет в массе тела, поиска причинно-следственной связи не было. Проведён комплекс диагностических мероприятий. По данным УЗИ органов брюшной полости, заподозрено наличие инвагинации кишечника, тем более что в клинической картине прослеживалась аналогия с данным видом кишечной непроходимости. На ирригоскопии воздух свободно прошёл до терминального отдела подвздошной кишки. Провели контрастное исследование желудочно-кишечного тракта, выявили признаки низкой кишечной непроходимости, провели кратковременную предоперационную подготовку.

При лапароскопической ревизии брюшной полости обнаружено наличие внутрипросветно располагающегося образования больших размеров в тонком кишечнике. Конверсия к срединной лапаротомии. Осмотр и пальпация патологически измененной петли подвздошной кишки, просвет которой на расстоянии 90 см от связки Трейца и далее до илеоцекального угла обтурирован протяженным трихобезоаром длиной более 50 см. В месте наибольшей дилатации подвздошной кишки (до 7 см в диаметре) имеются участки предперфораций и некротические изменения стенки кишки. Выполнена энтеротомия, удаление трихобезоара, состоящего из волос и швейных ниток, резекция участка подвздошной кишки длиной 15 см с наложением энтеро-энтероанастомоза «конец в конец». Послеоперационный период протекал без осложнений. Функция желудочно-кишечного тракта полностью восстановлена. Ребёнок выписан с выздоровлением. Рекомендована консультация психиатра.

**Заключение.** Трихобезоары с локализацией в дистальных отделах кишечника приводят к ошибкам на этапе диагностики, чему способствует и неполные данные анамнеза заболевания. Но симптомы кишечной непроходимости диктуют экстренность оперативного лечения, и достоверный диагноз устанавливается интраоперационно.

\*Чукреев Андрей Викторович: achukreev@mail.ru



Чумакина Е.Е.\* , Инкина Е.В., Кузнецов С.А., Малиненко З.И., Шавлак Ю.С.

## Методы диагностики феохромоцитомы на клиническом примере

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

**Обоснование.** Феохромоцитома — опухоль мозгового слоя надпочечника, состоящая из хромоаффинных клеток, продуцирующая катехоламины. Она выявляется как лабораторными, так и инструментальными методами исследования. Разносторонняя диагностика обеспечивает необходимую подготовку к оперативному лечению.

**Описание клинического случая.** Пациент, 13 лет, находившийся на обследовании в хирургическом отделении ГБУ РО ОДКБ в декабре 2023 г. Обследования выполнены на ультразвуковом аппарате экспертного класса PhilipsEpiq5 с использованием конвексного датчика C9-2; МРТ CanonVantageElan 1,5T.

Дебют заболевания у пациента 13 лет характеризовался началом выраженного абдоминального синдрома, обратились по месту жительства, был госпитализирован с диагнозом: сахарный диабет 1-го типа, манифестация, кетоацидоз. По линии санитарной авиации переведен в ОРИТ ГБУ РО ОДКБ. При поступлении была выполнена УЗИ органов брюшной полости, при котором между правой почкой и печенью выявлено объемное образование овальной формы, преимущественно гипоехогенное, с единичными анехогенными зонами, размером 108×55 мм. При ЦДК кровотоков в образовании достоверно не лоцировался. В анализе крови отмечали повышение уровня кортизола до 22,5 (при норме 17,2 мкг/дл), а также периодические повышения АД до 145/80 мм рт. ст. По данным МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием: справа забрюшинно, в проекции правого надпочечника определялось объемное образование округлой формы с четкими неровными контурами, интимно прилежащее к нижней полой вене, компрометирующее её. Латеральнее определялось дополнительное образование неправильной формы. Образования смещали правую почку вниз, кпереди и медиально. После введения контрастного вещества в просвете прилежащего к образованию сегмента нижней полой вены визуализировался пристеночно расположенный тромб. В брюшной полости и полости таза определялось значительное количество свободной жидкости. По результатам проведенного обследования, выставлен заключительный диагноз: феохромоцитома правого надпочечника с кровоизлиянием в опухоль и развитием гиперкортицизма.

**Заключение.** Представленный клинический случай показывает, что многостороннее диагностическое обследование брюшной полости позволяет наиболее точно верифицировать диагноз.

