

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

# Детская хирургия

Russian Journal  
of Pediatric Surgery



**1**

**Том 25 • 2021**

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

ISSN 1560-9510



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

Volume 25 • Issue 1 • Supplement • 2021

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

# НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ

17–20 ФЕВРАЛЯ 2021 ГОДА • МОСКВА

## ОРГАНИЗАТОРЫ

СОЮЗ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА  
«НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА»



ГБУЗ ГОРОДА МОСКВЫ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ИНСТИТУТ НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И  
ТРАВМАТОЛОГИИ» ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
«РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ»



АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ  
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ РОССИИ



РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ



МЕЖДУНАРОДНЫЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ  
ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД ПОМОЩИ ДЕТЯМ  
ПРИ КАТАСТРОФАХ И ВОЙНАХ



ОАО «ИЗДАТЕЛЬСТВО  
"МЕДИЦИНА"»



Журнал «Детская хирургия»  
включен в Russian Science Citation  
Index на базе Web of Science,  
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/journalsview/childsurg](http://www.medlit.ru/journalsview/childsurg)

ЛР № 010215 от 29.04.97

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

#### ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ

Тел. +7 915 205 95 44,  
E-mail: legonkova.v@yandex.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](http://www.akc.ru)  
[www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru)

Подписка на электронную  
версию журнала:  
[www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ

# Детская хирургия.

Журнал им. Ю.Ф. Исакова

Научно-практический журнал

Выходит один раз в 2 месяца

Основан в 1997 г.

Том 25 • 1 • 2021 • Приложение

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

Зам. гл. редактора **С.М. Шарков**, д. м. н., проф.

Отв. секретарь **О.В. Карасева**, 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. Кожеников**, 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), **Р.М. Тойчув**, д. м. н., проф. (Ош, Кыргызстан), **Г.И. Чепурной**, д. м. н., проф. (Ростов-на-Дону), **Н.А. Цап**, д. м. н., проф. (Екатеринбург), **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 по специальностям: 14.01.19 – Детская хирургия (медицинские науки), 14.01.20 – Анестезиология и реаниматология (медицинские науки), 14.01.23 – Урология (медицинские науки).*

IZDATEL'STVO  
MEDITSINA



MOSCOW

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

Tel.: +7 915 205 95 44

E-mail: [legonkova.v@yandex.ru](mailto:legonkova.v@yandex.ru)  
[www.medlit.ru/journalsview/childsurg](http://www.medlit.ru/journalsview/childsurg)

«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 25 • 1 • 2021 • 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), R.M. TOICHUEV, MD, PhD (Osh, Kyrgyzstan), G.I. CHEPURNOY, MD, PhD, DSc, Prof. (Rostov-na-Donu), N.A. TSAP, MD, PhD, DSc (Ekaterinburg), A.M. SHAMSIEV, MD, PhD, DSc, Prof. (Samarkand, Uzbekistan)



## СОДЕРЖАНИЕ

**МАТЕРИАЛЫ IX ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ»  
17–20 февраля 2021 года • Москва**

|   |    |
|---|----|
| <i>Абдулаев М.А., Ашурбеков В.Т., Гаджиев З.З., Магомедов М-А.М-А.</i> Фелиноз у детей. . . . .   | 9  |
| <i>Абушкин И.А., Белякова А.В.</i> Отдалённые результаты лечения детей с тотальным аганглиозом толстой кишки с сохранением двух аганглионарных сегментов. . . . .   | 9  |
| <i>Аврасин А.Л., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Бурчёнкова Н.В., Медведев А.А., Долинина М.В.</i> Лечебная тактика при «немой почке» у детей. . . . .   | 10 |
| <i>Аксельров М.А., Аксельров А.М., Евдокимов В.Н., Связян В.В., Столяр А.В., Мальчевский В.А., Сатывалдаев М.Н., Емельянова В.А., Григорук Э.Х.</i> Инородные тела мочевыделительной системы у детей. . .   | 10 |
| <i>Аксельров М.А., Чевжик В.П., Евдокимов В.Н., Связян В.В., Столяр А.В., Мальчевский В.А., Скрябин Е.Г., Вешкурцева И.М.</i> Клинико-эпидемиологические аспекты острого гематогенного остеомиелита у детей в Тюменской области. . . . .                          | 11 |
| <i>Александров А.В., Гончарук П.В., Смирнов А.А., Евдокимов А.Н.</i> Реконструкция мягких тканей ногтевых фаланг пальцев кисти у детей. . . . .   | 11 |
| <i>Алпатов В.Н., Грабовский М.Б.</i> Опыт лечения пороков развития 1-го пальца кисти у детей. . . . .   | 12 |
| <i>Алхасов А.Б., Разумовский А.Ю., Фисенко А.П., Дьяконова Е.Ю., Яцык С.П., Гусев А.А., Гурская А.С., Баязитов Р.Р., Савельева М.С., Романова Е.А., Комина Е.И., Ратников С.А.</i> Мини-доступ при лечении пороков развития жёлчевыводящих путей у детей. . . . . | 12 |
| <i>Алхасов А.Б., Разумовский А.Ю., Фисенко А.П., Дьяконова Е.Ю., Яцык С.П., Гусев А.А., Ратников С.А., Романова Е.А., Савельева М.С., Комина Е.И.</i> Хирургические аспекты лечения портальной гипертензии у детей. . . . .                                       | 13 |
| <i>Ахадов Т.А.</i> Компьютерная томография в диагностике острой скелетной травмы у детей. . . . .   | 13 |
| <i>Ахадов Т.А., Божко О.В., Мельников И.А., Карманова Т.Д.</i> Компьютерная томография при переломах голеностопного сустава у детей. . . . .  | 14 |
| <i>Ахадов Т.А., Мельников И.А., Ахлебенина М.И., Горелик А.Л.</i> Диагностика травмы поджелудочной железы у детей. . . . .  | 14 |
| <i>Ахадов Т.А., Семенова Н.А., Ублинский М.В., Манжурцев А.В.</i> Протонная магнитно-резонансная спектроскопия у детей в вегетативном состоянии. . . . .  | 15 |
| <i>Ахлебенина М.И., Мельников И.А., Ахадов Т.А.</i> Алгоритм лучевой диагностики острой черепно-мозговой травмы у детей в неотложном стационаре. . . . .  | 15 |
| <i>Ахмедов Ю.М., Азизов М.К., Хаитов У.Х., Ахмедов И.Ю.</i> Особенности лимфатической антибиотикотерапии при гнойно-воспалительных заболеваниях у детей. . . . .  | 16 |
| <i>Ахмедов Ю.М., Ибрагимов К.Н., Ахмедов И.Ю., Мирмадиев М.Ш.</i> Сравнительная оценка методов хирургической коррекции врождённых диафрагмальных грыж у детей. . . . .  | 16 |
| <i>Ашурбеков В.Т., Мадани Т.</i> Анализ черепно-мозговой травмы у детей младшей возрастной группы. . . .  | 17 |
| <i>Ашурбеков В.Т., Махачев Б.М., Гаджиев З.З., Мейланова Ф.В.</i> Укушенные раны у детей. . . . .   | 17 |
| <i>Ашурбеков В.Т., Тахиру Б.</i> Характеристика повреждений при тупой травме живота у детей. . . . .  | 18 |
| <i>Ашурбеков В.Т., Тахиру Б.</i> Травматические повреждения уретры у детей. . . . .   | 18 |
| <i>Бабич И.И., Бабич И.В., Пшеничный А.А., Аванесов М.С., Дынник А.Г., Миханошина Н.А., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р.</i> Тактика лечения детей с сочетанным повреждением органов брюшной полости и вдавленным переломом костей черепа. . . . .                 | 19 |
| <i>Багаев В.Г., Раушенбах Н.Г., Амчеславский В.Г., Острейков И.Ф., Бисиркин Ю.В.</i> Обезболивание ксеноном при перевязках обширных ран у детей. . . . .  | 19 |
| <i>Баранов Д.А., Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Строганов И.В., Колтаков М.В.</i> Современные возможности ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей и эффективного лечения больных   |    |
| <i>Баранов Д.А., Вечеркин В.А., Птицын В.А., Коряшкин П.В.</i> Особенности использования лапароскопии для диагностики и лечения инвагинации у детей. . . . .  | 20 |
| <i>Баранов Р.А., Латышева М.А.</i> Некротизирующий фасциит при миелодиспластическом синдроме у детей  | 20 |
| <i>Баубеков Ж.Т., Тусупкалиев А.Б., Бисенов А.К., Князбаев Ж.С., Ерекешов А.Е.</i> Эффективность лечения ожогов у детей современными методами в нашей практике. . . . .   | 21 |



|  |    |
|--|----|
| <i>Башир М., Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В., Савин С.В.</i> Клиническое проявление разлитого аппендикулярного перитонита у ребёнка 3 лет. . . . .   | 22 |
| <i>Башир М., Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В., Савин С.В.</i> Клиническое проявление перекрута обоих яичек у новорождённого. . . . .  | 22 |
| <i>Башир М., Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В., Савин С.В.</i> Консервативное лечение травмы живота у ребёнка 10 лет. . . . .  | 23 |
| <i>Бибенина А.А.</i> Особенности диагностики перекрута придатков матки у детей. . . . .  | 23 |
| <i>Беляев М.К., Беляев А.М.</i> Оптимизация лечебного алгоритма при инвагинации кишечника в детском возрасте. . . . .  | 24 |
| <i>Беляева Н.А., Окунев Н.А., Путяйкин А.А., Окунева А.И.</i> Анализ ультразвуковых изменений при острых заболеваниях мошонки у детей. . . . .   | 24 |
| <i>Беляева Н.А., Родионов Н.В.</i> Оценка эффективности биополимеров DAM+™ и Urodex® при эндоскопической трансуретральной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. . . . .  | 25 |
| <i>Богданов И.В., Рябоконеv С.Г., Малыхин А.А., Дубинский А.В.</i> Наш опыт лечения переломов конечностей у детей с несовершенным остеогенезом. . . . .  | 25 |
| <i>Бураев Г.Б., Лозовой В.М., Шарипова Д.Р., Сулейменов Ж.Б., Бураева К.Б.</i> Определение эффективности разгрузочных кишечных стом при лечении Гиршпрунг-ассоциированного энтероколита у детей. . . . .   | 26 |
| <i>Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Нейно Н.Д., Птицын В.А., Мореплавец Я.Д.</i> Использование гипербарической оксигенации в комплексном лечении аппендикулярных перитонитов у детей. . . . .   | 26 |
| <i>Вечеркин В.А., Склярова Е.А., Коряшкин П.В., Колтакова М.П.</i> Особенности клиники, диагностики и лечения остеомиелита плоских костей у детей. . . . .   | 27 |
| <i>Воронкова Е.В., Меньщиков П.Е., Мельников И.А., Манжурцев А.В., Ублинский М.В., Воробьёв Д.А., Куприянов Д.А., Ахадов Т.А.</i> Количественная оценка степени хондромалиции хряща надколенника по данным Т2-картирования у детей. . . . .                      | 27 |
| <i>Гаврилюк В.П., Донская Е.В., Костин С.В., Мучкина В.А., Северинов Д.А.</i> Нехарактерное проявление болезни Крона у ребёнка. . . . .  | 28 |
| <i>Гасанова Э.Н., Горбатова Н.Е., Дорофеев А.Г., Золотов С.А., Брянцев А.В., Батунина И.В.</i> Комбинированная лазерная фотодеструкция – эффективный способ неотложного лечения кровоточащей пиогенной гранулемы у детей. . . . .                                | 28 |
| <i>Гебекова С.А., Махачев Б.М., Тихмаев А.Н., Мейланова Ф.В.</i> Лапароскопическая пилоромиотомия у ребёнка: первый опыт в Дагестане. . . . .  | 29 |
| <i>Гордиенко И.И., Сосновских А.Н.</i> Наш опыт лечения переломов фаланг пальцев кисти у детей. . . . .  | 29 |
| <i>Горелик А.Л., Демин Н.В., Ладыгина Е.А., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Янюшкина О.Г., Карасева О.В.</i> Сложности диагностики торакоабдоминальных повреждений в структуре политравмы у ребёнка 5 лет. . . . .   | 30 |
| <i>Гумеров Р.А., Гумеров А.А., Рыбалко Д.Ю., Исламов С.А., Псянчин Т.С., Галимов Р.И.</i> Реабилитация детей с патологией коленного сустава после артроскопических операций в условиях ГАУЗ «Красноусольский детский санаторий» Республики Башкортостан. . . . . | 30 |
| <i>Дженалаев Б.К., Котловский В.И., Досмагамбетов С.П., Тусупкалиев А.Б., Кенжалина Р.А., Ергалиев А.Е., Баубеков Ж.Т., Бисалиев Б.Н., Сатыбалдиев К.Ж.</i> Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей: ретроспективное исследование. . . . .  | 31 |
| <i>Дорофеев А.Г., Горбатова Н.Е., Брянцев А.В., Батунина И.В.</i> Интерстициальная селективная лазерная фотодеструкция как способ неотложного лечения осложнённой кровотечением гемангиомы у детей. . . . .  | 31 |
| <i>Дорохин А.И., Коробейников А.А., Курышев Д.А.</i> Тактика хирургического лечения последствий переломов тазо-бедренного сустава у детей. . . . .   | 32 |
| <i>Евдокимов А.Н., Александров А.В.</i> Перфорантные лоскуты в детской реконструктивно-пластической хирургии. Опыт применения. . . . .   | 32 |
| <i>Елин Л.М., Наливкин А.Е., Пыхтеев Д.А., Филюшкин Ю.Н.</i> Случай острого панкреатита у ребёнка 16 лет на фоне гиперлипидемии V типа. . . . .  | 33 |
| <i>Ефременков А.М., Солодинина Е.Н., Соколов Ю.Ю., Чекмазов И.А., Джилавян М.Г., Столяренко Е.А.</i> Эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока у ребёнка с хроническим панкреатитом. . . . .   | 33 |
| <i>Ефременков А.М., Солодинина Е.Н., Чекмазов И.А., Шахбанов И.А., Малов Ю.Я., Сиволоб Д.В.</i> Синдром Мириззи 1-го типа у ребёнка 6 лет. . . . .   | 34 |
| <i>Журило И.П., Толкач А.К., Сорокина М.С., Черногоров О.Л., Козьмин М.А.</i> Наш опыт диагностики и лечения инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей. . . . .   | 34 |



|  |    |
|--|----|
| <i>Журило И.П., Черногоров О.Л., Бодрова Т.Н., Леонова Е.И., Мамедов М.Р.</i> Ультразвуковой мониторинг при травматических повреждениях селезёнки у детей. . . . .   | 35 |
| <i>Журило И.П., Черногоров О.Л., Козьмин М.А., Сергиенко М.В., Мамедов М.Р.</i> Лечебная тактика при дивертикуле Меккеля у детей. . . . .  | 35 |
| <i>Задыкян С.С., Задыкян Р.С., Каганцов И.М., Сизонов В.В.</i> Применение операции SNODGRASS при лечении гипоспадии у детей. . . . .   | 36 |
| <i>Зорин В.И., Глухов Д.А., Мушкин А.Ю.</i> Деструктивные поражения позвоночника у детей на уровне шейно-грудного перехода. . . . .  | 36 |
| <i>Зорин В.И., Жила Н.Г.</i> Тяжёлая травма конечности у детей. . . . .  | 37 |
| <i>Зыкова М.А., Нурмеев И.Н., Подшивалин А.А.</i> Видеоэндоскопический метод лечения лимфатической мальформации у новорождённого ребёнка. . . . .  | 37 |
| <i>Иванов С.Д., Слизовский Г.В.</i> Роль энтеростомии в экстренном хирургическом лечении заболеваний кишечника у новорождённых детей. . . . .  | 38 |
| <i>Игнатьев Е.А., Васильева Т.М., Крылов А.Н., Корчагина Е.В., Васильев И.И.</i> Применение телемедицинских технологий для наблюдения за детьми, оперированными по поводу вросшего ногтя в амбулаторных условиях. . . . .                            | 38 |
| <i>Исаков К.Б., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Ботиров Н.Т., Абдулазизов О.С.</i> Малоинвазивные хирургические методы лечения внутричерепных гематом у детей. . . . .  | 39 |
| <i>Исаков К.Б., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков Б.М., Мамадалиев А.Б., Мамаджанов К.Х., Ботиров Н.Т., Абдулазизов О.С.</i> Анализ результатов хирургических методов лечения внутричерепных гематом у детей   | 39 |
| <i>Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Исаков К.Б., Абдулазизов О.Н.</i> Нетравматические субдуральные кровоизлияния в детском возрасте. . . . .  | 40 |
| <i>Исхаков О.С., Мещеряков С.В., Максумов А.А.</i> Травмы позвоночника и спинного мозга у детей в структуре сочетанных повреждений от ремня безопасности. . . . .  | 40 |
| <i>Казаков А.Н., Румянцева Г.Н., Волков С.И., Юсуфов А.А., Бревдо Ю.Ф.</i> Результаты лечения травмы селезёнки у детей. . . . .  | 41 |
| <i>Казиллов Б.Р., Махачев Б.М., Ашурбеков В.Б., Мейланова Ф.В., Казиллов Ю.Б., Муртузаалиев З.Н.</i> Травматические повреждения яичек и мошонки у детей. . . . .   | 41 |
| <i>Казиллов Б.Р., Махачев Б.М., Ашурбеков В.Б., Мейланова Ф.В., Казиллов Ю.Б., Муртузаалиев З.Н.</i> Острые заболевания мошонки у детей. . . . .   | 42 |
| <i>Канавец С.П., Иванов П.А., Коршунов Н.Б.</i> Особенности в диагностике лёгкой черепно-мозговой травмы у детей младших возрастных групп. . . . .   | 42 |
| <i>Капканов А.В., Черноморец Я.В., Быков В.В.</i> Заворот (перекрут) селезёнки у ребенка младшего возраста. Редкий случай в экстренной абдоминальной хирургии. . . . .   | 43 |
| <i>Карасева О.В., Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Янюшкина О.Г., Уткина К.Е.</i> Вакуум-терапия брюшной полости в неотложной хирургии у детей. . . . .   | 43 |
| <i>Карасева О.В., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Ахадов Т.А., Батунина И.В., Харитоновна А.Ю., Янюшкина О.Г.</i> Малоинвазивное дренирование острых жидкостных скоплений при тяжёлых повреждениях поджелудочной железы у детей. . . . . | 44 |
| <i>Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е.</i> Лапароскопические технологии в лечении кистозных лимфангиом брюшной полости у детей. . . . .  | 44 |
| <i>Карасева О.В., Янюшкина О.Г., Ахлебинина М.И., Мельников И.А., Батунина И.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Тимофеева А.В., Ахадов Т.А.</i> Множественные посттравматические псевдоаневризмы селезёнки у ребёнка 13 лет. . . . .                    | 45 |
| <i>Карпова И.Ю., Стриженок Д.С., Носова Т.В., Егорская А.Т.</i> Микробный пейзаж брюшной полости при аппендикулярном перитоните у детей. . . . .   | 45 |
| <i>Кенжалина Р.А., Досмагамбетов С.П., Нургалеев И.М., Сарсенова В.В.</i> Лечение химических ожогов пищевода у детей. . . . .  | 46 |
| <i>Колыхалкина И.А., Глебова Е.С., Раушенбах Н.Г., Амчеславский В.Г.</i> Оценка белково-энергетического статуса у ребёнка с обширным повреждением мягких тканей. . . . .   | 46 |
| <i>Коровин С.А., Соколов Ю.Ю., Донской Д.В., Дзядчик А.В., Акоюн М.К., Ионов Д.В.</i> Хирургические вмешательства у детей с осложнениями инородных тел желудочно-кишечного тракта. . . . .   | 47 |
| <i>Курова Е.К., Цап Н.А., Черненко Л.Ю., Эрленбуш В.В., Микая И.Г., Щипанов Л.М.</i> Малоинвазивный метод лечения гнойного мастита у девочек. . . . .  | 47 |
| <i>Лабузов Д.С., Савченков А.Л., Степанов В.Н., Киселев И.Г., Абросимова Т.Н., Костенко А.Б., Баранов А.А., Алексеева В.Б.</i> Диагностика и лечение полипов толстой кишки у детей. . . . .  | 48 |



|  |    |
|--|----|
| <i>Лазарев В.В., Линькова Т.В., Негода П.М., Шуткова А.Ю., Гореликов С.В., Налеев А.А., Полянская М.В.</i> Аплазия верхней полой вены как случайная находка при обеспечении долгосрочного венозного доступа у ребёнка 3 лет. . . . . | 48 |
| <i>Лазарев В.В., Налеев А.А., Линькова Т.В., Негода П.М.</i> Значимые аспекты в выборе анестезии при шунтирующих операциях внепечёночной портальной гипертензии у детей с тромбоцитопенией. . . . .                                  | 49 |
| <i>Лившиц М.И., Чмутин Г.Е., Смолянкина Е.И., Левов А.В., Чигибаев М.Ж.</i> Клинический случай формирования острой субдуральной гигромы на фоне спонтанного разрыва арахноидальной кисты Сильвиевой щели у ребёнка. . . . .          | 50 |
| <i>Лукаш А.А., Писклаков А.В., Степанов М.А.</i> Дисплазия соединительной ткани в патогенезе травматических вывихов надколенника у детей. . . . .  | 50 |
| <i>Лукаш А.А., Писклаков А.В., Степанов М.А.</i> Хирургическое лечение детей с вывихом надколенника, произошедшим при травме. . . . .  | 51 |
| <i>Мавлянов Ф., Мавлянов Ш., Турсунов С., Баратов У.</i> Пути улучшения результатов лечения детей с врождённой кишечной непроходимостью. . . . .   | 51 |
| <i>Маркосьян С.А., Юлмурзин С.Р.</i> Особенности диагностики и лечения внутрисуставных переломов в области локтевого сустава у детей. . . . .  | 52 |
| <i>Михайличенко Е.В., Анастасов А.Г.</i> Оценка выраженности почечной недостаточности у детей с врождённой обструктивной уропатией в периоперационном периоде. . . . .   | 52 |
| <i>Муртузалиев З.Н., Магомедов А.Д., Казилев Б.Р., Мейланова Ф.В., Ашурбеков В.Т., Казилев Ю.Б., Магомедов Р.Р.</i> Сложный случай сочетанных пороков развития и мочекаменной болезни у ребёнка. . . . .                             | 53 |
| <i>Нганкам Л.П.</i> Лечение травмы шейного отдела позвоночника у детей. . . . .  | 53 |
| <i>Нганкам Л.П., Румянцева Г.Н., Михальчук А.Б.</i> Мини-инвазивная репозиция костных отломков при черепно-мозговой травме и вдавленном переломе у детей грудного возраста. . . . .  | 54 |
| <i>Окунева А.И., Окунев Н.А., Калабкина М.О., Калабкин Н.А.</i> Изменение структуры осложнений острого аппендицита у детей во время пандемии COVID-19. . . . .   | 54 |
| <i>Окунева А.И., Окунев Н.А., Калабкина М.О., Калабкин Н.А.</i> Клиническое наблюдение и сравнительный анализ эффективности применения преднизолона, дексаметазона и гидрокортизона в лечении гемангиом у детей. . . . .             | 55 |
| <i>Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., Шайбеков Д.Р., Турсунов М.С., Орозоев У.Д.</i> Острый гнойный оментит у детей. . . . .   | 55 |
| <i>Отамурадов Ф.А.</i> Диагностика и лечение ректовагинальных свищей при аноректальных мальформациях у детей. . . . .  | 56 |
| <i>Очирова П.В., Рябых С.О.</i> Особенности хирургического лечения патологии позвоночника у детей с редкими генетическими заболеваниями. . . . .   | 56 |
| <i>Петросян А.А., Горинов Е.О., Калинин М.А., Цап Н.А.</i> Внутримозговая гематома травматического генеза на фоне гемофилии тяжёлой степени у детей. . . . .   | 57 |
| <i>Пикало И.А., Подкаменев В.В.</i> Особенности внутрибрюшинного кровотечения при травме селезёнки у детей. . . . .  | 57 |
| <i>Погожев Л.И., Попов Н.А., Баулин А.А.</i> Этапы освоения эндохирургии в детской практике города Пензы. . . . .  | 58 |
| <i>Полякова О.А., Тырцева Е.С., Кутьина В.Г.</i> Особенности лечения детей при мукополисахаридозе. . . . .   | 58 |
| <i>Птицын В.А., Вечеркин В.А., Щёголева В.А., Трушников А.А.</i> Объёмные образования яичников у девочек. . . . .  | 59 |
| <i>Пяттоев Ю.Г., Гольденберг И.Г., Никитин С.С., Тимонина А.В.</i> К дифференциальной диагностике «острого живота» у детей. . . . .  | 59 |
| <i>Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Алхасов А.Б., Петров А.В.</i> Современная тактика лечения спонтанного пневмоторакса у детей. . . . .  | 60 |
| <i>Разумовский А.Ю., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Теплов В.О.</i> Хирургическое лечение детей с электрохимическими ожогами пищевода батареейкой. . . . .  | 60 |
| <i>Рассказов Л.В., Иванов Ю.Н., Мурга В.В., Щелоченкова Т.Д., Михайлова С.И., Кенис Ю.М., Марасанов Н.С.</i> Хирургическая реабилитация при тяжелой скелетной травме конечности в детском возрасте. . . . .                          | 61 |
| <i>Раушенбах Н.Г., Багаев В.Г., Амчеславский В.Г., Иванова Т.Ф., Острейков И.Ф., Лукьянов В.И.</i> Седанальгезия ксеноном в лечении острого стрессового расстройства у детей с травмой. . . . .                                      | 61 |
| <i>Романов Д.В., Сафин Д.А., Горбатова Н.Е., Брянцев А.В.</i> Неотложное лечение детей с младенческой гемангиомой гортани. . . . .   | 62 |
| <i>Рубцов В.В.</i> Спаечная кишечная непроходимость как следствие перенесенного перитонита у детей. . . . .  | 62 |



|  |    |
|--|----|
| <i>Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Сергеечев С.П., Алехова Е.Л.</i> Реабилитация девочек, перенесших оперативное лечение разлитого гнойного перитонита аппендикулярного генеза. . . . .  | 63 |
| <i>Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Сергеечев С.П., Алехова Е.Л.</i> Микробный спектр возбудителей гнойных осложнений пилонидальной кисты копчика у детей. . . . .  | 63 |
| <i>Румянцева Г.Н., Казакова Е.И., Трухачев С.В., Бревдо Ю.Ф., Светлов В.В., Минько Т.Н.</i> К вопросу оперативного лечения эктопии поджелудочной железы в гастродуоденальную зону у детей. . . . .   | 64 |
| <i>Руненко В.И., Ольхова Е.Б., Рудин А.Ю., Шелудякова Е.А.</i> Перекрут семенного канатика у мальчиков. Оценка эффективности мануальной деторсии. . . . .  | 64 |
| <i>Сайфуллин А.П., Алейник А.Я.</i> Аневризмальная костная киста позвоночника у детей. . . . .   | 65 |
| <i>Салистый П.В., Саидгалин Г.З., Бикташев В.С., Фаизьянов А.А.</i> Современные способы хирургического ведения ран у детей. . . . .  | 65 |
| <i>Салистый П.В., Саидгалин Г.З., Бикташев В.С., Фаизьянов А.А.</i> Опыт применения препарата карипаин в детском ожоговом отделении. . . . .   | 66 |
| <i>Саруханян О.О., Григорьева М.В., Гасанова Э.Н., Телешов Н.В., Тищенко М.К.</i> Диагностика и лечение острых заболеваний яичка у детей. . . . .  | 66 |
| <i>Сварич В.Г., Сварич В.А., Каганцов И.М.</i> Дальнейшее развитие лапароскопического метода аппендэктомии у детей. . . . .  | 67 |
| <i>Седлавский А.П., Шмаков А.П., Зуев Н.Н.</i> Современные представления о локальном метаболизме кортизола в течение воспалительного процесса у детей. . . . .   | 67 |
| <i>Семёнова Н.Ю., Валиуллина С.А., Мамонтова Н.А., Веремеенко А.К., Калинина Т.Л., Топчий А.А.</i> Значение электро-энцефалографического исследования при применении ритмической транскраниальной магнитной стимуляции у детей после тяжёлого поражения мозга. . . . . | 68 |
| <i>Смирнов А.А., Александров А.В., Гончарук П.В., Евдокимов А.Н.</i> Реплантиция отчленённых пальцев кисти у детей. . . . .  | 68 |
| <i>Смирнов И.В., Лазарев В.В.</i> Прогнозирование объема кровопотери в зависимости от степени деформации позвоночника во время операций по коррекции сколиоза у детей. . . . .   | 69 |
| <i>Соколов Ю.Ю., Вилесов А.В., Ахматов Р.А., Миронова И.К.</i> Внутренняя мезентерико-париетальная грыжа как причина рецидивирующего абдоминального болевого синдрома у детей. . . . .   | 69 |
| <i>Соколов Ю.Ю., Хаспекоев Д.В., Прутова О.Р., Сар А.С., Кузнецова Е.В., Ткаченко Н.В.</i> Осложнения инородных тел дыхательных путей и пищевода у детей. . . . .  | 70 |
| <i>Соловьев А.Е.</i> Новое в лечении гидронефроза подковообразных почек у детей. . . . .   | 70 |
| <i>Соловьев А.Е., Кульчицкий О.А.</i> Диагностика ишемических повреждений кишечника при острой спаечной странгуляционной кишечной непроходимости у детей. . . . .  | 71 |
| <i>Сорокина М.С., Журило И.П., Алексеев А.Г., Юдин К.К.</i> Морфологические особенности тонзиллогенного аппендицита у детей. . . . .   | 71 |
| <i>Стриженок Д.С., Гребченко О.А., Трофимова Ю.А.</i> Торакоскопическое удаление инородного тела плевральной полости у детей. . . . .  | 72 |
| <i>Татаркин Е.В.</i> Лечение паховых грыж у детей. . . . .   | 72 |
| <i>Тибилев А.З., Киреева Н.Б., Рожденкин Е.А., Смирнов А.Н., Плехарский Н.А., Проничев М.А., Кандюков А.Р.</i> Осложнения дивертикула Меккеля как экстренная хирургическая патология у детей. . . . .  | 73 |
| <i>Тимофеева А.В., Карасева О.В., Телешов Н.В., Горелик А.Л.</i> Срединные кисты шеи у детей. . . . .  | 73 |
| <i>Томашкевич Б.А., Анастасов А.Г.</i> Применение каудальной блокады у новорождённых с некротизирующим энтероколитом. . . . .  | 74 |
| <i>Федоров А.К., Ким Л.А., Наливкин А.Е., Пыхтеев Д.А., Филюшкин Ю.Н., Елин Л.М., Гацуцын В.В.</i> Случай ущемления врождённой левосторонней диафрагмальной грыжи Бохдалека, осложнённой заворотом желудка и перфорацией пищевода у ребёнка. . . . .                   | 74 |
| <i>Фофанов В.А., Фофанов А.Д., Матияш О.Я., Дидух И.Н.</i> Результаты реконструктивных операций при врождённой аноколоректальной патологии у детей. . . . .  | 75 |
| <i>Хайирбеков Т.Х., Тихмаев А.Н., Садыкова М.М., Мейланова Ф.В., Ашурбеков В.Т., Казилев Б.Р.</i> Применение лапароскопии в лечении аппендикулярного перитонита у детей. . . . .   | 75 |
| <i>Цап Н.А., Азарова Д.И., Сухарев А.С., Куркубет Н.Ю.</i> Черепно-мозговая травма у младенцев. . . . .  | 76 |
| <i>Цап Н.А., Некрасова Е.Г., Мликова Т.В., Глухих А.Ю., Пашинский С.В., Саламатов Е.Н.</i> Этапы оперативного лечения электрохимических повреждений пищевода и трахеи у детей. . . . .   | 76 |
| <i>Цап Н.А., Чукуреев В.И., Чукуреев А.В., Макаров П.А., Рубцов В.В., Елисеев А.С., Борисов С.А.</i> Открытая травма живота, осложнённая кишечным свищом у ребёнка. . . . .  | 77 |



|  |    |
|--|----|
| <i>Цымбал И.Н., Аксенова Н.В., Безмельницына Л.Ю., Транковский С.Е., Чучарин О.В.</i> Опыт реабилитации детей после травм и ортопедических операций в отделении медицинской реабилитации ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков» ФМБА России. . . . . | 77 |
| <i>Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Боймурадов Н.С., Тогаев И.У.</i> Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у детей. . . . .   | 78 |
| <i>Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Давранов Б.Л., Имамов Д.О., Ибрагимов О.А.</i> Анализ причин наложения стом при врожденной кишечной непроходимости у новорожденных. . . . .  | 78 |
| <i>Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Хуррамов Ф.А., Данияров Э.С.</i> Гистоморфологическая структура остро возникшей кисты семенного канатика у новорожденных и детей раннего возраста. . . . .   | 79 |
| <i>Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Атакулов Д.О., Пулатов П.А., Исаков А.М., Юсупов Ш.А.</i> Применение современных технологий в детской урологии. . . . .  | 79 |
| <i>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Бойжигитов Н.И., Махмудов З.М., Данияров Э.С.</i> Ультразвуковое исследование в диагностике острого гематогенного эпифизарного остеомиелита у детей раннего возраста. . . . .   | 80 |
| <i>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Давранов Б.Л., Муталибов И.А.</i> Малоинвазивное хирургическое лечение врожденных лимфангиом у детей. . . . .   | 80 |
| <i>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Махмудов З.М., Исаков А.М.</i> Усовершенствование ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей. . . . .  | 81 |
| <i>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А., Юсупов Ш.А.</i> Инородные тела дыхательных путей у детей. . . . .  | 81 |
| <i>Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Махмудов З.М., Зайниев С.С.</i> Результаты лечения абдоминальной травмы у детей. . . . .   | 82 |
| <i>Шарипов А.М., Шамсзода Х.А., Юсупов Б.Х., Баротов А.А., Додочонов Ю.Т.</i> Выбор методов лечения рубцового стеноза пищевода у детей. . . . .  | 82 |
| <i>Шеламов И.В., Завражнов А.А., Аргунов А.В., Задьян С.С.</i> Особенности хирургического лечения при проведении реконструктивных операций на опорно-двигательном аппарате в период стабилизации жизненно важных функций у детей с политравмой. . . . .                      | 83 |
| <i>Щедров Д.Н., Григорьева М.В., Шорманов И.С., Саруханян О.О., Гасанова Э.Н., Морозов Е.В., Гарова Д.Ю.</i> Перекрут гидатиды у мальчиков – причины неэффективности консервативного лечения. . . . .  | 83 |
| <i>Щедров Д.Н., Шорманов И.С., Морозов Е.В., Каганцов И.М., Чертюк В.Б., Владисова Д.А., Фарков М.А., Окопный М.Ю., Поляков П.Н., Купряков С.О.</i> Сравнительный анализ традиционных и лапароскопических вмешательств при нарушениях облитерации урахуса у детей. . . . .   | 84 |
| <i>Щедров Д.Н., Шорманов И.С., Нестеров П.В., Гарова Д.Ю., Синотова В.А.</i> Неотложные состояния при нефрэктомии у детей. . . . .   | 84 |
| <i>Щербинин А.В., Щербинин А.А., Вакуленко М.В., Бессонова А.Д., Лепихов И.П.</i> Ультразвуковая диагностика острого аппендицита у детей в практике ургентного хирурга. . . . .  | 85 |
| <i>Эргашев Н.Ш., Отамурадов Ф.А.</i> Нозологическая структура редких региональных форм аноректальных мальформаций у детей. . . . .   | 85 |
| <i>Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Атакулов Ж.О., Шахриев А.К.</i> Экспериментальное обоснование эффективности озонотерапии при перитоните у детей. . . . .   | 86 |
| <i>Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Зуфаров А.А., Пулатов П.А., Данияров Э.С.</i> Роль интерлейкина-1 $\beta$ и интерлейкина-18 в развитии уролитиаза у детей. . . . .   | 86 |



