ISSN (Print) 1560-9510
ISSN (Online) 2412-0677

Детская хирургия

Russian Journal
of Pediatric Surgery

1

Том 24 • 2020

ПРИЛОЖЕНИЕ

Volume 24 • Issue 1 • Supplement • 2020

ISSN 1560-9510

9 771560 951002

www.medlit.ru

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

VIII НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ

20–23 ФЕВРАЛЯ 2020 ГОДА • МОСКВА

ОРГАНИЗАТОРЫ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «НИИ НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ» ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ»

АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ РОССИИ

РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

СМС «НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА»

МЕЖДУНАРОДНЫЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ КАТАСТРОФАХ И ВОЙНАХ

ОАО «ИЗДАТЕЛЬСТВО "МЕДИЦИНА"»

МОСКВА

СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ

Детская хирургия.

Журнал им. Ю.Ф. Исакова

Научно-практический журнал
Выходит один раз в 2 месяца
Основан в 1997 г.

Том 24 • 1 • 2020 • Приложение

Главный редактор **Л.М. РОШАЛЬ**, д. м. н., проф.

Зам. гл. редактора **С.М. Шарков**, д. м. н., проф.
Отв. секретарь **О.В. Карасёва**, д. м. н., проф.
Научный редактор **А.Ю. Разумовский**, д. м. н., проф., член-корр. РАН

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А.Е. АЛЕКСАНДРОВ, д. м. н., проф. (Москва), **В.Г. АМЧЕСЛАВСКИЙ**, д. м. н., проф. (Москва), **И.И. АФУКОВ**, к. м. н., доцент (Москва), **Л. БОЙ**, д. м. н., проф. (Неймеген, Голландия), **С.Г. ВРУБЛЕВСКИЙ**, д. м. н., проф. (Москва), **Д.Ю. ВЫБОРНОВ**, д. м. н., проф. (Москва), **В.Г. ГЕЛЬДТ**, д. м. н., проф. (Москва), **Ж.-М. Ги,** д. м. н., проф. (Марсель, Франция), **А.Ф. ДРОНОВ**, д. м. н., проф. (Москва), **С.Н. ЗОРКИН**, д. м. н., проф. (Москва), **С.Л. КОВАРСКИЙ**, д. м. н., проф. (Москва), **Ю.И. КУЧЕРОВ**, д. м. н., проф. (Москва), **А.В. ЛОПАТИН**, д. м. н., проф. (Москва), **Дж. МАЙР** д. м. н., проф. (Базель, Швейцария), **В.А. МИТИШ**, к. м. н., доцент (Москва), **Д.А. МОРОЗОВ**, д. м. н., проф. (Москва), **А.Е. НАЛИВКИН**, д. м. н. (Москва), **А.Б. ОКУЛОВ**, д. м. н., проф. (Москва), **И.В. ПОДДУБНЫЙ**, д. м. н., проф. (Москва), **А.В. ПОДКАМЕНЕВ**, д. м. н., проф. (Санкт-Петербург), **Ю.А. ПОЛЯЕВ**, д. м. н., проф. (Москва), **В.Г. ПОЛЯКОВ**, д. м. н., проф., акад. РАН (Москва), **С.М. СТЕПАНЕНКО**, д. м. н., проф. (Москва), **Ю.Ю. СОКОЛОВ**, д. м. н., проф. (Москва), **Р.-Б. ТРЁБС,** д. м. н., проф. (Бохум, Германия), **С.П. ЯЦЫК**, д. м. н., проф., член-корр. РАН (Москва)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В.Г. Баиров, д. м. н., проф. (Санкт-Петербург), **В.Ф. Бландинский**, д. м. н., проф. (Ярославль), **В.А. Вечеркин**, д. м. н., проф. (Воронеж), **А.А. Гумеров**, д. м. н., проф (Уфа), **В.А. Кожевников**, д. м. н., проф. (Барнаул), **Ю.А. Козлов**, д. м. н., проф. (Иркутск), **Т.К. Немилова**, д. м. н., проф. (Санкт-Петербург), **В.А. Новожилов**, д. м. н., проф. (Иркутск), **Б.Г. Сафронов**, д. м. н., проф. (Иваново), **В.А. Тараканов**, д. м. н., проф. (Краснодар), **Ю.В. Тен**, д. м. н., проф. (Барнаул), **Г.И. Чепурной**, д. м. н., проф. (Ростов-на-Дону), **Н.А. Цап**, д. м. н., проф. (Екатеринбург)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

К.С. Ормантаев, д. м. н., доцент (Алматы, Казахстан), **Ш.Р. Султонов,** д. м. н., проф (Душанбе, Таджикистан), **Р.М. Тойчуев,** д. м. н., проф. (Ош, Кыргызстан), **А.М. Шамсиев**, д. м. н., проф. (Самарканд, Узбекистан)

Журнал «Детская хирургия» входит в рекомендуемый ВАК перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Журнал «Детская хирургия» включен в Russian Science Citation Index на базе Web of Scince, представлен в международном информационно-справочном издании Ulrich's International Periodicals Directory

Зав. редакцией ***В.И. Легонькова***

Тел.: +7 915 205 95 44
E-mail: legonkova.v@yandex.ru
www.medlit.ru

ЛР № 010215 от 29.04.97

Почтовый адрес: 115088, Москва, ул. Новоостаповская, д. 5, строение 14

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ
Тел. +7 915 205 95 44,
+7 903 724-40-29
E-mail: oao-meditsina@mail.ru

Ответственность за достоверность информации, содержащейся в рекламных материалах, несут рекламодатели.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций. Свидетельство № ФС 77-37082 от 05.08.2009 г.

Подписка через интернет:
www.akc.ru
www.pressa-rf.ru

Подписка на электронную версию журнала:
www.elibrary.ru

IZDATEL'STVO
MEDITSINA
MOSCOW

115088, Moscow,
Novoostapovskaya str., 5,
building 14

Tel.: +7 915 205 95 44

E-mail: legonkova.v@yandex.ru
www.medlit.ru

«Izdatel'stvo"Meditsina"» – co-founder of the Association of Science Editors and Publishers (ASEP). Journals published by «"Izdatel'stvo "Meditsina"» adhere to the recommendations of the ASEP

THE UNION OF PEDIATRICIANS OF RUSSIA

Detskaya Khirurgiya.

Journal im. Yu.F. Isakova

Yu.F. Isakov Russian Journal of Pediatric Surgery

Bimonthly Journal

Since 1997

Volume 24 • 1 • 2020 • Supplement

Editor-in-Chief **L.M. ROSHAL**, MD, PhD, DSc, Prof.

Assistant Editor-in-Chief **S.M. Sharkov**, MD, PhD, DSc, Prof.
Editorial Secretary **O.V. Karaseva**, MD, PhD, DSc, Prof.
Scientific Editor **A.Yu. Razumovskiy**, MD, PhD, DSc, Prof., Corresponding Member of the RAS

EDITORIAL BOARD:

A.E. ALEKSANDROV, MD, PhD, DSc (Moscow), **V.G. AMCHESLAVSKIY,** MD, PhD, DSc (Moscow), **I.I. AFUKOV**, MD, PhD (Moscow), **Leo H.D.J. BOOIJ,** MD, PhD, DSc, Prof, (Nijmegen, Holland), **S.G. VRUBLEVSKIY**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow), **D.Yu. VYBORNOV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow), **V.G. GEL'DT**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow), **J.-M. GUYS,** MD, PhD, DSc, Prof. (Marseille, France), **A.F. DRONOV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow), **S.N. ZORKIN**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow), **S.L. KOVARSKIY**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow), **Yu.I. KUCHEROV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow), **A.V. LOPATIN**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow), **J. MAYR**, MD, PhD, DSc, Prof. (Basel, Switzerland), **V.A. MITISH**, MD, PhD (Moscow), **D.A. MOROZOV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow), **A.E. NALIVKIN**, MD, PhD, DSc (Moscow), **A.B. OKULOV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow), **I.V. PODDUBNY**, MD, PhD, DSc, Prof., **A.V. PODKAMENEV**, MD, PhD, DSc (Sankt-Petersburg), **Yu.A. POLJAEV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow) **V.G. POLYAKOV**, MD, PhD, DSc, Prof., Academician of Russian Academy of Sciences (Moscow), **S.M. STEPANENKO**, MD, PhD, DSc (Moscow), **Yu.Yu. SOKOLOV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Moscow), **R.-B. TRÖBS**, MD, PhD, DSc, Prof. (Bochum, Germany), **S.P. YATSYK**, MD, PhD, DSc, Prof., Corresponding Member of the RAS (Moscow)

EDITORIAL COUNCIL:

V.G. BAIROV, MD, PhD, DSc, Prof. (Sankt-Petersburg), **V.F. BLANDINSKIY**, MD, PhD, DSc, Prof. (Yaroslavl'), **V.A. VECHERKIN**, MD, PhD, DSc, Prof. (Voronezh), **A.A. GUMEROV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Ufa), **V.A. KOZHEVNIKOV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Barnaul), **YU.A. KOZLOV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Irkutsk), **T.K. NEMILOVA**, MD, PhD, DSc, Prof (Sankt-Petersburg), **V.A. NOVOZHILOV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Irkutsk), **B.G. SAFRONOV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Ivanovo), **V.A. TARAKANOV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Krasnodar), **YU. V. TEN**, MD, PhD, DSc, Prof (Barnaul), **G.I. CHEPURNOY**, MD, PhD, DSc, Prof. (Rostov-na-Donu), **N.A. TSAP**, MD, PhD, DSc (Ekaterinburg)

INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL:

K.S. ORMANTAEV, MD, PhD, DSc, Associate Professor (Almaty, Kazakhstan), **Sh.R. SULTONOV,** MD, PhD, DSc, Prof. (Dushanbe, Tadjikistan), **R.M. TOICHUEV,** MD, PhD (Osh, Kyrgyzstan), **A.M. SHAMSIEV**, MD, PhD, DSc, Prof. (Samarkand, Uzbekistan)

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ» 20–23 февраля 2020 года • Москва

Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Умаров К.М., Рустамова М.Ш., Азизов Ш.Ф. Результаты оперативного лечения перфораций подвздошной кишки при некротическом энтероколите. 9

Абушкин И.А., Белякова А.В., Галиулин М.Я. Диагностика и лечение спаечной странгуляционной кишечной непроходимости у детей. 9

Аванесян Р.Г., Жирылеев А.А., Ясюченя В.В., Иванов Г.В., Ти. А.Д. Случай желчнокаменной болезни у подростка 17 лет, осложнённой деструктивным панкреатитом с множественнми абсцессами забрюшинного пространства и малого таза. 10

Аврасин А.Л., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Медведев А.А., Долинина М.В., Бурчёнкова Н.В., Горшков А.Ю., Орлова Т.С. Структура обращаемости детей с острой патологией наружных половых органов в ДОКБ г. Твери. 10

Айвазян А.А., Карсанов А.А., Ростомян М.С., Киреенкова Д.В. Опыт ведения пациентов, проглотивших гидрогелевые шарики. 11

Акрамов Б.Р., Шарипов И.Л. Анестезиологическое обеспечение при проведении реконструктивно-пластических операций в детской ортопедии. 11

Акрамов Б.Р., Шарипов И.Л. Оптимизация анестезиологического пособия при пластических операциях у детей. 12

Акрамов Б.Р., Шарипов И.Л. Оценка эффективности метаболической коррекции белково-энергетической недостаточности у детей раннего возраста. 12

Аксельров М.А., Евдокимов В.Н., Свазян В.В., Аксельров А.М., Сергиенко Т.В., Столяр А.В. Клиническое наблюдение удвоения пищевода у ребенка 9 мес. 13

Аксельров М.А., Евдокимов В.Н., Свазян В.В., Аксельров А.М., Сергиенко Т.В., Столяр А.В. Удвоение желудка у ребенка. Клиническое наблюдение. 13

Аксельров М.А., Столяр А.В., Евдокимов В.Н., Мальчевский В.А., Горохов П.А., Григорук Э.Х. Экстренная ретроперитонеоскопия при лечении гнойных пиелонефритов у детей. 14

Александров С.В., Залетова Н.К., Кашин А.С., Корниенко Е.А., Маслова Н.А., Нагнойная И.Г. Парапроктит у детей старше 3 лет с позиций хирурга и гастроэнтеролога. 14

Анастасов А.Г. Выбор аналгезии в периоперационном периоде у новорожденных с НЭК. 15

Ахадов Т.А., Карасева О.В., Мельников И.А. Роль МСКТ и МРТ в диагностике травмы поджелудочной железы. 15

Ахадов Т.А., Костикова Т.Д., Мельников И.А. Мультиспиральная компьютерная томография при переломах голеностопного сустава у детей. 16

Ахадов Т.А., Манжурцев А.В., Ублинский М.В. 1H MRS таламуса у детей в вегетативном состоянии. 16

Ахадов Т.А., Мельников И.А., Никишов С.О. Роль компьютерной и магнитно-резонансной томографии при переломах таза у детей. 17

Ахлебинина М.И., Мельников И.А., Ахадов Т.А. Алгоритм лучевой диагностики острой ЧМТ в неотложном стационаре 17

Ахмедов Ю.М., Азизов М.К., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю., Ибрагимов К.Н. Коррекция врожденного мегауретера у детей. 18

Ахмедов Р.Ф., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А. Диагностическая ценность прокальцитонина как маркера ожогового сепсиса у детей. 18

Ашурбеков В.Т., Тахиру Ба, Мадани Туре. Осложненный эхинококкоз печени у детей. 19

Ашурбеков В.Т., Тахиру Ба, Мадани Туре. Травматическое повреждение селезенки у детей. 19

Бабич И.И., Бабич И.В., Новошинов Г.В., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р., Волкова Л.П., Миханошина Н.А. Способ лечения осложненных форм острой гнойной деструктивной пневмонии у детей. 20

Бабич И.И., Новошинов Г.В., Сафаралиева С.М., Биналиев И.О., Мельников Ю.Н. Клинический случай грыжи Амианда в хирургическом отделении ГБУ РО «ОДКБ». 20

Бабич И.И., Пшеничный А.А., Аванесов М.С. Вдавленные переломы костей свода черепа и их хирургическая коррекция при сочетанной травме у детей. 21

Баженов М.И. Санитарно-авиационная эвакуация пострадавших с политравмой. 21

Баиров В.Г., Поляков П.Н., Александров С.В., Крицук В.Г., Жарова Н.В., Кашин А.С. Аномалии урахуса у детей – тактика лечения. 22

Баиров В.Г., Поляков П.Н., Александров С.В., Крицук В.Г., Жарова Н.В., Кашин А.С. Травма почки у детей. 22

Баиров В.Г., Салахов Э.С., Лядышева А.А, Большакова Т.В. Повреждение пищевода инородными телами, лечение.. 23

Баранов Р.А., Павлова Д.Д., Петров М.А. Варианты пластических операций при обширных дефектах мягких тканей у детей с системной патологией. 23

Баранов Ф.А., Рахинштейн М.В., Галеев Ф.Ш., Радайкин А.Н. Остеосинтез диафизарных переломов бедренной кости у детей с применением эластичных итрамедуллярных стержней. 24

Баранов Ф.А., Шуваев С.О., Сушаков С.В., Кашичкин Н.Н., Ефимов А.Е. Стоит ли оперировать переломы ключицы у детей? Опыт клинических наблюдений. 24
Барская М.А., Завьялкин В.А., Варламов А.В., Мазнова А.В., Тимашев И.В., Кузьмин А.И. Опыт лечения гигантской посттравматической кисты селезенки. 25
Белоусова Е.И., Матинян Н.В., Мартынов Л.А., Ушакова Т.Л., Гьокова Е.В. Эффективность и безопасность ретробульбарной блокады 0,5 % ропивакаином при проведении операции энуклеации глазного яблока у детей. 25
Бережная М.А., Амчеславский В.Г. Температурный гомеостаз при критических состояниях у детей в остром периоде тяжелой механической травмы. 26
Бочаров Р.В., Погорелко В.Г., Юшманова А.Б., Варламов К.Г., Семченко Е.А. Результаты лечения хилоперитонеума у детей. 26
Бурмистрова А.В., Каприор Е.В., Никитина И.Л., Черебилло В.Ю., Хачатрян В.А. Краниофарингиома у детей. Коррекция послеоперационных осложнений. 27
Быков В.В., Суханов С.А., Трушина О.В., Малюков В.О., Покалицина Ю.А., Кирякевич Л.О., Теплякова С.А., Корнеев Д.В. Эмбриональные кисты широкой связки у детей и подростков как причина ургентной абдоминальной патологии. 27
Володько Е.А., Латышев О.Ю., Мираков К.К., Тимохович Е.В., Самсонова Л.Н., Окулов А.Б. Синдром острой мошонки как редкая причина верификации нарушения формирования пола 46,XX-тестикулярное. 28
Гавеля Е.Ю., Рогинский В.В., Надточий А.Г., Котлукова Н.П., Мустафина Ф.Н. Малоинвазивные методы лечения детей с поражениями кровеносных сосудов головы и шеи. 28
Гасанов Д.А., Барская М.А., Терёхин С.С., Смолин С.Е., Гасанова Т.И. Результаты хирургического лечения детей с острыми заболеваниями яичек. 29
Голиков Д.Е., Карасева О.В., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Янюшкина О.Г., Уткина К.Е., Батунина И.В. Редкое клиническое наблюдение аппендикулярного абсцесса 3 в раннем посттравматическом периоде при повреждении поджелудочной железы IV степени. 29
Гордиенко И.И., Марфицын А.В., Кожевников Е.Г., Цыганенко В.С. Лечение детей с патологическими переломами костей на фоне кистозных образований. 30
Гордиенко И.И., Марфицын А.В., Сосновских А.К. Тактика лечения закрытых переломов пястных костей у детей. 30
Годяцкий А.Г., Тома Д.А., Ефременков А.М., Киргизов И.В. Лечение осложненного течения деструктивной пневмонии у ребенка 7 лет. Клинический случай. 31
Глухов Д.А. Опухоли шейного отдела позвоночника у детей в области канала позвоночной артерии: трудности диагностики и лечения. Разбор серии клинических случаев. 31
Денис А.Г., Рехвиашвили М.Г., Кузнецова Ю.А., Полуэктов Д.С., Базина И.Г., Томина В.О., Таранова Ю.А., Шалатонин М.П., Каражова Э.Ф., Стародубова А.А/, Абушкин И.А. Нейробластома новорожденного с редкой локализацией 32
Дербенёв В.В., Шевченко И.Ю., Тимонина А.В., Гольденберг И.Г. Диагностические неотложные лапароскопии в Карельском Центре Детской Хирургии Карелии за 30 лет. 32
Дорохин А.И., Очкуренко А.А. Особенности лечения сочетанных повреждений костей таза с переломами бедренной кости у детей. 33
Дорохин А.И., Очкуренко А.А. Последствия повреждений тазобедренного сустава у детей, диагностика и лечение. . . 33
Журило И.П., Толкач А.К., Сергиенко М.В., Черногоров О.Л. Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей. . 34
Завгороднев А.В., Шмырева Е.С., Енаки О.Н., Андриевская К.В., Яковлева Е.П., Прянишена Л.Т. Сложный диагностический случай артериомезентериальной дуоденальной компрессии у детей. 34
Зорин В.И., Мушкин А.Ю. Морфологическая структура патологических переломов позвоночника у детей. 35
Зотин А.В., Ахмадуллина Л.Р. Лечение детей с политравмой при массовом поступлении в ОКБ Ханты-Мансийска. . . 35
Игнатьев Е.А., Васильева Т.М., Корчагина Е.В., Крылов А.Н. Внедрение телемедицинских услуг в работу хирургического отделения детской городской поликлиники. 36
Иванов Г.В., Смирнов А.А., Ясюченя В.В., Ти А.Д., Жирылеев А.А. Применение эндоскопического трансгастрального дренирования кисты поджелудочной железы у ребенка 13 лет. 36
Иванов Г.В., Табанакова И.А.,Ясюченя В.В.,Ти А.Д. Редкое наблюдение лёгочного кровотечения у подростка, вызванное пороком развития сосудов лёгкого. 37
Иванова-Давыдова Е.В., Глебова Е.С., Амчеславский В.Г. Особенности энергетических потребностей детей при сепсисе. 37
Ионов Д.В., Донской Д.В., Соловова В.П., Соколов Ю.Ю. Редкие инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей. 38
Исаев Н.Н., Турдалиева Б.С., Дуйсенов Н.Б., Ормантаев А.К. Тактика диагностики и лечения детей раннего возраста с дисплазией тазобедренных суставов. 38
Исаков Б.М., Мамадалиев А.Б., Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б. Хирургическое лечение импрессионных переломов костей свода черепа у детей. 39
Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков К.Б., Мамадалиев А.Б., Ташланов Ф.Н. Результаты хирургических методов лечения внутричерепных гематом у детей. 39
Исламов С.А., Латыпова Г.Г., Псянчин Т.С., Юнусов Д.И. Социальные аспекты падения детей с высоты. 40
Казаков А.Н., Румянцева Г.Н., Волков С.И., Юсуфов А.А., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А. Результаты лечения детей с непаразитарными кистами селезенки. 40

Калинина С.А., Топольницкий О.З., Федотов Р.Н, Имшенецкая Н.И. Двустороние анкилозы ВНЧС у детей: лечение иреалибитация. 41
Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Харитонова А.Ю., Голиков Д.Е. Язвы Кушинга у детей. 41
Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Егорская Л.Е. Принципы диагностики и лечения травм живота у детей. 42
Киреева Н.Б., Кандюков А.Р., Рожденкин Е.А., Плохарский Н.А., Смирнов А.Н. Подход к лечению детей с инвагинацией кишечника. 42
Колыхалкина И.А, Амчеславский В.Г., Иванова-Давыдова Е.В., Глебова Е.С., Иванова Т.Ф. Терапия внутричерепной гипертензии осмотическими диуретиками у детей с черепно-мозговой травмой. 43
Комарова С.Ю., Цап Н.А., Огарков И.П., Чукреев А.В., Тимошинов М.Ю., Екимов М.Н., Смирнова С.Е. Лапароскопическая герниорафия при ущемленных паховых грыжах у детей. 43
Коновалова О.С. Особенности проведения межбольничных медицинских эвакуаций детей и новорожденных реанимационного профиля. 44
Корнеев И.А. Дмитренко Д.М. Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике острой скелетной травмы у детей. 44
Корнилова А.Б., Волерт Т.А., Митрофанова Е.В., Бразоль М.А. Бронхоскопия в диагностике и лечении термоингаляционной травмы у детей. 45
Корнилова А.Б., Рязанцев А.И., Волерт Т.А., Котин А.Н. Эндоскопическая гастростомия у детей с поражением центральной нервной системы. 45
Коробова Л.С., Балашова Л.М., Лазарев В.В., Бакунина Н.А., Колесниченко И.И. Определение ропивакаина в слёзной жидкости при инфраорбитальной анестезии методом мультисенсорной инверсионной вольтамперометрии. 46
Коровин С.А., Дзядчик А.В., Акопян М.К., Соколов Ю.Ю. Персонифицированные подходы хирургического лечения детей с гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости. 46
Курбанов Ж.Ж., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Хайитов У.Х. Неотложная видеолапароскопия при «остром животе» у детей дошкольного возраста. 47
Курбонов Н.А., Карабаев Х.К, Нормаматов Б.П. Изменения липидного обмена при ожоговой болезни у детей. 47
Курбонов Н.А., Карабаев Х.К, Нормаматов Б.П. Содержание общих липидов крови при ожоговой болезни у детей. . . 48
Курбонов Н.А., Карабаев Н.А., Тагаев К.Р. Ожоговый шок у детей. 48
Лабузов Д.С., Савченков А.Л., Абросимова Т.Н., Степанов В.Н., Киселев И.Г., Костенко А.Б. Лечение заворота яичка у детей. 49
Лазарев В.В., Халиуллин Д.М. Ингаляционная анестезия ксеноном в амбулаторной стоматологии у детей. 49
Леонов Н.П., Спиридонова Е.А., Щукин В.В. , Новичкова Г.А. Предикторы диссеминированного внутрисосудистого свертывания при хирургических вмешательствах у детей с онкологической патологией. 50
Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю., Хайитов У.Х. Тактика ведения детей с острыми желудочно-кишечными кровотечениями на догоспитальном этапе. 51
Магомедмирзаев Д.Ш., Жидовинов А.А., Пермяков П.Е. Ранняя диагностика язвенно-некротического энтероколита у новорожденных. 51
Магомедов А.Д, Ашурбеков В.Т, Айсаев З.Ч, Султанахмедова Д.Ш. Заворот желудка у детей. 52
Магомедов А.Д., Ашурбеков В.Т., Магомедов Р.И., Балаев В.Б., Муртузалиев З.Н. Травма почек у детей. 52
Магомедов Р.И., Магомедов А.Д., Ашурбеков В.Т., Мейланова Ф.В., Абасов М.Н., Магомедов Р.Р. Некротический энтероколит у новорожденных. 53
Магомедов А.Д., Садыкова М.М., Ашурбеков В.Т., Хайирбеков Т.Х., Нурмагомедов М.М., Исмаилов М.И., Султанахмедова Д.Ш. Лечение перитонитов у детей. 53
Мазнова А.В., Завьялкин В.А., Барская М.А., Варламов А.В., Быков Д.В., Бородин Р.В. Наш опыт лечения желчнокаменной болезни у детей. 54
Мамадалиев А.Б., Исаков Б.М, Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б. Малоинвазивные методы удаления внутричерепных гематом и гидром. 54
Махмудов З.М., Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О. Оценка эффективности применения лучевых методов ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей. 55
Машкова Т.А., Мальцев А.Б., Журило И.П., Кузнецов М.В, Сорокина М.С. Факторы риска развития острого аппендицита, ассоциированного с тонзиллярной патологией гиперпластическими изменениями лимфоидного аппарата червеобразного отростка. 55
Мельников И.А., Ахлебинина М.И., Ахадов Т.А. 2D и 3D FLAIR в выявлении субарахноидального кровоизлияния при острой черепно-мозговой травме у детей. 56
Мельников И.А., Ахлебинина М.И., Ахадов Т.А. Характер повреждений при легкой черепно-мозговой травме по данным МРТ. 56
Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков Б.М, Исаков К.Б, Мамадалиев А.Б, Ташланов Ф.Н, Шарипов А.А. Комплексное лечение больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами. 57
Мосьпан Т.Я., Агаева В.Е. Ранняя реабилитация после уранопластики –логопедическое сопровождение online. 57
Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В. Клинический случай хвостоподобного рудимента у ребенка. 58

Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В. Консервативное лечение субдуральной гематомы. . . . 58

Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В. Консервативное лечение тупой травмы селезенки. . . . 59

Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В. Результат консервативного лечения подкапсульного разрыва печени с гематомой. . . . 59

Линник А.В., Сырыгина Л.В. Болезнь Гиршпрунга у детей и акушерско-гинекологический анамнез. . . . 60

Нганкам Леон, Румянцева Г.Н., Осипова Е.В., Фомин А.М. Оказание нейрохирургической помощи пациентам с врождёнными спинномозговыми грыжами в Тверском регионе. . . . 60

Некрасова Е.Г., Мликова Т.В., Цап Н.А. Пункционные гастростомии у детей с органическим поражением центральной нервной системы. . . . 61

Никитина Н.А., Захарова Е.В. Исход нарушения мозгового кровообращения у детей. . . . 61

Овчар Т.А., Лазарев В.В., Коробова Л.Ю., Полунин М.М., Кравчук С.В. Оценка эффективности палатинальной анестезии как составляющей сочетанной анестезии в детской эндоскопической эндоназальной риносинусохирургии 62

Огарков И.П., Цап Н.А., Чукреев В.И., Калинин М.А. Отрыв двенадцатиперстной кишки от желудка. Травма фатальна?. . . . 62

Окунева А.И., Окунев Н.А., Калабкина М.О., Кемаев А.Б , Калабкин Н.А. Различная картина заболевания при инвагинации кишечника на примере двух клинических случаев. . . . 63

Окунева А.И., Окунев Н.А., Беляева Н.А., Кемаев А.Б., Первова Н.А., Калабкин Н.А., Калабкина М.О. Инородные тела желудочно-кишечного тракта, структура патологии по данным ГБУЗ РМ «ДРКБ» г. Саранска. . . . 63

Отамурадов Ф.А. Вертебро-медулярные пороки развития у детей с аноректальными мальформациями. . . . 64

Очирова П.В., Рябых С.О., Губин А.В. Хирургическое лечение патологии позвоночника у пациентов с различными типами мукополисахаридоза. . . . 64

Петросян А.А., Горинов Е.О., Алюкова Е.С., Калинин М.А., Цап Н.А. Пулевое ранение черепа и головного мозга у ребенка. . . . 65

Пикало И.А., Подкаменев В.В., Семенов А.В., Мишеков Р.Г., Степанов Ц.Б., Савельев Д.С., Понамарев А.В. Метод точного определения объема свободной жидкости в плевральной полости при эхосонографии. . . . 65

Питкевич А.Э., Шмаков А.П., Янушкевич А.А. Лапароскопия в лечении аппендикулярного перитонита у детей. . . . 66

Поверин Г.В. Алгоритм диагностики и лечения кисты копчика у детей. . . . 66

Полякова О.А., Тырцева Е.С., Кутьина В.Г. Редкая форма диафизарной скелетной дисплазии: младенческий кортикальный гиперостоз. . . . 67

Прокопович А.В. Ультразвуковая диагностика легких в педиатрии. . . . 67

Прощенко Я.Н., Семенов С.Ю. К вопросу о нестабильности дистального лучелоктевого сустава (ДЛЛС) вследствие переломов костей предплечья у детей. . . . 68

Рассказов Л.В., Крестьяшин В.М., Иванов Ю.Н., Марасанов Н.С., Мурга В.В., Шалатонов Н.Н., Щелоченкова Т.Д., Молотова А.А. Комплексные подходы в диагностике и лечении плоско-вальгусных стоп у детей. . . . 68

Ройтберг Г.Е., Смирнов И.В., Лазарев В.В. Обеспечение проходимости дыхательных путей при операциях по коррекции тяжелых сколиотических деформаций у детей. . . . 69

Романова Л.Л., Калинин М.А. Клинический случай успешной многократной массивной трансфузии у ребенка с сочетанной травмой. . . . 69

Румянцева Г.Н., Виноградова Т.А., Мурга В.В., Михайлова С.И., Иванов П.С. Выбор методов лечения глубоких ожогов у детей. . . . 70

Румянцева Г.Н., Горнаева Л.С., Нганкам Леон, Аврасина Л.А., Смирнова Т.А. Фораминотомия с видеоэндоскопической ассистенцией в хирургическом лечении радикулярного синдрома на фоне грыжи межпозвонкового диска у детей. . . . 70

Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Горшков А.Ю., Сергеечев С.П., Михайлова С.И., Соколова И.А. Неотложная хирургическая тактика при нагноившейся пилонидальной кисте копчика. . . . 71

Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Сергеечев С.П., Горшков А.Ю., Михайлова С.И. Применение мини-инвазивных технологий в лечении абсцедирующего перитонита. . . . 71

Сабинина Т.С., Багаев В.Г., Алексеев И.Ф. Опыт применения ксенона в терапии реанимационного делирия у детей с политравмой. . . . 72

Садыкова М.М., Ашурбеков В.Т., Хайирбеков Т.Х., Нурмагомедов М.М., Толбоева Г.Н. Химические ожоги пищевода у детей. . . . 72

Сакович А.В., Цап Н.А., Горинов Е.О. Сложности диагностики черепно-мозговой травмы у детей раннего возраста. . . 73

Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Усманов Х.С. Применения видеоторакоскопии при лечении гнойно-воспалительных заболеваний лёгких и плевры у детей. . . . 73

Сварич В.Г., Лыюров Д.А., Каганцов И.М. Метод ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей. . 74

Семенова Н.Ю., Тимофеева А.В., Соколова А.В., Затонская Д.В. Возможна ли диагностика травматического поражения зрительного нерва в остром периоде методом зрительных вызванных потенциалов мозга. . . . 74

Сергиенко М.В., Журило И.П., Черногоров О.Л., Козьмин М.А., Мамедов М.Р. Диагностика и лечение перекрута большого сальника (ПС) у детей. . . . 75

Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Туманян Г.Т., Акопян М.К., Уткина Т.В. Острый панкреатит как осложнение кист холедоха у детей. 75

Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Шапкина А.Н., Кауфов М.Х., Ахматов Р.А. Лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы по поводу травмы у ребёнка 5 лет. 76

Соколова И.А., Румянцева Г.Н., Мурга В.В., Иванов Ю.Н., Рассказов Л.В. Диагностика и лечение дисплазии тазобедренных суставов у детей в травматолого-ортопедическом отделении ДОКБ г. Твери. 76

Соловьев А.Е., Кульчицкий О.А. Особенности острой странгуляционной кишечной непроходимости у детей. 77

Соловьев А.Е., Ларькин О.А., Усик М.А. Приобретенные внутренние межкишечные свищи у детей. 77

Столяр А.В., Аксельров М.А., Свазян В.П., Мальчевский В.А., Сергиенко Т.В., Емельянова В,А., Верхоланцев О.А., Дадашева С.М. Использование иглы для герниорафии в хирургическом лечении ущемленной паховой грыжи у детей 78

Стриженок Д.С., Мясников Д.А., Горицкова Ю.А. Оценка результатов лапароскопического лечения врождённого гидронефроза у детей. 78

Стриженок Д.С., Филькин А.А., Горицкова Ю.А. Лапароскопический метод удаления инородных тел слепой кишки. . 79

Тибилов А.З., Хафизова Л.А.,Киреева Н.Б. Случай мочекаменной болезни, осложнённой двухсторонним «блоком почек», у ребёнка одного года. 79

Тиляков А.Б., Мавлянов Ф.Ш. Тактика оказания помощи пострадавшим с повреждениями таза при дорожно-транспортных происшествиях. 80

Тимофеева А.В., Мельников А.В., Горелик А.Л., Карасева О.В. Переломы нижней челюсти у детей. 80

Тихмаев А.Н., Нурмагомедов М.М., Садыкова М.М., Хайирбеков Т.Х., Хелефова С.З. Эндоскопическое лечение перекрутов придатков матки у девочек. 81

Тома Д.А., Вечеркин В.А., Коряшкин П.В. Ранняя диагностика и дифференцированное лечение осложнённых плевропневмоний у детей. 81

Трембач А.В., Бгане Н.М., Трембач И.А. Экстракорпоральные методы терапии сепсиса у детей: опыт Детской краевой клинической больницы города Краснодара. 82

Ублинский М.В., Семенова Н.А., Манжурцев А.В., Меньщиков П.Е., Яковлев А.Н., Ахадов Т.А. Исследование нарушений функциональных связей между сетью пассивного режима работы мозга и структурами мозжечка у пациентов с легкой ЧМТ в острой стадии, по данным фМРТ состояния покоя. 82

Улугмуратов А.А., Мавлянов Ф.Ш., Нормуродов Д.К., Маматов С.О. Травматический разрыв двенадцатиперстной кишки у ребенка раннего возраста. 83

Улугмуратов А.А., Мавлянов Ф.Ш., Бобоев И.Д., Маматов С.О., Нормуродов Д.К. Диагностика закрытых повреждений печени у детей. 83

Федоров С.А., Лимаков Ю.Ю., Юнак Л.Н. Эффективность раннего применения иглорефлексотерапии в медицинской реабилитации пациентов с тяжелым повреждением позвоночника. 84

Хакимов Э.А., Мавлянов Ф.Ш. Диагностика осложнений термических поражений у детей на раннем стационарном этапе. 84

Харитонова А.Ю., Капустин В.А., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Тимофеева А.В., Карасева О.В. Бронхоскопия в критическом периоде тяжёлой травмы у детей. 85

Ходневич А.Е., Баранов Ю.В., Ершов В.А., Цап Н.А. Уретеролитиаз с обструктивным синдромом. Экстренная помощь ребенку. 85

Цап Н.А., Комарова С.Ю., Огарков И.П., Сысоев С.Г. Приоритеты в лечении разрывов почек. 86

Цап Н.А., Огарков И.П., Чукреев В.И., Рубцов В.В. Экстренная резекция кишки – аксиома или теорема?. 86

Царева В.В., Ростовцев Н.М., Ядыкин М.Е., Мустакимов Б.Х., Котляров А.Н., Неизвестных Е.А., Носков Н.В., Шекунова Ю.Г. Профилактика и лечение кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка: тактика детского хирурга. 87

Цыбин А.А, Дегтярев П.Ю., Мохаммад Башир, Давлицаров М.А. Случай трудной диагностики острого гематогенного остеомиелита. 87

Цыганков А.Е., Горохов Д.В, Кравчук С.В., Куркин А.П., Малиновская Е.О., Симаков А.А.,Трененкова Ю.М., Томина В.О., Черных А.А., Сурдяева О.В. Применение высокочастотной объемной вентиляции лёгких при лёгочном кровотечении у больных с кататравмой в условиях многопрофильного стационара. 88

Чочиев Г.М., Ганькин И.А., Рубцов А.М., Кутьменев П.А. Мини-инвазивное лечение переломов длинных трубчатых костей у детей. 88

Чочиев Г.М, Рубцов А.М. , Козмава Г.О. Лечения застарелых переломо-вывихов Монтеджи у детей. 89

Чукреев А.В., Цап Н.А., Огарков И.П. Острый аппендицит у подростков. 89

Чукреев А.В., Цап Н.А., Огарков И.П., Чукреев В.И. Эндохирургия при осложнениях язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. 90

Шакаров Ф.Р., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедова Д.Ю. Оценка эффективности догоспитальной помощи детям с ларингитом 90

Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Атакулов Д.О., Пулатов П.А. Анализ хирургического лечения осложнений после ритуального обрезания. 91

Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Давранов Б.Л., Атакулов Д.О. О перекруте и некрозе гидатиды Морганьи у мальчиков 91

Шамсиев А.М., Зайниев С.С. Совершенствование хирургического лечения хронического рецидивирующего гематогенного остеомиелита. 92

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Давранов Б.Л., Бобомурадов А.Н. Тактика лечения детей с закрытыми травмами почек. **92**

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Юсупов Ш.А. Видеолапароскопические технологии в неотложной хирургии детского возраста. **93**

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А., Юсупов Ш.А. Экстренная видеобронхоскопия в диагностике и лечении инородных тел дыхательных путей у детей. **93**

Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю., Шамсиев Ш.Ж. Спектр микрофлоры при распространённом аппендикулярном перитоните у детей. **94**

Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю. Эффективность озонотерапии при аппендикулярном перитоните у детей. **94**

Шангареева Р.Х., ГилязоваГ.Р., Чендулаева И.Г., Сабиров А.Э., Салимгареев А. А., Валеев А.А. Сочетанная травма с повреждением жёлчного пузыря. **95**

Шапкина А.Н., Шмырева Е.С., Мельников А.В. Гемобилия у ребенка с травмой печени. **95**

Шастин Н.П. Методы иммобилизации и ментальность травматолога-ортопеда. **96**

Шеламов И.В., Завражнов А.А., Аргунов А.В. Хирургическая тактика при выполнении срочных травматологических вмешательств в остром периоде политравмы у детей. **96**

Шмырева Е.С., Андриевская К.В., Енаки О.Н., Яковлева Е.П., Завгороднев А.В. Опыт лечения пациента с крупноочаговым панкреонекрозом. **97**

Шустов А.В., Малюков В.О. Опыт хирургического лечения кишечных свищей у детей с использованием видеоэндоскопических технологий. **97**

Щебеньков М.В., Акопян А.С. Ущемление желудка в левосторонней ложной диафрагмальной грыже у ребенка 2 лет (клиническое наблюдение). **98**

Щедров Д.Н., Григорьева М.В., Гасанова Э.Н., Чертюк В.Б, Морозов Е.В., Гарова Д.Ю. Компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике перекрута яичка у детей. **98**

Щедров Д.Н., Шелкошвеев Д.К., Писарева М.В., Морозов Е.В, Гарова Д.Ю. «Урологические» осложнения ликворошунтирующих операций у детей. **99**

Щедров Д.Н, Шорманов И.С, Куликов С.В, Морозов Е.В, Гарова Д.Ю. К вопросу об обосновании оперативного лечения при аномалиях урахуса у детей. **99**

Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Щербинин А.А., Бессонова А.Д. Эффективность консервативной терапии мочекаменной болезни у детей. **100**

Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М., Отамурадов Ф.А. Выбор хирургической тактики при ректоуретральных свищах у мальчиков. **100**

Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М., Отамурадов Ф.А. Диагностика и лечение аноректальных мальформаций у мальчиков **101**

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш., Улугмуратов А.А., Тураев С.Г. К вопросам диагностики черепно-мозговой травмы у детей. **101**

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш., Шакаров Ф.Р., Тураев С.Г. К вопросам консервативного лечения травматических внутримозговых гематом малого объёма у детей. **102**

Янюшкина О.Г., Карасева О.В., Некрутов А.В., Кадышев В.А., Сажаева О.В. Эпидемиология тяжелой механической травмы в городе Москве. **102**

ISSN 1560–9510. Детская хирургия. 2020. Т. 24, № 1, Приложение. 1–106.

© ОАО «Издательство "Медицина"», 2020

Редактор *Е. П. Мороз*
Вёрстка и обработка графического материала *С. М. Мешкорудникова*
Сдано в набор 04.02.20. Подписано в печать 12.02.20. Формат 60 × 88⅛. Печ. л. 13,25. Усл. печ. л. 14,23. Уч.-изд. л. 13,75.

МАТЕРИАЛЫ VIII ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ» • 20–23 февраля 2020 года • Москва •

Абдусаматов Б.З., Салимов Ш.Т., Вахидов А.Ш., Умаров К.М., Рустамова М.Ш., Азизов Ш.Ф.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАЦИЙ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность. В последние годы отмечается отчетливая тенденция к увеличению числа случаев перфораций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у новорожденных, обусловленных некротическим энтероколитом (НЭК).

Цель. Изучить результаты хирургического лечения перфораций подвздошной кишки при НЭК у новорожденных.

Пациенты. Проведен анализ результатов лечения 37 новорожденных с перфорациями подвздошной кишки – НЭК III Б-стадии.

Результаты. После лапароцентеза и дренирования брюшной полости стабилизировать общее состояние больного вследствие выраженной полиорганной недостаточности не удалось в 5 (13,5%) случаях. В зависимости от дальнейшей хирургической тактики лечения остальные 32 пациента были разделены на две группы. В первой – основной группе – 13 (40,6%) пациентам была выполнена лапаротомия, резекция некротизированного участка кишки с наложением энтероэнтероанастомоза «конец в конец», летальность составила 46,5% (6 больных). Во второй – контрольной группе – 19 (58,4%) новорожденным вторым этапом наложена энтеростома с последующей операцией по закрытию стомы, летальность была выше и составила 52,6%. При сравнительном анализе результатов хирургического лечения новорожденных с перфорацией подвздошной кишки была выявлена не большая, но положительная разница в основной группе больных.

Заключение. Считаем, что оптимальной и менее травматичной тактикой хирургического лечения НЭК является выполнение первым этапом лапароцентеза и дренирования брюшной полости, вторым этапом – радикальной операции (лапаротомия) и резекции некротизированных участков подвздошной кишки с наложением энтероэнтероанастомоза.

Абушкин И.А., Белякова А.В., Галиулин М.Я.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Челябинская городская клиническая больница № 1, г. Челябинск

Актуальность. Странгуляционная кишечная непроходимость у детей характеризуется высокой частотой диагностических и тактических ошибок (Козлов Ю.А. и др., 2017, Chang Y.J. etal., 2017).

Цель. Анализ результатов диагностики и лечения странгуляционной кишечной непроходимости у детей на фоне врожденных и приобретенных спаек.

Пациенты. В 2010–2019 гг. лечили 17 детей в возрасте от 15 мес до 14 лет со странгуляционной кишечной непроходимостью на фоне приобретенных (5) и врожденных спаек (12), что составило 2,3% от всех детей с острой кишечной непроходимостью. Давность заболевания у 4 детей была менее 3 ч.

Результаты. Все 17 пациентов поступили с жалобами на рвоту и боли в животе, задержка стула - у 2. Рентгенологически у 7 из 8 детей выявлены тонкокишечные чаши Клойбера. У 11 из 14 детей при давности заболевания 3 и более ч – при УЗИ брюшной полости обнаружены расширенные петли кишечника в сочетании с маятникообразной перистальтикой или ее отсутствием. Ошибочными были УЗ-диагнозы инвагинации кишечника (1), острого аппендицита (1) и мезаденита (1). При давности заболевания 1,5 и 2 ч признаки кишечной непроходимости выявлены при повторном УЗИ. Во всех заключениях УЗИ и предоперационных диагнозах не была диагностирована странгуляция. В первые 2 ч от поступления оперировано 2 детей, 9 – через 3–6 ч, 3 – через 7–12 ч, а еще трое – позже 12 ч. У 7 детей операция, открытая или лапароскопическая, заключалась в рассечении тяжей брюшины, у 3 – резекции дивертикула Меккеля, у 7 – резекции кишечника с анастомозом. Все больные выздоровели.

Заключение. Дети с болями в животе и рвотой, особенно в первые 3 ч заболевания и наличием в анамнезе операции на брюшной полости, подлежат госпитализации с проведением УЗИ брюшной полости в динамике, а при подозрении на кишечную непроходимость – рентгенографии живота. УЗИ брюшной полости должно быть нацелено не только на диагностику кишечной непроходимости, но и на выявление возможной странгуляции. В сомнительных случаях необходимо шире ставить показания к лапароскопии.

Аванесян Р.Г., Жирылеев А.А., Ясюченя В.В., Иванов Г.В., Ти. А.Д.

СЛУЧАЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКА 17 ЛЕТ, ОСЛОЖНЁННОЙ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С МНОЖЕСТВЕННМИ АБСЦЕССАМИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И МАЛОГО ТАЗА

Детская Городская клиническая больница № 5 им. Н.Ф.Филатова, г. Санкт-Петербург.

Актуальность. Ввиду увеличения случаев ЖКБ среди подростков, мы всё чаще стали сталкиваться с осложнениями: холедохолитиаз, синдром холестаза и панкреатит. В связи с этим приходится решать новые, зачастую спорные тактические и технические вопросы лечения этих групп пациентов.

Цель. Продемонстрировать редкое наблюдение осложнённого течения ЖКБ у подростка и показать возможность хирургического лечения с применением малоинвазивных методик.

Пациенты. Пациентка, 17 лет, с ожирением III степени, через 3 мес после первых родов госпитализирована с клиникой печёночной колики и синдромом холестаза. В анализах крови цитолитический синдром в виде повышения трансаминаз до 9 норм, холестатический синдром, повышение билирубина за счет прямой фракции. Амилаза в пределах нормы. При УЗИ в желчном пузыре выявлены множественные конкременты размером до 2,5 см, конкремент в холедохе, расширение холедоха до 9 мм. Была выполнена МР-холангиопанкреатография, на которой выявлены множественные конкременты желчного пузыря, холедоха, расширение холедоха до 9 мм, расширение внутрипечёночных протоков до 4 мм.

Результаты. В течение 13 дней пациентка получала консервативную терапию – без эффекта. В связи с рисками развития осложнений ЖКБ была выполненена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, папиллосфинктеротомия – из холедоха извлечены 3 конкремента. В раннем послеоперационном периоде у пациентки развилась клиника острого панкреатита с дальнейшей деструкцией ткани поджелудочной железы и распространением воспалительного процесса с формированием множественных асбцессов в забрюшинном пространстве и малом тазу. Санация проводилась путем чрезкожного дренирования под УЗИ-наведением. Установлено последовательно 6 дренажей, по которым в течение 4,5 мес санировалось гнойно-деструктивное отделяемое. В дальнейшем дренажи извлечены, пациентка выписана с выздоровлением.

Заключение. Применение малоинвазивных пункционно-дренажных оперативных вмешательств под ультразвуковым контролем эффективно при лечении деструктивного панкреатита.

Аврасин А.Л., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Медведев А.А., Долинина М.В., Бурчёнкова Н.В., Горшков А.Ю., Орлова Т.С.

СТРУКТУРА ОБРАЩАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ДОКБ г. ТВЕРИ

Тверской государственный медицинский университет, кафедра детской хирургии, г. Тверь.
ГБУЗ «ДОКБ» г. Тверь

Актуальность. Пациенты с острыми заболеваниями органов репродуктивной системы составляют 79% всех экстренных обращений в приёмное отделение к детскому урологу-андрологу ДОКБ г. Твери.

Цель. Анализ структуры обращаемости детей с острой патологией наружных половых органов.

Пациенты. Дети с острыми заболеваниями органов репродуктивной системы.

Результаты. Наибольшую группу составляют пациенты с баланопоститом (около 550 обращений в год). После заведения в препуциальное пространство мази, больные наблюдаются амбулаторно. Пациентам с парафимозом (до 23 обращений в год) выполняется мануальная ликвидация ущемления головки полового члена под аппликационной анестезией. Рассечения ущемляющего кольца под наркозом потребовалось лишь 1 пациенту, поступившему через 7 сут от начала заболевания. С нарушением мочеиспускания на фоне стеноза меатуса, возникшего в сроки от 2 мес до 5 лет после циркумцизии, поступило 13 детей. Бужирование меатуса с местной противорубцовой терапией проведено в 10 случаях, в 3 выполнена матотомия. В структуре экстренной госпитализации наибольшую группу (от 75 до 85%) представляют больные с острыми заболеваниями органов мошонки. До 149 детей в год госпитализируются с острой патологией гидатиды яичка и придатка яичка. Активная хирургическая тактика – удаление гидатиды, позволила уменьшить длительность лечения и объём медикаментозной терапии, предотвратить развитие или прогрессирование эпидидимита и орхита. В структуре острой патологии органов мошонки пациенты с перекрутом яичка составляют до 9,6%. Объём оперативного вмешательства зависел от тяжести ишемии гонады: хирургическая деторсия выполнена 128 пациентам, орхидэктомия – 41. Ручная деторсия с УЗС-контролем проведена 43 больным, в последующем им выполнялась ревизия мошонки и орхидопексия. Частота травмы органов мошонки с разрывом белочной оболочки яичка не превышала 1 случая в 2 года, выполнялось ушивание белочной оболочки.

Заключение. Таким образом, оказание неотложной помощи детям с андрологическими заболеваниями является важным аспектом в работе детского уролога-андролога.

Айвазян А.А., Карсанов А.А., Ростомян М.С., Киреенкова Д.В.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПРОГЛОТИВШИХ ГИДРОГЕЛЕВЫЕ ШАРИКИ

Детская областная больница Калининградской области, г. Калининград

Актуальность. Несмотря на сообщения о трагических последствиях, вызванных проглатыванием детьми гидрогелевых шариков, до настоящего времени единая тактика по ведению таких пациентов отсутствует.

Цель. Изучить выбор оптимальной тактики ведения данных пациентов в зависимости от размеров проглоченных шариков.

Пациенты. В течение 2016–2019 гг. в нашу клинику обратилось 37 детей, проглотивших гидрогелевые шарики, были прооперированы 2 пациента с кишечной непроходимостью, возникшей на фоне кишечной инфекции , вызванной гидрогелевыми шариками без анамнеза проглатывания инородных предметов. Возраст пациентов от 11 мес до 8 лет. Из 37 детей 24 проглотили шарики в сухом виде, до 7 мм, и 13 – уже в разбухшем состоянии, до 10 мм. Выполнено 11 первичных и 5 повторных эндоскопических исследований через 3–12 ч от момента проглатывания инородного тела. Также проводились исследования *in vitro.*

Результаты. При эндоскопии ни в одном случае не удалось обнаружить инородное тело в желудке. Во всех наблюдениях движение гидрогелевых шариков по желудочно-кишечному тракту протекало бессимптомно. Родители детей, оперированных по поводу кишечной непроходимости, ретроспективно подтвердили наличие дома гидрогелевых шариков диаметром 12–15 мм и возможность их проглатывания ребенком.

Заключение. Исходя из опыта нашей клиники и экспериментов *in vitro*, можно сказать, что гидрогелевые шарики диаметром до 7 мм (в сухом виде) являются относительно безопасными инородными телами, и проведение эндоскопии не является обязательным. Рекомендуется амбулаторное наблюдение, УЗИ в динамике, ограничение питьевого режима, назначение прокинетиков и глицериновых свечей. При проглатывании сухих шариков свыше 7 мм необходимо проведение экстренной эндоскопии , при не возможности обнаружения инородного тела в желудке и 12-перстной кишке помимо проведения вышеуказанных консервативных мероприятий необходимо стационарное наблюдение. Также рекомендуется обращать особое внимание на детей, которые проглотили гидрогель на фоне функциональных или инфекционных расстройств желудочно-кишечного тракта.

Акрамов Б.Р., Шарипов И.Л.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ДЕТСКОЙ ОРТОПЕДИИ

СамГосМИ, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Косолапость – болезнь опорно-двигательного аппарата, которая заключается в деформации стопы и невозможности поставить ножку на пол. Операция – серьезное вмешательство, при котором удлиняются и сшиваются сухожилия нескольких мышц, пересекаются связки стопы, вскрываются суставы, воздействуют на кости стопы.

Цель. Оценка адекватности анестезии при проведении реконструктивно-пластических операций (РПО) по поводу врождённой косолапости (ВК).

Пациенты. В исследование был включен 21 ребёнок в возрасте от 5,5 мес до 2,5 лет с диагнозом ВК III–IV степени. Всем пациентам была проведена РПО на стопе. В зависимости от компонентов анестезии дети были разделены на две группы: 1-я группа – премедикация без бензодиазепина (BZ), поддерживающий наркоз (ПН) с фентанилом; 2-я группа – премедикация с BZ, ПН с фентанилом. ПН обеспечивался тотальной внутривенней анестезией с применением кетамина и натрия оксибутирата на фоне ИВЛ. Методом ретроспективного анализа медицинской документации оценены показатели операционного стресса: САД, ЧСС, доза фентанила.

Результаты. На II этапе операции во всех группах при анализе полученных данных выявлено достоверное снижение ЧСС (на 7,5 и 6,5%) и САД (на 6,8 и 5,5%). На III этапе операции зарегистрирован незначительный подъём ЧСС (2,4%) в 1-й группе и снижение ЧСС (1,3%) во 2-й, анализ САД, в свою очередь, показал незначительное повышение (на 4,2 и 1,1%) на III этапе, по сравнению со II в обеих группах. Отмечено, что введение фентанила на фоне применения BZ позволяет значительно снизить его дозу (0,004 мг/кг/ч и 0,001 мг/кг/ч в 1-й и 2-й группах соответственно).Оценка болевой чувствительности в послеоперационном периоде показала, что дети, относящиеся к 1-й группе (3–4 балла по шкале боли), требовали более раннего и частого введения анальгетиков, по сравнению со 2-й .

Заключение. Учитывая характер течения раннего послеоперационного периода и показатели интраоперационных гемодинамических сдвигов,наиболее рациональным методом анестезии для данных объёмов операции можно считать премедикацию с BZ, ПН-наркоз с фентанилом.

Акрамов Б.Р., Шарипов И.Л.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

СамГосМИ, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Гемангиомы могут локализоваться на коже, в подкожной клетчатке, прорастать мышцы и фасции. В отличие от других доброкачественных опухолей гемангиомы не имеют капсулы и могут, разрастаясь, повреждать окружающие ткани. Располагаясь на конечностях, эти сосудистые опухоли могут нарушать их функцию.

Цель. Представить особенности выбора анестезиологического пособия при хирургическом удалении гемангиом у детей разного возраста.

Пациенты. Проведен анализ 36 анестезий у детей в возрасте от 2 до 14 лет (мальчиков 20, девочек 16), подвергшихся хирургическому вмешательству по поводу гемангиом нижних (15%) и верхних (5%) конечностей, головы (2%), лица (6%), грудной (4%) и ягодичной (4%) областей. Больные разделены на 3 группы: в 1-й у 24 пациентов использовалась ТВА кетамином, 2–3 мг/кг/ч с миоплегией аркуроном 0,04–0,053 мг/кг/ч и переводом на искусственную вентиляцию лёгких; во 2-й у 6 (16,6%) больных осуществлялся только мониторинг гемодинамики и газообмена с внутривенным введением кетамина 4–5 мг/кг/ч. В 3-й 6 (16,6%) пациентам выполнялись спинальная-1, эпидуральная-1 анестезии и аксиллярная блокада плечевого сплетения-2, 1-2-4% раствором лидокаина в возрастных дозировках.