\*Чумакина Елена Евгеньевна: [elnc737@gmail.com](mailto:elnc737@gmail.com)

Щедров Д.Н.<sup>5,7</sup>, Шорманов И.С.<sup>7</sup>, Комарова С.Ю.<sup>4,6</sup>, Цап Н.А.<sup>4,6</sup>, Раджабов Н.Н.<sup>5</sup>,  
Пирогов А.В.<sup>3</sup>, Гарова Д.Ю.\*<sup>1,7</sup>, Дедюхин Н.А.<sup>4</sup>, Буркин А.Г.<sup>2</sup>, Поляков П.Н.<sup>9</sup>,  
Шкилев Р.В.<sup>11</sup>, Окопный К.Ю.<sup>10</sup>, Медведев Н.А.<sup>8</sup>

## Закрытая травма почки у детей

<sup>1</sup> Центральная городская больница, г. Ярославль, Россия

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

<sup>3</sup> Областная детская клиническая больница имени Н.Н. Силищевой, г. Астрахань, Россия

<sup>4</sup> Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург, Россия

<sup>5</sup> Областная детская клиническая больница, Ярославль, Россия

<sup>6</sup> Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия

<sup>7</sup> Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия

<sup>8</sup> Костромская областная детская больница, Кострома, Россия

<sup>9</sup> Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины, г. Санкт-Петербург, Россия

<sup>10</sup> Детская клиническая больница, г. Санкт-Петербург, Россия

<sup>11</sup> Детская краевая клиническая больница имени А.К. Пиотровича, г. Хабаровск, Россия

**Обоснование.** Тяжелая травма почки III–IV типов встречается не часто в детской практике, в отдельных регионах опыт лечения чаще ограничивается 2–3 десятками пациентов и менее. Указанные повреждения являются достаточно тяжелыми, приводя часто к снижению функции почки до полной потери. Выполняемое в ряде случаев оперативное вмешательство всегда несет риск необходимости оргауноносящей операции. Обобщение опыта на значительном клиническом материале представляется целесообразным.

**Материалы и методы.** Проанализированы эпидемиологические показатели и общие принципы диагностики и лечения 265 пациентов с травмой почки. Обобщен клинический материал 9 клиник детской урологии из 6 регионов России.

**Результаты.** В половом соотношении преобладали мальчики — 69%. Возрастной диапазон пациентов составил 0–3 лет — 4%, 4–7 лет — 13%, 8–14 лет — 51%, 15 лет и старше — 32%. В структуре травмы преобладали автодорожная — 43%, бытовая — 19%, спортивная 20%, насильственная — 16%, характер травмы остался неуточненным у 2%. Сопутствующие повреждения констатированы у 44% детей, среди них: ЧМТ — 45%, скелетная травма — 21%, абдоминальная травма — 16%, травма органов грудной полости — 6%, повреждения двух и более типов — 12%. В структуре госпитализированной травмы I тип AAST составил 19% (n=50), II тип — 35% (n=94), III тип — 28% (n=74), IV тип — 16% (n=42), V тип — 2% (n=5). Диагностика проводилась с вовлечением УЗИ, УЗДГ, экскреторной урографии, КТ. Обращает внимание, что при II–IV типах травмы в 9 (3,5%) случаях обследование было ограничено УЗИ, контрастные методы визуализации применены в 96,5% случаев, из них КТ у 130 пациентов (62%), экскреторная урография у 62 (29%), сочетание КТ и экскреторной урографии — у 18 (9%). УЗДГ применена как вспомогательный метод у 29 (11%). При приводимых данных в клинических рекомендациях EAU-2024 о консервативном ведении в подавляющем большинстве случаев II–IV типов повреждений — более 90% фактическая оперативная активность составила 27% среди всех типов повреждений, из них при II типе — 12%, при III типе — 28%, при IV типе — 37%. У 71 оперированного пациента выполнено 42 стентирования, из них 38 (90,5%) успешных, в 4 случаях неэффективность стентирования потребовала выполнения ревизии почки. 29 пациентам первично выполнена ревизия почки люботомическим (n=22) или лапаротомическим (n=7) доступом, необходимость нефрэктомии при выполнении открытого оперативного вмешательства на почке возникла у 12 пациентов (41,4%).

**Заключение:** Закрытая травма почки является сложным видом повреждений, при котором вероятность хирургического вмешательства остается значительной, зачастую приводя к нефрэктомии. Выше сказанное требует дальнейшего анализа обсуждаемой проблемы.

\*Гарова Дарья Юрьевна: dar.garova@yandex.ru

Щедров Д.Н.<sup>2,3</sup>, Шорманов И.С.<sup>3</sup>, Морозов Е.В.<sup>2,3</sup>, Гарова Д.Ю.\*<sup>1,3</sup>

## Повреждения придатка яичка в детском возрасте

<sup>1</sup> Центральная городская больница, г. Ярославль, Россия

<sup>2</sup> Областная детская клиническая больница, г. Ярославль, Россия

<sup>3</sup> Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия

**Обоснование.** Повреждение придатка яичка при всем многообразии скротальной травмы является редким в детской практике, между тем его последствия могут быть не менее негативными, чем повреждение собственно яичка.

**Материалы и методы.** На протяжении 15 лет находилось на лечении 7 пациентов с разрывами придатка яичка в возрасте 11–17 лет. Среди всех повреждений органов мошонки повреждения придатка составили 11%, из них с нарушением целостности капсулы придатка — 1,8%.