**МАТЕРИАЛЫ IX ВСЕРОССИЙСКОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ»  
• 17–20 февраля 2021 года • Москва •**

*Абдулаев М.А., Ашурбеков В.Т., Гаджиев З.З., Магомедов М-А.М-А.*

### **Фелиноз у детей**

ГБУ Республики Дагестан «Детская республиканская клиническая больница имени Н.М. Кураева»,  
Махачкала, Республика Дагестан, Россия

**Актуальность.** Фелиноз – острая инфекция, возникающая после укуса, царапин кошек, которая сопровождается первичным аффектом, региональным лимфаденитом, реже лихорадкой, гепатоспленомегалией, поражением ЦНС.

**Цель** – выявить алгоритм течения фелиноза у детей, меры профилактики и лечения.

**Пациенты.** За последние 3 года в травмпункт ДРКБ обратились 586 детей с повреждением кожных покровов кошками. По возрасту: до 3 лет – 98 (16,8%), 3–7 – 224 (38,2%), 7–10 – 204 (34,8%), старше 10 – 60 (10,2%). Мальчиков – 300 (51,2%), девочек – 286 (48,8%). Сроки обращения: в 1-е сутки – 210 (35,8%) детей, вторые – 190 (32,4%), более 3 суток – 176 (31,8%). С повышенной температурой тела (до 38 °С) – 21 (3,6%) ребёнок, с регионар-

ным лимфаденитом – 32 (5,4%). Обследование детей – комплексное. Лечение – антибактериальное, АС (по прививкам), КОКАВ. Госпитализировано 300 (51,2%) детей из категории тяжёлого поражения (голова, кисти, предплечье, стопа, голень). Все они получали в стационаре АКДС, АИК, КОКАВ.

**Результаты.** Среди госпитализированных детей регионарный лимфаденит выявлен у 32 (10,6%). Размеры лимфоузлов 1–3,5 см, умеренно болезненные. Абсцедирование – у 2 (0,6%). Все дети выписаны с выздоровлением.

**Заключение.** Фелиноз у детей может протекать по-разному. Прогнозировать течение трудно, необходимо проводить профилактику, санитарно-просветительную работу всеми доступными коммуникационными средствами.

*Абушкин И.А., Белякова А.В.*

### **Отдалённые результаты лечения детей с тотальным аганглиозом толстой кишки с сохранением двух аганглионарных сегментов**

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

**Актуальность.** Тотальный аганглиоз толстой кишки (ТАТК) – особая форма заболевания с вовлечением тонкой кишки. Удаление всей поражённой кишки с формированием илеоанального анастомоза часто приводит к развитию синдрома короткой кишки. Операции с оставлением участка аганглионарной кишки направлены на улучшение качества жизни детей, однако широко распространено мнение, что это может привести к нарушению пассажа по кишечнику.

**Цель.** Анализ отдалённых результатов лечения пациентов с ТАТК.

**Пациенты.** С 1998 г. прооперировано 8 детей с ТАТК. Зона аганглиоза у всех пациентов распространялась на тонкий кишечник, захватывая максимально  $\frac{2}{3}$  подвздошной кишки. Отдалённые результаты изучены в срок от 4 до 22 лет.

**Результаты.** Начиная с 1998 г. при лечении детей с ТАТК мы оставляем два аганглионарных сегмента толстой кишки. Первым этапом накладываем илеостому и, отступая от нее на 13–15 см, создаем аппаратный анастомоз бок-в-бок с заглушенным 7–8-сантиметровым сегментом

толстой кишки на сосудистой ножке. Вторым этапом закрываем илеостому, удаляем оставшуюся толстую кишку до прямой кишки и накладываем с последней анастомоз по Дюамелю с аппаратным рассечением перегородки (Абушкин И.А. и соавт., 2000). Двое детей умерли – один в первые сутки после выполнения заключительного этапа операции от генерализации вирусной инфекции, которую он перенёс накануне и на момент операции был признан здоровым. У второго пациента с подтверждённым аганглиозом сопутствующим заболеванием был муковисцидоз. Смерть от пневмонии в возрасте 8 лет. Остальные 6 пациентов живы, старшим 20–22 года. Один из них студент-медик. Все пациенты питаются с общего стола, развитие нормальное. О периодических вздутиях живота, слышимой перистальтике сообщили 2 из 6 пациентов. Средняя частота стула за сутки составила 4 (1–6). Все пациенты при присоединении вирусной инфекции отмечали учащение стула, но ни у одного из них не потребовалась госпитализация.

**Заключение.** Полученные результаты позволяют рекомендовать нашу технологию в лечении детей с ТАТК.



*Аврасин А.Л., Румянцева Г.Н., Карташев В.Н., Бурчёнкова Н.В., Медведев А.А., Долинина М.В.*

## Лечебная тактика при «немой почке» у детей

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра детской хирургии, Тверь, Россия;  
ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница», Тверь, Россия

**Актуальность.** Основной задачей лечения «немой почки» является выбор адекватного способа её дренирования.

**Цель.** Выбор лечебной тактики при «немой почке».

**Пациенты.** В урологическое отделение ДОКБ ежегодно экстренно госпитализируется до 10 детей в возрасте от 1 мес до 18 лет с выраженным угнетением функции почки в результате обструкции мочеточника конкрементом или обострения вторичного хронического пиелонефрита на фоне врождённого гидронефроза.

**Результаты.** При наличии конкрементов устанавливался мочеточниковый стент, что разрешало почечную колику и восстанавливало функцию почки. В случае ожидаемого самостоятельного отхождения конкремента проводилась консервативная терапия, стент удалялся. Пациенты, у которых размеры конкремента не позволяли ожидать самостоятельного отхождения, готовились к литотрипсии. Детям до 3 мес с врождённым гидронефрозом и выраженным нарушением функции почки накладывалась пункционная пиелостомы или нефростомы под УЗИ-контролем. Контролировались объём и лабораторные по-

казатели мочи, выделяемой по стоме, состояния почки по УЗИ, нефросцинтиграфии. При достаточном восстановлении функции почки больные готовились к органосохраняющей операции. У пациентов старше 3 мес выполнялась катетеризация мочеточника, что позволяло восстановить пассаж мочи и проследить восстановление функции почки по объёму и составу выделяемой мочи. Далее устанавливался мочеточниковый стент. Сроки ведения пациентов на стенте зависели от течения воспалительного процесса, восстановления функции почки. Попытки удаления стента и подготовки пациента к плановой операции без внутреннего дренажа, как правило, вызывали резкое ухудшение пассажа мочи, почечную колику и необходимость повторной установки стента. В дальнейшем пациентам проводились радикальные операции с сохранением внутреннего дренирования.

**Заключение.** Таким образом, своевременное восстановление пассажа мочи при немой почке, позволяет в большинстве случаев улучшить функцию органа и подготовить пациента к органосохраняющей операции.

*Аксельров М.А., Аксельров А.М., Евдокимов В.Н., Связян В.В., Столяр А.В., Мальчевский В.А., Сатывалдаев М.Н., Емельянова В.А., Григорук Э.Х.*

## Инородные тела мочевыделительной системы у детей

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тюмень, Россия

**Актуальность.** Инородные тела мочевыводящих путей в настоящее время являются большой проблемой в связи с относительным ростом заболеваемости детей данной патологией за последние 10 лет. Основными путями проникновения инородных тел являются: введение пациентами через уретру самостоятельно или хирургом во время манипуляции, мигрирование предметов из близлежащих органов, проникающие ранения и попадание живых организмов самостоятельно. Наиболее частой причиной попадания инородного тела в мочевые пути в последние годы считают половую или эротическую подоплёку, психические отклонения, любопытство. Поэтому можно столкнуться с трудностями диагностики в связи с сокрытием ребёнком факта попадания инородного тела. Учитывая различный характер инородных тел в диагностике применяется УЗИ и рентгенография.

**Цель.** Анализ случаев инородных тел мочевыделительной системы у детей.

**Пациенты.** За последние 2 года под нашим наблюдением в ОКБ № 2 г. Тюмени находилось 2 подростка с инородными телами мочевыводящих путей: девочка 14

лет обратилась в приёмное отделение в короткие сроки от начала заболевания, когда во время мастурбации ввела в уретру карандаш для рисования и не смогла извлечь. Наличие инородного тела подтверждено по УЗИ. Мальчик 16 лет, который до момента постановки диагноза предъявлял жалобы на дизурию, при этом скрывал факт попадания инородного тела в органы мочеполовой системы. До поступления лечился на участке по поводу инфекции мочевыводящих путей.

**Результаты.** При выполнении УЗИ-исследования в просвете мочевого пузыря (у мальчика) выявлена линейная изогнутая структура, которой оказался стержень от клеевого пистолета. У обоих пациентов инородные тела успешно извлечены методом цистоскопии без осложнений.

**Заключение.** Необходимо заострение внимания педиатров, детских хирургов, урологов на возможность скрывания детьми факта попадания инородных тел в мочевые пути. Применение малоинвазивных методик позволяет подтвердить диагноз и выполнить безопасное удаление инородного тела.



*Аксельров М.А., Чевжик В.П., Евдокимов В.Н., Связян В.В., Столяр А.В., Мальчевский В.А., Скрабин Е.Г., Вешкурцева И.М.*

## **Клинико-эпидемиологические аспекты острого гематогенного остеомиелита у детей в Тюменской области**

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тюмень, Россия;  
ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница № 2», Тюмень, Россия

**Актуальность.** Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) является распространённой инфекцией среди детей, запоздалое лечение которой может привести к тяжёлым осложнениям и функциональным изменениям опорно-двигательного аппарата. По данным литературы, в 67% случаев ОГО болеют мальчики, пик заболеваемости приходится на возраст 3 года и старше. В этиологии значимая роль отводится *Gr+* кокковой флоре, в частности *S. aureus*. В воспалительный процесс чаще вовлекаются кости нижних конечностей и таза.

**Цель.** Выявление эпидемиологических показателей и клинических характеристик ОГО у детей.

**Пациенты.** В ретроспективный анализ вошли 79 историй болезни детей с острым гематогенным остеомиелитом, получавших лечение в хирургическом отделении ГБУЗ ТО ОКБ № 2 в период с 2014 по 2018 г.

**Результаты.** Среднегодовое число случаев выявления остеомиелита составило  $15,8 \pm 4,97$  (12–24). Наибольшее количество выявленных случаев приходилось на зимний период – 24, что составило 30,4% от общего числа.

68,3% заболевших были мужского пола, 32,7% – женского. Средний возраст пациентов составил  $7,6 \pm 5,6$  лет (0–17). Наибольшее количество случаев пришлось на грудной возраст – 19,7%. В воспалительный процесс чаще вовлекались кости нижних конечностей: бедренная – 38%, большеберцовая – 28%. Самой редкой локализацией явилась гематогенный остеомиелит ребра, ключицы, костей таза и локтевой кости.

**Заключение.** Таким образом, эпидемиологические и клинические данные нашего исследования не противоречат данным литературы. Но, по данным нашего исследования, отмечается большой процент ОГО у детей грудного возраста, что по всей вероятности связано с особенностями иммунитета новорождённого, а также факторов риска наличия инфекции во время беременности у матери. В связи с чем, несмотря на общую тенденцию к снижению роста заболеваемости, детским хирургам следует проявлять настороженность при диагностическом алгоритме детей с болью в конечности или суставах.

*Александров А.В., Гончарук П.В., Смирнов А.А., Евдокимов А.Н.*

## **Реконструкция мягких тканей ногтевых фаланг пальцев кисти у детей**

ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова ДЗМ», Москва, Россия

**Актуальность.** Открытые травмы пальцев кисти являются одной из самых частых причин обращения в учреждение экстренной медицинской помощи. Проблема дефектов ногтевых фаланг пальцев кисти у детей, при всем многообразии практических и теоретических рекомендаций, не имеет общепринятого подхода к решению, а поэтому является актуальной.

**Цель.** Улучшение функциональных и косметических результатов хирургического лечения повреждений дистальных отделов ногтевых фаланг пальцев кисти у детей.

**Пациенты.** За 2020 г. в отделении микрохирургии ДГКБ им. Н.Ф. Филатова проходили лечение 53 ребёнка с дефектами мягких тканей ногтевых фаланг пальцев кисти. Пациенты разделены на группы в зависимости от выполненного метода закрытия дефекта ногтевой фаланги. Из них 22 (42%) детям выполнена реконструкция мягких тканей ногтевой фаланги пальца кисти с помощью ладонного лоскута, 19 (36%) детям – с помощью скользящего треугольного лоскута, 2 (3%) – аутодермопластика дефекта, 5 (9%) – закрытие дефекта с по-

мощью островкового гомодигитального реверсивного лоскута, 5 (9%) пациентам – с помощью перекрёстного лоскута с соседнего пальца. В отдалённые сроки оценка производилась с помощью объективных (оценка двухточечной дискриминационной чувствительности (тест Вебера), температурной, болевой чувствительности) и субъективных методов (анкетирование родителей и детей старше 12 лет посредством шкалы-опросника DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure)).

**Результаты.** По объективным и субъективным критериям, с точки зрения возвращения к исходному уровню функции пальца, наиболее эффективными лоскутами являются скользящий треугольный и островковый.

**Заключение.** Применение одноэтапной реконструкции мягких тканей ногтевых фаланг пальцев кисти у детей, в частности с помощью островкового гомодигитального лоскута является более эффективным и быстрым универсальным методом в сравнении с традиционными ладонным и скользящим треугольным лоскутами.



*Алпатов В.Н., Грабовский М.Б.*

## Опыт лечения пороков развития 1-го пальца кисти у детей

ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница Святого Владимира ДЗМ», Москва, Россия

**Актуальность.** Врожденные пороки 1-го пальца кисти представляют собой сложную проблему в детской ортопедии. Функция кисти на 50% зависит от 1-го пальца. По-прежнему отсутствует единый подход к тактике лечения, дискутируется вопрос об оптимальном возрасте для оперативного лечения, сохраняется относительно большое количество осложнений.

**Цель.** Представить опыт и результаты лечения детей с пороками развития 1-го пальца кисти.

**Пациенты.** В ДГБ № 19 им. Т.С. Зацепина и ДГКБ св. Владимира за последние 30 лет было пролечено 237 больных с пороком развития 1-го пальца на 275 кистях, на которых выполнено 305 операций. Дети были распределены на следующие группы: полидактилия – 171 больной (195 кистей), клинодактилия – 41 (55 кистей) и гипоплазия 1-го пальца – 25 пациентов (25 кистей).

**Результаты.** Основная масса пациентов пролечена в дошкольном возрасте. При лечении полидактилии чаще всего удаляли дополнительные пальцы. Одновременно, выполняли моделирующую резекцию выступающей части пястной кости, пластику связки заинтересован-

ного сустава, коррекцию оси основного пальца. Симметричное удвоение 1-х пальцев служило показанием к формированию одного пальца из двух путем продольной резекции обращенной друг к другу части фаланг в возрасте 2–3 лет. Во всех случаях получен хороший результат. В группе больных с клинодактилией выполнено 59 операций. Удаление рудиментарной средней фаланги 1-го пальца в 2–3 года во всех 37 случаях было эффективным, так как наступило ремоделирование суставных поверхностей и восстановился полный объем движений. Корректирующая остеотомия искривленной фаланги 1-го пальца с исправлением его оси в 22 случаях была эффективной. Показанием к операции было искривление оси пальца на 15–20 гр и более. При гипоплазии или аплазии большого пальца в 15 случаях нами с успехом применялась операция полицизации 2-го пальца по Бак–Грамо с хорошим функциональным результатом.

**Заключение.** Хирургическое лечение врожденных пороков 1-го пальца кисти у детей является сложной проблемой, и лечение данной категории больных необходимо проводить в условиях специализированного отделения.

*Алхасов А.Б., Разумовский А.Ю., Фисенко А.П., Дьяконова Е.Ю., Яцык С.П., Гусев А.А., Гурская А.С., Баязитов Р.Р., Савельева М.С., Романова Е.А., Комина Е.И., Ратников С.А.*

## Мини-доступ при лечении пороков развития желчевыводящих путей у детей

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Киста холедоха (КХ) у детей является редким пороком развития желчевыводящей системы, которая может являться причиной подпечёночного холестаза и разрыва с развитием желчного перитонита. Что нередко приводит к необходимости срочного оперативного лечения. Наиболее оптимальным методом лечения является удаление КХ в пределах здоровых тканей и формирования гепатикоэнтероанастомоза на петле Ру (ГЭ на петле Ру).

**Цель.** Оценка результатов хирургического лечения КХ.

**Пациенты.** За период с 2019 по 2020 г. в условиях ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» РФ оперировано 26 детей с КХ (КХ – у 24, повреждение холедоха при холецистэктомии – у 2). Из них 6 мальчиков и 20 девочек. Возраст от 1 мес до 17 лет.

**Результаты.** Всем детям была выполнена радикальная операция в объеме ГЭ на петле Ру через мини-доступ (длина 3,5–5 см). В 11,5 % случаев (3 пациента) была выполнена реконструкция наружных желчных протоков на уровне долевых печёночных протоков с формированием

гепатикохоледоха, с применением микрохирургической техники. В 7,6% случаев (2 ребёнка) был выполнен дополнительный панкреатикоэноанастомоз на той же петле Ру. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила  $93 \pm 11,6$  мин. В послеоперационном периоде активизацию детей и начало энтеральной нагрузки начинали на 1-е п/о сутки. Дренаж из брюшной полости удаляли на  $4,3 \pm 2,5$  сутки. Средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре после оперативного лечения составила  $10 \pm 3,7$  дня. В отдалённые сроки наблюдения от 6 до 20 мес у всех детей получены хорошие результаты, отмечалось отсутствие синдрома холестаза, купирование болевого синдрома, сокращение размеров долевых протоков.

**Заключение.** Наш опыт лечения детей с кистами холедоха показывает, что применение мини-доступа при пороках развития наружных желчных ходов обеспечивает адекватный обзор зоны интереса, позволяет радикально иссечь поражённые ткани, при необходимости выполнить пластику наружных желчных ходов и обладает низкой травматичностью.



*Алхасов А.Б., Разумовский А.Ю., Фисенко А.П., Дьяконова Е.Ю., Яцык С.П., Гусев А.А., Ратников С.А., Романова Е.А., Савельева М.С., Комина Е.И.*

## Хирургические аспекты лечения портальной гипертензии у детей

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Портальная гипертензия (ПГ) – синдром, характеризующийся повышением давления в сосудах бассейна воротной вены. ПГ – одна из наиболее частых и серьезных причин острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Существует несколько методик, направленных на предотвращение кровотечения: эндоскопические методы (склерозирование/лигирование варикозных вен пищевода), операции дevasкуляризации пищевода и желудка, операции сосудистого шунтирования. Операции порто-системного шунтирования – один из наиболее эффективных методов хирургического лечения портальной гипертензии, поскольку они направлены на устранение причины возникновения варикозных вен пищевода и желудка.

**Цель.** Оценить эффективность хирургического лечения портальной гипертензии у детей.

**Пациенты.** В ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» за 2019–2020 гг. поступило 48 пациентов с синдромом портальной гипертензии. Возраст пациентов составил от 6 мес до 17 лет 5 мес. 13 (27%) пациентов до этого были оперирова-

ны по месту жительства, выполнены различные варианты шунтирующих операций.

**Результаты.** Мезопортальное шунтирование выполнено 11 (23%) пациентам, 14 (29,1%) – различные вариации мезокавального шунтирования, 23 (47,9%) – супрасплено/спленоренальное шунтирование. У 4 (8,3%) пациентов через 6 мес выявлена дисфункция шунта, которая потребовала повторной операции: у 2 пациентов после спленоренального шунтирования, у 1 после мезокавального-Н-шунтирования, у 1 после мезопортального шунтирования. У всех пациентов отмечается положительная динамика в виде сокращения варикозных вен пищевода.

**Заключение.** Мезопортальное шунтирование является радикальным методом лечения при внепеченочной портальной гипертензии у детей, которая восстанавливает нормальную анатомию и физиологию портальной системы. Спленоренальное и порто-кавальное шунтирования позволяют снизить или устранить риск кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

*Ахадов Т. А.*

## Компьютерная томография в диагностике острой скелетной травмы у детей

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  
ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Компьютерная томография (КТ) давно используется для диагностики повреждений скелета. Часто травмы скелета, характерные для детей, остаются нераспознанными, так как принимаются за варианты нормы. В этих случаях КТ является эффективным и универсальным методом выбора. Многоплановая реформация (МПП) визуализирует структуры, 3D-изображения помогают понимать пространственные отношения, а современные технологии подавления артефактов от металла позволяют контролировать послеоперационные результаты даже при наличии металлических имплантов.

**Цель.** Показать возможности КТ при скелетной травме у детей.

**Пациенты.** Обследовано 807 детей в возрасте от 3 мес до 18 лет. Показанием к проведению КТ в НИИ НДХиТ был факт политравмы, а при изолированной скелетной травме – внутрисуставные переломы и сложные многооскольчатые переломы.

**Результаты.** Обследовано 807 детей со скелетной травмой, из них КТ применена в 98% случаев в течение 24 ч после получения травмы. При рентгенографии были

пропущены: компрессионные переломы в 75,9% случаев, переломы ключицы, ребер, грудины, лопатки или плечевой кости – в 30%, переломы плечевого сустава (мелкие внутрисуставные фрагменты) и плечевой кости – в 7%. В случаях травмы костей кисти КТ на 21,3% больше визуализировала, чем рентгенография. КТ на 43% была эффективнее рентгенографии при исследовании костей таза, особенно при переломах крестца и копчика. Метод был оптимальным для определения депрессии плато большеберцовой кости и проксимальной тibiо-фибулярной дислокации, переломов большеберцового плафона и костей, образующих голеностопный сустав и стопу, так как при использовании КТ хорошо видны трещины, осколки и дислокация фрагментов, их размеры.

**Заключение.** Компьютерная томография в настоящее время стала практически первым и единственным диагностическим методом при травме скелета у детей из-за простоты выполнения, скорости и обширного анатомического охвата. Правильное использование МПП и 3D-изображений может свести к минимуму лучевую нагрузку на детей.



*Ахадов Т.А., Божко О.В., Мельников И.А., Карманова Т.Д.*

## Компьютерная томография при переломах голеностопного сустава у детей

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Повреждения голеностопного сустава (ГСС) составляют от 15 до 40% случаев от переломов костей голени. У детей с открытыми зонами роста большинство переломов костей ГСС проходят через ростковые зоны. Эта особенность заставляет травматологов внимательнее относиться к таким пациентам из-за вероятных последствий повреждений метаэпифизарных пластинок (задержка роста и деформации). Рентгенография не всегда определяет степень смещения отломков и нарушение взаимоотношений между костями ГСС. Компьютерная томография (КТ) с высокой точностью определяет степень смещения отломков, представляет характеристику переломов, выявляет скрытые сопутствующие повреждения, дает реконструированные 3D-изображения, отвечающие требованиям современной хирургии.

**Цель.** Показать возможности компьютерной томографии в диагностике переломов голеностопного сустава.

**Пациенты.** 226 детей в возрасте от 3 до 17 лет. Мальчиков – 142 (62,8%), девочек – 84 (37,2%).

**Результаты.** У 147 детей выявлены правосторонние переломы ГСС, левосторонние – у 79 детей. Самыми ча-

стыми видами переломов костей голени были метаэпифизиолиз дистального отдела большеберцовой кости и метаэпифизиолиз дистальных отделов обеих костей голени, которые в сумме составили 67,7% от всех переломов голени. Из 54 детей с переломами лодыжек у 38 они были нестабильными, сопровождалась смещением отломков, подвывихами и вывихами стопы. 30 из них была выполнена магнитно-резонансная томография. Из них у 17 была повреждена передняя таранно-малоберцовая связка, у 8 – с авульсией костных фрагментов от латеральной лодыжки, у 2 детей выявлено повреждение задней таранно-малоберцовой связки, у 14 – пяточно-малоберцовой связки, у 9 – частичное повреждение дельтовидной связки, у 2 – полный разрыв.

**Заключение.** Компьютерную томографию необходимо выполнять во всех случаях внутрисуставных переломов голеностопного сустава. КТ с мультипланарным реформатированием данных устанавливает окончательный диагноз и является решающим фактором в принятии решения о необходимости хирургического лечения.

*Ахадов Т.А., Мельников И.А., Ахлебинина М.И., Горелик А.Л.*

## Диагностика травмы поджелудочной железы у детей

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Травма поджелудочной железы (ПЖ), особенно изолированная, сравнительно редка у детей и составляет от 3 до 12% всей абдоминальной травмы. Большинство повреждений ПЖ сочетается с повреждениями печени, селезенки, двенадцатиперстной кишки. КТ для визуализации поврежденной ПЖ считается первым методом, хотя в остром периоде её результаты сложны для интерпретации и оценки. Если стоит вопрос о повреждении панкреатических протоков, то используют МРТ, которая визуализирует особенности видов травмы ПЖ, и её результаты коррелируют с данными КТ.

**Цель.** Оценка КТ и МРТ в диагностическом алгоритме повреждений ПЖ при тупой травме у детей.

**Пациенты.** Обследовано 68 детей от одного года до 18 лет (средний возраст  $9 \pm 3,2$ ,  $p = 0,05$  лет) с повреждением ПЖ. Из них 67,7% ( $n = 45$ ) мальчики, 33,3 ( $n = 23$ ) девочки. КТ выполнена по двухэтапному протоколу (без и с контрастным исследованием) обследования детей с сочетанной травмой. МРТ проводилась на томографе

3 Тл с получением T1-, T2- и PD-взвешенных изображений (ВИ) с фактором подавления сигнала жировой ткани (FS) и магнитно-резонансной холангио-панкреатографии. Из 68 детей с повреждением ПЖ у 9 (13,2%) травма была изолированной, у 59 (86,8%) – сочетанной, из них у 5 (8,5%) детей имелись множественные повреждения органов брюшной полости, в частности травма селезенки – 45%, печени – 37%, почек – 3,4%, двенадцатиперстной кишки – 5%. Самыми частыми по шкале AAST повреждениями ПЖ были ушибы или разрывы без повреждения протока – 75,4% ( $n = 52$ ) I и II степени, далее разрывы с повреждением протока – 23,2% ( $n = 16$ ) III и IV степени, а повреждение V степени было только у одного (1,4%) ребенка.

**Заключение.** КТ является золотым стандартом визуализации травмы ПЖ при первичном обследовании. МРТ показана в связи с вероятной недооценкой степени травмы и её временной эволюции для установления видов и деталей повреждения ПЖ, особенно панкреатических и желчных протоков.



*Ахадов Т.А., Семенова Н.А., Ублинский М.В., Манжурцев А.В.*

## Протонная магнитно-резонансная спектроскопия у детей в вегетативном состоянии

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Таламус – компактная версия коры головного мозга и хранилище сенсорной информации из внешнего мира. Повреждение таламуса приводит к уничтожению информации. В последние годы протонная магнитно-резонансная спектроскопия (1H МРС) используется для мониторинга метаболизма, связанного с травмой центральной нервной системы (ЦНС). При снижении концентрации метаболитов происходит потеря нейронов или дисфункция. Поэтому 1H МРС очень важна для оценки степени повреждения таламуса у пациентов в вегетативном состоянии (ВС).