Результаты. Выбор ТВА у 24 больных был обусловлен как локализацией гемангиом на лице, шее, так и состоянием психологического статуса у детей, а также длительностью операции (148,0 ± 22,5 мин), что позволило обеспечить адекватные условия для работы хирурга и гемодинамическую стабильность. У больных 2-й группы с незначительными размерами гемангиом, ограниченной длительности операции методом выбора была потенцированная местная анестезия с мониторингом гемодинамики, газообмена, которая позволила обеспечить стабильность и безопасность всего интраоперационного периода продолжительностью 68,0 ± 14,2 мин.

Заключение. Выбор анестезиологического пособия при удалении гемангиом у детей, обеспечивающий адекватную защиту от хирургического вмешательства, должен проводиться с учётом локализации патологического процесса, возраста и психосоматического статуса с обязательным обеспечением стандартного мониторинга.

Акрамов Б.Р., Шарипов И.Л.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

СамГосМИ, , Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Обусловлена важностью проблемы белково-энергетической недостаточности (БЭН) среди детей грудного возраста. БЭН заключается в преобладании эндогенных вариантов этого состояния, в генезе которых существенную, роль играют нарушения клеточного энергообмена.

Цель. Оценка эффективности метаболической коррекции и безопасности использования препарата «Левокарнитина» у детей первого года жизни с БЭН.

Пациенты. В отделении реанимации СОМДМЦ под нашим наблюдением находилось 25 детей первого года жизни с клиническими признаками БЭН, которую определяли с помощью лабораторных исследований крови: общий уровень белка, холестерин, липопротеиды низкой плотность (ЛПНП), глюкоза. Кроме того, учитывая наличие задержки физического развития детей с БЭН, нами были изучены особенности гормональных показателей, влияющих на линейный рост ребенка – ИФР-1. Проводился косвенный анализ показателей центральной гемодинамики.

Результаты. При исследовании установлено, что у детей с БЭН были сниженны: общий уровень белка (48,45 ± 0,73 г/л), холестерин (2,91 ± 0,13 ммоль/л, $p < 0,05$), ЛПНП (1,43 ± 0,08 ммоль/л, $p < 0,05$), глюкоза (3,56 ± 0,07 ммоль/л, $p < 0,05$). При изучении факторов роста установлено, что уровень ИФР-1 у детей с БЭН был достоверно ниже по сравнению с показателем детей контрольной группы. Для эффективности комплексной терапии БЭН у детей первого года жизни мы использовали метаболический препарат «Левокарнитин». Препарат назначали детям в комплексе интенсивной терапии перорально по 0,5–1,0 мл двукратно за 30 мин до кормления. Основным параметром эффективности исследуемого препарата было улучшение показателей белкового, липидного и углеводного обменов, стабилизация показателей гемодинамики, улучшение общего состояния ребёнка.

Заключение. В процессе лечения детей первого года жизни применение левокарнитина повышает его эффективность и корректирует метаболические нарушения, улучшает показатели белково-энергитического баланса.

Аксельров М.А., Евдокимов В.Н., Связян В.В., Аксельров А.М., Сергиенко Т.В., Столяр А.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ УДВОЕНИЯ ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА 9 МЕСЯЦЕВ

Тюменский государственный медицинский университетет, г. Тюмень;
ГБУЗ ТО «ОКБ № 2», г. Тюмень

Актуальность. Удвоения пищеварительного тракта составляют группу редких пороков развития. Наиболее распространены поражения тонкого кишечника, в то время как удвоения пищевода встречаются крайне редко.

Цель. Клиническое наблюдение представлено с целью ознакомления с редко встречающейся патологией.

Пациенты. Ребенок Б., 9 мес., госпитализирован в плановом порядке для оперативного лечения с диагнозом: киста печени. Впервые образование левой доли печени выявлено при УЗИ органов брюшной полости в возрасте 8 мес.

Результаты. В стационаре проведено дообследование. КТ брюшной полости: форма, размеры печени обычные, структура паренхимы однородная. К дорсальной поверхности левой доли печени, кпереди от малой кривизны желудка и брюшного отдела аорты прилежит образование размерами 1,7 × 1,4 × 1,4 см, с четкими, ровными контурами, однородной структуры, по плотности близкой к жидкости. Контрастное вещество образование не накапливает. При УЗИ в левой половине брюшной полости выявлено жидкостное, авасскулярное образование кистозного характера с четкой, ровной стенкой, диаметром до 2,0 см, примыкающее к верхне-задней поверхности левой доли печени. При лапароскопической ревизии брюшной полости выявлено образование до 3 см в диаметре, интимно прилегающее к кардиальному отделу пищевода. При отделении киста вскрылась, выделилось густое, желеподобное содержимое белого цвета. После удаления кистозного образования обнаружено, что его задняя стенка является единой с мышечным слоем пищевода. В области расположения кисты в просвет раны пролабировала слизистая оболочка пищевода. Оперативное вмешательство закончено укреплением дефекта мышечного слоя пищевода стенкой желудка, фиксированной по окружности дефекта. Морфологическая картина соответствует удвоению пищевода. Пациентка выписана на 5-е сутки после операции.

Заключение. Отсутствие патогномоничных проявлений данного заболевания усложняет достоверную предоперационную диагностику. Заключительный диагноз устанавливается по результатам оперативной находки и морфологического исследования.

Аксельров М.А., Евдокимов В.Н., Связян В.В., Аксельров А.М., Сергиенко Т.В., Столяр А.В.

УДВОЕНИЕ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень;
ГБУЗ ТО «ОКБ № 2», г. Тюмень

Актуальность. Удвоения пищеварительного тракта у детей встречаются достаточно редко. При этом они имеют анатомическую связь с соответствующей частью пищеварительного тракта, выстланы аналогичной слизистой оболочкой, имеют хорошо развитый слой гладкой мускулатуры.

Цель. Представить редкое клиническое наблюдение.

Пациенты. Ребенок Е., 6 мес, поступил в плановом порядке для проведения оперативного лечения по поводу кисты брюшной полости.

Результаты. Из анамнеза известно, что впервые образование выявлено при скрининговом УЗИ на 21-й неделе беременности. В динамике отмечался рост образования, в связи с чем было принято решение о проведении оперативного лечения. УЗИ органов брюшной полости: между желудком и хвостом поджелудочной железы лоцируется жидкостное образование, 3,7 × 2,2 см, неправильной формы, с четкими контурами, при ЦДК кровоток отсутствует. В плановом порядке выполнена диагностическая лапароскопия. При ревизии верхнего этажа брюшной полости по большой кривизне и задней стенке желудка визуализируется кистозное образование, интимно связанное с хвостом поджелудочной железы. Полноценно выполнить ревизию образования не представлялось возможным, ввиду его сложного анатомического расположения. Выполнена верхне-срединная лапаротомия. Образование распространяется по задней стенке желудка до верхнего полюса селезенки и имеет единую серозную оболочку с желудком, оно мобилизовано от поджелудочной железы, отделено от желудка без вскрытия просвета, удалено. Размеры кисты составили 2 × 5 см. Гистология: морфологическая картина соответствует врожденному пороку развития желудочно-кишечного тракта по типу удвоения желудка. Ребенок выписан с выздоровлением на 4-е сутки после операции.

Заключение. Данное наблюдение подтверждает, что дополнительные методы обследования (КТ, УЗИ) не всегда являются успешными и окончательный диагноз чаще устанавливается интраоперационно. Вариант хирургического вмешательства зависит от локализации патологического процесса и может быть изменен в процессе оперативного пособия.

Аксельров М.А., Столяр А.В., Евдокимов В.Н., Мальчевский В.А., Горохов П.А., Григорук Э.Х.

ЭКСТРЕННАЯ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОВ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень

Актуальность. Инфекция мочевыводящих путей достаточно частое заболевание у детей, одной из форм острого пиелонефрита является гнойный пиелонефрит (абсцесс, апостематоз, карбункул). Лечение патологии проводится как консервативным так и оперативным методом. В последнее время в оперативном лечении преимущество отдается малоинвазивным методикам, т.к. они обладают малой травматичностью и высокой эффективностью.

Цель. Проанализировать варианты лечения пациентов, получающих лечение по поводу острого пиелонефрита на базе ГБУЗ ТО «ОКБ №2» за период с 2014 по 2019 г.

Пациенты. За 5-летний период в отделении наблюдалось и получало лечение 25 детей с гнойными формами пиелонефрита. Из них 16 (64%) девочек и 9 (36%) мальчиков. Средний возраст составил 8,7 лет. Методы лечения – консервативная терапия, санация очага из люмботомического (2014–2016) и ретроперитонеоскопического (РПС) (2017–2018) доступа.

Результаты. Диагноз апостематозный пиелонефрит поставлен 48% детей. Назначенная консервативная терапия в 75% наблюдений позволила вылечить пациентов. Дети с абсцессом (2) и карбункулом (8) почки оперированы (100%). При использовании люмботомного доступа, средняя продолжительность операции составила 54,5 мин, при РПС – 66 мин. Длительность послеоперационной анальгезии в послеоперационном периоде была выше у пациентов, оперированных открыто – 5 ± 2 дня, против – 3,3 ± 1 дня. Послеоперационный период сократился с 11,8 ± 3 дня при открытой операции, до 6,4 ± 2 дня при РПС.

Заключение. Внедрение РПС при лечении гнойных форм пиелонефрита – позволило сократить послеоперационный койко-день в 2 раза, метод обладает малой травматичностью и является более предпочтительным в косметическом плане. Таким образом, ретроперитонеоскопия является альтернативным методом оперативного лечения гнойных форм пиелонефрита.

Александров С.В., Залетова Н.К., Кашин А.С., Корниенко Е.А., Маслова Н.А., Нагнойная И.Г.

ПАРАПРОКТИТ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 3 ЛЕТ С ПОЗИЦИЙ ХИРУРГА И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 святой Марии Магдалины», г. Санкт Петербург

Актуальность. Перианальные поражения при болезни Крона все чаще встречаются в практике детского хирурга и требуют индивидуального подхода и совместной работы с гастроэнтерологом.

Цель. Продемонстрировать необходимость совместной курации детского хирурга и гастроэнтеролога в группе пациентов старше 3 лет с парапроктитами.

Пациенты. За период 2017–2019 гг. пролечено 13 пациентов с парапроктитами в возрасте старше 3 лет. Средний возраст заболевших составил 9 лет, преобладали мальчики (61,5%). Среди получавших лечение гастроэнтерологом осмотрено 7 человек. Критерии к назначению консультации – рецидивирующие гнойные парапроктиты, наличие высокой параклинической активности, задержка роста в анамнезе. Среди осмотренных преобладали подростки (средний возраст 12 лет). В ходе обследования болезнь Крона с различными вариантами поражения выявлена у 3 пациентов.

Результаты. В группе детей старше 3 лет с парапроктитами в результате обследования болезнь Крона выявлена у значительного количества пациентов (42%). На фоне проводимого специфического лечения рецидивов перианального поражения не отмечено.

Заключение. Парапроктит может являться предиктором диагностики болезни Крона в группе детей старше 3 лет, особенно у подростков.

Анастасов А.Г.

ВЫБОР АНАЛГЕЗИИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У НОВОРОЖДЁННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Украина, г. Донецк

Актуальность. Методом общего обезболивания при лапаротомиях у новорождённых с некротическим энтероколитом (НЭК) является тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ. Дискутабельным вопросом остается выбор методики аналгезии путем применения опиоидных аналгетиков или каудального блока в связи с выраженным ССВО как вследствие септического состояния, так и хирургического стресса.

Цель. Сравнительная оценка адекватности стресслимитирующих эффектов опиоидной аналгезии и центральной каудальной блокады у новорожденных с НЭК.

Пациенты. За перид 2007–2019 гг. провели ретроспективное, обсервационное, когортное исследование 46 новорожденных в возрасте 5–14 дней жизни. 1-ю группу составили 32 пациента, у которых в интраоперационном периоде аналгезия достигалась внутривенным введением раствора 0,005% фентанила 20 мкг/кг/ч, а во 2-й группе больных использовали каудальный блок раствором 0,25% бупивакаина в дозе 1,2 мл/кг. Критериями включения были новорожденные с III стадией НЭК (Bell (1978)), требующие лапаротомии, санации брюшной полости. Оценка выраженности стресс-индуцированного ответа и адекватности аналгезии проводили путем лабораторного исследования уровня кортизола, глюкозы крови на этапах до операции, на 2-е сутки послеоперационного периода . Статистическая обработка проведена путем описательной статистики и использованием непараметрического метода *U*-критерий Манна–Уитни ($p < 0,05$).

Результаты. При сравнении двух методик аналгезии в периоперационном периоде преимущество имело применение каудальной блокады в связи с отсутствием роста маркеров стресс-индуцированного ответа, а также ранним восстановлением функций ЦНС, отказом от ИВЛ, восстановлением моторно-эвакуаторной функции ЖКТ.

Заключение. Проведение общего обезболивания при срединной лапаротомии у новорожденных с хирургической стадией НЭК с целью анальгетического компонента целесообразно с использованием каудального блока, что способствует более раннему восстановлению функций гомеостаза (ЦНС, ЖКТ, метаболизма).

Ахадов Т.А., Карасева О.В., Мельников И.А.

РОЛЬ МСКТ И МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ», Москва

Актуальность. Травма поджелудочной железы (ПЖ) у детей встречается редко – до 0,3%, что составляет 0,6% среди всей абдоминальной травмы. Травма ПЖ по-прежнему остается сложным вопросом как для хирургов, так и радиологов. Компьютерная томография (КТ) при травме ПЖ является «золотым» методом. Из-за отсутствия лучевой нагрузки, диагностических возможностей, хорошей корреляции лучшим методом является магнитно-резонансная томография (МРТ). С ее помощью могут быть выявлены все виды повреждения ПЖ, включая панкреатические протоки.

Цель. Определить роль МСКТ и МРТ в диагностике травмы поджелудочной железы у детей.

Пациенты. Исследовано 68 детей от одного года до 18 лет с подозрением на повреждение ПЖ. Всем выполнена двухэтапная КТ с 4 фазами контрастирования и МРТ с МР-холангиопанкреатографией (МРХПГ). Все повреждения ПЖ были в составе политравмы. Причинами травмы ПЖ были дорожно-транспортные происшествия и кататравма – по 36,4% каждая, велосипедная травма – 10,9%, падение с высоты собственного роста – 9,1% и прямой удар в живот – 7,2%.

Результаты. Морфологические изменения ПЖ по степени тяжести были следующие: I степень – поверхностный разрыв без повреждения протоков у 30 (44,1%), II степень – значительный ушиб без травмы протоков и потери ткани у 23(33,8%), III степень – полный дистальный разрыв паренхимы и протока у 10 (14,7%), IV степень – полный проксимальный разрыв паренхимы с повреждением протока – 4 (5,9%), V степень – массивный разрыв головки поджелудочной железы у 1 (1,5%). Введение контрастных препаратов при КТ и МРТ улучшало дифференциальную диагностику видов и степени повреждения. Установлена хорошая корреляция результатов МСКТ и МРТ и магнитного резонанса.

Заключение. МРТ с МРХПГ при травме ПЖ при равной визуализации структурных повреждений железы имеет преимущество перед МСКТ за счет лучшей визуализации деталей повреждения, включая точную диагностику повреждения протоков.

Ахадов Т.А., Костикова Т.Д., Мельников И.А.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ», г. Москва

Актуальность. До 20% обращений детей за травматологической помощью – это повреждения голеностопного сустава (ГСС), до 40% случаев – переломы костей, которые относят к тяжелым повреждениям. Рентгенография не всегда определяет всю картину повреждения ГСС, что возможно с помощью компьютерной томографии (КТ), раскрывающей все детали переломов, позволяя с точностью выявлять степень смещение отломков, представить качественную характеристику переломов, выявить скрытые сопутствующие повреждения.

Цель. Показать возможности КТ и улучшить распознавание переломов голеностопного сустава для решения вопроса о выборе вида лечения.

Пациенты. МСКТ выполнена у 226 детей со средним возрастом 12,6 лет. Мальчиков – 142 (62,8%), девочек – 84 (37,2%).

Результаты. Правосторонние переломы ГСС были у 147 (65,1%), левосторонние – у 79 (34,9%) детей. Самым частым переломом костей голени был эпифизиолиз дистального отдела большеберцовой кости и эпифизиолиз дистального отдела обеих костей голени (n = 153; 67,7%). Рентгенография в 53,4% не позволила объективно определить степень смещения отломков и нарушение взаимоотношений между костями ГСС. У всех 226 детей МСКТ не только уточнила степень смещение отломков, представила взаимоотношение между костями ГСС, качественную характеристику переломов, но и выявила скрытые переломы (трещины), отрывы костно-хрящевых фрагментов и сопутствующие повреждения капсульно-связочного аппарата.

Заключение. МСКТ необходимо выполнять во всех случаях внутрисуставных переломов голеностопного сустава. Сканирование необходимо проводить с толщиной среза не более 1 мм. МСКТ с мультипланарным и 3D-переформатированием является важным фактором в определении необходимости хирургического лечения. В итоге, после МСКТ достаточно часто наблюдались изменения в диагнозе и плане лечения.

Ахадов Т.А., Манжурцев А. В., Ублинский М.В.

1H MRS ТАЛАМУСА У ДЕТЕЙ В ВЕГЕТАТИВНОМ СОСТОЯНИИ

ГБУЗ НИИ НДХиТ, г. Москва

Актуальность. У пациентов в вегетативном состоянии (ВС) полностью или частично сохраняются функции ствола мозга, но нет функций коры. Посттравматическое ВС считается постоянным, если оно сохраняется не менее 6 мес после травмы. В настоящее время нет достоверных методов прогноза исхода ВС. Для решения этой проблемы ведутся исследования измеримых показателей прогноза. Одним из таких методов является протонная магнитно-резонансная спектроскопия (1H МРС) метаболизма таламуса.

Цель. Определить роль 1H МРС в оценке таламуса у пациентов в ВС после черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Пациенты. Двухсторонняя 1H МРС выполнена 47 пациентам с тяжелой ЧМТ с неповрежденным, по данным структурной магнитно-резонансной томографии (МТР), таламусом, находившихся в ВС, и 12 здоровым добровольцам. Выделение вокселя осуществлялось с помощью импульсной последовательности PRESS. Проведен сравнительный анализ отношений NAA/Cr и Ch/Cr в таламусе у 22 пациентов, находившихся в ВС (1-я группа), у 19 пациентов, у которых вернулось сознание после вегетативного состояния (2-я группа), и у 12 здоровых добровольцев (3-я группа, контрольная).

Результаты. Структурная МРТ показала, что таламус у всех исследованных был нормальным. В то же время 1H МРС выявила, что таламус у всех пациентов 1-й и 2-й групп был поврежден. Отношение NAA/Cr: в 1-й группе – 1,17 (0,25), во 2-й – 21,80 (0,26), и в контрольной – 2,67 (0,26). Хотя отношения в 1-й и во 2-й группах были ниже, чем в 3-й группе ($p < 0{,}001$), отношение NAA/Cr 1-й группы оказалась ниже, чем во 2-й ($p < 0{,}001$). Сравнение отношения Cho/Cr не показало существенных различий. Структурная МРТ выявила поражение ствола головного мозга у 5 (62,5%) пациентов 1-й группы и у 4 пациентов 2-й (57,1%). Никакой корреляции между поражением ствола мозга и выходом в сознание пациента ($p = 0{,}7$) не установлено.

Заключение. Отношение NAA/Cr в таламусе достоверный и значимый признак, а 1H МРС может быть полезной при определении степени тяжести повреждения нейронов и аксональной травмы у больных в вегетативном состоянии.

Ахадов Т.А., Мельников И.А., Никишов С.О.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА У ДЕТЕЙ

ГБУЗ НИИ НДХиТ, г. Москва

Актуальность. Переломы костей таза редки и составляют от 0,3 до 4% от всей детской травмы и около 20% детей с политравмой имеют повреждения тазового кольца. Рентгенография не диагностирует около 50–70% всех переломов костей таза у детей. МСКТ в диагностике переломов таза заменила рентгенографию. Ее чувствительность достигает 90%, специфичность и точность – до 98%. Магнитно-резонансная томография (МРТ) показана маленьким пациентам. Она наиболее чувствительна для оценки неоссифицированных участков тазового кольца.

Цель. Показать роль и возможности МСКТ и МРТ в диагностике переломов костей таза.

Пациенты. Исследован 51 пострадавший с политравмой с признаками перелома костей таза со средним возрастом 12,98 года.

Результаты. Травмы таза у 37 (72,5%) детей были следствием ДТП, у 14 (27,5%) – кататравмы. Переломы костей таза тип А2 были наиболее частыми (58%). Перелом вертлужной впадины имел место у 13,5% детей. Тазовые переломы сочетались с черепно-мозговой травмой у 38 (74,5%), с торакальной травмой у 31 (60,8%) и переломами костей конечностей у 28 (54,9%) больных. У 40 из 51 пациента с рентгенологическими признаками повреждения переднего тазового кольца МРТ обнаружила переломы заднего кольца. Если бы использовались рентгенография и МСКТ, то переломы заднего кольца таза были бы пропущены в 7 (13,7%) случаях.

Заключение. Всем детям с политравмой, с учетом сочетанных повреждений органов различных частей тела, в том числе таза, необходимо выполнять МСКТ. Она обеспечивает наиболее эффективную визуализацию переломов костей таза, соответственно и тактику лечения. Оптимальными для диагностики травмы таза являются рекомендации Всемирного общества экстренной хирургии. МРТ показана пациентам при отсутствии явного перелома на рентгенограммах и МСКТ – со значительным подозрением на повреждение таза . МРТ наиболее чувствительна для оценки неоссифицированных участков тазового кольца и вертлужной впадины. Апофизеальные отрывные повреждения могут быть диагностированы только с помощью МРТ таза.

Ахлебинина М.И., Мельников И.А., Ахадов Т.А.

АЛГОРИТМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В НЕОТЛОЖНОМ СТАЦИОНАРЕ

ГБУЗ НИИ НДХиТ, г. Москва

Актуальность. Компьютерная томография (КТ) в настоящее время является самым распространенным методом диагностики острой черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Магнитно-резонансная томография (МРТ) в острой фазе ЧМТ применяется спорадически, хотя и доказано, что она превосходит КТ в выявлении большинства видов травматических повреждений . Целый ряд повреждений головного мозга, коррелирующих с тяжестью травмы, может быть лучше визуализирован только с помощью МРТ. Объединение нескольких модальностей не только обеспечивает лучшее понимание основных физиологических изменений при ЧМТ, но и улучшает диагностическую точность в прогнозировании исходов.

Цель. Ознакомить врачей с разработанным и внедренным в практику НИИ НДХиТ алгоритмом диагностики острой ЧМТ, перечислить возможности, преимущества и недостатки обоих методов (КТ и МРТ).

Пациенты. Ретроспективно были проанализированы данные КТ и МРТ у 5000 детей с ЧМТ и разработан алгоритм диагностики детей с острой ЧМТ, целью создания которого являлось поддержание воспроизводимости и сопоставимости данных в рамках всей системы здравоохранения.

Результаты. Компьютерная томография головного мозга – метод выбора в диагностике ЧМТ в условиях неотложной специализированной помощи (позволяет объективно быстро оценить внутричерепную ситуацию), однако КТ не позволяет оценить весь спектр повреждений ГМ. Магнитно-резонансная томография является чрезвычайно чувствительным методом для оценки изменений при ЧМТ и позволяет визуализировать очаги диффузного аксонального повреждения, САК, геморрагические ушибы и другую патологию у пациентов с ЧМТ и, как следствие, проводить объективную оценку тяжести возникших травматических изменений мозга.

Заключение. Для выявления всего спектра повреждений головного мозга при ЧМТ необходима мультимодальная диагностика. МРТ необходимо в обязательном порядке включать в алгоритм обследования пациентов с острой ЧМТ.

Ахмедов Ю.М., Азизов М.К., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов И.Ю., Ибрагимов К.Н.

КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

Самаркандский медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Мегауретер – частая и довольно распространённая патология мочевыделительной системы. Она составляет, по данным разных источников, от 22 до 40% всех пороков развития.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения мегауретера у детей.

Пациенты. Обследовано 86 больных с врожденным мегауретером в возрасте от 1 года до 12 лет. Обструктивный мегауретер был выявлен у 51 больного, рефлюксирующий – у 35 .

Результаты. 86 детям было выполнено 129 хирургических вмешательств. При оперативной коррекции необходимо учитывать возраст ребенка, наличие обструктивного пиелонефрита, стадию заболевания. Малоинвазивные методы использованы при лечении 28 больных: 10 больным в возрасте от 1 до 3 лет выполнена перкутанная нефростомия, еще 10 больным в возрасте от 3 до 5 лет в связи с рефлюксирующим мегауретерером было введено объемообразуещее вещество, стентирование выполнено 8 больным в возрасте от 4 до 6 лет. При купировании обструктивного пиелонефрита 21 ребенку в стабильном состоянии проведена операция Политано-Ледбеттера: с двух сторон – у 6, с одной – у 15. Операция Коэна выполнена у 19 больных: с двух сторон одномоментно у 8 и у 11 – на стороне поражения. Внепузырная реимплантация проведена у 18 больных: 6 больным – одномоментно с двух сторон и 12 – на стороне поражения. Результаты оперативного вмешательства врожденного мегарутеретра у детей требуют дифференцированного подхода в ходе хирургической коррекции. При соблюдении дифференцированного подхода в 81% случаев нами получен хороший результат, удовлетворительный – 12% и неудовлетворительный – 6 % (появления рефлюкса, обострения обструктивного пиелонефрита с сужением вновь созданного анастомоза).

Заключение. Таким образом, дифференцированный подход к хирургической коррекции мегауретера у детей позволяет улучшить результаты.

Ахмедов Р.Ф., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА КАК МАРКЕРА ОЖОГОВОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд

Актуальность. Тяжелая термическая травма вызывает синдром системного воспалительного ответа (ССВО) как ответ на повреждение с возможным развитием сепсиса и тяжелого сепсиса (Т.А. Ушакова с соавт., 2010). По данным ряда авторов, от 23 до 82% умерших в поздние периоды ожоговой болезни погибают от сепсиса.

Цель. Определить информативность применения прокальцитонинового теста для ранней диагностики сепсиса у детей с тяжелой термической травмой.

Пациенты. В группу исследования вошли 50 больных в возрасте от 1 года до 16 лет (средний возраст 8,8 ± 1,5 лет) с общей площадью ожоговых ран от 30 до 85% поверхности тела, раны IIIАБ-IV степени составили от 20 до 35% поверхности тела. Тяжесть состояния пациентов определялась по шкале SOFA. Кроме стандартных клинико-лабораторных тестов – термометрия, частота сердечных сокращений, клинические и биохимические анализы крови и мочи, микробиологическое исследование отделяемого ожоговых ран с определением чувствительности флоры к антибиотикам по методу PCT-Q BRAHMS, проведены измерения уровня прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови на 2-, 3-, 5-, 7-, 10-е сутки после травмы.

Результаты. У 30 пациентов (I группа, без сепсиса) в остром периоде термической травмы (3-6-е сутки) была обнаружена значимая бактериальная контаминация (> 105 КОЕ/г), уровень ПКТ был < 2 нг/мл и оценка по шкале SOFA – 11–12 баллов. На фоне сепсиса из 20 пострадавших на 2–3-й день заболевания концентрация ПКТ 4,8 ± 1,1 нг/мл отмечена у 8 больных, чувствительность – 33%, специфичность – 98%, ППЗ – 83%, ОПЗ – 81%.

Заключение. Таким образом, ПКТ-тест перспективен в диагностике ожогового сепсиса. Уровень ПКТ крови > 2 нг/мл у пациентов с термической травмой с индексом Франка > 70 ед. в остром периоде ожоговой болезни свидетельствует о целесообразности проведения деэскалационного режима антибактериальной химиотерапии.

Ашурбеков В. Т., Тахиру Ба, Мадани Туре

ОСЛОЖНЕННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Госпиталь Габриеля Туре, г. Бамако, Республика Мали

Актуальность. Эхинококкоз относится к одному из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний у детей. Несмотря на совершенствование диагностики, удельный вес множественного и осложненного эхинококкоза растет.

Цель. Изучение алгоритмов диагностики и лечения осложненного эхинококкоза печени у детей.

Пациенты. В хирургических отделениях госпиталя Габриэля Туре за 5 лет находилось на лечении 160 детей с эхинококкозом печени. Среди осложнений эхинококкоз был диагностирован у 21 (13,1%). Нагноение кисты – у 76 (33,3%), прорыв в желчные пути – у 8 (38,2%), в брюшную полость – у 6 (28,5%). Возраст – от 6 до 17 лет. В диагностике применялись все доступные методы исследования.

Результаты. Все дети оперированы. Нагноение кист – у 76 (33,3%), вскрытие и дренирование кист с погружением краев фиброзной капсулы. Среди детей с прорывом в желчные пути (у 8; 38,2%) – холедохотомия, освобождение желчных путей от материала кист, ушивание свищей, капитонаж. С прорывом в брюшную полость (у 8; 28,5%) – лапаротомия, кистэктомия, капитонаж, лаваж брюшной полости. Осложнений и летальности не было. При наблюдении в течение 2 лет – без рецидива.

Заключение. Для ранней диагностики и предупреждения осложненных форм, необходимо провести ежегодное профилактическое УЗИ органов брюшной полости.

Ашурбеков В. Т., Тахиру Ба, Мадани Туре

ТРАВМАТИЧЕСКОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ СЕЛЕЗЁНКИ У ДЕТЕЙ

Госпиталь Габриеля Туре, г. Бамако, Республика Мали

Актуальность. В структуре детского травматизма травма живота с повреждением органов брюшной полости занимает значительное место и сопровождается высокой летальностью.

Цель. Анализ хирургической тактики при закрытых, изолированных повреждениях селезенки у детей.

Пациенты. В хирургические отделения госпиталя Габриеля Туре за 5 лет поступило 64 ребенка с травмой живота. Возраст – 3–17 лет. Из них с повреждением селезенки – 23 (36%). В первые 1–3 ч поступило 7 (30,5%), 3–5 – 10 ч – 10 (43,5%), до 12 ч – 6 (26%) детей. Для диагностики, помимо общеклинического мониторинг-контроля, применяли УЗИ-обследование и лапароцентез “бакстером”. Лечебная тактика выбиралась индивидуально.

Результаты. Травмы были представлены подкапсульными гематомами – 6 (26%), подкапсульными разрывами – 7 (30,5%), разрывы с нарушением капсулы – 8 (34,4%), размозжение селезенки – 2 (86%). Лечебная тактика выбиралась индивидуально. Подкапсульная гематома и разрывы – 7 (34,5%). Консервативное лечение со строгим наблюдением. У 10 (43,4%) с продолжающимся кровотечением – оперативное лечение: ушивание ран – у 5 (21,7%), спленэктомия – у 5 (21,7%) (множественные разрывы и размозжение). Аутотрансплантация не проводилась (возможность наличия малярийной селезенки). В послеоперационном периоде получали вакцину. Летальных случаев не было.

Заключение. Лечебная тактика при повреждениях селезенки должна быть максимально направлена на сохранение органа.

Бабич И.И., Бабич И.В., Новошинов Г.В., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р., Волкова Л.П., Миханошина Н.А.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Острая гнойная деструктивная пневмония – тяжелая гнойно-септическая патология, имеющая полиэтиологическую природу, процент летальности при данной патологии составляет от 2 до 13%.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с осложненными формами деструктивной пневмонии путем разработки нового способа лечения бронхоплевральных свищей.

Пациенты. Нами разработан новый способ лечения бронхоплевральных свищей при легочно-плевральных формах острой гнойной деструктивной пневмонии у детей. Патент РФ № 2699210. До введения в практику данная методика апробирована в эксперименте на 20 кроликах массой 4000 г. В практике данный способ использовался нами у 18 пациентов с осложненными формами деструктивной пневмонии, находящихся на лечение в клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» с 2014 по 2019 г.

Результаты. Новый оригинальный способ лечения бронхоплевральных свищей при легочно-плевральных формах острой гнойной деструктивной пневмонии у детей, характеризуется тем, что при торакоскопии зона бронхоплеврального свища санируется и обрабатывается клеем «Evicel». Для полного смыкания краёв свищевого хода создается инфильтрат парафистулярной ткани гелем «Urodex» до полного смыкания краев. Следует отметить, что в клинических условиях у двух пациентов парафистулярный инфильтрат получали введением 0,5% раствора прокаина. У всех пациентов получен положительный эффект с прекращением сброса воздуха.

Заключение. Разработанный нами способ с его модификацией позволил добиться радикальной окклюзии свищевого хода, тем самым способствовал сокращению сроков пребывания больного в реанимационном отделении на 23%, а также койко-дней стационарного лечения на 36%. Данный способ можно рекомендовать в качестве альтернативного способа поисковой бронхоскопии с бронхоблокацией.

Бабич И.И., Новошинов Г.В., Сафаралиева С.М., Биналиев И.О., Мельников Ю.Н.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРЫЖИ АМИАНДА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГБУ РО «ОДКБ»

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Грыжа Амианда – ущемление червеобразного отростка в грыжевом мешке с дальнейшим его воспалением, является редким заболеванием в практике детского хирурга. Впервые описал её Claudius Amyand в 1735 г. Выделяют следующие варианты: 1) верхушка отростка в грыжевом мешке, а тело и основание в брюшной полости; 2) основание в грыжевом мешке, тело и верхушка в брюшной полости; 3) червеобразный отросток весь расположен в грыжевом мешке. Однако, независимо от того к какому из представленных видов относится грыжа, червеобразный отросток подлежит удалению.

Цель. Представить клинический случай грыжи Амианда у ребенка в возрасте 1 мес.

Пациенты. В хирургическое отделение клиники поступил 1-месячный ребенок, с рвотой, фебрильной температурой тела, увеличением в размерах правой половины мошонки. Из анамнеза: накануне ребенок стал резко беспокойным. Обратились в стационар по месту жительства, грыжа вправлена. Утром в день госпитализации – повторное ущемление, переведены в хирургическое отделение клиники. Состояние ребенка средней тяжести. Стул утром, диурез не нарушен. Живот при пальпации безболезненный. В правой пахово-мошоночной области – болезненное образование, кожа над ним с синюшным оттенком, не вправляется в брюшную полость. ОАК – лейкоцитоз (23,5 × 10^9/л). Предварительный диагноз: ущемленная пахово-мошоночная грыжа справа. В плане: экстренное оперативное лечение.

Результаты. Содержимое грыжевого мешка – слепая кишка с отростком багрового цвета с признаками некроза. Произведено вскрытие пахового канала, выполнена аппендэктомия лигатурным способом. Слепая кишка признана жизнеспособной, погружена в брюшную полость. Грыжевой мешок прошит, перевязан, отсечен. Из-за воспалительного процесса в паховом канале и в полости мошонки – дренирование резиновым выпускником мошонки. В послеоперационном периоде получал антибиотики, анальгетики. На 3-и сутки дренаж удален. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Грыжа Амианда – редкое заболевание, сопровождающееся высоким риском осложнений. Объем хирургического вмешательства зависит от распространенности воспалительного процесса.

Бабич И. И., Пшеничный А. А., Аванесов М. С.

ВДАВЛЕННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

ГБУ РО «Областная детская клиническая больница», г. Ростов-на-Дону

Актуальность. С каждым годом отмечается рост детского травматизма, а также число детей с переломами свода черепа. На данный момент среди нейрохирургов нет единого мнения о выборе аллотрансплантатов для пластики костного дефекта у детей, так как у любого из выбранных материалов имеются свои плюсы и минусы. Поэтому необходимо всегда стараться восстановить целостность костей свода черепа собственными тканями. В этой связи решение проблемы восстановления поврежденного черепа актуальна.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения вдавленных переломов у детей.

Пациенты. В ГБУ РО «ОДКБ» г. Ростова-на-Дону с 2015 г. проведены реконструктивные оперативные вмешательства 80 детям. Из общего числа детей, дети с вдавленными переломами черепа, которым выполнялась одномоментная реконструктивная операция, составили 30 пациентов. Другие 50 пациентов взяты в контрольную группу для сравнительной оценки эффективности применения указанного выше способа обработки вдавленного перелома.

Результаты. Способ обработки вдавленного перелома костей черепа у детей, характеризующийся тем, что выполняется устранение импрессии путем временного удаления осколков перелома костей свода черепа. Закрывают костный дефект первой гемостатической губкой «Тахакомб», равномерно распределяют вдоль всей поверхности костного дефекта на уложенную гемостатическую губку ранее удаленные костные фрагменты, поверх уложенных костных фрагментов накладывают вторую гемостатическую губку. У всех 30 прооперированных детей послеоперационный период протекал без осложнений. Пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны на 10–12-е сутки.

Заключение. Разработанный способ технически не сложен, экономически выгоден, позволяет одномоментно выполнить устранение сдавления осколками черепа паренхимы головного мозга и восстановить целостность свода черепа. Способ применим в условиях любого нейрохирургического отделения Российской Федерации и не требует дополнительного оборудования, позволяет улучшить качество жизни пациента и снижает риск развития послеоперационных осложнений.

Баженов М.И.

САНИТАРНО-АВИАЦИОННАЯ ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

ФГБУ «ВЦМК «Защита», г. Москва

Актуальность. В настоящее время сохраняется актуальность проблемы оказания помощи пострадавшим с политравмой. Основным способом, как можно раньше начать оказание специализированной медицинской помощи, является медицинская эвакуация (МЭ), в особенности санитарно-авиационная эвакуация (САЭ).

Цель. Изучить структуру пострадавших с политравмой и объём медицинской помощи при МЭ, выполненных специалистами «ВЦМК «Защита» за 2016–2019 гг.

Пациенты. На основании анализа МЭ, выполненных в 2016–2019 гг. по поводу случаев политравмы, изучена структура по признакам: возрастная группа, повреждённые анатомические области, период травматической болезни, подготовка, объём медицинской помощи в процессе транспортировки. Определён удельный вес каждого варианта признака. Для расчётов применена программа Microsoft Excel, значения округлены до целых чисел.

Результаты. В 2016–2019 гг. специалистами «ВЦМК «Защита» на основании анализа МЭ по поводу случаев политравмы выполнено 140 МЭ (110 САЭ). Эвакуировано 330 пострадавших, среди них 145 (44,0%) взрослых и 185 (56,0%) детей. В составе политравмы преобладали диагнозы: ожоги – 172 (52,0%), переломы костей конечностей – 109 (33,0%), черепно-мозговая травма – 96 (29,0%). Транспортировка проводилась преимущественно в период относительной стабилизации – 142 (43,0%) случая и в период окончательной стабилизации – 122 (37,0%), 66 (20,0%) пострадавших с ожогами эвакуированы в остром периоде. В рамках подготовки в 152 (46,0%) случаях проводилась предварительная телемедицинская конференция. Объём медицинской помощи во время МЭ составил: инфузионная терапия – у 205 (62,0%), обезболивание – у 234 (71,0%), искусственная вентиляция лёгких – у 89 (27,0%), иммобилизация – у 257 (78,0%). Все пострадавшие доставлены в стационары назначения.

Заключение. Медицинская эвакуация – эффективный способ обеспечить возможность своевременного оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с политравмой. В «ВЦМК «Защита» накоплен опыт выполнения МЭ/САЭ различным категориями пострадавших с политравмой по России и за рубежом.

Баиров В.Г., Поляков П.Н., Александров С.В., Крицук В.Г., Жарова Н.В., Кашин А.С.

АНОМАЛИИ УРАХУСА У ДЕТЕЙ – ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины», г. Санкт Петербург

Актуальность. Не существует единого мнения о тактике лечения аномалий урахуса. Большинство специалистов рекомендуют удаление, так как хроническая инфекция и воспаление в результате могут предрасполагать к раку мочевого пузыря, хотя последние исследования не подтверждают этого (0,1–0,3% от всех раков мочевого пузыря) (Blichert-Toft M. и соавт., DiSantis D.J. и соавт., MacNeily A.E. и соавт.).

Цель. Продемонстрировать подход к лечению пациентов с аномалиями урахуса у детей на основе собственного опыта.

Пациенты. Выполнен ретроспективный обзор историй болезни 28 пациентов за 11 лет, с 2009 по 2019 г., 12 из них мальчики, средний возраст составил 12 лет. Формы: свищевая – 20, киста – 6, дивертикул – 2, пузырно-пупочный свищ – 0.

Результаты. В группе пациентов со свищевой формой наибольшую информативность имела УЗИ-диагностика, она была выполнена всем пациентам и у 16 (89%) позволила выявить данную аномалию, микционная цистография в данной группе была выполнена 8 пациентам и лишь у 1 имела диагностическую значимость, фистулогарфия выполнена у 6, свищ удалось контрастировать у 3, МСКТ – 2 пациентам и позволила выявить аномалию в 1 случае. У всех 6 пациентов с кистами урахуса диагноз удалось подтвердить по данным УЗИ, цистография и МРТ не имели успеха, 2 пациента из 3, кому была выполнена МСКТ, имели кисты урахуса. У 2 пациентов с дивертикулом урахуса по УЗИ аномалию удалось выявить лишь у 1, цистоскопия подтвердила диагноз у обоих пациентов, МСКТ и МРТ были выполнены 1 пациенту и подтвердили диагноз, по микционной цистографии данную аномалию выявить не удалось. Из 20 пациентов со свищевой формой у 6 произошла облитерация, у 10 выполнено удаление свища, 4 находятся под наблюдением. Из 6 пациентов с кистами урахуса оперированы 4. У одного пациента с дивертикулом урахуса выполнено удаление.

Заключение. УЗИ обладает максимальной чувствительностью в диагностике аномалий урахуса. Оперативное лечение при свище урахуса показано при неэффективности консервативного лечения и рецидивах инфицирования.

Баиров В.Г., Поляков П.Н., Александров С.В., Крицук В.Г., Жарова Н.В., Кашин А.С.

ТРАВМА ПОЧКИ У ДЕТЕЙ

СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины», г. Санкт Петербург

Актуальность. Повреждения почек у детей встречаются чаще при травме органов брюшной полости , чем у взрослых в связи с меньшим количеством подкожной клетчатки и более поверхностным их расположением (Баиров Г.А. и соавт., 1999; Smith E. и соавт., 1993; Bretan P. и соавт., 1986; Matthews L. и соавт., 1997).

Цель. Продемонстрировать подход к лечению пациентов с травмой почек у детей, избранный в нашей клинике в отношении лучевой диагностики и хирургической тактики.

Пациенты. Выполнен ретроспективный обзор историй болезни 50 пациентов за 9 лет с 2011 по 2019 г., 71% из них мальчики, средний возраст составил 14 лет. 39 пациентов доставлены в приемное отделение бригадой скорой помощи, у 15 (38%) из них в направительном диагнозе нет указаний на травму почки. Всем пациентам при поступлении выполнен клинический минимум: УЗИ МВС. В/в урография выполнена 25 пациентам, МСКТ с в/в усилением – 18. По AAST (American Association for Surgery and Trauma) I степень выявлена у 37 пациентов, II – у 2, III – у 6, IV – у 2, V – у 3. Хирургические вмешательства выполнены 3 пациентам с V степенью повреждения – нефрэктомия.

Результаты. В лечении пациентов с травмой почки в клинике предложен алгоритм, совпадающий с предложенным Buckley and McAninch, 2004. Все пациенты с 2015 г. приглашаются для наблюдения в АКО ДГБ № 2 после выписки из стационара. Из 31 пациента на контрольный осмотр пришли 14 (45%). 2 прошли контрольное обследование в стационаре (после нефрэктомии).

Заключение. Применение МСКТ в рамках предложенного алгоритма является информативным методом обследования пациентов с травмой почки, влияющим на тактику лечения. Лечение травмы почек у детей преимущественно консервативное.

Баиров В.Г., Салахов Э.С., Лядышева А.А, Большакова Т.В.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПИЩЕВОДА ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ, ЛЕЧЕНИЕ

СПб ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» имени Н.Ф. Филатова, г. Санкт Петербург;
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт Петербург

Актуальность. Число детей, поступающих с подозрением на проглатывание инородных тел, растет с каждым годом. Основную группу составляют дети в возрасте до 3 лет (82%). Осложнения после проглатывания инородных тел (батареек) угрожают жизни больного, нередко приводя к смертельному исходу, а четкой тактики лечения осложнений в настоящее время нет.

Цель. Показать эффективность предложенной методики в лечении детей с повреждениями пищевода батарейками.

Пациенты. За период с 2006 по 2019 г, в ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова поступило 3247 (100%) детей с подозрением на инородное тело ЖКТ. Наибольшую опасность представляют дети с инородными телами (батарейка) в просвете пищевода. Из всех детей, поступивших с подозрением на инородные тела ЖКТ, после проведения первичного обследования диагноз подтвержден у 2759 (85%). У 467 (16,9%) пациентов инородное тело выявлено в просвете пищевода, у 82 (17,6%) из просвета пищевода удалена батарейка.

Результаты. Осложнения наблюдались в 205 (43,9%) случаях. Основные (пролежни пищевода) – у 129 (27,6%) пациентов, у 5 (1,07%) – перфорация пищевода, проведено консервативное лечение с полным исключением энтеральной нагрузки, у 2 (0,43%) отмечались кровотечения из-за пенетрации сосудов, что потребовало экстренного оперативного вмешательства, у 71 (15,2%) пациента с проглоченными батарейками выявлен ХОП различной степени тяжести, глубокие ожоги пищевода наблюдались в результате обращения к врачам от 3–6 ч до нескольких суток после происшествия, у 8 (1,71%) детей – перфорация пищевода, у 5 (1,07%) развился трахео(бронхо)-пищеводный свищ, что потребовало выведения двойной эзофагостомы, наложения гастростомы, в 1 (0,21%) случае – летальный исход.

Заключение. Дети с инородными телами пищевода, должны поступать в специализированный стационар. При возникновении осложнений (ХОП I-II степени) показана гастростомия в первые сутки. При наличии явлений медиастенита, связанного с развитием трахео(бронхо)-пищеводного свища, необходимо выведение двойной эзофагостомы.

Баранов Р.А., Павлова Д.Д., Петров М.А.

ВАРИАНТЫ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Морозовская ДГКБ г. Москва;
РДКБ, г. Москва

Актуальность. Системные заболевания часто сопровождаются нарушениями количества форменных элементов крови, что сопровождается нарушениями микроциркуляции, нередко с формированием зон некроза кожи. Обширные кожные дефекты на фоне выраженной цитопении и отсутствия адекватного комплексного патогномоничного лечения приводят к стойкому нарушению гомеостаза вплоть до летального исхода.

Цель. Демонстрация вариантов пластических операций при обширных дефектах мягких тканей у детей при системной патологии.

Пациенты. В группу включены пациенты, отягощенные сопутствующей соматической патологией: сахарный диабет 1-го типа, лейкоз, гемофилия типа А, миелодиспластический синдром, неврологическая патология.

Результаты. На фоне комплексного лечения отмечено восстановление кожного покрова. Закрытие раневых дефектов позволило снизить потерю форменных элементов, уменьшить зону инфицирования, что в свою очередь позволило стабилизировать соматический статус и продолжить патогномоничное лечение основного заболевания.

Заключение. Использование вакуумной терапии показано как метод выбора местного лечения ран, особенно при обильной эксудации и большой площади раневой поверхности. Наличие обширных дефектов кожного покрова требует хирургического этапа в комплексе лечения системного заболевания, в нём – успех кожной пластики.

Баранов Ф.А., Рахинштейн М.В., Галеев Ф.Ш., Радайкин А.Н.

ОСТЕОСИНТЕЗ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛАСТИЧНЫХ ИТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ СТЕРЖНЕЙ

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

Актуальность. Диафизарные переломы бедренной кости у детей встречаются намного чаще, чем повреждения проксимального и дистального отделов данного сегмента. В структуре общего количества переломов, у детей переломы бедренной кости встречаются, по данным литературы, в 4%, а среди переломов нижних конечностей составляют до 15%. Все эти пациенты нуждаются в стационарном лечении.

Цель. Проанализировать результаты оперативного лечения с использованием титановых интрамедуллярных эластичных стержней у детей с переломами диафиза бедренной кости.

Пациенты. С 2011 г. в нашем отделении применяется методика ESIN (elastic-stableintramedullarynailing). За последние 5 лет (2015–2019 гг.) по данной методике прооперировано в общей сложности более 300 детей с переломами различной локализации. При этом остеосинтез ESIN при диафизарных переломах бедренной кости выполнен 19 пациентам. Возраст больных 2–15 лет. Остеосинтез, как правило, выполняли закрыто, под контролем электронно-оптического преобразователя, в единичных случаях, при выраженной интерпозиции мягкими тканями, переходили на открытую репозицию и остеосинтез. У детей с весом тела более 50 кг данную методику не применяли. Внешнюю иммобилизацию после остеосинтеза не использовали.

Результаты. Во всех случаях отмечена своевременная консолидация переломов. ESIN, по сравнению с открытым остеосинтезом, позволяет выполнить остеосинтез без вскрытия зоны перелома, что благоприятно влияет на сращение. Послеоперационный период – без осложнений. Ограничения движений в смежных суставах не наблюдалось. Неврологических и сосудистых осложнений не было. По сравнению со скелетным вытяжением, при ESIN исключается вероятность вторичного смещения, сокращается время пребывания ребенка в стационаре, исключается постельный режим и уход за лежачим пациентом.

Заключение. ESIN – оптимальный метод фиксации при диафизарных переломах бедренной кости у детей до 15 лет с весом до 50 кг. Данный метод является малоинвазивным и позволяет достичь полного восстановления травмированной конечности.

Баранов Ф.А., Шуваев С.О., Сушаков С.В., Кашичкин Н.Н., Ефимов А.Е.

СТОИТ ЛИ ОПЕРИРОВАТЬ ПЕРЕЛОМЫ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ? ОПЫТ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

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

Актуальность. Переломы ключицы у детей составляют 10,8–16,2% всех переломов. Наиболее распространенным и традиционным методом лечения является консервативный. Однако в последнее время наблюдается тенденция к увеличению оперативного лечения, особенно у детей старше 10–12 лет. В литературе существует ряд исследований с противоречивыми результатами, где сравнивается оперативное и консервативное лечение перелома тела ключицы у детей.

Цель. Проанализировать положительные и отрицательные стороны консервативного и оперативного лечения переломов ключицы у детей, выработать подходы в тактике лечения в зависимости от возраста ребенка.

Пациенты. За последние 5 лет нами пролечено 248 детей до 15 летнего возраста с переломами ключицы. Из них у 140 – закрытая репозиция, у 109 – металлоостеосинтез спицей эластичным стержнем. Абсолютными показаниями к операции были открытые переломы при полных смещениях с интерпозицией и угрозе перфорации кожи с риском повреждения окружающих структур, возраст старше 8–10 лет. Относительные показания – укорочение > 1,5–2 см, политравма, нейромышечные расстройства, неприглядный косметический вид.

Результаты. После консервативного лечения, даже с сохранением смещения отломков по длине и ширине, наблюдалось хорошее сращение с ремоделированием смещения на фоне роста ребенка. После металлоостеосинтеза сращение происходило в прогнозируемые сроки. В единичных случаях наблюдалась миграция спицы с перфорацией кожи в области акромиального конца ключицы. При остеосинтезе эластичным стержнем – без осложнений.

Заключение. Тактика лечения переломов ключицы с полным смещением при отсутствии абсолютных показаний к операции заключается в следующем: консервативное лечение – до 8 лет и старше 8 лет – при отсутствии косметических дефектов и сохранении оси ключицы; при заметных косметических дефектах, не устранимых при репозиции; у астеничных больных – остеосинтез эластичным стержнем; при оскольчатых переломах – металлоостеосинтез; у подростков с низким потенциалом ремоделирования – металлоостеосинтез с анатомическими особенностями мышечно-связочного аппарата кисти. Оставление спицы над кожей при остеосинтезе пястных костей не приводит к осложнениям при адекватном уходе и позволяет избежать повторной госпитализации и наркоза.

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

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КИСТЫ СЕЛЕЗЁНКИ

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Самара;
ГБУЗ Самарская областная клиническая больница им .В.Д. Середавина, г. Самара

Актуальность. Кисты селезенки у детей наблюдаются сравнительно редко. Встречаются как врожденные, так и приобретенные (посттравматические кисты, паразитарные кисты). Как правило, раньше оперативное лечение кист селезенки заканчивалось удалением органа.

Цель. В предлагаемом наблюдении удалось осуществить органосохраняющую операцию при наличии гигантской кисты селезенки

Пациенты. Ребенок С., 14 лет, поступил в хирургическое отделение. с жалобами на деформацию грудной клетки, асимметрию живота в области левого подреберья и периодическую тошноту. Родители обратили внимание на появившуюся деформацию грудной клетки и живота в области левого подреберья. Обратились в поликлинику по месту жительства, педиатром заподозрен сколиоз и ребенок направлен к ортопеду и на МРТ грудного отдела позвоночника. Выполнено МРТ: в поддиафрагмальном пространстве обнаружено кистозное образование. Госпитализирован в плановом порядке.

Результаты. Проведены обследования: УЗИ брюшной полости – в левом поддиафрагмальном пространстве визуализируется жидкостное образование, неоднородной структуры за счет большого количества гиперэхогенной взвеси, с наличием тонкостенной капсулы, размерами 160 × 156 × 158 мм, объёмом около 1,8–2 л, без кровотока при ЦДК. Выполнена лапароскопическая фенистрация кисты селезенки. Послеоперационный период без осложнений, 11 койко-дней. На 10-й день после проведенного оперативного вмешательства, по данным УЗИ, в проекции верхнего полюса селезёнки определяется остаточная полость, с неровным контуром, размером 53 × 61 × 59 мм. Через месяц после проведенной операции остаточная полость сократилась до 12 мм. Через год – остаточной полости нет.

Заключение. Таким образом, все дети с закрытыми травмами, ушибами мягких тканей брюшной и грудной стенок должны помимо травматолога, осматриваться детским хирургом, с проведением УЗИ. Решающими в диагностике заболевания являются УЗИ и КТ брюшной полости. Наиболее целесообразно при кистах селезенки выполнение органосохраняющих оперативных вмешательств из лапароскопического доступа.

Белоусова Е.И., Матинян Н.В., Мартынов Л.А., Ушакова Т.Л., Гьокова Е.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ РЕТРОБУЛЬБАРНОЙ БЛОКАДЫ 0,5% РОПИВАКАИНОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ЭНУКЛЕАЦИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ДЕТЕЙ

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имеми Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. В детской витреоретинальной хирургии применяется преимущественно парабульбарная блокада, имеющая недостаточную анальгетическую эффективность при операции удаления глазного яблока. До настоящего времени не проводилось исследований эффективности и безопасности проведения ретробульбарной блокады у детей при энуклеации глазного яблока.

Цель. Исследовать эффективность и безопасность ретробульбарной блокады ропивакаином 0,5% для профилактики окулокардиального рефлекса (ОКР) и послеоперационной боли, а так же послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР) при операции энуклеации глазного яблока.

Пациенты. Выполнено проспективное рандомизированное клиническое исследование 80 пациентов с оперативной энуклеацией по поводу ретинобластомы. Все пациенты были рандомизированы на группу РБ (ретробульбарной блокады ропивакаином 0,5% на фоне проведения общей анестезии $n = 40$) и группу контроля (ОА) (только общая анестезия $n = 40$). Во всех случаях выполнена стандартная операция. Между группами было проведено сравнение и оценка распространенности и тяжести ОКР, интенсивности послеоперационной боли с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), частоты ПОТР (в течении 6 ч после операции).

Результаты. Выраженность ОКР (достоверное снижение сердечного ритма в группе РБ в среднем на 6,1 уд. в мин-1 против 38,7 в группе ОА ($p < 0,005$), у 20% пациентов из группы ОА потребовалось введение атропина) и количество случаев развития ОКР – 5% (в группе РБ) против 100% (в группе ОА), $p = 0,002$) оказались значительно ниже в группе РБ по сравнению с показателями в группе ОА. Оценка послеоперационной боли по ВАШ выявила достоверно ($p < 0,001$) более низкий показатель в группе РБ (средний балл 1,8), чем в группе ОА (средний балл 3,7) через 60 мин после операции. Случаи ПОТР в группе РБ не отмечались, а в группе ОА были у 45 % пациентов. Осложнений, связанных с методикой проведения анестезии, в группе РБ, отмечено не было.