**Результаты.** В четырех случаях имело место изолированное повреждение придатка, в трех — комбинированное с разрывом яичка. У четырёх пациентов причиной травмы был прямой удар в промежность, у двух — травма о бензобак при езде на мотоцикле, в одном наблюдении описываемые скротальные повреждения констатированы при падении с высоты. В большинстве случаев повреждение локализовалось в области хвоста придатка — пять наблюдений, реже в области тела — одно наблюдение, в одном имело место тотальное размозжение придатка вместе с яичком. Во всех случаях при длительности заболевания свыше 24 часов констатирован вторичный эпидидимит. Сроки поступления составил до 6 часов у трех пациентов, 6–24 часа у двух, более суток у двух. До операции повреждение придатка по данным УЗИ и УЗДГ констатировано у 5 пациентов из 7. В двух случаях допущены диагностические ошибки — у одного пациента не диагностирован разрыв придатка на фоне разрыва яичка II степени и у одного констатирован разрыв в нижнем полюсе яичка при изолированном разрыве хвоста придатка. Оперированы все семь пациентов — выполнено ушивание придатка и яичка с дренированием мошонки, ни в одном случае не было возможности восстановления семявыносящего протока.

**Заключение.** Травма придатка яичка у подростков — редкий вариант повреждения, требующий к себе серьезного внимания с точки зрения дооперационной диагностики и оценки отдаленных результатов в связи с облитерацией семявыносящего протока и обструктивной азооспермией.

\*Гарова Дарья Юрьевна: dar.garova@yandex.ru

Щербинин А.В., Щербинин А.А., Бессонова А.Д.

## Возможности консервативной терапии травмы почек у детей

Донецкий государственный медицинский университет, г. Донецк, ДНР, Россия

**Обоснование.** При закрытой абдоминальной травме значимость повреждения почек стоит наравне с повреждением других паренхиматозных органов, таких как печень и селезенка. Пациенты с различными повреждениями почек составляют 0,6–0,9% всех больных урологического профиля.

**Материалы и методы.** Цель работы проанализировать опыт лечения пациентов с травматическим повреждением почек. Работа основана на оценке результатов лечения 15 пациентов с травмой почки находившихся на лечении в уроandroлогическом отделении РДКБ за период 2018–2024 гг. Мальчики составили большинство пострадавших — 10 человек. Младшего школьного возраста, от 7 до 10 лет, было 38% детей, остальные 62% составили пациенты в возрасте от 11 до 15 лет. Основной этиологический фактор — автодорожная травма (в том числе падение с велосипеда) — 46,6% пострадавших, падение с высоты — 26,7%, прямой удар — 26,7% детей. Левостороннее поражение отмечалось у 6 детей, правостороннее — у 9. Двусторонней травмы почек за истекший период мы не наблюдали. Все дети госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии общего профиля РДКБ. При поступлении все пациенты были гемодинамически стабильны, в 53% случаев отмечалась анемия легкой степени тяжести. Сонографическое исследование проведено в течение первых 2-х часов. Экскреторная урография в экстренном порядке проводилась при следующих сонографических данных: в случае нарушения целостности паренхимы, подозрении на паранефральную гематому, а также нарушении целостности собирательной системы почки. Урография при поступлении выполнена 75% пациентов, в остальных случаях рентгенурологическое обследование проведено в первые сутки госпитализации.

**Результаты.** Повреждение I степени отмечалось у 26,7% больных, II–III степени — у 60%, IV степени с повреждением собирательной системы — в 13,3%, более тяжелые повреждения в наших наблюдениях не встречались. Во всех случаях проводилась комплексная консервативная терапия: строгий постельный режим на срок 10–14 дней, гемостатические препараты, антибактериальная терапия препаратами широкого спектра, обезболивание. УЗИ контроль в динамике проводился в течение первой недели ежедневно, в дальнейшем — по показаниям с интервалом 1–3 суток до выписки. При наличии паранефральной гематомы или мочевого затека при отсутствии нарушения уродинамики, была продолжена консервативная терапия. Наложение пиелостомы потребовалось одному пациенту, ранее оперированному по поводу гидронефроза травмированной почки. В 26,6% отмечалась лихорадочная реакция в процессе лизиса паранефральной гематомы, которая была купирована симптоматической терапией в течение трех суток. Средняя длительность макрогематурии составила  $3 \pm 1,2$  суток, эритроцитурия по данным анализа мочи регрессировала полностью к  $10 \pm 1,5$  суткам, болевой синдром был купирован на  $4 \pm 1,5$  сутки.

**Заключение.** Таким образом, консервативное лечение при повреждениях почек I–IV степени достаточно эффективно и оправдывает дифференцированный подход к выбору тактики ведения больных с травмой почки.

\*Щербинин Александр Александрович: alex79med@yandex.ru