**Цель** – определение возможностей и ценности 1H МРС в оценке таламуса у детей в вегетативном состоянии.

**Пациенты.** Двусторонняя 1H МРС выполнена 47 пациентам с тяжелой ЧМТ с неповрежденным таламусом и, по данным структурной МРТ, находившихся в ВС, и 12 здоровых добровольцам. Проведен сравнительный анализ соотношений NAA/Cr и Ch/Cr в таламусе у 22 пациентов, находившихся в ВС (1-я группа), у 19 пациентов, у которых после ВС вернулось сознание

(2-я группа), и у 12 здоровых добровольцев (3-я контрольная группа).

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

**Заключение.** Соотношение 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.

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

## Алгоритм лучевой диагностики острой черепно-мозговой травмы у детей в неотложном стационаре

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Компьютерная томография (КТ) в настоящее время является самым распространённым методом диагностики острой черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Магнитно-резонансная томография (МРТ) в острой фазе ЧМТ превосходит КТ в выявлении большинства видов травматических повреждений. Целый ряд повреждений головного мозга, коррелирующих с тяжестью травмы, может быть визуализирован лучше или 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 внедрённым в практику НИИ НДХиТ алгоритмом диагностики острой ЧМТ, рассказать о возможностях, преимуществах и недостатках обоих диагностических методов (КТ и МРТ).

**Пациенты.** За последние 3 года в НИИ НДХиТ поступили 250 детей с ЧМТ различной степени тяжести – 150 мальчиков, 100 девочек. Были ретроспективно проанализированы данные методов лучевой диагностики,

в том числе в ассоциации с клиническими данными и анализом исходов.

**Результаты.** Компьютерная томография головного мозга – метод выбора в диагностике ЧМТ в условиях неотложной специализированной помощи (позволяет объективно быстро оценить внутрочерепную ситуацию), однако КТ не позволяет оценить весь спектр повреждений головного мозга. Магнитно-резонансная томография является чрезвычайно чувствительным методом для оценки изменений при ЧМТ. Диффузионно-взвешенная МРТ в сочетании с методикой получения изображений, взвешенных по магнитной восприимчивости (SWI), позволяет с высокой точностью визуализировать очаги диффузного аксонального повреждения, субарахноидальные кровоизлияния, 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 при ЧМТ необходима мультимодальная диагностика. МРТ необходимо в обязательном порядке включать в алгоритм обследования пациентов с острой ЧМТ.



*Ахмедов Ю.М., Азизов М.К., Хаитов У.Х., Ахмедов И.Ю.*

## **Особенности лимфатической антибиотикотерапии при гнойно-воспалительных заболеваниях у детей**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Выбор антибиотиков для лечения инфекций у детей является одним из важных звеньев в получении положительных результатов. Выбранный антибиотик должен соответствовать спектру лекарственной чувствительности основных патогенов здесь и сейчас, также большую роль играет путь введения лекарств, недоучет вышеперечисленных факторов способствует ухудшению результатов лечения.

**Цель.** Проанализировать особенности проведения лимфатической терапии в детском возрасте при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей.

**Пациенты.** Пролечены 118 детей (72 мальчика, 46 девочек), в возрасте от 1 мес до 15 лет.

**Результаты.** Для достижения эффекта химиотерапии антибиотики вводились в общеизвестные точки. Больные, в первые дни поступления, получали антибиотики широкого спектра действия с последующим подбором антибиотиков соответственно результатам чувствительности. При введении антибиотики разводили 0,5% раствором новокаина со-

ответственно методике. Концентрация раствора новокаина вызывала у наших пациентов беспокойство. Предварительное введение раствора новокаина как лимфостимулятора не вызывало беспокойство у больных, они спокойно переносили манипуляцию. При наличии процесса на конечностях, после лимфатического введения препарата соответственно методике мы накладывали манжетку от тонометра с созданием давления в 35–40 мм рт. ст. Однако у части больных отмечено онемение и похолодание конечности. Поэтому нами разработана формула для расчёта давления манжетки с учётом возраста ребёнка:  $D = D_m : 3$ , где  $D$  – необходимое давление в манжете,  $D_m$  – максимальный уровень АД больного ребёнка, 3 – постоянный коэффициент.

**Заключение.** Результаты лимфатического введения антибиотиков указывают на высокую эффективность этого метода. Однако при его применении необходим индивидуализированный подход с учётом состояния развития нервной системы, возраста ребёнка и исходного уровня артериального давления.

*Ахмедов Ю.М., Ибрагимов К.Н., Ахмедов И.Ю., Мирмадиев М.Ш.*

## **Сравнительная оценка методов хирургической коррекции врождённых диафрагмальных грыж у детей**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Врождённые диафрагмальные грыжи (ВДГ) являются одной из распространённых причин мертворождения, выявляются у 1 из 2000–4000 живорождённых младенцев, часто сочетаются с другими пороками развития, составляют до 8% всех наследственных пороков.

**Цель.** Анализ летальности новорождённых с врождённой диафрагмальной грыжей на этапе специализированного хирургического стационара. Анализ патологии, возможной хирургической коррекции порока развития.

**Пациенты.** В исследование включены 26 новорождённых детей, с ВДГ, родившихся за период с 2005 по 2019 г. Проведен анализ новорождённых, госпитализированных в отделение неонатальной хирургии ОДММЦ города Самарканда. При анализе учитывалась структура патологии, летальность и вид проведённого оперативного вмешательства. Всех больных мы разделили на 2 группы:

группу сравнения составили 13 больных, оперированных лапаротомическим доступом, основную группу – 10 больных, которые оперированы торакоскопическим доступом.

**Результаты.** Анализ структуры больных за последние 14 лет показал, что 3 (12%) больных умерли в первые часы жизни. При анализе данных патологоанатомической экспертизы у всех этих больных была выраженная гипоплазия обоих лёгких. Из 23 пациентов, госпитализированных в нашу клинику, в структуре патологии превалировала ложная грыжа слева (60%).

**Заключение.** Таким образом, 12% детей с ВДГ умерли в первые часы жизни в родильном доме. После проведения оперативного вмешательства умерли 3 новорождённых. Сравнительная оценка 2 методов оперативного лечения ВДГ показала, что эндоскопическая коррекция является предпочтительным методом выбора.



*Аиурбеков В.Т., Мадани Т.*

## **Анализ черепно-мозговой травмы у детей младшей возрастной группы**

Госпиталь имени Габриеля Турэ, Бамако, Республика Мали

**Актуальность.** Черепно-мозговая травма (ЧМТ) у детей занимает первое место среди травм, требующих госпитализацию. Определённое значение имеет своеобразие анатомо-физиологических особенностей черепа и головного мозга у детей младшей возрастной группы.

**Цель.** Провести анализ ЧМТ у детей младшей возрастной группы.

**Пациенты.** В детском хирургическом отделении госпиталя им. Габриеля Турэ находилось на лечении 15 детей с ЧМТ в возрасте от 6 мес до 3 лет. Мальчиков – 9 (60%), девочек – 6 (40%). Сроки госпитализации от 1 до 4 нед. Основные причины травм – падение с высоты своего роста – 5 (33,3%), с кровати – 5 (33,3%), с рук – 3 (20%), падение с кушетки и с пеленального столика при осмотре медработниками – 2 (13,4%), падение тяжелых предметов на голову – 3 (20%). В первые сутки поступило 7 (46,6%)

детей, на вторые – 5 (33,4%), на третьи – 3 (20%). В диагностике использовались: анамнез, клинический осмотр, рентгенография, НСГ, МРТ.

**Результаты.** Выявленные повреждения: ушиб мягких тканей головы и гематомы – у 6 (40%) детей, перелом костей черепа и эпидуральные гематомы – у 2 (13,3%), сотрясение головного мозга – у 4 (26,7%), закрытый перелом + ушиб головного мозга – у 3 (20%). Состояние детей улучшалось. Необходимости в проведении оперативного вмешательства не было. Все дети выписаны под наблюдением хирурга и невропатолога.

**Заключение.** Черепно-мозговая травма у детей младшего возраста проявляется бурной реакцией на травму. В тоже время, они быстро выходят из тяжелого состояния. Чаще всего преобладают общемозговые симптомы. Все дети с ЧМТ должны быть госпитализированы и после выписки находиться под наблюдением.

*Аиурбеков В.Т., Махачев Б.М., Гаджиев З.З., Мейланова Ф.В.*

## **Укушенные раны у детей**

ГБУ Республики Дагестан «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева», Махачкала, Республика Дагестан, Россия

**Актуальность.** Укушенные раны относятся к тяжёлым или потенциально тяжёлым повреждениям, особенно в детском возрасте. Несмотря на профилактические мероприятия, количество пострадавших детей растёт.

**Цель.** Изучение алгоритма причин и последствий укушенных ран у детей, меры профилактики.

**Пациенты.** В травматологический пункт при ДРКБ за последние три года обратилось 83 633 детей с травмами. Из них с укусами – 1792 (2,14%) детей в возрасте: до 1 года – 17 (0,9%), от 1 года до 3 лет – 482 (26,8%), от 4 до 7 лет – 679 (567,8%), от 8 до 14 – 378 (21%), от 14 до 18 – 236 (13,1%) детей. Укушенных домашними животными – 1590 (88,7%), дикими – 173 (9,65%), сельскохозяйственными – 28 (1,5%). По степени тяжести: I степень – 6 (0,32%), II степень – 876 (48,8%), III степень – 954 (53,3%) детей. В стационаре лечились

954 (53,3%), амбулаторно – 838 (46,7%) детей. В стационар госпитализировались дети с укусами III степени и дети из районов. По локализации: верхняя конечность – 36%, нижняя – 36%, голова – 15%, туловище – 8%, таз – 3%, сочетанные повреждения – 8%. Укусы – 52,1%, ссадины – 36,2%, сочетанные повреждения – 6,2%, сдавление – 3,5%, рваные раны от укусов – 1,2%, скальпированные раны – 0,4%, осложнения – 0,5%.

**Результаты.** Все раны обрабатывались мыльным раствором + перекись водорода + фурациллин, по необходимости – наводящие швы, АИГ и КОКАВ. Летальных случаев и случаев бешенства не было.

**Заключение.** Проблема укушенных ран у детей остается актуальной. Вопросы профилактики требуют своего дальнейшего решения. Это зависит от многих ситуаций. Надо широко привлекать заинтересованные службы городов и районов.



*Ашурбеков В.Т., Тахиру Б.*

## Характеристика повреждений при тупой травме живота у детей

Госпиталь имени Габриеля Турэ, Бамако, Республика Мали

**Актуальность.** Тупая травма живота обусловлена высокой частотой встречаемости и по сложности диагностики занимает ведущее место среди хирургической патологии брюшной полости.

**Цель.** Определение алгоритма травматических повреждений при тупой травме живота.

**Пациенты.** В хирургическом отделении госпиталя им. Габриеля Турэ находились под наблюдением 22 ребёнка с тупой травмой живота. Мальчиков – 15 (68%), девочек – 7 (32%). По характеру травмы отмечено: падения с высоты – 8 (36,5%) детей, автотравма – 7 (31,8%), удар по животу – 3 (13,7%), падение тяжелых предметов на живот – 2 (9%), прочие – 2 (9%) детей. Методы исследования включали: анамнез, клинический осмотр, УЗИ, КТ, лапароскопию. В удовлетворительном состоянии поступили 10 (45,3%) детей, средней тяжести – 5 (22,7%), в тяжёлом состоянии – 7 (32%).

**Результаты.** Ушиб передней брюшной стенки – 5 (22,7%) детей; повреждение печени – у 6 (27,4%), из них: субкапсулярная гематома – у 2, подкапсулярный разрыв – у 1, разрывы печени с повреждением капсулы I–II степени – у 2; повреждение селезёнки – у 9 (40,9%) детей, из них: субкапсулярная гематома – у 3, подкапсулярный разрыв – у 4, разрывы полюсов и в зоне ворот – у 2; повреждение поджелудочной железы: субкапсулярная гематома – у 1 (4,5%), забрюшинная гематома – у 1 (4,5%). Из 22 детей прооперировали 7 (31,8%): ушивание ран печени, селезёнки – у 6, спленэктомия – у 1. Консервативное лечение проведено 14 (63,7%) детям. Результаты лечения благоприятные.

**Заключение.** Тупая травма живота тяжёлая и непредсказуемая патология. Своевременная диагностика и выбор адекватного метода лечения приводят к хорошим результатам.

*Ашурбеков В.Т., Тахиру Б.*

## Травматические повреждения уретры у детей

Госпиталь имени Габриеля Турэ, Бамако, Республика Мали

**Актуальность.** Травма уретры у детей занимает второе место среди травм мочеполовых органов и является тяжелой патологией, которая требует оказания помощи в экстренном порядке. При несвоевременной диагностике и некорректном лечении может привести к осложнениям.

**Цель.** Анализ методов диагностики и лечения травм уретры у детей.

**Пациенты.** В хирургическом отделении госпиталя им. Габриеля Турэ находились на лечении 13 мальчиков в возрасте 7–16 лет с травмой уретры. Причины травм: падение на промежность – 8 (61,5%) пациентов, автотравма – 3 (23%), удар по промежности – 2 (15,5%). Исследование: комплексное клинично-лабораторное, УЗИ, рентгенологическое, ретроградная уретрография. При этом выявлено: гематома в области промежности, непроникающие разрывы уретры – у 6 (46,3%), проникающие неполные –

у 4 (30,7%), проникающие полные – у 3 (23%) детей. Повреждения локализовались в промежностной части уретры – у 9 (69%), височной части – у 4 (31%). Выполненные оперативные вмешательства: вскрытие урогематомы и эпицистостомия – у 6 (46,3%), первичный шов – у 4 (30,7%), отсроченный первичный шов – у 3 (23%) детей.

**Результаты.** Результаты проведённого лечения удовлетворительные. У 2 больных выявлена умеренно выраженная стриктура уретры. Проведено бужирование и дилатация.

**Заключение.** Закрытые травматические повреждения уретры у мальчиков являются показанием к экстренной госпитализации в стационар. Проведённое комплексное обследование, диагностика имеющихся повреждений, адекватное оперативное вмешательство и консервативное лечение – залог успешного лечения детей.



*Бабич И.И., Бабич И.В., Пшеничный А.А., Аванесов М.С., Дынник А.Г., Миханошина Н.А., Мельников Ю.Н., Мельникова С.Р.*

## Тактика лечения детей с сочетанным повреждением органов брюшной полости и вдавленным переломом костей черепа

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия;

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

**Актуальность.** В настоящее время отмечается значительный рост сочетанной травмы у детей.

**Цель.** Улучшение результатов лечения больных с тяжелой сочетанной травмой.

**Пациенты.** Под нашим наблюдением с 2000 по 2020 г. находились 398 детей в возрасте от 1 мес до 16 лет с сочетанным повреждением органов брюшной полости и черепно-мозговой травмой.

**Результаты.** У 310 (78%) пациентов доминирующим повреждением являлась абдоминальная травма с продолжающимся внутрибрюшным кровотечением. При комбинированном повреждении печени и селезенки в случае невозможности выполнения радикального гемостаза проводилась спленэктомия с аутоотрансплантацией селезеночной ткани в рану печени с целью остановки кровотечения и профилактики синдрома постспленэктомической иммунодепрессии (патент РФ № 2305502). У 91 (23%) пациента при значительной травме селезенки с продолжающимся кровотечением в сочетании с повреждением хвоста поджелудочной железы (ПЖ) выполнялась спленэктомия с

эндоскопической аутоотрансплантацией гомогената селезеночной ткани под капсулу печени (патент РФ № 2610361). При фрагментации хвоста ПЖ полностью удалялись все фрагменты, останавливалось кровотечение, культя ПЖ герметизировалась Z-образным вворачивающимся швом с последующей герметизацией линии шва клеем «Evicele». Аналогичная тактика применялась при линейных разрывах тела и головки ПЖ. После купирования кровотечения и получения данных СКТ оценивали характер черепно-мозговой травмы больных. В 15% случаев (60 пациентов) при наличии вдавленного перелома костей черепа с углублением костных фрагментов более чем на 10 мм, повышением внутричерепного давления выполнялась хирургическая коррекция, заключающаяся в краниотомии и одномоментном закрытии костного дефекта по разработанной нами методике (патент РФ № 2683067).

**Заключение.** Разработанный лечебный комплекс, позволил значительно улучшить результаты лечения больных с тяжелой сочетанной травмой органов брюшной полости и вдавленным переломом костей черепа.

*Багаев В.Г., Раушенбах Н.Г., Амчславский В.Г., Острейков И.Ф., Бисиркин Ю.В.*

## Обезболивание ксеноном при перевязках обширных ран у детей

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  
ДЗМ, Москва, Россия;

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Подготовка обширных ран к пластическому закрытию требует проведения до 20 анестезий. Большое количество анестезий способно вызывать когнитивные нарушения, страдает память и обучаемость. Ксенон (Xe) – нетоксичный ингаляционный анестетик – обеспечивает седаналгезию в субнаркологических концентрациях.

**Цель.** Оценить эффективность седаналгезии Xe в субнаркологической концентрации на этапе лечения обширных ран у детей.

**Пациенты.** 14 пациентам с обширными ранами, в возрасте  $9,3 \pm 4$  лет, во 2-й фазе раневого процесса при этапных хирургических вмешательствах обработки ран проведено 67 седаналгезий Xe в концентрации 20–30% в смеси с O<sub>2</sub>. Для ингаляций использовалась ксеноновая приставка КНП-01 (ООО «КсеМед», Россия) и медицинский Xe – «КсеМед®» (ООО «Акела-Н», Россия). Интенсивность боли оценивали по числовой рейтинговой шкале боли (ЧРШБ) (1–10 баллов), а глубину седации – по шкале Ramsay (1–6 баллов) и величине BIS-индекса.

**Результаты.** Установлено, что уже в концентрации 20–30% Xe начинает проявлять анальгетические, седативные, нейропротективные и органопротективные свойства. В 55 (82%) случаях седаналгезия 20–30% Xe была эффек-

тивной, без дополнительного введения обезболивающих средств. При достижении субнаркологической концентрации дети были в сознании, спокойны, интенсивность боли снижалась с Me 3,67 (1,2; 6) до 2,0 (1,0; 3,3) баллов ( $p < 0,05$ ). В ходе анестезии глубина седации снижалась с Me 6,0 (5,6; 6,0) до 3,1 (2,2; 4,5) баллов ( $p < 0,05$ ), что соответствовало II–III стадии анестезии Xe. Средняя величина BIS-индекса снижалась с  $97,5 \pm 1,5$  до  $86,5 \pm 5,0$  ЕД ( $p < 0,05$ ), а по завершению седаналгезии быстро повышалась до  $93,0 \pm 2,1$  ЕД. При проведении 8 (11,9%) операций потребовалось усиление седаналгезии путем повышения концентрации Xe до 50%, при 4 (5,9%) увеличении концентрации Xe до 50% было дополнено введением фентанила в дозе 1,0–2,0 мкг/кг микроструйно. Дополнительно отметили, что при использовании седаналгезии Xe у детей восстанавливался сон, улучшалось настроение, нивелировались поведенческие расстройства.

**Заключение.** В 82% случаев проведение седаналгезии Xe в концентрации 20–30% позволило добиться адекватного обезболивания при хирургической обработке обширных ран во 2-й фазе раневого процесса у детей. Потребовалось увеличение концентрации Xe до 50%, а также дополнительное введение фентанила в дозе 1–2 мкг/кг только при проведении 17,8% операций.



*Баранов Д.А., Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Строганов И.В., Колтаков М.В.*

## **Современные возможности ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей и эффективного лечения больных**

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени имени Н.Н. Бурденко»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Россия

**Актуальность.** Острый гематогенный остеомиелит у детей является наиболее опасным гнойно-септическим заболеванием, с частым его исходом в сепсис, летальность и инвалидизацию детей.

**Цель.** Повысить качество ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей Воронежского региона путем раннего направления заболевших для госпитализации в Областной специализированный хирургический стационар.

**Пациенты.** Исследования проведены нами в группе усовершенствованной диагностики и лечения, состоявшей из 96 больных острым гематогенным остеомиелитом в возрасте от 8 дней до 15 лет, лечившихся в клинике детской хирургии в 2015–2020 гг.

**Результаты.** У всех 146 больных детей группы допознательного лечения, включая случаи поздней диагностики заболевания, была выполнена разработанная нами и внедренная в практику шадящая остеоперфорация кости с параоссальным дренажом гнойной полости и её проточным лаважом растворами антисептиков и антибиотиков.

Этот усовершенствованный нами способ дренирования и санации гнойной полости острого гематогенного остеомиелита у больного ребенка способствовал повышению качества и эффективности операции, уменьшению опасности осложнений послеоперационного периода, включая развитие сепсиса, последующей хронизации гнойного воспаления в костях по очагу поражения остеомиелитом. Следует отметить, что мы впервые в практической работе последнего десятилетия успешно использовали компьютерные технологии в бактериологической лаборатории клиники. Идентификацию культур роста гноеродной флоры в бактериологических посевах материала проводили при помощи бактериологического анализатора Labsystems iEMS Reader MF (Финляндия).

**Заключение.** Достигнутые нами результаты лечения детей больных острым гематогенным остеомиелитом явились достоверным подтверждением успешного достижения поставленной цели: повышения качества диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей и эффективности лечения больных.

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

## **Особенности использования лапароскопии для диагностики и лечения инвагинации у детей**

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени имени Н.Н. Бурденко»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Россия

**Актуальность.** Инвагинация кишечника до сих пор остаётся самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей, требующей быстрой диагностики и выбора метода лечения. В решении этой сложной задачи помогают современные методы обследования (лапароскопия), варианты применения которой требуют изучения и обсуждения.

**Цель.** Рассмотреть возможности применения лапароскопии в диагностике и лечении инвагинации у детей.

**Пациенты.** В период с января 2017 по октябрь 2020 г. на базе хирургического отделения ОДКБ №2 нами было проанализировано 49 случаев инвагинации кишечника у детей. Для диагностики инвагинации кишечника также использовалась лапароскопия.

**Результаты.** Во всех 49 случаях инвагинация кишечника была подтверждена дополнительными методами исследования: УЗИ, обзорной рентгенографией, рентгенографией с бариевой взвесью. У 19 пациентов инвагинация разрешилась консервативно после введения спазмолитиков, помещения грелки на живот, а в 7 случаях в этой группе еще и с помощью нагнетания воздуха баллоном

Ричардсона через прямую кишку). В остальных 30 случаях консервативные мероприятия оказались безуспешными или имелись противопоказания к их проведению (кровь в стуле, временной интервал от начала клинических проявлений инвагинации), соответственно по экстренным показаниям этим детям было проведено оперативное вмешательство.

**Заключение.** Как мы предполагаем, исходя из анализа 49 случаев данной патологии, во время введения пациента в наркоз происходит самопроизвольное расправление некоторых инвагинатов, что связано, по всей видимости, с миорелаксацией большого и кишечника в частности. Получается, что хирург, осуществляя трансректальный доступ, значительно травмируя ткани и тем самым осложняя послеоперационный период, проводя ревизию кишечника в некоторых случаях не обнаружит инвагината и завершит операцию ушиванием раны. Начиная операцию с диагностической лапароскопии супраумбиликальным доступом, не обнаружив инвагината, мы можем её на этом завершить, тем самым причинив больному минимальную травму.



*Баранов Р.А. Латышева М.А.*

## Некротизирующий фасциит при миелодиспластическом синдроме у детей

ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Замещение дефектов кожи – сложная хирургическая проблема. Выбор тактики лечения осуществляется в зависимости от причин возникновения и сопутствующей патологии. Системные заболевания часто сопровождаются формированием зон некроза. Обширные дефекты на фоне выраженной цитопении часто приводят к стойкому нарушению гомеостаза вплоть до летального исхода. Миелодиспластические синдромы (МДС) – это клональные заболевания стволовых клеток, характеризующиеся дисплазией кроветворения в одной или более миелоидных клеточных линиях, а также высоким риском прогрессирования до острого миелоидного лейкоза. Общая частота МДС составляет 3–4 случая на 100 000 населения.

**Цель.** Демонстрация клинического случая.

**Пациенты.** В процессе лечения пациента (16 лет) с МДС на фоне аплазии кроветворения определялась генерализация инфекционного процесса в промежностной области размерами 48 × 35 см. Несмотря на проводимую массивную антибактериальную терапию, переливание форменных элементов крови, соматический статус

стабилизировать не представлялось возможным. Первично выполнялась некрэктомия с последующим ведением раневого дефекта в условиях отрицательного давления. Объём экссудата за сутки доходил до 1 л. Этапные перевязки сопровождались санацией раневого дефекта, сменой ВАС-систем. В последующем проводилась кожная пластика с применением техники дозированного растяжения тканей и оставшихся дефектов с применением аутодермопластики свободными перфорированными трансплантатами.

**Результаты.** Закрытие раневого дефекта устранило потерю форменных элементов, что позволило стабилизировать соматический статус и продолжить лечение основного заболевания. После стабилизации состояния пациентке выполнена алло-ТГСК. На фоне проведённого лечения отмечено восстановление кожного покрова.

**Заключение.** Обширный некротический процесс на фоне системного заболевания требует хирургического этапа лечения. Вакуумная терапия показана как метод выбора лечения ран. Кожная пластика обширных дефектов кожного покрова возможна даже на фоне нестабильного соматического статуса.

*Баубеков Ж.Т., Тусупкалиев А.Б., Бисенов А.К., Князбаев Ж.С., Ерекешов А.Е.*

## Эффективность лечения ожогов у детей современными методами в нашей практике

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,  
Актобе, Республика Казахстан

**Актуальность.** Ожоги представляют глобальную проблему в области здравоохранения. По оценкам, в мире ежегодно происходит 180 000 случаев смерти от ожогов. В структуре детского травматизма в странах ЕАЭС одной из наиболее значимых проблем в связи с тяжестью медицинских и социальных последствий занимают ожоги.

**Цель.** Уточнение койко-дней при разных комбинациях лечения ожогов у детей.

**Пациенты.** Нами обследовано 150 медицинских карт (003/у) пациентов, получавших лечение в травматологическом отделении травматологии для детей Актобинского медицинского центра (с января 2018 г. по сентябрь 2020 г.). Критерием включения в исследование служило наличие в анамнезе термического ожога II и III степени и наличие воспаления в лабораторных анализах. Критерием исключения служило наличие в анамнезе ожога I и IV степени, онкологических заболеваний, иммунодефицитных состояний, декомпенсированных заболеваний других систем. Средний возраст мальчиков составил

3,4 ± 2,5, а девочек – 3,2 ± 0,5. В зависимости от лечения пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – Витаваллис + Мерпител + Левомеколь, 2-я – Мерпител + Левомеколь, 3-я – Левомеколь + стандартная асептическая повязка. Количество пациентов по типу лечения составило: 51 пациент в 1-й группе, 49 – во 2-й, 50 – в 3-й. площадь ожога в 1-й группе: 7,36 ± 3,82%, 7,38 ± 3,5% – во 2-й, 7,34 ± 3,7% – в 3-й. Статистика была проведена с помощью программы Statistica10.

**Результаты.** Койко-дни в 1-й группе составили 6,91 ± 5,9 дней, во 2-й – 9,87 ± 4,05, в 3-й – 16,06 ± 7,08 дней.

**Заключение.** В исследовании мы пришли к выводу, что современные комбинации лечения превосходят стандартные методы лечения ожоговых ран у детей: 6,91 ± 5,9 и 9,87 ± 4,05 против 16,06 ± 7,08 дней соответственно. Использование современных методов лечения ожоговых ран у детей существенно влияет на темп лечения и заметно снижает болевой синдром.



*Башир М., Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В., Савин С.В.*

## **Клиническое проявление разлитого аппендикулярного перитонита у ребёнка 3 лет**

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

**Актуальность.** Острый аппендицит – самое распространённое острое хирургическое заболевание органов брюшной полости у детей. Быстрота развития деструктивного процесса в червеобразном отростке, атипичность клинических проявлений и трудности диагностики данного заболевания, особенно у детей раннего возраста, объясняют тот факт, что аппендикулярный перитонит остаётся наиболее острой проблемой неотложной абдоминальной хирургии.

**Цель.** Описать случай разлитого перитонита у ребёнка 3 лет.

**Пациенты.** Под нашим наблюдением на базе ДХО ТГКБ СМП им. Д.Я. Ваныкина находился ребёнок Б., 3 года, с диагнозом гангренозно-перфоративный аппендицит, разлитой перитонит. Из анамнеза: ребёнок болен с 25.04.2020, когда появились боли в животе периодического характера, повышение температуры тела до 39 °С, тошнота. 26.04.2020 осмотрен педиатром, даны рекомендации. 27.04.2020 боли в животе усилились, стали постоянными, отмечался многократный жидкий стул. Осмотрен инфекционистом. Направлен в ДХО,

госпитализирован по экстренным показаниям. Состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, влажные. Язык влажный, обложен белым налетом. При осмотре ребёнок пассивный, вялый. Живот несколько подвздут, болезненный при пальпации в подвздошных областях, больше справа. Дефанс (+), больше в правой подвздошной области. Симптом Щёткина резко (+), больше в правой подвздошной области. ОАК 27.04.2020 – выраженный лейкоцитоз. ОАМ 27.04.2020 – без выраженных изменений.

**Результаты.** Лечение: активная предоперационная подготовка (инфузионная и анальгетическая терапия, антибиотикотерапия). Оперативное лечение 27.04.2020 – щадящая лапаротомия аппендикулярным доступом, санация, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал гладко. Выписан с выздоровлением.

**Заключение.** Ранняя диагностика и активная комплексная терапия в сочетании со своевременным хирургическим этапом лечения разлитого гнойного перитонита у детей раннего возраста, несомненно, приводят к хорошему, а зачастую к отличным результатам.

*Башир М., Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В., Савин С.В.*

## **Клиническое проявление перекрута обоих яичек у новорождённого**

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

**Актуальность.** Острые заболевания органов мошонки занимают первое место среди заболеваний наружных половых органов у мальчиков и являются причиной 4–10 % экстренных госпитализаций среди урологических больных. Одним из таких состояний является перекрут яичка, что обусловлено патологической подвижностью органов мошонки.

**Цель.** Представить клиническое наблюдение пациента с перекрутом обоих яичек.

**Пациенты.** Ребенок от 2-й беременности на фоне угрозы прерывания, анемии, отеков. От 2-х срочных родов путем планового кесарева сечения. Масса тела при рождении 3550 г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар: 8/8 баллов. Выписан из ТОПЦ на 3-и сутки жизни для дальнейшего обследования и лечения с диагнозом: гидроцеле справа. Хирург от 28.08.2020: состояние тяжелое, обусловленное болевым синдромом, интоксикацией. Поза флексии. На осмотр реагирует двигательной активностью, болезненным громким криком. По внутренним органам без особенностей. Живот правильной формы,

при пальпации мягкий. Мошонка увеличена в размерах, цианотичная. Правое яичко плотное, болезненное. Неврологический статус: мышечный тонус дистоничен. Тремор рук и подбородка. Рефлексы новорождённых ослаблены. Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено. ОАК и ОАМ от 28.08.2020 – без особенностей. УЗИ яичек от 28.08.2020 – эхо-признаки гидроцеле с двух сторон, перекрут яичка справа. УЗИ яичек от 04.09.2020 – УЗ-признаки увеличения размеров левого яичка с изменением структуры и ослаблением кровотока. Состояние после орхиэктомии справа.