Заключение. Ретробульбарная блокада ропивакаином 0,5% может значительно уменьшить частоту и тяжесть ОКР. Данный метод позволяет снизить интра и послеоперационную боль у пациентов, а также частоту развития послеоперационной тошноты и рвоты.

Бережная М.А., Амчеславский В.Г.

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ГОМЕОСТАЗ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖ`ЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

ГБУЗ НИИ НДХиТ, г. Москва

Актуальность. Внедрение современных методов управления температурным балансом мозга и организма пострадавших с тяжелой ЧМТ является перспективной актуальной проблемой современной интенсивной терапии. Это обусловлено тем, что гипертермия является доказанным фактором вторичного повреждения мозга, усугубляющим его первичное поражение механической энергией и, как правило, осложняет течение острого периода изолированной и сочетанной ЧМТ.

Цель. Сравнительная оценка возможностей инвазивного термомониторинга и неинвазивного радиотермометрического термокартирования мозга в сопоставлении с другими различными методами измерения температуры у детей с тяжелой механической травмой, включающей ЧМТ в остром периоде.

Пациенты. Ретроспективный анализ данных и проспективное исследование включили 50 пациентов с тяжелой сочетанной травмой: тяжесть травмы по шкале ISS 27,3 ± 6,4 балла. Больные были разделены на 2 группы: младшая – до 12 лет, старшая – 12–18 лет. В младшей группе было 26 пациентов (8 девочек, 16 мальчиков), в старшей – 24 (15 мальчиков, 7 девочек). Всем больным проводился комплексный термомониторинг: измерялась радиояркостная температура головного мозга и кожи (радиотермометром РТМ-01-РЭС), аксиллярная (цифровой термометр Microlife), тимпаническая (ИК термометр Medisana), пищеводная, (цифровой термометр – адаптер к монитору Philips).

Результаты. Разница между $T_{рад}$ (г/м) и $T_{ах}$ составила 0,15 °С; между $T_{рад}$ (г/м) и $T_{тимп}$ – 1 °С; между $T_{рад}$ (г/м) и $T_{рад}$ (кожа) – 3,4 °С; между $T_{пищ}$ и $T_{рад}$ (г/м) – 0,2 °С. В группе больных с инвазивным мониторингом температуры головного мозга были получены следующие результаты: разница между $T_{инв}$ (г/м) и $T_{рад}$ (г/м) составила 0,55 °С; между $T_{инв}$ (г/м) и $T_{пищ}$ – 0,4 °С; между $T_{инв}$ и $T_{ах}$ – 0,71 °С.

Заключение. Полученные результаты сравнения не выявили достоверных различий между температурой, измеренной инвазивным методом (имплантированным в мозг датчиком), и радиотермометрически измеренными значениями температур, что указывает на адекватность оценки температуры мозга неинвазивным методом радиотермометрии.

Бочаров Р.В., Погорелко В.Г., Юшманова А.Б., Варламов К.Г., Семченко Е.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХИЛОПЕРИТОНЕУМА У ДЕТЕЙ

ОГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи № 2», г. Томск

Актуальность. Патологическое накопление лимфы в брюшной полости вызывает у детей белковое истощение, гиповолемию.

Цель. Провести анализ клинических наблюдений с хилоперитонеумом.

Пациенты. Изучено 3 случая хилоперитонеума (ХП). Диагноз устанавливался по следующим признакам состава перитонеального выпота: молочный цвет, лимфоциты > 78%, белок > 23 г/л, триглицериды > 2,5 ммоль/л, хиломикроны >13,5%. Современная тактика лечения ХП – разгрузка кишечника (голод), октреотид в дозе 5 мкг/кг/ч, полное парентеральное питание, коррекция белкового состава.

Результаты. 1-й ребёнок, 5 лет, госпитализирован с диагнозом энтероколит. На 9-е сутки – лапаротомия по поводу пареза кишечника. Послеоперационный диагноз: энтероколит; серозный перитонит. На 13-е сутки сонография брюшной полости выявила до 400 мл свободной жидкости. После наложения лапароцентеза получена «хилёзная» жидкость с диагностическими признаками, соответствующими ХП. На фоне проведения специфической терапии через 10 сут течение ХП купировано.

2-й ребёнок, 5 мес, поступил после травмы живота с клиникой кишечной непроходимости. Сонография брюшной полости: парез кишечника, свободная жидкость в межпетельных пространствах и под печенью, отёк и инфильтрация предпузырной и паранефральной жировой клетчатки и забрюшинного пространства. Выполнена эндовидеолапароскопия, удалено 200 мл выпота, соответствующего диагностическим признакам ХП. На 14-е сутки проведения специфической терапии течение ХП купировано.

3-й ребёнок, 4 мес, заболел остро, госпитализирован в инфекционное отделение. Через сутки выполнена лапаротомия, расправлен слепо-ободочный инвагинат. Через 2-е суток – релапаротомия, резекция илеоцекального угла, слепой, восходящей и ½ поперечной ободочной кишки. На 7-е сутки подтвержден ХП по диагностическим признакам перитонеального выпота. На 9-е сутки специфической терапии течение ХП купировано.

Заключение. Причины развития хилоперитонеума: травма живота, энтероколит, инвагинация кишечника с некрозом. Современная тактика терапии способствовала выздоровлению пациентов.

Бурмистрова А.В., Каприор Е.В., Никитина И.Л., Черебилло В.Ю., Хачатрян В.А.

КРАНИОФАРИНГИОМА У ДЕТЕЙ. КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ФГБУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Частыми послеоперационными осложнениями у детей с краниофарингиомой являются водно-электролитные и эндокринные нарушения, которые значительно влияют на период восстановления пациента.

Цель. Представить клинический случай лечения водно-электролитных нарушений после хирургического удаления краниофарингиомы у мальчика младшего школьного возраста.

Пациенты. Представлен клинический случай трехфазного типа несахарного диабета с развитием синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона (SIADH) у ребенка после радикального удаления эндосупраселлярной краниофарингиомы. Динамическое наблюдение изменения клинического состояния пациента сравнивалось с гомеостатическими колебаниями, параметрами мозгового кровотока, уровнем гормонов в крови. SIADH сопровождалась нарушением сознания, судорогами, развивался общий отечный синдром, щитовидная и надпочечниковая недостаточность. Совокупность SIADH с полигормональным дефицитом и отечным синдромом влияла на выбор интенсивной терапии.

Результаты. При оценке водно-электролитных нарушений рекомендуется отдельно оценивать волемический и осмолярный статус. Натрий играет главную роль в формировании осмолярности. Причиной гипонатриемии могут быть центральный гипотиреоз и гипокортицизм. Острые электролитные нарушения следует купировать быстро, а хронические – медленно (изменять уровень натриемии не более 8 ммоль/сут).

Заключение. Ведение данной группы пациентов должно проводиться мультидисциплинарной командой специалистов.

Быков В.В., Суханов С.А., Трушина О.В., Малюков В.О., Покалицина Ю.А., Кирякевич Л.О., Теплякова С.А., Корнеев Д.В.

ЭМБРИОНАЛЬНЫЕ КИСТЫ ШИРОКОЙ СВЯЗКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК ПРИЧИНА УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница», г. Саратов;
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского Минздрава России», г. Саратов.

Актуальность. Эмбриональные кисты широкой связки матки (ЭКШС) относят к дисонтогенетическим ретенционным образованиям, источником развития которых становятся мезотелий тазовой брюшины в области мезосальпинкса или производные мезонефроса. ЭКШС, редко встречающиеся у детей и подростков, имеют бессимптомное течение, способны достигать больших размеров и за счет подвижности широкой связки способны мигрировать за пределы малого таза.

Цель. Изучить клинические случаи ЭКШС среди детей и подростков.

Пациенты. Девочки-подростки, оперированные по поводу ЭКШС за период 2017–2019 гг. (n = 43, возраст от 10 до 17 лет 6 мес, средний возраст 13,9 ± 0,6 лет).

Результаты. В подавляющем большинстве случаев (95,3%) девочки имели гинекологический возраст более 2 лет, в 84,6% – физиологический менструальный цикл. В 76,7% случаев ЭКШС были выявлены случайно по данным эхографии, в 23,3% – при экстренном обращении по поводу абдоминального болевого синдрома. В 76,7% случаев ЭКШС были представлены параовариальными образованиями, в 23,3% – паратубарными гидатидами, в подавляющем большинстве случаев (93,1%) – односторонними (в 55% локализовались справа, в 45% – слева). В 2 случаях ЭКШС сочетались с доброкачественными новообразованиями яичников (зрелыми тератомами). Размер параовариальных образований колебался от 20 мм до 25 см. В 23,3% случаев ЭКШС осложнились перекрутом, среди них в 40,0% (в том числе при двусторонней локализации) в перекрут были вовлечены придатки матки. В 88,4% случаев энуклеация ЭКШС выполнена с использованием видеоэндоскопических технологий.

Заключение. ЭКШС могут стать причиной развития ургентных ситуаций, обусловленных перекрутом образований, в том числе с вовлечением придатков матки. С учетом бессимптомного течения, сохранение репродуктивного потенциала у юных пациенток зависит от регулярных ультразвуковых скрининговых исследований и междисциплинарного подхода к дифференциальной диагностике при абдоминальном болевом синдроме.

Володько Е.А., Латышев О.Ю., Мираков К.К., Тимохович Е.В., Самсонова Л.Н., Окулов А.Б.

СИНДРОМ ОСТРОЙ МОШОНКИ КАК РЕДКАЯ ПРИЧИНА ВЕРИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА 46,XX-ТЕСТИКУЛЯРНОЕ

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ, г. Москва;
ГБУЗ «ДГКБ имени З.А. Башляевой ДЗМ», г. Москва

Актуальность. Среди острых заболеваний яичка и его придатка выделяют две этиопатогенетические группы: болезни инфекционного и неинфекционного генеза (в том числе травматические повреждения). Острые заболевания органов мошонки имеют место также и у пациентов с отсутствующими внешними признаками вариантов нарушения формирования пола (НФП). Хирургические находки у этих пациентов являются единственным впервые выявленным симптомом НФП.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с НФП посредством своевременной рациональной диагностики и адекватных методов коррекции.

Пациенты. Ребёнок 14 лет поступил через 12 ч после удара мячом в паховую область с жалобами на боли в левой половине мошонки. При физикальном обследовании левая половина мошонки увеличена в размерах, яичко не пальпируется вследствие большого количества жидкостного компонента, резкой болезненности. Правое яичко в мошонке неоднородной консистенции, объёмом 3,5 мл. В области его верхнего полюса пальпируется эластичное образование объёмом 1,5 мл. Кавернозные тела прямые, длиной 9 см. Меатус расположен на головке, крайняя плоть не деформирована. Имеет место двусторонняя гинекомастия, экзогенно-конституциональное ожирение. Половое развитие по Таннер P4 G4. По данным УЗИ – гематома левой половины мошонки, разрыв левой гонады, объёмные образование гонад с двух сторон.

Результаты. Выполнена скрототомия слева, ревизия мошонки, биопсия объёмного образования гонады. Гонада плотная, синюшного цвета, в средней трети разрез линейной формы 0,7 см. У верхнего полюса плотное неоднородное образование (расширенная биопсия). Гистологическое и иммуногистохимическое исследования соответствуют овотестис. Для уточнения варианта НФП выполнены рекомендуемые диагностические мероприятия. Молекулярно-цитогенетическое исследование – 46,XX, SRY отрицательный. Лабораторные данные: гипергонадотропный гипогонадизм (тестостерон 1,2 нг/мл, ЛГ 8,0 мМЕ/мл, ФСГ 25,0 мМЕ/мл). Объём простаты, по данным УЗИ, 3,0,см^3. Установлен диагноз: НФП 46, XX, тестикулярная форма, SRY негативный, гипергонадотропный гипогонадизм, разрыв левого яичка.

Заключение. Представленный вариант НФП труден для диагностики в детском возрасте, нуждается в своевременной верификации, адекватной коррекции и мультидисциплинарной реабилитации.

Гавеля Е.Ю., Рогинский В.В., Надточий А.Г., Котлукова Н.П., Мустафина Ф.Н.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЯМИ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Москва;
ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития, г. Москва

Актуальность. Патологические образования из кровеносных сосудов представлены большим спектром проявлений – от незначительных по площади и объёму изменений окраски кожи до обширных разрастаний в глубину тканей, вызывающих серьёзные эстетические и функциональные осложнения, снижающие качество жизни ребёнка. Сосудистые поражения у детей проявляются при рождении или в первые месяцы жизни. Наиболее актуальной является проблема поиска и развития малоинвазивных методов лечения детей с сосудистыми поражениями.

Цель. Разработка и внедрение малоинвазивных методов лечения детей с сосудистыми поражениями лица и шеи.

Пациенты. В группу исследования вошли пациенты с гиперплазиями кровеносных сосудов (так называемые инфантильные гемангиомы) – 4390 наблюдений, мальформациями кровеносных сосудов – 397, проконсультированные, обследованные и пролеченные с 1999 по 2019 г. Наибольшую группу составили дети до 1 года.

Результаты. Лечение пациентов с гиперплазией кровеносных сосудов: динамическое наблюдение (108); медикаментозное лечение бета-блокаторами (680); аппликации раствора 0,5% тимолол, офтан тимогель 0,1% (196); хирургическое лечение (3062); фототерапия в резидуальной стадии (39); комбинированное лечение ,включающее медикаментозное лечение с последующей хирургической коррекцией или импульсной фототерапией (305). Пациенты с мальформациями кровеносных сосудов: хирургический (229); чрезкожная или чрезслизистая радиочастотная термоабляция (91); склерозирующая терапия (12); лазерная коагуляция с использованием гольмиевого и Nd:Yag-лазеров (50); эмболизация приводящих сосудов как 1-й этап лечения перед радиочастотной абляцией или удалением (15). Склерозирование остаточных полостей проводилось после ранее проведённого хирургического лечения, в качестве склерозанта использовался 70% растворр этанола.

Лечение детей с мальформациями кровеносных сосудов капиллярного типа и резидуальных телеангиэктазий проводили методом импульсной фототерапии. Количество сеансов составило от 3–10 с интервалом 1–1,5 мес. При проведении лазерной терапии PDL клинический эффект был заметен после 2-го сеанса, что подтверждалось данными компьютерной капилляроскопии, которая проводилась до и после сеанса.

Заключение. Таким образом, в лечении детей с сосудистыми поражениями в челюстно-лицевой области необходимо стремиться к малоинвазивным методам лечения, к которым относятся: радиочастотная абляция, лазерная абляция, импульсная фототерапия, медикаментозное лечение бета-блокаторами, склерозирование.

Гасанов Д.А., Барская М.А., Терёхин С.С., Смолин С.Е., Гасанова Т.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЯИЧЕК

ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», г. Самара

Актуальность. Проблема остры заболеваний яичка (ОЗЯ) является предметом особого внимания как детских хирургов, так и детских урологов-андрологов. Это обусловлено срочностью оперативного вмешательства, низкой эффективностью консервативного лечения, ведущего к некрозу органов мошонки.

Цель. Провести анализ результатов хирургического лечения ОЗЯ в отделении урологии педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина.

Пациенты. С 2006 по 2018 г. в отделении урологии педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина прооперировано 2620 детей с диагнозом ОЗЯ. Структура детей с ОЗЯ: 79% – перекрут гидатиды яичка, 12% – перекрут яичка, 9% – острый воспалительный орхоэпидидимит. Средний возраст детей составил 8,3 года.

Результаты. Проанализировано 90 детей, прооперированных 3 года назад и более. Все дети разделены на 3 группы, в зависимости от времени выполнения операции, после начала заболевания: 1-я группа (30 детей) – 0–24 ч; 2-я (30 детей) – 24–48 ч, 3-я (30 детей) – более 48 ч. В 1-й группе, у 98% пациентов отмечаются благоприятные результаты. Хорошим исходом мы считали симметричность яичек при осмотре, симметричный кровоток при УЗИ. У 2%, в случае перекрута яичка, отмечалось снижение кровотока в оперированном яичке. Во 2-й группе, в случае перекрута гидатид и острого орхоэпидидимита, у 88% отдалённые результаты благоприятные; у 10% отмечается ассиметрия яичек и снижение кровотока в оперированном яичке; у 2% пациентов с перекрутом яичка отмечаются признаки атрофии яичка. В 3-й группе, в случаях перекрута яичка, у 100% наступила атрофия яичка. Среди пациентов с перекрутом гидатиды благоприятные результаты отмечались у 60%, ассиметрия яичек и снижение кровотока в оперированном яичке отмечались у 23%.

Заключение. Наиболее частой причиной ОЗЯ в детском возрасте является перекрут гидатиды яичка. В случаях перекрута яичка операция в течение 12 ч от начала заболевания даёт наилучшие отдалённые результаты. В случаях перекрута гидатид отдалённые результаты у пациентов разных групп практически не отличаются.

Голиков Д.Е., Карасева О.В., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Янюшкина О.Г., Уткина К.Е., Батунина И.В.

РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА 3 В РАННЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ IV СТЕПЕНИ

ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ», г. Москва

Актуальность. Формированием аппендикулярного абсцесса 3 в раннем посттравматическом периоде при повреждении поджелудочной железы (ПЖ) IV стадии мы встретили в своей практике впервые. Причем не нашли подобных клинических наблюдений в доступной нам литературе.

Цель. Представить лечебно-диагностическую тактику в редком клиническом наблюдении сочетания двух заболеваний органов брюшной полости.

Пациенты. Мальчик 10 лет поступил в экстренном порядке через 3 ч после падения (ударился животом о деревянную планку) с жалобами на резкую боль в животе. При поступлении выполняли клинико-лабораторное обследование, УЗИ и СКТ живота.

Результаты. На основании проведенного обследования установлен диагноз: закрытая травма живота. Разрыв ПЖ IV степени. Разрыв печени (S4) II степени. Малый гемоперитонеум. По данным СКТ, диагностирован глубокий разрыв паренхимы ПЖ на границе головки и тела с повреждением панкреатического протока. В посттравматическом периоде проводили инфузионную, антибактериальную терапию, эпидуральную анестезию, зондовое кормление в тощую кишку, пункцию и дренирование оментобурсита под контролем УЗИ (получена серозно-геморрагическая жидкость с высоким уровнем амилазы). На 10-е сутки посттравматического периода на фоне клинического благополучия при контрольной МР ХПГ помимо посттравматических изменений поджелудочной железы и окружающих ее тканей выявлено формирование жидкостного образования с капсулой в правой подвздошной области, не связанного с забрюшинными клетчаточными пространствами. Проводили дифференциальный диагноз между панкреатогенным и аппендикулярным абсцессом. При детальном УЗИ был визуализирован измененный червеобразный отросток в полости абсцесса. При пункции под контролем УЗИ получено 20 мл густого гноя с запахом «кишечной палочки», в полость абсцесса установлен дренаж 10 Fr. По данным микробиологического исследования, получен рост *E.coli.* Дренаж из сальниковой сумки удален на 14-е сутки после установки, из полости абсцесса – на 4-е. На 16-е сутки после травмы на фоне нормализации уровня амилазы крови удален назоинтестинальный зонд и начато кормление через рот. Выписан домой на 25-е сутки в удовлетворительном состоянии. В катамнезе (4 мес): жалоб нет, при УЗИ брюшной полости патологических образований не выявлено, червеобразный отросток не визуализируется. Планируется лапароскопическая аппендэктомия в плановом порядке.

Заключение. Использование современных диагностических и хирургических технологий обеспечивает эффективное и малоинвазивное лечение при сочетанной абдоминальной патологии.

Гордиенко И.И., Марфицын А.В., Кожевников Е.Г., Цыганенко В.С.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ НА ФОНЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

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

Актуальность. Костные кисты, очаги фиброзной остеодисплазии часто имеют бессимптомное течение до появления патологического перелома костей (ППК), который в 50–75% случаев является первым проявлением заболевания.

Цель. Анализ структуры и методов лечения патологических переломов костей у детей на фоне полостных образований.

Пациенты. В клинический материал включено 43 ребенка с ППК, которые пролечены в отделении травматологии за 2-летний период. Мальчики (67%) преобладали над девочками (33%). Средний возраст составил 11,5 ± 1,7 лет. Локализация патологического очага различна: плечевая кость – 13 (30,2%) детей, бедренная – 9 (21%), большеберцовая – 9 (21%), пяточная – 4 (9,3%) , пястные кости – 3 (7%), лучевая – 2 (4,6%) и по одному случаю: малоберцовая, подвздошная и плюсневая кости – 3 (6,9%).

Результаты. Оперативное лечение выполнялось в отсроченном порядке, при ПП трубчатых костей и подвздошной кости заключалось в резекции патологического очага и аллопластике препаратами спонгиозной костной ткани с интрамедуллярной фиксацией титановыми эластичными стержнями. В случаях лечения пяточной кости, выполнялось пункционное заполнение кисты гидроксиапатитом кальция. Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. В отдаленном послеоперационном периоде (через 1 год) отмечалась реструктуризация полости и приживление трансплантата – у 37 (86%) детей у 6 (14%) пациентов наблюдался рецидив образования. Морфология показала, что в большинстве случаев имелась аневризмальная костная киста у 24 (55,8%) дтей, фиброзная дисплазия – у 12(28%), солитарная костная киста – у 5 (11,6%), гигантоклеточная опухоль – у 2 (4,6%).

Заключение. В подавляющем большинстве случаев патологические переломы у детей возникают на фоне аневризмальной костной кисты и фиброзной остеодисплазии, Аллопластика препаратами спонгиозной костной ткани дает удовлетворительные результаты с высоким процентом восстановления структуры кости.

Гордиенко И.И., Марфицын А.В., Сосновских А.К.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

МАУ Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург

Актуальность. Повреждения кисти занимают одно из первых мест среди травм опорно-двигательного аппарата и составляют до 50% травм у детей разных возрастных групп. На долю переломов пястных костей приходится от 10 до 35% всех переломов у пациентов детского возраста. При этом превалируют закрытые переломы II–V пястных костей.

Цель. Анализ тактики лечения закрытых переломов пястных костей у детей.

Пациенты. За период 2017–2019 гг. было пролечено 240 детей с закрытыми переломами пястных костей. Мальчики преобладали над девочками – 209 (87%) и 31 (13%) соответственно. В структуре повреждений преобладали подголовчатые переломы II–V пястных костей – 182 (76%) ребёнка, реже встречались переломы I пястной кости – 42 (17,5%) и переломы диафиза II–V пястных костей – 16 (6,5%) детей. В острый период травмы госпитализированы 194 (81%) ребёнка, а 46 (19%) оперированы в плановом порядке с неправильно консолидирующимися переломами в сроки от 2 до 7 нед. Закрытая ручная репозиция отломков выполнена в 59 (24,5%) случаях, а 181 (75,5%) ребёнку – закрытая репозиция и остеосинтез спицей Киршнера или стержнем TEN.

Результаты. При закрытой репозиции перелома пястных костей без остеосинтеза выявлено, что в 37 (62,7%) случаях возникло вторичное смещение отломков, особенно при подголовчатых переломах II–V пястных костей. В 99 (54,7%) случаях при остеосинтезе спицу либо стержень погружали под кожу с последующей плановой госпитализацией и удалением фиксатора под наркозом. Остальным 82 (45,3%) детям фиксирующая перелом спица была оставлена над кожей, что позволило удалять её амбулаторно, без анестезии. Ни в одном случае не произошло гнойно-воспалительных осложнений.

Заключение. Вторичное смещение отломков возникает в 62,7% случаев закрытой репозиции переломов пястных костей, что связано с анатомическими особенностями мышечно-связочного аппарата кисти. Оставление спицы над кожей при остеосинтезе пястных костей не приводит к осложнениям при адекватном уходе и позволяет избежать повторной госпитализации и наркоза.

Годяцкий А.Г., Тома Д.А., Ефременков А.М., Киргизов И.В.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» г. Белгород;
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УДП РФ, г. Москва.

Актуальность. Несмотря на снижение заболеваемости деструктивной пневмонией за последние два десятилетия, количество детей с осложненным течением болезни не уменьшается. Разработанные и внедрённые малоинвазивные технологии и схемы лечения не всегда приводят к удовлетворительным результатам.

Цель. Поделиться опытом лечения таких пациентов.

Пациенты. На фоне ветряной оспы, ребенок, 7 лет, заболел пневмонией, по поводу которой в течение 2 нед получал консервативное лечение, без эффекта. После появления симптомов дыхательной недостаточности, ребёнок переведён в областную клиническую больницу г. Белгорода с клинико-рентгенологическими проявлениями деструктивной пневмонии слева и наличием пиоторакса.На фоне интенсивного лечения выполнено дренирование левой плевральной полости, эвакуировано около 350 мл экссудата. Через 5 сут, в связи с отсутствием улучшения, проведена торакоскопическая санация левой плевральной полости. Послеоперационный период, несмотря на комплексное лечение, осложнился формированием выраженного фиброторакса слева, с асимметрией, отсутствием экскурсии грудной клетки слева и функциональным сколиозом.Ребёнок переведён в Центральную клиническую больницу с поликлиникой УДП РФ. Выполнена торакотомия слева, выявлены массивные, плотные плевральные наложения, с техническими трудностями проведён тотальный левосторонний плевродез. 2 сут послеоперационного периода ребёнку проводили ИВЛ с целью увеличения функционального объёма легкого и экскурсии грудной клетки. В дальнейшем в лечение добавлена физиотерапия, дыхательная гимнастика и ЛФК.

Результаты. Мальчик выписан на 14-е сутки. Через 3 мес сохранялась незначительная асимметрия грудной клетки, которая полностью нивелировалась к 6 мес. Последующие рентгенологические исследования без патологии.

Заключение. Таким образом, существующие схемы активного малоинвазивного лечения деструктивных пневмоний не всегда обеспечивают отсутствие осложнений в виде фиброторакса.

Глухов Д.А.

ОПУХОЛИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ В ОБЛАСТИ КАНАЛА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ. РАЗБОР СЕРИИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» МЗ РФ,
г. Санкт Перербург

Актуальность. Редкость патологии шейного отдела позвоночника (ШОП) у детей обусловливает малую освещённость проблемы в литературе, затруднения при постановке диагноза и невозможность накопления большого личного опыта в лечении данной группы пациентов.

Цель. Демонстрация 3 клинических случаев диагностики и хирургического лечения опухолей ШОП области канала позвоночной артерии у детей.

Пациенты. 1. Пациентка И., 16 лет, наблюдалась неврологом по причине периодических головных болей. Получала консервативную терапию. За 1 мес до госпитализации появилась боль в шее. Выполнена компьютерная томография (КТ): патологическое образование правого межпозвонкового сустава С5-С6 позвонков.

2. Пациент М., 14 лет, наблюдался у невролога и ортопеда по месту жительства с болью в шее, кривошеей. Получал консервативную терапию. Выполнена КТ: патологическое образование правой боковой массы С2 позвонка. По месту жительства выставлен диагноз: гемангиома С2 позвонка. Продолжено лечение кривошеи в течение 1 года.

3. Пациент М., 17 лет, в течение 2 лет наблюдался неврологом по причине головных болей и болей в шее. Получал консервативную терапию. Выполнена КТ: патологическое образование правой боковой массы С4 позвонка.

Результаты. После поступления пациентов в клинику выполнены обследования, консультации невролога до и после лечения, хирургическое лечение. В клиническом случае №1 гистологическое заключение – остеохондрома, в клинических случаях № 2 и № 3 – остеоид-остеома. В клиническом случае № 1 в послеоперационном периоде отмечалась корешковая симптоматика С7–С8 справа с положительной динамикой на фоне нейротропной терапии. В клиническом случае № 3 интраоперационно получено кровотечение из позвоночной артерии, выполнен гемостаз. В послеоперационном периоде неврологических нарушений не выявлено.

Заключение. Низкая осведомлённость врачей и сложность диагностики опухолей ШОП у детей затрудняют постановку диагноза и многократно увеличивают время до госпитализации в специализированное отделение и начала этиологического лечения.

Денис А.Г., Рехвиашвили М.Г., Кузнецова Ю.А., Полуэктов Д.С., Базина И.Г. , Томина В.О., Таранова Ю.А., Шалатонин М.П., Каражова Э.Ф., Стародубова А.А, Абушкин И.А.

НЕЙРОБЛАСТОМА НОВОРОЖДЕННОГО С РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница», г. Москва

Актуальность. В структуре общей онкологической заболеваемости у детей нейробластома занимает 4-е место. Нейробластома – эмбриональная злокачественная опухоль, происходящая из симпатогониев. Частыми локализациями поражения при нейробластоме являются надпочечники, забрюшинное пространство, реже – заднее средостение и область малого таза. Первоначально симптомы нейробластомы не имеют специфичности и могут имитировать различные педиатрические заболевания, что зачастую составляет сложность ее диагностики.

Цель. Диагностика, верификация и лечение опухоли.

Пациенты. Мальчик, 29 дней, поступил в отделение неонатологии и неонатальной хирургии МГКБ по экстренным показаниям с диагнозом: образование шеи неясной этиологии: младенческая гемангиома? Мышечная кривошея? Образование в области шеи справа с рождения, выписаны из роддома на 4-е сутки жизни под наблюдение педиатра по месту жительства. В возрасте 25 сут жизни при плановом обращении выполнено УЗИ мягких тканей, на котором выявлено образование неясной этиологии. Ребёнок направлен в МГКБ. В отделении выполнено КТ с внутривенным болюсным контрастным усилением. Заключение: КТ-картина объемного паравертебрального образования мягких тканей шеи справа без достоверных данных за инвазию в окружающие структуры. Онкомаркеры на момент поступления в стационар: AFP 1 970,75 МЕ/мл, b-ХГЧ 2,00 мМЕ/мл. Ребёнок консультирован онкологом. Принято решение о проведении радикального удаления новообразования шеи.

Результаты. Оперативное лечение без особенностей. Выполнен гистологический и иммуно-гистохимический анализ удаленного материала, заключение: низкодифференцированная нейробластома с низким МКИ. Послеоперационный период без особенностей.

Заключение. Таким образом, нейробластома может встречаться уже с рождения, в том числе и при более редкой ее локализации на шее. Необходима ранняя, перинатальная диагностика и привлечение смежных специалистов для составления специализированной тактики лечения.

Дербенёв В.В., Шевченко И.Ю., Тимонина А.В., Гольденберг И.Г.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ НЕОТЛОЖНЫЕ ЛАПАРОСКОПИИ В КАРЕЛЬСКОМ ЦЕНТРЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ КАРЕЛИИ ЗА 30 ЛЕТ

Карельский Центр Детской Хирургии (КЦДХ), г. Петрозаводск

Цель. Снижение числа неоправданных лапаротомий.

Пациенты. Дети, поступившие в КДХЦ с клиникой острого живота.

Результаты. В феврале 1990 г. впервые в Карелии освоена и внедрена в практику диагностическая неотложная лапароскопия (ДНЛС) (В.В. Дербенёв) с помощью инструментов и аппаратуры фирмы “K.Storz”. Число лапароскопий за время их постоянного применения превышает 1100–1200 за каждое десятилетие. Общее число диагностических лапароскопических обследований с 1990 г. составило 3720. Из общего числа диагностических лапароскопий обследования по неотложным показаниям составили 95%.В течение 30 лет в Карельском Центре детской хирургии (КЦДХ) широко используется ДНЛС, что привело к ощутимой пользе в диагностике и лечении детей с острым абдоминальным синдромом. После первых 10 лет применения ДНЛС произошло более чем тридцатикратное снижение удельного веса неоправданных лапаротомий у детей с острым абдоминальным синдромом. За последние годы неоправданных лапаротомий после ДНЛС практически нет. Среди пациентов с острым абдоминальным синдромом преобладали дети с подозрением на воспалительные заболевания — острый аппендицит, перитонит, 93%. Из этой группы детей лишь у 44% выставлены показания к срочному оперативному лечению. Среди всех оперированных после ДНЛС преобладали дети с острым аппендицитом (87%). У 56% обследованных лапароскопически выставлены показания для консервативного лечения. Из них большую часть (56%) составили дети с воспалительной патологией брюшной полости, не требующей оперативного лечения – мезаденит, гематогенный перитонит и сальпингиты. У 15% обследованных отсутствовала патология брюшной полости.Продолжительность ДНЛС – важный фактор в неотложной хирургии, это время установления диагноза. У 40% обследованных продолжительность ДНЛС не превышала 30 мин, а у 57% для установления диагноза потребовалось не более 15 мин.Осложнения ДНЛС за 30 лет отмечены в 9 случаях. У 2 детей для устранения осложнения потребовалось оперативное лечение, у 7 выполнено консервативное лечение.

Заключение. ДНЛС улучшает диагностику.

Дорохин А.И., Очкуренко А.А.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ТАЗА С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

ФГБУ «НМИЦ ТО имени Н.Н. Приорова», г. Москва

Актуальность. По данным статистики РФ, отмечен подъем травматизма у детей. Число переломов костей таза в сочетании с переломами бедра возрастает и является сложной проблемой травматологии. Показания к расширению оперативных методов лечения данных повреждений увеличиваются.

Цель. Разработать оптимальные методы лечения переломов костей таза в сочетании с переломами бедра у детей.

Пациенты. Под нашим наблюдением за последние 10 лет находились 56 пациентов с переломами костей таза. Из них у 12 имела место политравма – сочетание переломов костей таза и бедра.

Результаты. В каждом случае формировался индивидуальный Протокол лечения пациента. При повреждениях Мальгеня (переломы заднего и переднего полуколец таза), отрывных переломах у пациентов, активно занимающихся спортом, переломах в области вертлужной впадины показано оперативное лечение. При переломах бедренной кости в сочетании с переломами костей таза, в лечении переломов бедра оперативный метод предпочтителен, но возможно скелетное вытяжение у детей младшей группы.Основным методом лечения был метод чрескостного остеосинтеза. Во всех случаях нами получены положительные результаты.

Заключение. Методы выбора лечения при переломах костей таза в сочетании с переломами бедра должны быть индивидуальными и зависеть от вида перелома, давности травмы и возраста пациента.

Дорохин А.И., Очкуренко А.А.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ФГБУ «НМИЦ ТО имени Н.Н. Приорова», г. Москва

Актуальность. В настоящее время отмечен рост повреждений тазобедренного сустава (ТБС) у детей, что является одной из сложных травм. Они составляют до 1,5% от всех переломов ОДА. Число неудовлетворительных результатов остается высоким. Развитие методов диагностики и хирургического лечения позволяют получить благоприятные результаты при лечении последствий повреждений ТБС.

Цель. Проанализировать результаты лечения с последствиями травм ТБС у детей, изучить причины, приведшие к их возникновению, оптимизировать методы лечения.

Пациенты. 146 пациентов с последствиями травм ТБС: асептический некроз головки бедра – у 36 детей, деформации области ТБС – у 37, контрактуры ТБС – у 33, ложные суставы шейки бедра – у 36, застарелые переломо-вывихи – у 4.

Результаты. При лечении несращений проводилось КТ ТБС, это обосновывало применение остеосинтеза с костной пластикой при асептическом некрозе. При его отсутствии проводился стабильный остеосинтез. При лечении контрактур, наличии костно-хрящевых тел применялась артроскопия ТБС, что позволяло устранить импичмент-синдром, мобилизовать ТБС. При развитии укорочений нижних конечностей затем их удлиняли, в основном за счет голени.При застарелых переломо-вывихах проводилось открытое вправление с остеосинтезом аппаратами таз–бедро.У пациентов старше 16 лет при ложных суставах шейки бедра с нарушениями кровообращения возможно проведение эндопротезирования ТБС. Выполнено 3 операции. Альтернатива – артродез или удаление головки с вправлением большого вертела.При посттравматических деформациях проводились корригирующие остеотомии с использованием металлоостеосинтеза.

Заключение. Лечение последствий повреждений ТБС у детей далеки от своего разрешения. Комплексное обследование позволяет осуществить дифференцированный подход к выбору методов лечения при застарелых повреждениях ТБС. Предпочтение отдавалось малотравматичным и технологичным методам лечения. Современный комплекс диагностики повреждений и их лечение позволили сократить сроки лечения и получить благоприятные результаты.

Журило И.П., Толкач А.К., Сергиенко М.В., Черногоров О.Л.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

БУЗ ОО «НКМЦ помощи матерям и детям имени З.И. Круглой», г. Орёл

Актуальность. Проблема лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта (ИТ ЖКТ) не теряет своей актуальности. Лечебно-диагностический алгоритм при данной патологии может варьировать от банального «созерцательного» наблюдения до сложных индивидуальных тактических решений.

Цель. Обобщить собственный опыт диагностики и лечения ИТ ЖКТ у детей и вынести на обсуждение наиболее сложную клиническую ситуацию.

Пациенты. За период с 2015 по 2019 г. на лечении находились 132 ребенка в возрасте от 3 мес до 16 лет с различными ИТ ЖКТ. Мальчиков было 69 (52,3%), девочек – 63 (47,7%). Чаще встречались монеты – 79 (59,8%), батарейки – 18 (13,6%), пластиковые детали – 9 (6,8%) и неодимовые магниты (НМ) – 6 (4,6%). У пациента в возрасте 1 год 2 мес при обзорной рентгенографии (ОР) отмечено линейное расположение 7 элементов НМ в проекции желудка. Произведена ФЭГДС. Обнаружены и удалены 4 шарика. Оставшиеся 3 в течение 18 ч не меняли своего положения. При лапароскопии обнаружена точка аномальной фиксации сигмовидной кишки. Над ней выполнена мини-лапаротомия. Произведена сигмотомия и из просвета извлечено инородное тело – 1 НМ. Два оставшихся элемента не обнаружены. Дефект стенки кишки ушит. На операционном столе выполнена ОР – 2 НМ располагаются слева от позвоночного столба на уровне связки Трейца. Выполнена верхнесрединная лапаротомия. В 1 см от связки Трейца, на стенке тощей кишки обнаружена точечная метка. Магниты были выявлены в забрюшинной части двенадцатиперстной кишки. На операционном столе выполнена ФЭГДС и удаление оставшихся инородных тел.

Результаты. Послеоперационный период протекал гладко. В удовлетворительном состоянии ребёнок выписан домой. В данном наблюдении имела место сочетанная фиксация желудка, начального отдела тощей и сигмовидной кишки.

Заключение. Подобный вариант расположения магнитов возможен лишь при этапном попадании ИТ в ЖКТ. Отсутствие пассажа остаточных ИТ в течение 8–12 ч после неполного удаления является показанием к активной хирургической тактике.

Завгороднев А.В., Шмырева Е.С., Енаки О.Н., Андриевская К.В., Яковлева Е.П., Прянишена Л.Т.

СЛОЖНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АРТЕРИОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница № 1», отделение детской экстренной хирургии № 1, Приморский край, г. Владивосток

Актуальность. Артериомезентериальная дуоденальная компрессия (АМДК) – редкое, трудно диагностируемое заболевание в детском возрасте. Трудности чаще возникают при дифференциальной диагностике между АМДК и высокой частичной кишечной непроходимостью (ВЧКН).

Цель. Поделиться собственным клиническим наблюдением АМДК.

Пациенты. Больная П., 14 лет, поступила в отделение детской экстренной хирургии с жалобами на схваткообразные боли в животе периодического характера, многократную рвоту желудочным содержимым с примесью желчи и зелени.

Результаты. Из анамнеза известно: 9 лет назад оперирована по поводу флегмонозного аппендицита. За последние полгода выросла на 7 см, похудела на 5 кг. Выполнено рентгенологическое обследование ЖКТ с бариевой взвесью, выявлены признаки высокой частичной кишечной непроходимости. Девочка оперирована. Во время операции выявлены: больших размеров желудок и 12-перстная кишка диаметром до 6,0 см, плоскостные спайки, сдавливающие кишку в области связки Трейца. Спайки разделены. Брюшная полость ушита. В послеоперационном периоде сохранялись признаки ВЧКН, в связи с чем выполнена КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с пероральным контрастированием. Отмечается зона сужения горизонтальной ветви 12-перстной кишки между верхней брыжеечной артерией (ВБА) и аортой, расстояние 5 мм (норма 13–34 мм), угол отхождения ВБА от аорты до 17 (норма до 34–68°). Выставлен диагноз: АМДК. Оперирована повторно, наложен гастроеюноанастомоз. Пассаж по желудочно-кишечному тракту восстановлен. Девочка выписана домой на 14-е сутки с выздоровлением.

Заключение. Учитывая данный диагностический случай, необходимо помнить, что у детей пубертатного возраста АМДК манифестирует в период резкого скачка роста. В связи с этим, с целью дифференциальной диагностики ВЧКН и определения правильной тактики лечения данных пациентов, после проведения рентгенологического исследования, с целью исключения АМДК, рекомендуем проведение КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с пероральным контрастированием.

Зорин В.И., Мушкин А.Ю.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

ФГБУ «СПб НИИФ МЗ РФ, Клиника детской хирургии и ортопедии», Санкт-Петербург;
Научно-клинический центр патологии позвоночника ФГБУ «СПб НИИФ», Санкт-Петербург;
ФГБУ «ВПО СЗГМУ имени И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Актуальность. Научно-практическая актуальность патологических переломов позвоночника у детей определяется анатомо-функциональной важностью рассматриваемой области, относительной редкостью патологии, многообразием морфологической природы патологического процесса от воспаления до злокачественных опухолей. По данным литературы, переломы позвоночника в структуре детского травматизма составляют порядка 0,55%. При этом частота травматической патологии позвоночника по регионам Российской Федерации имеет существенные колебания. Указанные особенности определяются с одной стороны редкостью патологии, с другой стороны – отсутствием единых диагностических подходов в детской травматолого-ортопедической службе. Тем более, что отсутствует статистика патологических переломов позвоночника у детей, это подтверждается редкостью обзорных публикаций по данной теме.

Цель. Анализ особенностей и структуры патологических переломов позвоночника у детей.

Пациенты. Моноцентровая когорта – 62 ребенка. Проведен анализ морфологической структуры патологических переломов позвоночника по данным верификации патологического процесса с исследованием материала из зоны поражения.

Результаты. Средний возраст пациентов 10 лет, без половых особенностей. Наиболее часто встречались переломы на уровне Th6-9. В 10 наблюдениях отмечались сочетанные и множественные поражения, то есть имелась патология других анатомо-функциональных областей и других отделов скелета. По данным гистологического исследования, у 50% больных патологический перелом был обусловлен воспалительным процессом, при бактериальном подтверждении лишь у одного ребенка, у 42% детей диагностирована опухоль, из них в 31% случаев злокачественная. Дистрофические изменения костной ткани верифицированы в 8% наблюдений.

Заключение. Высокая частота неопластических процессов требует инвазивной диагностики при патологических переломах позвоночника. Лечебная тактика определяется клиническими, лучевыми и морфологическими характеристиками патологии.

Зотин А.В., Ахмадуллина Л.Р.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ В ОКБ ХАНТЫ-МАНСИЙСКА

Ханты-Мансийская Медицинская академия, г. Ханты-Мансийск;
Окружная клиническая больница Ханты-Мансийска, г. Ханты-Мансийск

Актуальность. На долю травматизма, возникающего вследствие дорожно-транспортных происшествий, приходится около 40% (ВОЗ). Наиболее опасными, являются множественные и сочетанные травмы, при которых летальность у детей составляет от 7,1 до 22%.

Цель. Продемонстрировать трудности и результаты лечения при одномоментном массовом поступлении детей с политравмой в Окружную клиническую больницу после ДТП.

Пациенты. 4 декабря 2016 г. в Ханты-Мансийском районе произошло ДТП с автобусом, перевозившим детей. Одновременно в приемное отделение поступило 16 детей. Средний возраст составил 12,5 лет. В реанимационное отделение госпитализированы 11 детей в крайне тяжелом и тяжелом состоянии. У большинства детей ISS > 16 баллов. В состоянии травматического шока II-III степени находилось 4 детей. Больные с преимущественно тяжелой ЧМТ были разделены на группы: с абдоминальной травмой, с торакальной травмой и тяжелыми переломами. Изолированных повреждений не было, у всех были множественные и комбинированные повреждения.

Результаты. КТ и УЗИ выполнено 13 (81,2%) детям. Для определения тактики ведения применен FAST-протокол, проводилось УЗИ в динамике. 9 (56%) детей с закрытой травмой груди были переведены на ИВЛ. Всего было прооперировано 13 детей. Дренирование плевральной полости и установка датчика для измерения ВЧД выполнена у 3 (18,7%) детей. Декомпрессионная трепанация черепа – у 2 (12,5%) детей, скелетное вытяжение и репозиция переломов – у 4 (25%). Диагностическая лапароскопия, лапаротомия со спленэктомией из-за массивного кровотечения и тяжелого состояния выполнена у 2 (12,5%) пациентов. Среднее количество койко-дней в РАО составило – 8,6. Четверо детей переведены в федеральные центры, остальные выписаны с улучшением.

Заключение. Сортировкой, на этапе поступления пострадавших в приемное отделение, занимается опытный хирург, он назначает обследование, при отсутствии данных о пациенте присваивает номер. При стабильном состоянии проводится КТ. УЗИ в динамике являются приоритетными у детей с внутрибрюшным кровотечением.

Игнатьев Е.А., Васильева Т.М., Корчагина Е.В., Крылов А.Н.

ВНЕДРЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАБОТУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 125» ДЗМ, г. Москва.

Актуальность. Одной из главных задач современной системы здравоохранения является повышение доступности медицинской помощи. Телемедицинские услуги в виде дистанционного наблюдения могут приблизить первичную медицинскую помощь к пациенту без визита в поликлинику. Снижение нагрузки на специалистов первичного звена, обеспечение взаимодействия врача, пациента и его законных представителей определяют лечебную и экономическую эффективность, и, следовательно, актуальность разработки и внедрение систем дистанционного мониторинга за пациентами, включая развитие телемедицинских услуг, что в рамках оказания первичной медицинской помощи наиболее актуально в виде дистанционного наблюдения за пациентом. Задачи дистанционного мониторинга: увеличить приверженность пациентов и законных представителей к лечению; способствовать мотивации пациентов и врачей в получении и оказании телемедицинских услуг; уменьшить количество немотивированных визитов в поликлинику; снизить нагрузку на специалистов первичного звена; экономить денежные средства. Всё вышеперечисленное может быть в полной мере актуальным.

Цель. Создать программу дистанционного мониторинга и провести апробацию разработанной программы в условиях детской поликлиники.

Пациенты. Создан онлайн-сервис для дистанционного наблюдения за детьми с инфантильными гемангиомами и хирургической инфекцией кожи после хирургических манипуляций. В августе-ноябре 2019 г. к системе наблюдения подключено 103 человека: 20 – дети с гнойными заболеваниями кожи (1-я группа), 83 – с гемангиомами (различные формы), (2-я группа).

Результаты. Количество посещений детей поликлиники в 1-й группе снизилось с 4 до 2, во 2-й – с 4 до 1 в мес. Имеющиеся в программе информационные материалы мотивируют родителей на четкое наблюдение и определение объективных признаков осложнений и/или неблагоприятного течения патологического процесса. За прошедшее время не выявлено ни одного осложнения при наблюдении за пациентами с воспалительными заболеваниями кожи и осложнений при лечении гемангиом.

Заключение. Дистанционный мониторинг позволяет: 1) сократить количество очных приемов в процессе лечения; 2) систематизирует данные о больных, получающих лечение; 3) увеличивает приверженность законных представителей к лечению и наблюдению за патологическим процессом; 4) сокращает сроки ожидания специализированной медицинской помощи в плановом порядке.

Иванов Г.В., Смирнов А.А., Ясюченя В.В., Ти А.Д., Жирылеев А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСГАСТРАЛЬНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ

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

Актуальность. Для лечения кист поджелудочной железы (ПЖ) у детей, как и у взрослых, традиционно используются различные методики, такие как частичное или полное удаление кисты, оперативное или пункционное дренирование наружу, а также различные операции с формированием соустья между кистой и пищеварительным трактом. У взрослых пациентов получил распространение и зарекомендовал себя метод эндоскопического внутреннего дренирования, который у детей применяется крайне редко.

Цель. В работе представлен первый опыт эндоскопического внутреннего дренирования кисты ПЖ в желудок под контролем ЭндоУЗИ у подростка 13 лет.

Пациенты. У пациента, 13 лет, обследованного с жалобами на периодические боли в верхних отделах живота, приступы тошноты и рвоты, в области перешейка поджелудочной железы выявлена киста диаметром 75 мм, прилегающая к задней стенке желудка. Учитывая локализацию и размеры кисты, было принято решение о выполнении «Эндоскопического трансгастрального дренирования кисты под контролем эндоУЗИ». В ходе операции при эндосонографии произведена пункция кисты через заднюю стенку желудка иглой 19G, через иглу в просвет кисты введена струна-проводник. Пункционное отверстие расширено цистотомом 8,5 Fr и по струне установлен металлический самораспрямляющийся стент. В послеоперационном периоде у пациента не было болевых ощущений, ему проводилась инфузионная, антисекреторная, спазмолитическая, а также антибактериальная терапия с целью профилактики инфекционных осложнений. С 3-х суток возобновлено кормление с постепенным расширением диеты.При исследовании полученного секрета кисты: атипичные клетки не обнаружены, уровень амилазы общей 24Ед/л, панкреатической 20Ед/л. Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки.

Результаты. Стент был планово удалён через 2 мес. При контрольном обследовании через 7 мес рецидива кисты не выявлено.

Заключение. Эндоскопическое дренирование кист поджелудочной железы может являться эффективной и малотравматичной методикой в детском возрасте.

Иванов Г.В., Табанакова И.А., Ясюченя В.В.,Ти А.Д.

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛЁГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПОДРОСТКА, ВЫЗВАННОЕ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ СОСУДОВ ЛЁГКОГО

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

Актуальность. Легочные кровотечения и кровохарканье – редкие симптомы в детском возрасте. Нами представлен случай кровотечения из артериовенозной мальформации (AVM) сосудов лёгкого у подростка. Подобные кровотечения практически не встречаются у детей.

Цель. Демонстрация редкого клинического наблюдения кровотечения из артериовенозной мальформации (AVM) сосудов лёгкого у подростка и возможностей эндоскопических и рентген-эндоваскулярных методик гемостаза.

Пациенты. Юноша, 16 лет, госпитализирован с жалобами на кратковременный эпизод кашля с прожилками крови в мокроте. Рентгенограмма органов грудной клетки и осмотр ЛОР-врачом не выявили источник кровотечения. Во время диагностических фиброларингоскопии, фибробронхоскопии и эзофагогастродуоденоскопии источник или признаки состоявшегося кровотечения не выявлены. На КТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием выявлены интерстициальные изменения в нижней доле правого лёгкого по типу «матового стекла», заподозрена сложная аномалия сосудов правого лёгкого – AVM. На 3-и сутки госпитализации у пациента возникло массивное лёгочное кровотечение. При экстренной бронхоскопии выявлен источник кровотечения — мелкий возвышающийся эрозированный участок слизистой базального бронха справа, из которого выделялась пульсирующая струя крови. В базальный бронх были установлены 2 губчатых бронхообтуратора – кровотечение остановлено. После достижения гемостаза пациенту выполнена ангиопульмонография и выявлена артериовенозная мальформация. После эмболизации эмбосферами 700–900 мкм кровотечение остановлено.

Результаты. Нахождение губчатых бронхообтураторов не привело к развитию ателектаза. Пациент выписан с выздоровлением. Рецидивов кровотечения не было.

Заключение. Малоинвазивные (эндоскопические и рентген-эндоваскулярные) методики гемостаза могут быть эффективными в лечении детей с лёгочными кровотечениями.

Иванова-Давыдова Е.В., Глебова Е.С., Амчеславский В.Г.

ОСОБЕННОСТИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ДЕТЕЙ ПРИ СЕПСИСЕ

ГБУЗ «НИИ НДХиТ», г. Москва

Актуальность. Пациенты отделений анестезиологии и реанимации хирургического профиля отличаются высокой частотой присоединения гнойно-септических осложнений. Метаболизм больных, находящихся в сепсисе и, тем более в септическом шоке, претерпевает значительные изменения. Известно, что выброс провоспалительных цитокинов и повышение температуры тела приводят к увеличению энергетических потребностей (ЭП) организма. В комплекс интенсивной терапии септических пациентов, как правило, входят ИВЛ, седация, вазопрессорная и/или инотропная поддержка, физические и медикаментозные способы снижения температуры, экстракорпоральная детоксикация. Каждый из вышеперечисленных компонентов терапии оказывает влияние на величину истинного расхода энергии (ИРЭ). У детей в критических состояниях расчетные методы определения ЭП дают некорректные значения, поэтому необходимо проводить регулярные измерения ИРЭ методом непрямой калориметрии.

Цель. Провести сравнение удельных величин ИРЭ, измеренных методом НК, у детей с гнойно-септическими осложнениями при различном сочетании применяемых методов лечения.

Пациенты. У 24 детей в сепсисе проводились измерения ИРЭ методом НК на метаболографе Quarksline. Оценивалась динамика полученных удельных величин ИРЭ в зависимости от сочетания компонентов проводимой интенсивной терапии.

Результаты. Сравнительный анализ показал, что в глубокой седации ИРЭ составляет 25–30 ккал/кг/сут даже при использовании кардиотонической поддержки. Вазопрессорная поддержка в сочетании с поверхностной седацией повышает величину ИРЭ в 1,3–1,5 раза. Отказ от применения седативных препаратов (например, у пациентов в вегетативном состоянии) или недостаточная глубина седации приводят к повышению энергетических потребностей на 20–30%. Применение методов ЭКД способно снизить ЭП на треть.

Заключение. НК позволяет оперативно оценивать изменение ИРЭ у септических пациентов и выполнять своевременную коррекцию проводимой интенсивной терапии (в первую очередь – глубины седации) с целью снижения ЭП пациента.

Ионов Д.В., Донской Д.В., Соловова В.П., Соколов Ю.Ю.

РЕДКИЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира» ДЗМ, г. Москва;
ФГБОУ ДПО «РМАНПО» МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Появление новых инородных тел, способных в короткие сроки повреждать кишечную стенку с развитием осложнений, требует своевременного эндоскопического вмешательства, позволяющего извлечь эти инородные тела, не прибегая к травматичным операциям.

Цель. Улучшить результаты лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта.

Пациенты. В период с 2018 по 2019 г. в ДГКБ св. Владимира находились на лечении 3 пациентки в возрасте от 8 до 17 лет с редкими инородными телами, находившимися в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. У девочки 8 лет выявлен трихобезоар, «хвост» которого уходил в просвет 12-перстной кишки – синдром «Рапунцель». В двух других наблюдениях у девочек 16 и 17 лет диагностированы зубные щетки длиной 20,0 см, расположенные соответственно в желудке и пищеводе.

Результаты. Всем детям проводилась ЭГДС под общим обезболиванием. Показанием для удаления трихобезоара у девочки 8 лет через мини-лапаротомный доступ служили: плотная структура безоара, занимающего более 2/3 объема желудка и наличие «хвоста», уходящего в просвет ДПК. Зубные щетки удалены с помощью коагуляционной петли при проведении ЭГДС. Проводился петлевой захват проксимального конца инородного тела за щетину, и вместе с эндоскопом оно извлекалось из пищеварительного тракта.

Заключение. Таким образом, в большинстве наблюдений, независимо от размеров и локализации инородных тел, эндоскопический метод удаления является приоритетным. При невозможности эндоскопического удаления инородных тел крупных размеров, показано хирургическое вмешательство.

Исаев Н.Н., Турдалиева Б.С., Дуйсенов Н.Б., Ормантаев А.К.

ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДИСПЛАЗИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

ГКП на ПХВ ЦДНМП, Республика Казахстан, г. Алматы

Актуальность. Проблема врожденных пороков развития продолжает оставаться в ряду наиболее актуальных и имеет серьезную социально-медицинскую значимость. В решении проблемы диагностики и лечения дисплазии тазобедренных суставов ведущую роль играет раннее распознавание этого порока. Популяционная частота врожденных пороков развития в различных странах, по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), колеблется в пределах 2,7–16,3 на 1000 новорожденных. После внедрения успешных программ ранней диагностики в развитых странах заболеваемость данной патологией за более чем 15 лет снизилась в 2 раза.

Цель. Определение тактики диагностики и лечения детей раннего возраста с дисплазией тазобедренных суставов.

Пациенты. В исследовании приняли участие 835 детей в возрасте от 0 до 12 мес с патологией тазобедренных суставов, рожденных в 2019 г., состоящих на учете в поликлинике. Из них с врожденной патологией тазобедренного сустава выявлено 107 детей, мальчиков 25, девочек 82. Материал набирался на клинической базе ГКП на ПХВ Центр ПМСП Медеуского района.

Результаты. Нами производился осмотр детей в возрасте 1, 3, 6 мес. При выявлении, патология тазобедренных суставов подтверждалась лучевыми методами исследования. Производилось консервативное лечение в течение 3 мес. По нашим данным, из 107 детей с патологией тазобедренных суставов проведение повторного курса лечения потребовалось 9 детям. Данная группа представляет собой тяжелую патологию тазобедренного сустава, после подтверждения диагноза дети переданы на учет из родильного дома в поликлинику.

Заключение. Таким образом, данное исследование показало, что своевременная диагностика и вовремя начатое лечение дисплазии тазобедренных суставов позволяют добиться хороших результатов и улучшения качества жизни детей и их родителей.

Исаков Б.М., Мамадалиев А.Б., Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

Актуальность. Импрессионные переломы костей свода черепа очень часто наблюдаются в детском возрасте, и основными механизмами травмы являются падение с высоты роста и удар тупым предметом. Основной метод лечения вдавленных переломов костей черепа – хирургическое вмешательство.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения импрессионных переломов костей свода черепа.

Пациенты. В нейрохирургическом и детском отделениях нейротравматологии Андижанского филиала РНЦЭМП с 2013 по 2017 г. находились 17 больных детей в возрасте от 6 мес до 7 лет с вдавленными импрессионными переломами костей свода черепа. По механизму полученной травмы больные распределены следующим образом: 1) падение с высоты – 12 больных; 2) удар тупым предметом – 5.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пальпаторно и рентгенологически отмечали полное устранение вдавления, косметического дефекта не наблюдали. Швы снимались на 8–10-е сутки после операции и больные выписывались под наблюдение участкового врача-невропатолога для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Заключение. Таким образом, предпочтительным хирургическим методом лечения вдавленных импрессионных переломов костей свода черепа в детском возрасте является приподнятие вдавленного участка или при невозможности это сделать – костно-пластическое устранение вдавления.

Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков К.Б., Мамадалиев А.Б., Ташланов Ф.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

Актуальность. В большинстве случаев черепно-мозговые травмы сопровождаются образованием внутричерепных гематом. Диагностика и лечение черепно-мозговой травмы является одним из самых актуальных проблем современной медицины (Кондаков Е.Н. и соавт., 2002; Лебедев В.В. и соавт., 2005).

Цель. Своевременная, ранняя диагностика внутричерепных гематом и улучшение результатов оперативного лечения.

Пациенты. Проведено обследование и хирургическое лечение 57 детей, пролеченных в отделении детской нейротравматологии Андижанского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2018 г. Возраст детей от 3 мес до 15 лет. Механизм травмы у 43 больных – падение с высоты, у 14 – дорожно-транспортная травма.

Результаты. Всем больным проведены клинико-неврологические и инструментальные методы исследования. Из 57 обследованных больных у 49 выявлена анизокория, анизорефлексия и гемисиндром в виде пареза или паралича – у 54, патологические стопные знаки – у всех 57.

При рентгенологическом исследовании признаки переломов костей свода черепа обнаружены у 16 больных, вдавленные переломы – у 8 и переломы с переходом на основание черепа – у 5. КТ- и МРТ-исследования проведены всем обследованным больным (МСКТ – 46 и МРТ – 11). По данным МСКТ- и МРТ-исследования, смещение срединных структур составило от 5 до 12 мм. По результатам проведенных методов исследования,эпидуральные гематомы выявлены у 34 больных, субдуральные – у 23. Из них у 4 гематомы были множественными. По локализации гематом: гематомы больших полушарий – у 19, внутримозговые – у 4 больных. Объем гематом варьировал от 25 до 60 см^3.

Заключение. Таким образом, все дети с черепно-мозговыми травмами должны госпитализироваться в специализированные стационары и лечиться под наблюдением нейрохирургов. Даже при наличии незначительных неврологических нарушений целесообразно проведение МСКТ- и МРТ-исследования головного мозга.

Исламов С.А., Латыпова Г.Г., Псянчин Т.С., Юнусов Д.И.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПАДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВЫСОТЫ

Башкирский Государственный медицинский университет, кафедра детской хирургии с курсом ИДПО, г. Уфа

Актуальность. Падение с высоты является одним из наиболее тяжелых разновидностей политравмы и ежегодно, по данным ВОЗ, в мире погибает около 47 000 детей. Структура повреждений при кататравме составляет 12–19%, и как причина смертности занимает второе место (до 40%) после смертности при автодорожных травмах (до 75%).

Цель. Изучить причины падения детей с высоты, выявить характер повреждений в результате полученной травмы, летальность – в зависимости от высоты падения.

Пациенты. Данные, предоставленные Госкомитетом по ЧС РБ за 2016–2019 г., медицинские карты детей, получивших стационарное лечение и поступивших в РДКБ в результате кататравмы. Всего зафиксировано 32 падения детей с высоты в возрасте от 2 до 17 лет. Из них погибших детей было 9, умерли сразу после падения 7 детей, скончались по пути в ЛПУ 2 .

Результаты. При изучении первичных медицинских документов, сбора анамнеза, обстоятельства травмы, полученной в результате падения с высоты, выявились следующие причины: падение из окон и балконов – 7, с крыш – 2, игры – 2, суицид – 15, деревья – 2, несчастные случаи – 4. Причинами суицида были: разногласия с родителями – у 7, проблемы с учебой – у 3, сложность общения со сверстниками – у 3, материальные проблемы и игры в интернете – у 2 детей. Дети младшего возраста от 2 до 5 лет выпали с окна в результате ненадлежащего контроля со стороны родителей – 3, москитные сетки – 2, противоправные действия – 1. Всем поступившим детям проведены реконструктивные операции. Хорошие результаты достигнуты у 20 детей, удовлетворительные – у 2, неудовлетворительные – у 1 ребенка. Проведена реабилитация, консультации и лечение детского психолога и психотерапевта.

Заключение. Смертность в результате падения с высоты среди детей остается на высоком уровне и имеет тенденцию к росту: в 2016 г. – 7, 2017 г. – 9, 2018 г. – 10, 2019 г. – 6 детей. Полное анатомическое восстановление в пораженных сегментах у детей с кататравмой способствует ранней медицинской, психологической реабилитации и репаративному процессу.

Казаков А.Н., Румянцева Г.Н., Волков С.И., Юсуфов А.А., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ СЕЛЕЗЁНКИ

ГБУЗ ДОКБ, г. Тверь

Актуальность. Выбор метода лечебной тактики по оказанию помощи детям с непаразитарными кистами селезенки (НКС) остается актуальным по настоящее время.

Цель. Проанализировать результаты лечения детей с НКС.

Пациенты. За период с 2007 по 2019 г. на базе ГБУЗ ДОКБ г. Твери пролечено 25 детей с НКС, возраст которых составил от 6 до 17 лет, из них мальчиков 13 (52%), девочек 12 (48%). Болевой симптом отмечался у 8 (32%) детей. Всем пациентам диагноз устанавливался эхографически. Локализация кисты в верхнем полюсе селезенки преобладала в 16 (64%) случаях. Диаметр кист варьировал от 13 до 130 мм. Лапароскопическая фенестарция (ЛФ) выполнялась 18 (72%) пациентам, пункционно-склерозирующие вмешательства (ПСВ) – 4 (16%), 3 (12%) детям оперативное лечение не проводилось из-за малого диаметра НКС.

Результаты. Анализ результатов лечения показал, что ЛФ оказалась успешной у 17 (68%) детей, а у 1 (4%) пациента зарегистрирован рецидив, который ликвидирован спустя 6 мес повторной ЛФ. Во всех случаях иссекались оболочки кисты по границе с паренхимой с последующей деструкцией внутренней выстилки аргоноплазменной коагуляцией, устанавливался страховочный дренаж к селезенке. После ПСВ у 1 (4%) ребенка рецидив зарегистрирован дважды. У 1 (4%) ребенка при проведении ЛФ было повреждение селезенки, осложнившееся массивным кровотечением, что потребовало конверсии и спленэктомии. Летальных исходов не было. У 2 (8%) детей с рецидивами гистологически верифицирована кистозная лимфангиома, в остальных случаях – истинная киста селезенки.

Заключение. НКС являются редкой патологией у детей, что требует индивидуального подхода при выборе лечебной тактики. Органосохраняющие вмешательства сопряжены с обязательной деструкцией внутренней выстилки кисты, минимизирующей риск рецидива. Эффективность, по нашим данным, достигает 84%. При неоднократных рецидивах, для исключения хирургической агрессии, необходимо применять комбинированные вмешательства с использованием эндоваскулярной окклюзии сосудистых бассейнов кистозных образований.

Калинина С.А., Топольницкий О.З., Федотов Р.Н, Имшенецкая Н.И.

ДВУСТОРОНИЕ АНКИЛОЗЫ ВНЧС У ДЕТЕЙ: ЛЕЧЕНИЕ И РЕАЛИБИТАЦИЯ

ГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Лечение двусторонних анкилотических поражений височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) у детей и подростков является актуальной и крайне сложной проблемой в челюстно-лицевой хирургии.

Цель. Совершенствовать методы хирургического лечения детей с двусторонними анкилотическими заболеваниями ВНЧС.

Пациенты. В клинике кафедры детской челюстно-лицевой хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова с 2015 по 2020 г. были обследованы и прооперированы 25 детей с двусторонними анкилозами ВНЧС. 7 пациентам (в возрасте 1–4 лет) была проведена остеотомия левой и правой ветвей нижней челюсти с фиксацией дистракционными аппаратами. 11 пациентам (в возрасте 8–16 лет) была проведена операция – остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой эндопротезами, и 7 (в возрасте от 16 до 18 лет) – ортогнатические операции.

Результаты. Было проведено 7 хирургических операций « Остеотомия левой и правой ветвей нижней челюсти с постановкой двух дистракционных аппаратов» за несколько месяцев перед удалением анкилотических масс в качестве предварительного этапа устранения собственно двустороннего анкилоза ВНЧС. Данный метод был применен нами первостепенно ввиду того, что при массивном первичном удалении анкилотических масс возникает дефект и укорочение ветви нижней челюсти, что еще больше усугубляет деформацию. В связи с чем остеотомию ветвей с удалением анкилотических разрастаний мы проводим во время этапа хирургического удаления дистракционных аппаратов, после ранее проведенной дистракции и ретенционного периода – в течение 4-6 мес после операции. По данным анамнеза и 17 послеоперационных КЛКТ-исследований, удалось определить анатомические варианты взаимного расположения структур мягкого нёба и корня языка в послеоперационном периоде. В 12 случаях определяется увеличение ширины просвета глотки на уровне мягкого нёба и корня языка.

Заключение. Результаты обследования показали эффективность метода дистракционного остеогенеза как первичного хирургического вмешательства при устранении апноэ у детей с двусторонними анкилотическими поражениями ВНЧС.

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

ЯЗВЫ КУШИНГА У ДЕТЕЙ

ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ», г. Москва

Актуальность. Язвы ЖКТ, возникающие после операции на головном мозге (ГМ), были описаны Х.Кушингом и впоследствии получили его имя. Малый объем литературных данных, уникальность каждого наблюдения определяют отсутствие единой лечебной тактики

Цель. Представить лечебно-диагностическую тактику при редком абдоминальном осложнении патологии ГМ.

Пациенты. За 7 лет в НИИ НДХиТ проходили лечение 3 пациентки в возрасте 2, 4 и 14 лет, у которых в послеоперационном периоде после нейрохирургических вмешательств были диагностированы язвы Кушинга 12ПК. Все дети поступили в экстренном порядке. В 2 наблюдениях – с жалобами на головную боль с последующим нарушением сознания. У этих детей объемные образования ГМ были выявлены впервые и удалены по жизненным показаниям в экстренном порядке. Девочка, 2 года, поступила с жалобами на лихорадку после выписки из нейрохирургического стационара, где в плановом порядке была оперирована по поводу медуллобластомы ГМ.

Результаты. В срок от 1 до 10 сут после операции у всех детей отмечена мелена. Диагностический этап включал УЗИ, рентгенографию, ЭГДС и лапароскопию. В одном наблюдении (девочка 14 лет) при лапароскопии выявлена и ушита перфоративная язва передней стенки 12ПК. Послеоперационный период протекал гладко. В 2 других наблюдениях отмечено осложненное течение с рецидивирующими массивными кровотечениями и некрозом кишечной стенки. У девочки 4 лет при лапароскопии была диагностирована язва с дефектом на ½ диаметра передней стенки Д1-Д2 12ПК. Выполнена конверсия на лапаротомию, дефект ушит. Повторное внутрибрюшное кровотечение потребовало релапаротомии, на которой диагностирован дефект задней стенки на уровне Д2, более чем на ½ диаметра. Выполнено отключение желудка, панкреатоеюноанастомоз на петле по Ру, передний гастроэнтероанастамоз с соустьем по Брауну. У девочки 2 лет во время ЭГДС была диагностирована язва задней стенки 12ПК в области Фатерова сосочка, пенетрирующая в головку поджелудочной железы. Неоднократно проводили эндоскопический гемостаз. На фоне продолженного кровотечения выполнена лапаротомия, дуоденотомия с остановкой кровотечения прошиванием. На 10-е сутки послеоперационного периода вновь развилось кровотечение. Селективная эмболизация сосуда во время ангиографии имела кратковременный эффект. На фоне массивного кровотечения выполнена лапаротомия, дуоденэктомия, формирование гастроеюно-, гепатикоеюно- панкреатоеюноанастомозов на петле по Ру. В послеоперационном периоде отмечена положительная динамика с восстановлением пассажа по ЖКТ. Дети были выписаны для продолжения лечения по основному заболеванию. В катамнезе повторных кровотечений не отмечено, пассаж по ЖКТ сохранен, жалоб нет.

Заключение. Осложненное течение язв Кушинга требует использования всего диагностического потенциала клиники и принятия индивидуальных хирургических решений.

Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Егорская Л.Е.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Приволжский исследовательский медицинский университет, г. Нижний Новгород

Актуальность. Тупая травма живота в практике детского хирурга встречается в 21% наблюдений. Среди всех причин смертельных случаев у детей травматические повреждения живота составляют 8,5%.

Цель. Представить частоту встречаемости, опыт диагностики и лечения травм органов брюшной полости у детей.

Пациенты. В детской городской клинической больнице № 1 г. Нижнего Новгорода с 2015 по 2019 г. пролечено 149 пациентов с трамвой живота. Возраст варьировал от 9 мес до 17 лет (9,4 ± 3,6 г). Среди пострадавших превалировали мальчики – 109 (73%), девочек было 40 (27%). При госпитализации всем проводили лабораторный контроль, обзорную рентгенографию (Siemensmulticspro, Siemensmulticsmobil, 2009 г.), ультразвуковое исследование (Vivid-7) органов брюшной полости (ОБП).

Результаты. Наиболее распространенными видами травм живота были: падение с высоты (44–29,5%), велосипедная травма (37–25%), удар в живот (53–35,5%), автомобильный (дорожный) травматизм (15–10%). В 40% случаев у детей наблюдали сочетанную травму. При осмотре определяли тяжесть состояния, выявляли симптомы (Грея Тернера, Розанова, Кера, Гейнеке–Лежара), локальную болезненность. Диагностировали посттравматические изменения в печени (68%), селезенке (36%), поджелудочной железе (32%), почках (25%), мочевом пузыре (0,9%). Медикаментозно пролечено 146 (98%) больных, в экстренном порядке прооперированы 3 (2%). Консервативная терапия включала в себя инфузионную и антибактериальную терапии, симптоматическое лечение. Постельный режим, энтеральный покой, холод на область живота помогали стабилизировать состояние. В процессе лечения осложнений не отмечали, летальных исходов не было. Дети были выписаны в удовлетворительном состоянии домой, средний койко-день составил 27,3 ± 8,5 сут.

Заключение. Таким образом, в неотложной детской хирургии проблема травм живота не теряет своей актуальности. Своевременность диагностики позволит провести адекватное лечение и минимизировать риск операционной агрессии.

Киреева Н.Б., Кандюков А.Р., Рожденкин Е.А., Плохарский Н.А., Смирнов А.Н.

ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ИНВАГИНАЦИЕЙ КИШЕЧНИКА

ГБУЗ НО «НОДКБ», г. Нижний Новгород;
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава РФ, г. Нижний Новгород

Актуальность. Инвагинация кишечника (ИК) встречается у 1,5–4% детей, из них у $^{2}/_{3}$ в грудном возрасте.

Цель. Определить зависимость между временем от начала заболевания и результатами лечения, позволяющими обосновать оптимальную тактику ведения пациентов с ИК.

Пациенты. В период с 2013 по 2019 г. наблюдалось 28 детей с ИК. Была выполнена малая случайная выборка 15 историй болезни с ИК. Средний возраст детей – 1 год 2 мес. Срок от появления первых симптомов до госпитализации составил от 8 ч до 3 сут, в среднем длился 28 ч. Всем детям проведено комплексное клинико-лабораторное, ректальное обследование, осмотр живота под наркозом, УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости. Состояние 8 детей при поступлении было средней тяжести, в 6 случаях – тяжёлым, в 1 – очень тяжёлым. Кровь в стуле – симптом «малинового желе» – была у 10 (66,7 %) детей. Воспалительные изменения в анализе крови в виде гиперлейкоцитоза более 20 тыс. – у 3 больных с осложнёнными формами.

Результаты. Из 15 наблюдаемых пациентов, у 7 ИК разрешилась консервативным путем с помощью пневмоирригокомпрессии, которую производили под интубационным наркозом с дополнительным мануальным пособием. 8 детей были прооперированы (в 2 случаях – лапароскопическая дезинвагинация, в 3 – открытая дезинвагинация). 3 пациентам с осложнённой перитонитом формой ИК проведена лапаротомия – резекция некротизированного участка кишки с инвагинатом и наложением анастомоза у 2 или илеостомы у 1.

Заключение. Не отмечено прямой зависимости между длительностью заболевания и степенью компрессии инвагинированной кишки, определившей выбор метода лечения: у пациентов с давностью заболевания более суток ИК разрешилась с помощью пневмоирригокомпрессии, тогда как при сроке заболевания менее 24 ч потребовалось оперативное лечение. Подход к лечению больных с ИК определяется суммарной оценкой, включающей тяжесть состояния пациента, наличие перитонеальных симптомов, эхографических изменений и динамики анализов крови.

Колыхалкина И.А, Амчеславский В.Г., Иванова-Давыдова Е.В., Глебова Е.С., Иванова Т.Ф.

ТЕРАПИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОСМОТИЧЕСКИМИ ДИУРЕТИКАМИ У ДЕТЕЙ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗ г. Москва

Актуальность. Терапия осмотическими диуретиками (ОД) у детей с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) при развитии внутричерепной гипертензии (ВЧГ) уменьшает вторичную ишемию мозга. В то же время известно, что введение ОД может привести к развитию гиповолемии, повреждению паренхиматозных органов, гиперосмолярному синдрому. В НИИ НДХиТ с 2010 г. выполняется Протокол пошаговой терапии (ПШТ) ВЧГ, в котором соблюдается строгая последовательность и обоснованность лечебных мероприятий по купированию ВЧГ и ОД, используются как 3 «шаг» Протокола ПШТ.

Цель. Анализ результатов терапии ОД при выполнении ПШТ ВЧГ у детей с черепно-мозговой травмой.

Пациенты. Проведен ретроспективный анализ историй болезней детей, которым вводили ОД с целью купирования ВЧГ. Средний возраст 9,3 ± 4,7 лет. Тяжесть травмы по ISS составила 31,7 ± 7,73 балла. Уровень сознания по ШКГ– 7 ± 2 балла. Всем проводился обязательный многопараметрический мониторинг и комплексная интенсивная терапия, включавшая использование ОД для купирования ВЧГ. Для анализа эффективности терапии ОД были выделены две группы: 1-я, в которую вошли 25 больных, получивших ОД, как 3 «шаг» ПШТ, 2-я – 26 детей, которым ОД вводились вне ПШТ.

Результаты. У всех больных в результате терапии ОД развился гиперосмолярный синдром. Однако, в отличие от 1-й группы больных, показатели гиперосмолярного синдрома во 2-й группе не имели тенденцию к нормализации и были повышены.

Заключение. «Неконтролируемое» использование ОД в остром периоде ЧМТ приводит к формированию стойких водно-электролитных нарушений.

Комарова С.Ю., Цап Н.А., Огарков И.П., Чукреев А.В., Тимошинов М.Ю., Екимов М.Н., Смирнова С.Е.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОРАФИЯ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ

МАУ «Детская городская клиническая больница № 9», г. Екатеринбург

Актуальность. Ущемленная паховая грыжа (УПГ) возникает как осложнение распространенного порока развития детского возраста – нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Лапароскопическая герниорафия (ЛГ), выполняемая в плановом порядке, по сути уже «золотой стандарт». Особенно перспективным является метод PIRS (percutaneous internal ringsuturing). Преимуществом данных эндохирургических вмешательств является визуализация незаращения вагинального отростка брюшины с контралатеральной стороны.

Цель. Анализ лечебно-диагностической тактики при ущемленных паховых грыжах у детей.

Пациенты. За период 2014–2019 гг. экстренно госпитализированы в отделение неотложной хирургии 44 ребенка с УПГ. Диапазон возраста детей от 7 мес до 6 лет: младенцы до 1 года составили наибольшую группу – 18 (40,9%), дети 2-го года жизни – 12 (27,3%), 3-го года жизни – 8 (18,2%) и старше 3 лет – 6 (13,6%) . Паховая грыжа чаще ущемляется у мальчиков – 88,6%, превалирует правосторонняя локализация – у 30 (68,2%) детей. Оперированы в неотложном порядке 38 (86,4%) детей, а у 6 пациентов произошло самопроизвольное вправление грыжи, и грыжесечение было выполнено в плановом порядке.

Результаты. Экстренная ЛГ – PIRS при ущемленной паховой грыже выполнена 13 (34,2%) детям (начало внедрения метода – 2016 год). Под эндоконтролем через один 5-мм порт внутреннее паховое кольцо огибается с использованием иглы Touhy, которая является проводником для нити (1/0 капрон), с двух сторон. Принцип «замкнутого кольца» достигается путем формирования узла нити подкожно. «Открытым» способом грыжесечения оперированы 25 (65,8%) детей. Катамнез отдаленного периода показал отсутствие гидроцеле и рецидивов грыжи.

Заключение. Оперативное лечение УПГ у детей путем ЛГ – PIRS позволяет достоверно оценить жизнеспособность ущемленного органа, выполнить щадящую препаровку семявыносящего протока и яичковых сосудов, выявить расширенное контралатеральное внутреннее паховое кольцо и устранить порок аналогичным способом.

Коновалова О.С.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕЖБОЛЬНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЭВАКУАЦИЙ ДЕТЕЙ И НОВОРОЖДЕННЫХ РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «ЗАЩИТА» МЗ РФ, г. Москва

Актуальность. Грамотное проведение межбольничных медицинских эвакуаций детей и новорожденных реанимационного профиля с врожденными пороками сердца и других органов, онкопатологией, заболеваниями травматического генеза и др. позволяет обеспечить для них доступность высокотехнологической медицинской помощи.

Цель. Обозначить основные проблемы, трудности и мероприятия по подготовке и проведению межбольничных медицинских эвакуаций детей и новорожденных реанимационного профиля.

Пациенты. ФГБУ «ВЦМК «Защита» МЗ РФ осуществляет более 1500 медицинских эвакуаций в год, из них около 30% дети, 7–10% дети и новорожденные реанимационного профиля. Их медицинская эвакуация осуществляется преимущественно автомобильными и авиационными видами транспорта – регулярными рейсами и спецбортами.

Результаты. Межбольничная медицинская эвакуация детей и новорожденных реанимационного профиля требует оперативности исполнения, продуманной логистики передвижения, высокого уровня оснащенности и подготовленности бригады. Высока значимость предэвакуационной подготовки: коррекции кислотно-основного состояния крови, вентиляции легких, инфузионной и трансфузионной терапии, лечения синдрома внутричерепной гипертензии, обеспечения температурного и лечебно-охранительного режимов, симптоматической терапии, учета авиафизиологических механизмов деятельности систем организма.

Заключение. Медицинская эвакуация не всегда ухудшает состояние детей и новорожденных реанимационного профиля. Межбольничная медицинская эвакуация данного контингента больных является наиболее сложной частью работы медицины катастроф.

Корнеев И.А. Дмитренко Д. М.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ НИИ НДХиТ, г. Москва

Актуальность. Мультиспиральная компьютерная томография(МСКТ) давно используется для диагностики повреждений костей таза и позвоночника. Однако при травмах конечностей до настоящего времени используется редко, хотя рентгенография часто недооценивает степень повреждений.

Цель. Демонстрация диагностических возможностей МСКТ при травматических повреждениях скелета в остром периоде, когда метод является частью ургентной медицинской помощи.

Пациенты. Исследовано 807 детей в возрасте от 3 мес до 18 лет. Показанием к МСКТ являлся факт политравмы, при изолированной скелетной травме – внутрисуставные переломы, сложные многооскольчатые переломы.

Результаты. За пять лет с 2012 по 2016 г. в отделение травматологии НИИНДХиТ поступило 11352 пациента со скелетной травмой, из них при скелетной травме МСКТ была выполнена у 807 детей:

- переломы ключицы, ребер, грудины, лопатки или плечевой кости пропускаются при рентгенографии в более чем 30% случаев;
- в 7% наших наблюдений подозрительные при рентгенографии переломы были исключены МСКТ;
- при травме локтевого сустава МСКТ важна для выявления скрытых переломов и определения их внутрисуставной распространенности;
- при травмах коленного сустава 3D-реконструкции особенно ценны, когда имеется проксимальная тибио-фибулярная дислокация;
- МСКТ значительно улучшила визуализацию переломов большеберцового плафона и пяточной кости.

Заключение. МСКТ в настоящее время практически первый и единственный диагностический инструмент при оказании неотложной помощи пострадавшим, в том числе и детям с травмой скелета из-за простоты выполнения, скорости и обширного анатомического охвата. В случае травмы конечностей внедрение МСКТ происходит медленнее, так как рентгенограммы легче получить и интерпретировать, они доступнее и дешевле. Однако при рентгенографии часто недооценивается степень повреждения и смещения фрагментов перелома, не видны мелкие трещины. При травме сложных суставов значимый процент переломов может быть не диагностирован или диагностирован не полностью из-за сложной анатомии, а чаще –сложных повреждений.

Корнилова А. Б., Волерт Т. А., Митрофанова Е. В., Бразоль М. А.

БРОНХОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий», г. Санк Петербург

Актуальность. Смертность от термических травм у детей в мире, по данным ВОЗ, занимает 3-е место после утоплений и ДТП. Термоингаляционная травма (ТИТ) встречается примерно в 30% случаев ожоговой травмы, усугубляет течение ожоговой болезни (сепсис – 81%, инфекция дыхательных путей – 80%). Летальность в этой группе пострадавших составляет 33–82%.

Цель. Продемонстрировать значение бронхоскопии в лечении детей с ожоговой травмой.

Пациенты. С 2005 по 2018 г. в ожоговом отделении СПб ГБУЗ ДГМ КСЦ ВМТ находилось на лечении 483 пациента с ожогами пламенем, из них с ожогами > 20% поверхности тела – 248 (51,3%) детей, 192 (40%) ребенка – с ожогами III Б-IV степени. Возраст пострадавших от 5 мес до 18 лет. Подозрение на ТИТ в 68 случаях.

Результаты. Диагностическая бронхоскопия выполнялась в первые часы (первые сутки) после травмы или перевода из других стационаров. При выраженном отеке лица, губ проводилась интубация трахеи при помощи фибробронхоскопа. Диагноз ожога дыхательных путей (ДП) подтвержден у 60 детей, сочетался с ожогами 5–90% поверхности тела. Ожог верхних ДП – у 12 (20%) детей,ожог нижних ДП – у 48 (80%): легкая степень – у 13, средняя степень тяжести – у 20, тяжелая– у 15. Мальчики – 68,3%, девочки – 31,7%. Доля детей до 3 лет – 26,7%.Лечебные бронхоскопии проводились ежедневно до полной санации копоти, далее – в зависимости от характера эндобронхита и рентгенологических изменений. Количество санаций составило от 1–2 до 17 на пациента. При тяжелом поражении выполнялась контрольная бронхоскопия перед выпиской, что позволило выявить: рубцовый стеноз подскладочного отдела гортани I степени – у 3 пациентов, рубцовый стеноз III степени – у 1 пациента (бужирование стеноза тубусами ригидного бронхоскопа), диффузный фиброз слизистой трахеи и бронхов – у 3 пациентов.

Заключение. Бронхоскопия является современным объективным методом диагностики и лечения термоингаляционной травмы. Активное эндоскопическое ведение пациентов в составе комплексной терапии ожоговой болезни снижает вероятность бронхолегочных осложнений и улучшает результаты лечения ожоговой травмы.

Корнилова А.Б., Рязанцев А.И., Волерт Т.А., Котин А.Н.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий», г. Санкт Петербург

Актуальность. Распространенность патологии желудочно-кишечного тракта у детей с поражением центральной нервной системы (ЦНС) различной этиологии достигает 70%, нарушения нутритивного статуса отмечаются почти в 50% случаев. Наблюдаются моторные нарушения (дисфагия, рефлюкс), дефицит массы тела разной степени, нарушение роста, микронутриентная недостаточность. В наиболее тяжелых случаях пациенты не способны принимать пищу через рот, что требует проведения зондового питания. Длительное применение зонда (более 6–8 нед) связано с риском осложнений, снижает реабилитационный потенциал и качество жизни ребенка и его семьи и является показанием для гастростомии.

Цель. Показать возможность применения эндоскопических методик гастростомии (чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ), прямая пункционная гастростомия) у пациентов с поражением ЦНС.

Пациенты. С 2012 по 2019 г. в нашей клинике эндоскопическая гастростомия выполнена 157 пациентам с поражением ЦНС, из них 4 с установленным вентрикулоперитонеальным шунтом, в т. ч. двусторонним. Возраст детей от 1,5 мес до 17 лет. Дети до 1 года составили 30,4 %. Минимальный вес 3050 гр.

Результаты. Первично установлена ЧЭГ 148 пациентам, из них с лапароскопической ассистенцией при скелетной деформации – 21, прямая пункционная гастростомия – 9 пациентам. Операции проводились в условиях общей анестезии, длительность от 7 до 25 мин. После операции пребывание в условиях профильного отделения. Начало энтерального питания через 8–12 ч. Осложнения ЧЭГ у 2 детей (желудочно-толстокишечный свищ, бампер-синдром) успешно ликвидированы. После ЧЭГ удалено 9 трубок без оперативного закрытия гастростомы в связи с восстановлением функции глотания.

Заключение. Современные методы эндоскопической гастростомии являются малоинвазивными и применимы у пациентов с неврологической патологией при различной тяжести состояния. Количество послеоперационных осложнений минимальное, по сравнению с лапаротомными методами. Использование эндоскопических методик улучшает качество жизни пациентов и облегчает уход за ними.

Коробова Л.С., Балашова Л.М., Лазарев В.В., Бакунина Н.А., Колесниченко И.И.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОПИВАКАИНА В СЛЁЗНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ МЕТОДОМ МУЛЬТИСЕНСОРНОЙ ИНВЕРСИОННОЙ ВОЛЬТАМПЕРОМЕТРИИ

ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗМ; РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России;
НП Международный научно-практический центр пролиферации тканей; Институт физической химии и электрохимии имени А.Н. Фрумкина РАН, г. Москва

Актуальность. Оценить наличие и динамику концентрации ропивакаина при выполнении инфраорбитальной анестезии по «Правилу циферблата» возможно методом мультисенсорной инверсионной вольтамперометрии.

Цель. Определение в слезной жидкости раствора ропивакаина методом мультисенсорной инверсионной вольтамперометрии.

Пациенты. В конъюктивальный мешок глаза помещали бумажный диск, затем его извлекали из мешка, и помещали на электрод с нанесенной на него тест-системой (50 мкл). Исследовалась слеза, взятая до анестезии, через 10 мин и через 20 мин после выполнения проводниковой анестезии. В исследовании использовался электрохимический мультисенсорный анализатор, разработанный в ИФХЭ РАН (Москва), содержащий набор ионов различных металлов, обладающих способностью образовывать комплексные соединения с органическими веществами. Тест-система (фоновый электролит) состоит из раствора 0,05 М KCl, в котором находятся катионы сенсорных металлов: цинка (Zn^{2+}), кадмия (Cd^{2+}), свинца (Pb^{2+}), меди (Cu^{2+}), кобальта (Co^{3+}), ртути (Hg^{2+}). Таким образом, на единичном электроде формируется матрица сенсоров, обеспечивающая работу прибора в форматах “электронный язык”.

Результаты. Изменения токов растворения металлов тест-системы от 10 мин до 20 мин под воздействием слезной жидкости, содержащей ропивакаин, в которой до введения наропина пики токов растворения металлов (мкА) составляли – Zn-1,6; Cd-20; Pb-13; Cu-27; Hg-25,8, а после введения, через 10 мин, соответственно равнялись 1,6; 34,2; 40,4; 26,0; 26,6; 18,6, однако через 20 мин – 2; 33; 48; 35; 35; 29. Увеличение концентрации ропивакаина пропорционально уменьшало токи растворения Cd^{2+} и Pb^{2+}. Токи растворения Zn^{2+}, Co^{3+} и Hg^{2+} практически не зависели от концентрации местного анестетика.

Заключение.1. Метод мультисенсорной инверсионной вольтамперометрии в формате «электронный язык» позволяет определять наличие ропивакаина в слезной жидкости. 2. Инфраорбитальное введение ропивакаина сопровождается изменением его концентрации в слезной жидкости в течение ближайших 20 мин.

Коровин С.А., Дзядчик А.В., Акопян М.К., Соколов Ю.Ю.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава РФ», г. Москва;
Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой ДЗМ, г. Москва;
Детская городская клиническая больница св. Владимира ДЗМ, г. Москва

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

Цель. Аргументировать выбор доступа и объема оперативных вмешательств у детей с ГВЗ БП на основе персонифицированных подходов применения лапароскопических технологий.

Пациенты. В клинике с 2008 по 2017 г. прооперировано 311 больных: с аппендикулярным перитонитом (АП) – 211; воспалением дивертикула Меккеля (ВДМ) – 33; инородными телами ЖКТ (ИТ ЖКТ) – 33; перфоративными гастродуоденальными язвами (ПГДЯ) – 22. Методы индивидуального определения возможности выполнения эндохирургических вмешательств (ЭХВ) созданы на основе многофакторного анализа показателей клинико-анамнестических данных, результатов инструментальных методов предоперационной диагностики и лапароскопии (ЛС) с определением чувствительности и специфичности. Чувствительность – возможность завершения оперативного вмешательства в ЛС-варианте; специфичность – ограничение возможности завершения оперативного вмешательства в ЛС-варианте.

Результаты. ЛС-технологии были эффективными в 92,4% наблюдений. В ходе многофакторного анализа установлены 10 признаков, включенных в «решающее правило» метода индивидуального определения возможности выполнения ЭХВ: источник воспалительного процесса, тяжесть состояния больных, уровень поражения ЖКТ, клиническая стадия заболевания, ультразвуковая визуализация источника воспаления, рентгенологические признаки кишечной непроходимости, ЛС-визуализация источника воспаления в БП, характер поражения ЖКТ, внутрибрюшные осложнения, ЛС-проявления кишечной недостаточности ($p < 0,001$). Метод индивидуального определения возможности выполнения ЭХВ имеет чувствительность и специфичность, соответственно, 92,4 и 91,3%. Площадь под ROC-кривой (AUC) составила 94%, что свидетельствует о точности теста.

Заключение. Возможности ЛС-технологий у детей с ГВЗ БП составляют 92,4%. Метод индивидуального определения возможности выполнения ЭХВ позволяет прогнозировать возможности и ограничения ЛС- технологий соответственно в 92,4 и 91,3%.

Курбанов Ж.Ж., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Хайитов У.Х.

НЕОТЛОЖНАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ «ОСТРОМ ЖИВОТЕ» У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр,
Республика Узбекистан, г. Самарканд;
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд.

Актуальность. Аппендицит – довольно хитрое и коварное заболевание. При всей кажущейся простоте классической клинической картины это заболевание нередко является камнем преткновения на этапе диагностики даже для опытных детских хирургов.

Цель. Улучшить диагностику и результаты лечения «острого живота» у детей дошкольного возраста.

Пациенты. За последние 2 года 28 детям с подозрением на острый аппендицит (возраст от 3 до 6 лет) произведена видеолапароскопия. Диагностическую неотложную лапароскопию проводили по общепринятой методике.

Результаты. При лапароскопии хирургическая патология исключена у 13 (46,4%) детей. Деструктивный аппендицит обнаружен у 15 (53,6%) детей, неспецифический мезаденит – у 8 (28,6%), пельвиоперитонит – у 5 (17,8%). 15 детям произведена аппендэктомия. При лапароскопии у 8 больных обнаружено увеличение брыжеечных лимфатических узлов размерами от 1 × 1 до 2,5 × 2 см, расположенных пакетами, наличие свободного клейкового желтоватого выпота и гиперемия висцеральной брюшины над лимфоузлами. Тактика при мезаденитах заключалась в эвакуации выпота с введением суточной дозы антибиотика широкого спектра действия в забрюшинное пространство, с последующей антибактериальной и, по показаниям, инфузионно-трансфузионной терапией в течении 6–7 дней. У 5 больных, поступивших с подозрением на острый аппендицит, обнаружен пельвиоперитонит. Эндоскопическая картина характеризовалась наличием свободного гноя в полости малого таза от 50 до 100 мл, отёком, инфильтрацией и гиперемией придатков матки с наличием налетов фибрина, отеком и гиперемией париетальной брюшины. Тактика при пельвиоперитонитах заключалась в эвакуации гноя, санации полости малого таза.

Заключение. Таким образом, диагностическая лапароскопия, выполняемая с целью оценки состояния червеобразного отростка и органов малого таза, имеет большое значение в работе практических хирургов. Лапароскопия позволяет быстро поставить диагноз и избежать задержки адекватного лечения.

Курбонов Н.А., Карабаев Х.К, Нормаматов Б.П.

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный медицинский институт Республика Узбекистан, г. Самарканд;
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Наиболее частой причиной летальных исходов, на фоне возросших возможностей лечения критических ожогов, в настоящее время является нарушение функции жизненно-важных органов и систем, в том числе функции печени.

Цель. Изучение липидного обмена у обожженных.

Пациенты. Под наблюдением находились 163 больных в возрасте от 1 до 14 лет с термическими ожогами II-IIIАБ-IV степени, 5–60% площади тела. У больных определяли содержание лецитина в сыворотке крови по методу Островского и холестерина методом Bloor.

Результаты. Биологическая роль фосфолипидов в организме не вполне изучена, но их влияние на жировой и белковый обмен бесспорно. При глубоких ожогах площадью свыше 25% поверхности тела, сопровождаюшихся выраженным ожоговым истощением и затяжным заживлением ран, как правило, содержание фосфолипидов в крови было пониженным. По мере выхода обожженных из тяжелого состояния и заживления раневых дефектов количество лецитина постепенно приходило в норму. В содержании холестерина крови также выявлены значительные отклонения. У 58 больных количество общего холестерина было в пределах физиологической нормы (160–230 мг%), у 18 наблюдалась гиперхолестеринемия в пределах 235–370 мг%. У 46 детей количество холестерина в сыворотке крови характеризовалось неустойчивостью – повышение до 385 мг% сменялось уменьшением до нормальных цифр или гипохолестеринемии. Последняя нередко достигала 72 мг%. У 46 больных наблюдалось стабильное уменьшение содержания общего холестерина крови, в отдельных случаях до 48 мг%. При затяжном лечении (более 2–3 мес), когда истощались компенсаторные резервы организма и наступали глубокие метаболические сдвиги, особенно при ожоговом истощении, неизменно наблюдалась гипохолестеринемия.

Заключение. При утяжелении клинического состояния обожженных закономерно наблюдается снижение содержания лецитина и холестерина в крови при одновременной диспропорции холестериновых фракций. Это свидетельствует о глубоких метаболических сдвигах у больных с ожогами, что всегда следует учитывать при лечении обожженных детей.

Курбонов Н.А., Карабаев Х.К, Нормаматов Б.П.

СОДЕРЖАНИЕ ОБЩИХ ЛИПИДОВ КРОВИ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Количественные изменения липидов в крови, особенно в плазме, в значительной мере отражают обмен жиров и липоидов в организме, прежде всего в печени и жировых депо, а также оказывают влияние на обмен липидов в органах, в частности на их синтез.

Цель. Изучение общих липидов у обожженных.

Пациенты. Под наблюдением было 133 больных в возрасте 3–15 лет, с термическими ожогами II, IIIАБ, IV степени, с площадью поражений от 5 до 65% площади тела. Из них в разные сроки умерло 8 больных.

Результаты. В первые 1–3 дня ожоговой болезни, то есть в стадии шока, у всех больных содержание общих липидов в сыворотке крови было повышенным и нередко достигало высоких цифр (1195 мг%, 1272 мг%). У 31 (23,3%) ребенка наблюдалась почти стабильная гиперлипидемия, а у 14 (10,5%) – концентрация общих липидов сыворотки была значительно ниже нормальной. Отклонения колебались в пределах 330–1342 мг%, тогда как нормальное содержание липидов равно 500–900 мг%. Стабильное увеличение количества общих липидов в сыворотке крови отмечалось у больных с глубокими ожогами, но площадь поражения у которых не превышала 15–20% поверхности тела. Эти изменения преобладали в 1–3-й день ожоговой болезни, к исходу 3–4-й недели еще оставались значительными в течение 2–3 мес, то есть во все стадии болезни, за исключением острой ожоговой токсемии. Снижение содержания общих липидов в крови наблюдалось у детей преимущественно с глубокими ожогами и площадью поражения, превышающей 25–30% поверхности тела. Оно начиналось с 8-го дня вслед за нормализацией после первоначального значительного увеличения липидов в стадии шока и продолжалось до 6–10 мес после травмы. Максимальное снижение отмечалось к 10–21-му дню болезни, т.е. в разгар острой ожоговой токсемии и при переходе в стадию септикотоксемии.

Заключение. Гиперлипидемия в условиях тяжелой ожоговой травмы, при которой уменьшается синтез липоидов в печени, является очень неблагоприятным признаком.

Курбонов Н.А., Карабаев Н.А., Тагаев К.Р.

ОЖОГОВЫЙ ШОК У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Проблема лечения детей с глубокими термическими поражениями в современных условиях характеризуется высокой медицинской и социальной значимостью.

Цель. Улучшение результатов лечения ожогового шока у детей.

Пациенты. За период с 2005 по 2019 г. в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП находилось на лечении 315 детей, из них в возрасте до 3 лет было 119. У 117 больных площадь глубокого ожога составила 2–5% поверхности тела, у 90 – 6–10%, у 108 – 11–20% поверхности тела.

Результаты. Среди детей с глубокими ожогами у 85% диагностировался шок. Из них у 96% – торпидная и у 4% – эректильная фаза шока. По тяжести течения ожогового шока: I степень (легкая) наблюдалась у 71 ребенка, II степень (тяжелая) – у 29 и III степень (крайне тяжелая) – у 19. Лечение ожогового шока у детей начинали применением обезболивающих в сочетании с антигистаминными препаратами, которые усиливают их действие, оказывают седативный противорвотный эффект. В зависимости от возраста, детям вводили внутривенно 1% раствор промедола одновременно с 1% раствором димедрола – 0,3–1,0 мл и 0,125% раствор новокаина (30–50 мл).Объём перфузии в 1-е сутки = объёму физиологических потребностей (мл) + замещение потерь (мл). Объем замещения потерь (мл) = % × МТ × 2. Жидкость вводят в течение 2 сут. Согласно противошоковым стандартам, в первые 8 ч после травмы вводится ½ физиологической потребности жидкости. В последующие 16 ч первых суток – ещё ½. Объём инфузии на вторые сутки составляет 1/2 объёма первых суток. В тех случаях, когда имеется рвота, жидкость вводится внутривенно сверх регидратационной жидкости в виде 10 и 20% раствора глюкозы с инсулином. По показаниям вводили коргликон, строфантин, кокарбоксилазу, димедрол, преднизолон. Маннитол и гипосульфат натрия применяли в основном у детей с олигоанурией.

Заключение. Применяемая нами комплексная противошоковая терапия способствовала тому, что летальность у детей в стадии шока снизилась с 8,6% (2010) до 3,3% (2019).

Лабузов Д.С., Савченков А.Л., Абросимова Т.Н., Степанов В.Н., Киселев И.Г., Костенко А.Б.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАВОРОТА ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск;
Смоленская областная клиническая больница, г. Смоленск

Актуальность. Заворот яичка (ЗЯ) у детей – тяжелое заболевание, которое может привести к потере гонады или выраженному нарушению его функции в последующем.

Цель. Провести анализ результатов лечения больных с ЗЯ.

Пациенты. С 2015 по 2019 г. в детское хирургическое отделение ОКБ г. Смоленска поступил 31 пациент с ЗЯ, возраст от 6 дней до 15 лет, сроки начала заболевания от 2 ч до 4 сут. Диагностика основывалась на анамнестических, клинических данных и результатов УЗИ с доплерографией (УЗИДГ).

Результаты. Все пациенты оперированы: у 10 (32,3%) из них выполнена орхиэктомия ввиду некроза гонады, у 21 (67,7%) – деторсия и фиксация яичек. Фиксация яичка с контралатеральной стороны проводилась у 14 (45,2%) пациентов с минимальной реакцией оболочек яичка. Жизнеспособность яичка оценивалась по данным дооперационной УЗИДГ и интраоперационно, при необходимости с согреванием теплым 0,9% раствором натрия хлорида, новокаиновой блокадой семенного канатика. У 8 (25,8%) пациентов выполнена ручная деторсия с УЗИ-контролем как этап лечения перед операцией. В послеоперационном периоде у пациентов с сохраненным яичком проводилась терапия, направленная на купирование циркуляторных нарушений и вторичного воспаления. При выписке рекомендовалась профилактическая фиксация непораженного яичка, если она не выполнялась ранее, наблюдение детского уролога, УЗИДГ-контроль. Причины позднего поступления и, как следствие, потери гонады у 10 (32,3%) пациентов: необоснованная консервативная и выжидательная тактика, отсутствие жалоб от ребенка и утаивание ситуации. Из этой группы большинство детей (7) поступали из районов области и были под наблюдением уролога или общего хирурга. У 1 ребенка 6 дней имелся внутриутробный заворот, не распознанный сразу после рождения. Необратимые изменения в яичке напрямую зависели от сроков начала заболевания, угла заворота.

Заключение. При малейшем подозрении на заворот яичка ребенок должен направляться в специализированное детское отделение, консервативная тактика не приемлема.

Лазарев В.В., Халиуллин Д.М.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ КСЕНОНОМ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Стоматологическая клиника ООО Дентал Форте Элит, г. Набережные Челны

Актуальность. Сегодня страх перед стоматологом, тревога являются основной причиной отказа от стоматологического лечения. Проблема лечения детей в стоматологии – это испытание и стресс как для самого ребенка, так и для родителей и стоматолога. Преимущество общей анестезии при санации полости рта очевидно, так как имеется возможность вылечить все зубы за один прием, и это подтверждается хорошими клиническими результатами. Учитывая положительные свойства ксенона, представляется актуальным использование данного препарата для анестезии в детской стоматологии.

Цель. Оптимизация общей анестезии в амбулаторной стоматологии с применением ингаляции ксенона у детей.

Пациенты. В открытое, сравнительное, рандомизированное исследование в параллельные группы со случайной выборкой было включено 73 пациента обоих полов в возрасте от 2 до 12 лет. Дети были разделены на 2 группы: проспективная, для проходивших лечение под анестезией севофлураном (35 человек) – 1-я группа, 38 детей из проспективной группы, лечившихся под ксеноновой анестезией, – 2-я группа.

Результаты. Ингаляционная анестезия ксеноном по предлагаемой методике в амбулаторной стоматологии у детей эффективна и безопасна. Все мониторируемые показатели во время анестезии ксеноном находились в пределах референтных значений и возрастных норм. В ходе проведения исследования никаких побочных явлениях и осложнений во время проведения ксеноновой анестезии выявлено не было. В группе ксенона лишь в 4% случаев зафиксирована послеоперационная ажитация. В группе севофлурана встречаемость ажитации 71%. Восстановление когнитивных функций до исходного уровня в группе ксенона отмечалось к 30-й минуте после завершения анестезии.

Заключение. Предложенная и апробированная методика ксеноновой анестезии может быть успешно, эффективно и безопасно использоваться в стоматологической практике у детей.

Леонов Н.П., Спиридонова Е.А., Щукин В.В. , Новичкова Г.А.

ПРЕДИКТОРЫ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева Минздрава России, г. Москва;
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва;
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Коагулопатия всегда сопутствует кровопотере, а ее трансформация в синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром) связана с повышенным уровнем заболеваемости и смертности.

Цель. Выявление основных клинических предикторов формирования ДВС-синдрома при хирургических вмешательствах у детей с онкологической патологией.

Пациенты. Проведено ретроспективное исследование 2036 детей до 18 лет с онкологической патологией, получивших хирургическое лечение за период с октября 2017 по октябрь 2019 г. Из данной выборки исключены пациенты с отсутствием интраоперационного применения гемокомпонентов и кровотечения (1642); с наличием гемотрансфузий при кровотечении до операции (23); получавшие антиаггреганты и антикоагулянты до операции (16); имевшие до операции инфекционные осложнения (46); постреанимационную болезнь (3); патологию сердца (12); факт проведения ИВЛ и/или инотропной поддержки (12); оценку по шкалам PELD (MELD) > 20 баллов (7), pRIFLE-уровень недостаточности и выше (14), а также истории болезни с отсутствием данных для оценки по шкале ISTHDIC на 2-е сутки после операции (54). Полученная когорта (207) разделена на 2 группы пациентов: 1-я – дети с ДВС-синдромом (59), 2-я – без ДВС-синдрома (148). Диагностика ДВС-синдрома на 2-е сутки после операции проводилась по модифицированной системе оценки ISTH. В окончательную модель многофакторной логистической регрессии включены признаки, которые были до развития ДВС-синдрома на 2-е сутки после операции, отобранные в результате однофакторного анализа ($p < 0,05$), с менее 10% пропущенных данных, которые были клинически правдоподобными. Точность прогнозирования многофакторной модели проверяли по анализу площади под кривой ROC.

Результаты. Совокупный риск развития ДВС-синдрома на 2-е сутки после хирургической коррекции онкологической патологии составил 28,5%. Выявлено, что у детей с онкологической патологией операции на печени ($\chi^2 = 11,8$; $p < 0,001$) и в области забрюшинного пространства ($\chi^2 = 4,8$; $p = 0,03$) связаны с большей вероятностью формирования ДВС-синдрома на 2-е сутки после операции. В результате однофакторного анализа отобраны следующие признаки: масса тела; возраст; показатели альбумина, фибриногена, количества тромбоцитов, гемоглобина до операции; максимальные показатели VIS-индекса; длительность периода критической гипотензии; объем кровопотери; наличие массивной кровопотери, метаболического ацидоза, гипокальциемии и гиперхлоремии; объем использованных инфузионных и трансфузионных растворов. Многофакторный анализ показал, что возраст пациента менее 2 лет *OR* = 0,76 [0,65; 0,88], длительность периода критической гипотензии более 25 мин *OR* = 1,21 [1,13; 1,29], гипокальцемия ($iCa^{+2} \leq 1$ mmol/L) *OR* = 7,2 [1,23; 42,16] и уровень тромбоцитов менее 100×10^9/л, *OR* = 0,99 [0,98; 0,99] на момент начала операции являются предикторами развития ДВС-синдрома в послеоперационном периоде. Для оценки точности прогнозирования данной модели выполнен ROC-анализ (AUC = 0,95 [0,91; 0,98]), что говорит об отличном качестве модели.

Заключение. В популяции детей с онкологической патологией совокупный риск развития ДВС-синдрома после операции высок и составляет 28,5%. Предикторами формирования ДВС-синдрома в послеоперационном периоде при хирургических вмешательствах у детей с онкологической патологией являются: возраст пациента менее 2 лет, длительность периода критической гипотензии более 25 мин,

Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю., Хайитов У.Х.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Причиной острых желудочно-кишечных кровотечений могут быть более 100 различных заболеваний. Наиболее распространено деление кровотечений по этиологическому принципу – на язвенные, неязвенные, кровотечения невыясненной этиологии.

Цель. Улучшить диагностику желудочно-кишечных кровотечений у детей на догоспитальном этапе.

Пациенты. За последние 15 лет врачами скорой медицинской помощи в Центр неотложной помощи были доставлены 613 детей с желудочно-кишечным кровотечением.

Результаты. На догоспитальном этапе правильный диагноз обычно ставится у половины больных. Дополнительное время на собирание подробного анамнеза и детальный осмотр больного тратить не следует. Врач должен убедиться в самом факте желудочно-кишечного кровотечения и провести показанные неотложные мероприятия на месте и в пути следования в хирургическое отделение. Прием воды запрещается. На живот кладут пузырь со льдом (криопакеты) или с холодной водой. Состояние облегчается при вдыхании кислорода через маску или трансназальные зонды. Больного срочно доставляют в хирургический стационар. При резком падении артериального давления производят переливание натрия хлорида 0,9% – 500 мл внутривенно капельно, ГЭК 6% – 500 мл внутривенно капельно, этамзилат 12,5% – 2,0 мл внутримышечно или внутривенно. Введение сосудосуживающих препаратов не показано. Мы придаем большое значение ректальному исследованию, которое должно выполняться всем больным, так как по цвету каловых масс можно установить не только факт самого кровотечения, но и определить его источник.

Заключение. На догоспитальном этапе достаточно информативны методы оценки кровопотери, основанные на определении «индекс шока». Лечение острого желудочно-кишечного кровотечения должно быть индивидуальным и комплексным. Консервативное лечение в стационаре продолжают до установления источника кровотечения, что в основном и определяет дальнейшую тактику.

Магомедмирзаев Д. Ш., Жидовинов А. А., Пермяков П. Е.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЁННЫХ

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань

Актуальность. Ранняя диагностика язвенно-некротического энтеролоколита представляет определенные трудности.

Цель. Совершенствование методов ранней диагностики язвенно-некротического энтероколита у новорожденных.

Пациенты. В исследуемую группу вошли 27 детей, находившихся в зоне риска по язвенно-некротическому энтероколиту (ЯНЭК). В группе было 16 (59%) мальчиков и 11 (41%).девочек. Всем детям помимо рутинных лабораторных и инструментальных методов исследования определяли уровень фекального кальпротектина методом иммуноферментного анализа (Патент № RU 2705379 C1 от 07.11.2019 г. Бюл. № 31), который явился основным способом ранней диагностики ЯНЭК. Задача вышеперечисленных методов исследования – выявление диагностических критериев ранней диагностики ЯНЭК у новорожденных, находящихся в зоне риска. При ЯНЭК практически невозможно предвидеть клиническую картину начальной стадии заболевания. Для оценки тяжести состояния и стадии заболевания нами была использована классификация Белла.

Результаты. Во время первой стадии наблюдалось повышение уровня фекального кальпротектина до 1,1 ± 0,03 мг/г, во время второй – до 1,7 ± 0,07 мг/г, во время третьей – до 2,0 ± 0,09 мг/г и выше, повышение прокальцитонина +2 нг/мл является маркером сепсиса. У 18 (66%) детей из исследуемой группы бактериологическое исследование крови дало положительный результат. 12 (44,4%) детей были прооперированы. После консервативного и оперативного лечения у всех детей проводился контроль фекального кальпротектина. Выявлены корелляционная зависимость клинической картины заболевания и динамики показателей фекального кальпротектина, что указывает на связь патогенетических механизмов и течения процесса.

Заключение. Таким образом, нет сомнений в эффективности определения уровня фекального кальпротектина совместно с общепринятыми лабораторными и инструментальными методами исследования для ранней диагностики ЯНЭК.

Магомедов А.Д., Ашурбеков В.Т., Айсаев З.Ч., Султанахмедова Д.Ш.