**Результаты.** Оперативное лечение от 28.08.2020 – ревизия правой и левой половины мошонки, орхиэктомия справа.

**Заключение.** Тактика при подозрении на перекрут яичка всегда должна быть активно-хирургической, особенно у детей раннего возраста. В случае двухстороннего патологического процесса, тем более у новорождённого ребёнка, решение принимается интраоперационно. Консервативное лечение категорически недопустимо.



*Башир М., Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Вайс А.В., Савин С.В.*

## Консервативное лечение травмы живота у ребёнка 10 лет

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

**Актуальность.** У детей закрытая травма органов брюшной полости составляет 2–5% всех травм. Чаще всего травмы наблюдаются у детей в возрасте 5–13 лет.

**Цель.** Представить клинический случай лечения травмы живота у ребёнка.

**Пациенты.** Под нашим наблюдением на базе ДХО ТГК БСМП им. Д.Я. Ваныкина с диагнозом тупая травма живота, паранефральная гематома справа, подкапсульное повреждение правой почки, острый простой аппендицит, субсерозная гематома слепой кишки находился ребёнок Д., 10 лет. 22.07.2020 ребёнок поступил с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту. Болен около 5 ч. Осмотрен фельдшером – острый аппендицит? Доставлен в ДХО. Состояние средней степени тяжести. Живот мягкий, не увеличен, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, дефанс (+). Симптом раздражения брюшины (–). Пальпация поясничных областей б/б. ОАК 22.07.2020 – лейкоцитоз. Операция – лапаротомия аппендикулярным доступом. Ревизия органов брюшной полости, дренирование брюшной полости. Обнаруже-

на гематома слепой кишки (до операции в поясничной области справа точек приложения травматического характера не выявлено). Ранее мальчик и его отец о факте получения травмы не сообщали. УЗИ почек и надпочечников 23.07.2020 – признаки ушиба правой почки, нельзя исключить подкапсульный разрыв. Вышеуказанное дополнение к анамнезу и интраоперационные находки подтверждают получение тупой травмы живота и правой почки. Послеоперационный период протекал гладко. УЗИ-контроль почек амбулаторно – незначительное уменьшение размеров правой почки с хорошим кровотоком (последствия травмы правой почки).

**Результаты.** Лечение: активная интенсивная инфузионная, гемостатическая, антибактериальная, обезболивающая и симптоматическая терапия.

**Заключение.** Точное выяснение механизма, характера травмы, а также понимание закономерностей течения травматического процесса органов брюшной полости и почек позволяют сохранить орган и добиться хорошего результата в лечении.

*Бабенина А.А.*

## Особенности диагностики перекрута придатков матки у детей

ФГАОУ ВО «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Перекрут придатков матки (ППМ) это – ургентная патология, требующая неотложного хирургического вмешательства. Диагностика данного состояния является трудной задачей в связи с вариабельной клинической картиной и отсутствием патогномичных симптомов. ППМ у детей встречается в 2,7% случаев всех обращений с абдоминальным болевым синдромом.

**Цель.** Изучить особенности клинической картины и диагностики перекрута придатков матки у детей.

**Пациенты.** С 2013 по 2020 г. в ДГКБ им. Н.Ф.Филатова находились на лечении 23 пациентки с ППМ в возрасте от 3 до 17 лет. Давность заболевания составляла от 16 ч до 4 сут. Большинство девочек ( $n = 14$ ) занимались активными видами спорта. Всем детям проводились клинико-лабораторное обследование и УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза с обязательным доплерографическим картированием.

**Результаты.** Все пациентки отмечали появление сильных, схваткообразных и острых болей в животе. У 80% девочек появление болей в животе сопровождалось резкой

бледностью лица, 86% принимали вынужденное положение. Повышение температуры отмечено у 6 детей, рвота – у 16 пациенток. При клиническом осмотре болезненность при пальпации в нижних отделах живота отмечена у всех детей, пассивное мышечное напряжение – у 2 (8,6%) и симптомы раздражения брюшины – у 1 (4,3%). При первичном УЗИ ППМ выявлен у 14 детей, у 11 девочек патология обнаружена при динамическом исследовании. Всем девочкам проведена экстренная лапароскопия, во время которой деторсия и овариопексия придатков матки выполнена у 18 пациенток, остальным произведена аднексэктомия.

**Заключение.** Симптомы острого живота, диктующие активную хирургическую тактику, при ППМ не специфичны и не достоверны в 90% случаев. Данные УЗИ органов малого таза в первые часы от момента заболевания в 40% случаев не информативны. При невозможности исключить острую хирургическую патологию у девочек с болями в нижних отделах живота и/или при сомнительных данных УЗИ рекомендуется выполнять диагностическую лапароскопию.

*Беляев М.К., Беляев А.М.*

## Оптимизация лечебного алгоритма при инвагинации кишечника в детском возрасте

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Новокузнецк, Россия

**Актуальность.** До настоящего времени мы не встретили в источниках литературы четкую, ясную и эффективную последовательность действий (алгоритма) при инвагинации кишечника в детском возрасте.

**Цель.** Разработать оптимальный лечебный алгоритм при инвагинации кишечника у детей на основе расширения показаний к консервативному лечению.

**Пациенты.** В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИДУВа с 1976 по 2020 г. находились 503 больных с инвагинацией кишечника. Из них 230 (45,7%) детей до 1 года и 273 (54,3%) – старше 1 года. Мальчиков среди них было 345 (68,6%), девочек – 158 (31,4%).

481 (90,7%) больному, которые не имели клинических и лабораторных признаков перитонита, проводили бескровное лечение под масочным наркозом аэродинамическим способом под контролем электронно-оптического преобразователя независимо от стадии заболевания. Консервативное лечение оказалось успешным у 454 больных, что составило 94,4%.

Хирургическое лечение выполнено 53 (10,5%) больным, у 10 из них выявлены морфологические причины

внедрения – дивертикул Меккеля, что составило 2% от общего числа детей (10 из 503). Только у 9 детей имелся некроз кишки, что составило 1,8% от общего числа детей с инвагинацией (9 из 503).

**Результаты.** Главная цель нашего исследования – показать возможности консервативного лечения инвагинации кишок. Расширение показаний и разработка новых методик консервативного расправления инвагината позволила нам в течение последних 34 лет (1987–2020) добиться положительных результатов в 98,3% случаев, в последние 26 лет (1994–2020) – в 99,5% независимо от формы внедрения, возраста пациентов, тяжести состояния при различных сроках заболевания.

Осложнений, связанных с введением воздуха в прямую кишку, а также летальных исходов при консервативном методе лечения кишечного внедрения мы не наблюдали. Средняя длительность консервативного лечения составила – 2,4 койко-дня, а оперативного – 14,8.

**Заключение.** Предложенный лечебный алгоритм позволяет расправить инвагинат у 99,5% детей консервативным методом.

*Беляева Н.А., Окунев Н.А., Путойкин А.А., Окунева А.И.*

## Анализ ультразвуковых изменений при острых заболеваниях мошонки у детей

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

**Актуальность.** Проблема острых поражений мошонки обусловлена высокой частотой данного заболевания у детей, а также возможными нарушениями фертильности у пациентов в будущем.

**Цель.** Провести анализ ультразвуковых изменений при острых заболеваниях мошонки у детей.

**Пациенты.** Пациенты ( $n = 105$ ) в возрасте от 1 года до 17 лет с острыми заболеваниями органов мошонки, находившиеся на стационарном лечении в ГБУЗ РМ ДРКБ. Всем пациентам проведено обследование: опрос, осмотр и пальпация органов мошонки, УЗИ органов мошонки до и после хирургического лечения.

**Результаты.** Острое поражение гидатиды наблюдалось у 79 (75,2%), орхоэпидидимит – у 13 (12,4%), перекрут яичка – у 10 (9,5%), травма яичка – у 2,8% больных. У 39 (58,2% пациентов) при УЗИ-исследовании органов мошонки обнаружена гидатида в виде округлого образования неоднородной структуры, с пониженной эхогенностью, умеренным отёком мягких тканей в поражённой области, у 33 (49%) наблюдался вторичный острый эпидидимит, у всех определялся жидкостный компонент в

поражённой стороне мошонки, у 7 (10,5%) больных патология не определялась. Хирургическое лечение проведено 100 (95,2%) пациентам, у 79 (75,2%) интраоперационно выявлено острое поражение гидатиды, из них у 4 (5,8%) выявлен инфаркт придатка яичка, проведено удаление гидатиды. У пациентов с перекрутом яичка при УЗИ определялось снижение эхогенности яичка, отсутствие кровотока в поражённом яичке, жидкостный компонент в полости мошонки – всем выполнена скрототомия, деторсия яичка и орхидопексия. У 3 (2,8%) пациентов с травмой яичка при УЗИ определялось утолщение и неоднородность мягких тканей, а также жидкостный неоднородный компонент, проведено ушивание ран яичка. В послеоперационном периоде всем пациентам проведена антибактериальная, десенсибилизирующая и противовоспалительная терапия.

**Заключение.** При проведении УЗ-исследования органов мошонки у 58,2% детей определялась изменённая гидатида с умеренным отёком мягких тканей, у 49% наблюдался вторичный острый эпидидимит, у всех – жидкостный компонент в полости мошонки.



*Беляева Н.А., Родионов Н.В.*

## **Оценка эффективности биополимеров DAM+™ и Urodex® при эндоскопической трансуретральной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей**

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

**Актуальность.** Проблема пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), несмотря на большое число опубликованных работ, продолжает оставаться актуальной в детской урологии-андрологии. Интерес к ней связан с большой частотой встречаемости ПМР у детей и с возможностью возникновения тяжёлых осложнений в результате развития рубцово-склеротического процесса в паренхиме почки.

**Цель.** Оценить результаты эндоскопической трансуретральной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса с использованием биополимеров DAM+™ (Россия) и Urodex® (Германия).

**Пациенты.** Под нашим наблюдением находились 175 пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом в возрасте от 3 мес до 16 лет, стационарное лечение проведено в отделении урологии ГБУЗ РМ «ДРКБ». Всем пациентам выполнены: микционная цистоуретрография, экскреторная урография, УЗИ почек и мочевого пузыря, оценка ритма спонтанных мочеиспусканий, урофлоуметрия и цистометрия по показаниям. Каждому пациенту не более трех раз выполнена эндоскопическая транс-

уретральная коррекция ПМР, контрольное обследование проведено через 6 мес и 1 год после лечения.

**Результаты.** Эндоскопическая трансуретральная коррекция ПМР биополимером DAM+™ проведена 115 (65,7%) пациентам на 139 мочеточниках. По результатам контрольного обследования при I степени ПМР эффективность составила 100%, при II – 82,5%, при III – 75,6%, при IV – 65,6%. При оценке эффективности повторных эндоскопических коррекций биополимером DAM+™ улучшение отмечалось у 89% пациентов. Эндоскопическая трансуретральная коррекция ПМР биополимером Urodex® проведена 60 (34,3%) пациентам на 91 мочеточнике. Выздоровление при II степени ПМР отмечалось у 93,3% пациентов, при III степени – у 83%, при IV степени – у 72%. Осложнений в виде отторжения биополимера и обструкции мочеточника не наблюдалось.

**Заключение.** Таким образом, полное выздоровление после эндоскопической трансуретральной коррекции ПМР биополимером DAM+™ наблюдалось у 80,9% пациентов, улучшение – у 89%. При использовании биополимера Urodex® в 72,3% наблюдений отмечалось полное выздоровление.

*Богданов И.В., Рябоконов С.Г., Малыхин А.А., Дубинский А.В.*

## **Наш опыт лечения переломов конечностей у детей с несовершенным остеогенезом**

ГБУ Ростовской области «Областная детская клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

**Актуальность.** Несовершенный остеогенез (НО) – наследственная дисплазия соединительной ткани, для которой характерны хрупкость костей и деформации конечностей. Основные проявления – частые переломы, прогрессирующие деформации скелета, гиперэластичность суставов. Цель оперативного лечения детей с НО – улучшение качества жизни за счет расширения спектра их двигательных навыков, снижение энергозатрат в процессе локомоции.

**Цель.** Оценить результаты хирургического лечения деформаций, переломов у детей с несовершенным остеогенезом.

**Пациенты.** В ГБУ РО ОДКБ за период с 2013 по 2020 г. было пролечено 10 детей с НО. Распределение по полу: 9 (90%) мальчиков и 1 (10%) девочка. Возраст пациентов 7–16 лет. По классификации Sillence – I тип выявлен у 6 детей, III тип – у 1 ребёнка, IV тип – у 3 детей. Все 10 пациентов были госпитализированы с переломами длинных трубчатых костей. Накостный остеосинтез выполнен одному больному, интрамедуллярная фиксация проведена у 9; у 8 использовались стержни FINs, у 1 ребёнка установлен стержень Fassier-Duval (Канада). В по-

следующем у пациента с пластиной произошёл перелом, что потребовало удаления пластины и фиксации стержнями. У 6 детей через 24 мес поменяли стержни на большие по размеру; стержень Fassier-Duval растёт вместе с ребёнком. После операции были наложены гипсовые повязки сроком на 4 ± 2 нед.

**Результаты.** Через 3, 6, 18 мес результаты оценили на основании клинической картины, рентгенографии, активности ребёнка. Спустя 3 мес объём движения в суставах был восстановлен полностью, болевого синдрома не было, на рентгене отмечалось формирование костной мозоли. Через 4 мес пациенты были способны к бытовому самообслуживанию. На рентгенограммах через 6 мес у детей отмечалась консолидация с переломом сегмента плеча, с переломом бедра – через 18 мес.

**Заключение.** Хирургическое лечение переломов длинных трубчатых костей у детей с НО позволяет достичь хороших клинических результатов, добиться ранней реабилитации и полного восстановления функции суставов, что является важным фактором активности детей с данной патологией.



*Бураев Г.Б., Лозовой В.М., Шарипова Д.Р., Сулейменов Ж.Б., Бураева К.Б.*

## **Определение эффективности разгрузочных кишечных стом при лечении Гиршпрунг-ассоциированного энтероколита у детей**

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

**Актуальность.** Гиршпрунг-ассоциированный энтероколит (ГАЭК) является грозным осложнением болезни Гиршпрунга у детей и протекает на фоне выраженного нарушения местной иммунной системы в стенке кишки, нарушения микробиоценоза с активацией патогенной микрофлоры, приводящих к расстройству микроциркуляции с последующей перфорацией стенки кишки и развитием перитонита. Осложнение может развиваться как до, так и после хирургического лечения и является жизнеугрожающим состоянием. Частота встречаемости энтероколита до операции колеблется от 6 до 50% случаев, в послеоперационном периоде – от 2 до 35%. Отсутствие коррекции этих нарушений приводит в 10–15% случаев к осложнениям в зоне анастомоза. Летальность остается высокой и колеблется от 2,6 до 12,0%, у детей раннего возраста – до 31–35% случаев.

**Цель.** Изучить влияние наложения разгрузочных кишечных стом на течение и тяжесть воспалительного процесса при ГАЭК.

**Пациенты.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 162 пациентов с диагнозом болезни Гиршпрунга, находившихся на стационарном лечении в ГККП на ПХВ «Городская детская больница № 2» г. Нур-Султан и в «Научном центре материнства и детства» Республики Казахстан.

Возраст детей варьировал от 1 мес до 15 лет. Мальчиков – 113 (69,7%), девочек – 49 (30,2%).

**Результаты.** Из 52 стомированных пациентов признаки ГАЭК наблюдались у 19 (36,5%). Среди них признаки ГАЭК имелись у 12 (63,1%) пациентов и после наложения кишечной стомы. Из 110 пациентов без кишечной стомы признаки ГАЭК наблюдались у 16 (14,5%), из них в послеоперационном периоде количество пациентов с признаками ГАЭК отмечено у 11 (68,7%) детей. Однако при статическом анализе достоверных различий данных показателей не выявлено.

**Заключение.** Использование колостомии с целью профилактики послеоперационного Гиршпрунг-ассоциированного энтероколита является вспомогательным, но не основным компонентом для достижения цели.

*Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Нейно Н.Д., Птицын В.А., Мореплавец Я.Д.*

## **Использование гипербарической оксигенации в комплексном лечении аппендикулярных перитонитов у детей**

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени имени Н.Н. Бурденко»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Россия

**Актуальность.** Проблема лечения аппендикулярного перитонита остается актуальной проблемой современной детской хирургии, требующей постоянного поиска решения.

**Цель.** Повысить эффективность комплексного лечения детей с аппендикулярным перитонитом.

**Пациенты.** В клинике детской хирургии с 2017 по 2020 г. находился на лечении 241 ребёнок с аппендикулярным перитонитом (мальчиков – 122, девочек – 119). Обследование пациентов включало изучение лабораторных показателей. В первые сутки заболевания поступили 190 детей, на вторые – 51 ребёнок. У 61 больного перед и после операции (1-, 3-, 5-, 7-, 10-е сутки) проводилось исследование насосной функции сердца аппаратом «Кардиокод» по методу Поединцева–Вороновой. После проведения предоперационной подготовки в течение 2–3 ч 192 детям проведена лапароскопическая аппенэктомиа с санацией брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде (на 2–3-и сутки) у 55 больных проводились сеансы гипербарической оксигенации (ГБО) в режиме 1,3–1,7 АТА, продолжительностью 40–60 мин. Курс составлял не более 3–6 сеансов.

**Результаты.** У 61 пациента отмечались нарушения насосной функции сердца: снижение (у 67% детей) ранней диастолы на 15–20% и повышение тонуса восходящей аорты. У 5 детей с гипотонией отмечалось снижение на 12–15% ударного объёма, при этом минутный объём кровообращения был в норме. После проведения ГБО отмечалась тенденция к нормализации насосной функции сердца, уменьшение интоксикации и гипоксии, улучшение перистальтики кишечника, восстановление гомеостаза.

**Заключение.** У детей с аппендикулярным перитонитом отмечаются значительные нарушения насосной функции сердца. Применение ГБО способствует нормализации параметров центральной гемодинамики после 2–3 сеансов. Использование ГБО приводит к восстановлению перистальтики кишечника после 2–4 сеансов. Включение ГБО в комплексное лечение аппендикулярных перитонитов у детей значительно быстрее восстанавливает нарушения гомеостаза и улучшает результаты лечения, сокращает материальные затраты и сроки пребывания больного в стационаре на 3–5 дней.



*Вечеркин В.А., Склярова Е.А., Коряшкин П.В., Колтакова М.П.*

## **Особенности клиники, диагностики и лечения остеомиелита плоских костей у детей**

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени имени Н.Н. Бурденко»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Россия

**Актуальность.** Острый гематогенный остеомиелит плоских костей у детей один из сложных и малоизученных разделов хирургии, до сих пор диагностика и лечение остеомиелита актуальны.

**Цель.** Изучить особенности клиники, диагностики и лечения остеомиелита плоских костей у детей различного возраста.

**Пациенты.** В клинике хирургии детского возраста ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с 2016 по 2020 г. под наблюдением и лечением находилось 24 ребёнка с остеомиелитом подвздошной и пяточной костей, ключицы, надколенника, рёбер, лопатки в возрасте от 7 до 17 лет. Среди них мальчиков было 13, девочек – 11. С местной формой остеомиелита – 19 пациентов, с септико-пиемической формой – 5. Всем детям при поступлении в хирургический стационар проводилось общеклиническое обследование, биохимическое исследование, включая коагулограмму, липидограмму, КОС, прокальцитонинный тест. При микробиологическом исследовании отделяемого из раны в подавляющем большинстве высеивался золотистый стафилококк. Для визуализации пато-

логического процесса всем детям производили РКТ и МРТ в динамике.

**Результаты.** У большинства пациентов выявлено подострое течение воспалительного процесса (умеренные боли в области патологического очага, наличие субфебрильной температуры), неэффективность консервативного лечения в поликлинике по месту жительства. Всем больным проводилось комплексное интенсивное лечение в условиях ПИТ-отделения или ОРИТ, выполнено оперативное лечение. В случае остеомиелита подвздошной кости производили дренирование остеомиелитической флегмоны по Школьникову, в других случаях – остеоперфорацию и дренирование очага. В комплексном лечении все больные получали в стартовой терапии оксациллин с амикацином, затем линкомицин, амоксиклав. В послеоперационном ведении больных с успехом использовались ГБО, физиолечение.

**Заключение.** Клиника остеомиелита плоских костей у детей характеризуется подострым течением. Для ранней диагностики и этапного лечения остеомиелита необходимо использовать МРТ и РКТ в динамике.

*Воронкова Е.В., Меньщиков П.Е., Мельников И.А., Манжурицев А.В., Ублинский М.В.,  
Воробьев Д.А., Куприянов Д.А., Ахадов Т.А.*

## **Количественная оценка степени хондромалиции хряща надколенника, по данным Т2-картирования**

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  
ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** При неэффективной и несвоевременной диагностике и таком же лечении хондромалиции надколенника значительно ухудшается качество жизни и повышается риск развития остеоартроза. Неинвазивная диагностика хондромалиции основывается на качественной визуальной оценке МР-изображений. Переход от качественной диагностики к количественной может повысить её точность, а также способствовать лучшему пониманию причины деструктивных изменений. Т2-картирование – перспективный метод количественной МРТ уже на протяжении многих лет используется для изучения состояния хряща при остеоартрозе. Наше исследование посвящено применению Т2-картирования в случаях хондромалиции.

**Цель.** Оценить изменение времен поперечной релаксации Т2 в глубоком, среднем и поверхностном слоях хряща надколенника в зависимости от степени хондромалиции.

**Пациенты.** В исследовании принимали участие пациенты (81 ребёнок) в возрасте от 12 до 17 лет, госпитализированные в НИИ НДХиТ с острым латеральным

вывихом надколенника. Пациенты с I и II степенями хондромалиции были объединены в группу легкой травмы, а с III и IV – в группу тяжелой травмы. Контрольная группа состояла из 14 здоровых добровольцев.

**Результаты.** Обнаружены статистически достоверные различия в глубоком и среднем слоях между значениями Т2 у пациентов с тяжелой степенью хондромалиции и группой нормы. В среднем слое времена поперечной релаксации статистически различимы для групп нормы, легкого повреждения и тяжелого повреждения ( $32 \pm 3$ ,  $36 \pm 4$  и  $39 \pm 5$  мс соответственно).

**Заключение.** Метод Т2-картирования обладает большим потенциалом применения в диагностике и контроле лечения хондромалиции у детей. В данной работе была продемонстрирована необходимость послойного анализа значений Т2 в хряще надколенника. Она обусловлена как структурными особенностями хрящевой ткани, так и различным протеканием процесса хондромалиции в каждом слое. Показано, что наилучшую чувствительность значений Т2 к повреждениям имеет именно средний слой.



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

## **Нехарактерное проявление болезни Крона у ребёнка**

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск, Россия

**Актуальность.** Неспецифическое гранулематозное воспалительное заболевание всех слоев стенки кишечника, которым является болезнь Крона, характеризуется многообразием клинических форм, неоднородностью возрастных групп больных детей и внекишечными проявлениями заболевания.

**Цель.** Посредством демонстрации клинического случая нетипичной манифестации болезни Крона (объемное образование в правой подвздошной области с деструкцией мягких тканей) актуализировать вопрос сложности диагностики и тактики ведения пациентов с данной патологией наряду с экстренными аппендицитоподобными состояниями.

**Пациенты.** В нашей работе описан случай лечения девочки-подростка 14 лет, обратившейся за помощью с жалобами на наличие образования в правой подвздошной области, выступающее над поверхностью кожи, нестабильность массы тела (потеря массы тела 5 кг в течение

6 мес), повышение температуры тела до 37,2 °С на протяжении одного месяца.

**Результаты.** В результате лабораторно-инструментального обследования этиология образования не была установлена, выполнена лапароскопия, на которой обнаружен инфильтрат брюшной полости, состоящий из слепой кишки, дистального отдела подвздошной кишки и пряди большого сальника, плотно фиксированной к передней брюшной стенке, что повлекло деструкцию мышечных тканей с дальнейшим прорастанием инфильтрата в подкожно-жировую клетчатку. Выполнена аппендэктомия, разделение инфильтрата. После чего девочка была выписана.

**Заключение.** С целью дообследования и определения тактики дальнейшего лечения ребёнок был переведён в отделение гастроэнтерологии с диагнозом болезнь Крона? Терминальный илеит. Гнойный оментит. Серозный перитонит. Диагноз болезни Крона был подтвержден.

*Гасанова Э.Н., Горбатова Н.Е., Дорофеев А.Г., Золотов С.А., Брянцев А.В., Батунина И.В.*

## **Комбинированная лазерная фотодеструкция – эффективный способ неотложного лечения кровоточащей пиогенной гранулемы у детей**

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  
ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Характерным для пиогенной гранулемы (ПГ) является ее быстрый рост, в дальнейшем эрозирование, изъязвление и при минимальной травме в 8–25% случаев относительно сильное кровотечение. На сегодняшний день недостатком многочисленных способов лечения ПГ, в том числе осложнённых кровотечением, является невозможность достижения одномоментного, с гарантированным гемостазом радикального клинического результата с хорошим эстетическим компонентом.

**Цель.** Улучшение результатов неотложного лечения осложнённых кровотечением ПГ способом комбинированной лазерной фотодеструкции.

**Пациенты.** В НИИ НДХиТ за последние три года 27 детям по поводу осложнённой кровотечениями ПГ было выполнено оперативное лечение способом комбинированной лазерной фотодеструкции с помощью двухволнового излучения 0,97 мкм и 1,56 мкм лазерного хирургического аппарата ЛСП «ИРЭ-Полус» (Россия). Сначала осуществляли аппликационную фотокоагуляцию

выступающей части образования, затем интерстициальную фотодеструкцию. 17 детям операция была выполнена после остановки кровотечения консервативными методами в срочном порядке в период от 12 до 24 ч под местной анестезией амбулаторно. При выраженном кровотечении 10 детям выполнено экстренное оперативное лечение в условиях операционной стационара под общим обезболиванием. Длительность операции во всех случаях была не более  $7 \pm 3$  мин.

**Результаты.** Интраоперационно у всех пациентов было отмечено прецизионное удаление и полный гемостаз, послеоперационный период протекал без особенностей, с заживлением асептического характера раневого дефекта на 12 ± 2-е сутки. Рецидива или остаточных элементов ПГ, а также негативных эстетических последствий ни в одном случае не было.

**Заключение.** Способ комбинированной лазерной фотодеструкции показал свою эффективность при неотложном лечении осложнённых кровотечениями ПГ у детей.



*Гебекова С.А., Махачев Б.М., Тихмаев А.Н., Мейланова Ф.В.*

## **Лапароскопическая пилоромиотомия у ребёнка: первый опыт в Дагестане**

Кафедра детской хирургии ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Махачкала, Республика Дагестан, Россия;  
ГБУ Республики Дагестан «Детская республиканская клиническая больница имени Н.М. Кураева», Махачкала, Республика Дагестан, Россия

**Актуальность.** Врождённый пилоростеноз (ВП) – порок развития пилорического отдела желудка, характеризующийся гиперплазией и гипертрофией мышечного слоя. Операцией выбора является внеслизистая пилоромиотомия по Фреде–Рамштедту. С развитием эндохирургии и в нашей клинике данная операция с июля 2020 г. выполняется лапароскопическим способом.

**Цель.** Оценка результатов лечения детей с ВП после лапароскопических пилоромиотомий.

**Пациенты.** На базе ГБУ РД ДРКБ им. Н.М. Кураева г. Махачкала с июля 2020 г. по настоящее время оперированы 14 детей с ВП лапароскопическим способом. Интраоперационные осложнения возникли у 1 (7%) ре-

бёнка – перфорация слизистой оболочки привратника. Выполнена конверсия, ушивание стенки привратника и репилоромиотомия. Послеоперационные осложнения возникли у 1 (7%) ребёнка – рецидив пилоростеноза. Энтеральная нагрузка начата через 6 ч после окончания операции по 10 мл с ежедневным увеличением разового объема кормления на 10–20 мл.

**Результаты.** Проведена оценка результатов лечения детей с ВП после лапароскопических пилоромиотомий.

**Заключение.** Применение лапароскопического способа пилоромиотомии обеспечивает малотравматичность, достижение хорошего косметического эффекта, уменьшение кратности послеоперационной анальгезии.

*Гордиенко И.И., Сосновских А.Н.*

## **Наш опыт лечения переломов фаланг пальцев кисти у детей**

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Россия;  
ГАУЗ Свердловской области «Детская городская клиническая больница № 9», Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Лечение переломов фаланг пальцев вследствие высокой частоты данных повреждений и больших функциональных требований, предъявляемых к кисти, является одной из важнейших проблем в травматологии и ортопедии. Такие повреждения составляют до 40% от общего числа всех переломов верхней конечности. Из них смещение костных отломков наблюдается в 54,7% случаев.

**Цель.** Анализ методов и результатов лечения переломов фаланг пальцев кисти у детей.

**Пациенты.** На базе ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга, за период с 2017 по 2020 г. в отделениях травматологии и ортопедии № 1 и № 2 было пролечено 306 детей с переломами фаланг пальцев кисти. Переломы фаланг 2–5 пальцев кисти были у 269 (87,9%) детей, из которых 23 (8,5%) открытых. Переломы фаланг 1-го пальца кисти – у 29 (9,5%) детей, из которых 2 (6,9%) открытых. Также у 27 (8,8%) детей переломы были внутрисуставными.

**Результаты.** Результаты лечения с применением закрытых репозиций внесуставных переломов фаланг пальцев кисти в 100% имели хороший и отличный функциональный и анатомический результат. При анализе результатов оперативного лечения, которое в 68% было проведено закрыто, хочется отметить, что при остеосинтезе спицей, проведённой через суставные поверхности, контрактуры проксимальных и дистальных межфаланговых суставов встречались в 3 раза чаще, чем при проведении спиц внесуставно.

**Заключение.** При оперативном лечении переломов фаланг пальцев кисти необходимо, по возможности, избегать проведения спиц через суставные поверхности, для снижения вероятности формирования контрактур. В подавляющем большинстве случаев спицы необходимо оставлять над кожей, для более простого и быстрого их удаления без дополнительной анестезии.



*Горелик А.Л., Демин Н.В., Ладыгина Е.А., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е.,  
Янюшкина О.Г., Карасева О.В.*

## **Сложности диагностики торакоабдоминальных повреждений в структуре политравмы у ребёнка 5 лет**

<sup>1</sup>ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  
ДЗМ, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Несмотря на возможности современных технологий полноценная и своевременная диагностика всех повреждений в структуре политравмы сохраняет свою актуальность.

**Пациенты.** Мальчик, 5 лет, был сбит автомобилем в результате чего получил политравму (ISS-41). В первичном стационаре были выполнены: дренирование правой плевральной полости (пневмоторакс), диагностическая лапароскопия (забрюшинная гематома справа), люмботомия справа, ревизия почки и дренирование паранефрального пространства (повреждений не выявлено).

**Результаты.** При поступлении в клинику (на 2-е сутки) выполнена СКТ (whole body) – дополнительно выявлены высокое стояние левого купола диафрагмы и деваскуляризация верхнего полюса правой почки, что расценено как травматический парез диафрагмы и травма правой почки III степени, принята консервативная тактика. На 3-и сутки после травмы заподозрено повреждение ЧЛС правой почки. При попытке стентирования правого мочеточника выявлен свободный выход проводника за его пределы.

При лапароскопической ревизии правой почки был диагностирован полный отрыв мочеточника в верхней трети, выполнена пиелостомия в связи с выраженной инфильтрацией тканей и невозможностью выполнить уретероуретероанастомоз. На 5-е сутки после травмы отмечена отрицательная динамика в виде нарастания дыхательной недостаточности. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки диагностирован разрыв левого купола диафрагмы с миграцией желудка в левую плевральную полость. При торакокопии разрыв левого купола диафрагмы протяжённостью более 10 см (травма IV степени) был подтверждён, выполнена торакокопическая пластика дефекта. Ребёнок был выписан домой с пиелостомой. Через 4 мес после травмы была выполнена лапароскопическая аппендикоуретеропластика. В катамнезе (2 года) функция правой почки сохранена.

**Заключение.** В структуре политравмы встречаются редкие и трудные для диагностики повреждения. Во избежание ошибок в сложных случаях следует активно использовать малоинвазивные методы диагностики.

*Гумеров Р.А., Гумеров А.А., Рыбалко Д.Ю., Исламов С.А., Псянчин Т.С., Галимов Р.И.*

## **Реабилитация детей с патологией коленного сустава после артроскопических операций в условиях ГАУЗ «Красноусольский детский санаторий» Республики Башкортостан**

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

**Актуальность.** Проблема реабилитации пациентов с травмами коленного сустава в послеоперационном периоде у детей является актуальной.

**Цель.** Оценить эффективность реабилитации детей с повреждениями коленного сустава (КС) после артроскопических операций.

**Пациенты.** В исследование были включены 88 пациентов (49 мальчиков, 39 девочек) в возрасте от 5 до 17 лет с повреждениями внутренних структур КС.

**Результаты.** В зависимости от проводимых реабилитационных мероприятий были выделены 2 группы больных. В 1-ю группу вошли 44 ребёнка, реабилитация которых осуществлялась с использованием лечебных факторов санатория (грязевые аппликации, минеральные ванны, ЛФК, массаж, бассейн). Контрольную, 2-ю группу, составили 44 пациента, реабилитация которых проводилась в амбулаторных условиях с использованием медикаментов и физиотерапевтических методов лечения. При поступлении в санаторий пациенты предъ-

являли жалобы на боль, ограничение движений в суставе, наличие припухлости. Для изучения эффективности лечения в сравниваемых группах оценивали динамику болевого синдрома, объема выпота и ограничения движений в суставе. Интенсивность болевого синдрома оценивали по методике визуальной аналоговой шкалы (Eds В.М. и соавт., 1997) В 1-й группе после санаторного лечения отмечено отсутствие боли в КС у всех больных, а во 2-й группе боли сохранились у 27,8% пациентов. После комплексной терапии в санатории у пациентов 1-й группы, в отличие от 2-й, явлений синовита не отмечалось. Сроки восстановления двигательной функции конечности, а также исчезновения клинических признаков после санаторно-курортной реабилитации были значительно лучше.

**Заключение.** Наши наблюдения показали высокую эффективность реабилитации больных с применением лечебных факторов Красноусольского детского санатория по сравнению с традиционным способом реабилитации.



*Дженалаев Б.К., Котловский В.И., Досмагамбетов С.П. Тусупкалиев А.Б., Кенжалина Р.А.,  
Ергалиев А.Е., Баубеков Ж.Т., Бисалиев Б.Н., Сатыбалдиев К.Ж.*

## **Результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей: ретроспективное исследование**

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,  
Актобе, Республика Казахстан

**Актуальность.** Вопросы хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей остаются актуальными, о чем свидетельствуют многочисленные публикации, съезды, симпозиумы посвященные разработке новых методов диагностики, пересмотру классификации, способов оперативного лечения, оценке результатов хирургической коррекции.

**Цель.** Провести сравнительную оценку результатов хирургического лечения детей с болезнью Гиршпрунга, оперированных по методике Соаве–Лёнюшкина и Джорджесона.

**Пациенты.** В работе представлен опыт диагностики и оперативного лечения, реабилитации 125 детей с болезнью Гиршпрунга. С целью диагностики применялись ирригоскопия, биопсия, УЗИ, МРТ, КТ. Операция Соаве–Лёнюшкина выполнена 105 больным, 20 проведена операция Джорджесона. В ближайшем и отдалённом послеоперационном периодах проведено катамнестическое обследование.

**Результаты.** Установлено более мягкое клиническое течение заболевания, увеличение ректальной формы

болезни, частое присоединение Гиршпрунг-ассоциированного энтероколита. У больных, оперированных по Соаве–Лёнюшкину, отличные результаты получены в 65%, хорошие – в 25%, удовлетворительные – в 6%, неудовлетворительные – в 4%. Результаты операции по Джорджесону: отличные получены в 63%, хорошие – в 24%, удовлетворительные – в 6%, неудовлетворительные – в 7%. Резидуальные функциональные отклонения встречаются у одной трети оперированных в обеих группах. Доказана насущная необходимость реабилитационных мероприятий.

**Заключение.** Неудовлетворительные результаты после оперативного лечения связаны с сохранением зоны гипоаганглиоза, нарушением кровоснабжения низводимой кишки. В ближайшем и отдалённом периодах послеоперационного лечения болезни Гиршпрунга у детей, вне зависимости от метода операции, имеются резидуальные функциональные расстройства деятельности кишечника.

*Дорофеев А.Г., Горбатова Н.Е., Брянцев А.В., Батунина И.В.*

## **Интерстициальная селективная лазерная фотодеструкция как способ неотложного лечения осложнённой кровотоком гемангиомы у детей**

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  
ДЗМ, Москва, Россия, Россия

**Актуальность.** Осложнения общего и местного характера при изъязвлении и инфицировании выступающей части гемангиомы отмечают в 40% случаев, из них кровотечение – в 7,5%, что особенно опасно у маленьких детей. В связи с этим кровотечение из тканей гемангиомы считают абсолютным показанием к неотложному хирургическому лечению. На сегодняшний день существующие многочисленные методы лечения не достаточно эффективны и в 25% случаев не обеспечивают радикальный результат и надежный гемостаз. В большинстве случаев это связано с оставлением базальной пролиферативной зоны очаговой гемангиомы и недостаточным гемостатическим эффектом при используемых способах лечения.

**Цель.** Оценить эффективность интерстициальной селективной лазерной фотодеструкции в лечении очаговой гемангиомы, осложнённой кровотечением.

**Пациенты.** В НИИ НДХиТ за последние 3 года по поводу осложнённых кровотечением младенческих гемангиом было выполнено неотложное оперативное лечение способом интерстициальной селективной лазерной фото-

деструкции 9 детям. Способ реализован одновременно двумя длинами волн лазерного излучения, 0,97 и 1,56 мкм, аппарата ЛСП «ИРЭ-Полус» (РФ). После предоперационной подготовки экстренную операцию выполняли в условиях операционной стационара под общим обезболиванием, длительность ее минимальная, не более  $12 \pm 3$  мин.

**Результаты.** Интраоперационно был отмечен полный гемостаз и эффективная фотодеструкция ткани гемангиомы, включая ее базальные отделы. В условиях стационара дети находились в среднем не более  $4 \pm 1$  койко-день, затем – на амбулаторном долечивании. Послеоперационный период без особенностей, заживление раневого дефекта через  $25 \pm 5$  дней. Наблюдение в отдалённые сроки подтвердило отсутствие рецидива и остаточных элементов гемангиомы, а также деформации кожного покрова в послеоперационной зоне.

**Заключение.** Способ интерстициальной селективной лазерной фотодеструкции является перспективным для неотложного эффективного лечения детей с очаговой формой гемангиомы, осложнённой кровотечением.



*Дорохин А.И., Коробейников А.А., Курышев Д.А.*

## **Тактика хирургического лечения последствий переломов тазобедренного сустава у детей**

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия; ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Одной из наиболее тяжёлых травм опорно-двигательного аппарата являются повреждения тазобедренного сустава (ТБС). Они составляют от 1,2 до 1,7% от всех переломов. Переломы ТБС имеют высокий процент осложнений. Современные методы диагностики и лечения позволяют получить благоприятные результаты при острых повреждениях ТБС. Однако число последствий нередко составляет от 30 до 50%.

**Цель.** Оценить результаты лечения детей с последствиями травм ТБС, оптимизировать лечение.

**Пациенты.** Мы наблюдали 168 случаев застарелых повреждений и последствия травм ТБС: асептический некроз головки бедра – у 43 больных, деформации области ТБС – у 44, контрактуры и блокады ТБС – у 33, ложные суставы шейки бедра – у 48. Методы обследования: клинический, рентгенологический и компьютерно-томографический (КТ).

**Результаты.** При внутрисуставных повреждениях, при наличии свободных фрагментов и/или импичмент-синдрома ТБС проводили артроскопию. Это позволяло произвести диагностику и устранить импичмент-синдром. При посттравматических несращениях, по дан-

ным КТ, определяли признаки асептического некроза головки бедренной кости, что требовало остеосинтеза в сочетании с костной пластикой. При развитии укороченной нижней конечности после консолидации костных отломков проводилась компенсация длины конечностей путем удлинения по Илизарову. В старшем детском возрасте при ложных суставах шейки бедра с нарушениями кровообращения было возможно проведение операций эндопротезирования ТБС. Показания были ограниченными. При посттравматических деформациях проводились корригирующие остеотомии с использованием металлоостеосинтеза. Необходимо проводить денситометрическое обследование пациентов с последствиями травм ТБС с определением маркеров костного обмена. При остеопорозе пациентам назначалась медикаментозная коррекция.

**Заключение.** Обследование позволяет рекомендовать дифференцированный подход к методу лечения при застарелых повреждениях ТБС. Основными являются малотравматичные и технологичные методы лечения. Это позволило нам сократить сроки лечения пациентов и получить благоприятные результаты лечения.

*Евдокимов А.Н., Александров А.В.*

## **Перфорантные лоскуты в детской реконструктивно-пластической хирургии. Опыт применения**

ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** В случае наличия обширных дефектов кожи и мягких тканей операцией выбора может быть применение местных и отдалённых лоскутов на перфорантных сосудах. Замещение обширных дефектов кожи кисти всегда являлось серьёзной проблемой для специалистов, занимающихся хирургией, это связано с большим количеством сложностей в технике выполнения как забора лоскута, так и выбора реципиентных сосудов. Наиболее приемлемые результаты при лечении данной патологии, устраивающие и пациента и врача, достигаются при замещении дефектов мягких тканей подобными тканями, имеющими схожее строение и механические характеристики, а также хорошо иннервируемые и кровоснабжаемые. Такие результаты достигаются применением перфорантных лоскутов.

**Цель.** Определить показания для различных методик закрытия изолированных и сочетанных дефектов мягких тканей. Продемонстрировать применяемые виды лоску-

тов на перфорантных сосудах в отделении реконструктивной микрохирургии Филатовской больницы.

**Пациенты.** С 2015 по 2020 г. в отделении микрохирургии пролечено 29 пациентов в возрасте от 3 до 18 лет с дефектами тканей верхних и нижних конечностей, которым выполнено закрытие с помощью различных перфорантных лоскутов.

**Результаты.** С помощью перфорантных лоскутов удалось добиться хороших и удовлетворительных результатов по закрытию дефектов мягких тканей различной локализации.

**Заключение.** Применение перфорантных лоскутов имеет ряд неоспоримых преимуществ. Это и реконструкция подобных тканей подобными, и возможность включения чувствительных нервов в состав лоскута, и возможность забора относительно больших и тонких кожных лоскутов благодаря наличию длинных сосудистых ножек.



*Елин Л.М., Наливкин А.Е., Пыхтеев Д.А., Филлюшкин Ю.Н.*

## Случай острого панкреатита у ребёнка 16 лет на фоне гиперлипидемии V типа

ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

**Актуальность.** Острый панкреатит (ОП) остается актуальной проблемой детской хирургии. По данным литературы, отмечается увеличение заболеваемости ОП у детей во всём мире. Одним из факторов риска развития ОП у детей является гиперлипидемия (ГЛ).

**Цель.** Демонстрация редкого случая этиопатогенеза острого панкреатита у ребёнка.

**Пациенты.** Девочка Г., 16 лет с диагнозом острый панкреатит, переведена из районной больницы Московской области, где ей была выполнена операция по поводу перитонита неясной этиологии. Интраоперационно диагностирован ОП. При дообследовании в ДХО ГБУЗ МО МОНИКИ выявлена ГЛ V типа. Диагностический алгоритм включал: оценку клинического состояния ребёнка, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови и мочи (определение уровня липазы, панкреатической амилазы), электрофорез жиров, УЗИ, рентгенографию, КТ и эзофагогастродуоденоскопию.

**Результаты.** Дислипотеинемия может быть фактором риска развития острого панкреатита. По данным электрофореза жиров, в течение всего периода лечения отмечалось стойкое повышение триглицеридов – 7,2 ммоль/л ( $\pm 0,3$ ). В динамике отмечено повышение уровня панкреатической амилазы крови от 72 до 640 ед/л. Пациентке проводились дезинтоксикационная, антибактериальная, симптоматическая, антисекреторная терапии. Энтеральную нагрузку начинали вводить с 7–10-х суток от начала лечения при условии улучшения состояния больной по данным лабораторных и лучевых методов исследования. Диетотерапия оказалась эффективной, что позволило избежать проведения плазмофереза. При ГТГ-ассоциированном ОП часто панкреатическая амилаза находится в пределах нормы или незначительно повышается.

**Заключение.** Данный клинический пример демонстрирует необходимость учитывать гиперлипидемию как одну из причин развития ОП у детей и служит напоминанием детским хирургам о многообразии этиопатогенеза данного заболевания.

*Ефременков А.М., Солодина Е.Н., Соколов Ю.Ю., Чекмазов И.А., Джилавян М.Г., Столяренко Е.А.*

## Эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока у ребёнка с хроническим панкреатитом

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия;  
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой»  
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Тяжелое течение хронического панкреатита (ХП) у детей встречается относительно редко, чаще оно обусловлено аномалиями протоков или наследственными факторами. Представляем своё клиническое наблюдение.

**Цель.** Представить клиническое наблюдение лечения ребёнка с тяжелым течением хронического панкреатита.

**Пациенты.** Девочка 17 лет была госпитализирована с жалобами на интенсивные боли в верхних отделах живота, тошноту, рвоту, припухлость в коленных суставах, невозможность осевой нагрузки. Из анамнеза: клиника ХП с 12 лет, суставной синдром – в течение последнего года. На фоне ювенильного ревматоидного артрита обострения ХП стали чаще. Начатая системная гормональная терапия привела к развитию деструктивного панкреатита, образованию псевдоаневризмы в головке поджелудочной железы (ПЖ), пристеночного тромба нижней полой вены (НПВ), массивной тромбоэмболии лёгочной артерии.

**Результаты.** На фоне проводимого лечения отмечено обострение ХП с повышением уровня амилазы до 8 тыс. ЕД/л. По данным магнитно-резонансной томогра-

фии и эндосонографии, установлено, что главный панкреатический проток (ГПП) в теле и хвосте расширен до 6 мм. В головке ПЖ выявляется кистозное образование до 2 см в диаметре (псевдоаневризма), которое прилежит к передней стенке НПВ, в просвете последней с этого уровня определяется пристеночный тромб длиной 5 см. В дальнейшем развилось массивное желудочно-кишечное кровотечение вследствие прорыва псевдоаневризмы в ГПП. В срочном порядке выполнена эндоскопическая холангиопанкреатография (ЭРХПГ): выявлен протяжённый (10 мм) стеноз терминального отдела ГПП и стриктура протока на уровне перешейка ПЖ. Проведена вирсунготомия и стентирование ГПП. После вмешательства отмечено значительное улучшение состояния больной и купирование явлений панкреатита. Выписана на 10-е сутки. При контрольной ЭРХПГ через 6 мес выполнено рестентирование за зону стриктуры ГПП. Обострений панкреатита не отмечалось. Через 7 мес стент удалён.

**Заключение.** Показана эффективность эндоскопического лечения деструктивного панкреатита у ребёнка с тяжёлой сопутствующей патологией.



*Ефременков А.М., Солодина Е.Н., Чекмазов И.А., Шахбанов И.А., Малов Ю.Я., Сиволоб Д.В.*

## **Синдром Мириззи 1-го типа у ребёнка 6 лет**

ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой»  
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия;

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** В последние годы отмечается увеличение число пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложнённое течение которой редко встречается у детей младшего возраста.

**Цель.** Представить клиническое наблюдение лечения ребенка с синдромом Мириззи 1-го типа.

**Пациенты.** Мальчик 6 лет поступил с клиникой механической желтухи. Из анамнеза известно, что болен в течение 6 мес. При поступлении имеется гипербилирубинемия до 84 ммоль/л. При ультразвуковом исследовании и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (ХПГ) выявлен конкремент в среднем отделе холедоха. При эндоскопической ретроградной ХПГ канюляция холедоха не удалась, в связи с чем выполнена атипичная папиллотомия. Отмечен выраженный рубцовый стеноз дистального отдела холедоха, в устье пузырного протока (ПП) определяется фиксированный конкремент до 5 мм в диаметре, пролабирующий в холедох. В ходе манипуляции произошла миграция струны, вторые попытки канюляции холедоха безуспешны. При осмотре папиллотомного разреза выявлен дефект мышечного слоя стенки двенад-

цатиперстной кишки, при рентгеноскопии отмечается поступление воздуха в забрюшинную клетчатку. Учитывая хороший отток желчи, от повторных попыток канюлирования решено воздержаться. Установлен зонд в желудок, назначено парентеральное питание, антибактериальная терапия. Подкожная эмфизема регрессировала на 4-е сутки, однако появилась клиника механической желтухи. В срочном порядке ребёнку выполнена лапароскопическая холецистэктомия и интраоперационная холангиография, при которой подтверждено наличие вклинённого в ПП конкремента с выраженным отёком стенок протоков. ПП продольно рассечён, из его просвета удалён конкремент, наложена холедохостома.

**Результаты.** Холедохостома удалена на 11-е сутки. Ребёнок выписан на 12-е сутки. Катамнез прослежен 6 мес, жалоб нет.

**Заключение.** Случай демонстрирует эффективность консервативного лечения редкого осложнения эндоскопической папиллотомии – ретродуоденальной перфорации, а также возможности лапароскопии в лечении осложнённого течения ЖКБ у детей.

*Журило И.П., Толкач А.К., Сорокина М.С., Черногоров О.Л., Козьмин М.А.*

## **Наш опыт диагностики и лечения инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей**

БУЗ Орловской области «Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З.И. Круглой», г. Орёл, Россия

**Актуальность.** Проблема лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта (ИТ ЖКТ) не теряет своей актуальности. Лечебно-диагностический алгоритм при данной патологии весьма вариативен, а ряд вопросов требует дискуссионного обсуждения.

**Цель.** Обобщить собственный опыт диагностики и лечения ИТ ЖКТ у детей и вынести на обсуждение вопрос об эффективности литического воздействия напитка «Кока-кола» на трихобезоары.

**Пациенты.** За период с 2015 по 2020 г. в НКМЦ им. З.И. Круглой находились на лечении 165 детей в возрасте от 3 мес до 16 лет с различными ИТ ЖКТ. Мальчиков – 99 (60%), девочек – 66 (40%). Среди ИТ наиболее часто встречались монеты – 99 (60%), батарейки – 23 (13,9%), пластиковые детали – 12 (7,2%) и неодимовые магниты (НМ) – 7 (4,2%). В этот период пролечены 3 пациента с трихобезоарами желудка, а также один пациент с множественными ИТ ЖКТ, фрагменты ёлочной гирлянды, полностью обтурирующие просвет желудка и начальные отделы ДПК. У одного ребёнка была проведе-

на попытка эндоскопического удаления трихобезоара после инъекционного введения «Кока-кола» в ИТ в течение 3 нед (1 раз в 3 дня).

**Результаты.** Применение «Кока-кола» привело к значительному уменьшению трихобезоара (на 2/3 объема) за счет лизиса органического компонента, связывающего структуры ИТ, однако попытки его эндоскопического удаления оказались безуспешными в виду каменистой плотности ядра образования, проведено оперативное удаление. В остальных 2 случаях трихобезоары желудка также удалены хирургически в связи с большими размерами ИТ. Пациенту с множественными ИТ ЖКТ выполнена гастротомия с фрагментарным удалением ИТ.

**Заключение.** Использование «Кока-колы» может быть перспективным для частичного лизиса трихобезоара перед его эндоскопическим удалением. Фрагментация ИТ при его хирургическом удалении позволяет минимизировать объём операционного доступа. Своевременная диагностика ИТ ЖКТ с использованием эндоскопического оборудования позволяет избежать большинства осложнений.



*Журило И.П., Черногоров О.Л., Бодрова Т.Н., Леонова Е.И., Мамедов М.Р.*

## Ультразвуковой мониторинг при травматических повреждениях селезёнки у детей

БУЗ Орловской области «Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З.И. Круглой», г. Орёл, Россия

**Актуальность.** Разработка эффективных методов контроля при консервативной тактике у больных с травматическим повреждением селезёнки (ТПС) не теряет своей актуальности.

**Цель.** Обобщение результатов консервативной тактики при ТПС у детей и определение критериев ультразвукового мониторинга (УЗМ) органов брюшной полости.

**Пациенты.** За период с 2010 по 2020 г. в хирургическом отделении нашего учреждения находились на лечении 43 ребёнка с ТПС в возрасте от 2 до 17 лет (28 мальчиков и 15 девочек). Изолированные повреждения селезёнки – у 37 детей, сочетанная травма – у 6. Консервативный метод лечения при ТПС позволил избежать операции у 36 (83,7%) пациентов. В 5 (11,6%) случаях выполнена спленэктомия, еще у 2 (4,7%) пациентов произведена диагностическая лапароскопия. УЗМ был основным методом динамического контроля. Нарушение целостности капсулы селезёнки выявлено у 27 (62,8%) больных, а подкапсульные и интрапаренхиматозные гематомы – у 16 (37,2%). При внутриорганных разрывах основное внимание уделяли оценке размеров гематомы и

толщине паренхиматозного слоя над образованием. При пенетрирующих повреждениях осуществляли динамический контроль объёма крови в брюшной полости.

**Результаты.** При наличии гемоперитонеума (ГП) использовали методику расчета (И.П. Журило и соавт., 2011) индекса интенсивности кровотечения (ИИК). Последний представляет процентное отношение объёма свободной крови к ОЦК на единицу времени (% ОЦК/ч). Уровнем допустимой кровопотери считали показатель ИИК  $\leq 5\%$ . Среди наших пациентов у 20 больных с нарушением целостности капсулы селезёнки и наличием ГП (ИИК  $< 5\%$ ), а также у 16 с внутриорганными повреждениями консервативная тактика была эффективной. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии, летальных исходов не было.

**Заключение.** УЗМ у детей с ТПС является эффективным методом динамического контроля при консервативной тактике. УЗ-контроль в течение 72 ч после травмы должен осуществляться через 6–8 ч. При наличии у больного ГП расчётный показатель ИИК более 5% свидетельствует о показаниях к операции.

*Журило И.П., Черногоров О.Л., Козьмин М.А., Сергиенко М.В., Мамедов М.Р.*

## Лечебная тактика при дивертикуле Меккеля у детей

БУЗ Орловской области «Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З.И. Круглой», г. Орёл, Россия

**Актуальность.** Использование мини-инвазивных технологий в лечении детей с дивертикулом Меккеля (ДМ) является актуальной проблемой хирургии детского возраста.

**Цель.** Оценка результатов хирургического лечения детей с данной патологией.

**Пациенты.** За период с 2010 по 2020 г. в хирургическом отделении НКМЦ им. З.И. Круглой г. Орла находились на лечении 35 детей с ДМ в возрасте от 4 сут до 17 лет (24 мальчика и 11 девочек). В 17 случаях имелся неосложнённый ДМ, который был выявлен при вмешательствах по поводу: острого аппендицита (9), гинекологической патологии (2), омфалоцеле (2), спаечной непроходимости (1) и при диагностической лапароскопии (3). У 18 детей отмечены осложнения, связанные с ДМ (инвагинация – у 8, дивертикулит – у 6, кишечное кровотечение – у 3, странгуляционная непроходимость – у 1). Всего у 35 больных выполнено 39 оперативных вмешательств (14 открытых и 25 лапароскопических), 2 из которых были связаны с осложнениями открытых вмешательств (спаечная кишечная непроходимость) и 2 – отсроченные лапароскопические

дивертикулэктомии (ДЭ). Во всех случаях выполняли гистологическое исследование удалённого материала.

**Результаты.** Всего выполнено 35 ДЭ (23 лапароскопически и 12 открыто). Эндоскопическую резекцию ДМ осуществляли с помощью линейных сшивающих аппаратов ENDO GIA Universal 40 мм. Отсроченные лапароскопические ДЭ у 2 больных с разлитым аппендикулярным перитонитом и пельвиоперитонитом выполнили спустя 4 и 6 мес. Лишь в 5 наблюдениях при гистологическом исследовании обнаружили эктопию желёз желудка и поджелудочной железы в слизистую дивертикула. Средний срок пребывания детей в стационаре составил 7,6 койко-дней при лапароскопических и 9,5 при открытых вмешательствах. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

**Заключение.** При эндоскопической резекции ДМ с помощью линейных сшивающих аппаратов имеется вероятность наличия остаточной ткани желудка или поджелудочной железы в зоне механического шва. Прицельное гистологическое исследование краевой зоны резекции позволяет прогнозировать возможность развития осложнений.



*Задьян С.С., Задьян Р.С., Казанцов И.М., Сизонов В.В.*

## Применение операции SNODGRASS при лечении гипоспадии у детей

ГБУЗ «Центр охраны материнства и детства города Сочи» МЗ КК, Сочи, Россия;  
ФГБОУ ВО «Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина», Сыктывкар, Россия;  
ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», Ростов-на-Дону, Россия

**Актуальность.** Последние два десятилетия в иностранной литературе часто встречаются сообщения о пластике уретры способом, предложенным Snodgrass, сочетающим в себе принципы сохранения уретральной площадки и одну из самых популярных методик по Dupley. Ключевым моментом операции Snodgrass является проведение срединного разреза уретральной площадки от меатуса до верхушки головки, который позволяет сформировать уретру без дополнительного использования кожных лоскутов и без натяжения краев раны.

**Цель.** Оценить результаты применения методики Snodgrass за 10 лет ее применения.

**Пациенты.** За период с 2010 по 2020 г. в хирургическом отделении Центра охраны материнства и детства г. Сочи методом Snodgrass было прооперировано 117 мальчиков с гипоспадией в возрасте от 6 мес до 15 лет. До 1 года – 27 мальчиков, от 1 до 3 лет – 57, 4–7 лет – 19, от 8 до 14 лет – 14. Первичных пациентов было 115, оперированных ранее – 2. Проксимальная гипоспадия наблюдалась у 3 детей, стволовая – у 20 пациентов, дистальная – у 94.

**Результаты.** После операции детей осматривали через 3 и 12 мес. Обращали внимание на степень рубцового процесса на коже ствола полового члена, расположение меатуса, качество мочеиспускания. Осложнения после пластики уретры по Snodgrass наблюдали у 25 (21,4%) детей, у 14 (11,9%) образовались свищи уретры, которые у всех закрыты оперативным путём через 6 мес. У 3 (2,6%) пациентов был выявлен выраженный меатостеноз, который потребовал проведения меатоластики. Повторная реконструкция в связи с расхождением неоуретры потребовалась 8 (6,8%) пациентам. Хороший косметический и функциональный результат получен у всех детей.

**Заключение.** Предложенная Snodgrass-методика, может быть выполнена при различных формах гипоспадии. Основными достоинствами операции Snodgrass, на наш взгляд, являются: простота выполнения методики, один шов уретры, отсутствие анастомоза и меньшая вероятность образования стриктуры неоуретры, естественный продольный вид меатуса, дающий методике косметическое преимущество.

*Зорин В.И., Глухов Д.А., Мушкин А.Ю.*

## Деструктивные поражения позвоночника у детей на уровне шейно-грудного перехода

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия;  
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Определяется редкостью, сложностью диагностики и лечения деструктивных поражений позвоночника на уровне шейно-грудного перехода. В литературе, посвящённой патологии позвоночника на данном уровне в детской популяции, имеются единичные публикации, касающиеся врождённых пороков и хирургической техники коррекции.

**Цель.** Анализ структуры нозологических форм и особенностей хирургического лечения детей с деструктивными поражениями шейно-грудного перехода.

**Пациенты.** Под деструкцией костной ткани понимают нарушение нормальной структуры и целостности кости вследствие инфекционного, воспалительного или опухолевого процесса. В соответствии с морфологическим критерием проведена ретроспективная выборка (глубина 7 лет) пациентов с поражением позвоночника на уровне C7–Th1 –  $n = 21$ . Средний возраст составил 8 лет. Проведен анализ клинических, лучевых и лабораторных данных.

**Результаты.** Превалирующими жалобами и клиническими проявлениями патологии были локальные боли и кифотическая деформация у 11 (52%) больных,

у 7 (33%) имелась неврологическая симптоматика (радикуло и миелопатия), обусловленная компрессионно-ишемической природой либо инвазией процесса в структуры позвоночного канала. Этиологическая верификация определила следующую структуру: туберкулезный спондилит – у 10 (48%) больных, неспецифический спондилит – у 5 (24%), новообразования – у 4 (19%), хронический небактериальный спондилит – у 2 (9%). В ходе проведённого радикально-восстановительного хирургического лечения восстановление стабильности позвоночника достигнуто во всех случаях. При средней величине дооперационной кифотической деформации  $53^\circ$  в послеоперационном периоде показатель составил  $28^\circ$ . Регресс неврологических нарушений – у 4 из 7 детей.

**Заключение.** Поражения шейно-грудного перехода у детей представлены преимущественно воспалительными и инфекционными деструкциями. Основным компонентом в верификации диагноза и лечения является хирургический метод. Несмотря на анатомическую сложность локализации цель радикально-реконструктивных операций была достигнута во всех случаях.



*Зорин В.И., Жила Н.Г*

## Тяжёлая травма конечности у детей

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия;  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Тяжёлая открытая травма конечностей у детей, являясь редким повреждением, нередко угрожает жизни пострадавшего и становится причиной глубокой инвалидности.

**Цель.** Провести анализ результатов лечения детей с открытыми полиструктурными повреждениями конечности.

**Пациенты.** Проведён анализ ретроспективной когорты – 14 детей с тяжёлой травмой конечности. Критерий включения – наличие открытого, полиструктурного (кость, мягкие ткани, сосудистые и нервные стволы) повреждения крупного сегмента конечности – тип III по классификации Gustilo–Anderson.

**Результаты.** Средний возраст больных – 10 лет. Локализация повреждения: плечо – у 1 пациента, бедро – у 2, голень – у 11. Сочетанный характер травмы (с ЧМТ) – у 3 пациентов, множественная травма – у 3. Механизм травмы: автотравма – у 10, производственная травма – у 2, сдавление тяжестью – у 1, уличная травма – у 1. Повреждения ШВ степени – у 11 детей, ШС – у 3. Срок госпитализации на специализированный этап в первые 6 ч – 10 пациентов,

через 48 ч – 2, 19 дней – 1. Средняя оценка по шкале MESS (тяжести повреждения конечности) 6 баллов, у троих пациентов – 8 баллов. Объём хирургического лечения при поступлении включал: реваскуляризацию конечности – 3 пациента (шов сосуда – 2, ангиопластику – 1), хирургическую обработку ран, внеочаговый остеосинтез – 12, наkostный – 2 пациента. На фоне проводимого этапного хирургического (некрэктомии, пластика раневых и костных дефектов) и медикаментозного лечения, перевязок, у 13 пациентов конечность сохранена, с восстановлением опорной функции и самостоятельной ходьбы. В одном случае у пациента с травмой на уровне голени, доставленного на специализированный этап на 19-е сутки на фоне распространённого, прогрессирующего инфекционно-некротического процесса выполнена ампутация.