ЗАВОРОТ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

ДРКБ имени Н.М. Кураева, Республика Дагестан, г. Махачкала

Актуальность. Заворот желудка относится к редким заболеваниям для всех возрастных групп, но до 15 лет встречается особенно редко. Приведенные в литературе сообщения свидетельствуют о различном понимании характера поражения желудка у детей при изменении его положения.

Цель. Проанализировать методы диагностики и лечения при завороте желудка у детей.

Пациенты. В отделении ЭГХ ДРКБ находилось на лечении 3 детей с заворотом желудка. Для диагностики применялись: ФГДС, УЗИ, обзорная R-графия органов брюшной и грудной полостей, КТ с контрастированием.

У ребенка, 2 года 9 мес, выявлена ложная диафрагмальная грыжа, органо-аксиллярный (кранио-каудальный) заворот желудка с признаками асфиксического ущемления. Произведена лапаротомия, низведение толстой и тонкой кишки, желудка и селезенки, ушивание дефекта диафрагмы.

Пациент, 14 лет, диагноз – рецидивирующий мезентерио-аксиллярный заворот желудка, параэзофагиальная грыжа. Лапаротомия, ушивание ножек диафрагмы, фундопликация по Ниссену.

Девочка, 1 г 4 мес, выявлен рецидивирующий органо-аксиллярный заворот желудка. Дисплазия толстой кишки, ОРВИ. Выписана с рекомендациями при повторении болей и рвоты явиться на госпитализацию.

Результаты. Оба оперированных ребенка выписаны с выздоровлением. Наблюдались в течение года. Осложнений не было.

Заключение. Заворот желудка у детей встречается гораздо чаще, чем диагностируется. Разработанная программа комплексного обследования детей (гастроэнтерологи, хирурги, рентгенологи) позволяет во всех случаях диагностировать вид заворота и индивидуализировать метод лечения.

Магомедов А.Д., Ашурбеков В.Т., Магомедов Р.И., Балаев В.Б., Муртузалиев З.Н.

ТРАВМА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

ДРКБ имени Н.М. Кураева, Республика Дагестан, г. Махачкала

Актуальность. Травма почек у детей относится к тяжелой патологии. Своевременное оказание квалифицированной помощи способствует сохранению этого органа.

Цель. Изучить структуру повреждения и лечение почек у детей.

Пациенты. За последние 10 лет в урологическом отделении ДРКБ находилось на лечении 48 детей с повреждениями почек. Возраст 3–15 лет. Сроки поступления 1-3 сут. Из них ушибы у 6 (14,65%), подкапсульные разрывы у 6 (14,65%), полные разрывы у 29 (70,7%). Консервативное лечение проводилось при ушибах и подкапсульных разрывах – 29,3%. Оперировано 29 (70,7%) детей, проведены органосохраняющие операции – ушивание раны почки у 8 (27,6%), с одномоментной пластикой лоханочно-мочеточникового сегмента – у 3 (10,3%). Удаление почки – у 5 (17,24%). Отдаленные результаты: вторичное сморщивание почки – у 1, стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента – у 1, проведена коррекция.

Результаты. Все больные выздоровели. При этом выявлена стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента у 1 больного. Проведена коррекция с положительным результатом. Выявлена тенденция к сморщиванию почки у 1 больного, после проведенного лечения удалось остановить этот процесс. В дальнейшем он продолжал лечиться и оставался под амбулаторным наблюдением . Нагноение раны – у 1 больного.

Заключение. Диагностика и успешное лечение травматических повреждений почек зависит от сроков поступления, характера травмы и адекватного лечения.

Магомедов Р.И., Магомедов А.Д., Ашурбеков В.Т., Мейланова Ф.В., Абасов М.Н., Магомедов Р.Р.

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НОВОРОЖДЁННЫХ

ДРКБ имени Н.М. Кураева, Республика Дагестан, г. Махачкала

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) – одно из наиболее сложных полиэтиологических заболеваний, крайне тяжелых осложнений и критических состояний в периоде новорожденности. НЭК чаще развивается у недоношенных новорожденных с низкой массой тела и экстремально низкой масссой тела при рождении.

Цель. Изучение причин и факторов риска развития некротического энтероколита. Оптимизация метода консервативной терапии, выбора сроков хирургического вмешательства и улучшение результатов лечения больных.

Пациенты. За период с 2014 по 2018 г. поступило 415 ребенка с НЭК в возрасте от нескольких часов до одного месяца. Недоношенные дети с массой тела от 700 до 1500 г – 76,1%.

Результаты. Консервативное лечение получили 33,5% новорожденных, из которых 82,0% выписаны с выздоровлением. Умерло 17,9% больных от различных септических осложнений, развившихся на фоне ВУИ и иммунодефицита. Оперировано на стадии перфоративного перитонита 66,5% детей, в сроке от 18 ч до 20 сут с момента госпитализации. Объем оперативного вмешательства зависел от распространенности и тяжести процесса, с выведением стом и резекцией пораженных участков кишечника. Оперированные дети (51,8%) выжили, в послеоперационном периоде умерло 12,0% новорожденных. Общая летальность среди новорожденных с НЭК составляет 14,0%. Если в 2014 г. летальность от некротического энтероколита составляла 31,0%, то в 2018 г. этот показатель снизился до 6,6%.

Заключение. Ранняя диагностика и адекватная консервативная терапия, дифференцированный подход к комбинации методов консервативного лечения, использование лапароцентеза, дренирование брюшной полости в предоперационном периоде и своевременное оперативное вмешательство, с учетом варианта НЭК, позволяет снизить количество неблагоприятных исходов лечения.

Магомедов А.Д., Садыкова М.М., Ашурбеков В.Т., Хайирбеков Т.Х., Нурмагомедов М.М., Исмаилов М.И., Султанахмедова Д.Ш.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ

ДРКБ имени Н.М. Кураева, Республика Дагестан, г. Махачкала

Актуальность. Гнойный перитонит — одно из самых тяжелых осложнений различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости.

Цель. Определение алгоритма оптимизации диагностики и лечения перитонита различной этиологии.

Пациенты. За 2016–2019 гг. в отделении ЭГХ ДРКБ пролечено 157 детей с перитонитами: 84 (53,5%) мальчика и 73 (46,5%) девочки. Возраст до 1 года – 3 (1,9%), 1–3 года – 23 (14,6%), 3–7 лет – 38 (24,2%), 7–14 лет – 69 (43,95%), старше 14 лет – 24 (15,4%). У 95 (60.5%) детей перитониты носили местный неотграниченный характер, у 45 (28,6%) – разлитой, местный отграниченный – у 17 (10,9%). Сроки поступления: 1-е сутки – 40 (25,5%), 2-е – 43 (27,4%), 3-и – 49 (31,2%), 4-е – 25(15,9%). Первичный перитонит – у 18 (11,5%).

Результаты. Больных с аппендикулярным перитонитом – 130 (82,8%), из их числа у 9 (5,7%) – перитонит вследствие перфораций, первичный перитонит – у 18 (11,5%), из них девочек –17 (94,4%). Идентификацию возбудителя удалось определить у 61% – различная ассоциация (*E.Coli*, *Staphylococcus*, *Enterococcus*, *Pseudomonas aeruginosa* и т.д). Длительность антибиотикотерапии: местная – 10–12 дней, общая – 14–16 дней. Проведение перидурального блока – у 67%. Интубация тощей кишки желудочным зондом – у 18%. У 25 (15,9%) детей развились осложнения – все с аппендикулярным перитонитом, нагноение раны – у 10,8%, инфильтрат брюшной полости – у 2,9%, ранняя спаечная кишечная непроходимость – у 1,4%, абсцесс Дугласа – у 0,8%.

Заключение. Важными факторами оптимизации послеоперационного лечения являются верификация возбудителя, адекватная антибиотикотерапия, ранняя нормализация функции кишечника и коррекция интоксикационного синдрома.

Мазнова А.В., Завьялкин В.А., Барская М.А., Варламов А.В., Быков Д.В., Бородин Р.В.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д.Середавина», г. Самара;
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара

Актуальность. Среди заболеваний пищеварительной системы у детей удельный вес ЖКБ в нашей стране составляет более 1%, а по данным зарубежных авторов, частота развития колеблется от 0,13 до 0,3% (2018г.). При этом за последние 10 лет отмечен рост частоты этого заболевания на порядок во всем мире.

Цель. Анализ результатов лечения детей с ЖКБ, находившихся на лечении в хирургическом отделении.

Пациенты. В период с 2010 по 2019 г. на лечении в хирургическом отделении находилось 60 детей в возрасте от 10 мес до 15 лет. Из них 24 (40%) мальчика и 36 (60%) девочек. По нашим данным, у 14 детей выявлен отягощенный наследственный анамнез по ЖКБ, у 7 – ожирение различной степени, 16 детей получали лечение цефтриаксоном до установления диагноза ЖКБ, у 4 – ВПР ЖКТ, у 8 –хронический гастродуоденит, 3 ребенка с неонатальной желтухой, по 1 ребенку с гемолитической анемией, наследственным сфероцитозом и атопическим дерматитом. У всех детей отмечались нарушения в режиме питания, чрезмерное употребление жирной и углеводистой пищи, а также малоподвижный образ жизни, чаще в подростковом возрасте.

Результаты. На базе хирургического отделения за период с 2010 по 2019 г. нами было прооперировано 37 детей. Всем детям проводилась лапароскопическая холецистэктомия. Средний койко-день составил 7,5. Послеоперационных осложнений не было. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение педиатра и гастроэнтеролога.

Заключение. Таким образом, при установлении диагноза ЖКБ в амбулаторных условиях, ребенок должен находиться под наблюдением не только педиатра, но и гастроэнтеролога. При выявлении сладжа в желчном пузыре – обязательно назначение препаратов урсодеоксихолевой кислоты с контролем УЗИ через 1 мес и б/х показателей крови для предотвращения развития ЖКБ. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течении 6 мес, не допуская развития осложнений, – проведение оперативного лечения.

Мамадалиев А.Б., Исаков Б.М, Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ УДАЛЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ И ГИДРОМ

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

Актуальность. По данным отечественных и зарубежных авторов, частота образования внутричерепных гематом и гидром при черепно-мозговых травмах колеблется в пределах от 2 до 4% случаев.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных с внутричерепными гематомами.

Пациенты. Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2012 по 2019 г. находились 165 больных с внутричерепными гематомами и гидромами. Из общего количества больных 103 (62,4%) проведены хирургические вмешательства традиционным способом (декомпрессивная трепанация черепа) и 62 (60,1%) – малоинвазивным методом.

Результаты. В наших случаях полное удаление эпидуральных гематом отмечено у 26 (41,9%) больных, у 3 (4,8%) – повторное скопление гематомы, что вызвало необходимость повторных оперативных вмешательств. Во всех 33 (53,2%) случаях субдуральных гематом и гидром повторного скопления не отмечалось, что верифицировано по данным контрольных КТ и МРТ-исследований.

Заключение. Таким образом, как и при малых гематомах и гидромах, так и при больших, путем применения малоинвазивных методов можно добиться их полного удаления. Малоинвазивные методы удаления гематом и гидром характеризуются малой травматизацией головного мозга и не приводят к образованию косметического дефекта.

Махмудов З.М., Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2-я клиника Самаркандского Государственного медицинского института, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) , «среди острой хирургической патологии детского возраста острый гематогенный остеомиелит (ОГО) составляет 2,2–10%, а среди гнойно-септической инфекции – от 12,5 до 47%». Диагностика ОГО костей тазобедренного сустава (КТС) представляет определенные трудности не только на догоспитальном этапе, но и для врача специализированного стационара.

Цель. Совершенствование ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей.

Пациенты. Объектом исследования явились 104 пациента с подозрением на ОГО КТС, обследованные и пролеченные в отделении гнойной хирургии 2-й клиники Самаркандского государственного медицинского института за период с 2004 по 2018 г. Возраст детей - от 6 до 18 лет. Для ранней верификации остеомиелита больным, наряду с рентгенологическим исследованием, делали ультразвуковое исследование(УЗИ) и компьютерную томографию (КТ).

Результаты. УЗИ была произведена 72 больным, поступившим с подозрением на ОГО КТС, которые вошли в наше исследование. Так, из 72 больных, ОГО КТС подтвердился только у 47 (65,3%) детей, а остальным 25 (34,7%) пациентам вышеуказанный диагноз был исключен и выставлен реактивный коксит (РК). КТ была произведена 32 больным, поступившим с подозрениемна ОГО КТС. Так, из 32 больных ОГО КТС подтвердился только у 27 (84,4%) , а остальным 5 (16,5%) пациентам вышеуказанный диагноз был исключен и выставлен РК.

Заключение. Таким образом, специфичность КТ при ОГО КТС в ранние сроки составила 92%, чувствительность – 84,4% и точность – 87,7%. УЗИ обладает более низкой способностью выявления этой патологии, специфичность составила 87,5%, чувствительность – 65,3% и точность – 75%. Вышеуказанные данные позволяют рекомендовать КТ как наиболее достоверный метод ранней диагностики при данной патологии.

Машкова Т.А., Мальцев А.Б., Журило И.П., Кузнецов М.В, Сорокина М.С.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ТОНЗИЛЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

БУЗ ОО НКМЦ помощи матерям и детям имени З.И. Круглой, г. Орёл

Актуальность. Биологическое сходство морфологического строения нёбных миндалин и аппендикса обусловливает взаимосвязь острого аппендицита (ОА) и тонзиллита. Взаимосвязи этих процессов в детском возрасте недостаточно изучены.

Цель. Изучить взаимосвязь заболеваемости ОА с тонзиллярной патологией.

Пациенты. Проведен анализ данных о заболеваемости ОА у детей, находившихся на лечении в нашем учреждении в период с 2015 по 2018 г. Сопоставлены данные о форме ОА, возраст и пол пациентов, сезонность заболевания, сопутствующая патология. Пролечено 940 пациентов. Мальчиков – 432 (45,9%), девочек – 508 (54,1%). В возрасте до 3 лет – 12 (1,3%) детей, от 4 до 5 – 61 (6,5%), 6–8 – 196 (21,0%), 9–11 – 227 (24,0%), 12–15 – 261 (27,8%), старше 18 – 3 (19,4%). Простая форма аппендицита отмечена у 104 (11,1%) больных, гнойные и осложненные формы – у 836 (88,9%). В I квартале госпитализировано 234 (24,9%), ребенка, во II – 226 (24,0%), в III – 235 (25,0%), в IV – 245 (26,1%). Учитывали наличие у пациентов сопутствующих заболеваний.

Результаты. Общая заболеваемость ОА у детей не имела сезонной зависимости. Однако в осенне-зимний и весенний периоды отмечено достоверное увеличение удельного веса катаральной формы ОА. Она чаще встречалась в возрасте 6–8 и 12–15 лет, что соответствует критическим периодам формирования иммунной системы (IV–V), в которые доминируют гипертрофии нёбных миндалин и максимальная частота осложнений хронического тонзиллита. Сочетание этих заболеваний значительно чаще встречалось у девочек. Аналогичные гендерные особенности подтверждаются данными мировой литературы.

Заключение. Полученные результаты позволяют подтвердить взаимосвязь тонзиллярной патологии с неосложненным ОА. В ее основе лежат иммунопатологические реакции, обусловленные функциональным состоянием нёбных миндалин, системы иммунитета в целом и гиперпластическими изменениями лимфоидного аппарата червеобразного отростка.

Мельников И.А., Ахлебинина М.И., Ахадов Т.А.

2D И 3D FLAIR В ВЫЯВЛЕНИИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, г. Москва

Актуальность. Известно, что импульсная последовательность FLAIR, используемая в МРТ, обладает исключительными способностями в обнаружении субарахноидального кровоизлияния (САК) различной этиологии. Однако артефакты, возникающие в бороздах мозга при насыщении цереброспинальной жидкости кислородом при исследовании под наркозом, остаются проблемой для рутинной 2D FLAIR импульсной последовательности.

Цель. Сравнить чувствительность и специфичность двух различных импульсных последовательностей FLAIR для выявления субарахноидального кровоизлияния при острой черепно-мозговой травме у детей.

Пациенты. Мы ретроспективно оценили данные нейровизуализации 38 пациентов, которые поступили в наш институт с острой тяжелой черепно-мозговой травмой. КТ и МРТ у всех пациентов проводились в первые 24 ч с момента травмы (с интервалом между 2 процедурами менее 10 ч). МРТ у всех пациентов была выполнена под наркозом (севофлюран) и 60 – 100% кислородом из-за тяжести их клинического состояния.

Результаты. 2D FLAIR-последовательность показала очень высокую чувствительность (100% – 38 пациентов), неблагоприятную специфичность (0% – 0 пациентов). В то же время 3D FLAIR- последовательность показала приемлемую чувствительность (79% – 30 пациентов) и очень высокую специфичность (100% – 38 пациентов). Положительные и отрицательные прогностические значения для 2D и 3D FLAIR составили 50% (19 пациентов) и 100% (38 пациентов) соответственно.

Заключение. Дополнительное применение кислорода при обследовании пациентов под наркозом приводит к сокращению T1 цереброспинальной жидкости. Лучевым диагностам следует знать об этом явлении, чтобы избежать некорректной интерпретации полученных данных. Наши исследования подтверждают, что использование последовательности 2D FLAIR для выявления САК у детей с седацией не рекомендуется. В то же время использование 3D FLAIR демонстрирует значительную чувствительность и специфичность метода.

Мельников И.А., Ахлебинина М.И., Ахадов Т.А.

ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ПО ДАННЫМ МРТ

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, г. Москва

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) легкой степени тяжести составляет 85–90%. Примерно у 50% пациентов возникают нейрокогнитивные нарушения в первый месяц после "легкой" травмы. Чаще всего "легкая" ЧМТ встречается у детей и подростков. Метод «золотого стандарта» в нейротравматологии (компьютерная томография) обладает недостаточной чувствительностью для диагностики повреждения вещества головного мозга "легкой" степени.

Цель. Определить возможности МРТ в выявлении повреждений головного мозга при легкой ЧМТ.

Пациенты. Было обследовано 143 ребенка в возрасте от 1 года до 17 лет с диагнозом легкая ЧМТ. МРТ проводилось не позднее 2 сут с момента поступления в стационар.

Результаты. Мелкоочаговые корковые или корково-подкорковые ушибы, объемом не более 5 мл были выявлены у 45 детей (31,5 % пациентов с ЛЧМТ). В 30 случаях из 45 ушиб мозга легкой степени сопровождался переломом костей черепа (в 19 случаях совпадал с локализацией ушиба головного мозга, в 6 – по принципу противоудара). Субдуральные гематомы небольшого объема выявлены у 4 пациентов, эпидуральные – у 14, субарахноидальные кровоизлияния, совпадающие по локализации с ушибом, – у 10 . У 19 детей (13% детей с легкой ЧМТ) было диагностировано диффузное аксональное повреждение полушарий головного мозга (ДАП I типа).

Заключение. Клинически легкая ЧМТ(включая сотрясение головного мозга) может сопровождаться широким спектром травматических изменений, которые могут быть упущены при использовании классических методов нейровизуализации. Факт выявления ДАП у пациентов с клинически легкой ЧМТ (подозрение на ушиб головного мозга легкой степени или сотрясение) требует дальнейшего изучения, поскольку последствия диффузной травмы могут быть гораздо более значимыми.

Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков Б.М, Исаков К.Б, Мамадалиев А.Б, Ташланов Ф.Н, Шарипов А.А.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

Актуальность. Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) занимают ведущее место среди других видов механических повреждений. В большинстве случаев травма головы сочетается с повреждениями других частей тела, отличается тяжелым клиническим течением и высокой смертностью, особенно в первые часы и в первые сутки после травмы.

Цель. Улучшить результаты лечения больных с ЧМТ.

Пациенты. Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2017 г. находились 80 больных с тяжелыми ЧМТ в возрасте от 1 года до 18 лет. Наибольшее количество больных в возрасте от 3 до 10 лет – 51 (63,7%). мальчиков – 60 (75,0%), девочек – 20 (25,0%).

Результаты. В результате проведенного комплексного медикаментозного лечения 63 пациента были выведены из тяжелого состояния и для продолжения дальнейшего лечения переведены в неврологические стационары планового типа. Летальность в наших наблюдениях составила 17 (21,5%) случаев, из них в первые сутки после травмы умерло 11, и в последующие 3–7 сут – 6 больных.

Заключение. Больные с тяжелыми ЧМТ должны лечиться в специализированных нейрохирургических отделениях. Всем больным необходимо проведение комплекса диагностических методов обследования с использованием КТ- и МР-исследований. При выявлении признаков наличия травматических объемных образований (внутричерепные гематомы, гидромы) необходимо проведение ранних оперативных методов лечения (удаление вдавленных костных отломков, гематом и гидром), что способствует улучшению состояния больных и результатов проводимого лечения.

Мосьпан Т.Я., Агаева В.Е.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ – ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ONLINE

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ, г. Москва;
Московский городской педагогический университет, г. Москва;
Институт специального образования и комплексной реабилитации, г. Москва

Актуальность. Дети с врождённой расщелиной губы и нёба (ВРГН) – пациенты с разносторонней сочетанной патологией разной степени выраженности. Из-за косметических дефектов лица и искаженной речи они подвержены возникновению и вторичных нарушений со стороны психического здоровья. Для максимальной реабилитации детей данной категории, первоочередным является своевременное медицинское вмешательство. При этом для детей с ВРГН с периода новорождённости очевидна необходимость логопедической помощи, являющейся неотъемлемой составляющей их комплексного лечения.Однако ввиду особенностей социальной ситуации развития не все пациенты имеют возможность её своевременного получения.

Цель. Определить эффективность коррекционно-логопедической работы в дистанционных условиях.

Пациенты. В исследовании участвовало 43 ребёнка с ВРГН в возрасте от 22 до 30 мес после уранопластики. У всех детей отмечалась дефицитарность и несформированность базовых компонентов речи разного уровня: низкий уровень – 40%; средний – 37%; достаточный – 23%. Родители всех детей в стационаре или амбулаторно были обучены приёмам коррекционно-логопедической работы. В программе дистанционного логопедического сопровождения, включающей 10 обучающих online-консультаций в течение 5 мес, приняли участие 29 детей (экспериментальная группа – ЭГ); родители 14 детей (контрольная группа – КГ) выполняли рекомендации без контроля логопеда.

Результаты. Положительная динамика в развитии всех компонентов речи отмечена среди детей ЭГ: низкий уровень отсутствует, средний – 45%, достаточный – 55%. В КГ – низкий уровень сохраняется у 43%; средний – у 28,5%; достаточный – у 28,5% детей.

Заключение. Использование логопедических online-консультаций в ранней реабилитации детей с ВРГН после уранопластики доказало их эффективность в дистанционных условиях. Их применение позволяет оптимизировать реабилитационный процесс, помогает своевременной корректировке индивидуальной программы развития ребёнка и способствует сокращению сроков логопедической работы.

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

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХВОСТОПОДОБНОГО РУДИМЕНТА У РЕБЕНКА

ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина», г. Тула

Актуальность. Хвост у ребенка – редкое явление, представленное косметическим дефектом в виде придатка в пояснично-крестцовой области. Выделяют истинные хвосты и псевдохвосты. Рудиментарный хвост описывается как остаток структуры, найденной в эмбриональном периоде. В течение 5–6-й недели внутриутробной жизни человеческий эмбрион имеет хвост с 10–12 позвонками. К 8-й неделе человеческий хвост исчезает. Псевдохвосты имеют поверхностное сходство с истинными хвостами. Они представляют собой аномальное удлинение копчиковых позвонков. Дополнительные образования, обнаруженные с псевдохвостами – это липомы, тератомы и глиомы.

Цель. Описать клинический случай хвостоподобного рудимента у ребенка.

Пациенты. Под нашим наблюдением в августе 2019 г. на базе ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина находился ребенок Б., 2 года, с диагнозом: хвостоподобный рудимент в правой ягодичной области. Из анамнеза: девочка больна с рождения, наблюдалась хирургом по м/ж, направлена на плановое оперативное лечение. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные. По внутренним органам и системам – без особенностей. Физиологические отправления в норме. В области верхнего медиального квадранта правой ягодицы – рудиментарное образование пальцевидной формы, длиной около 5–6 см с острой вершиной, мягкой консистенции, без признаков воспаления. Неврологическая симптоматика, общий анализ крови, общий анализ мочи – без особенностей.

Результаты. Лечение: операция от 13.08.2019 – удаление (иссечение) образования. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 7-е сутки. Выздоровление. Выписана под наблюдение хирурга и педиатра по месту жительства. Патогистологическое исследование: в препарате мягкие ткани, покрытые тонкой кожей, воспаления, опухолевых клеток не обнаружено.

Заключение. Данный клинический случай и патогистологическое исследование подтверждают мысли о наличие дистопированного хвостоподобного рудимента у ребенка.

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

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ

ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина», г. Тула

Актуальность. Черепно-мозговая травма у детей раннего возраста характеризуется ростом распространенности: 2010 г. – 6,7%, 2018 г. – 10%. Наибольший рост наблюдается у детей грудного возраста – 4,4%, у детей до 3 лет – 3,3%.

Цель. Описать случай консервативного лечения субдуральной гематомы у ребенка.

Пациенты. Под нашим наблюдением в мае 2019 г. на базе ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина находился ребенок П., 6 мес, с диагнозом: субдуральная гематома в левой теменной области. Перелом теменных костей. Из анамнеза: ребенок поступил с жалобами на рвоту, наличие гематом в теменных областях. За 1 ч до поступления упал со стула-няни. Сознания не терял, обмяк, была однократная рвота. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные. По внутренним органам и системам – без особенностей. Большой родничок не напряжен. Зрачки равные, D = S. Очаговых и менингеальных знаков нет. В теменных областях с обеих сторон гематомы 1,5 × 3,0 см. ОАК – лейкоциты 15,6 · 10^9/л, гемоглобин 95 г/л. Рентгенография черепа 27.05.2019 – линейный перелом обеих теменных костей. РКТ головного мозга 27.05.2019 – субдуральная гематома в левой теменной области. Перелом теменных костей с обеих сторон. Небольшое расхождение сагиттального шва. М-ЭХОЭГ 27.05.2019 – без смещения срединных структур. Невролог 28.05.2019 – субдуральная гематома в левой теменной области, перелом теменных костей, сотрясение головного мозга. Нейрохирург 29.05.2019 – ЗЧМТ. Перелом теменных костей, субдуральная гематома слева. Рекомендовано консервативное лечение. Окулист – глазное дно без патологии.

Результаты. Лечение: строгий постельный режим, гемостатическая и антибактериальная терапия, диуретики, нейрометаболические и сосудистые препараты.

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

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУПОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ

ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина», г. Тула

Актуальность. Среди травматических повреждений паренхиматозных органов брюшной полости у детей лидирующие позиции занимают повреждения селезенки, составляя 46,5–59,1%.

Цель. Описать случай консервативного лечения тупой травмы селезенки.

Пациенты. Под нашим наблюдением на базе ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина в августе 2019 г. находился ребенок М., 8 лет, с диагнозом: закрытый разрыв селезёнки, ушиб мягких тканей головы. Из анамнеза: за 1 ч до поступления в ДХО упал с высоты на детской площадке. Получил травму головы слева и живота (левой половины). Сознание не терял, рвоты не было. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой половине. Активное мышечное напряжение. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Неврологический статус – без особенностей. ОАК, ОАМ – без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии. Рентгенография костей черепа – костно-травматических изменений не выявлено. УЗИ органов брюшной полости от 21.08.2019 – топография селезенки не изменена, подвижность сохранена в полном объеме. Под капсулой верхнего полюса с внутренней стороны визуализируется участок треугольной формы с четкими ровными контурами размерами 3,1 × 0,9 см, аваскулярный; на границе средней и верхней трети – аваскулярный участок 2,0 × 1,6 см. В малом тазу умеренное количество свободной жидкости. М-ЭХОЭГ – без смещений. Невролог – ушиб мягких тканей головы. Окулист – ангиопатия сетчатки.

Результаты. Лечение: строгий постельный режим, гемостатическая и антибактериальная терапия, комплексное симптоматическое лечение. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

Заключение. Своевременное обращение больных в стационар, ранняя постановка диагноза и адекватное комплексное консервативное лечение при травме селезенки дает хороший результат.

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

РЕЗУЛЬТАТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДКАПСУЛЬНОГО РАЗРЫВА ПЕЧЕНИ С ГЕМАТОМОЙ

ГУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина», г. Тула

Атуальность. Дети с повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости – одни из самых сложных пациентов хирургических стационаров. На долю травм печени среди них приходится от 15 до 35%.

Цель. Описать случай консервативного лечения подкапсульного разрыва печени с гематомой.

Пациенты. Под нашим наблюдением в апреле-мае 2019 г. на базе ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина находился ребенок К., 7 лет, с диагнозом: кататравма, подкапсульный разрыв печени с гематомой.Из анамнеза: поступил с жалобами на беспокойство, вялость, боли в животе, тошноту. За 1 ч до поступления, во время прогулки, упал с крыши гаража плашмя на живот. Сознания не терял. Отмечалось вынужденное положение (полусогнутый), выраженный болевой синдром. КСМП доставлен в приемный покой. УЗИ органов брюшной полости 24.04.2019 – подкапсульный разрыв печени в 4–5-м сегменте с гематомой. Госпитализирован в ДХО. Состояние средней степени тяжести. Живот мягкий, не увеличен, болезненный при пальпации в правой половине. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Неврологический статус – без особенностей. ОАК – признаки легкой анемии. ОАМ – без особенностей. Рентгенография черепа – без патологии. УЗИ органов брюшной полости 29.04.2019 – признаки разрыва и гематомы печени. В динамике – увеличение размеров образования и появление анэхогенного участка. УЗИ органов брюшной полости 06.05.2019 – отмечается положительная динамика. Невролог – без патологии. Окулист – без патологии.

Результаты. Лечение: строгий постельный режим, комплексное лечение (гемостатическая, антибактериальная, обезболивающая терапия, диуретики, ноотропные препараты). Выписан в удовлетворительном состоянии.

Линник А.В., Сырыгина Л.В.

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

ГБУЗ ПК «Детская клиническая больница имени П.И. Пичугина», г. Пермь

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга у детей и сейчас представляет собой актуальную и не решённую в полной мере проблему детской хирургии и колопроктологии. Недостаточное внимание уделяется факторам, способствующим развитию у детей данной патологии и возникновению тяжёлых клинических форм заболевания.

Цель. Изучить акушерско-гинекологический анамнез матерей и детей, страдающих болезнью Гиршпрунга.

Пациенты. За период с 2005 по 2019 г. мы наблюдали в амбулаторных условиях 97 детей с болезнью Гиршпрунга (БГ) в возрасте от 1 до 15 лет. Ректальная форма БГ была диагностирована у 19 (19,6%) детей, ректосигмоидная – у 76 (78,3%), и субтотальная – у 2 (2,1%).

Результаты. Патологическое течение беременности было выявлено у 92,8% матерей наблюдаемых нами детей и часто носило сочетанный характер. Возраст женщин варьировал от 19 до 35 лет. Ранние и поздние токсикозы отмечались у 14,4%, перенесенные воспалительные заболевания– у 20,6%, анемия – у 41,2%, фетоплацентарная недостаточность – у 9,2%, угроза прерывания беременности – у 27,8%. Аборты и выкидыши имелись в анамнезе у 46,4% женщин. В большинстве случаев дети рождались в срок, недоношенными были 5,2%. Асфиксия регистрировалась в 3,1% случаев, обвитие пуповины вокруг шеи – у 4,1%, что свидетельствовало об осложнённом интранатальном периоде.

Нганкам Леон, Румянцева Г.Н., Осипова Е.В., Фомин А.М.

ОКАЗАНИЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВРОЖДЕННЫМИ СПИННОМОЗГОВЫМИ ГРЫЖАМИ В ТВЕРСКОМ РЕГИОНЕ

Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь;
Детская областная клиническая больница, г. Тверь

Актуальность. Врожденные спинномозговые грыжи(СПМГ) представляют собой большую проблему в связи с инвалидизацией больных из-за имеющихся тазовых расстройств (в 90% случаев) и других коморбидных состояний.

Цель. Разработка маршрутизации и организации экстренной нейрохирургической помощи пациентам со спинномозговыми грыжами

Пациенты. В Тверском регионе с 2011 по 2018 г. прооперированы 50 детей в возрасте 1–2 сут с врожденными спинномозговыми грыжами разной степени тяжести, девочек 60%, мальчиков 40%. При рождении ребенка со СПМГ в перинатальном центре в экстренном порядке осуществлялась консультация нейрохирурга. При наличии ликвореи ребенок переводился в ГБУЗ ДОКБ г. Твери в реанимационное отделение для новорожденных, где после обследований (УЗИ головного мозга, позвоночника и области грыжи, МРТ головного и спинного мозга) был оперирован нейрохирургом с использованием современной техники микрохирургии. В случае отсутствия ликвореи и сохранения целостности грыжевой оболочки, дети оперировались в течение 48 ч после более тщательного обследования (МРТ головного и спинного мозга, консультаций других специалистов – неонатолога, невролога, уролога). Для пластики больших грыжевых дефектов использовались ромбовидные кожные лоскуты во избежание послеоперационных осложнений.

Результаты. В послеоперационном периоде больные переводились из реанимации в отделение патологии новорожденных под наблюдение и консультации неонатолога и нейрохирурга. После выписки из больницы пациенты наблюдались в центре деткой неврологии и медицинской реабилитации г. Твери, ежемесячно консультировались в поликлинике с нейрохирургом, педиатром, урологом.

Заключение. Выбранные оптимальная маршрутизация и мультидисциплинарный подход обязательны для этой тяжелой группы больных, что позволяет надеяться на снижение инвалидизации пациентов с СПМГ.

Некрасова Е.Г., Мликова Т.В., Цап Н.А.

ПУНКЦИОННЫЕ ГАСТРОСТОМИИ У ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург;
ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница», г. Екатеринбург

Актуальность. Паллиативная помощь детям, в том числе хирургическая, представляет собой комплексный подход к тяжелобольному ребенку, имеющему ограниченный срок жизни вследствие неизлечимого заболевания. Направлена паллиативная помощь, в том числе и гастростомия, на улучшение качества жизни ребенка с тяжелым хроническим заболеванием или пороком развития. В современном подходе к гастростомии значимое место стали занимать пункционные гастростомы.

Цель. Анализ показаний к формированию пункционной гастростомы, техники оперативного вмешательства, послеоперационных результатов.

Пациенты. В отделении торакальной хирургии ОДКБ за 2014–2019 гг. пролечены 148 детей и подростков в возрасте от 4 мес до 18 лет, которым сформированы гастростомы. Показания к оперативному лечению установлены при следующих заболеваниях: органическое поражение ЦНС (98%), обусловленное инсультом, опухолями мозга, ЧМТ, СМА, БАС, с развитием дисфагии, а также при атрезии пищевода (2%); повреждении пищевода (0,7%), наличии трахеопищеводного свища (0,7%). Использовали как антибиотикопрофилактику в предоперационной подготовке (ампициллин сульбактам), так и антибиотикотерапию в течение 3–7 дней.

Результаты. Открытая гастростомия по методике Витцеля выполнена 29 (19,6%) детям, пункционные гастростомии с эндоскопической поддержкой – 119 (80,4%). Использование малоинвазивной методики гастростомии позволило начать кормление ребенка в первые сутки после оперативного вмешательства, длительность госпитализации сократилась до 5–6 дней. Интраоперационные осложнения в виде пневмоперитонеума возникли у 2 (1,7%) детей, ликвидирован дренированием брюшной полости. Послеоперационные осложнения: несостоятельность гастростомы на 8-е сутки (1 ребенок – 0,8%) ушита, перитонит (1 ребенок – 0,8%), летальный исход.

Заключение. Пункционные гастростомии являются для паллиативных пациентов приоритетными малоинвазивными оперативными вмешательствами, при которых достигнут отличный результат в 96% случаев.

Никитина Н.А., Захарова Е.В.

ИСХОД НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Детская областная клиническая больница, г. Тверь

Актуальность. Актуальность проблемы связана с увеличение числа детей, поступающих с жалобами на нарушение мозгового кровообращения.

Цель. Улучшить результаты лечения детей с нарушением мозгового кровообращения.

Пациенты. Ежегодно в неврологическое отделение ДОКБ г. Твери поступают около 1400 пациентов, из которых 40–50% ставится дифференциальный диагноз острых нарушений мозгового кровообращения и другой патологии нервной системы. Среди поступивших данной группы выявлены: 1,4 % случаев – преходящие нарушения мозгового кровообращения, 5% – начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения, 1% – острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), 42% – головные боли напряженного типа, 14% – мигренеподобные головные боли, 36% – синдром вегетативной дисфункции. Диагностические мероприятия проводились в соответствии с этапами обследования, рекомендованными «Федеральным руководством по детской неврологии» (2016 г.)

Результаты. У всех пациентов с верифицированным диагнозом ОНМК имел место ишемический инсульт. Им проведена оценка состояния по педиатрической шкале инсульта PedNIHSS, по которой нарушения соответствовали 15–20 баллов (умеренно-тяжелый инсульт).

Заключение. При оценке результатов лечения отмечается сохранение двигательного дефицита, когнитивной дисфункции, иногда формирование структурной эпилепсии.

Овчар Т.А., Лазарев В.В., Коробова Л.Ю., Полунин М.М., Кравчук С.В.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАЛАТИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ СОЧЕТАННОЙ АНЕСТЕЗИИ В ДЕТСКОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ РИНОСИНУСОХИРУРГИИ

ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ, г. Москва;
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Выбор анестезии при эндоскопической риносинусохирургии у детей остаётся спорным. Необходимо обеспечить достаточный уровень седации, адекватную интра- и послеоперационную анальгезию для снижения интраоперационных рисков и послеоперационных осложнений.

Цель. Оценка эффективности палатинальной анестезии в составе сочетанной по показателям гемодинамики и уровню седации.

Пациенты. Исследовано 60 детей обоих полов в возрасте 7–17 лет, по шкале ASA – I–II. Пациенты разделены на 2 сопоставимые группы по 30 человек: 1-я – с применением палатинальной (крылонёбной) анестезии раствором ропивакаина нёбным доступом; 2-я – с применением в/в раствора трамадола 5%. Индукция анестезии: ингаляция Sev через лицевую маску, O2 : Air = 1:1; в/в введение растворов пропофола и рокурония бромида. Поддержание анестезии через ЭТТ: ингаляция Sev, O2 : Air = 1 : 1. Интраоперационно оценивались показатели ЧСС, САД, регистрация BIS-индекса.

Результаты. В группах показатели ЧСС и САД оценивались на двух этапах операции. На этапе индукции анестезии в 1- и 2-й группах: ЧСС 90,00 (72–124) и 92,00 (75–105), соответственно (p = 0,835); САД 92,00 (80–97) и 92,00 (86–100), соответственно (p = 0,677). На травматичном этапе операции в 1-й и 2-й группах выявлены достоверные различия показателей: ЧСС 70,00 (66–87) и 101,00 (81–106), соответственно (p = 0,002), САД 70,00 (63–73) и 81,00 (73–95), соответственно (p = 0,003). При анализе динамики показателей внутри групп на разных этапах выявлено: 1-я группа – достоверное снижение ЧСС (p = 0,001) и САД (p = 0,0009), что свидетельствует об адекватности анальгезии и достаточном уровне седации; 2-я группа – достоверно значимых изменений не выявлено: ЧСС (p = 0,426) и САД (p = 0,139). BIS–индекс соответствовал целевым величинам в обеих группах.

Заключение. Показатели глубины седации по BIS-индексу свидетельствовали об эффективности анестезии в обеих группах. Результаты оценки гемодинамики на разных этапах анестезии между группами и внутри групп выявили эффективность и преимущество регионарного (палатинального) метода анестезии первой группы.

Огарков И.П., Цап Н.А., Чукреев В.И., Калинин М.А.

ОТРЫВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТ ЖЕЛУДКА. ТРАВМА ФАТАЛЬНА?

Муниципальное автономное учреждение «Детская городская клиническая больница № 9», г. Екатеринбург

Актуальность. Висцеральная травма у ребенка, особенно сочетанная, остается серьезным испытанием в выборе эффективных хирургических и реанимационных технологий для спасения жизни пострадавшего. Травма двенадцатиперстной кишки (ДПК) – редкий вид повреждений у детей, а единичные случаи не позволяют накопить опыт однозначно быстрого и успешного излечения.

Цель. Представить многоэтапность лечебно-тактических мероприятий при отрыве двенадцатиперстной кишки от желудка в течение 2,5 мес.

Пациенты. Ребенок П., 9 лет. Механизм травмы – падение животом на руль велосипеда при съезде с горы, удар левой половиной грудной клетки о землю. Доставлен в ЦРБ (300 км от Екатеринбурга). На R-графии органов брюшной полости: свободный газ под правым куполом диафрагмы; органы грудной клетки – ушиб левого легкого.

Результаты. При ревизии органов брюшной полости выявлен полный отрыв желудка от луковицы ДПК, разрыв малого сальника по малой кривизне в области антрального отдела желудка, гематома корня брыжейки тонкой кишки, гемоперитонеум 600 мл. Сформирован желудочно-двенадцатиперстный анастомоз. Для энтерального питания назогастральный зонд проведен через зону ушитого разрыва за связку Трейтца в тощую кишку. Через сутки эвакуация вертолетом ТЦМК в клинику. Первая релапаротомия на 8-е сутки послеоперационного периода по поводу абсцесса гепатодуоденальной зоны. В дальнейшем выполнено 4 релапаротомии по поводу массивных аррозивных кровотечений из зоны анастомоза. Через 3 нед от первичного ушивания отрыва ДПК начал обильно функционировать несформированный дуоденальный свищ (НДС). Течение продолженного перитонита потребовало 7-й релапаротомии, дренажного отграничения НДС, а затем наложения системы вакуумной аспирации для обеспечения оттока желчи, химуса, снижения внутрибрюшного давления.

Заключение. Закрылся НДС, восстановлена проходимость желудочно-дуоденального перехода, восстановлен дефект кожи передней брюшной стенки путем аутодермопластики. Ребенок выписан с выздоровлением.

Окунева А.И., Окунев Н.А., Калабкина М.О., Кемаев А.Б., Калабкин Н.А.

РАЗЛИЧНАЯ КАРТИНА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА НА ПРИМЕРЕ ДВУХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

ФГБОУ ВО «НИ Мордовский Государственный Университет имени Н.П. Огарева», Медицинский институт; ГБУЗ РМ «ДРКБ», г. Саратов

Актуальность. Инвагинация кишечника – заболевание, которое может вызвать серьезные осложнения. Данная патология довольно часто встречается и не всегда имеет классическую картину. В связи с этим постановка диагноза нередко затруднена.

Цель. Сравнение течения заболевания на примере двух клинических случаев с диагнозом инвагинация кишечника.

Пациенты. В начале июня 2019 г. поступил ребёнок 8 мес с жалобами на сильное беспокойство, срыгивание. Со слов матери болен около 2 ч. По результатам обследования были выявлены признаки инвагинациии кишечника. Проводимая консервативная дезинвагинация была безуспешна. Ввиду небольших сроков заболевания, принято решение о лапароскопической дезинвагинации, без эффекта. Выполнялась срединная лапаротомия. Обнаружен плотный инвагинат, представленный слепым и подвздошным отделами кишечника. При механическом расправлении, инвагинированные отделы кишечника синюшно-багрового цвета, с выраженной ишемией и признаками некроза. Выполнена резекция некротизированных отделов с наложением анастомоза «конец в конец». Послеоперационный период без особенностей. В конце июня 2019 г. поступил ребёнок, 1 год. Со слов матери болен около 3 дней, когда начал отказываться от еды, появилось периодическое беспокойство, рвота, стул по типу «малинового желе» заметили в день поступления. За медицинской помощью ранее не обращались. При обследовании: УЗ-картина инвагинации кишечника с признаками ишемии. Выполнена лапаротомия. Инвагинат также представлен слепым и подвздошным отделами кишечника. Синюшного цвета, достаточно легко механически расправился. Кровоснабжение в динамике восстановилось, признаков некроза не выявлено. Послеоперационный период без особенностей.

Результаты. В первом случае можно предположить молниеносное течение, у второго ребенка, даже ввиду сроков заболевания, более благоприятная клиническая картина.

Заключение. Сроки заболевания не всегда могут свидетельствовать о характере патологического процесса. Нужно комплексно подходить в выборе тактики обследования и лечения при инвагинации кишечника.

Окунева А.И., Окунев Н.А., Беляева Н.А., Кемаев А.Б., Первова Н.А., Калабкин Н.А., Калабкина М.О.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ПО ДАННЫМ ГБУЗ РМ «ДРКБ» г. САРАНСКА

ФГБОУ ВО НИ Мордовский Государственный Университет имени Н.П. Огарева, Медицинский институт; ГБУЗ РМ «ДРКБ», г. Саранск

Актуальность. Инородные тела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают лидирующую позицию в структуре эндоскопической патологии. Это связано не только с невнимательностью родителей, но и с развитием игровой индустрии, где часто используются маленькие составляющие части. Не всегда постановка диагноза легка, иногда возникают затруднения, т.к. нередко отсутствует анамнез заболевания.

Цель. Анализ распространенности и динамика поступления детей в ГБУЗ РМ «ДРКБ» с диагнозом инородное тело ЖКТ» за 2018–2019 гг.

Пациенты. За 2018–2019 гг. в ГБУЗ РМ «ДРКБ» г. Саранска поступило 126 детей с диагнозом инородное тело ЖКТ. Больные распределены: по половой принадлежности: мальчиков – 91 (72,22%), девочек – 35 (27,78%); по месту жительства: город – 94 (74,6%), село – 32 (25,4%); по возрастной категории: 0–3 лет – 69 (54,8%); 4–9 лет – 51 (40,5%); 10 лет и старше – 6 (4,8%); по характеру инородного тела: монета – 32 (25,4%); батарейка – 13 (10,3%); игла – 1 (1%); металлический шар – 4 (3,2%), шайба – 2 (1,6%); шуруп – 1 (1%); булавка – 1 (1%); лампочка – 11%; конструктор – 1 (1%); локализации инородных тел: желудок – 101 (80,2%); пищевод – 21 (16,7%); прямая кишка – 4 (3,2%). У 1 ребенка в пищеводе обнаружены 2 монеты, у 1 – 2 и у 1 – 3 монеты в желудке. По срокам обращаемости – на 1-е сутки – 94 (74,6%), на 2-е и позже – 32 (25,4%). Удалено с помощью ФКС и ФЭГДС у 122 (96,8%) детей, вышло самостоятельно– у 4 (3,2%). Анализ клинических данных:боли в животе – у 21 (16,7%) ребёнка, боль в горле – у 23 (18,3%), рвота – у 30 (23,8%), без клиники – 85 (67,5%).

Результаты. Из 126 случаев регистрации инородных тел ЖКТ зафиксировано 23 случая нахождения батареек в ЖКТ. Из них у 9 (39,1%) детей электрохимический ожог пищевода,желудка I-III степени. Нужно иметь в виду,что у 85 (67,5%) пациентов отсутствует симптоматика.

Заключение. Эндоскопические методы исследования позволяют быстро поставить диагноз,оценить состояние пациента.В связи с широким применением гальванических элементов,как в бытовых условиях,так и в игровой индустрии,значительно увеличилось количество осложнений при нахождении инородных тел в ЖКТ, что не может не вызывать опасения.

Отамурадов Ф.А.

ВЕРТЕБРО-МЕДУЛЯРНЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

ТашПМИ, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность. Аноректальные мальформации (АРМ) в 10–60,7% случаев сочетаются с аномалиями позвоночника и спинного мозга. Более информативными методами диагностики подобных аномалий являются УЗИ и МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Цель. Изучить характер сочетанной патологии позвоночника, спинного мозга и связанных с ними нарушений при аноректальных мальформациях у детей.

Пациенты. Обследован 51 ребенок (девочек – 35, мальчиков – 16) в возрасте от 3 мес до 15 лет, после операций по поводу АРМ.

Результаты. При клиническом осмотре оперированных детей были константированы различные анатомические и функциональные состояния: нормальная анатомическая структура и функциональное состояние аноректальной зоны – у (20 – 39,2%); функциональные нарушения при нормальной (19 – 37,2%) и удовлетворительной (7 – 13,7%) анатомических структурах аноректальной зоны – у 26 (51%); функциональные расстройства при нарушении анатомической структуры, аноректальной зоны – у 5 (9,8%). При оценке неврологического статуса у 20 (39,2%) из 51 обследованного усугубления неврологических проявлений или аноректальных дисфункций не отмечены. У 31 (60,8%) из 51 ребенка отмечено снижение анального и ахиллова рефлексов, ассиметрия рефлексов, расстройства чувствительности, гипотрофия мышц нижних конечностей. Нарушения чувствительности у 4 (12,9%) детей проявлялись сегментарными, проводниковыми и корешковыми изменениями со стороны нижних конечностей и промежности в виде гипостезии, в единичных случаях – анестезии. Выраженность двигательных нарушений у 8 (25,8%) пациентов колебалась от незначительных рефлекторных расстройств до плегии при протяженных поражениях. У 26 (83,9%) детей этой группы отмечались запоры, периодическое каломазание, признаки нейрогенной дисфункции мочевого пузыря в виде задержки или недержания мочи.

Заключение. Можно отметить, что независимо от анатомической формы АРМ, высокого их сочетания с патологией позвоночника, протяженные нарушения преобладают в пояснично-крестцовом отделе.

Очирова П.В., Рябых С.О., Губин А.В.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА

ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова» МЗ Российской Федерации, г. Курган

Актуальность. Патология позвоночника у пациентов с различными типами мукополисахаридоза – проблема, требующая раннего лечения.

Цель. Определить различные варианты хирургического лечения патологии позвоночника у пациентов с разными типами МПС.

Пациенты. В Центре Илизарова с 2012 по 2019 гг. прооперировано 10 пациентов с различными типами мукополисахаридоза (MPS): 1 пациент – с MPS IH-типом, 6 – с IVA-типом и 3 – с MPS типа VI, возраст от 6 до 26 лет (средний возраст – 10,3 года). У всех пациентов отмечалось сочетание деформации позвоночника с первичным и/или вторичным стенозом позвоночного канала. Выполнены различные хирургические методы лечения: 1) 1 пациенту с миелопатией шейного отдела позвоночника и сколиозом было проведено двухэтапное оперативное лечение: декомпрессия на уровне C0–C7 позвонков с окципитоспондилодезом (OSD) и установлена растущая металлоконструкция; 2) финальная инструментальная фиксация проведена 2 пациентам со сколиозом; 3) декомпрессия на уровне стеноза с OSD была выполнена 7 пациентам с цервикальной миелопатией.

Результаты. Величина сколиотической деформации варьировала от 20° до 65° по Коббу, кифотическая – от 15° до 80° по Коббу. У 4 пациентов отмечалось сочетание стеноза позвоночного канала и миелопатии (Frankel C). Дисбаланс во фронтальной и сагиттальной плоскостях присутствовал у 60% пациентов. Благодаря хирургическому лечению, коррекция кифоза составила 68%, а сколиоза – 85%. У 4 (50%) пациентов со стенозом позвоночного канала неврологический статус улучшился до Frankel E.

Заключение. Пациенты с различными типами МПС нередко имеют сочетание стеноза позвоночного канала и миелопатии, у таких больных необходимо выполнять декомпрессию и стабилизацию шейного отдела позвоночника в одну хирургическую сессию.

Петросян А.А., Горинов Е.О., Алюкова Е.С., Калинин М.А., Цап Н.А.

ПУЛЕВОЕ РАНЕНИЕ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА У РЕБЁНКА

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург;
Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург

Актуальность. Пулевые ранения черепа и головного мозга у детей чрезвычайная редкость, поэтому опыт каждого этапа лечения бесценен.

Цель. Представить сложный случай лечения ребёнка с пулевым ранением черепа и головного мозга.

Пациенты. Мальчик 7 лет, получил пулевое ранение в голову. В кабинете КТ срочно выполнены интубация трахеи с переводом на ИВЛ, катетеризация подключичной вены, начаты противошоковые мероприятия. На КТ черепа и головного мозга выявлены множественные переломы костей свода и основания черепа, геморрагический ушиб, диффузное аксональное повреждение, отёк головного мозга. Ребенок экстренно доставлен в операционную, выполнена бифронтальная декомпрессивная трепанация черепа.

Результаты. При переводе в клинику установлен диагноз: открытое проникающее слепое пулевое ранение черепа. Открытая проникающая черепно-мозговая травма тяжелой степени. Ушиб, размозжение вещества головного мозга тяжелой степени. Внутрижелудочковое кровоизлияние. Субарахноидальное кровоизлияние. Отёк головного мозга. Инородные тела головного мозга. Ушиблено-рваная рана затылочной области справа. Состояние после бифронтальной декомпрессивной трепанации черепа. В течение 4 мес ребёнок получал комплексное лечение в реанимационном отделении. Хирургические вмешательства (7), в том числе шунтирующие, выполнялись поэтапно при развитии внутричерепных осложнений. В настоящее время ребенок находится в вегетативном состоянии, продолжается ИВЛ через трахеостомическую канюлю, требуется вазопрессорная поддержка гемодинамики.

Заключение. Огнестрельные повреждения черепа и головного мозга не предвещают благоприятного прогноза.

Пикало И.А., Подкаменев В.В., Семенов А.В., Мишеков Р.Г., Степанов Ц.Б., Савельев Д.С., Понамарев А.В.

МЕТОД ТОЧНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА СВОБОДНОЙ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХОСОНОГРАФИИ

ФГБОУ ВО«Иркутский государственный медицинский университет», г. Иркутстк

Актуальность. Травматические повреждения органов грудной клетки у детей являются одной из ведущих причин массивного кровотечения с развитием геморрагического шока, что служит высоким фактором риска летального исхода. Для диагностики гемоторакса широко используется eFAST-протокол (прицельная ультразвуковая диагностика повреждений при травме), который позволяет определить наличие свободной жидкости в плевральных полостях. Но точные методы подсчета этого объема в настоящее время отсутствуют.

Цель. Определить критерии для расчета точного объема свободной жидкости в плевральных полостях.

Пациенты. Исследование проведено на 30 трупах на базе ОБСМЭ г.Иркутска. Ультразвуковая диагностика проводилась портативным аппаратом, конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц, по eFAST-протоколу. Каждому исследуемому измеряли площадь поверхности тела, и все расчеты округляли до 1 квадратного метра. Во II межреберье, по среднеключичной линии справа и слева, пункционным способом устанавливался торакальный дренаж размером 12 FR. Через катетер, порционно, по 50 мл в плевральную полость вводился физиологический раствор, общим объемом до 1 л.

Результаты. При объеме свободной жидкости 50 мл визуализировалось расщепление листков плевры в нижних отделах грудной клетки, расстояние от диафрагмы до ткани легкого составило 13 ± 4 мм. При объеме 200 мл это расстояние составило 33 ± 11 мм., при объеме 350 мл – 50 ± 14 мм., при объеме свободной жидкости 500 мл – 65 ± 18 мм. Также определяли поперечный размер полоски жидкости. Сопоставив два измерения и зная площадь поверхности тела, нам удалось с точностью до 50 мл определить метод подсчета объема свободной жидкости в плевральной полости в условиях постоянного нахождения человека в горизонтальном положении.

Заключение. Безусловно, данные экспериментального исследования позволят оптимизировать тактику лечения пациентов на госпитальном этапе с травматическими повреждениями органов грудной клетки.

Питкевич А.Э., Шмаков А.П., Янушкевич А.А.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

УЗ «Витебский областной детский клинический центр», Республика Беларусь, г. Витебск;
УО «Витебский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Витебск

Актуальность. В настоящее время лапароскопическая аппендэктомия стала «золотым стандартом» в лечении неосложненных форм острого аппендицита. В то же время отношение к лапароскопическому пособию при перитоните неоднозначно.

Цель. Изучить результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом, оперированных с использованием эндовидеохирургической техники.

Пациенты. За период 2016 – июль 2019 г. в УЗ «ВОДКЦ» оперировано 45 пациентов по поводу перитонита аппендикулярного генеза. Средний возраст детей составил 12 лет. Предоперационная подготовка и обследования были стандартны. Оперативные вмешательства проводили под эндотрахеальным наркозом. При ревизии оценивали расположение червеобразного отростка, количество, характер и распространенность патологического выпота, возможность и целесообразность лапароскопической операции. Аппендэктомия выполнялась стандартно, лигатурным способом. Брюшная полость санировалась и промывалась 0,9% раствором натрий хлор до «чистой воды». Дренирование брюшной полости осуществляли у всех детей путем постановки ПВХ-трубки в малый таз. Местный отграниченный перитонит был у 2, местный неотграниченный – у 14, распространенный – у 29 детей. Реактивная стадия диагностирован у 34, токсическая – у 11 пациентов. Конверсия на открытую операцию выполнена у трех больных.