**Заключение.** Критические повреждения конечности у детей требуют алгоритмированного подхода в лечении, включающего экстренную госпитализацию в специализированный стационар, и проведения органосохраняющего этапного хирургического лечения.

*Зыкова М.А., Нурмеев И.Н., Подшивалин А.А.*

## Видеоэндоскопический метод лечения лимфатической мальформации у новорождённого ребёнка

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница»  
Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, Россия

**Актуальность.** Проблема лечения лимфангиом остаётся открытой для врачей различных специальностей ввиду специфической локализации, возраста клинической манифестации и отсутствия единого алгоритма ведения пациентов с лимфангиомами. Лечение лимфангиом различных видов и топографических локализаций требует индивидуального подхода к пациентам в выборе оптимального метода лечения, учитывая всевозможные риски рецидива!

**Цель.** Представить видеоэндоскопический способ лечения лимфангиом у детей.

**Пациенты.** Разработанный способ лечения с применением видеоэндоскопического оборудования позволяет проводить мини-инвазивные оперативные вмешательства у детей (в том числе у новорождённых) и может применяться для лечения лимфангиом поверхностной локализации. Таким способом прооперированы 5 новорождённых детей. Все дети были доношены, родились в срок. Сопутствующей хирургической патологии выявлено не было.

В наших наблюдениях преобладали лимфангиомы шейной и шейно-грудной локализации. Постнатально всем пациентам проводили РКТ. Поверхностная локализация лимфангиомы во всех описываемых клинических случаях определила возможность одномоментного удаления лимфангиомы с использованием видеоэндоскопической техники.

**Результаты.** Техническим результатом во всех приведённых случаях являлось полное радикальное одномоментное удаление лимфангиомы мягких тканей под видеоконтролем, что, в свою очередь, исключает рецидив образования и даёт хороший косметический эффект.

**Заключение.** Сохраняющийся высокий риск рецидива диктует необходимость в совершенствовании имеющихся технологий. В последнее время создается тенденция к комбинированному подходу в терапии лимфангиом. Направленность на высокий эстетический результат, наряду с полным излечением имеет, все большую актуальность.



*Иванов С.Д., Слизовский Г.В.*

## **Роль энтеростомии в экстренном хирургическом лечении заболеваний кишечника у новорождённых детей**

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра детских хирургических болезней, Томск, Россия

**Актуальность.** Среди публикаций по хирургическому лечению новорождённых детей большое количество исследований посвящено сравнению различных способов формирования и времени закрытия энтеростом, а также профилактике осложнений. Учитывая рост количества хирургических вмешательств на кишечнике у новорождённых, а также повышение выживаемости недоношенных детей, исследования в данной области имеют большое медико-социальное значение.

**Цель.** Оценить результаты хирургического лечения новорождённых детей с энтеростомами, сформированными в периоде новорождённости по экстренным показаниям в условиях областного перинатального центра.

**Пациенты.** Проанализировано 92 истории болезни отделения неонатальной реанимации с 2011 по 2020 г. Недоношенным было 72 ребёнка со сроком гистации от 22 нед и массой тела от 480 г. По поводу некротического энтероколита и кишечной непроходимости прооперировано 33 и 50 детей соответственно.

**Результаты.** У всех детей были сформированы кишечные стомы, из которых соотношение энтеростом к

колостомам – 76 и 16. Среди тонкокишечных стом выполнялись раздельные концевые и двустольные энтеростомы по Микуличу, Т-образные анастомозы на отводящей и приводящей петле. Среди осложнений встречались: пролапс стомы, повреждения перистомальной области, кровотечения, патологические потери химуса, поражение печени, спаечная непроходимость, некроз и стеноз. Закрытие стомы проводилось у 33 детей. Успешное восстановление проходимости в дистальные отделы с помощью компрессионного устройства выполнялось у 5 детей. Общая летальность составила 23,9% (22 ребёнка). Основными причинами были полиорганная недостаточность, прогрессирующий энтероколит, а также тяжёлая сопутствующая патология (внутрижелудочковое кровоизлияние III–IV степени, сепсис, БЛД).

**Заключение.** Недоношенность, низкая масса тела и тяжёлая сопутствующая патология являются факторами риска высокой летальности и осложнений у детей с энтеростомами. Использование компрессионного устройства у детей со стомами является малоинвазивным способом уменьшения потерь химуса и снижения осложнений.

*Игнатъев Е.А., Васильева Т.М., Крылов А.Н., Корчагина Е.В., Васильев И.И.*

## **Применение телемедицинских технологий для наблюдения за детьми, оперированными по поводу вросшего ногтя в амбулаторных условиях**

ГБУЗ города Москвы «Детская городская поликлиника № 125» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** В условиях пандемии COVID-19 технологии дистанционного наблюдения имеют особую актуальность. Ежегодно в ДГП № 125 ДЗМ оперируют свыше 200 детей с вросшим ногтем. Послеоперационное наблюдение, практически ежедневные осмотры требуют достаточного времени и у пациентов и у врача. Проведённое нами исследование показало, что 95% родителей готовы на использование телемедицинских сервисов взамен очных осмотров.

**Цель.** Оценить возможность использования обновленного сервиса <http://www.stop-hemangioma.online> для дистанционного наблюдения за детьми после операции по поводу вросшего ногтя.

**Пациенты.** В исследование включены 2 группы: 1-я – 35 детей, оперированных по поводу вросшего ногтя в ДГП № 125 ДЗМ за период с января по март 2020 г. и очно наблюдавшихся у оперирующего хирурга. 2-я – 35 детей, оперированных по поводу вросшего ногтя с марта по декабрь 2020 г. и наблюдавшихся с использованием телемедицинского сервиса. Группы сопоставимы по полу и возрасту, всем детям выполнена резекция вросшего ногтя

с лазерной деструкцией матрикса. Во 2-й группе родители после подписания информированного согласия прошли регистрацию на портале дистанционного наблюдения, получили логин и пароль для входа. Наблюдение осуществлялось по разработанному дневнику наблюдения и по фотофиксации послеоперационной области.

**Результаты.** В первой группе дети посетили врача после операции в среднем 4 раза (от 2 до 6 очных осмотров), во второй группе – 1 раз (для выдачи справки по месту требования). Достоверных отличий по количеству послеоперационных осложнений и неудовлетворительных результатов наблюдения между группами выявлено не было. Рецидивов в обеих группах не выявлено. Удовлетворённость качеством лечения по анкетированию во 2-й группе выше, чем в 1-й на 15%.

**Заключение.** Использование усовершенствованного сервиса [www.stop-hemangioma.online](http://www.stop-hemangioma.online) возможно для динамического наблюдения за детьми, оперированных по поводу вросшего ногтя. Ухудшение течения послеоперационного периода при использовании телемедицинских технологий не выявлено.



*Исаков К.Б., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Ботиров Н.Т., Абдулазизов О.С.*

## **Малоинвазивные хирургические методы лечения внутричерепных гематом у детей**

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Республика Узбекистан

**Актуальность.** В большинстве случаев черепно-мозговые травмы сопровождаются образованием субдуральных внутричерепных гематом различных размеров. Проведение оперативных вмешательств путём резекционной трепанации черепа является травматичным и сопровождается различными осложнениями.

**Цель.** Внедрение в хирургическую практику малоинвазивных хирургических методов лечения внутричерепных гематом у детей и улучшение результатов оперативного лечения.

**Пациенты.** Проведено обследование и хирургическое лечение 27 детей в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2017 по 2019 г. Возраст детей от 3 мес до 15 лет. Механизм травмы у 18 больных – падение с высоты, у 9 – дорожно-транспортная травма. Давность травмы от 1 ч до 3 сут.

**Результаты.** Все больные обследованы с применением клинико-неврологических и инструментальных методов. Из 27 больных у 19 выявлены: анизокория, анзорефлексия и гемисиндром в виде пареза и паралича на

противоположной стороне, наличие патологических стопных знаков отмечено у всех 27 больных. По результатам проведённых методов исследования субдуральные гематомы больших размеров, охватывающие смежные отделы головного мозга выявлены у 23 больных, 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<sup>3</sup>. Малоинвазивное удаление гематом через 2–3 трепанационных отверстия с активным дренированием проведено в 23 случаях и удаление сгустков через трепанационное отверстие в 4. У 5 больных с тяжёлыми черепно-мозговыми травмами – летальный исход.

**Заключение.** Таким образом, предпочтительным является проведение малоинвазивных оперативных вмешательств с наименьшей травматизацией головного мозга. Внедрение в практику малоинвазивных оперативных вмешательств позволяет сократить сроки стационарного лечения и снизить летальность среди данной категории больных.

*Исаков К.Б., Мирзаюлдашев Н.Ю., Исаков Б.М., Мамадалиев А.Б., Мамаджанов К.Х., Ботиров Н.Т., Абдулазизов О.С.*

## **Анализ результатов хирургических методов лечения внутричерепных гематом у детей**

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Республика Узбекистан

**Актуальность.** В большинстве случаев черепно-мозговые травмы (ЧМТ) сопровождаются образованием внутричерепных гематом, в связи с чем – это одна из самых актуальных проблем современной медицины. По данным отечественных и зарубежных авторов, летальность при ЧМТ составляет 5–10%, а при тяжёлой достигает 70%. Поэтому проблема совершенствования диагностики и лечения больных, особенно в детском возрасте, требует дальнейшего изучения.

**Цель.** Улучшение результатов оперативного лечения внутричерепных гематом у детей.

**Пациенты.** Проведено обследование и хирургическое лечение 57 детей, пролеченных в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2019 г. Возраст детей от 3 мес до 15 лет. Механизм травмы у 43 больных – падение с высоты, у 14 – дорожно-транспортная травма. Давность травмы от 1 ч до 3 сут (8 больных переведены из субфилиалов по линии САС).

**Результаты.** Всем больным проведены клинико-неврологические и инструментальные методы исследования. Из 57 обследованных больных у 49 выявлены анизокория и анзорефлексия, у 54 – гемисиндром в виде пареза/паралича на противоположной стороне, наличие патологических стопных знаков – у всех 57 обследованных больных.

**Заключение.** Таким образом, все больные 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-исследований головного мозга. Из оперативных вмешательств предпочтительнее малоинвазивные методики, что позволяет значительно уменьшить травматизацию вещества головного мозга, сократить сроки стационарного лечения и снизить летальность среди данной категории больных.



*Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Мамадалиев А.Б., Исаков К.Б., Абдулазизов О.Н.*

## **Нетравматические субдуральные кровоизлияния в детском возрасте**

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Несмотря на то, что нетравматические субдуральные кровоизлияния нечасто встречаются, они являются грозным осложнением различных воспалительных заболеваний детского возраста. Такие осложнения могут встречаться при пневмониях и ДВС-синдроме за счёт нарушения проницаемости стенок кровеносных сосудов.

**Цель.** Внедрение в хирургическую практику малоинвазивных хирургических методов лечения внутричерепных гематом у детей и улучшение результатов оперативного лечения.

**Пациенты.** В отделении нейрохирургии и неотложной педиатрии АФ РНЦЭМП с 2015 по 2019 г. под нашим наблюдением находились 25 детей с нетравматическими субдуральными кровоизлияниями. Возраст детей варьировал от нескольких дней от рождения до 6 мес. Основной контингент составили дети до 3 мес – 17 (68%). При распределении по полу: мальчиков было 19 (76%) и девочек 6 (24%).

**Результаты.** Проведенные оперативные вмешательства дали хорошие результаты у 13 больных. По результатам проведенных повторных КТ- и МРТ-исследований скопления кровоизлияния не наблюдалось. В наших наблюдениях в 3 (12%) случаях был отмечен летальный исход, что мы связывали с поздним обращением, исходным тяжёлым состоянием больных и большим объёмом кровоизлияний.

**Заключение.** Таким образом, при выявлении у больных признаков повышения внутричерепного давления и менингеальных симптомов показано КТ- и МРТ-исследования головного мозга. Наличие среднего и большого объёма субдурального кровоизлияния является показанием к оперативному вмешательству. При наличии жидкой крови оптимальным способом является пункционный способ удаления через расширенное фрезевое отверстие. Раннее выявление внутричерепных кровоизлияний и проведение малоинвазивных хирургических вмешательств дают хорошие результаты.

*Исхаков О.С., Мещеряков С.В., Максумов А.А.*

## **Травмы позвоночника и спинного мозга у детей в структуре сочетанных повреждений от автомобильного ремня безопасности**

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  
ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) остаются одной из основных причин сочетанных повреждений у детей, что является серьёзной медико-социальной проблемой. Изучение совокупности и тяжести полученных повреждений внутренних органов, позвоночника и спинного мозга при использовании ремня безопасности и детских удерживающих устройств в ДТП может значимо влиять на лечебную тактику.

**Цель.** Анализ структуры и особенности позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) и сочетанных повреждений у детей, пострадавших в ДТП при использовании удерживающих устройств безопасности.

**Пациенты.** Ретроспективная группа пациентов НИИ НДХиТ с 2008 по 2018 г., в возрасте от 3 до 17 лет ( $n = 41$ ), получивших ПСМТ в сочетании с другими повреждениями внутренних органов, находясь внутри автомобиля с использованием ремней безопасности и детских удерживающих устройств. Средний возраст составил 11 лет. В большей части случаев ремни безопасности использовались без соблюдения правил фиксации и не соответствовали возрасту ребёнка. Дети дошкольного и младшего школьного возраста сидели без специального детского удерживающего устройства и зачастую фиксировались

ремнём к сидению не по росту. Часть детей фиксировались только поясной лямкой.

**Результаты.** Тяжёлые сочетанные повреждения конкурировали с травмами позвоночника и спинного мозга или были тяжелее. Именно эти травмы определяли течение и лечебную тактику, а также исходы лечения. У детей, которые были фиксированы, чаще отмечалась характерная травма живота – у 39% с повреждением, разрывами и даже отрывом кишечника. Часто отмечалась тяжёлая травма органов грудной клетки – у 17%. Количество нестабильной травмы позвоночника составило 80%, осложнённой травмы позвоночника – 56%. Выявлены дети с неврологическим дефицитом и повреждением SCIWORA (травма спинного мозга без нарушения нейровизуализации), их доля составила 2,4%.

**Заключение.** Тяжёлая сочетанная травма у детей, полученная в ДТП с использованием фиксации в автомобиле, определяет состояние ребёнка в первые дни и недели, маскирует ПСМТ, затрудняет диагностику и возможность оказания ранней хирургической помощи при нестабильной осложнённой ПСМТ. Частой причиной повреждений сочетанной ПСМТ по типу seat-belt является неправильное использование ремней безопасности, несоответствие фиксирующего устройства возрасту ребёнка.



*Казаков А.Н., Румянцева Г.Н., Волков С.И., Юсуфов А.А., Бредо Ю.Ф.*

## **Результаты лечения травмы селезёнки у детей**

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тверь, Россия

**Актуальность.** Выбор лечебной тактики у детей с травмой селезёнки (ТС) по-прежнему актуален и в urgentных условиях требует персонализированного подхода.

**Цель.** Изучить собственные результаты лечения детей с ТС и определить критерии выбора неоперативной тактики.

**Пациенты.** За период с 2007 по 2020 г. на базе ГБУЗ ДОКБ г. Твери пролечены 47 детей с ТС в возрасте от 3 до 17 лет, из них мальчиков 36 (77%), девочек 11 (23%). У 20 (42%) пациентов причиной повреждения была кататравма. Всем детям выполнялось УЗИ брюшной полости, у 46 (97%) выявлено повреждение селезёнки, которое у 12 (38%) эхографически было представлено линейными разрывами паренхимы, а у остальных обнаружены участки контузии и гематомы. Лапаротомия, спленэктомия выполнена 9 (19%) детям, диагностическая лапароскопия проведена 10 (21%) пациентам, из которых одному в виду продолжающегося кровотечения (ПК) выполнена конверсия и спленэктомия. У 28 (60%) пациентов со стабильной гемодинамикой и «малым»

гемоперитонеумом (скопление крови только в малом тазу) консервативные мероприятия оказались успешными.

**Результаты.** По результатам исследования спонтанный гемостаз при ТС оказался эффективен у 36 (77%) пациентов. Диагностическая лапароскопия выполнялась в сомнительных случаях для оценки ПК и санации гемоперитонеума. У всех детей с выполненной спленэктомией макропрепарат был представлен единичными или множественными разрывами паренхимы органа через сосудистую ножку.

**Заключение.** Спонтанный гемостаз при ТС у детей возможен и неоперативная тактика оправдана. Стабильная гемодинамика, «малый» гемоперитонеум без ПК служат критериями выбора консервативного лечения. При «большом» гемоперитонеуме (скопление крови в малом тазу, латеральных карманах, под передней брюшной стенкой), нестабильной гемодинамикой и отсутствии эффекта от противошоковых мероприятий показана экстренная лапаротомия.

*Казилев Б.Р., Махачев Б.М., Ашурбеков В.Б., Мейланова Ф.В., Казилев Ю.Б., Муртузаалиев З.Н.*

## **Травматические повреждения яичек и мошонки у детей**

ГБУ Республики Дагестан «Детская республиканская клиническая больница имени Н.М. Кураева»,  
Махачкала, Россия

**Актуальность.** Травматические повреждения занимают третье место среди острых заболеваний мошонки и её органов и встречаются преимущественно в возрасте 12–15 лет. У детей подобные повреждения происходят при ушибах, ущемлении мошонки, при родах в тазовом предлежании плода.

**Цель.** Изучить структуру повреждения яичек и мошонки, сделать анализ хирургической тактики при закрытых и открытых травмах у детей.

**Пациенты.** За последние 10 лет в урологическом отделении ДРКБ находились на лечении 54 ребёнка в возрасте от 7 до 17 лет: 7–10 лет – 12 (22,2%) детей, 10–14 – 28 (51,9%), 14–17 – 14 (25,9%). Из них: ушибы и гематомы мошонки – у 11 (20,4%), открытые повреждения мошонки – у 4 (7,4%), закрытые повреждения яичек (частичный

или полный разрыв) – у 38 (70,4%), открытые повреждения яичка – у 1 (1,8%). Сроки поступления детей: в первые 12 ч – 34 (63%), до 24 ч – 14 (25,9%), позже 24 ч – 6 (11,1%). Дети с ушибами мошонки и яичек получили консервативное лечение. Всем детям с разрывами мошонки и повреждениями яичка проведено оперативное лечение – восстановление целостности яичка, 3 (5,5%) пациентам проведена операция – орхоэктомия.

**Результаты.** Все дети выписаны домой под наблюдение уролога. По данным урологического отделения: у 6 (11,1%) детей отмечалась гипоплазия яичка, у 2 (3,7%) – атрофия яичек. Этим детям проведены повторные операции – орхоэктомии.

**Заключение.** Лечебная тактика при повреждениях яичка – предпочтительны органосохраняющие операции.



*Казиллов Б.Р., Махачев Б.М., Ашурбеков В.Б., Мейланова Ф.В., Казиллов Ю.Б., Муртузаалиев З.Н.*

## Острые заболевания мошонки у детей

ГБУ Республики Дагестан «Детская республиканская клиническая больница имени Н.М. Кураева»,  
Махачкала, Россия

**Актуальность.** Острые заболевания органов мошонки сопровождаются отёком, гиперемией и болевым синдромом в этой области. Заболевания подразделяют на неинфекционные (1-я группа) и инфекционные (2-я группа). К 1-й группе относят заворот яичка, острые поражения гидатиды, травматические повреждения органов мошонки. Ко 2-й – эпидидимит, орхит, орхоэпидидимит. Синдром отёчной и гиперемированной мошонки часто встречается в детском возрасте. Диагностические трудности и отсутствие остороженности приводят к продолжительному консервативному лечению.

**Цель.** Изучить структуру заболеваемости, раннюю диагностику и лечение острых заболеваний яичек у детей.

**Пациенты.** В урологическом отделении ДРКБ за последние 10 лет находились на стационарном лечении 639 детей с острыми заболеваниями яичка. В том числе: перекрут яичка – у 113 (17,7%) детей, перекрут гидатиды яичка – у 367 (57,4%), орхоэпидидимит – у 159 (24,9%) детей. Все дети были в возрасте от 3 мес до 17 лет. Сроки

поступления пациентов от 1 до 5 сут. Всем детям с подозрением на перекрут яичка или гидатиды яичка проводилось оперативное лечение, оперировано 560 (87,6%) детей, консервативное лечение получили 79 (12,4%), орхоэктомию провели у 12 (1,8%) .

**Результаты.** После выписки из стационара все дети находились под наблюдением уролога по месту жительства. По данным отдалённых результатов, после оперативного лечения перекрута яичка у 16 (1,42%) детей отмечалась гипоплазия яичка, у 3 (2,7%) – атрофия яичка. Им проведены повторные операции – орхоэктомии.

**Заключение.** Активная хирургическая тактика при лечении острых заболеваний яичка позволяет уменьшить время пребывания больных в стационаре и значительно улучшить отдалённые результаты. Экстренная операция позволяет предупредить атрофию яичка, гипоганодизм, бесплодие. При проведении хирургического лечения предпочтительны органосохраняющие операции.

*Канавец С.П., Иванов П.А., Коршунов Н.Б.*

## Особенности в диагностике лёгкой черепно-мозговой травмы у детей младших возрастных групп

Санкт-Петербургское ГБУЗ «Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины»,  
Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Рост популяции детского населения ежегодно увеличивает количество обращений в стационар по поводу травмы головы. Отсутствие истинной потери сознания и очаговой симптоматики, превалирование общемозговых симптомов затрудняют дифференциальную диагностику лёгкой травмы головы, которая может явиться стартовым механизмом для манифестации симптомов тяжёлых органических поражений головного мозга до определённого времени протекавших бессимптомно.

**Цель.** Показать особенности практического подхода к обследованию детей ранних возрастных групп с подозрением на травму головы.

**Пациенты.** За 3 года в больницу обратились более 3000 детей с травмой головы, у 870 из них диагностирована лёгкая черепно-мозговая травма в виде сотрясения или ушиба головного мозга лёгкой степени. Дети разделены на две возрастные группы.

**Результаты.** Превалировал бытовой характер травматизма. По механизму травмы в обеих группах преобладали случаи падения с высоты. При неврологическом

обследовании очаговая симптоматика представлена анизорефлексией. Отмечено превалирование общемозговой симптоматики в обеих возрастных группах. Переломы свода черепа в 1-й группе выявлены у 60% детей, во 2-й группе – у 20%. По локализации: в 1-й группе – переломы теменных костей, во 2-й возрастной группе – одинаковые по частоте переломы теменной и затылочной локализации. У 8% детей младшей группы выявлены сателлитные эпидуральные гематомы в области переломов и в 5% – контузионные очаги разной локализации.

**Заключение.** Пластичность головного мозга и костей свода черепа у детей, значительные резервные пространства, большое количество жидкости, омывающее стволы структуры головного мозга, превалирование общемозговой симптоматики и отсутствие типичной картины черепно-мозговой травмы с первичной потерей сознания требуют тщательного анализа неврологических находок и максимального применения всех способов нейровизуализации для конкретизации поражения головного мозга.



*Капканов А.В., Черноморец Я.В., Быков В.В.*

## **Заворот (перекрут) селезёнки у ребёнка младшего возраста – редкий случай в экстренной абдоминальной хирургии**

ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница», Саратов, Россия

**Актуальность.** В настоящее время в мировой литературе описано не более 27 случаев заворотов селезёнки. Подавляющая часть этих случаев наблюдалась у детей старшего возраста и ему, обычно, предшествовал длительный анамнез заболеваний, сопровождающихся увеличением селезёнки. Многие детские хирурги, даже с огромным практическим опытом, никогда не встречались с данным состоянием.

**Цель.** Проинформировать детских хирургов о вероятной встрече с подобным случаем в повседневной практике.

**Пациенты.** Девочка Ч., 1 год, поступила в ДХО ГУЗ СОДКБ 05.06.2020 в 01:10. С жалобами на беспокойство ребёнка, вздутие живота, повышение температуры тела до 39 °С. Со слов матери, с 02.06.20 г. у ребёнка отмечалось повышение температуры тела до 39 °С, самостоятельно давали нурофен. Рвоты, жидкого стула не было. Аппетит был снижен, но ребёнок ел, активно пил жидкость, отмечался самостоятельный стул. 04.06.20 г. отметили вздутие живота, появление постоянного беспокойства ребёнка. Дисфагии и рвоты при этом не было. Стул за сутки два-

жды, оформленный, без патологических примесей. При обследовании в ОАК выявлен лейкоцитоз до  $31,9 \cdot 10^9/\text{л}$  с нейтрофильным сдвигом, гипохромная анемия средней тяжести: количество эритроцитов  $3,93 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин до 93 г/л, тромбоцитоз  $740 \cdot 10^9/\text{л}$ , ускорение СОЭ до 45 мм/ч. По данным УЗИ органов брюшной полости, в брюшной полости параумбиликально определялось образование  $62 \times 50$  мм с мелкодисперсным содержимым (расширенная петля кишки). С подозрением на инвагинацию кишечника ребёнок взят в операционную, выполнена срединная лапаротомия. В свободной брюшной полости в мезогастрии обнаружена селезёнка с признаками нарушения кровоснабжения, окутанная прядью сальника, перекрученная на 2 полных оборота вокруг сосудистой ножки. Выполнена спленэктомия, резекция пряди сальника.

**Результаты.** Послеоперационный период протекал гладко, ребёнок на 6-е сутки выписан из отделения.

**Заключение.** Аномальное расположение селезёнки – одно из редких, но в практике детского хирурга всё-таки встречающихся состояний, к встрече с которым нужно быть готовым.

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

## **Вакуум-терапия брюшной полости в неотложной хирургии у детей**

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ, Москва, Россия

**Актуальность.** Методика «открытого живота» получила широкое распространение при критической абдоминальной патологии у взрослых пациентов и крайне редко используется у детей.

**Цель.** Оценить эффективность вакуум-терапии брюшной полости в неотложной абдоминальной хирургии у детей.

**Пациенты.** В НИИ НДХиТ за период с 2013 по 2020 г. были пролечены 12 пациентов, у которых применяли вакуум-терапию брюшной полости. Из них у 5 пациентов имели место травматические повреждения органов брюшной полости (в том числе огнестрельное ранение и травма автомобильным ремнём безопасности), у 7 – осложнённое течение хирургических заболеваний: аппендикулярный перитонит – у 1, некроз кишки в результате заворота и ущемлённой паховой грыжи – у 2, осложнённая язва Кушинга двенадцатиперстной кишки после удаления опухоли головного мозга – у 2, неокклюзионный ишемический энтероколит в остром и отдалённом периоде ТЧМТ – у 2. Мальчики – 66,7%, девочки – 33,3%, средний возраст пациентов –  $10,5 \pm 3,7$  года.

**Результаты.** Для наложения вакуум-системы мы использовали специальные наборы VivanoMed Abdominal Kit, в некоторых случаях самостоятельно собирали из отдельных расходных материалов. На органы брюшной полости укладывали сетчатое покрытие, препятствующее адгезии, затем губку и перфорированную трубку. Край лапаротомной раны без натяжения герметизировали плёнкой и дренажную трубку подключали к вакуумной аспирации (20–100 мм рт. ст.) до втяжения губки. Число ревизий брюшной полости варьировало от 1 до 7 раз за период лечения. Летальных исходов – 5 (41,7%): 3 пациента умерли из-за тяжести некротических повреждений кишечника, 2 – в результате СПОН, не связанного с абдоминальными причинами. У 7 (58,3%) пациентов итогом лечения стала успешная санация брюшной полости с выздоровлением.

**Заключение.** «Открытое» ведение брюшной полости с вакуум-терапией позволяет обеспечить её санацию и своевременную хирургическую коррекцию отсроченных повреждений.



*Карасева О.В., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Ахадов Т.А.,  
Батунина И.В., Харитонова А.Ю., Янюшкина О.Г.*

## **Малоинвазивное дренирование острых жидкостных скоплений при тяжёлых повреждениях поджелудочной железы у детей**

<sup>1</sup>ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ, Москва, Россия

**Актуальность.** Повреждения поджелудочной железы (ПЖЖ) как травматического, так и нетравматического генеза, протекающие в осложнённой форме, редко встречаются в педиатрической практике. В настоящее время сохраняется настороженное отношение к малоинвазивным методикам лечения.

**Пациенты.** В период с 2008 по 2020 г. пролечены 22 ребенка с осложнённым течением повреждений ПЖЖ. У 15 (68,2%) детей была травма ПЖЖ с повреждением Вирсунгова протока: III степени – у 11 (73,3%), IV – у 4 (26,7%). В 7 (31,8%) наблюдениях мы столкнулись с острым панкреатитом. Инструментальные методы обследования включали УЗИ, СКТ, МР-холангиографию.

**Результаты.** Все дети с осложнённым течением повреждений ПЖЖ получали комплексную интенсивную терапию: эпидуральную анестезию, продлённое кормление в кишку по назоинтестинальному зонду полуэлементарной смесью, антисекреторную антибактериальную, инфузионную и симптоматическую терапию. При панкреатогенном перитоните со средним/большим гидротораксом

выполняли лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости по Генералову. При развитии оментобурсита с диаметром жидкостного скопления более 3 см – чрезкожную пункцию и дренирование сальной сумки под УЗИ-контролем. Консервативная терапия была эффективна у 5 (22,7%) детей. У 17 (77,3%) были использованы малоинвазивные технологии хирургического лечения: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости – у 1 (4,5%), чрезкожное дренирование острого оментобурсита – у 10 (45,5%), лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости с последующим чрезкожным дренированием острого оментобурсита – у 6 (27,3%). Осложнений не было. Все дети были обследованы в катамнезе (более 1 года), рецидивов панкреатита не отмечено, ложные кисты ПЖЖ не выявлены.

**Заключение.** Сочетание комплексной интенсивной терапии с малоинвазивными хирургическими методиками при осложнённых формах ПЖЖ различного генеза снижает хирургическую агрессию и приводит к хорошим клиническим результатам

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

## **Лапароскопические технологии в лечении кистозных лимфангиом брюшной полости у детей**

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ, Москва, Россия

**Актуальность.** При редко встречающейся в неотложной хирургии патологии органов брюшной полости выбор хирургической тактики является крайне сложной и актуальной задачей для детского хирурга.

**Пациенты.** За период 2017–2019 гг. по поводу кистозной лимфангиомы брюшной полости были прооперированы 6 детей. Соотношение мальчиков и девочек составило 3:3, средний возраст –  $4,2 \pm 2,6$  года. Все дети были госпитализированы в экстренном порядке с подозрением на острый аппендицит. Инструментальная диагностика включала УЗИ, СКТ и МРТ по показаниям. Во всех наблюдениях окончательная диагностика и хирургическое лечение были проведены с использованием лапароскопических технологий.

**Результаты.** У 5 (83,3%) детей была диагностирована многокамерная лимфангиома брыжейки тонкой кишки, у одного ребёнка – лимфангиома большого сальника. Осложнённое течение имело место в 83,3% наблюдений: частичная непроходимость кишечника (2); заворот подвздошной кишки с некрозом (1); подкрут с кровоизлиянием в кистозные полости (2).

Лапароскопию выполняли под эндотрахеальным наркозом в положении больного на спине по традиционной методике. Для уменьшения объема кистозных полостей после входа в брюшную полость выполняли пункцию крупных кистозных полостей, при значительных размерах кистозной полости пунктировали через переднюю брюшную стенку. При кисте большого сальника была выполнена его субтотальная резекция вместе с кистой. При многокамерных лимфангиомах брыжейки тонкой кишки выполняли резекцию участка кишки с интимно прилегающими полостями лимфангиомы и накладывали анастомоз конец в конец: лапароскопически – у 3 больных; через мини-лапаротомный доступ в области пупка – у 2. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Все дети осмотрены в катамнезе (более 6 мес) – рецидива лимфангиомы не выявлено.

**Заключение.** При кистозных лимфангиомах брюшной полости лапароскопия позволяет не только подтвердить диагноз, но и полностью выполнить хирургическое лечение малоинвазивным путём.



*Карасева О.В., Янюшкина О.Г., Ахлебинина М.И., Мельников И.А., Батунина И.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Тимофеева А.В., Ахадов Т.А.*

## **Множественные посттравматические псевдоаневризмы селезёнки у ребёнка 13 лет**

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

**Актуальность.** Псевдоаневризмы селезёнки (ПАС) рассматривают как отсроченное осложнение закрытой травмы селезёнки, возникающее в первые 48 ч после травмы. До настоящего времени продолжают споры относительно лечения псевдоаневризм, которые выявляются при визуализации – консервативно или оперативно.

**Цель.** Представить лечебно-диагностический алгоритм при травме селезёнки, осложнившейся развитием множественных псевдоаневризм.

**Пациенты.** Ребёнок, 13 лет, госпитализированный с диагнозом лёгкая ЧМТ, ушибы лица и туловища. Травму получил в результате ДТП (велосипедист, сбит легковым автомобилем). При поступлении, учитывая механизм травмы, был осмотрен нейрохирургом, хирургом и травматологом. Выполнены лабораторные исследования (анализы крови и мочи) и УЗИ брюшной полости, по результатам которых патологических изменений не выявлено.

**Результаты.** На 2-е сутки после травмы ребёнок отметил слабость и усиление болевого синдрома в левой поясничной области. На компьютерной томографии брюшной полости с контрастным усилением (КТ с КУ) выявлены участки разрыва нижнего полюса селезёнки с формированием интрапаренхиматозной гематомы и перераспределением кровотока с формированием округлых гиперденсных участков по типу псевдоаневризм в артериальную фазу, исчезающих в портальную фазу, без данных за продолженное кровотечение. По данным повторного УЗИ, – множественные гипозоногенные участки повреждения паренхимы в нижнем полюсе селезёнки до 8 мм, в режиме ЦДК – усиление кровотока в данной зоне. В анализе крови – снижение тромбоци-

тов до  $87 \cdot 10^3$  мкл. С учётом дообследования выставлен диагноз тяжёлая сочетанная травма, ISS-18, ЗЧМТ, СГМ. Закрытая травма живота. Травма селезёнки IV степени (AAST): множественные псевдоаневризмы нижнего полюса селезёнки, интрапаренхиматозный ушиб нижнего полюса селезёнки. Множественные ушибы и ссадины лица, туловища, верхних и нижних конечностей. Консилиумом принято решение продолжить консервативное лечение и через 5 дней повторить КТ-ангиографию для принятия решения о выполнении ангиографии с селективной эмболизацией сосудов селезёнки при сохранении псевдоаневризм. Однако при повторном КТ с КУ (8-е сутки после травмы) отмечена положительная динамика травматических изменений в нижнем полюсе селезёнки в виде исчезновения псевдоаневризм. На УЗИ – архитектура сосудов селезёнки удовлетворительная, нормализация кровотока и отсутствие патологии изменённых сосудов в зоне повреждения. Лабораторно к 12-м суткам – тромбоциты в пределах нормы ( $177 \cdot 10^3$  мкл). В стационаре проведено 12 койко-дней, выписан в удовлетворительном состоянии. Катетеризация через 1 мес – жалоб нет, на УЗИ – локальные изменения паренхимы селезёнки в области нижнего полюса в виде остаточных проявлений геморрагической имбиции.

**Заключение.** Таким образом, с учётом отсутствия дегенеративных изменений и высокой репаративной способности мы поддерживаем консервативную тактику при ПАС у детей при условии стабильной гемодинамики. КТ-томографию живота при высокоэнергетической травме (ДТП, кататравма) необходимо выполнять с контрастным мультифазным усилением.

*Карпова И.Ю., Стриженок Д.С., Носова Т.В., Егорская А.Т.*

## **Микробный пейзаж брюшной полости при аппендикулярном перитоните у детей**

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, Нижний Новгород, Россия

**Актуальность.** Частота встречаемости аппендикулярного перитонита составляет 3–4% среди всех острых хирургических заболеваний у детей.

**Цель.** Изучение микробной флоры брюшной полости для улучшения результатов лечения перитонитов.

**Пациенты.** На базе хирургического отделения ГБУЗ НО ДГКБ № 1 г. Нижнего Новгорода за период с 2016 по 2020 г. пролечены 126 пациентов с различными видами аппендикулярного перитонита.

**Результаты.** Выделенные культуры были тестированы на чувствительность к наиболее часто употребляемым в педиатрической практике антибиотикам – цефалоспорином, защищённым бета-лактамам антибиотикам, аминогликозидам. Анализ показал, что основное количество

штаммов из них: энтеробактерии (87%), неферментирующие бактерии (72%) были чувствительны ко всем антибиотикам. Не было выделено ни одного штамма с абсолютной резистентностью. У нескольких культур имелась устойчивость к одной из групп препаратов. По результатам микробиологического тестирования наиболее эффективными являлись цефалоспорины, так как к ним были чувствительны 163 (73%) культуры из 223 выделенных. В 23% случаев отмечали чувствительность к аминогликозидам.

**Заключение.** Таким образом, полирезистентность к антибиотикам является косвенным признаком нозокомиального происхождения микроорганизмов, поэтому можно предположить, что во всех случаях отсутствовало внутрибольничное инфицирование пациентов.



*Кенжалина Р.А., Досмагамбетов С.П., Нургалиев И.М., Сарсенова В.В.*

## **Лечение химических ожогов пищевода у детей**

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,  
Актобе, Республика Казахстан

**Актуальность.** Ожоги пищевода химическими соединениями у детей – самый частый вид травматического повреждения пищевода (Рукевич С.Г. и соавт., 2014). Этот вид травмы дает зачастую серьёзные осложнения – послеожоговые рубцовые сужения, и в некоторых случаях приводит к летальным исходам (Шамсиев А.М. и соавт., 2012).

**Цель.** Изучение результатов применения дексаметазона при химических ожогах пищевода у детей на частоту развития рубцовых сужений.

**Пациенты.** Лечение детей с химическими ожогами пищевода проводилось по разработанной в клинике схеме, включающей в себя общую дезинтоксикационную, инфузионную корригирующую и антибактериальную терапию. Комплекс лечения включал также применение дексаметазона из расчета 0,5 мг/кг/сутки 1 раз в сутки в течение 3 дней. По указанной методике нами проведено лечение 17 больных детей в возрасте от 1 года до 3 лет со II–III степенью ожога пищевода. В контрольную группу вошли 12 больных такого же возраста, со II–III степенью ожога, получивших такое же лечение, кроме дексаметазона. Эзофагоскопия проводилась на 7–14-й день

после получения травмы. При химическом ожоге пищевода III степени проводилось профилактическое бужирование пищевода возрастным бужом. Длительность курса бужирования определялась выраженностью и протяжённостью стенозированного участка. Контроль эффективности проводимого лечения включал: эзофагоскопию, клинический анализ крови на 1-, 3-, 5-, 10-е сутки с подсчетом ЛИИ по Кальф-Калифу, исследование С-реактивного белка на 1-, 5-, 10-е сутки, исследование кортизола на 1-, 5-, 10-е сутки.

**Результаты.** Уровень кортизола в крови у больных сразу после получения ожога в обеих группах был ниже нормы, но у больных основной группы на 5-й и 10-й день отмечается более отчётливое повышение в сравнении с больными контрольной группы. Рубцовое сужение пищевода развилось у 3 больных основной группы и у 6 больных контрольной.

**Заключение.** Предварительные результаты показали, что применение дексаметазона в комплексном лечении химических ожогов пищевода может снизить частоту развития рубцовых сужений.

*Колыхалкина И.А., Глебова Е.С., Раушенбах Н.Г., Амчславский В.Г.*

## **Оценка белково-энергетического статуса у ребёнка с обширным повреждением мягких тканей**

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  
ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Одной из ключевых задач интенсивной терапии пациентов с обширными повреждениями мягких тканей является коррекция белково-энергетической недостаточности, связанной с большими потерями белка через раневые поверхности и развивающимся синдромом гиперметаболизма–гиперкатаболизма.

**Цель.** Оценить белково-энергетические потребности больной с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ) и обширным повреждением мягких тканей нижних конечностей.

**Пациенты.** Девочка, 8 лет, получала лечение в ОАР по поводу ТСТ с ведущим обширным повреждением мягких тканей нижних конечностей. Для оценки белково-энергетического статуса применяли инструментальные (непрямая калориметрия с помощью метабологафа Quark RMR, COSMED, Италия) и лабораторные (биохимический и общий анализ крови, суточная моча) методы исследования.

**Результаты.** На протяжении всего периода наблюдения энергетические потребности пациентки были высокими на фоне течения ССВР и составляли 50–60 ккал/кг/сут. Проводимая нутритивная поддержка полностью пере-

крывала энерготраты, однако белковый статус пациентки оставался низким, что связано с большими трудно учитываемыми потерями белка через раневые поверхности и периодами голодания в связи с ежедневными перевязками под наркозом. По результатам анализа суточной мочи азот мочевины составлял 7,56–11,61 г/сут. Пациентке проводилась смешанная нутритивная поддержка (зондовое питание высокобелковыми смесями, парентеральное питание, ОВД без ограничения объема), но белковый статус оставался сниженным (общий белок от 42 до 50 г/л, альбумин от 24 до 29 г/л), что требовало трансфузий альбумина. После закрытия раневых дефектов уровень альбумина и общего белка повысился, поэтому зондовое и парентеральное питание были отменены.

**Заключение.** Белково-энергетические потребности пациента с обширными повреждениями мягких тканей требуют постоянного лабораторного мониторинга. Потери белка не могут быть компенсированы только нутритивной поддержкой. Для поддержания белкового статуса до закрытия раневых дефектов требуются трансфузии альбумина.



*Коровин С.А., Соколов Ю.Ю., Донской Д.В., Дзядчик А.В., Акоюн М.К., Ионов Д.В.*

## **Хирургические вмешательства у детей с осложнениями инородных тел желудочно-кишечного тракта**

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия;

ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница имени З.А. Башляевой» ДЗМ, Москва, Россия;

ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница Святого Владимира» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** В последние годы расширяется спектр ургентных заболеваний органов брюшной полости за счёт больных с осложнениями инородных тел желудочно-кишечного тракта (ИТ ЖКТ). Существует потребность выработки лечебно-диагностического алгоритма в зависимости от характеристик ИТ и стадии заболевания.

**Цель.** Установить клинические проявления осложнений ИТ ЖКТ у детей и обосновать применение лапароскопических и открытых оперативных вмешательств в различные сроки заболевания.

**Пациенты.** Проведён ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 36 больных в возрасте от 1 года до 15 лет с осложнениями ИТ ЖКТ в период с 2008 по 2020 г. В клинике детской хирургии была использована оригинальная классификация ИТ по характеру воздействия последних на ЖКТ. Всем больным при поступлении выполнено ультразвуковое и рентгенологическое исследование брюшной полости. Вид и объём оперативных вмешательств определялся в ходе лапароскопии.

**Результаты.** На основании анализа клинических проявлений осложнений ИТ ЖКТ выделены три стадии заболевания: I – начальные клинические проявления, II – яркие клинические проявления, III – внутрибрюшные осложнения. Доказана зависимость результатов инструментальных методов предоперационной диагностики и лапароскопии от клинической стадии заболевания. Мини-инвазивные технологии оперативного лечения детей были эффективными при I, II и III стадиях заболевания в 100, 41 и 23,5% наблюдений соответственно. Послеоперационные осложнения у 2 (5,6%) больных в виде поздней спаечной кишечной непроходимости были корригированы в ходе релапаротомий.

**Заключение.** При осложнениях ИТ ЖКТ клинические проявления заболевания, результаты инструментальных методов предоперационной диагностики и лапароскопии обусловлены стадией заболевания. Вид и объём оперативных вмешательств находятся в многофакторной зависимости от характеристик ИТ, уровня поражения ЖКТ и внутрибрюшных осложнений.

*Курова Е.К., Цап Н.А., Черненко Л.Ю., Эрленбуш В.В., Микая И.Г., Щипанов Л.М.*

## **Малоинвазивный метод лечения гнойного мастита у девочек**

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** В структуре гнойно-воспалительных заболеваний молочных желёз доля не лактационного мастита возросла с 5% в середине 1980-х гг. до 60% к 2000 г. и в настоящее время не снижается. Традиционным лечением острого гнойного мастита является разрез и дренирование полости.

**Цель.** Оценить эффективность пункционного метода лечения острого гнойного мастита (ОМ) у детей.

**Пациенты.** За 2020 г. на лечении находилась 31 девочка с ОМ в возрасте от 6 мес до 18 лет. Длительность заболевания от 8,5 ч до 16 дней. Проведено стандартное обследование: ОАК, ОАМ, УЗИ молочных желёз, посев из очага на микрофлору и её чувствительность к антибиотикам. Выбор способа лечения основывался на сроке заболевания, выраженности локальных изменений. Эффективность пункционного метода лечения оценивали клинически и по данным УЗИ молочных желёз.

**Результаты.** Наиболее часто (93,5%) ОМ возникает в пубертатном возрасте от 11 до 16 лет. ОМ в правой молочной железе был у 19 (61,2%) девочек. Распределение

по форме заболевания: гнойный мастит – у 23 (74,2%), серозный – у 8 (25,8%). При серозной форме мастита проведено консервативное лечение. При гнойном мастите пункционное лечение проведено у 14 (60,9%) девочек, со сроком заболевания не более 3 дней, либо при наличии инфильтрата до 4 см. Оперативное лечение – у 9 (39,1%) при сроке заболевания более 3 сут или крупном инфильтрате. Пункционное лечение было эффективно у 13 (93%) девочек, только в одном случае (5%) было выполнено последующее оперативное лечение. По результатам посева преобладали *Staph.aureus* – 34,8%, *Staph.epidermidis* – 30,4%. В 100% случаев микрофлора чувствительна к цефалоспорином I–III поколения. УЗ-контроль на 5–6-е сутки лечения установил отсутствие патологических скоплений жидкости, инфильтрата, восстановление нормальной структуры молочной железы.

**Заключение.** Пункционный метод лечения ОМ показан при сроке заболевания до 3 сут, при размерах инфильтрата до 4 см. Эффективность малоинвазивного метода лечения достигает 93%.



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

## **Диагностика и лечение полипов толстой кишки у детей**

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет», Смоленск, Россия

**Актуальность.** Полипы толстой кишки – доброкачественные опухолевидные образования, исходящие из слизистой оболочкой кишки. Клиническая картина разнообразна. Рассматриваемая патология в практике встречается нередко и является одной из наиболее частых причин кровотечений из дистальных отделов кишки у детей.

**Цель.** Провести анализ результатов диагностики и лечения больных с полипами толстой кишки.

**Пациенты.** С 2015 по 2019 г. в детское хирургическое отделение ОКБ г. Смоленска поступили 36 пациентов с полипами толстой кишки – 21 мальчик и 15 девочек в возрасте от 1 года до 15 лет.

**Результаты.** В клинической картине доминировали проявления кровотечения у 34 (94,4%) детей в виде наличия крови в стуле, от небольшого количества в виде прожилок до наличия сгустков. У 2 (5,6%) детей жалобы на боли, дискомфорт при дефекации, у 2 (5,6%) – на появление образования в области ануса и у 1 (2,8%) ребёнка отделение полипа с признаками кровотечения и наличие его в стуле. Проводились: общеклинический осмотр,

пальцевое ректальное исследование, лабораторная диагностика. У 21 (58,3%) пациента при ректальном исследовании были диагностированы полипы прямой кишки. У 6 (16,7%) детей имелись клинические и лабораторные признаки анемии, в анамнезе отмечен рецидивирующий характер кровотечений. После подготовки под общей анестезией проводились осмотр на ректальных зеркалах, ректороманоскопия. Выполнялось диатермокоагуляция основания, трансанальное удаление полипа прямой кишки с последующим патогистологическим исследованием. У 2 (5,6%) девочек при ректороманоскопии патологии не обнаружено и им выполнена колоноскопия с визуализацией полипов в области селезёночного изгиба и в начальном отделе нисходящей ободочной кишки, аргоноплазменной коагуляцией основания полипа и его удалением. Одна из девочек поступала с характерными жалобами повторно, при колоноскопии также обнаружен полип.

**Заключение.** Кровотечение при полипах – доминирующий симптом. Эндоскопические методики позволяют установить топику полипа с его последующим удалением.

*Лазарев В.В., Линькова Т.В., Негода П.М., Шуткова А.Ю., Гореликов С.В., Налеев А.А., Полянская М.В.*

## **Аплазия верхней полой вены как случайная находка при обеспечении долгосрочного венозного доступа у ребёнка 3 лет**

ФГАОУ ВО «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Особенности строения сосудистого русла пациента могут быть причиной непреднамеренных осложнений при обеспечении сосудистого доступа и способны дезориентировать специалиста в оценке местоположения установленного катетера.

**Цель.** Описание клинического случая выявления аплазии верхней полой вены у ребёнка при обеспечении венозного доступа.

**Пациенты.** Пациенту К., 3 года, было показано плановое обеспечение длительного венозного доступа. Предварительное ультразвуковое исследование (УЗИ) системы верхней полой вены не выявило каких-либо нарушений.

Пункцию правой внутренней яремной вены под контролем УЗИ выполнили без технических сложностей, в просвет сосуда ввели J-образный проводник, кончик которого при рентгенологическом (R) контроле оказался в левой внутренней яремной вене. После коррекции положения проводника было выявлено его проецирование в левых отделах сердца, что расценили как техническое осложнение, и проводник удалили.

Попытка установки катетера через правую подключичную вену в дальнейшем привела к такому же результату. Поэтому для более точной диагностики ребёнку выполнили компьютерную ангиографию системы верхней полой вены. При исследовании выявили врождённую аномалию развития сосудистого русла – аплазию верхней полой вены, слияние правой брахиоцефальной вены с левой брахиоцефальной веной, которая проходила кпереди от левой лёгочной артерии, вдоль латеральной и задней поверхности левого предсердия, и впадала в расширенный коронарный синус, а затем в правое предсердие.

**Результаты.** С учётом полученной информации выполнили имплантацию Bivias-катетера под УЗ-контролем через левую внутреннюю яремную вену без технических сложностей с установкой дистального конца катетера в левую плечеголовную вену под R-контролем.

**Заключение.** Тщательное разноплановое исследование анатомии сосудов помогает решить вопрос обеспечения сосудистого доступа и предупредить риски возможных осложнений.



*Лазарев В.В., Налеев А.А., Линькова Т.В., Негода П.М.*

## **Значимые аспекты в выборе анестезии при шунтирующих операциях внепечёночной портальной гипертензии у детей с тромбоцитопенией**

ФГАОУ ВО «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Синдром портальной гипертензии является одной из наиболее тяжёлых хирургических патологий детского возраста, нередко проявляющийся пищеводно-желудочными кровотечениями с летальными исходами. Оперативное вмешательство по устранению данного синдрома достигается посредством сосудистых операций – портосистемного шунтирования, формирования венозного шунта в обход тромбированного ствола воротной вены с последующим восстановлением физиологической перфузии в портальной системе.

**Цель.** Оценить спектр и значимость рисков в общей анестезии при шунтирующих операциях внепечёночной портальной гипертензии у детей с тромбоцитопенией.

**Материал и методы.** Данные литературы (результаты поиска в базах медицинских данных PubMed, Medline, E-library и др.) и собственные клинические наблюдения при выполнении анестезиологического обеспечения хирургической коррекции внепечёночной портальной гипертензии у детей.

**Результаты.** Синдром портальной гипертензии в 70% случаев сопровождается гиперспленизмом – повышенной секвестрацией и разрушением форменных элементов крови увеличенной селезёнкой, при котором наступает панцитопения, однако наиболее часто и более выражено наблюдается тромбоцитопения.

Учитывая факт, что открытые операции на верхнем этаже брюшной полости являются максимально травматичными вмешательствами, ограничение выраженности хирургического стресс-ответа становится одной из ведущих задач врача-анестезиолога. Применение при этом только опиоидных анальгетиков в общей анестезии связано с использованием их значительных доз, провоцирующих парез желудочно-кишечного тракта, гиперальгезию, синдром послеоперационной тошноты и рвоты и длительную послеоперационную депрессию дыхания.

Достижению высококачественной адекватной анальгезии в значительной мере способствуют принципы мультимодальности в анестезии хирургии печени, где традиционно используется грудная эпидуральная анестезия на уровне Th7–8. Однако у пациентов с портальной гипертензией далеко не всегда удаётся воспользоваться данным видом анальгезии, поскольку исследования в хирургии

печени показали, что безопасным для пациента считается проведение эпидуральной анестезии при количестве тромбоцитов более  $100 \cdot 10^9/\text{л}$ .

Пункция эпидурального пространства в условиях тромбоцитопении с последующей катетеризацией последнего несёт высокие риски развития спинального кровотечения с формированием эпидуральных гематом в месте пункции, что, в свою очередь, требует экстренного хирургического лечения и может приводить к инвалидизации с неврологическим дефицитом. Несмотря на своевременную диагностику осложнения и urgentную хирургическую коррекцию нет гарантий полного возвращения пациента к привычному для него образу жизни. Риски от катетеризации эпидурального пространства превышают ожидаемую нами пользу от данной методики, подвергая пациента риску последующей инвалидизации и существенно нарушая его качество жизни.

**Обсуждение.** Общая анестезия при операциях портосистемного шунтирования у детей с тромбоцитопенией нуждается в разработке методик, предусматривающих отказ от эпидуральной анестезии и введения высоких доз опиоидов. Решением данной проблемы может быть включение в схему анестезиологического обеспечения центрального селективного альфа-2-адреноагониста дексмететомидина – препарата, сочетающего в своём действии как анальгетический, так и гипнотический компоненты, позволяющего за счёт супрааддитивного эффекта значительно снизить потребность в гипнотиках и опиоидных анальгетиках, сохранив высокий уровень нейровегетативной защиты.

**Заключение.** В выборе анестезиологического обеспечения при шунтирующих операциях внепечёночной портальной гипертензии у детей с тромбоцитопенией следует учитывать значимые факторы хирургической патологии и соматического состояния пациента, определяющих эффективность, безопасность и комфортность анестезии. Включение в схему анестезиологического обеспечения центрального селективного альфа-2-адреноагониста дексмететомидина может быть альтернативой применения эпидуральной блокады и использования высоких доз опиоидов в обеспечении эффективной и безопасной анестезии у детей с тромбоцитопенией при шунтирующих операциях внепечёночной портальной гипертензии.



*Лившиц М.И., Чмутин Г.Е., Смолянкина Е.И., Левов А.В., Чигибаев М.Ж.*

## **Клинический случай формирования острой субдуральной гигромы на фоне спонтанного разрыва арахноидальной кисты Сильвиевой щели у ребёнка**

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия;

ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Арахноидальная киста (АК) – порок развития, являющийся дубликатурой изменённой паутинной оболочки головного мозга, заполненной ликвором. При массовом скрининге детей распространённость арахноидальных кист составила 2,6%. В случае разрыва АК образуются внемозговые гематомы, а в редких случаях – гигромы без признаков кровоизлияния, провоцирующие повышение внутричерепного давления. В мировой литературе описано несколько подобных клинических ситуаций, однако до настоящего времени многие нейрохирурги не задумываются о возможном генезе субдурального скопления.

**Цель.** Оптимизация тактики лечения детей с разрывом арахноидальной кисты на примере клинического случая.

**Пациенты.** В Морозовскую ДГКБ в экстренном порядке была доставлена девочка 9 лет с жалобами на головную боль и рвоту в течение месяца, факт травмы родители отрицают. На момент поступления у ребёнка отмечались признаки повышенного внутричерепного давления. При проведении нейровизуализации: массивное субдуральное скопление, вызывающее компрессию структур головного мозга. Ребёнку был имплантирован наружный субдураль-

ный дренаж в связи с качественным изменением показателей общего анализа ликвора, а по стабилизации состояния удалён.

**Результаты.** При проведении контрольной нейровизуализации через 2 мес субдуральное скопление полностью регрессировало, однако визуализирована ненапряжённая арахноидальная киста правой Сильвиевой щели, Galassi II, разрыв которой и стал причиной субдурального скопления, вызвавшего повышение внутричерепного давления и смещение срединных структур, что привело к появлению клинической картины ранее бессимптомной арахноидальной кисты.

**Заключение.** Несмотря на довольно большую распространённость АК в популяции, разрыв кисты остаётся редким малоизученным явлением, однако стоит задуматься об этом диагнозе в случае обнаружения у ребёнка школьного возраста спонтанного субдурального скопления. Типы лечения разрывов кист разнообразные, но должны преследовать единую цель: снижение внутричерепного давления, повышение которого является причиной развития симптоматики.

*Лукаш А.А., Пискалов А.В., Степанов М.А.*

## **Дисплазия соединительной ткани в патогенезе травматических вывихов надколенника у детей**

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Омск, Россия;

БУЗОО «Городская детская клиническая больница № 3», Омск, Россия

**Актуальность.** На долю травм коленного сустава приходится 10–25% от числа травм опорно-двигательного аппарата с долей вывиха до 11%. Многие клиницисты признают, что вывих надколенника является проявлением диспластических изменений опорно-двигательной системы.

**Цель.** Изучить наличие предрасполагающих факторов вывиха надколенника, произошедшего при травме и их связь с дисплазией соединительной ткани.

**Пациенты.** С 2014 по 2018 г. нами обследовано 359 детей в возрасте от 6 до 17 лет с болями в коленном суставе после непрямого травмирования. Механизм травмы у всех детей был однотипным. У 257 (72%) из них диагностирован вывих надколенника, у 102 (28%) – растяжение связок, гемартроз коленного сустава. В общей группе преобладали девочки – 258 (72%). У 54 (23%) детей в анамнезе

имелся вывих противоположного сустава. Пациенты имели нормальные возрастные антропометрические показатели. В 70% случаев вывих происходил во время ходьбы, в 25% – во время прыжков при занятии спортом, в 5% – при подъёме со стула.

**Результаты.** В группе пациентов с травматическими вывихами надколенника признаки дисплазии соединительной ткани выявлены у 215 пациентов, что составило 85% от общего числа. У пациентов с посттравматическим растяжением связок признаки дисплазии выявлены не были.

**Заключение.** Первичный вывих надколенника у детей требует тщательной оценки характера травмы и дообследования на возможное наличие предрасполагающих к вывиху факторов.



*Лукаш А.А., Пискалов А.В., Степанов М.А.*

## **Хирургическое лечение детей с вывихом надколенника, произошедшим при травме**

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Омск, Россия;  
БУЗОО «Городская детская клиническая больница № 3», Омск, Россия

**Актуальность.** С каждым годом увеличивается процент вывихов надколенника, произошедших при травме, составляя 0,3–11,8% от всех травматических вывихов. В большинстве случаев вывих надколенника происходит в результате не прямой травмы. Единой лечебной тактики на данный момент нет. Безусловным показанием к оперативному лечению относят свободное тело коленного сустава и сохраняющуюся латеропозицию.

**Цель.** Сравнить результаты консервативного и оперативного лечения детей с вывихом надколенника, произошедшим при травме.

**Пациенты.** С 2014 по 2018 г. нами обследовано 257 детей в возрасте от 6 до 17 лет, поступивших в неотложном порядке. У 215 детей выявлены изменения в строении коленного сустава и при дообследовании диагностирована дисплазия соединительной ткани. Пациентам основ-

ной группы проводилось оперативное лечение, пациентам контрольной группы – консервативное. Результаты лечения оценивались на протяжении 4 лет.

**Результаты.** В основной группе рецидивов вывиха не отмечено, болевой синдром отсутствовал. В контрольной группе у 12 пациентов отмечался повторный вывих надколенника, из них у 2 – с переломом наружного мыщелка бедренной кости и свободным телом коленного сустава. У 23 пациентов отмечена латеропозиция и гипермобильность надколенника, из них у 18 – с болевым синдромом и страхом повторного вывиха.

**Заключение.** Первичный вывих надколенника требует дообследования пациента на наличие предрасполагающих к вывиху факторов. При их выявлении показано оперативное лечение при первичном поступлении в связи с высоким риском повторного вывиха и осложнений.

*Мавлянов Ф., Мавлянов Ш., Турсунов С., Баратов У.*

## **Пути улучшения результатов лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Врожденная кишечная непроходимость остается проблемой абдоминальной хирургии детского возраста, занимая особое место среди всех прочих острых заболеваний органов брюшной полости. Однако не разработаны эффективные методы лечения послеоперационного пареза кишечника. У детских хирургов нет единой доктрины, отвечающей всем требованиям, по восстановлению моторики функции желудочно-кишечного тракта.

**Цель.** Ликвидация паретического компонента и восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта у детей с врожденной кишечной непроходимостью в ближайшем послеоперационном периоде.

**Пациенты.** С 2015 по 2020 г. обследованы и пролечены 123 новорожденных. Отбор детей проводился по клиническим и рентгенологическими признаками различных видов врожденной кишечной непроходимости.

**Результаты.** В послеоперационном периоде изучение влияния нутритивной поддержки показало, что в группе больных с комбинированным энтеральным (зондовым или оральным) и частичным парентеральным питанием происходило достоверное снижение ( $p < 0,001$ ) длительности стационарного лечения. Комбинированная энтеральная нутритивная поддержка является более эффективным и рациональным методом интенсивной терапии синдрома кишечной недостаточности (объем застоя купировался на 24–48 ч раньше, чем у детей с полным парентеральным питанием).

**Заключение.** Раннее восстановление моторики является ключевым моментом в послеоперационном периоде. Энтеральное зондовое питание на протяжении всего послеоперационного периода у пациентов с врожденной кишечной непроходимостью является оптимальным способом белково-энергетического обеспечения и сокращает частоту послеоперационных осложнений и длительность пребывания пациентов в стационаре.



*Маркосян С.А., Юлмурзин С.Р.*

## **Особенности диагностики и лечения внутрисуставных переломов в области локтевого сустава у детей**

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва», Саранск, Россия

**Актуальность.** Внутрисуставные повреждения в области локтевого сустава у детей занимают одно из первых мест среди всех травм верхней конечности. Несмотря на успехи детской травматологии в последнее время, частота осложнений внутрисуставных повреждений в этой области остается весьма высокой.

**Цель.** Изучение особенностей внутрисуставных повреждений в области локтевого сустава у детей различных возрастных групп и необходимых лечебно-диагностических мероприятий, применяемых при этой патологии.

**Пациенты.** Проведён анализ 75 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в отделении травматологии и ортопедии детской республиканской клинической больницы города Саранска в 2019 г.

**Результаты.** Установлено, что наибольшее количество пациентов – дети дошкольного (3–7 лет) и младшего школьного возраста (7–12 лет).