Результаты. За указанный период троим детям с распространенным перитонитом выполнены программируемые лапароскопические санации брюшной полости. У двух пациентов на 3-и сутки развилась острая спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая лапароскопического адгезиолизиса и санации брюшной полости. Это осложнение мы связываем с не совсем корректной первичной операцией. Инфильтрат брюшной полости диагностирован у двух детей. Все 45 пациентов выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний срок пребывания составил 14 сут.

Заключение. Лапароскопическая операция при аппендикулярном перитоните может быть успешно использована у большинства пациентов, вне зависимости от возраста, времени заболевания и распространенности перитонита.

Поверин Г.В.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ КОПЧИКА У ДЕТЕЙ

РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва;
ДГКБ имени Н.Ф. Филатова, г. Москва;
Республиканская детская клиническая больница, г. Ижевск

Актуальность. Киста копчика – врожденное полостное образование области копчика, проявляющееся в подростковом периоде. Длительность лечения и высокий процент рецидивов имеет медицинское и социальное значение.

Цель. Анализ результатов ведения детей с кистой копчика и разработка алгоритма диагностики и лечения данной группы больных.

Пациенты. С 2013 по 2018 г. пролечено 310 детей с кистой копчика, девочек – 95 (30,64%), мальчиков – 215 (69,36%). Согласно классификации, больные разделены: киста копчика с острым воспалением – у 78 (25,16%), без воспаления – у 75 (24,19%), с хроническим воспалением – у 125 (40,32%), псевдо рецидив – у 25 (8,06%) , рецидив кисты копчика – у 7 (2,26%) больных.

Результаты. Больные были разделены на группы. У пациентов 1-й группы была выраженная клиническая картина. Предрасполагающие факторы: избыточная масса тела – у 27 (34,62%), повышенное оволосение – у 38 (48,72%), потливость – у 43 (55,13%). Под местной анестезией проводилось вскрытие гнойника. Больные получали антибактериальную, противовоспалительную терапию, физиолечение. Пациенты 2-й группы жаловались на боль, образования области копчика подтверждались при УЗИ. Иссечение кисты – в 57% случаев, с дренированием. В послеоперационном периоде в 38% случаях проводилась антибиотикопрофилактика. Больным 3-й, 4-й, 5-й групп проводилось обследование: УЗИ – в 100%, у больных этих групп через 1 мес после снятия воспаления выраженность инфильтрации была одинаковой (μ = 3,5 мм), в 57,32% – СКТ. Иссечение кисты в 75%, с дренированием. В 85% случаев применяли швы по Донати, в 15% – узловые швы. Антибактериальная терапия – 5 дней. В период с 2013 по 2017 г. было 17 осложнений: в 4 случаях – нагноение послеоперационной раны, в 1 – гематома, в 12 – сформировался лигатурный свищ. С 2017 г. проводилась эпиляция кожи, осложнений не было.

Заключение. 1. УЗИ является достоверным методом диагностики кисты копчика. 2. С целью дифференциальной диагностики целесообразно применение СКТ-фистулографии. 3. В предоперационном периоде нужно проводить эпиляцию. 4. Иссечение кисты копчика целесообразно проводить через 1 мес после снятия воспаления.

Полякова О.А., Тырцева Е.С., Кутьина В.Г.

РЕДКАЯ ФОРМА ДИАФИЗАРНОЙ СКЕЛЕТНОЙ ДИСПЛАЗИИ: МЛАДЕНЧЕСКИЙ КОРТИКАЛЬНЫЙ ГИПЕРОСТОЗ

ФГБУ «Детский Медицинский Центр» УДП РФ, г. Москва

Актуальность. Информированность специалистов первичного звена здравоохранения о младенческом кортикальном гиперостозе имеет важное значение в связи с особенностями тактики диагностического поиска. Младенческий кортикальный гиперостоз – болезнь Каффи – имеет аутосомно-доминантный тип наследования. Болезнь Каффи необходимо отличать от инфекционных болезней: остеомиелита, последствий частых травм (в том числе в следствие жестокого обращения с ребенком), других заболеваний.

Цель. Раннее выявление врачами амбулаторного звена (педиатры, детские хирурги, травматологи-ортопеды) и правильная трактовка патологических изменений конечностей у детей первого года жизни.

Пациенты. За период с 2010 по 2019 г. в амбулаторных условиях находились под наблюдением 4 пациента с болезнью Каффи. Семейный анамнез пациентов не отягощен. Дородовый и инфекционный анамнез – без особенностей. Заболевание манифестировало лихорадкой, болевым синдромом, который оценен по шкале FLACC до 3 баллов. Клинически – «утолщение» нижних конечностей за счет выраженных гиперостозов длинных трубчатых костей на втором месяце жизни. Рентгенологически определялись гиперостозы бедренных костей, костей предплечий и голеней. Проводили дифференциальную диагностику с врожденным сифилисом, неслучайными детскими травмами, остеомиелитом, гипервитаминозом А, редкими заболеваниями (гиперфосфатемический семейный опухолевый кальциноз (HFTC), муколипидоз II типа и ганглиозидоз GM1 типа I).

Результаты. Лечение симптоматическое, применяли НПВП. Динамика положительная, гиперостоз разрешился на фоне роста и развития к 1,5-1,8 гг., рецидива патологии не отмечали.

Заключение. Информированность врачей амбулаторного звена обеспечивает адекватное обследование и выбор тактики лечения пациентов с болезнью Каффи.

Прокопович А.В.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГКИХ В ПЕДИАТРИИ

Детская Городская Больница № 2 св. Марии Магдалины, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Данный вид исследования позволяет оценить структуры плевры и легких врачу приемного покоя и реанимационного отделения для более быстрой диагностики патологического процесса в органе. Позволяет провести навигацию при хирургических малоинвазивных манипуляциях.

Цель. Обучить специалиста методике ультразвукового исследования легких и плевры. Более широкое применение в практике методов и методик исследования в ургентных ситуациях.

Пациенты. В ДГБ №2 св. Марии Магдалины в период с 2018 по 2019 г. было проведено 185 ультразвуковых исследований органов грудной полости – УЗИ плевральной полости с целью оценки выпота, его количества и лепестков плевры, с параллельной оценкой изменений легочной ткани. Исследование применялось у пациентов с инфекционными заболеваниями и травмами грудной полости.

Результаты. Результатами исследований пациентов данной группы является быстрая, мобильная диагностика патологических процессов в легочной ткани и плевральной полости. Ультразвуковой скрининг позволяет выявить патологический выпот, зоны консолидации легочной ткани, свободного воздуха в плевральной полости. Физические основы В- и М-режимов сканирования с выбором различных волновых характеристик ультразвука позволяют расширить зону исследования в зависимости от зоны исследования. Высокая физическая чувствительность помогает на ранних стадиях выявить изменения в органе.

Заключение. При ультразвуковом первичном скрининге выявлен большой процент изменений интерстициального характера без проведения высокотехнологичных методов диагностики, что позволяет не перемещать тяжелого пациента из реанимации в отделение лучевой диагностики.

Прощенко Я.Н., Семенов С.Ю.

К ВОПРОСУ О НЕСТАБИЛЬНОСТИ ДИСТАЛЬНОГО ЛУЧЕЛОКТЕВОГО СУСТАВА ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

ФГБУ «НИДОИ имени Г.И. Турнера» Минздрава России, г. Санкт-Петербург;
ГБУЗ «Детская городская больница № 22», г. Санкт-Петербург

Актуальность. Переломы костей предплечья занимают первое место среди всех повреждений конечностей у детей, при этом переломы дистальной трети составляют до 75% от всех переломов предплечья. В литературе мало публикаций, посвященных травматической нестабильности дистального лучелоктевого сустава (ДЛЛС) у детей вследствие переломов костей предплечья. В свою очередь, нестабильность ДЛЛС проявляется патологической дислокацией головки локтевой кости, а также является причиной длительного болевого синдрома в кистевом суставе.

Цель. Проанализировать результаты лечения травматической нестабильности в ДЛЛС в результате переломов костей предплечья у детей.

Пациенты. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 32 детей в возрасте 9–17 лет (средний возраст – 11,5 ± 0,3) с травматическим типом нестабильности ДЛЛС.

Результаты. Нестабильность ДЛЛС у детей после остеоэпифизиолизов лучевой кости со смещением отломков (Salter-Harris II) была выявлена у 13 (40,6%) пациентов, у 10 (31,2%) – с изолированными переломами дистальной части лучевой кости без повреждения ростковой зоны, у 7 (21,8%) – с диафизарными переломи костей предплечья, у 2 (6,2%) – с переломом Галеацци.После проведенного клинико-инструментального обследования всем детям было выполнено оперативное лечение – открытая репозиция переломов костей предплечья, стабильный металлоостеосинтез, транскутанная диафиксация костей предплечья на уровне ДЛЛС. В отдаленном периоде наблюдения, возраст от 1 до 2,7 лет (в среднем 1,8 лет), у всех прооперированных пациентов ДЛЛС был стабилен и не один из них не нуждался в повторном оперативном вмешательстве.

Заключение. Описанный метод оперативного лечения травматической нестабильности в ДЛЛС у детей является эффективным и позволяет добиться восстановления анатомической длины и оси костей предплечья.

Рассказов Л.В., Крестьяшин В.М., Иванов Ю.Н., Марасанов Н.С., Мурга В.В., Шалатонов Н.Н., Щелоченкова Т.Д., Молотова А.А.

КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНЫХ СТОП У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО«Тверской государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Тверь;
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, г. Москва;
ГБУЗ ДОКБ, г. Тверь

Актуальность. Деформации стоп у детей являются частой патологией опорно-двигательного аппарата, имеющей важное значение в нарушении сложной биомеханики нижних конечностей. Развитию осложнений способствуют различные коморбидные состояния, протекающие на фоне дисплазии соединительной ткани.

Цель. Повышение эффективности лечения плоско-вальгусных стоп у детей.

Пациенты. В травматолого-ортопедическом отделении ДОКБ г. Твери в период с 2014 по 2019 г. наблюдались 172 ребенка с плоско-вальгусной деформацией стоп в возрасте от 3 до 17 лет.

Результаты. Были выявлены изменения биологического и генеалогического анамнеза, дисгармоничное физическое развитие, венозный дисбаланс и дислокационные нарушения на уровне шейного отдела позвоночника, аномалии развития сердца. В неврологическом статусе у 112 детей (65,1%) отмечены проявления синдрома мышечной гипотонии, последствий перинатального поражения ЦНС. У дошкольников выявлялись деформации стоп в сочетании с мышечной гипотонией, вальгусной установкой пяточных костей. У детей в возрасте старше 7 лет отчетливее проявлялись внутренняя ротация, нестабильный диспластический подвывих надколенника, инконгруэнтность коленного сустава, боли,функциональное сколиозирование грудного и поясничного отделов позвоночника.Выявленные особенности клинических проявлений дисплазии соединительной ткани позволили сформировать комплексный подход с участием кардиолога, невролога, выполнением эхокардиографии, допплерографии и рентгенографии шейного отдела позвоночника. Этапное восстановительное лечение включало комплексы физиолечения на шейный, поясничный отделы позвоночника, электростимуляцию мышечных групп голеней, индивидуальные комплексы ЛФК, изготовление индивидуальных ортопедических стелек для коррекции плоско-вальгусной деформации стоп.

Заключение. Оценка эффективности предложенных подходов к ведению пациентов с плоско-вальгусной деформацией стоп показала значительное улучшение функциональных нарушений и повышение качества жизни у всех детей.

Ройтберг Г.Е., Смирнов И.В., Лазарев В.В.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО КОРРЕКЦИИ ТЯЖЕЛЫХ СКОЛИОТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

РНИГМУ имени Н.И. Пирогова, г. Москва;
АО «Медицина», г. Москва

Актуальность. Обеспечение проходимости дыхательных путей путем интубации трахеи с целью ИВЛ в интра- и послеоперационном периоде является одной из приоритетных задач врача-анестезиолога. У пациентов с нейромышечными заболеваниями, оперируемых по поводу тяжелой сколиотической деформации позвоночника, есть ряд часто встречающихся анатомических особенностей (ограничение разгибания шейного отдела позвоночника, недостаточное открывание рта, макроглоссия), что затрудняет визуализацию голосовых связок и проведение эндотрахеальной трубки.

Цель. Определение соответствия шкалы ARNE в комплексной предоперационной оценке алгоритмам обеспечения проходимости дыхательных путей

Пациенты. Ретроспективно проанализированы истории болезни 45 пациентов, оперированных по поводу коррекции тяжелых сколиотических деформаций за 2016–2019 гг. Возраст пациентов от 7 до 18 лет включительно. Средний возраст – 13,5 лет. Проведена оценка соответствия шкалы риска трудной интубации по шкале ARNE и частоте использования эндоскопических методик.

Результаты. В предоперационном периоде выполнена оценка риска трудной интубации по шкале ARNE и выделены 3 группы: 1-я < 11(66%) баллов (низкий риск трудной интубации), 2-я = 11 (15,5%)баллам (возможна трудная интубация), 3-я > 11 (17,7%) баллов (высокий риск трудной интубации). Использование эндоскопической техники для обеспечения проходимости дыхательных путей составила во всех группах 13,3%, причем в 1-й группе частота применения видеоларингоскопии составила 3,3%, во 2-й – 28,5%, в 3-й – 37,5%, из них бронхоскопия составила 25%, видеоларингоскопия – 12,5%. Во всех случаях обеспечено правильное размещение эндотрахеальной трубки.

Заключение. Использование шкалы предоперационной оценки трудной интубации ARNE , подготовка оборудования и готовность персонала к трудной интубации позволяют своевременно обеспечить проходимость дыхательных путей, минимизировать осложнения и позволяют с высокой вероятностью добиться успеха.

Романова Л.Л., Калинин М.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ МНОГОКРАТНОЙ МАССИВНОЙ ТРАНСФУЗИИ У РЕБЕНКА С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

ГМАУ ДГКБ № 9, г. Екатеринбург

Актуальность. Реанимация детей с тяжелым или рефрактерным кровотечением требует массивной трансфузии. Педиатрические данные об успешном проведении массивной трансфузии ограничены, и оптимальный подход к переливанию в настоящее время неизвестен, что приводит к изменению практики среди учреждений в зависимости от наличия ресурсов и потребностей пациентов.

Цель. Представление клинического случая успешных многократных массивных трансфузий у ребенка с тяжелой сочетанной травмой, по данным ОАР ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга.

Пациенты. Пациент П., 9 лет, поступил в ОАР с диагнозом сочетанная травма; ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, тупая травма живота, полный отрыв желудка от луковицы 12-перстной кишки,частичный разрыв малого сальника в области антрального отдела желудка, гематома корня брыжейки тонкой кишки, тупая травма грудной клетки, ушиб левого лёгкого и почек, травматический шок I–II степени. Операция 16.09.19 в ЦРБ г. Тугулыма: срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости, наложение анастомоза между желудком и 12-перстной кишкой. Во время операции в брюшной полости 600 мл крови, аспирирована, удалена. На 3-и сутки больной в тяжелом состоянии за счет церебральной, дыхательной и гастроинтестинальной недостаточности госпитализирован на ИВЛ ОАР в ДГКБ № 9.

Результаты. Пациент находился в стационаре 98 сут, в ОАР – 68 , из них на ИВЛ – 57 сут. За время нахождения в ОАР перенес 7 релапаротомий, из них 4 по поводу остановки кровотечения из зоны анастомоза между желудком и 12-перстной кишкой. Суммарный объем трансфузии составил 24,26 л, из них эритроциты – 10,93 л, СЗП – 10,14 л, тромбоконцентрат – 3,19 л. Соотношение компонентов трансфузии: 1:0,9:0,3. При скрининге крови реципиента через 2 мес после последней трансфузии антитела не обнаружены. Мальчик выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение. До тех пор пока не будет создан оптимальный Протокол массивной трансфузии у детей, невозможно успешно использовать выработанный подход сбалансированной стратегии гемостатической реанимации у взрослых с эритроцитами, тромбоцитами и плазмой.

Румянцева Г.Н., Виноградова Т.А., Мурга В.В., Михайлова С.И., Иванов П.С

ВЫБОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ

Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь;
ГБУЗ ДОКБ, г. Тверь

Актуальность. Термические ожоги у детей являются частым видом травм и составляют от 10 до 50% детского бытового травматизма.

Цель. Улучшить результаты лечения больных с термической травмой и ее последствиями.

Пациенты. Материалами настоящего исследования стали результаты лечения 75 детей с глубокими термическими ожогами мягких тканей, находившихся в хирургических отделениях ГБУЗ ДОКБ с 2012 по 2016 г. Удаление некротических тканей в период подготовки ран к аутодермопластике проводилось с использованием системы VersaJet – 41 ребенок и дерматома – 34. Сроки проведения аутодермопластики определяли с учетом результатов микробиологического и цитологического исследования ожоговых ран.

Результаты. Посевы с раневых поверхностей исследовали в течение 1–3-х суток после поступления в стационар и перед операцией с целью определения вида микрофлоры и ее чувствительности к антибактериальным препаратам. Монокультура диагностирована в 28,8%, наиболее часто встречается *Pseudomonas aeruginosa* – в 17,8%, *Acinetobacter baumannii* – в 15,4%. Цитологическое исследование раневых отпечатков проводили при первой перевязке и перед аутодермопластикой. В мазках, взятых перед аутодермопластикой отмечается активность репаративных процессов. Однако при сравнении использования системы VersaJet, уменьшение нейтрофилов (32 и 18%,) и увеличение макрофагов (9,8 и 4,01%), лимфоцитов (18,1 и 10,04%), появление гистиоцитов (2,3 и 1,8%) и фибробластов (3,87 и 3,07%) проявляется активнее. Предоперационный койка-день с использованием системы VersaJet составил 14,04 дней, с использованием дерматома – 19,5 дней, а средние сроки лечения – 28,7 и 32,6 соответственно.

Заключение. Этиологическая значимость микробиологического пейзажа определяет эмпирический выбор и объем антибактериальной терапии. Использование гидрохирургической системы «VersaJet» обеспечивает эффективную профилактику инфекции и активность репаративных процессов в ране, что позволяет проводить аутодермопластику в более ранние сроки (на 5,5 дней), сократить сроки пребывания больного в стационаре на 4 дня.

Румянцева Г.Н., Горнаева Л.С., Нганкам Леон, Аврасина Л.А., Смирнова Т.А.

ФОРАМИНОТОМИЯ С ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АССИСТЕНЦИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАДИКУЛЯРНОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО«Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», Тверь

Актуальность. По данным литературы, у 0,5% подростков выявляется грыжа межпозвонкового диска (МПД), требующая оперативного лечения в 60% случаев из-за выраженного радикулярного синдрома.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения фораминальной грыжи МПД у детей.

Пациенты. С 2013 по 2018 г.в нейрохирургическом отделении Областной клинической больницы г. Твери прооперирован 21 ребёнок в возрасте от 13 до 17 лет. У 7 детей экструзия диска занимала медианное расположение, проводилась стандартная микродискэктомия. В 14 случаях грыжевое выпячивание распространялось в фораминальное отверстие (выявлено по МРТ). В клинической картине отмечался выраженный радикулярный синдром: иррадиация боли, нарушение чувствительности по дерматомукомпремированного корешка, парез нижней конечности. При отсутствии эффекта от консервативной терапии пациентам осуществлялось оперативное лечение: микродискэктомия, дополненная фораминтомией с видеоэндоскопической ассистенцией (расширение корешкового канала). Интраоперационно под контролем смотрового 30-градусного эндоскопа расширялось фораминальное отверстие кусачками Кериссона и бором, что создавало оптимальные условия для декомпрессии и восстановления нервного корешка.

Результаты. В послеоперационном периоде у 14 детей боли исчезли в первые сутки, что являлось показателем успешного хирургического лечения. Нарастания неврологического дефицита после операции не отмечалось.

Заключение. При наличии фораминальной грыжи МПД с выраженным радикулярным синдромом, с отсутствием эффекта от консервативной терапии показано оперативное лечение в срочном порядке. Микродискэктомия, дополненная фораминтомией под контролем эндоскопа, является эффективным методом лечения фораминальной грыжи МПД.

Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Горшков А.Ю., Сергеечев С.П., Михайлова С.И., Соколова И.А.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НАГНОИВШЕЙСЯ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЕ КОПЧИКА

Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь

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

Цель. Изучить предрасполагающие факторы и тактику ведения пациентов с нагноившейся пилонидальной кистой копчика.

Пациенты. В гнойном отделении ДОКБ г. Твери в 2018–2019 гг. пролечено 29 детей с нагноившейся пилонидальной кистой копчика, 8 (27,6%) девочек, 21 (72,4%) мальчик.

Результаты. Больные с острым воспалением (средний возраст 15,5 лет) поступали в клинику с выраженной клинической картиной абсцесса крестцово-копчиковой области. Два и более эпизодов воспаления были у 9 (31%). В 35% случаев невозможно было определить предрасполагающие факторы развития острого воспаления, в остальных случаях ими были: трудности гигиены при избыточной массе тела, повышенное оволосение, потливость, мацерация кожи. Всем пациентам выполнялось ультразвуковое обследование для уточнения локализации гнойника, а затем его вскрытие и дренирование. Операцию проводили под местной и общей анестезией. Больные получали антибактериальную, противовоспалительную терапию, физиолечение и были выписаны с улучшением и рекомендациями проведения радикальной операции через 1 мес.

Заключение. Пилонидальная киста копчика склонна к инфицированию с рецидивами нагноения и требует радикального хирургического лечения в период ремиссии.

Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А., Сергеечев С.П., Горшков А.Ю., Михайлова С.И.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕДИРУЮЩЕГО ПЕРИТОНИТА

Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь

Актуальность. В связи с появлением новых технологий в последнее время возрастает роль методов интервенционной хирургии с использованием ультразвукового оборудования в лечении тяжелых осложнений острого аппендицита.

Цель. Показать случай лечения пациента с периаппендикуллярными абсцессами.

Пациенты. В гнойном отделении ДОКБ в феврале 2019 г. пролечен мальчик 10 лет с 8 периаппендикулярными абсцессами III (классификация О.В. Карасевой, 2006), локализованными в различных отделах брюшной полости. Под УЗИ-навигацией в течении 2 сут абсцессы пунктированы и дренированы.

Результаты. Ребенок провел в клинике 21 день, выписан с выздоровлением. В июне 2019 г. экстренно госпитализирован в связи с частичной спаечной непроходимостью, разрешившейся консервативно. В конце 2019 г. в плановом порядке произведена лапароскопическая аппендэктомия и адгезиолизис.

Заключение. Использование мини-инвазивных технологий – метод выбора в лечении аппендикулярного перитонита, позволяющий предотвратить объемные операции.

Сабинина Т.С., Багаев В.Г., Алексеев И.Ф.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОНА В ТЕРАПИИ РЕАНИМАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

БУЗ НИИ НДХиТ, г. Москва

Актуальность. Делирий – остро развившийся клинический синдром, проявляющийся изменением уровня сознания со снижением внимания или дезорганизацией мышления. «Реанимационный делирий» (РД) встречается у 80% реанимационных больных, сопровождается психомоторным возбуждением, ажитацией, галлюцинациями и изменением сознания. Учитывая лечебные свойства инертного газа, ксенон использовался для купирования РД у тяжелых больных с политравмой.

Цель. Оценить эффективность ксенона в терапии реанимационного делирия у детей с политравмой.

Пациенты. В исследование вошли 2 пациентки 15 лет с политравмой. Одна с минно-взрывной травмой (ISS 34 балла), вторая – после ДТП (ISS 38 баллов). Обе находились на ИВЛ более 2 нед (16 и 30 сут), были носителями трахеостомы, получали комбинированную седативную терапию. Диагностика РД проводилась по RASS и ICDSC. Пациенткам проводили ингаляции Xe : O_2 = 20–30% : 50–30% продолжительностью 20 мин, курс – 3 процедуры. Для терапии ксеноном использовался аппарат КТК-01 (ООО «КсеМед», Россия), мониторинг ЖВФ проводили системой MP 60 (Philips, США), оксигенацию мозга по rSO_2 – аппаратом INVOS-3100 («Somanetics», США).

Результаты. После отмены седации у обеих девочек развилось психомоторное возбуждение с оценкой по шкале RASS +3 и ICDSC 5 баллов, что соответствовало РД. Во время сеанса терапии ксенонокcигенация мозга улучшалась на 10% (rSO_2 повышался с 71 до 78,5 ЕД), BIS-индекс снижался на 20% (с 85 до 68 ЕД), ЖВФ оставались стабильными. После 2 сеансов терапии ксеноном психомоторное возбуждение купировано (RASS -1), девочки стали спокойны, вошли в сознание, начали выполнять элементарные команды. Это позволило перевести обеих больных на вспомогательную, а затем спонтанную вентиляцию легких.

Заключение. Терапия ксеноном в концентрации 20–30% эффективна в купировании реанимационного делирия у детей с политравмой, а также способствует раннему переводу детей с ИВЛ на самостоятельное дыхание.

Садыкова М.М., Ашурбеков В.Т., Хайирбеков Т.Х., Нурмагомедов М.М., Толбоева Г.Н.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

ДРКБ имени Н.М. Кураева, Республика Дагестан, г. Махачкала

Актуальность. Стремление детей все попробовать на вкус является причиной химических ожогов пищевода. Существующие в продаже чистящие вещества, уксусная эссенция, средства для чистки труб – вот основные агенты, вызывающие химический некроз пищевода. Основная причина высокой частоты химически ожогов – неправильное хранение обжигающих веществ.

Цель. Улучшение результатов лечения и профилактика осложнений путем совершенствования комплексной терапии и расширения показаний к наложению гастростомы для проведения нитки.

Пациенты. В отделении ЭГХ в период с 2017–2019 гг. находились на лечении 220 детей с химическими ожогами пищевода. В основном это дети до 3 лет – 143 (65%) ребёнка; 3–7 лет – 66 (30%); старше 7 лет – 11 (5%). Распределение по химическому агенту: уксусная эссенция – 132 (60%) ребёнка; щелочь («Крот» и другие чистящие средства) – 57 (26%), марганец – 13 (6%), другой агент – 11 (5%), неизвестный – 6 (3%). По степени поражения: только ротоглотка– у 30 (14%) детей, I степень – у 117 (53%), II степень – у 37 (17%), III степень – 36 (16%).

Результаты. Дети с I степенью в бужировании не нуждались. 46 (21%) детей бужировались 3 нед в стационаре. После контрольной эзофагоскопии были выписаны, показаний для дальнейшего бужирования не было. 35 (16%) детей бужировались в стационаре и были выписаны на амбулаторное бужирование. Из них 11 (32%) детям была наложена гастростома с проведением назогастральной нити для бужирования. У 3 детей после химического ожога щелочью во время прямого бужирования возникла ятрогенная перфорация пищевода, в последующем им была наложена гастростома. У 5 детей после ожога щелочью развился медиастенит, в связи с чем бужирование было отложено, проводилось лечение.

Заключение. Дети в основном страдают из-за неправильного хранения сильнодействующих веществ и бытовой химии. Проведение среди населения санитарно-профилактических и разъяснительных мероприятий снизит риск поражения пищеварительного тракта у детей.

Сакович А.В., Цап Н.А., Горинов Е.О.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО«Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Екатеринбург

Актуальность. Анатомо-физиологические особенности у детей до 3 лет определяют возможность длительного бессимптомного течения интракраниальных гематом.

Цель. Установить критерии и сроки проведения лучевых методов диагностики при ЧМТ у детей до 3 лет.

Пациенты. Анализ 2953 обращений пациентов в возрасте до 3 лет с травмой головы за 2018 г.

Результаты. Многочисленная группа (2781 ребёнок) – пациенты, у которых диагноз ЧМТ исключен,. При затруднениях в диагностике у пациентов с рвотой проводилась экстренная КТ головы. После исключения травматических повреждений 83 (2,9%) пациента были госпитализированы в инфекционное отделение. Применение данного алгоритма позволило избежать необоснованной госпитализации в травматологическое отделение. У 172 пациентов с ЧМТ не позднее 3 ч с момента госпитализации выполнена КТ головного мозга. Структура ЧМТ у детей младшего возраста отличается от таковой у старших детей.Сотрясение головного мозга диагностировано у 53 (30,8%) пациентов, ушиб головного мозга легкой степени – у 103 (59,8%). В 10 случаях в проекции перелома теменной кости выявлены плащевидные эпидуральные гематомы.Тяжелая сочетанная травма с тяжелым ушибом головного мозга диагностирована у 4 пациентов. Все дети доставлены на ИВЛ и обследованы на КТ по программе «Голова-грудь-живот».Особую группу нейрохирургического интереса представляют дети со сдавлением головного мозга. По результатам КТ, данный диагноз установлен у 8 (4,6%) от всей ЧМТ детей. В 5 случаях причина сдавления – вдавленные переломы. Сдавление головного мозга эпидуральной гематомой диагностировано у 3 пациентов. На момент обращения дети были в ясном сознании, без очаговой неврологической симптоматики, с единственной жалобой на наличие припухлости в теменной области. Экстренная КТ выявила эпидуральные гематомы большого объёма (120–130 мл) со сдавлением головного мозга и дислокацией. В экстренном порядке выполнена КПТЧ и удаление гематомы.

Заключение. Летальность среди пациентов до 3 лет с ЧМТ за 2018 год – 0%.

Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Усманов Х.С .

ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ И ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность. Ранняя диагностика различных форм ГВЗЛ с использованием современных эндоскопических и инструментальных методов, лечебная тактика показаний для пункций, дренирования плевральной полости, постановка сроков радикальных оперативных методов лечения на лёгких и плевре, определение видов обезболивания в данной патологии еще далеки от совершенства.

Цель. Оптимизация комплексного хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний лёгких и плевры у детей с применением новой медицинской технологии.

Пациенты. В отделении РНПЦМиЭХ детского возраста с 2014 по 2017г. нами выполнено 33 операции ВТС на органах грудной полости у детей от 1 года до 14 лет. Из них: внутрилёгочные формы БДЛ, абсцессы лёгких – у 14 (46.6%); дренирующиеся в бронхах – у 4 (28,5%), недренирующиеся – у 10 (71,5%), лёгочно-плевральные формы – у 19 (53,4%); пиопневмоторакс – у 4 (21%), экссудативный плеврит – у 15 (79%) больных.

Результаты. При эмпиеме плевры I стадии у 5 (15,5%) больных лечение начинали с ВТС, во время которого удавалось адекватно удалить жидкость и фибрин, произвести при необходимости пневмолиз и установить причину заболевания. У 8 (24%) больных со II стадией эмпиемы плевры гнойную жидкость, фибрин и некротизированные ткани удаляли электроотсосом под визуальным контролем. После завершения плевролизиса и плевроэктомии дренировали плевральную полость под видеоконтролем и промывали раствором диоксидина. Операцию заканчивали форсированным раздуванием лёгкого с целью его расправления под видеоконтролем. Продолжительность ВТС составила в среднем 55–60 мин. Длительность послеоперационного дренирования плевры в среднем составила 4–5 сут, продолжительность пребывания больных в стационаре после операции – 10–13 дней.

Заключение. Преимуществом ВТС являются более низкий процент интра- и послеоперационных осложнений за счёт меньшей травматичности лёгкого и плевры, и за счёт отсутствия осложнений со стороны операционной раны, сокращения сроков послеоперационного стационарного лечения.

Сварич В.Г., Лыюров Д.А., Каганцов И.М.

МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Республиканская детская клиническая больница, г. Сыктывкар

Актуальность. Существующие методы диагностики в большинстве случаев не позволяют достоверно подтвердить диагноз острого гематогенного остеомиелита (ОГО) в ранние сроки.

Цель. Улучшить раннюю диагностику ОГО у детей на основе применения мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с использованием методики цифровой денситометрии и цветного картирования.

Пациенты. На лечении в хирургическом отделении находились 138 пациентов с ОГО в возрасте от 1 мес до 18 лет. При поступлении всем пациентам проведено комплексное исследование, в том числе и МСКТ с использованием методики цифровой денситометрии и цветного картирования.

Результаты. У всех пациентов в первые сутки от начала заболевания при проведении МСКТ граница отека костного мозга была нечёткая, поэтому возникали трудности в определении разницы денситометрических показателей при сравнении патологической и контралатеральной зон конечностей, которые колебались в пределах от –26 до –5,6 единиц Хаусфилда. Использование цветного картирования, полученных при МСКТ визуальных изображений, ввиду разницы в цветовых оттенках пораженной зоны и здорового контралатерального сегмента конечностей, позволило чётко выделить не только локализацию поражения, но и ее протяженность. Вышеуказанное позволило с высокой точностью выполнить лечебную остеоперфорацию с постановкой необходимого количества декомпрессионных костномозговых игл.

Заключение. МСКТ с применением методик цифровой денситометрии и цветного картирования позволяет в ранние сроки выявить и определить распространенность воспалительного отека в костномозговом канале, как наиболее раннего признака развития ОГО в трубчатых костях. Высокая чувствительность (91%) в сочетании с приемлемой специфичностью (87%) свидетельствуют о высокой эффективности предложенного метода исследования.

Семенова Н.Ю., Тимофеева А.В., Соколова А.В., Затонская Д.В.

ВОЗМОЖНА ЛИ ДИАГНОСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ МЕТОДОМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ МОЗГА

ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии», г. Москва

Актуальность. Травматическое повреждение костей верхней зоны лица может приводить к повреждению зрительного нерва (ЗН), которое в остром периоде трудно диагностировать из-за тяжести состояния, сниженного уровня сознания пациентов. Поиск информативных методов диагностики в связи с этим актуален.

Цель. Определить возможности метода зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) для диагностики травматической нейропатии ЗН при кранио-фациальной травме (КФТ) в остром периоде.

Пациенты. Обследовано 27 детей с КФТ, включающей переломы стенок орбиты (преобладали повреждения верхней и медиальной стенок), стенок зрительного канала, в сочетании с черепно-мозговой травмой (ЧМТ). 19 детей находились в стационаре с тяжелой ЧМТ, 2 – с лёгкой, 6 – с травмой средней тяжести. 16 детям была диагностирована травматическая нейропатия ЗН. ЗВП проводились вспышкой света с помощью светодиодных очков на приборе Nicolet в остром периоде травмы.

Результаты. Среди детей с травматической нейропатией ЗН у 9 регистрировались значительные односторонние нарушения проведения импульсов. У 7 – 2-сторонние изменения ЗВП, однако у 5 из них межокулярная асимметрия по латентности и амплитуде предполагала бóльшую недостаточность проведения с одной стороны. У детей с нейропатией ЗН в сочетании со среднетяжелой и легкой степенью ЧМТ значимо преобладали односторонние изменения, при тяжелой ЧМТ чаще регистрировались 2-сторонние изменения ЗВП (χ^2, $p < 0{,}05$). У детей с КФТ без повреждения ЗН данные ЗВП отличались. Среди этих детей преобладали неизмененные ЗВП или симметричные изменения, у детей с нейропатией ЗН чаще регистрировался патологический ответ с одной стороны или 2-сторонние изменения со значимой межокулярной асимметрией (χ^2, $p < 0.01$).

Заключение. Метод ЗВП информативен для диагностики травматического поражения ЗН в остром периоде при ЧМТ легкой и средней тяжести. При тяжелой ЧМТ чувствительность метода ниже, так как чаще выявляются 2-сторонние нарушения проведения по зрительным путям, отражающие тяжелое поражение головного мозга.

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

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРУТА БОЛЬШОГО САЛЬНИКА У ДЕТЕЙ

БУЗ ОО «НММЦ помощи матерям и детям имени З.И. Круглой», г. Орёл

Актуальность. По данным литературы, перекрут большого сальника (ПС) у детей встречается в 0,01–0,32% случаях экстренной абдоминальной хирургии. Изучения редких форм острого живота у детей не вызывает сомнения.

Цель. Обобщить опыт диагностики и лечения ПС у детей за три года.

Пациенты. В отделении хирургии с 2017 по 2019 г. находилось 7 детей с диагнозом ПС. Мальчиков было 3 (47,86%), девочек – 4 (57,14%). Возраст детей: 3 года – 1 (14,28%) ребенок : 5–6 лет – 3 (47,86%); 10 лет – 3 (47,86%). Давность заболевания составляла: до 12 ч – 1 (14,28%) ребёнок; от 1 до 2 сут – 2 (28,57%), свыше 2 сут – 4 (57,14%).

Результаты. При госпитализации жалобы на постоянные боли в животе. Повышение температуры тела и рвоты не было. При давности болезни в течение 2 сут и более отмечался запор. При объективном осмотре состояние детей было относительно стабильным, отсутствовали явления интоксикации, выявлялось локальное мышечное напряжение с положительными симптомами раздражения брюшины. При обследовании у всех детей был выявлен лейкоцитоз, у 2 (28,57%) – выше 15 г/л. У 4 (57,14%) были изменения в лейкоцитарной формуле.УЗИ проводилось в 5 случаях (в дневное время). При УЗИ у 4 (80%) детей выявлены эхографические признаки оментита. Все дети оперированы лапароскопически – резекция сальника. Патологический процесс в правых отделах живота имел место в 6 (85,71%) случаях, в левых – в 1.

Заключение. 1. При ПС у детей отсутствует специфическая клиническая картина. 2. При ПС у детей отсутствуют симптомы интоксикации, характерные для гнойно-воспалительных заболеваний брюшной полости. 3. УЗИ является относительно достоверным методом диагностики ПС. 4. При признаках отграниченного перитонита без явлений интоксикации и выявлении оментита при УЗИ следует думать о ПС.

Соколов Ю.Ю., Ефременков А.М., Туманян Г.Т., Акопян М.К., Уткина Т.В.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

РМАПО, г. Москва

Актуальность. Киста холедоха (КХ) – относительно редко встречающийся порок развития билиарной системы. Наличие у ряда больных с КХ аномального панкреатикобилиарного соединения (АПБС) может способствовать развитию панкреатобилиарного рефлюкса и острого панкреатита.

Цель. Определить у детей с КХ частоту и анатомические причины возникновения острого панкреатита.

Пациенты. За последние годы с КХ было оперировано 68 детей в возрасте от 2 мес до 17 лет. Острый панкреатит был отмечен у 40 (58,8%) больных. Из них у 11 (27,5%) детей имелся выраженный болевой синдром с высокими уровнями амилазы, при ультразвуковом исследовании (УЗИ) отмечены характерные для панкреатита изменения. В 29 (72,5%) случаев болевой синдром был выражен умерено, амилаза повышена незначительно, а на УЗИ имелись реактивные изменения поджелудочной железы. В группе детей с острым панкреатитом у 19 (47,5%) острый панкреатит развился на фоне билиарной обструкции.

Результаты. При анализе клинических данных было установлено, что острый панкреатит развивался чаще в группе детей старше 3 лет – 29 (72,5%) больных. Применение в группе детей с острым панкреатитом инструментальных методов исследовании , таких как УЗИ, магнитно-резонансная холангио-панкреатография, интраоперационная холангио-панкреатография показало, что веретенообразная форма КХ имелась у 30 (75,0%) детей и АПБС – у 35 (87,5%) .

Заключение. Таким образом, у детей с КХ острый панкреатит значительно чаще развивается в старшем возрасте при наличии веретенообразных кист и аномального панкреатикобилиарного соединения.

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

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ

РМАПО, г. Москва

Актуальность. Травма поджелудочной железы (ПЖ) потенциально опасна своими осложнениями для жизни. Более 75% всех повреждений ПЖ у детей вызваны тупой травмой живота с образованием интрапаренхиматозной гематомы и (или) разрывом протоков ПЖ. Подходы к лечению разнообразны и определяются степенью травмы и тяжестью сочетанных повреждений. Ряд исследований показывает лучшие результаты при активной хирургической тактике при травмах ПЖ III степени в её дистальной части . С накоплением опыта стало возможным применять лапароскопию в лечении травм ПЖ. Приводим наше клиническое наблюдение.

Пациент. Мальчик, 6 лет, госпитализирован через 3 сут после тупой травмы живота, полученной после падения. При поступлении отмечается тяжёлое состояние, бледность, тахикардия, положительные симптомы раздражения брюшины. На СКТ выявлена гематома ПЖ на границе тела и хвоста, полностью перерывающая паренхиму железы, жидкость в сальниковой сумке и брюшной полости. Проведена лапароскопия. В брюшной полости обильный геморрагический выпот, бляшки стеатонекроза, повреждения селезёнки, печени и кишечника не выявлено. Желудок фиксирован через переднюю брюшную стенку, вскрыта сальниковая сумка, выявлена гематома на границе тела и хвоста, после опорожнения которой выявлен полный поперечный разрыв ПЖ. Большая часть ткани дистальнее разрыва – размозжена. При помощи монополярной коагуляции часть тела и хвост ПЖ отделены от селезёночных сосудов и окружающих тканей, удалены. Культя ПЖ герметизирована обвивным швом нитью Prolen 4/0. В сальниковую сумку установлен дренаж Блэйка.

Результаты. Послеоперационный период протекал гладко. Мальчик выписан на 14-е сутки. Катамнез прослежен более 1 года – состояние удовлетворительное, патологических образований в брюшной полости не определяется.

Заключение. Таким образом, при повреждениях ПЖ III–IV степени при имеющемся опыте выполнения лапароскопических вмешательств на органах панкреато-билиарной зоны возможно выполнение лапароскопической дистальной резекции ПЖ.

Соколова И.А., Румянцева Г.Н., Мурга В.В., Иванов Ю.Н., Рассказов Л.В.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ В ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ДОКБ г. ТВЕРИ

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тверь;
ГБУЗ ДОКБ МЗ РФ, г. Тверь

Актуальность. В настоящее время проблема диагностики и лечения врождённой патологии тазобедренного сустава продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в ортопедии детского возраста.

Цель. Определить алгоритмы лечения дисплазии тазобедренного сустава у детей.

Пациенты. В травматолого-ортопедическом отделении ДОКБ г.Твери за период с 2014 по 2019 г. находились на лечении по поводу дисплазии тазобедренных суставов 57 детей в возрасте от 3 мес до 6 лет. Преимущественно заболевание выявлялось у девочек – 46, мальчиков – 11. Из общего числа, у 30 детей выявлено одностороннее поражение, у 27 – двустороннее, при этом в 18 случаях выявлена дисплазия, в 22 – подвывих, в 37 – вывих тазобедренного сустава.

Результаты. Сроки выявления заболевания варьировались от 1 мес до 2 лет и старше с преобладанием детей в возрасте от 6 до 9 мес. При сроке окончания лечения детей в возрасте от 1 года до 2 лет и старше, самой многочисленной оказалась группа детей в возрасте до 1,5 лет с благоприятным течением заболевания. Для диагностики и контроля эффективности лечения у всех детей применялись ультразвуковой и рентгенологический методы. У детей до 1 года лечение врождённого вывиха бедра осуществлялось консервативно, с использованием функциональных устройств, – фиксация при помощи гипсовых повязок и функциональных шин в положении отведения в тазобедренных суставах, а также лечебной физкультуры и физиотерапевтических методов. При неэффективности консервативного лечения применялись оперативные методы коррекции – открытое вправление бедра или в сочетании с межвертельной остеотомией. В отдалённом периоде у 4 детей потребовались реконструктивные операции в связи с остаточной деформацией проксимального отдела бедра.

Заключение. Тактика ведения детей с дисплазией тазобедренного сустава определяется индивидуально в зависимости от степени выраженности и эффективности лечения. Раннее начало лечения определяет благоприятный прогноз и уменьшает общие сроки лечения.

Соловьев А.Е., Кульчицкий О.А.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Рязанский Государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России, кафедра детской хирургии, г. Рязань

Актуальность. Проблема поздней диагностики ишемии кишки при ОСКН у детей остается актуальной, несмотря на совершенствование методов исследований, активное внедрение компьютерной томографии, новых маркеров ишемии кишки. При ОСКН в сосудах кишки за счет внешнего давления при ущемлении с самого начала, наряду с прекращением кишечного транзита, наступает некроз кишки. Поэтому диагностика является краеугольным камнем лечения ОСКН у детей.

Цель. Изучить стадии острой странгуляционной кишечной непроходимости у детей.

Пациенты. Произведен анализ историй болезни 60 детей с ОСКН, которые находились в клинике детской хирургии г. Рязани за последние 3 года. Изучены анамнез, клиника, данные объективного обследования, а также биохимические, физиологические показатели, инструментальные и рентгенологические методы, включая КТ. Мальчиков было 38 (63%), девочек – 22 (37%). 34 (56%) ребёнка поступили через 12 ч от начала заболевания, 15 (25%) – от 12 до 24 ч, 11 (19%) – через 24 ч и более.

Результаты. Стадии острой странгуляционной кишечной непроходимости (ОСКН) у детей определяли в зависимости от причины, давности заболевания, возраста, уровня непроходимости, а также от степени токсикоза и морфологических изменений ущемленной кишки. Критериями стадий явились особенности клиники, лабораторные показатели, а также УЗИ, лапароскопическое и рентгенологическое исследования. При поступлении компенсированная (I) стадия диагностирована у 37 (61%) детей, субкомпенсированная (II) – у 12 (20%), декомпенсированная (III) – у 11 (19%).

Заключение. Ведущими критериями оценки стадий острой странгуляционной кишечной непроходимости у детей (компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная) является время, прошедшее с момента начала заболевания, данные объективного исследования, степень эндотоксикоза, распространенность процесса в брюшной полости. Некроз кишки наступает после 24 ч заболевания.

Соловьев А.Е., Ларькин О.А., Усик М.А.

ПРИОБРЕТЕННЫЕ ВНУТРЕННИЕ МЕЖКИШЕЧНЫЕ СВИЩИ У ДЕТЕЙ

Рязанский Государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Минздрава России, кафедра детской хирургии, г. Рязань

Актуальность. Возникновение сообщений между различными отделами желудочно-кишечного тракта и близлежащих органов (внутренние межкишечные свищи) возможно как следствие язвенно-воспалительных процессов, травм, туберкулёза, распада злокачественных опухолей в брюшной полости. Органы, участвующие в формировании свища, могут сообщаться между собой непосредственно (прямой внутренний свищ) или через общую полость (непрямой свищ). Одной из причин межкишечных свищей считается миграция инородных тел, которые вызывают пролежень и формирование межкишечных свищей. Они также возникают в результате интраоперационного повреждения кишечника или несостоятельности швов межкишечных анастамозов. Аллопротезирование брюшной стенки стало новой причиной возникновения межкишечных свищей. В детском возрасте приобретённые внутренние межкишечные свищи встречаются крайне редко.

Цель. Изучить диагностику и лечение детей с приобретёнными внутренними межкишечными свищами.

Пациенты. Под наблюдением находилось 3 детей грудного и раннего детского возраста с приобретёнными внутренними межкишечными свищами. В диагностике использовали клинические, лабораторные и рентгенологические методы исследования. Авторы приводят клиническое наблюдение.

Результаты. Из 3 детей с приобретенными внутренними межкишечными свищами, 2 были оперированы по поводу врождённой кишечной непроходимости. После операции возникли острые язвы кишечника. У недоношенного ребенка межкишечный свищ возник на фоне НЭК, который лечился консервативно. Все дети оперированы, межкишечный свищ ликвидирован. 2 детей живы, 1 умер после операции (полиорганная недостаточность).

Заключение. Приобретённые внутренние межкишечные свищи у детей встречаются редко. Причиной их могут быть острая перфорация кишечника после оперативных вмешательств, или прикрытая (недиагностируемая) язва, как осложнение НЭК у глубоко недоношенных детей.

Столяр А.В., Аксельров М.А., Свазян В.П., Мальчевский В.А., Сергиенко Т.В., Емельянова В,А., Верхоланцев О.А., Дадашева С.М.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИГЛЫ ДЛЯ ГЕРНИОРАФИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЁННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ

ГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

Актуальность. Согласно клиническим рекомендациям ассоциации детских хирургов, профилактикой ущемления паховой грыжи является раннее плановое оперативное вмешательство. В настоящее время популярность приобретают лапароскопические методики, т.к. они являются малотравматичными и высокоинформативными в плане оценки жизнеспособности ущемленного органа.

Цель. Цель исследования –анализ методик экстренного грыжесечения у детей с ущемленной паховой грыжей.

Пациенты. За период с 01.01.2019 по 31.12.2019 г. в ГБУЗ ТО ОКБ № 2 выполнено 1844 экстренных оперативных вмешательств детям с различной патологией, на долю грыжесечения пришлось 1,2% операций. Всего за отчетный период поступило 36 детей с ущемленной паховой грыжей. Согласно принятому алгоритму, в клинике при коротком сроке заболевания у мальчиков проводилось мануальное вправление грыжи, затем ребёнок госпитализировался в стационар и ему проводилась отсроченная операция – таких детей было 14. Детям, у которых был длительный срок заболевания или не было эффекта от консервативного лечения, а так же девочкам проводилась экстренная операция открытым или лапароскопическим доступом – 22 ребёнка. Из них 7 девочек и 15 мальчиков. Средний возраст оперируемых пациентов составил 23,45 ± 2 мес.

Результаты. Средний срок ущемления грыжи составил 8,45 ± 2 ч (от 1 до 48 ч). Ущемленная грыжа справа встречалась в 63,6% случаев, слева – в 36,4% соответственно. Методом открытого грыжесечения оперировано 6 детей, лапароскопической методикой с применением оригинального устройства – 16 . Контралатеральная паховая грыжа при лапароскопии выявлена в 68,7% случаев. Средняя продолжительность операции лапароскопического грыжесечения составила 24 мин, при открытой операции – 38,3 мин ($p = 0,074$).

Заключение. Таким образом,экстренное грыжесечение остается актуальным. Применение лапароскопической методики позволяет сократить длительность операции при односторонней грыже, а также выявить нарушение облитерации контралатерального влагалищного отростка.

Стриженок Д.С., Мясников Д.А., Горицкова Ю.А.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

ГБУЗ Нижегородской области «Детская городская клиническая больница № 1», г. Нижний Новгород

Актуальность. Проблема лечения врожденного гидронефроза до настоящего времени остается актульной.

Цель. Определить эффективность лапароскопического метода лечения детей с врожденным гидронефрозом.

Пациенты. В хирургическом отделении детской городской клинической больницы № 1 в период с октября 2018 по декабрь 2019 г. находилось на лечении 7 пациентов с врожденным гидронефрозом, из них мальчиков – 4 (57%), девочек – 3 (43%),возраст – от 5 мес до 15 лет. У всех пациентов процесс был односторонним, в 4 (57%) случаях отмечалось поражение правой почки, в 3 (43%) – левой. Лапароскопическая операция выполнялась по методу Хайнес-Андерсена-Кучера в модификации Ricardo Gonzales (M.Dayanc и соавт.).

Результаты. Доступ выполнялся трансмезентериально или с рассечением париетальной брюшины по линии Тольда. Причины гидронефротической трансформации: истинный стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента – у 4 (57%), аберрантный сосуд – у 2 (28,6%), высокое отхождение мочеточника – у 1 (14,4%). Через зону сформированного пиелоуретрального анастомоза, шириной от 15 до 20 мм, проводился внутренний JJ-стент от 3 до 4,8 Ch фирмы RUSCH (Teleflex Medical), который удалялся спустя 1 мес. Все дети 1-е сутки находились в отделении реанимации. Средняя продолжительность вмешательства составляла 120 ± 60 мин. Технических трудностей, связанных с правой долей печени при формировании анастомоза справа, не возникло. Средний срок пребывания детей в стационаре составил 4 дня. Послеоперационных осложнений не отмечалось.

Заключение. Эндовидеоскопическая коррекция гидронефроза является малоинвазивной, малотравматичной, позволяет сократить сроки пребывания в стационаре и добиться положительных результатов. Эндовидеоскопическое вмешательство является методом выбора коррекции данной патологии.

Стриженок Д.С., Филькин А.А., Горицкова Ю.А.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ СЛЕПОЙ КИШКИ

ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница № 1 Приокского района», г. Нижний Новгород

Цель. Представить метод лапароскопического удаления инородных тел слепой кишки.

Пациенты. В хирургическое отделение детской городской клинической больницы № 1 в декабре 2019 г. в экстренном порядке поступил ребенок 4 лет. Из анамнеза: предположительно 27.11.19 г. ребенок проглотил магнитные шарики, на следующий день отмечена боль в животе, повторная рвота. На обзорных рентгенограммах органов брюшной полости, выполняемых с 28.11.2019 г. по 09.12.2019 г., выявлены инородные тела в количестве трех округлых теней в проекции правой подвздошной ямки, за время наблюдения – без динамики.

Результаты. После проведенной предоперационной подготовки выполнена лапароскопическая аппендэктомия, удаление инородных тел из слепой кишки. Интраоперационно: при ревизии илеоцекального угла воспалительного и спаечного процесса не выявлено, в просвете слепой кишки были обнаружены подвижные инородные тела (магниты). Червеобразный отросток не изменен, располагался ретроцекально. Брыжейка отростка обработана и пересечена биполярной электрокоагуляцией с помощью LigaSure. Червеобразный отросток отсечен и удален. Через устье отростка в просвет слепой кишки введен диссектор и инородные тела удалены – два круглых магнита диаметром 5 мм каждый и компактная батарейка 5 мм в диаметре черного цвета. На основание отростка наложено две петли Рёдера. Продолжительность вмешательства составила 1 ч. Технических трудностей не возникло. Послеоперационный период без осложнений. Срок пребывания в стационаре составил 8 дней.

Заключение. При расположении инородного тела в куполе слепой кишки возможно их извлечение через устье червеобразного отростка, что является менее травматичным и малоинвазивным вмешательством.

Тибилов А.З., Хафизова Л.А., Киреева Н.Б.

СЛУЧАЙ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ДВУХСТОРОННИМ «БЛОКОМ ПОЧЕК», У РЕБЁНКА ОДНОГО ГОДА

ГБУЗ НО «НОДКБ», г. Нижний Новгород;
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава РФ, г. Нижний Новгород

Актуальность. Среди детей мочекаменная болезнь (МКБ) встречается с частотой от 1 до 5%.

Цель. Определение тактики лечения мочекаменной болезни, осложнённой двухсторонним «блоком почек».

Пациенты. В нашей клинике в 2019 г. наблюдался ребёнок одного года с двухсторонней обструкцией мочевых путей, обусловленной нефролитиазом.

Результаты. Ребёнок М., 1 г., заболел остро 08.12.19 г., когда появились беспокойство, отказ от еды, полное отсутствие мочи. По данным УЗИ обнаружен двухсторонний нефролитиаз, в связи с чем пациент в экстренном порядке направлен в НОДКБ. На момент поступления в стационар время анурии составило 72 ч, мальчик был госпитализирован в ОРИТ. В биохимическом анализе крови отмечена азотемия: креатинин крови повышен до 296 мкмоль/л, мочевина – до 19 ммоль/л. По данным УЗИ почек, обнаружены признаки двухстороннего гидронефроза на фоне нефролитиаза (справа в лоханке конкремент до 17 мм, слева до 13 мм). По данным КТ,выявлены конкременты лоханок обеих почек (17 и 13 мм). В экстренном порядке проведено стентирование правого и левого мочеточника мочеточниковыми катетерами (Ch 4). После улучшения состояния для дальнейшего лечения ребёнок переведен в ФГБУ РНЦРР, где 11.09. и 24.09.19 г. выполнены ЧПНС справа, установка внутреннего стента с левой стороны. В связи с ухудшением состояния в результате непрерывно рецидивирующего обструктивного пиелонефрита, дальнейшее лечение получал по месту жительства в стационаре НОДКБ. 10.10.19 г. мальчику выполнена лапароскопическая пиелолитотомия справа с сохранением нефростомы, а 19.11.19 г. – люмботомия, пиелотитотомия слева с удалением конкремента и последующим извлечением стента. Выписан с улучшением: нормализация биохимических показателей крови и купирование пиелонефрита.

Заключение. Таким образом, у детей раннего возраста при наличии сложных крупных конкрементов в первую очередь необходимо ликвидировать обструкцию мочевых путей установкой ЧПНС или внутренних (наружных) стентов, после чего предпочтительным является лапароскопическая или открытая пиелолитотомия.

Тиляков А.Б., Мавлянов Ф.Ш.

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Рост дорожно-транспортного травматизма в последние десятилетия привел к повышению доли переломов костей таза при автодорожной травме с 20 до 52%. При травмах таза усугубление тяжести состояния больных зачастую связано с трудностями диагностики и соответственно неоказания должной помощи пострадавшим на догоспитальном этапе.

Цель. Улучшить диагностику и оказание догоспитальной медицинской помощи пострадавшим с повреждениями костей таза при ДТП.

Пациенты. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 527 больных с повреждениями таза. 352 (66,8%) пострадавших получили травму в результате ДТП. У 294 (55,7%) из них травма носила сочетанный и множественный характер.

Результаты. При анализе оказания догоспитальной помощи установлено, что 358 (68%) пациентов поступили в клинику самотеком, без оказания догоспитальной помощи. 169 (32%) пострадавших доставлены по линии скорой медицинской помощи, из них лишь у 24 (14%) больных диагностированы переломы костей таза и оказана помощь на этапах медицинской эвакуации. Нарушение стабильности тазового кольца в процессе диагностики выявлено у 229 (43,4%) пострадавших.Необходима правильная оценка тяжести состояния пострадавшего: для переломов костей таза, как правило, характерны признаки острой кровопотери и травматического шока. Местно: при ощупывании тазового кольца во взаимно перпендикулярных направлениях отмечается резкая болезненность. Могут повреждаться мочевой пузырь, прямая кишка и уретра.Догоспитальная помощь заключалась в обезболивании, наложении асептической повязки на раны, иммобилизующем положении пострадавшего на щите или носилках с фиксацией области таза, тазовыми бандажами или поясами для транспортировки, введении сердечных и дыхательных аналептиков, инфузионной терапии при признаках острой кровопотери или травматического шока и быстрейшей транспортировки.

Заключение. Таким образом, при любых травмах таза (закрытых или открытых) пострадавшие, даже если их состояние удовлетворительное, должны быть доставлены в хирургический стационар.

Тимофеева А.В., Мельников А.В., Горелик А.Л., Карасева О.В.

ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, г. Москва

Актуальность. Особенности растущего лицевого скелета, тяжелые последствия переломов нижней челюсти определяют поиск оптимальной методики лечения.

Цель. Проанализировать тактику лечения переломов нижней челюсти у детей в НИИ НДХиТ.

Пациенты. За 3 года в НИИ НДХиТ получили лечение 318 детей с травмой лицевого скелета. Мальчики преобладали и составили 62,7%, девочки – 37,3%, средний возраст детей – 9,5 ± 5,1 года. В структуре повреждений лицевого скелета травма нижней челюсти составила 30,9%, переломы в области тела – 33,3%, суставного отростка – 25,9%, угла – 22,2%, симфиза – 7,4%, венечного отростка – 3,7%, ушиб ВНЧС – 7,4%, травма зубов встречалась практически у каждого 3-го ребёнка.

Результаты. В оперативном вмешательстве нуждались 40% детей. Из них у 70% производили металлоостеосинтез титановыми пластинами, используя внутриротовой доступ и эндоскопическую ассистенцию (42,8%); двучелюстное шинирование арочными шинами применяли у 20% детей; у 10% – выполняли артроскопию ВНЧС.

Консервативное лечение использовали при внутрисуставных переломах (44,5%), переломах без смещения (22,2%), переломах венечного отростка (11,1%), а также при отказе родителей от операции (11,1%). В 11,1% наблюдений оперативное лечение не было выполнено в связи с летальным исходом в критическом периоде тяжелой травмы. При подвывихе зубов III–IV степени производили реплантацию и шинирование моношиной-скобой на 3–4 нед. При сколе или переломе коронок, подвывихе зубов I–II степени стоматологическое и ортодонтическое лечение в остром периоде не проводили. Детям до 12 лет удаление металлоконструкций производили через 4–5 мес после операции. В послеоперационном периоде при использовании предушного доступа у 2 (2%) пациентов развилась нейропатия лицевого нерва, требующая консервативной терапии. При использовании чрезкожных доступов у 1 (1%) ребёнка наблюдали задержку роста нижней челюсти.

Заключение. Хирургическая тактика при переломах нижней челюсти у детей в значительной степени определяется оснащённостью и традициями клиники, опытом хирурга. Для выбора оптимальной лечебной тактики необходимо совместное ведение пациентов челюстно-лицевым хирургом и ортодонтом на всех этапах лечения.

Тихмаев А.Н., Нурмагомедов М.М., Садыкова М.М., Хайирбеков Т.Х., Хелефова С.З.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРУТОВ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК

ДРКБ имени Н.М. Кураева, Республика Дагестан, г. Махачкала

Актуальность. Перекрут придатков матки является нередкой патологией в хирургии детского возраста, требующей немедленного оперативного лечения.

Цель. Определить преимущества лапароскопических вмешательств при перекрутах придатков матки у детей.

Пациенты. С 2017 по 2019 г. в ДРКБ им. Н.М. Кураева находились 28 девочек с перекрутом придатков матки. Возраст от 5 до 16 лет. Давность заболевания от нескольких часов до 3 сут.Правосторонний перекрут у – 17, левосторонний – у 11. До операции проводилось бимануальное ректальное исследование и УЗИ органов малого таза с допплерографией. 16 детей оперировано эндоскопически. При лапароскопии применялся трехпортовый доступ. Средняя продолжительность операции – 30–40 мин. Оперативное пособие включало деторсию придатков. При наличии кисты (12) или тератомы (2) яичника производилось удаление образований. В 3 случаях у детей с некрозом яичника выполнялась видеоассистированная аднексэктомия. В остальных случаях – органосохраняющие операции. Овариопексия проводилась в 1случае. Для контроля за эффективностью лечения после деторсии использовали УЗИ с доплерографией.

Результаты. Осложнений в ходе операции и в послеоперационном периоде не было. После органосохраняющих операций У-мониторинг показал во всех случаях наличие кровотока в яичниках. Послеоперационный период после лапароскопической операции протекал гораздо более гладко. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение гинеколога. Рецидив перекрута наблюдался в одном случае; при повторном поступлении была произведена овариопексия.

Заключение. Лапароскопическая технология позволяет значительно снизить травматичность вмешательств, сделать короче послеоперационный койко-день, добиться хорошего косметического эффекта. Кроме того, несомненным преимуществом является отсутствие осложнений в послеоперационном периоде, характерных для традиционных лапаротомий, таких как серомы раны и спаечная болезнь.

Тома Д.А., Вечеркин В.А., Коряшкин П.В.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЁННЫХ ПЛЕВРОПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» г. Белгород;
ФГБОУ ВО ВГМУ имени Н.Н.Бурденко Минздрава России, г. Воронеж

Актуальность. По данным зарубежной и отечественной литературы, имеется тенденция к увеличению частоты осложнений внебольничных пневмоний.

Цель. Улучшение результатов лечения детей, больных деструктивными пневмониями (ДП), путем реализации персонализированных подходов, основанных на использовании разработанного алгоритма диагностики с применением аппарата « Кардиокод».

Пациенты. Возраст пациентов от 2 до 15 лет. I подгруппа – 38 пациентов с ДП в стадии лобита/инфильтрации с серозным плевритом, II – 42 ребёнка с плевральными осложнениями, III – 22 ребёнка с легочными осложнениями. В первую контрольную группу вошли 63 здоровых ребёнка, у которых были изучены параметры центральной гемодинамики аппаратом «Кардиокод». Для оценки эффективности предложенного алгоритма нами изучены 60 историй болезни детей, лечившихся по поводу ДП на базе ОДКБ № 2 г. Воронежа и ДОКБ г. Белгорода в 2013 г. Дети данной группы составили вторую контрольную группу.

Результаты. С целью оценки воспалительного процесса легочной ткани выделен коэффициент деструкции, характеризующий 2 состояния – отсутствие (это стадии инфильтрации и серозного плеврита) или наличие деструкции (стадия плевральных и лёгочных осложнений).

Сформировано уравнение регрессии:

$$Y = Лет \cdot 0{,}57 + УЗЖ \cdot 0{,}267 + ДСЗ \cdot 0{,}017 + СРБ \cdot 0{,}001 + ЧДД * 0{,}007 - SV \cdot 0{,}058 + ОБ \cdot 0{,}008 - 0{,}402,$$

где Y – коэффициент деструкции, Лет – возраст, ДСЗ – день с начала заболевания, СРБ – значение С-реактивного белка, ЧДД – частота дыхательных движений, SV – ударный объема в мл, ОБ – значение общего белка, УЗЖ – наличие жидкости по данным УЗИ. Для группы преддеструкций значения регрессионного уравнения составили от 0,042 до 0,408 – показана консервативная терапия. Для группы деструкций значения уравнения составили от 0,674 до 1,064 – оперативное лечение.Построена Roc-curve с целью оценки качества бинарной классификации, ее значение составило – 0,959.

Заключение. Применение разработанного алгоритма позволяет определить стадию ДП, и сформировать эффективную тактику лечения индивидуально для каждого пациента.

Трембач А.В., Бгане Н.М., Трембач И.А.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ: ОПЫТ ДЕТСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА КРАСНОДАРА

ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница Министерства здравоохранения Краснодарского края», г. Краснодар

Актуальность. Септический процесс по-прежнему остаётся одной из самых частых причин летального исхода в детских отделениях ОРИТ.

Цель. Определить влияние экстракорпоральных методов детоксикации (ЭМД) на течение сепсиса у детей.

Пациенты. В период 2009–2019 гг. проведено исследование 64 детей в возрасте от 1 года до 17 лет.

Результаты. Общая летальность в группах наблюдения составила 43,75% (умерло 28 детей из 64). Выжившие и умершие дети сравнивались по следующим критериям: пол, возраст, маркеры интоксикации (общий лейкоцитоз, абсолютное количество нейтрофилов, С-реактивный белок, нейтропения), оценка по шкалам PRISM, PELOD, инотропной шкале, уровню лактата, почасового диуреза. Также группы выживших и умерших детей сравнивалась по методам и объёму проводимой терапии: жидкостная нагрузка, жидкостной баланс в первые сутки, проведение и сроки начала механической вентиляции легких, проведение экстракорпоральных методов детоксикации. Возраст, пол, уровень общего лейкоцитоза, абсолютное количество нейтрофилов, за исключением наличия нейтропении, уровень креатинина, С-реактивного протеина и почасовой диурез не показали статистически значимых отличий между двумя группами больных. Достоверная разница между группами умерших и выживших больных наблюдалась по тяжести состояния (шкала PRISM), по степени выраженности органной дисфункции (шкала PELOD) и уровню лактата. Проведён анализ основных направлений терапии: объём инфузионной терапии и жидкостный баланс, проведение респираторной и вазопрессорной поддержки, проведение экстракорпоральных методов детоксикации. Отсутствует достоверная разница по всем направлениям терапии между группами умерших и выживших детей. Выживаемость детей, которым проводили ЭМД, значительно выше (69,4% против 30,6%, $p = 0,009$).

Заключение. На выживаемость детей с тяжёлым сепсисом влияет проведение экстракорпоральных методов детоксикации в ранние сроки. Комбинация LPS-сорбции с переходом на продлённую гемодиафильтрацию является более эффективной методикой.

Ублинский М.В., Семенова Н.А., Манжурцев А.В., Меньщиков П.Е., Яковлев А.Н., Ахадов Т.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ СЕТЬЮ ПАССИВНОГО РЕЖИМА РАБОТЫ МОЗГА И СТРУКТУРАМИ МОЗЖЕЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЁГКОЙ ЧМТ В ОСТРОЙ СТАДИИ, ПО ДАННЫМ ФМРТ СОСТОЯНИЯ ПОКОЯ

ГБУЗ «НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии», г. Москва

Актуальность. Легкая ЧМТ (лЧМТ) является наиболее распространенным неврологическим повреждением у детей, поэтому чрезвычайно важно идентифицировать и проанализировать биомаркеры, которые могут помочь в процессах лечения и выздоровления пациента с лЧМТ.

Цель. Подтвердить гипотезу о том, что нарушения функциональных связей между неповреждённым мозжечком и узлами сети DMN включены в симптоматическое проявление лЧМТ.

Пациенты. Обследованы 28 МР-негативных пациентов с лЧМТ в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст – 14,7 года). Контрольная группа состояла из 23 здоровых детей. Все исследования МРТ проводились на сканере Philips Achievad Stream 3.0T, оборудованном 32-канальной головной катушкой PhilipsdStream. Проведено фМРТ состояния покоя (EPI-последовательность, TR = 3000 мс, время эха [TE] = 30 мс, 80 динамиков с динамическим временем сканирования = 3 с). Данные фМРТ обработаны с использованием программного пакета CONN.

Результаты. Не обнаружено статистически значимого различия в значениях коэффициентов функциональных связей между областями сети DMN в группах пациентов и контроля. Межгрупповой анализ выявил статистически значимое ($p < 0,05$) различие в нейронных связях между частями DMN и червём мозжечка (vermis, структурная часть мозжечка): положительная связь в контрольной группе и отрицательная связь в группе пациентов.

Заключение. Выявленные изменения в нейрональных связях между областями DMN и мозжечка у пациентов с лЧМТ в остром периоде могут быть начальным этапом повреждений, приводящих к когнитивному дефициту, который может развиться в будущем.

Улугмуратов А.А., Мавлянов Ф.Ш., Нормуродов Д.К., Маматов С.О.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Разрыв двенадцатиперстной кишки – редко встречающаяся травма у детей.

Цель. Поделиться опытом лечения ребенка с разрывом двенадцатиперстной кишки.

Пациенты. Больная Х., 1 год 10 мес, поступила через 2 ч после травмы. Общее состояние тяжелое, положение вынужденное, на правом боку. Заторможенная, в контакт вступает неохотно. Кожный покров и слизистые бледные. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные. АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 120 уд в 1 мин слабого наполнения. Живот в акте дыхания отстает, при пальпации болезненность и напряжение в эпигастральной области живота. Анализ крови: НВ 82,0 г/л, эритроциты $2{,}8 \cdot 10^{12}$/л, лейкоциты $5{,}4 \cdot 10^{9}$/л, СОЭ 8 мм/ч, гематокритный показатель 25%. На УЗИ патологической жидкости в брюшной полости не обнаружено. Назначена антибактериальная и инфузионная терапия, повторно через 3 ч УЗИ и рентгенологическое исследование. Свободной жидкости и газа в брюшной полости не обнаружено.

Результаты. При лапароскопии эпигастральная область пропитана темно-зеленым содержимым с воздухом. Выполнена лапаротомия. В восходящей части двенадцатиперстной кишки обнаружен полный поперечный разрыв. Края экономно иссеченны и ушиты одиночными двухрядными швами. С целью разгрузки швов произведена назоинтестинальная интубация кишечника зондом, модифицированным клиникой. Малый сальник дренирован с помощью хлорвиниловой трубки. Проводилась комплексная инфузионная парентеральная терапия. Послеоперационный период протекал гладко. Назоинтенсинальный зонд убран на 8-е сутки. Больная выписана домой на 11-е сутки с выздоровлением. Через 2 мес после операции произведена гастроэнтероскопия с барием, эвакуация бария соответствует возрасту.

Заключение. При травмах двенадцатиперстной кишки у детей раннего возраста самым достоверным в диагностике является лапароскопия. Использование видоизмененного зонда Эботта–Мюллера создаёт хорошую декомпрессию кишечника и предотвращает несостоятельность анастомоза.

Улугмуратов А.А., Мавлянов Ф.Ш., Бобоев И.Д., Маматов С.О., Нормуродов Д.К.

ДИАГНОСТИКА ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Конец XX и начало XXI веков характеризуются резким ростом травматизма, что связано с возрастающим транспортным потоком, ростом строительства и криминализацией общества. По данным литературы, частота повреждений печени у детей составляет от 5 до 24,4% от всех закрытых травм органов брюшной полости. Смертность при этом колеблется от 6,5 до 65%.

Цель. Выявить наиболее часто встречающиеся виды закрытых травм печени у детей.

Пациенты. В отделение детской хирургии СФ РНЦ ЭМП в период с 2010 по 2017 г. на лечении находилось 38 детей с диагнозом закрытое повреждение печени. Мальчиков было 23, девочек – 15. Возраст больных: до 7 лет – 5, от 7 до 15 – 25, от 15 до 18 – 8. Причины травмы: автотравма – у 21 ребёнка, спортивная – у 11, падение с высоты – у 6. В первые часы после травмы поступило 23 пациента. Время поступления до 3 ч – 2, до 24 ч – 3. Локализация, степень повреждения печени и интенсивность кровотечения определяют тактику хирурга. Для идентификации использовали клинико-морфологическую классификацию травм печени по E. Moore, принятую Американской ассоциацией хирургов-травматологов в 1986 г., пересмотренной в 1996 г.

Результаты. По классификации Moore I степень повреждения встречались у 14 больных, II степень – у 4, III степень – у 2, IV степень в наших наблюдениях не наблюдалась,С V степенью оперирован 1 больной с летальным исходом. Чаще были повреждены 5-, 6-,7-й сегменты печени, 4-й – только в 2 наблюдениях.

Заключение. Диагностика закрытых повреждений печени должна носить комплексный характер, включающий рентгеновский, ультразвуковой и эндовидеохирургический методы, включать индивидуализированный подход к лечению пострадавших с травмой печени, который основан на оценке тяжести состояния пострадавшего, тяжести травмы и повреждения печени.

Федоров С.А., Лимаков Ю.Ю., Юнак Л.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА

ГБУ РО «ОДКБ», г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Реабилитация пациентов после тяжелой нейротравмы, полученной в результате ДТП, стала актуальной в последние годы из-за увеличения личного автотранспорта и низкой подготовки водителей. Инвалидизация после таких травм составляет до 90%, что является большой проблемой современной неврологии и нейрохирургии.

Цель. На примере разбора клинического случая показать эффективность иглорефлексотерапии как одного из элементов, входящих в состав основных современных принципов реабилитации.

Пациенты. Мальчик, 17 лет, находился на реабилитационном лечении в ГБУ РО « ОДКБ» с диагнозом: Ранний восстановительный период ЗПСМТ. Нейрогенный мочевой пузырь. Нарушение функции тазовых органов по типу задержки кала и мочи. Нижняя параплегия. ШРМ – 6 баллов, шкала Ренкин – 5 баллов. Ребёнок перенес тяжёлую сочетанную травму: ЗПСМТ, осложнённый оскольчатый переломовывих Th12–L1, ушиб грудного и пояснично-крестцового отдела спинного мозга тяжёлой степени, закрытая травма груди. В остром периоде травмы была выполнена стабилизирующая операция – передний спондилодез Th12–L1 пористым никелид-титановым имплантом.

Результаты. При поступлении: жалобы на отсутствие движений в конечностях, боли в спине, нарушение мочеиспускания по типу задержки, нейротрофические нарушения в области спины (послеоперационный рубец). Осуществлялся комплексный подход в лечении: ЛФК, ФТЛ, ИРТ, массаж и медикаментозная терапия. На 8-м сеансе ежедневного проведения сеансов ИРТ пациент стал отмечать ощущение «тепла» в нижних конечностях, появилась чувствительность при прикосновении в передней брюшной стенке, в бедрах, голенях, наполнение мочевого пузыря. На 10-м сеансе проведения данной методики, пациент смог находиться в вертикальном положении без централизации кровообращения, нарастала глубокая чувствительность в нижних конечностях.

Заключение. Эффективность реабилитации по единой балльной системе: 3 балла – улучшение (увеличение объёма движения, улучшение функции различных органов, улучшение общего самочувствия).

Хакимов Э.А., Мавлянов Ф.Ш.

ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ НА РАННЕМ СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Термические ожоги у детей являются частым видом травм.

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения ожоговой болезни у детей.

Пациенты. На обследовании и лечении находилось 144 ребёнка с ожоговой болезнью в возрасте от 3 мес до 14 лет. Мальчиков было 93, девочек – 51. Площадь глубокого ожога составила от 5 до 20% поверхности тела.

Результаты. У 37 из 144 больных с ожогами менее 7–8% поверхности тела с 4-го по 6-й день заболевания отмечалось снижение содержания гемоглобина на 20–27 г/л и уменьшение количества эритроцитов на 700–800$\cdot 10^{12}$/л крови. К 12–18-му дню заболевания почти у всех этих больных количество эритроцитов не достигало исходного уровня. При глубоких ожогах более 10% поверхности тела снижение гемоглобина и уменьшение количества эритроцитов с 4–5-го дня наблюдалось значительно чаще. Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта были диагностированы у 32 детей с глубокими ожогами 15–60% поверхности тела. Анемизация приобретала постоянный характер, анемия имела гипохромный характер, количество эритроцитов снижалась до 2–2,5$\cdot 10^{12}$/л, содержание гемоглобина падало до 55–60 г/л. Снижение количества эритроцитов сопровождалось и их качественными изменениями, выражающимися в анизоцитозе, пойкилоцитозе, гипохромии и полихромазии.

Заключение. Высокая распространенность анемии у обожженных детей требует от комбустиологов комплексного, целенаправленного консервативного и хирургического лечения для её снижения и предотвращения последствий. Улучшение методов ранней диагностики, разработка эффективных способов лечения больных с различными осложнениями, а также развитие дальнейших мер профилактики должны способствовать снижению летальности у тяжело обожженных детей.

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

БРОНХОСКОПИЯ В КРИТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЁЛОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ «НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ», г. Москва

Введение. Тяжелая механическая травма (ТМТ) относится к видам детского травматизма с высокой летальностью. Одной из причин неблагоприятных исходов является развитие вентиляционных нарушений в критическом периоде и постинтубационных осложнений.

Цель исследования. Разработка комплекса мероприятий по диагностике, профилактике и лечению воспалительных и деструктивных изменений трахеобронхиального дерева (ТБД) в критическом периоде ТМТ у детей.

Пациенты. Обследовано 288 детей в возрасте от 0 до 18 лет, средний возраст составил 10,6 ± 5,2 лет, тяжесть повреждений по ISS – 26,3 ± 10,1 баллов. Всем детям потребовалась ИВЛ, длительность ИВЛ составила 10,2 ± 3,0 сут. Было выполнено 535 диагностических и лечебных бронхоскопий. Показаниями для проведения процедуры являлись: длительность ИВЛ более 5 сут, экстубация, трахеостомия и деканюляция, нарушение дренажной функции бронхов, ателектаз легкого, легочные кровотечения. Оценивали наличие патологических примесей, состояние слизистой оболочки ТБД.

Результаты. Эрозивно-язвенные ларингиты и трахеиты были диагностированы в 20 и 23% наблюдений соответственно, двусторонний гнойный бронхит – в 25,4%. У 2 (0,7%) детей диагностирована травма мембранозной части трахеи. Неизмененная слизистая ТБД была выявлена только в 3,2%. В 3,2% случаев выявлены сужение и стенозы трахеи и в 1,7% – кровотечение. При диагностике кровотечения проводили комбинированный эндоскопический гемостаз. При стенозах трахеи выполняли реканализацию трахеи. У 8,8% детей грануляции трахеи потребовали эндоскопической резекции.

Заключение. Для критического периода ТМТ характерны воспалительные и деструктивные изменения ТБД, осложняющиеся гнойно-воспалительными процессами в легких, кровотечением и формированием стенозов трахеи, что определяет проведение бронхоскопии в режиме мониторинга для обеспечения их адекватной профилактики и своевременной неотложной помощи.

Ходневич А.Е., Баранов Ю.В., Ершов В.А., Цап Н.А.

УРЕТЕРОЛИТИАЗ С ОБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ. ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ РЕБЁНКУ

ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница», г. Екатеринбург

Актуальность. Мочекаменная болезнь встречается у детей разных возрастных групп и нередко манифестирует себя острым болевым абдоминальным синдромом, при котором первичное обращение ребёнка будет к детскому или общему хирургу. Выявление уретеролитиаза с обструктивным синдромом (УЛсОС) требует оказания неотложной помощи с участием детского уролога-андролога, диктует регламент маршрутизации пациента.

Цель. Представить алгоритм экстренной диагностики и лечения детей с уретеролитазом и острой обструкцией мочеточника в Свердловской области.

Пациенты. В течение 2019 г. в детском урологическом отделении пролечено 28 детей с обструкцией мочеточника конкрементом. Диапазон возраста широк: от 5 мес до 17 лет. Распределение по полу: превалируют девочки – 19 (68%), мальчиков – 9 (32%). При поступлении ребёнка в лечебное учреждение любого уровня основой диагностики патологии мочевыводящих путей является УЗИ. После полноценного обезболивания определялся маршрут ребёнка для оказания урологической помощи на основе современных технологий: КТ-урография, стентирование, контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ).

Результаты. Ликвидация острой обструкции мочеточника выполнена всем детям на 2-м этапе путем стентирования верхних мочевых путей внутренним мочеточниковым (doublepigtail) стентом. У одного ребенка потребовалось стентирование обоих пораженных мочеточников. После данной эндоскопической манипуляции наблюдалось самопроизвольное отхождение конкремента в 8 (28,6%) случаях, в том числе и в случае двустороннего поражения уретеролитиазом. Контактная уретеролитотрипсия выполнена 20 (71,4%) детям. Полной элиминации конкрементов удалось достигнуть у 18 (90%) детей, а в 2 случаях такой результат получен при проведении повторной КУЛТ через 4 сут от первичной.

Заключение. Внедренный алгоритм этапности лечения ребенка с УЛсОС с минимизацией сроков ликвидации обструкции путем стентирования верхних мочевых путей, выполнения контактной уретеролитотрипсии показал 100% эффективность ликвидации уретеролитиаза.

Цап Н.А., Комарова С.Ю., Огарков И.П., Сысоев С.Г.

ПРИОРИТЕТЫ В ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВОВ ПОЧЕК

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург;
Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург

Актуальность. С академической точки зрения выбор способа лечения разрывов почек у детей рассматривается детскими хирургами в разделе висцеральной травмы, урологии, когда ведущим принципом является разумная органосохраняющая лечебная тактика, адекватная степени повреждения паренхиматозного органа, имеющего полостную систему.

Цель. Расставить приоритеты в выборе консервативных или оперативных технологий лечения при разрывах почек у детей.

Пациенты. Клинический материал анализирован за период 2014–2019 гг., критерии включения – разрывы почек I–V степени, как изолированные, так и сочетанные. Пролечено 39 детей с травмой почки, все поступали в экстренном порядке, из них 9 (23%) требовали госпитализации в отделение реанимации в связи с признаками внутриполостного кровотечения. Диагностика комплексная: среди клинических признаков наибольшей достоверностью обладают локальная симптоматика и макрогематурия; лабораторные показатели ОАК объективизируют степень кровопотери, в ОАМ –микрогематурия; ведущая роль в определении показаний к оперативному или консервативному лечению принадлежит экстренной и динамической УС-графии почек и забрюшинного пространства, КТ-урографии.

Результаты. Методы лучевой диагностики позволили верифицировать топографию и степень разрыва почек, мониторировать посттравматические структурные изменения в условиях консервативной и органосохранной тактики, на предоперационном этапе прогнозировать риски органоуносящего вмешательства. Экстренная операция выполнена 14 (33,3%) детям, из них только 4 (28,6%) была необходима нефрэктомия при разрывах IV–V степени. У 1 ребенка выполнена диагностическая лапароскопия. В 10 случаях (71,4% от оперированных, 23,8% от всех разрывов почек) операции завершились ушиванием разрыва и паренхимы и полостной системы почки, дренированием забрюшинного пространства.

Заключение. Органосохраняющая тактика при разрывах почек имеет приоритетное значение. Консервативное лечение эффективно у 66,7% детей, осложнений не было.

Цап Н.А., Огарков И.П., Чукреев В.И., Рубцов В.В.

ЭКСТРЕННАЯ РЕЗЕКЦИЯ КИШКИ – АКСИОМА ИЛИ ТЕОРЕМА?

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург;
Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург

Актуальность. Проблема резекции кишки (РК) в экстренных условиях всегда будет актуальной в хирургии детского возраста от периода новорожденности до подростка. Для успеха лечения имеют значение различные факторы: причина и длительность абдоминальной катастрофы, наличие перитонита, сепсиса, сочетание с другими заболеваниями или повреждениями, и завершающая дилемма – анастомоз или кишечная стома.

Цель. Обосновать показания к экстренной резекции участка кишки и определение завершающего пострезекционного этапа.

Пациенты. В клинике неотложной хирургии за 2017–2019 гг. пролечено 17 детей, которым потребовалась РК в экстренных условиях. Возраст детей от 7 мес до 16 лет. Выражен абдоминальный болевой синдром, рвота, отсутствие стула, обезвоживание. В анамнезе у 6 (35,3%) детей ранее были операции на органах брюшной полости, у 2 (11,8%) – травма, 9 (53%) детей заболели остро. В диагностике было достаточно обзорной рентгенографии брюшной полости.

Результаты. Анализ структуры нозологий показал: инвагинация кишечника – у 4 (23,5%) детей, спаечная кишечная непроходимость (КН) – у 4 (23,5%), обтурационная КН на фоне запущенной нейродисплазии толстой кишки – у 2 (11,8%), странгуляционная КН с эмбриональным тяжем – у 1, при мальротации кишечника с фиксированным дивертикулом Меккеля – у 1, кистозное удвоение подвздошной кишки – у 1, прогрессия стеноза анастомоза на тощей – у 1, на подвздошной кишке – у 1; при ЗТЖ был разрыв тощей кишки – у 1 ребёнка и разрыв брыжейки тонкой кишки – у 1. Показание к РК было обосновано, и в большинстве случаев это некроз участка кишки – у 12 (70,6%), у 2 – декомпенсированная дилатация толстой кишки. Пострезекционная тактика: формирование анастомоза у 10 (58,8%) и кишечной стомы у 7 (41,2%) детей, выведение двойной илеостомы у 6 (35,3%), илеоколостомы – у 1 (5,9%), терминальной стомы – у 1 (5,9%). Анастомозы формировали однорядным прецизионным швом.

Заключение. Экстренная резекция кишки – это всегда теорема, которую хирург должен решить быстро и эффективно для полноценного восстановления проходимости кишечника.

Царева В.В., Ростовцев Н.М., Ядыкин М.Е., Мустакимов Б.Х., Котляров А.Н., Неизвестных Е.А., Носков Н.В., Шекунова Ю.Г.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА: ТАКТИКА ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск;
Челябинская областная детская клиническая больница, г. Челябинск

Актуальность. Несмотря на развитие современной медицины, тенденции к снижению количества детей с синдромом портальной гипертензии (ПГ) нет. Практически все дети «доживают» до кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ), если диагноз ПГ не установлен на ранних сроках заболевания.

Цель. Разработать алгоритм лечебно-диагностических манипуляций при кровотечении из ВРВПиЖ и для профилактики кровотечений из них.

Пациенты. В ЧОДКБ с 2011 по 2019 г. пролечено 22 пациента с ПГ (20 – подпеченочный блок, 2 – печеночный). У 15 (68%) детей диагноз выставлен при выявлении кровотечения из ВРВПиЖ. У 7 (32%) кровотечений из ВРВЖиП не было. Все дети с острым кровотечением получали консервативную терапию в отделении реанимации. У 5 (33%) применялся зонд Блэкмора (вопрос о постановке зонда решался после проведения ФГДС), 3 (13,3%) детям с кровотечением выполнена эндоскопическая склеротерапия (ЭС) в экстренном порядке. Во всех случаях кровотечение остановлено. В сроки от 10 до 28 дней всем детям, перенесшим кровотечение из ВРВПиЖ, выполнена шунтирующая операция, 5 детям с ПГ без кровотечения в анамнезе выполнена шунтирующая операция. 2 пациента с ПГ и ВРВПиЖ I степени находятся под наблюдением хирурга. Выполнено 15 дистальных спленоренальных, 2 – Н-образных спленоренальных, 3 – мезопортальных анастомозов.

Результаты. Оценивали: по наличию кровотечений из ВРВПиЖ; редукции ВРВПиЖ, спленомегалии и гиперспленизма. У 15(75%) детей кровотечений из ВРВПиЖ нет. Степень варикоза уменьшилась до 0–I степени. У 2 (10%) в сроки от 6 до 8 дней после операции – острое кровотечение из ВРВПиЖ. Первым этапом выполнялась ЭС, оказавшаяся неэффективной. 1 ребенку выполнена операция Пациора, 1 – операция Sugiura. У 3 (15 %) кровотечение случилось через 6–16 мес. Выполнена ЭС – от 1 до 3 сеансов. Умер 1 (5%) ребёнок.

Заключение. Все дети с ПГ должны находиться под наблюдением детского хирурга. Для остановки кровотечения предпочтительно пользоваться ЭС. Для профилактики кровотечений из ВРВПиЖ преимущество остаётся за шунтирующими операциями.

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

СЛУЧАЙ ТРУДНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

ГУЗ «ТГКБ СМП имени П.Я. Ваныкина», отделение детской хирургии, г. Тула

Актуальность. Диагностика и лечение гематогенного остеомиелита (ГО) у маленьких детей остается крайне сложной задачей в детский хирургии.

Цель. Представить случай поздней диагностики деструкции кости при ГО у девочки 2 лет.

Пациенты. Больная Я., 2 г., д.р. 02.10.2016 г. поступила в отделение детской хирургии 18.10.18 с болями в области правого коленного сустава, однократным подъёмом температуры тела до 38,6º, слабостью, хромотой, плохим аппетитом. Из анамнеза: после перенесенной ОРВИ поступила в ГУЗ «ГКБ им. Е.Г. Лазарева» г. Тулы 03.03.2018 в тяжёлом состоянии с температурой тела 39,6°, болями в правом коленном суставе, ревматологом проводилась консультация и консервативное лечение. На УЗИ от 12.03.18 установлен диагноз ОРВИ, реактивный гонартрит справа. 16.03.18 больная выписана с улучшением под наблюдение в поликлинику. 18.04.18, 18.05.18 и 12.10.18 обращалась за консультацией в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, где исключено ревматологическое заболевание. Ребёнок направлен в НИИ детской онкологии и гематологии в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина», с подозрением на опухоль в дистальном метаэпифизе кости. При рентгенографии и МРТ с контрастированием 19.09.18 данных за опухолевый процесс не обнаружено. В пунктате мягких тканей – признаки гнойного воспаления. 12.10.18 консультирована детским онкологом, рекомендовано наблюдение по месту жительства педиатром, детским хирургом, ортопедом.

Результаты. При дополнительном обследовании: КТ и пункция с прямой бактериоскопией выявили очаг остеомиелитической деструкции в медиальном мыщелке бедра и параоссальный абсцесс до 15 мл. Девочка оперирована – пункционное аспирационное дренирование очага остеомиелита.

Заключение. Трудности диагностики и длительная консервативная терапия в течение 7 мес привели к глубокой деструкции кости.

Цыганков А.Е., Горохов Д.В, Кравчук С.В., Куркин А.П., Малиновская Е.О., Симаков А.А., Трененкова Ю.М., Томина В.О., Черных А.А., Сурдяева О.В.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ ОБЪЁМНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ ПРИ ЛЁГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ С КАТАТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

ОАР ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» ДЗ, г. Москва

Актуальность. Ежедневно, по данным ВОЗ, во всем мире около 47 000 детей и подростков младше 20 лет погибают в результате кататравмы. Удельный вес кататравмы в структуре повреждений составляет 12–19%, а в структуре смертности при травматизме занимает второе место (до 40%) после смертности при автодорожных травмах (до 75%).

Цель. Демонстрация эффективности анестезиолого-реанимационных мероприятий с применением высокочастотной объемной вентиляции легких (ВЧОВЛ) и Протокола гемотрансфузии в комплексе противошоковой интенсивной терапии при массивном легочном кровотечении у ребёнка с кататравмой.

Пациенты. Проанализировано клиническое течение острого периода травматической болезни ребёнка (девочка 4 лет), поступившей в 2019 г. в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» с кататравмой, тяжелыми сочетанными повреждениями, полученными в результате падения с высоты 5 этажа, с травматическим шоком III–IVстепени, массивной кровопотерей в 2 ОЦК. При поступлении в стационар получила комплексную интенсивную терапию с положительным эффектом стабилизации состояния.

Результаты. В комплексе противошоковой интенсивной терапии, применена ВЧОВЛ, современный Протокол трансфузионной заместительной терапии, своевременная и адекватная маршрутизация пациента с тяжелой травмой. Успешному исходу острого периода травматической болезни у ребенка способствовало своевременное применение современного мультидисциплинарного подхода к лечению тяжелой травмы.

Заключение. Применение в комплексе противошоковой интенсивной терапии ВЧОВЛ, массивной заместительной трансфузионной терапии позволило компенсировать критические нарушения газообмена в остром периоде травмы и обеспечить улучшение исхода.

Чочиев Г.М., Ганькин И.А., Рубцов А.М., Кутьменев П.А.

МИНИ-ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ ВО «ОЦ специализированных видов медицинской помощи» г. Владимир

Актуальность. Методики мини-инвазивного остеосинтеза (MIPO) в последние годы завоевывают все больше позиций в лечении переломов длинных трубчатых костей, в том числе и у детей.

Цель. Определить эффективность метода мини-инвазивного остеосинтеза пластинами (minimally invasive plate osteosynthesis – MIPO) переломов длинных трубчатых костей у детей.

Пациенты. С марта 2007 по декабрь 2017 г. оперативное лечение по методике MIPO проведено у 68 больных (32 – с диафизарными переломами различных сегментов, 36 – с наличием имплантов после накостного остеосинтеза переломов и корригирующих остеотомий). Переломы локализовались: бедро – 14 больных (у одного больного перелом обеих бедер), плечо – 12, голень – 6. Все переломы – закрытые, тип A1–B3 по классификации AO/ASIF. Возраст больных от 9 до 17 лет, мальчиков – 18, девочек – 14.По локализации удаленных имплантов: на голени (большеберцовая и малоберцовая кости) – 10 больных, бедро – 8, предплечье – 8, ключица – 4, плечо – 6. Техника оперативного вмешательства заключалась в проведении 2–6 малых (1–3 см) чрескожных разрезов вне области перелома, закрытой репозиции перелома, обязательном интраоперационном рентген-контроле с использованием электронно-оптического преобразователя, применение в большинстве случаев блокируемых пластин. Удаление пластин проводилось из одного малого доступа с точечными разрезами по ходу пластины в проекции головок шурупов.

Результаты. Отдаленные результаты прослежены в сроки 3–120 мес.Отмечены значительно лучшие показатели по всем критериям, выбранным в качестве исследования по сравнению с контрольной группой больных.Инфекционных и сосудисто-нервных осложнений не было.

Заключение. Мини-инвазивные технологии прочно вошли в современную хирургию, в том числе травматологию и ортопедию. Проведенный нами анализ показал высокую эффективность и экономичность технологии MIPO, а также возможность широкого применения у детей.

Чочиев Г.М., Рубцов *А.М., Козмава Г.О.*

ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХОВ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ ВО «ОЦ специализированных видов медицинской помощи» г. Владимир;
ФГБУ НИДОИ имени Г.И. Турнера МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Ввиду относительной редкой встречаемости, малой освещенности в литературе, выбор тактики лечения застарелого вывиха головки лучевой кости у детей представляет значительные трудности.

Цель. Оценить эффективность методики непрямой реконструкции связочного аппарата луче-локтевого сочленения в лечении застарелого вывиха головки лучевой кости у детей.

Пациенты. 2 ребенка, 5 и 6 лет, с вывихом головки лучевой кости сроком более 3 мес прошли оперативное лечение в 2013 г. Основными жалобами были боли, вальгусная деформация, контрактура в локтевом суставе. В анамнезе проводились безрезультативные попытки закрытого вправления (4), закрытого вправления с диафиксацией спицей Киршнера через головчатое возвышение (2), открытое вправление с формированием кольцевидной связки (1). Избранный нами метод заключался в открытом вправлении вывиха головки луча, поперечной остеотомии проксимального метафиза локтевой кости со смещением отломков кзади и формированием угла, открытого кпереди. Создается натяжение межкостной мембраны, удерживающей головку лучевой кости во вправленном положении. Область остеотомии фиксируется моделируемой пластиной, обеспечивающей адекватную стабильность. Диафиксация головки лучевой кости осуществляется спицей Киршнера диаметром 2 мм.Фиксация верхней конечности в гипсовой шине сроком 6 нед, спица удалялась через 3 нед.Интраоперационных и послеоперационных нервно-сосудистых, инфекционных осложнений не было.Металлоконструкции удалены через 6 и 9 мес.

Результаты. Отдаленные результаты отслежены через 6–8 мес. Отмечается отсутствие болей, стойкое вправление, полный объем движений в локтевом суставе, возврат к играм и занятиям спортом.

Заключение. Застарелый вывих головки лучевой кости, в том числе и в случаях переломо-вывиха Монтеджи, может быть эффективно устранен при помощи непрямой реконструкции удерживающего связочного аппарата в виде межкостной мембраны при помощи угловой остеотомии локтевой кости.

Чукреев А.В., Цап Н.А., Огарков И.П.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ПОДРОСТКОВ

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург;
Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург

Актуальность. Обсуждение проблемы диагностики и лечения острого аппендицита в хирургии и взрослых и детей имеет реальную профессиональную необходимость, т.к. это заболевание – «хамелеон», каждый следующий пациент в практике хирурга может иметь непредсказуемые особенности.

Цель. Проанализировать контингент детей старше 15 лет, оперированных по поводу неосложненного аппендицита.

Пациенты. За последние 3 года (2017–2019) в неотложной хирургии оперирован 1401 ребёнок с острым неосложненным аппендицитом. Подавляющее большинство пациентов школьники. По критерию включения «возраст старше 15 лет» сформирована группа из 321 подростка – 22,9% случаев неосложненного аппендицита. Гендерная структура достаточно типична: мальчики – 178 (55,4%), девочки – 143 (44,6%). Диагностика при поступлении и предоперационная подготовка стандартные. У подростков с ожирением дополнительно выполняли УЗИ органов брюшной полости.

Результаты. Клиника острого аппендицита не вызывала сомнений, случаев сложной дифференциальной диагностики, что нередко встречается у девочек, не было. Всем детям анализируемого контингента была выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Макроскопические изменения червеобразных отростков, согласно классификации, представлены следующей структурой: катаральный аппендицит – 40 (12,5%) больных, флегмонозный – 226 (70,4%), гангренозный – 55 (17,1%). У подростков с катаральным аппендицитом никакой иной патологии при ревизии брюшной полости не обнаружено, а дополнительный анализ анамнеза, жалоб, поведения подростка указал на факт агравации. Послеоперационный период протекал благополучно, но у подростков с ожирением отмечалось более длительное заживление лапароскопических доступов до купирования серомы. Все дети выписаны с выздоровлением на 3–9-е сутки послеоперационного периода.

Заключение. Количество детей старше 15 лет с неосложненным аппендицитом за последние 3 года увеличилось на 15–20%. Случаи катарального аппендицита являются более закономерными для подросткового возраста.

Чукреев А.В., Цап Н.А., Огарков И.П., Чукреев В.И.

ЭНДОХИРУРГИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург;
Детская городская клиническая больница № 9, г. Екатеринбург

Актуальность. Несмотря на известные утверждения детских гастроэнтерологов об увеличении частоты заболеваемости детей язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), осложненное течение заболевания, требующее хирургической помощи, встречалось всё-таки в единичных случаях в виде кровотечений или перфорации язвы.

Цель. Представить опыт лечения детей с осложненным течением язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Пациенты. С 2017 г. в неотложную детскую хирургию началась госпитализация подростков старше 15 лет, что повлияло на изменения в клинико-статистической картине ряда заболеваний, в том числе и в динамике осложнений при язве желудка и ДПК. В 2015 и 2016 г. было пролечено по 1 ребенку: кровоточащая язва желудка консервативно и перфорация язвы ликвидирована лапароскопическим ушиванием. За последние 3 года поступило 8 детей в возрасте от 12 до 17 лет, из них 75% мальчиков 16–17 лет. Акцент в диагностике: на объективное обследование, показатели ОАК, обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, что особенно важно при поступлении в ранние сроки перфорации язвы.

Результаты. Только в одном случае (12,5%) было кровотечение из язвы ДПК, которое остановлено при выполнении ФГДС и обкалывании язвы норадреналином. Клиника при перфорации язвы желудка (87,5%) характеризовалась выраженной болью в животе, дети указывали на «кинжальную» боль на фоне полного здоровья. «Язвенного» анамнеза не выявлено. Симптомы интраабдоминальной катастрофы, наличие симптома «серпа» на R-грамме и свободной жидкости в брюшной полости при сонографии позволяли поставить полный, достоверный, своевременный диагноз и определить показания к экстренной операции. Всем выполнена лапароскопия и ушивание язвы желудка, излюбленная локализация которой – препилорический отдел. Швы накладывали интракорпорально. Осложнений не было. Все дети находятся под наблюдением гастроэнтеролога.

Заключение. Осложнения язвы желудка и ДПК чаще встречаются в подростковом возрасте. Оптимальная хирургическая тактика – лапароскопическое ушивание перфорации желудка.

Шакаров Ф.Р., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедова Д.Ю.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЛАРИНГИТОМ

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Цель. Анализ соответствия медицинской помощи при остром обструктивном ларингите у детей на разных этапах оказания медицинской помощи.

Пациенты. Исследование проведено на основании выкопировки данных из медицинской документации 70 детей станции скорой медицинской помощи (учетная форма № 110/у) с последующим изучением историй болезни данных пациентов в отделениях детской реанимации и интенсивной педиатрии СФРНЦЭМП.

Результаты. В 74,2% случаев вызовы СМП осуществлялись к детям в возрасте до 2 лет, 17,1% вызовов пришелся на детей в возрасте старше 2 лет. При сборе анамнеза выявлено, что продолжительность стридора у большинства детей составляла от 1 до 3 ч (64,2%), тогда как в 14,2% случаев продолжительность обструкции верхних дыхательных путей продолжалась 5 ч и более. У 17,1% детей наблюдалась фебрильная, у 65,7% – субфебрильная температура. При этом, во всех случаях повышения температуры родителями было дано пероральное жаропонижающее средство: парацетамол в виде свечей и перорально в 48,5%, ибупрофен в 34,3%, в 12,8% случаев применение пероральных средств не имело эффекта, что возможно было связано с использованием неэквивалентных доз жаропонижающего препарата. Анализируя стационарный этап оказания помощи, обнаружили, что наибольшую продолжительность стационарного лечения, а также более тяжелое течение заболевания, способствующее госпитализации в реанимационное отделение, имели дети, получившие антибиотикотерапию до поступления в стационар (28,5%).

Заключение. Лечение на догоспитальном этапе не всегда оказывалось соответствующим мировым стандартам по оказанию догоспитальной помощи при обструктивном ларингите, это связано с применением метамизола, дротаверина и дифенгидрамина, тогда как на современном этапе требуется применение ингаляционных лекарственных средств. Отмечались случаи применения нерациональной антибиотикотерапии, в/в капельных вливаний, а также позднее обращение за медицинской помощью, что способствовало более тяжелому течению заболевания и проведению реанимационных мероприятий.

Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Атакулов Д.О., Пулатов П.А.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РИТУАЛЬНОГО ОБРЕЗАНИЯ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2-я клиника Самаркандского Государственного медицинского института, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. В Республике Узбекистан к 6–7 годам ритуальному обрезанию (РО) подвергаются почти 85% населения мужского пола, количество РО в год превышает 15–20 тыс. Следует отметить, что в районах РО производят как хирурги, так и не медики, а в городах эту процедуру выполняют не только урологи и хирурги, но и врачи других специальностей. В связи с этим, несмотря на простоту данной операции, достаточно высок процент осложнений, таких как кровотечение, деформация полового члена, развитие рубцового фимоза, повреждение головки вплоть до ее полной ампутации, свищи уретры.

Цель. Провести анализ хирургического лечения различных осложнений после РО.

Пациенты. За период с 2010 по 2017 г. в урологическое отделение 2-й клиники СамМИ обратилось 80 детей с осложнениями после РО дома, и других лечебных учреждениях, из них с кровотечением – 27 (33,7%) детей, с рубцовым сужением остатка крайней плоти – 14 (17,5%), нагноением раны – 9 (11,3%), меатальным стенозом – 11 (13,7%), полной ампутацией головки полового члена – 4 (5,0%), повреждением уретры с последующим образованием свища – 6 (7,5%) .

Результаты. Больным с кровотечением проведено лигирование кровоточащих сосудов. Детям с рубцовыми изменениями выполнено иссечение рубцовой ткани – рециркумцизии. Больным с нагноением произведена местная противовоспалительная терапия. При наличии меатального стеноза проведена меатопластика. При повреждении головки полового члена, в двух случаях при полной ее ампутации, через 60 мин, произведены ушивание и фиксация головки на уретральном катетере, в двух случаях наложены швы на края наружного отверстия уретры и кожи. 6 (7,5%) больным с повреждением уретры произведено иссечение рубца на вентральной поверхности полового члена с пластическим закрытием дефекта встречными лоскутами.

Заключение. Таким образом, циркумцизия и РО остаются наиболее распространенными операциями, выполняемыми в мире. Поэтому во избежание вышеуказанных осложнений данную операцию должны проводить специалисты-урологи.

Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Давранов Б.Л., Атакулов Д.О.

О ПЕРЕКРУТЕ И НЕКРОЗЕ ГИДАТИДЫ МОРГАНЬИ У МАЛЬЧИКОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2-я клиника Самаркандского Государственного медицинского института, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Синдром отёчной мошонки (СОМ) у мальчиков занимает первое место среди заболеваний наружных половых органов. Под СОМ подразумевается ряд заболеваний, имеющих сходные клинические проявления. В эту группу входят перекрут гидатиды яичка, перекрут самого яичка, острые воспалительные заболевания яичка и его придатка. Для всех этих заболеваний характерно острое начало с появлением болей в поражённой половине мошонки, отёк и гиперемия данной области, повышение температуры тела, болезненность в покое и при пальпации.

Цель. Провести анализ результатов лечения с перекрутом и некрозом гидатиды Морганьи у детей.

Пациенты. В период 1990-2018 гг. в урологическом отделении 2-й клиники СамМИ получили стационарное лечение 206 детей с интраоперационно поставленным диагнозом: перекрут и некроз гидатиды Морганьи. В возрасте до 3 лет – 33 (16,0%) ребёнка, от 3 до 7 – 57 (27,7%), старше 7 лет –116 (56,3%) детей.

Результаты. При объективном осмотре гиперемия мошонки наблюдалась у 177 (85,9%) детей, отёк – у 182 (88,3%), болезненность при пальпации – у 206 (100%) мальчиков. Основным вспомогательным методом диагностики данной патологии являлось ультразвуковое исследование органов мошонки.Экстренно, в первые часы поступления в клинику, были прооперированы все дети. Проводилась ревизия органов поражённой области через мошоночный доступ. Клинический диагноз ставился на основании УЗИ-данных и интраоперационных находок. Проводилось последующее её удаление. Послеоперационный период протекал гладко, болевой синдром купировался на вторые – третьи сутки, отёк мошонки сохранялся три–четыре дня.

Заключение. Таким образом, всем детям, госпитализированным в стационар с синдромом отёчной мошонки, независимо от предполагаемого диагноза, необходимо проведение экстренной активной хирургической тактики для интраоперационного уточнения диагноза, своевременной квалифицированной медицинской помощи и сохранения в дальнейшем репродуктивного здоровья мальчиков.

Шамсиев А.М., Зайниев С.С.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Частота неудовлетворительных исходов лечения хронического гематогенного остеомиелита не имеет тенденции к снижению, так как рецидивы заболевания после неоднократных операций в хронической стадии достигают от 22 до 78,4%.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения хронического рецидивирующего гематогенного остеомиелита (ХРГО) путём оптимизации диагностики и расширения радикальности хирургического вмешательства.

Пациенты. В основу настоящей работы положен анализ результатов обследования и лечения 180 больных с ХРГО. Длительность анамнеза у 63,3% больных превышала 4 и более года, в том числе у 12,8% пациентов – 10 лет. 7,8% больных ранее перенесли 1 секвестрнекрэктомию, 92,2% – многократные безуспешные повторные оперативные вмешательства. В контрольной группе больных хирургическая тактика заключалась в проведении локальной секвестрнекрэктомии в зоне наибольшего поражения, определяемого по данным местного статуса и соответственно проекции и протяженности очага деструкции на обзорной рентгенограмме. В основной группе больных были коренным образом пересмотрены подходы к диагностике и хирургическому лечению ХРГО. В частности в Протокол комплексного обследования больных с этой патологией была включена компьютерная томография пораженной кости. Кроме этого, всем больным был применен разработанный способ хирургического лечения при повторных операциях по поводу ХРГО – методика расширенной секвестрнекрэктомии с реканализацией пораженной кости.

Результаты. При традиционном методе хирургического лечения ХРГО сохраняется высокая вероятность рецидива заболевания, достигающая 32,7%. В основной группе пациентов отмечается многократное снижение (с 32,7 до 1,2%) рецидивов заболевания.

Заключение. Анализ результатов лечения свидетельствует о радикальности и эффективности предложенных подходов к повторным хирургическим вмешательствам при ХРГО.

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Давранов Б.Л., Бобомурадов А.Н.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАКРЫТЫМИ ТРАВМАМИ ПОЧЕК

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2-я клиника Самаркандского Государственного медицинского института, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. 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.

Цель. Определить тактику лечения детей с закрытыми травмами почек.

Пациенты. В отделение урологии 2-й клиники СамМИ с период с 2000 по 2018 г. получили стационарное лечение 47 больных с закрытой травмой почек в возрасте от 1 года до 18 лет. У всех 47 пациентов наблюдался стойкий болевой синдром, у 21 (44,7%) пальпировалось болезненное объёмное образование со стороны поражения, макрогематурия отмечена у 38 (80,8%).

Результаты. После проведения необходимого диагностического алгоритма (УЗИ, обзорная и экскреторная урография) и уточнения степени повреждения фиброзной капсулы почки 9 (19,2%) 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 ± 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.

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Юсупов Ш.А.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2-я клиника Самаркандского Государственного медицинского института, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Современной тенденцией развития медицины является применение видеолапароскопии в неотложной хирургии. Однако по организационным и техническим причинам они пока мало распространены в экстренной хирургии у детей.

Цель. Улучшить диагностику и результаты хирургического лечения с применением видеолапароскопии при наиболее распространенных неотложных хирургических заболеваниях брюшной полости у детей.

Пациенты. С начала 2018 г. в отделении экстренной и гнойной хирургии 2-й клиники СамМИ было пролечено173 детей с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости. Из них с острым аппендицитом было 127 детей, с острой кишечной непроходимостью – 51 ребёнок.

Результаты. Из общего числа больных видеолапароскопические операции применили у 44 детей, оперированных в экстренном порядке. Из них лапароскопическая аппендэктомия была проведена 21 больному, 3 – по поводу аппендикулярного перитонита. 17 детям с острой спаечной кишечной непроходимостью произведена диагностическая лапароскопия с разъединением спаек и восстановлением пассажа кишечника. Одному больному со спаечной кишечной непроходимостью операция начата лапароскопически, но в следствие массивности спаечного процесса перешли на лапаротомию. У двух больных с явлениями желудочно-кишечного кровотечения при радиоизатопном сканировании был выявлен дивертикул Меккеля, который впоследствии был лапароскопически удален. Осложнений после этих операций не отмечалось.

Заключение. Таким образом, применение лапароскопии в неотложной хирургии у детей не только оправдано, но и целесообразно благодаря максимальным диагностическим возможностям, полноте лечебного воздействия и хорошим результатам лечения.

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А., Юсупов Ш.А.

ЭКСТРЕННАЯ ВИДЕОБРОНХОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2-я клиника Самаркандского Государственного медицинского института, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Инородные тела в дыхательных путях приводят к выраженным функциональным и морфологическим расстройствам в организме. Использование видеобронхоскопии (ВБ) с высокой разрешающей способностью создали идеальные условия не только для визуального наблюдения, но и для видео-документации.

Цель. Определить эффективность видеобронхоскопии для диагностики и лечения инородных тел (ИТ) дыхательных путей у детей.

Пациенты. В отделении торакальной хирургии 2-й клиники СамГосМИ с 2017 по 2019 г. пролечено 107 больных с инородными телами дыхательных путей. Более чем у половины детей – 69 (73,8%) – ИТ локализовались в правом главном бронхе, у 23 (24,6 %) – в левом главном бронхе, а у 13 (13,9,07%) больных ИТ находились в трахее, у 2 (2,14%) – на уровне обеих главных бронхов. Возраст больных составил от 8 мес до 18 лет. Мальчиков было 66 (70,6%), девочек – 41 (29,4%). 18 больным старше 3 лет проводилась ВБ. Остальным больным – традиционная ригидная бронхоскопия.

Результаты. Для интубации трахеи для ВБ использовали 6,0 мм тубус бронхоскопа, далее вводился 5,0 мм эндоскоп для наилучшей визуализации слизистой трахеобронхиального дерева и определения характера ИТ. После удаления ИТ проводили контрольную ВБ и бронхолаваж с физиологическим раствором.

Заключение. ВБ является высокоинформативной и малоинвазивной манипуляцией при диагностике и лечении больных с ИТ дыхательных путей. Полученный опыт использования 5,0 мм эндоскопа для ВБ при ИТ дыхательных путей показал свою высокую ценность и позволил сформулировать показания к применению данного метода у этой категории больных. Также ВБ является надежным методом мониторинга лечении гнойного эндобронхита при ИТ, длительно находящихся вдыхательных путях.

Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю., Шамсиев Ш.Ж.

СПЕКТР МИКРОФЛОРЫ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Основная роль в патогенезе перитонита принадлежит бактериальному фактору, распространенности и продолжительности патологического процесса.

Цель. Изучение характера микробной флоры и действия основных антибиотиков при перитоните у детей.

Пациенты. Исследование проведено на базе 2-й клиники СамМИ в период с 1990 по 2018 г. В работу включены данные лечения 402 детей с распространенным аппендикулярным аппендицитом (РАП).

Результаты. Характер микрофлоры при РАП. В результате исследовани явыявлено, что ведущее место в этиологической структуре РАП у 331 (82,3%) больного занимает кишечная палочка *Escherichia colli*; стафилококки и бактероиды у 25,4% и 24,6% пациентов соответственно. В единичных случаях обнаружен рост *Pseudomonas Aeruginosa, Proteus, Klebsiella, Enterobacter, Fusobacterium;* как казуистика, у 2 детей был диагностирован туберкулезный аппендицит; у 34 (8,5%) больных с РАП рост микрофлоры отсутствовал. Изучение чувствительности микрофлоры к 16 наиболее распространенным антибиотикам показало, что более 60% выделенных штаммов E.coli были чувствительны только к 4 из 16 антибиотиков: офлоксацину (91,3%), цефотаксиму (83,2%), цефамизину (79,2%) и полимиксину (68,8%).Чувствительность к стрептомицину выявлена лишь в 52% случаев, левомицетину – в 27,8%, эритромицину – в 3,2%, оксациллину – в 5,2% случаев. Антибактериальную терапию начинали в течение первого часа после постановки диагноза. Комбинированная терапия включала метронидазол в комбинации с цефотаксимом или цефамизином. Критерием эффективности антибактериальной терапии считали положительную динамику в течение первых 3 сут после операции. При отсутствии эффекта от антибиотикотерапии в течение 48–72 ч выполняли смену препарата, которая производилась с учетом чувствительности микрофлоры.

Заключение. Определение вида микрофлоры и рациональный подбор антибиотиков позволил улучшить результаты лечения.

Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Ахмедов Ю.М., Ахмедов И.Ю.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Перитонит на фоне деструктивных форм аппендицита у детей развивается в 8 раз чаще, чем у взрослых, а генерализованные его формы встречаются в 2,5 раза чаще, чем местные. Частота развития его деструктивных форм колеблется от 20 до 74%.

Цель. Изучить действие озона у больных с разлитым аппендикулярным перитонитом (АП).

Пациенты. Исследование проведено на базе 2-й клиники СамМИ в период с 1990 по 2018 г. В работу включены данные лечения 368 детей с АП.

Результаты. При исследовании замечена низкая антибактериальная активность хлоргексидина, диоксидина и фурацилина к стафиллоккоку, протею, синегнойной и кишечной палочкам. Так, при 10-минутной экспозиции погибало 15–20% колоний протей, при этом отсутствовало бактерицидное воздействие на синегнойную палочку. В то же время, действие озонированных антисептиков и дистилированной воды оказалось губительным для 100% штаммов указанных микробов уже в течение первой минуты.Озон в концентрации от 1 до 5 мг/л приводит к гибели 99,9% *E. coli*, *Streptococcus faecalis*, *Mycobacterum tuberculosum*, *Cryptosporidium parvum*, *Varavium* в течение 4–20 мин. При концентрации 0,1 мг/л даже для уничтожения весьма стойких спор *Pennicilinum notatum* потребовалось 15–20 мин.Инфузия растворов, содержащих озон в концентрации 4–6 мг/л, приводило к повышению фагоцитарной активности нейтрофилов, количество нейтрофилов в течение 10 мин возрастало с 14 до 24 % и к 15 мин достигало 26 %, сохраняясь на этом уровне в течении 3 сут. Выраженные иммунокорригирующие и антибактериальные свойства озона позволили снизить количество послеоперационных осложнений в 1,8 раза, при данной тактике наблюдалось уменьшение послеоперационной летальности с 32,6 до 18,9%.

Заключение. Таким образом, при местной и системной озонотерапии у больных с АП была отмечена высокая эффективность лечения и, при соблюдении рекомендуемых дозировок, отсутствие побочных и токсических эффектов.

Шангареева Р.Х., Гилязова Г.Р., Чендулаева И.Г., Сабиров А.Э., Салимгареев А.А., Валеев А.А.

СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа;
ГДКБ № 17, г.Уфа

Актуальность. Разрыв желчного пузыря является редкой травмой.

Цель. Поделиться опытом лечения пациента с разрывом желчного пузыря.

Пациенты. Мальчик, 9 лет. Диагноз: сочетанная травма, подкапсульная гематома селезенки, разрыв желчного пузыря, ушиб правого легкого, правосторонний пневмоторакс. Доставлен машиной скорой помощи через 1,5 ч после травмы. Со слов пациента прыгал с одной перилы лестницы на другую в подъезде многоэтажного дома, упал на живот. Состояние тяжелое, обусловленное абдоминальным болевым синдромом. Аускультативно дыхание проводится по всем полям. Живот мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье. По данным УЗИ и КТ органов грудной клетки, в брюшной полости и забрюшинном пространстве выявлены снижение воздушности и гиповентиляция нижней доли правого легкого. Печень, поджелудочная железа без патологии. Желчный пузырь: размер 65,0 × 21,0 мм, контуры четкие, ровные, в просвете определяется взвесь. Селезенка 83,0,0 × 38,0 мм, в проекции верхнего края определяется отграниченный жидкостной очаг размерами 4,0 × 6,0 мм. В левом боковом канале брюшной полости и малом тазу– свободная жидкость в количестве 100,0 мл.

Результаты. Проводилась консервативная терапия. При контрольном УЗИ через 2 сут отмечено утолщение стенок желчного пузыря до 3,5 мм, в просвете – содержимое средней эхогенности. Через 3 сут с момента травмы появились признаки перитонита. Выполнена диагностическая лапароскопия. Во всех отделах брюшной полости выявлено 200,0 мл геморрагической жидкости с желчью. К поврежденной поверхности селезенки припаян сальник, признаков активного кровотечения нет. Желчный пузырь окутан сальником, при его разъединении выявлен продольный линейный разрыв длиной 3 см. Произведена холецистэктомия. В послеоперационном периоде развился правосторонний пневматоракс, проведено дренирование плевральной полости. Послеоперационный период гладкий. Выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Таким образом, данный клинический случай демонстрирует сложности диагностики разрыва желчного пузыря при сочетанной травме.

Шапкина А.Н., Шмырева Е.С., Мельников А.В.

ГЕМОБИЛИЯ У РЕБЕНКА С ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ

ФГБОУ ВО Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Владивосток;
ГБУЗ Краевая детская клиническая больница № 1, г. Владивосток

Актуальность. Наиболее частой причиной гемобилии являются внутрипеченочные гематомы из-за центрального разрыва либо поверхностного ушивания раны печени. Частота гемобилии составляет всего 0,18–3%, но, несмотря на применение новых методов лечения, летальность при этом осложнении остается высокой.

Цель. Поделиться опытом собственного наблюдения и успешного лечения гемобилии у ребенка.

Пациенты. История болезни пациента М., 12 лет. Получил травму 06.08.19 (упал с тарзанки) в одном из городов Приморского края, госпитализирован в ЦРБ, где в тот же день проведена операция: лапароцентез, лапаротомия, ушивание печени, дренирование брюшной полости. Послеоперационный диагноз: тупая травма живота, разрыв печени, гемоперитонеум, геморрагический шок II–III степени.

Результаты. На 10-е сутки провели КТ органов брюшной полости, выявлена картина внутрипаренхиматозного разрыва 7-го сегмента печени с образованием подкапсульной гематомы в поддиафрагмальном пространстве. В тот же день проведено повторное оперативное лечение – релапаротомия, ревизия, дренирование брюшной полости. По дренажам, установленным в брюшную полость после повторной операции, начало отходить отделяемое с примесью желчи. 19.08.19 ребёнок переведен в наш стационар. На УЗИ и КТ подтверждено сохранение полости в месте ушивания печени. Начато интенсивное консервативное лечение, включая массивную гемостатическую терапию, но через 3 дня появились боли в правом подреберье и стул с кровью. Наличие гемобилии не вызывало сомнений, проведена операция: релапаротомия, ревизия, ушивание печени, дренирование брюшной полости. Ушивание печени проводили лентой из сафила (parenchyma set). После операции состояние с положительной динамикой, эпизоды гемобилии не повторялись, на КТ – значительное улучшение, уменьшение полости в печени. Ребенок выписан через 1 мес, рецидива гемобилии не отмечено.

Заключение. Лучший способ профилактики гемобилии – адекватное ушивание разрыва печени. При отсутствии эффекта от консервативного лечения гемобилии показано применение экстренных хирургических мер.

Шастин Н.П.

МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ И МЕНТАЛЬНОСТЬ ТРАВМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА

ГБУЗ Детская больница им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, г. Москва

Актуальность. Каждая травматолого-ортопедическая клиника использует собственную технику и имеет свои традиции внешней иммобилизации. Эти особенности взаимосвязаны с ментальностью врача в целом и оказывают влияние на векторы развития неотложной ортопедии. Особенно заметны эти различия при сравнении отечественной и зарубежной школ иммобилизации. Актуальной задачей является сравнение принципов внешней иммобилизации, применяемых в нашей стране и за рубежом и выявление результатов, к которым приводят различия между ними.

Цель. Анализ различных методик внешней иммобилизации и выявление следствий этих различий.

Пациенты. Проанализирована литература, посвященная методикам иммобилизации, применяемым в различных клиниках нашей страны и за рубежом. В клинике проведен сравнительный анализ лечения 15 детей, которым накладывалась традиционная гипсовая повязка и 15 детей, пролеченных иммобилизацией полимерной циркулярной повязкой. Результаты проанализированы в отношении безопасности, эффективности фиксации, удобства наложения и использования врачом и пациентом.

Результаты. Проведенное исследование позволило выявить различия в методиках иммобилизации использовавшихся ранее и применяемых в настоящее время. Широкое использование в отечественной практике лонгетных повязок и наоборот, приверженность западных коллег к подкладочной циркулярной повязке определяет специфические технические трудности, возможные осложнения и, как следствие, влияет на выбор методики лечения. Большое значение для выбора иммобилизации имеет также степень ориентированности врача на создание максимальной степени комфорта для пациента.

Заключение. Используя опыт западных коллег, следует помнить, что под одними и теми же терминами в некоторых случаях подразумеваются различные процедуры, что может влиять на формирование представления врача о предпочтениях в выборе методов лечения.

Шеламов И.В., Завражнов А.А., Аргунов А.В.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СРОЧНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЛИТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ ЦОМиД г. Сочи

Актуальность. Политравма в структуре детского травматизма, обнаруживается у 5–15% пострадавших, повреждение опорно-двигательного аппарата – у 76%, летальность достигает 7-20%, инвалидность – 10%, функциональные расстройства остаются у 42% пациентов (Tuggle D.W., 2012; Lahoti A. и соавт., 2018).

Цель. Изучить тактику оперативного лечения детей с повреждениями опорно-двигательного аппарата в остром периоде политравмы.

Пациенты. Проведён анализ результатов лечения 69 детей в возрасте от 3 до 17 лет с политравмой, лечившихся в период с 2006 по 2018 г. в отделениях травматологии и хирургии МБУЗ Городской больницы № 9 г. Сочи.

Результаты. Операция проводилась экстренно у 53 (76,8%) пациентов, из них совместно с бригадой хирургов в – у 21 (39,4%), у 16 (23,2%) пациентов операция отсрочена на 2–7 сут ввиду тяжести состояния. Из 69 пациентов с политравмой, у которых имелось 86 переломов конечностей, из них закрытых переломов – 61 (71%), открытых – 25 (29%), остеосинтез проводился в 74 (86,1%) случаях, из них АНФ – 35 (70,6%), интрамедуллярный – 23 (17,4%), накостный – 16 (11,9%), в 12 (13,9%) случаев – консервативное лечение. Кожная пластика проводилась у 12 (17,3%) пациентов, шов нерва – у 5 (7,2%), шов артерии – у 4 (5,8%). Заживление раны первичным натяжением – у 54 (78,2%) детей, вторичным натяжением – 15 (21,7%), замедленная консолидация отмечалась у 11 (15,9%). Летальность составила 4 (5,8%). Срок пребывания пациентов в стационаре в среднем составлял 21 день (от 14 до 39 дней). Отдалённые результаты лечения прослежены у 54 (78,2%) пациентов в сроки от 1 года до 3 лет. Хорошие результаты достигнуты у 34 (62,9%) детей, удовлетворительные – у 14 (25,9%), неудовлетворительные – у 6 (8,7%).

Заключение. Тактика Damage control orthopedic, ранняя ПХО и малоинвазивный остеосинтез являлись важнейшим способом профилактики осложнений и улучшения результатов лечения при переломах у детей с политравмой.

Шмырева Е.С., Андриевская К.В., Енаки О.Н., Яковлева Е.П., Завгороднев А.В.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С КРУПНООЧАГОВЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1», г. Владивосток

Актуальность. Панкреонекроз – редкость у детей, поэтому часто возникают проблемы с диагностикой, лечением и ведением этих пациентов.

Цель. Описать опыт лечения пациента с диагнозом: сепсис, крупноочаговый панкреонекроз, ферментативный оментобурсит, разлитой ферментативно-фибринозный перитонит, двусторонняя септическая пневмония; фоновое заболевание ДЦП.

Пациенты. Больной М., 9 лет, поступил в ГБУЗ «КДКБ № 1» г. Владивостока в отделение хирургии с жалобами на боли в животе без чёткой локализации, рвоту в течение двух недель. Учитывая ДЦП, контакту плохо доступен. Объективно: живот округлый, ассиметричный, увеличен в левом подреберье, напряжен, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы положительные. В анализах крови: лейкоцитоз 18,2 тыс, амилаза 1813 U/L.

Результаты. Проведена лапароскопия, в брюшной полости фибринозный выпот с жировыми бляшками. Конверсия. Выявлен оментобурсит. Поджелудочная железа не визуализировалась. Проведены санация, дренирование брюшной полости, сальниковой сумки. После операции течение заболевания осложнилось септической пневмонией. На фоне лечения (антибактериальная терапия, ингибиторы протеаз, прокинетики, иммуномодуляторы, спазмолитики, ИПП) сепсис купирован. Выдержана энтеральная пауза – 10 дней. При попытке кормить смесью – многократная рвота. Установлен зонд за ДПК, далее кормление через зонд. Дренажи из брюшной полости и сальниковой сумки удалены на 7-е и на 40-е сутки соответственно. На контрольных УЗИ, КТ поджелудочная железа 1,7 × 1,8 × 1,8 см, кист и свищей не выявлено. Зонд удален на 45-е сутки, кормился безмолочными кашами. Амилаза без патологии. На 55-е сутки выписан.

Заключение. Учитывая редкость панкреатита у детей, нужно помнить о деструктивных формах. При трудностях в сборе анамнеза и при наличии перитонита метод выбора – лапароскопия с целью выявления причины перитонита и решения вопроса о дальнейшей тактике. При панкреонекрозе – дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. Для энтеральной нагрузки – установление зонда за ДПК.

Шустов А.В., Малюков В.О.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница», г. Саратов

Актуальность. Актуальность проблемы кишечных свищей (КС) у детей определяют относительно низкая частота встречаемости в практике детского хирурга, значительные сложности лечения, высокая частота рецидивов после вмешательств, необходимость сложных многоэтапных операций. Критерии, определяющие лечебный алгоритм при КС, до сих пор дискутабельны.

Цель. Проведение сравнительного анализа тактики лечения детей в отделении хирургии с верифицированным диагнозом КС за период 2016–2019 гг.

Пациенты. $n = 6$; возраст от 3 до 16 лет.

Результаты. Связь КС с перенесенным острым аппендицитом отмечена в 100% случаев. Первичным субстратом в 50% случаев был аппендикулярный перитонит, в 33,3% – аппендикулярный абсцесс, в 16,7% – аппендикулярный инфильтрат. У 50% детей свищи исходили от купола слепой кишки, свищи аппендикса отмечены у 33,3%, тонкокишечные свищи – у 16,7% детей, межкишечные свищи выявлены у 16,7%. Срок формирования КС после первой операции у 33,3% детей составлял менее 14 дней, у 50% – 1,5–2 мес (в среднем 28 дней), у 16,7% детей фистула формировалась дольше 10 мес. Спонтанное закрытие КС отмечено у 1 (16,7%) ребёнка. Внебрюшинное закрытие КС выполнено 2 (40%) детям, реканализация свища произошла в 100% случаев. Внутрибрюшинный метод использован у 3 (60%) детей, при этом в 66,6% случаев применена эндоскопическая ассистенция (лапароскопический адгезиолизис, перевязка и отсечение КС от передней брюшной стенки). Эффективность метода составила 100%. Детям с реканализацией свища выполнялась резекция илеоцекального угла (50% – в лапароскопически-ассистированном варианте), рецидивов не отмечено. При гистологическом исследовании резецированного сегмента во всех случаях верифицирована болезнь Крона.

Заключение. Внутрибрюшинное иссечение пораженного сегмента кишки при КС у детей является более радикальным методом хирургического лечения. Использование видеоэндоскопических технологий позволяет выделить свищевые ходы без вскрытия просвета кишки, минимизируя частоту рецидивов.

Щебеньков М.В., Акопян А.С.

УЩЕМЛЕНИЕ ЖЕЛУДКА В ЛЕВОСТОРОННЕЙ ЛОЖНОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург;
кафедра детской хирургии ПСПбГПМУ им. академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург;
ГБУЗ «ДГМ КСЦ ВМТ», Санкт-Петербург

Актуальность. Редкое клиническое наблюдение ущемления желудка.

Цель. Напомнить о возможности проявления у детей в любом возрасте осложнений, связанных с пороками развития диафрагмы, не диагностированных своевременно при антенатальном обследовании.

Пациенты. Мальчик, 2 года 8 мес, доставлен через 2 ч от начала заболевания с жалобами на сильные приступообразные боли в животе, однократную рвоту. При осмотре: в ясном сознании, живот правильной формы, подвздут, мягкий, умеренно болезненный без четкой локализации. Перитониальных симптомов нет. УЗИ брюшной полости – без патологии. После клизмы стул не получен. Из анамнеза жизни – роды вторые, срочные, без особенностей. Антенатальное обследование патологии не выявило. Ребенок диагностически неясен. Выполнена рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости, на которой в грудной полости слева определяется округлое образование, занимающее практически всю плевральную полость, заполненную воздухом с горизонтальным уровнем жидкости. После введения контрастного вещества через зонд, в грудной полости слева визуализируется перерастянутый желудок и петли кишечника. Средостение смещено в правую сторону. Диагностирована диафрагмальная грыжа с признаками ущемления желудка и петель кишечника, коллабированием лёгкого. После короткой предоперационной подготовки выполнена торакоскопическая ревизия левой плевральной полости, где найден раздутый желудок, селезенка и петли тонкой кишки, проникшие в плевральную полость через дефект диафрагмы 4 × 3 × 2 см, который и являлся ущемляющим кольцом. Грыжевого мешка не было. После вправления селезенки, желудок поэтапно перемещен в брюшную полость вместе с петлями тонкой кишки. Дефект диафрагмы ушит П-образными швами (этибонд 2,0).

Результаты. Послеоперационное течение гладкое. Энтеральная нагрузка и вертикализация на вторые сутки после операции. Выписан на шестые сутки с выздоровлением. При осмотре через месяц жалоб нет, на контрольной рентгенограмме грудной клетки диафрагма прослеживается четко на всем протяжении, легкое расправлено.

Щедров Д.Н., Григорьева М.В., Гасанова Э.Н., Чертюк В.Б, Морозов Е.В., Гарова Д.Ю.

КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», г. Ярославль

Актуальность. Ультразвуковое исследование в сочетании с допплерографией является «золотым стандартом» диагностики перекрута яичка у детей. В типичных ситуациях данных методов в сочетании с анализом клинической картины достаточно для постановки диагноза. В случаях же атипичного течения, сочетанной патологии яичка, неполного перекрута, значительной длительности заболевания поиск альтернативных методов диагностики сохраняет свою актуальность. Работы по применению КТ и МРТ – в диагностике перекрута яичка единичны.

Цель. Оценить возможности КТ и МРТ в диагностике перекрута яичка, сформулировать показания к их применению.

Пациенты. 18 пациентов с перекрутом яичка в возрасте от 1 года до 17 лет, длительность заболевания составила от 11 ч до 9 сут. Все исследования проводились с контрастированием сосудов, МРТ на аппарате мощностью 1,5 Тесла и более.

Результаты. Ключевым дифференциальным критерием в ранней стадии может служить увеличение семенного канатика при воспалении и отсутствие утолщения его при перекруте; его извитость регистрируется значительно реже и только на аппаратах с высоким разрешением. Контрастное усиление повышает информативность КТ и МРТ. Полученные данные позволили в сочетании с иными методами поставить правильный диагноз в 100% случаев. Пролонгация срока обследования составила в среднем 87 мин. МРТ требует длительного времени, что делает его неприемлемым в ситуации, когда есть основания полагать, что возможно восстановление перфузии после скорейшей деторсии, в этих случаях следует отдать предпочтение эксплораптивной скрототомии.

Заключение. КТ и МРТ в диагностике перекрута яичка у детей является альтернативой при неоднозначных и сложных диагностических случаях. Наибольшее поле их применения отмечается при значительной длительности заболевания, когда снижается значение фактора ургентности и при неполном перекруте яичка, а также перекрута не опустившегося яичка при крипторхизме.

Щедров Д.Н., Шелкошвеев Д.К., Писарева М.В., Морозов Е.В., Гарова Д.Ю.

«УРОЛОГИЧЕСКИЕ» ОСЛОЖНЕНИЯ ЛИКВОРОШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», г. Ярославль

Актуальность. Миграция перитонеального шунта в мошонку – редкое осложнение, приводящее к трудностям диагностики.Доминирование скротальной симптоматики и отсутствие декомпенсации гидроцефалии приводит к ложному диагнозу и ошибочной хирургической тактике.

Цель. Продемонстрировать возможность скротальных осложнений шунтирования и оценить варианты хирургической тактики при них.

Пациенты. Два пациента, 2 и 9 лет, в одном случае выполнена лапароскопическая ревизия шунта в сочетании с ушиванием внутреннего пахового кольца, во втором – удаление «забытого» шунта через скротальный доступ.

Результаты. Ребенку 9 лет с действующим шунтом выполнена ревизия мошонки с подозрением на острое заболевание яичка, при этом старый не действующий шунт, поставленный в другой клинике, не был принят во внимание и явился причиной скротальной ургентной ситуации. У пациента 2 лет с действующим шунтом отмечена миграция в мошонку с развитием вторичного гидроцеле. Своевременная диагностика состояния позволила выполнить лапароскопическое вмешательство с устранением дислокации ликвороотводящей системы и симультанным выполнением операции SEAL с целью профилактики рецидива миграции шунта. В обоих случаях не было отмечено нарушений ликвородинамики и какой-либо неврологической симптоматики.

Заключение. Лапароскопическое вмешательство является при скротальной миграции шунта методом выбора, позволяя восстановить нормальное расположение шунта в брюшной полости без замены его и одновременно устранить малоинвазивным методом нарушение облитерации влагалищного отростка брюшины, профилактируя рецидив скротальной миграции шунта. В случаях скротальных осложнений необходимо коллегиальное участие заинтересованных специалистов – уролога, хирурга, нейрохирурга.

Щедров Д.Н., Шорманов И.С., Куликов С.В., Морозов Е.В., Гарова Д.Ю.

К ВОПРОСУ ОБ ОБОСНОВАНИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНОМАЛИЯХ УРАХУСА У ДЕТЕЙ

ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», г. Ярославль

Актуальность. Вопросы лечения аномалий урахуса остаются сегодня мало освещёнными в литературе, недостаток современных обобщающих данных связан с редкостью патологии и соответственно невозможностью проведения статистически достоверных исследований. Вопрос показаний к операции является одним из наиболее противоречивых, мнения специалистов зачастую полярно противоположны.

Цель. Обосновать тактику активного хирургического вмешательства при пороках развития урахуса у детей, как при осложнениях, так и вне острого воспалительного процесса.

Пациенты. 75 пациентов с аномалиями урахуса в возрасте до 18 лет, среди них киста урахуса (n = 36), синус урахуса (n = 13), свищ урахуса (n = 23), дивертикул урахуса (n = 3), среди них 47% с осложненным течением.

Результаты. Проанализирована эпидемиология форм аномалий урахуса, частота осложнений в зависимости от формы аномалии и возраста пациента. Проведен анализ высевов патогенной микрофлоры при патологии урахуса и морфологической картины препаратов, удаленных вне осложнений. Результаты исследования показали значительный риск гнойных осложнений при всех формах аномалий урахуса – 47% оперированы с осложнениями в ургентном порядке. Вне воспалительных осложнений отмечается значительная частота патогенных высевов в диагностически значимом титре: из очага – 69,2%, с покровов свища – 92,3% с преобладанием мочевых уропатогенов. Морфологическая оценка удаленных препаратов во всех случаях демонстрирует признаки хронического воспаления различной степени выраженности, что говорит о текущей инфекции.

Заключение. Представлен анализ оперативного лечения 75 пациентов с различными аномалиями урахуса с осложнениями и в «холодном» периоде с целью определения показаний к оперативному вмешательству. На его основании сделан вывод о необходимости оперативного вмешательства при всех вариантах патологии урахуса, включая асимптоматическое течение с целью профилактики развития гнойных осложнений.

Щербинин А.В., Мальцев В.Н., Щербинин А.А., Бессонова А.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк; РДКБ, г. Донецк

Актуальность. По данным статистики, в нашем регионе с 1950 по 2019 г. заболеваемость мочекаменной болезнью у детей старше 12 лет увеличилась более чем в 6 раз, и сейчас доходит до 65–70 случаев на 100 000 детей, составляя 1,5–5,3% всех урологических патологий.

Цель. Изучение особенностей течения мочекаменной болезни и разработка схемы консервативных лечебно-профилактических подходов.

Пациенты. За период с 2009 по 2019 г. в урологическом отделении РДКБ г. Донецка пролечено 228 больных. Дети старше 12 лет составили 48%. Девочек и мальчиков было поровну. Двусторонний уролитиаз был у 15% детей, левосторонний – у 39%, правосторонний – у 46%. 69% детей – городские жители.

Результаты. Диагностику начинали с общеклинического обследования, УЗИ почек как основного метода верификации диагноза и экскреторной урографии с отсроченным снимком. По показаниям применяли УЗИ с допплерографией сосудов почек и мочеточникового выброса, фиброцистоскопию, КТ. Боли отмечались у 67% пациентов, мочевой синдром проявлялся гематурией в 95% случаев, в 60–70% – лейкоцитурией. У 12% детей камень был выявлен как находка при проведении УЗИ и не был осложнен почечной коликой. Лечение таких больных начинали с консервативной терапии: спазмолитических препаратов, антибиотиков широкого спектра, фитотерапии. Все дети придерживаются диеты и режима обильной гидратации. В условиях стационара возможно проведение форсированного диуреза на фоне спазмолитической терапии. Применение данной схемы лечения позволило нам добиться отхождения конкрементов у 82,5% пациентов.Показания к оперативному лечению: коралловидные конкременты, безуспешность проводимой терапии. Мы отдаем предпочтение контактной литотрипсии, при невозможности последней – открытое оперативное вмешательство.

Заключение. Консервативная терапия МКБ эффективна в 82,5% случаев, при оперативном лечении удовлетворительные результаты достигнуты у 95% пациентов.Все больным назначается противорецидивная терапия: уросептики до 1 мес, фитотерапия курсами до 3 лет, соблюдение диеты.

Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М., Отамурадов Ф.А.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РЕКТОУРЕТРАЛЬНЫХ СВИЩАХ У МАЛЬЧИКОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность. Результаты лечения ректоуретральных свищей зависят от вида порока, локализации соустья, степени нарушения анатомических структур промежности, своевременности и правильного выбора вида оперативного вмешательства. При неадекватном выборе тактики неудовлетворительные результаты в отдаленные сроки составляют 40–60%.

Цель. Выбор оптимального метода хирургической коррекции при ректоуретральных свищах у детей.

Пациенты. Проведен анализ результатов лечения 52 мальчиков, находившихся в клинике в 2010–2018 гг., которым было проведено хирургическое лечение ректоуретральных свищей. Проведен сравнительный анализ ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений и функциональных результатов.

Результаты. Для лечения пациентов с ректоуретральными свищами выполнялись следующие операции: брюшно-промежностная проктопластика (БППП) – у 34 (65,4%), переднесагитальная проктопластика (ПСПП) – у 12 (23,1%), заднесагитальная проктопластика (ЗСПП) – у 6 (11,5%). В большинстве случаев (44 – 84,6%) ректоуретральные свищи корригированы после предварительной сигмостомии из-за угрозы нагноения раны и последующей потери анатомического строения анального сфинктера с риском ухудшения аноректального удержания. При анализе послеоперационного периода выявлено, что основные хирургические осложнения в раннем послеоперационном периоде были связаны с лапаротомией при БППП – у 4 (7,6%) пациентов и ЗСПП – у 2 (3,8%).

Заключение. При ректоуретральных свищах выполнение корригирующих операций после наложения предварительной колостомы обеспечивает лучшие непосредственные и отдаленные результаты. При ректобульбарных свищах целесообразно проводить брюшно-промежностную проктопластику, при ректоуретральных – заднесагитальную.

Эргашев Н.Ш., Дусалиев Ф.М., Отамурадов Ф.А.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У МАЛЬЧИКОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность. Частота аноректальных мальформаций (АРМ), по данным различных авторов, колеблется в пределах 1:2000–9000 среди живых новорожденных и не имеет тенденции к снижению. Их спектр представлен не только простыми одиночными аномалиями, но и сложными анатомическими вариантами, являющимися дилеммой для диагностики и лечения.

Цель. Изучить частоту и особенности клинико-анатомических вариантов АРМ у мальчиков по материалу клиники.

Пациенты. За период с 2010 по 2018 г. на клинических базах кафедры детской госпитальной хирургии ТашПМИ находилось 128 пациентов с АРМ. Возраст пациентов колебался от 1 дня до 15 лет: новорожденных – 9 (7,0%), 1–3 мес – 23 (18,0%), 4–6 мес – 26 (20,3%), 7–12 мес – 30 (23,4%), 1–3 года – 21 (16,4%), 4–6 лет –11 (8,6%), 7–14 лет – 8 (6,3%). Для уточнения анатомической формы и выявления сопутствующих пороков развития использовали ультразвуковые, рентгенологические, КТ-методы.

Результаты. При определении анатомической формы аноректальной мальформации мы придерживались Международной классификации АРМ, принятой в Крикенбеке в 2005 г. С промежностным свищом было 44 (34,4%) больных, с ректоуретральным – 40 (31,3%), ректовезикальным – 9 (7,0%); с без свищевой формой – 26 (20,3%), стеноз ануса – 5 (4,0%). Редкие варианты: ректальный мешок – 3 (2,3%), ректоуретральный свищ при нормально сформированном анусе – 1(0,7%). Анализируя полученные данные, можно отметить, что среди аноректальных пороков развития по частоте встречаемости превалируют свищевые формы – 79,7% (102 случая). Из них бóльшую часть составляют ректопромежностные и ректоуретральные свищи – 65,7%.

Заключение. Выбор хирургической тактики и метода оперативного вмешательства зависит от анатомической формы порока, его индивидуальных особенностей, обусловленных локализацией и размером свищевого хода. Анатомическая форма порока и характер сопутствующей патологии определяют выбор оптимального способа хирургического доступа – промежностная или брюшно-промежностная проктопластика.

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш., Улугмуратов А.А., Тураев С.Г.

К ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Диагностика ЧМТ у детей включает сбор анамнеза, неврологический осмотр, методы дополнительного исследования. Наряду с другими неврологическими симптомами, в диагностике ЧМТ имеет значение так называемые симптомы «анамнестической триады».

Цель. Изучение значения «анамнестической триады» в диагностики ЧМТ у детей.

Пациенты. Изучены 150 вызывных карт бригады скорой медицинской помощи, которые были оформлены на больных с подозрением на ЧМТ в 2015–2019 гг. Возраст детей составлял от 9 до 17 лет. К 98 (65,3%) пострадавшим детям вызовы были в дневное и к 52 (34,7%) – в ночное время. 88 (58,7%) детей получили травму в быту, 42 (28,0%) – в автокатастрофе, остальные 20 (13,3%) получили уличные и спортивные травмы. Все дети были доставлены в приемное отделение бригадой СМП в течение одного часа от момента получения травмы. В приемном отделении они осмотрены нейрохирургами и смежными специалистами. Состояние сознания детей оценивалось по шкале комы Глазго.

Результаты. При поступлении состояние сознания у 33 (22%) детей оценивалось как ясное, у 112 (74,7%) – оглушённое, и у 5 (3,3%) – стопор. У 9 (6%) детей, кроме сильных головных болей, выявлен один из симптомов «триады» – кратковременная потеря сознания. У 24 (16%) отмечено два симптома «триады» – потеря сознания после и тошнота с рвотой. А у 117 (78%) детей выявлены все три симптома «анамнестической триады». На краниографии у 19 (12,7%) выявлена трещина костей свода черепа. У 9 (10,1%) детей на МСКТ выявлены пластинчатые внутричерепные кровоизлияния, которые не требовали хирургического лечения. После проведённого обследования 112 (74,7%) пострадавшим детям был поставлен диагноз сотрясение головного мозга, 33 (22%) – ушиб головного мозга лёгкой и 5 (3,3%) – ушиб средней степени тяжести.

Заключение. Таким образом, наличие симптомов «анамнестической триады» имеет большое диагностическое значение у пострадавших детей с черепно-мозговой травмой.

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш., Шакаров Ф.Р., Тураев С.Г.

К ВОПРОСАМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ МАЛОГО ОБЪЁМА У ДЕТЕЙ

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Актуальность. Черепно-мозговая травма относится к наиболее распространённым видам повреждений и составляет до 50 % всех видов травм.

Цель. Изучить результаты консервативного лечения травматических внутримозговых гематом малого объёма с использованием препарата «Лидаза» у детей.

Пациенты. Под нашим наблюдением находились 25 детей (18; 72% – мальчики и 7; 28% –девочки) с травматическими внутримозговыми гематомами малого объема (не более 20 см^3). Возраст от 12 до 17 лет. 19 (76,0 %) детей получили бытовую травму, а 6 (24,0%) – в автокатастрофе. В зависимости от проведенного консервативного лечения больные были распределены на 2 группы. 1-ю группу составили 16 (64,0%) больных, им с первого дня назначен препарат «Лидаза» по 32 ед. в/м 2 раза в сутки в комплексе медикаментозных препаратов. Остальным 9 (36,0%) больным 2-й группы назначена только симптоматическая терапия – ноотропы, витамины, нейропротекторы и противосудорожные препараты.

Результаты. Результаты неврологической симптоматики и инструментальных методов МКСТ-исследования показали, что у 80% пострадавших 1-й группы состояние сознания восстановилось значительно быстрее, чем у больных 2-й. Выявлено, что у 75,0% пострадавших 1-й группы очаговая неврологическая симптоматика регрессировала полностью, в то же время у 77,8% больных 2-й группы – умеренные головные боли и контралатеральная слабость конечностей полностью не проходила. Данные МСКТ головного мозга показали, что у 80 % больных 1-й группы к 10-му дню остатки гематомы на снимках не прослеживались, между тем у 77,8% больных 2-й группы на 10-й день отмечались остатки внутримозговой гематомы.

Заключение. Таким образом, при травматических внутримозговых гематомах малого объема (до 20 см^3) самым эффективным является консервативный метод лечения. Применение препарата «Лидаза» способствует ускорению рассасывания внутримозговой гематомы и восстановлению нарушенных неврологических функций.

Янюшкина О.Г., Карасева О.В., Некрутов А.В., Кадышев В.А., Сажаева О.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

ГБУЗ «НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии», г. Москва

Актуальность. Тяжелая механическая травма (ТМТ) остается значимой медико-социальной проблемой современности вследствие высокого уровня летальности и инвалидизации пострадавших и наносимого социально-экономического ущерба.

Цель. Изучить структуру и исходы тяжелой травмы у детей в г. Москве.

Пациенты. Для учета пациентов с ТМТ, находившихся на лечении в специализированных детских стационарах города Москвы, был разработан «Реестр тяжелой травмы». В период с 2017 по 2019 г. было госпитализировано 442 ребенка. По данным Бюро МСЭ, в г. Москве за отчетный период умерли 254 ребенка. Для изучения эпидемиологии ТМТ за основу были взяты следующие критерии: канал госпитализации, время транспортировки в стационар, механизм травмы, бальная оценка по шкале ISS, структура и исходы тяжелой травмы.

Результаты. Мониторинг тяжелой механической травмы в г. Москве, по данным «Реестра», показал, что больше половины (64%) детей поступают в специализированные стационары переводом из других ЛПУ, чаще всего из Московской области (86%). Большинство (47%) детей было переведено в течение первых 12 ч с момента получения травмы. Непосредственно с места происшествия бригадами ССиНМП было доставлено 36% детей, в том числе в пределах «золотого часа» – 62%. На длительность доставки пострадавшего влияют дорожный трафик, время суток, удаленность детских стационаров от места происшествия. По механизму травмы преобладают дорожно-транспортные происшествия (49,5%) и падения с большой высоты (28%). Сочетанная травма значимо преобладает у данной категории пострадавших – 73%. Оценка степени тяжести проводилась по шкале ISS: 16–24 балла – тяжелая травма, более 25 баллов – критическая. У детей с изолированными повреждениями наиболее часто (71,3%) травма характеризовалась тяжелой степенью, с сочетанной травмой – крайне тяжелой степенью. Среди детей (54 (12,2%)), умерших в детских стационарах, у большинства (85,2%) полученные травмы носили критический характер.

В структуре смертельного травматизма при ТМТ больше половины (73%) детей погибают на догоспитальном этапе. Основными причинами смертельных исходов являются падения с большой высоты (64,6%) и дорожно-транспортные происшествия (25,1%). Анализ ведущих причин смерти показал, что большинство (58,3%) детей погибает от шока и кровопотери.

Заключение. Таким образом, летальность при ТМТ сохраняется на высоком уровне (39,5%) в основном за счет гибели детей с несовместимыми с жизнью повреждениями.

УКАЗАТЕЛЬ

А
Абасов М.Н., 53
Абдусаматов Б., 3, 9, 73
Абросимова Т.Н., 49
Абушкин И.А., 9, 32
Аванесов М.С., 20
Аванесян Р.Г., 10
Аврасин А.Л., 10
Аврасина Л.А., 70
Агаева В.Е., 57
Азизов М.К., 18
Азизов Ш.Ф., 9
Айвазян А.А., 11
Айсаев З.Ч., 52
Акопян А.С., 98
Акопян М.К., 46, 75
Акрамов Б.Р., 11, 12
Аксельров А.М., 13
Аксельров М.А., 13, 14, 78
Александров С.В., 14, 22
Алексеев И.Ф., 72
Алюкова Е.С., 65
Амчеславский В.Г., 26, 37, 43
Анастасов А.Г., 15
Андриевская К. В., 34, 97
Аргунов А.В., 96
Атакулов Д.О., 55, 91
Ахадов Т.А., 15, 16, 17, 56, 82
Ахлебинина М.И., 17
Ахлебинина М.И., 56
Ахадов Т.А. 15, 16, 17, 56, 82
Ахлебинина М.И., 56
Ахмадуллина Л.Р., 35
Ахматов Р.А., 76
Ахмедов И.Ю., 18, 51, 94
Ахмедов Р.Ф., 18
Ахмедов Ю.М., 18, 51, 94
Ахмедова Д.Ю., 90
Ашурбеков В.Т., 19, 52, 53, 72

Б
Бабич И.И., 20, 21
Багаев В.Г., 72
Баженов М.И., 21
Базина И.Г., 32
Баиров В.Г., 22, 23
Бакунина Н.А., 46
Балаев В.Б., 52,
Балашова Л.М., 46
Баранов Р.А., 23
Баранов Ф.А., 24
Баранов Ю.В., 85
Барская М.А., 25, 29, 54
Батунина И.В., 29
Бгане Н.М., 82
Белоусова Е.И., 25
Беляева Н. А., 63
Белякова А.В., 9
Бережная М.А., 26
Бессонова А.Д., 100
Биналиев И.О., 20
Бобоев И.Д., 83
Бобомурадов А.Н., 92
Большакова Т.В., 23
Бородин Р.В., 54
Бочаров Р.В., 26
Бразоль М. А., 45
Бревдо Ю.Ф., 40
Бурмистрова А.В., 27
Буровникова А.А., 40
Бурчёнкова Н.В., 10
Быков В.В., 27
Быков Д.В., 54

В
Вайс А.В., 58, 59
Валеев А.А., 95
Варламов А.В., 25, 54
Варламов К.Г., 26
Васильева Т.М., 36
Вахидов А.Ш., 9
Верхоланцев О.А., 78
Вечеркин В.А., 81
Виноградова Т.А., 70
Волерт Т. А., 45
Волков С.И., 40
Волкова Л.П., 20
Володько Е. А., 28

Г
Гавеля Е.Ю., 28
Галеев Ф.Ш., 24
Галиулин М.Я., 9
Ганькин И.А., 88
Гарова Д.Ю., 98, 99
Гасанов Д.А., 29
Гасанова Т.И., 29
Гасанова Э.Н., 98
Гилязова Г.Р., 95
Глебова Е.С., 37, 43
Глухов Д.А., 31
Годяцкий А.Г., 31, 29, 41, 85
Гольденберг И.Г., 32
Гордиенко И.И., 30
Горелик А.Л., 29, 41, 80, 85
Горинов Е.О., 65, 73
Горицкова Ю.А., 78, 79
Горнаева Л.С., 70
Горохов Д.В., 88
Горохов П.А., 14
Горшков А.Ю., 10, 71
Григорук Э.Х., 14
Григорьева М.В., 98
Губин А.В., 64
Гьокова Е.В., 25

Д
Давлицаров М.А, 58, 59, 87
Давранов Б.Л., 91, 92
Дадашева С.М., 78
Данияров Э.С., 91, 92
Дегтярев П.Ю., 58, 59, 87
Денис А.Г., 32
Дербенёв В.В., 32
Дзядчик А.В., 46
Дмитренко Д. М., 44
Долинина М.В., 10
Донской Д.В., 38
Дорохин А.И., 33
Дуйсенов Н.Б., 38
Дусалиев Ф.М., 100, 101
Евдокимов В.Н, 13, 14

Е
Егорская Л.Е., 42
Екимов М.Н., 43
Емельянова В,А., 78
Енаки О. Н.,34, 97
Ершов В.А., 85
Ефимов А.Е., 24
Ефременков А.М., 31, 75, 76

Ж
Жарова Н.В., 22
Жидовинов А. А., 51
Жирылеев А.А., 10, 36
Журило И.П., 34, 55, 75

З
Завгороднев А. В., 34, 97
Завражнов А.А., 96
Завьялкин В.А., 25, 54
Зайниев С.С., 92
Залетова Н.К., 14
Затонская Д.В., 74
Захарова Е.В., 61

Зорин В.И., 35
Зотин А.В., 35

И

Ибрагимов К.Н., 18
Иванов Г.В., 10, 36, 37
Иванов П.С., 70
Иванов Ю.Н., 68, 76
Иванова Т.Ф., 43
Иванова-Давыдова Е.В., 37, 43
Игнатьев Е.А., 36
Имшенецкая Н.И., 41
Ионов Д.В., 38
Исаев Н.Н., 38
Исаков Б.М., 39, 54, 57
Исаков К.Б., 39, 54, 57
Исламов С.А., 40
Исмаилов М.И., 53

К

Каганцов И.М., 74
Кадышев В.А., 102
Казаков А.Н., 40
Калабкин Н.А., 63
Калабкина М.О., 63
Калинин М.А., 62, 65, 69
Калинина С.А., 41
Кандюков А.Р., 42
Каприор Е.В., 27
Капустин В.А., 85
Карабаев Н.А., 48
Карабаев Х.К., 18, 47, 48
Каражова Э.Ф., 32
Карасева О.В., 15, 29, 41, 80, 85, 102
Карпова И.Ю.,42
Карсанов А.А., 11
Карташев В.Н., 10, 71
Кауфов М.Х., 76
Кашин А.С., 14, 22
Кашичкин Н.Н., 24
Кемаев А. Б. , 63
Киргизов И.В., 31
Киреева Н.Б., 42, 79
Киреенкова Д.В., 11
Кирякевич Л.О., 27
Киселев И.Г., 49
Кожевников Е.Г., 30
Козмава Г.О., 89
Козьмин М.А., 75
Колесниченко И.И., 46
Колыхалкина И.А., 43
Комарова С.Ю., 43, 86
Коновалова О.С., 44
Корнеев Д.В., 27
Корнеев И. А. 4
Корниенко Е.А., 14
Корнилова А. Б., 45
Коробова Л.С., 46
Коробова Л.Ю., 62
Коровин С.А., 46
Корчагина Е.В., 36
Коряшкин П.В., 81
Костенко А.Б., 49
Костикова Т.Д., 16
Котин А. Н., 45
Котлукова Н.П., 28
Котляров А.Н., 87
Кравчук С.В., 62
Кравчук С.В., 88
Крестьяшин В.М., 68
Крицук В.Г., 22
Крылов А.Н., 36
Кузнецов М.В., 55
Кузнецова Ю.А., 32
Кузьмин А.И., 25
Куликов С.В., 99
Кульчицкий О.А., 77
Курбанов Ж.Ж., 47
Курбонов Н.А., 47, 48
Куркин А.П., 88
Кутьина В.Г., 67
Кутьменев П.А., 88

Л

Лабузов Д.С., 49
Лазарев В.В., 46, 62, 69
Лазарев В.В.,49
Ларькин О.А., 77
Латыпова Г.Г., 40
Латышев О.Ю., 28
Леонов Н.П., 50
Лимаков Ю.Ю., 84
Линник А.В., 60
Лыюров Д.А., 74
Лядышева А.А., 23

М

Мавлянов Ф.Ш., 18, 47, 51, 80, 83, 84, 90
Мавлянов Ш.Х., 47, 51
Магомедмирзаев Д. Ш., 51
Магомедов А.Д., 52, 53
Магомедов Р.И., 52,53
Магомедов Р.Р., 53
Мадани Туре, 19
Мазнова А.В., 25, 54
Малиновская Е.О., 88
Мальцев А.Б., 55
Мальцев В.Н., 100
Мальчевский В.А., 14, 78
Малюков В.О., 27
Малюков В.О., 97
Мамадалиев А.Б., 39, 54, 57
Маматов С.О., 83
Мамедов М.Р., 75
Манжурцев А. В., 16, 82
Марасанов Н.С., 68
Мартынов Л.А., 25
Марфицын А.В., 30
Маслова Н.А., 14
Матинян Н.В., 25
Махмудов З.М., 55, 93
Машкова Т.А.,55
Медведев А.А., 10
Мейланова Ф.В., 53
Мельников А.В., 80, 95
Мельников И.А, 15, 16, 17, 56
Мельников Ю.Н., 20
Мельникова С.Р., 20
Меньщиков П.Е., 82
Мираков К.К., 28
Мирзаюлдашев Н.Ю., 39, 57
Митрофанова Е. В., 45
Михайлова С.И., 70, 71
Миханошина Н.А., 20
Мишеков Р.Г., 65
Мликова Т.В., 61
Молотова А.А., 68
Морозов Е.В., 98, 99
Мосьпан Т.Я., 57
Мохаммад Башир, 58, 59, 87
Мурга В.В., 68, 70, 76
Муртазалиев З.Н., 52
Мустакимов Б.Х., 87
Мустафина Ф.Н., 28
Мушкин А.Ю., 35
Мясников Д.А., 78

Н

Нагнойная И.Г., 14
Надточий А.Г., 28
Нганкам Леон, 60, 70
Неизвестных Е.А., 87
Некрасова Е.Г., 61
Некрутов А.В., 102
Никитина И.Л., 27
Никитина Н.А., 61
Никишов С.О., 17

Новичкова Г.А., 50
Новошинов Г.В., 20
Нормаматов Б.П., 47, 48
Нормуродов Д.К., 83
Носков Н.В., 87
Нурмагомедов М.М., 53, 72, 81

О

Овчар Т.А., 62
Огарков И.П., 43 , 62, 86, 89, 90
Окулов А.Б., 28
Окунев Н. А. , 63
Окунева А. И., 63
Орлова Т.С., 10
Ормантаев А.К., 38
Осипова Е.В., 60
Отамурадов Ф.А. 64, 100, 101
Очирова П.В., 64
Очкуренко А.А., 33

П

Павлова Д.Д., 23
Паршиков В.В., 42
Первова Н.А., 63
Пермяков П. Е., 51
Петров М.А., 23
Петросян А.А., 65
Пикало И.А., 65
Писарева М.В., 99
Питкевич А.Э., 66
Плохарский Н.А., 42
Поверин Г.В., 66
Погорелко В.Г., 26
Подкаменев В.В., 65
Покалицина Ю.А., 27
Полунин М.М., 62
Полуэктов Д.С., 32
Поляков П.Н., 22
Полякова О.А., 67
Понамарев А.В., 65
Прокопович А.В., 67
Прощенко Я.Н., 68
Прянишена Л.Т., 34
Псянчин Т.С., 40
Пулатов П.А., 91
Пшеничный А. А., 20

Р

Радайкин А.Н., 24
Рассказов Л.В., 68, 76
Рахинштейн М.В., 24, 32
Рогинский В.В., 28
Рожденкин Е.А., 42
Ройтберг Г.Е., 69
Романова Л.Л., 69
Ростовцев Н.М., 87
Ростомян М.С., 11
Рубцов А.М. , 88, 89
Рубцов В.В., 86
Рузиев Ж.А., 93
Румянцева Г.Н., 10, 40, 60, 70, 71, 76
Рустамова М.Ш., 9
Рябых С.О., 64
Рязанцев А. И., 45

С

Сабинина Т.С., 72
Сабиров А.Э., 95
Савельев Д.С., 65
Савченков А.Л., 49
Садыкова М.М., 53, 72, 81
Сажаева О.В., 102
Сакович А.В., 73
Салахов Э.С., 23
Салимгареев А. А., 95
Салимов Ш.Т., 9, 73
Самсонова Л.Н., 28
Сафаралиева С.М., 20
Свазян В.В., 13, 78
Сварич В.Г., 74
Светлов В.В., 40
Семенов А.В., 65
Семенов С.Ю., 68
Семенова Н.А., 82
Семенова Н.Ю., 74
Семченко Е.А., 26
Сергеечев С.П., 71
Сергиенко М.В., 34, 75
Сергиенко Т.В., 13, 78
Симаков А.А., 88
Смирнов А.А., 36
Смирнов А.Н., 42
Смирнов И.В., 69
Смирнова С.Е., 43
Смирнова Т.А., 70
Смолин С.Е., 29
Соколов Ю.Ю., 38, 46, 75,76
Соколова А.В., 74
Соколова И.А., 71, 76
Соловова В.П., 38
Соловьев А.Е., 77
Сорокина М.С., 55
Сосновских А.К., 30
Спиридонова Е.А.,50
Стародубова А.А., 32
Степанов В.Н., 49
Степанов Ц.Б., 65
Столяр А.В., 13, 14, 78
Стриженок Д.С., 78, 79
Султанахмедова Д.Ш., 52, 53
Сурдяева О.В., 88
Суханов С.А., 27
Сушаков С.В., 24
Сырыгина Л.В., 60
Сысоев С.Г., 86

Т

Табанакова И.А., 37
Тагаев К.Р., 18, 48
Таранова Ю.А., 32
Тахиру Ба, 19
Ташланов Ф.Н., 39, 54, 57
Теплякова С.А., 27
Терёхин С.С., 29
Ти А.Д., 10, 36, 37
Тибилов А.З., 79
Тиляков А.Б., 80
Тимашев И.В., 25
Тимонина А.В., 32
Тимофеева А.В., 29, 41, 74, 80, 85
Тимохович Е.В., 28
Тимошинов М.Ю., 43
Тихмаев А.Н.,81
Толбоева Г.Н., 72
Толкач А.К.,34
Тома Д.А., 31, 81
Томина В.О., 32, 88
Топольницкий О.З., 41
Трембач И.А., 82
Трененкова Ю.М., 88
Трухачев С.В., 40
Трушина О.В., 27
Туманян Г.Т., 75
Тураев С.Г., 101, 102
Турдалиева Б.С., 38
Тырцева Е.С., 67

У

Ублинский М.В., 16, 82
Улугмуратов А.А., 83, 101
Умаров К.М., 9
Усик М.А., 77
Усманов Х.С., 73
Уткина К.Е., 29, 75
Ушакова Т.Л., 25

Ф

Федоров С.А., 84
Федотов Р.Н., 41
Филькин А.А., 79
Фомин А.М., 60

Х
Хайирбеков Т.Х., 53, 72, 81
Хайитов У.Х., 47
Хакимов Э.А., 18
Хакимов Э.А., 84
Халиуллин Д.М., 49
Харитонова А.Ю., 41, 85
Хафизова Л.А., 79
Хачатрян В.А., 27
Хелефова С.З., 81
Ходневич А.Е.., 85

Ц
Цап Н.А., 43, 61, 62, 65, 73, 85, 86, 89, 90
Царева В.В.,87
Цыбин А.А., 58, 59, 87
Цыганенко В.С., 30
Цыганков А.Е., 88

Ч
Чендулаева И.Г., 95
Черебилло В.Ю., 27
Черногоров О.Л., 34, 75
Черных А.А., 88
Чертюк В.Б., 98
Чочиев Г.М. , 88, 89
Чукреев А.В. , 43, 89
Чукреев В.И., 62, 86, 90

Ш
Шакаров Ф.Р., 90, 102
Шалатонин М.П., 32
Шалатонов Н.Н., 68
Шамсиев А.М., 55
Шамсиев А.М., 92, 93, 94
Шамсиев Ж.А., 55, 91, 92, 93, 94
Шамсиев Ш.Ж., 94
Шангареева Р.Х., 95
Шапкина А.Н., 95, 76
Шарипов А.А., 57
Шарипов И.Л., 11, 12
Шастин Н.П.,96
Шевченко И.Ю., 32
Шекунова Ю.Г., 87
Шеламов И.В., 96
Шелкошвеев Д.К.,99
Шмаков А.П., 66
Шмырева Е. С.,34, 95, 97
Шодиев А.Ш., 101, 102
Шорманов И.С., 99
Шуваев С.О., 24
Шустов А.В., 97

Щ
Щебеньков М.В., 98
Щедров Д.Н., 98, 99
Щелоченкова Т.Д., 68
Щербинин А.А., 100
Щербинин А.В., 100
Щукин В.В., 50

Э
Эргашев Н.Ш., 100, 101

Ю
Юлдашев Ш.С., 101, 102
Юнак Л.Н., 84
Юнусов Д.И., 40
Юсупов Ш.А., 93, 94
Юсуфов А.А., 40
Юсуфов А.А., 71
Юшманова А.Б., 26

Я
Ядыкин М.Е., 87
Яковлев А.Н., 82
Яковлева Е. П., 34, 97
Янушкевич А.А., 66
Янюшкина О.Г., 29, 102
Ясюченя В.В., 10, 36, 37