Среди всех видов повреждений самый частый – уличный травматизм, который в структуре внутрисуставных переломов в области локтевого сустава составил 57,1%. В большинстве наблюдений у детей диагностировался

чрезмышечковый перелом (51,8%). При поступлении в стационар всем больным в обязательном порядке проводилось рентгенологическое исследование локтевого сустава для выявления характера травмы, а в сложных случаях диагностики – компьютерная томография (46,2%). Выбор метода лечения зависел от характера травмы, времени с момента её получения, предшествующих медицинских мероприятий. Проведённая комплексная терапия у детей с внутрисуставными переломами в области локтевого сустава включала в себя осуществление открытой (61,5%) или закрытой репозиции (38,5%), остеосинтеза (32,7%), применение физиотерапии, медикаментозного и местного лечения.

**Заключение.** При внутрисуставных переломах в области локтевого сустава без смещения костных фрагментов показано проведение консервативного лечения. В случае отрывных внутрисуставных переломов со смещением костных отломков, а также неэффективности одномоментной закрытой репозиции, необходимо прибегать к открытой репозиции с использованием различных методов остеосинтеза.

*Михайличенко Е.В., Анастасов А.Г.*

## **Оценка выраженности почечной недостаточности у детей с врождённой обструктивной уропатией в периоперационном периоде**

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, Украина;  
Республиканская детская клиническая больница, Донецк, Украина

**Актуальность.** Одним из факторов, определяющим сроки восстановления функций мочевыделительной системы и исход реконструктивных оперативных вмешательств, является периоперационный уровень ренальной дисфункции.

**Цель.** Изучить уровень ренальных нарушений у детей с врождённой патологией мочевыделительной системы в периоперационном периоде.

**Пациенты.** За период с 2010 по 2020 г. в РДКБ МЗ ДНР обследованы и получили хирургическое лечение 73 пациента в возрасте от 3 мес до 4 лет с врождённой патологией почек на фоне аномалий развития мочеточника. 1-ю группу составили 45 (61,6%) пациентов с односторонним патологическим процессом, 2-ю группу – 28 (38,4%) пациентов с двусторонними изменениями мочевыводящих путей.

**Результаты.** До операции у пациентов отмечены структурно-функциональные изменения почек и мочеточников, выявленные радиологически, а также вто-

рично-хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. У пациентов 2-й группы зарегистрирован более низкий уровень гемоглобина ( $107,5 \pm 7,7$  г/л), относительный лейкоцитоз  $11,4 \pm 1,4$  ( $\cdot 10^9$ /л) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево в сравнении с 1-й группой больных ( $p < 0,05$ ), а также увеличение в 2 раза уровня мочевины ( $6,49 \pm 0,68$  ммоль/л) в сравнении с 1-й группой ( $3,76 \pm 0,5$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ). При сравнении скорости клубочковой фильтрации, клиренса креатинина, диуреза межгрупповых отличий не было ( $p > 0,05$ ). В послеоперационном периоде лабораторные данные соответствовали значениям нормы, хотя у пациентов 2-й группы, на 7-е сутки после операции, сохранялась более низкая концентрация гемоглобина в эритроцитах  $102,4 \pm 6,08$  (г/л) ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Общепринятые маркеры оценки синдрома ренальных нарушений у данного контингента больных были малоинформативными в связи с высокими компенсаторными возможностями детского организма.



*Муртузаалиев З.Н., Магомедов А.Д., Казиллов Б.Р., Мейланова Ф.В., Ашурбеков В.Т.,  
Казиллов Ю.Б., Магомедов Р.Р.*

## **Сложный случай сочетанных пороков развития и мочекаменной болезни у ребёнка**

ГБУ Республики Дагестан «Детская республиканская клиническая больница имени Н.М.Кураева»,  
Махачкала, Россия

**Актуальность.** Мочекаменная болезнь (МКБ) – распространённое урологическое заболевание, встречающееся как у взрослых, так и у детей. Республика Дагестан является эндемичным регионом с большим количеством детей с мочекаменной болезнью. Особую сложность представляют дети с множественными и коралловидными камнями в сочетании с врождёнными пороками развития. Мочекаменная болезнь встречается у детей разного возраста, в основном, от 3 до 12 лет, у мальчиков – в 2–3 раза чаще.

**Цель.** Демонстрация пациента со сложным вариантом мочекаменной болезни в сочетании с пороком развития мочевыделительной системы и сердца.

**Пациенты.** В урологическое отделение ДРКБ г. Махачкалы в тяжёлом состоянии поступил ребёнок в возрасте 2 лет с диагнозом МКБ. Камни обеих почек и дистального отдела левого мочеточника. Врождённый гидронефроз справа, состояние после пункционной нефростомии. Клапанный стеноз лёгочной артерии. Дисплазия створок лёгочной артерии. Недостаточность кровообращения

2А степени. Состояние после транслуминальной баллонной вальвулопластики клапанного стеноза лёгочной артерии. Грубая задержка психомоторного и физического развития. Учитывая тяжесть состояния, явления блока левой почки, с целью стабилизации общего состояния и предоперационной подготовки, проведена цистоскопия, ретроградная катетеризация левой почки. В последующем проведена операция: люмботомия слева, пиелолитотомия, уретеролитотомия, нефростомия.

**Результаты.** Послеоперационный период протекал гладко, осложнений не наблюдалось. Ребёнок выписан домой с рекомендацией повторной госпитализации через 3–6 мес для пластики ПУС справа и удаления камней правой почки. Коррекция порока сердца планируется после 5 лет.

**Заключение.** Несмотря на стремительный прогресс современных технологий в вопросах лечения МКБ у детей, в определённых сложных случаях открытые оперативные вмешательства не теряют своей актуальности и могут быть единственным методом выбора лечения.

*Нганкам Л.П.*

## **Лечение травмы шейного отдела позвоночника у детей**

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия;  
ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница», Тверь, Россия

**Актуальность.** Травма шейного отдела позвоночника (ШОП) характеризуется высоким уровнем инвалидизации и смертностью. Лечение и реабилитация детей с травмой ШОП – одна из значимых проблем нейрохирургии.

**Цель.** Оценить эффективность различных методов лечения пациентов.

**Пациенты.** Проведён анализ историй болезни 6 пациентов с острой травмой шейного отдела позвоночника, лечившихся с 2019 по 2020 г. в отделении нейрохирургии ГБУЗ ДОКБ г. Твери. Механизм травмы во всех случаях – падение с высоты. Возраст пациентов 16–17 лет. Диагностика определения тактики лечения и оказание специализированной помощи осуществлялись в течение 6 ч с момента получения травмы. В 4 случаях в связи со стабильностью перелома применялась консервативная терапия, 2 пациентам проведены передняя корпорэктомия повреждённого позвонка, спондилодез аутокостью, взятой из гребня подвздошной кости, и фиксация титановой пластиной. Всем пациентам проводилась мультиспиральная компьютерная томография до и в послеоперационном периоде. При поступлении шейный отдел иммобилизовался жёстким воротником Филаделфия, который, в слу-

чае хирургического лечения, после операции заменялся на мягкий воротник типа Шанца. Послеоперационный период протекал без осложнений за счёт мер профилактики пролежней, застойных пневмоний, инфекционных осложнений. Контрольная компьютерная томография после выписки из стационара проводилась через 3 и 6 мес с момента получения травмы.

**Результаты.** Катамнез составил от 1 мес до 1 года. Консолидация переломов наступила в сроки от 3 до 12 мес. Клинически наблюдалось улучшение состояния в виде появления движения в верхних конечностях и чувствительности в нижних, на фоне полной тетраплегии при поступлении. Все пациенты в дальнейшем были направлены на прохождение курса лечения в реабилитационном центре.

**Заключение.** Таким образом, при острой травме шейного отдела позвоночника неотложная хирургическая помощь должна быть оказана в первые 6 ч с момента травмы, чтобы избежать длительной компрессии спинного мозга и добиться клинического улучшения состояния пациентов, в последующем нуждающихся в длительном реабилитационном лечении.



*Нганкам Л.П., Румянцева Г.Н., Михальчук А.Б.*

## Мини-инвазивная репозиция костных отломков при черепно-мозговой травме и вдавленном переломе у детей грудного возраста

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия;

ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница», Тверь, Россия

**Актуальность.** Переломы черепа после черепно-мозговой травмы чаще возникают у детей, чем у взрослых в связи с недостаточностью прочности костей черепа и большего соотношения «голова/тело». Вдавленные переломы чаще наблюдаются у детей старшего возраста, хотя нередко диагностируются и у пациентов грудного возраста после падения с пеленального стола, удара об углы мебели и т.д.

**Цель.** Оценить результаты применения метода репозиции костных отломков при вдавленном переломе у детей грудного возраста.

**Пациенты.** Ежегодно в нейрохирургическом отделении ДОКБ проходят лечение 4–6 детей грудного возраста, включая новорожденных, по поводу вдавленных переломов по типу «мячика для пинг-понга». Подобные переломы выявляются при осмотре в виде ощутимых изгибов черепа с переменным диаметром и глубиной. Дооперационная нейровизуализация (нейросонография – НСГ, мультиспиральная компьютерная томография – МСКТ) необходимы для установления диагноза, выявления возможных очагов ушибов или сопутствующих кровоизлия-

ний. Клинически вдавленные переломы у детей младшей возрастной группы протекают бессимптомно, если нет сопутствующих посттравматических повреждений. Операция показана для предупреждения возникновения судорог, а также в косметических целях.

**Результаты.** У всех пациентов применена малоинвазивная методика коррекции вдавленных переломов, заключающаяся в следующем. Проводится точечный линейный разрез кожи (0,3–0,5 см) и на толщину кости (0,2–0,3 см) вкручивается саморез (винт из титанового сплава) в проекции середины перелома, при большой площади перелома в двух местах. Затем зажимом или пассажом осуществляется тракция винта на себя до щелчка. На место перелома накладывается один узловый шов. После операции результат контролируется УЗ-навигацией. Подобная методика оказалась эффективной во всех применяемых случаях.

**Заключение.** Предложенная методика репозиции костных отломков эффективна, малоинвазивна за счёт уменьшения времени операции, проводимой под масочным наркозом, и пребывания пациентов в стационаре.

*Окунева А.И., Окунев Н.А., Калабкина М.О. Калабкин Н.А.*

## Изменение структуры осложнений острого аппендицита у детей во время пандемии COVID-19

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», Саранск, Россия;

ГБУЗ Республики Мордовия «Детская республиканская клиническая больница», Саранск, Россия

**Актуальность.** Аппендицит – патология чаще всего встречающаяся в экстренной хирургии. Иногда постановка диагноза вызывает затруднения, так как при аппендиците возможно различное клиническое течение и варианты заболевания. Также свои коррективы внесла пандемия COVID-19.

**Цель.** Провести анализ структуры осложнений острого аппендицита во время пандемии COVID-19.

**Пациенты.** С января по декабрь 2020 г. в хирургическое отделение ГБУЗ РМ ДРКБ г. Саранска поступили 35 детей с диагнозом острый деструктивный аппендицит. Больные распределены по половой принадлежности: мальчиков – 21 (60%), девочек – 14 (40%); по месту жительства: город – 23 (66%), село – 12 (34%); по возрастной категории: от 1 года до 3 лет – 0%, от 4 до 9 лет – 14 (40%), 10 лет и старше – 21 (60%). Всем 35 (100%) детям исследуемой группы был выставлен диагноз острый гангренозно-перфоративный аппендицит. По срокам обращаемости: на 1–2-е сутки – 31 (89%) пациент, на 3-и и позднее – 4 (11%). Анализ клинических данных: температура тела 37–38 °С – у 19 (54%), более 38 °С –

у 16 (46%); рвота 1 раз – у 10 (29%), многократная – у 25 (71%). Лапароскопическая аппендэктомия проведена у 33 (94%), открытым способом (выполнена конверсия в виду выраженных деструктивных изменений в аппендиксе) – у 2 (6%). У 4 (11%) – методом ПЦР-теста выявлена новая коронавирусная инфекция (COVID-19).

**Результаты.** Из 35 случаев деструктивного аппендицита оментит выявлен у 27 (77%) детей, резекция пряди сальника – у 5 (14%) в связи с выраженными воспалительными изменениями в его структуре.

**Заключение.** Сохраняются поздние обращения за медицинской помощью, а также формы острого аппендицита с осложнениями. Пандемия COVID-19 увеличила сроки обращаемости. Родители обосновывали это страхом инфицирования новой коронавирусной инфекцией в медицинской организации или по пути к ней. Также у нескольких детей отмечались положительные результаты при проведении ПЦР-тестов на COVID-19 в стационаре. Данный факт может свидетельствовать об этиологическом факторе развития острого аппендицита на фоне новой коронавирусной инфекции.



*Окунева А.И., Окунев Н.А., Калабкина М.О., Калабкин Н.А.*

## **Клиническое наблюдение и сравнительный анализ эффективности применения преднизолона, дексаметазона и гидрокортизона в лечении гемангиом у детей**

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва», Саранск, Россия;

ГБУЗ Республики Мордовия «Детская республиканская клиническая больница», Саранск, Россия

**Актуальность.** Гемангиома – доброкачественная сосудистая опухоль. В большинстве случаев, являясь косметическим дефектом, может нарушать функцию органа.

**Цель.** Изучить местные изменения при внутритканевом введении препаратов преднизолон, дексаметазон, гидрокортизон на экспериментальной модели сосудистой опухоли.

**Пациенты.** Использовались гребни 25 живых кур, особи разделены на 5 групп по 5 особей. Гребни кур 1-й группы (контрольная) не подвергались воздействию. Во 2-й группе (тоже контрольной) использовался физиологический раствор. В 3-й группе в гребни вводили по 1 мл (25 мг активного вещества) преднизолона. В 4-й группе – по 1 мл (4 мг активного вещества) дексаметазона. В 5-й группе вводили по 1 мл (25 мг активного вещества) гидрокортизона. Выполнялась оценка макроскопических и гистологических изменений после введения препаратов на 1-, 7-, 14-, 21-, 28-е сутки.

**Результаты.** При воздействии на ткань физиологического раствора – изменения в месте инъекции. При введении преднизолона – изменения в волокнистых структурах,

образование грубого рубца, деформация тканей; дексаметазона – значительное уменьшение гребня в объёме; гидрокортизона – истончение всех слоёв гребня, уменьшение поперечного размера, периваскулярный отёк крупных сосудов, затем частичный тромбоз, истончение и разрыхление грубой волокнистой соединительной ткани. Истончение гребня происходило без образования рубцов и деформаций.

**Заключение.** При воздействии преднизолона – образование рубцовой деформации тканей с тромбированием сосудов.

После введения дексаметазона первое время сосуды сохраняли свою проходимость, затем наблюдалось разрыхление всех слоёв гребня и частичное тромбирование сосудов, тенденция к уплотнению, истончению волокон с развитием отёка.

При введении гидрокортизона наблюдалось истончение всех слоёв гребня, уменьшение поперечного размера, частичный тромбоз и периваскулярный отёк крупных сосудов, истончение и разрыхление волокнистой соединительной ткани.

*Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., Шайбеков Д.Р., Турсунов М.С., Орозоев У.Д.*

## **Острый гнойный оментит у детей**

Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи, Бишкек, Республика Кыргызстан

**Актуальность.** Вопросы лечения острых вторичных оментитов у детей, определение уровня и рационального выбора резекции большого сальника в зависимости от степени его вовлечения в очаг воспаления с учётом наименьшей травматичности для организма ребёнка, остаются спорными и до конца неизученными.

**Цель.** Изучить целесообразность «экономной» резекции оментита при остром аппендиците для улучшения результатов лечения.

**Пациенты.** За период 2015–2020 гг. с острым аппендицитом прооперированы 3118 больных (мальчиков – 54,2%, девочек – 45,8%). Детей в возрасте до 3 лет – 288 (9,2%), 3–7 лет – 973 (31,2%), 8–17 – 1857 (59,6%). Изучены общеклинические и биохимические анализы, УЗИ органов брюшной полости: катаральный аппендицит – у 351 (11,3%) больного, флегмонозный – у 2102 (67,4%), гангренозно-перфоративный – у 665 (21,3%).

**Результаты.** У 135 (4,3%) больных наблюдался острый гнойный оментит: в флегмонозной форме – у 39 (1,9%), в гангренозной – у 96 (14,4%). Из клинических проявлений,

кроме абдоминального болевого синдрома, у 76 (56,3%) отмечались многократная рвота, диспепсический синдром, что, возможно, связано с раздражением солнечного сплетения при окутывании воспалённого отростка большим сальником. При УЗ-исследовании у 113 (83,7%) пациентов обнаруживалось наличие неоднородных инфильтративных изменений в области червеобразного отростка и слепой кишки. Во всех случаях отмечено окутывание червеобразного отростка воспалённым сальником. При резекции в один приём наблюдались послеоперационные осложнения в виде инфильтративного процесса, иногда развитие ранней спаечной болезни и острой кишечной непроходимости. Учитывая эти данные, в клинике оптимизирована методика поэтапной экономной пошаговой резекции большого сальника. В раннем и позднем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось.

**Заключение.** При остром аппендиците у детей острый гнойный оментит наблюдался в 4,3% случаев.

Пошаговая экономная резекция в гнойном оментите является оптимальным методом хирургического лечения.



*Отamuraдов Ф.А.*

## **Диагностика и лечение ректовагинальных свищей при аноректальных мальформациях у детей**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Аноректальные мальформации (АРМ) являются врождённой патологией, которые составляют значительную часть проктологических заболеваний детского возраста. Ректовагинальный свищ – вариант аноректальной мальформации, при которой в дистальном отделе слепо заканчивающаяся прямая кишка свищем переходит во влагалище, или наблюдаются случаи ректовагинального соустья при нормально сформированном анусе.

**Цель.** Анализ методов диагностики, хирургической коррекции и результатов лечения детей с ректовагинальными свищами по материалам клиники.

**Пациенты.** В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии ТашПМИ в 2009–2019 гг. находились на обследовании и лечении 34 пациентки с ректовагинальным свищем.

**Результаты.** Анализ материала показал, что АРМ у девочек это – разнообразные аномалии, характеризующиеся атрезией, сужением или расширением различной протяжённости на уровне дистальных отделов прямой

кишки со свищем в половую систему или промежность. Частота ректовагинальных свищей при атрезии прямой кишки значительно больше – 22 (64,7%), при нормально сформированном анусе – 12 (35,3%). У 12 (41,4%) из 29 девочек с ректогенитальными свищами частота ректо-вестибулярных и ановестибулярных свищей составила 37,9 и 20,7% соответственно.

При ректовагинальных свищах из 22 больных первично у 9 (40,9%) применена поэтапная тактика хирургической коррекции. Из 12 пациенток при Н-типе ректогенитального соустья у 5 (41,7%) начата радикальная коррекция без предварительного наложения стомы, у 7 (58,3%) с высокой формой радикальная операция выполнена после наложения сигмостомы.

**Заключение.** Выбор способа операции зависит от высоты локализации свища. Предпочтителен предлагаемый нами способ операции, вариант переднесагитальной аноректовагинопластики, предусматривающий ликвидацию свища с низведением передней стенки прямой кишки.

*Очирова П.В., Рябых С.О.*

## **Особенности хирургического лечения патологии позвоночника у детей с редкими генетическими заболеваниями**

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курган, Россия

**Актуальность.** С каждым днем интерес к лечению пациентов с редкой генетической патологией возрастает. Это одна из наиболее тяжёлых групп пациентов.

**Цель.** Провести анализ вариантов хирургической коррекции деформаций позвоночника и декомпрессии стеноза позвоночного канала у пациентов с редкими заболеваниями.

**Пациенты.** Ретроспективный анализ результатов лечения 76 пациентов с патологией позвоночника на фоне редких заболеваний за период с 2011 по 2020 г., которые распределены на 3 основные группы: дисплазии – 35 пациентов, болезни накопления – 11, хромосомные заболевания – 30 пациентов. Возраст больных – от 9 мес до 39 лет (средний возраст составил 9 лет).

**Результаты.** В структуре вертебрального синдрома преобладала выраженная кифосколиотическая деформация (сколиотический компонент от 20° до 165°; кифоз от 15° до 85°). У 6 больных выявлен стеноз позвоночного канала, который проявлялся неврологическим дефи-

цитом (до типа С). У всех больных отмечался дефицит функциональных показателей (снижение показателей ЖЕЛ от 21 до 50%, кардиальная дисфункция – 90%). Стато-динамический дисбаланс во фронтальной и сагиттальных плоскостях присутствовал у 80% пациентов. После проведённого хирургического лечения коррекция фронтального компонента на 68%, сагиттального на 85%. Лучшие результаты коррекции (более 75%) отмечались при использовании систем коннекторного типа и комбинированных методик с применением вариантов остеотомий. У 6 (50%) пациентов со стенозом позвоночного канала после декомпрессии и инструментальной фиксации отмечено улучшение неврологического статуса.

**Заключение.** Показания к оперативному устранению патологии позвоночника и его объем должны определяться после многопрофильного обследования с учётом как особенностей патологии позвоночника, так и основного заболевания.



*Петросян А.А., Горинов Е.О., Калинин М.А., Цан Н.А.*

## **Внутричерепная гематома травматического генеза на фоне гемофилии тяжёлой степени у ребёнка**

ГБУЗ Свердловской области «Детская городская клиническая больница № 9», Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Дефицит фактора свертывания крови VII наследуется по аутосомно-рецессивному типу, частота 1:300 000–1:500 000. Обычно болезнью страдают мужчины.

**Цель.** Представить опыт лечения тяжёлой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) на фоне гемофилии тяжёлой степени у девочки.

**Пациенты.** Девочка, 2 года, падение с дивана. В течение 4 сут медленное ухудшение состояния. Доставлена в ДГКБ № 9 бригадой СМП на спонтанном дыхании. Состояние на момент поступления тяжёлое, стабильное, уровень сознания определён как сопор/кома I степени, отмечена анизокория  $D > S$ . В неотложном порядке выполнена КТ черепа и головного мозга, выявлена внутричерепная гематома (ВМГ) правой височной доли с дислокацией срединных структур влево до 9 мм. Из анамнеза выяснено, что девочка страдает гемофилией тяжёлой степени.

**Результаты.** В отделении реанимации переведена на ИВЛ, начата подготовка к экстренной операции, в которой сделан акцент на профилактику интраоперационного кровотечения – введение коагула в дозе 2,4 мг. Выполне-

на костно-пластическая трепанация в правой теменно-височной области, ВМГ удалена, завершено пластикой ТМО. В послеоперационном периоде постсиндромная комплексная терапия. На 4-е сутки, по данным КТ черепа и головного мозга, отмечена положительная динамика, прекращена медикаментозная седация. На 10-е сутки состояние средней степени тяжести, сознание ясное, продолжено консервативное лечение, включая заместительную гемостатическую терапию, согласованную на протяжении всего периода лечения со специалистами-гемостазиологами. Местный статус: заживление раны первичным натяжением. На 17-е сутки по КТ-граммам установлен полный регресс ВМГ правой височной доли. Выписана в удовлетворительном состоянии без неврологического дефицита.

**Заключение.** Редчайшее сочетание ВМГ с масс-эффектом и гемофилией тяжёлой степени имеет высокий риск интраоперационного критического кровотечения, что диктует индивидуальный алгоритм предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пострадавшего, в котором особое место занимает коррекция гемостаза.

*Пикало И.А., Подкаменев В.В.*

## **Особенности внутрибрюшинного кровотечения при травме селезёнки у детей**

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иркутск, Россия

**Актуальность.** Наиболее частым повреждением селезёнки у детей являются чрескапсульные разрывы, которые сопровождаются гемоперитонеумом. У взрослых пациентов внутрибрюшинное кровотечение является причиной массивной кровопотери с развитием геморрагического шока. Именно страх перед продолженным или отсроченным кровотечением является основной причиной активной хирургической тактики лечения и высокой частоты спленэктомии у детей.

**Цель.** Определить особенности внутрибрюшинного кровотечения при травме селезёнки у детей.

**Пациенты.** В исследование включены 82 ребёнка, проходивших лечение на базе ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска с диагнозом травма селезёнки с гемоперитонеумом в период с марта 2002 по декабрь 2019 г. Из 82 детей 75 лечились неоперативно, что составило 91,5%.

**Результаты.** У всех пациентов с консервативным лечением наблюдалась легкая степень кровопотери, снижение ОЦК не более 15%. В связи с продолженным внутрибрюшинным кровотечением хирургическое лечение выполнено у 7 (8,5%) детей. При этом у 4 детей объём

крови в брюшной полости увеличился с момента поступления до операции с  $383,3 \pm 125,8$  мл до  $616,7 \pm 76,4$  мл – более 50% от исходного, что было определено как интенсивно продолженное кровотечение. У других 3 пациентов наблюдалось умеренное продолженное кровотечение, и объём крови в брюшной полости с  $366,7 \pm 125,8$  мл увеличился до  $450,0 \pm 132,3$  мл – менее 25% от исходного. Отсроченное кровотечение возникло у 3 (3,5%) подростков с субкапсулярной не нарастающей гематомой, из них у 2 детей на 3-и и у 1 – на 6-е сутки после травмы и первичного неоперативного лечения. Объём крови в брюшной полости при поступлении соответствовал умеренной кровопотере и составил 7–10% ОЦК. Причина отсроченного внутрибрюшинного кровотечения – несоблюдение строгого постельного режима.

**Заключение.** При травме селезёнки у детей отмечается низкий риск продолженного и отсроченного кровотечения, что объясняется анатомо-физиологическими особенностями селезёнки у детей и способностью к спонтанному гемостазу, что создаёт благоприятные условия для неоперативного лечения.



*Погожев Л.И., Попов Н.А., Баулин А.А.*

## Этапы освоения эндохирургии в детской практике города Пензы

ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова», Пенза, Россия

**Актуальность.** Везде этот процесс проходил индивидуально. Мы с восхищением и белой завистью относимся к достижениям московских хирургов, которые используют эндохирургическую технологию при лечении более 90% детей.

**Цель.** Показать развитие эндоскопии в регионе.

**Пациенты.** Дети с хирургической патологией, находившиеся на лечении в пензенской ОДКБ.

**Результаты.** В нашей больнице лапароскопия внедрена в 1989 г. Выполнялись: диагностика при острой патологии и травме селезенки, печени, поджелудочной железы, висцеролиз при ранней и поздней спаечной ОКН, дезинвагинация, биопсия опухолей. После приобретения эндоскопической стойки в 2003 г. диапазон расширился: 2003 г. – аппендэктомия при неосложнённом аппендиците. 2004 г. – биопсия лимфоузла брыжейки кишечника с ушиванием брюшины. 2005 г. – холецистэктомия. 2006 г. – аппендэктомия при осложненном аппендиците., программированная релапароскопия. 2008 г. – фенестрация кист печени, селезенки. 2009 г. – резекция кисты яичника, удаление гигантской дермоидной кисты яичника, удаление придатков матки, фенестрация кисты почки, оментобурсостомия. 2010 г. – ушивание перфоративной язвы ДПК и желудка. 2011 г. – торакокопия при пиото-

раксе и фибриноторахсе. 2012 г. – операция Иванисевича. 2013 г. – удаление кистозного удвоения желудка, кисты диафрагмы, сальника, подвесная холецистостомия. 2014 г. – дивертикулэктомия, грыжесечение разных локализаций и способов, в том числе симультанно. Деторсия заворота яичника, с программированной релапароскопией. Экстраперитонизация ретроцекально расположенной полости периаппендикулярного абсцесса. 2015 г. – ушивание раны печени. Атипичная резекция печени при тромбозе атипичного сегмента. Симультантные лапароскопическая аппендэктомия и грыжесечение. Удаление инородного тела брюшной полости. 2016 г. – резекция тонкой кишки, ушивание раны сигмовидной кишки, торакокопическая и лапароскопическая симультантные операции при сочетанном ранении диафрагмы, паховое грыжесечение через один порт. 2017 г. – холедохостомия. 2018 г. – дуоденоюностомия. Устранение непроходимости дуоденоюанального перехода. 2019 г. – торакокопия, резекция верхней доли левого легкого.

**Заключение.** Внедрение эндоскопической техники в повседневную практику хирурга в нашем стационаре позволило расширить арсенал как оперативных вмешательств у детей, так и улучшить результаты лечения, сократить число осложнений.

*Полякова О.А., Тырцева Е.С., Куткина В.Г.*

## Особенности лечения при мукополисахаридозе у детей

ФГБУ «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Мукополисахаридоз (МПС) – орфанная патология из группы лизосомных болезней накопления (ЛБН), при отсутствии должного лечения приводящая к ранней инвалидизации пациента

**Цель.** Обсудить методы лечения при мукополисахаридозе.

**Пациенты.** Дизайн исследования: ретроспективное моноцентровое исследование клинических признаков орфانной патологии пациентов НМИЦ ТО. В период с 2000 г. в ФГБУ НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова наблюдали 87 пациентов с различными типами МПС: МПС I (39), МПС II (11), МПС III (4), МПС IV (17), МПС V (16)

**Результаты.** Важно отметить, что при лечении типа МПС I выполнили трансплантацию стволовых клеток у 18 больных. Для типов МПС I, II, IV, VI применили, учитывая какого фермента синтез нарушен, этиотропную терапию (ферментозаместительную) у 39 больных. Однако использование таргетной терапии недостаточно, так как накопление мукополисахаридов приводит к нарушению функций всех систем организма. Для лечения МПС, в связи с прогрессирующей платиспондилеей, применили корсетотерапию, использовали укладки, выполнили кон-

сервативное, а при прогрессировании неврологических нарушений и оперативное лечение стеноза спинномозгового и карпального каналов у 14 и 5 больных соответственно.

Для коррекции ортопедических нарушений активно применяют физиотерапию, плавание, лечебную физкультуру, психолого-педагогическое воздействие. Симптоматическая терапия костно-суставных нарушений включает коррекцию нарушения осанки, тугоподвижности суставов с использованием нехирургических методов, ортопедических устройств, физиопроцедур. Используют ударно-волновую терапию, кинезиотерапию, лазерную рефлексотерапию, лекарственный электрофорез с лидазой на область поражённых суставов, магнитотерапию, парафиновые аппликации. Проводят курсы лечебной физкультуры с преимушественным воздействием на опорно-двигательный аппарат (позвоночник, суставы), курсы общего массажа, плавания, применяют ортопедическую обувь.

**Заключение.** В терапию МПС включены этиотропное и симптоматическое лечение, реабилитационные мероприятия, что улучшает качество жизни пациентов с МПС.



*Птицын В.А., Вечёркин В.А., Щёголева В.А., Трушников А.А.*

## **Объёмные образования яичников у девочек**

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени имени Н.Н. Бурденко»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Россия

**Актуальность.** Объёмные образования яичников – частая патология у девочек, опасная осложнениями и возможным онкологическим характером.

**Цель.** Улучшить диагностику и результаты лечения детей с объёмными образованиями яичников.

**Пациенты.** В 2010–2019 гг. мы наблюдали 64 пациенток с объёмными образованиями яичников. Из них 56 (87,5%) были предпубертатного и пубертатного возраста. У 57 (89,1%) был поражён правый яичник. 4 девочки поступили в плановом порядке, остальные – в срочном с подозрением на экстренную хирургическую патологию органов брюшной полости. У всех пациенток имелись боли в животе, у 50 – тошнота и рвота, у 33 – субфебрилитет; анамнез заболевания был достаточно длительным: от 2 сут до 2 лет. Лишь у 7 девочек объёмные образования яичников были выявлены до поступления. УЗИ, РКТ выполнены всем детям и дали ценные результаты: визуализировались объёмные образования, свободная жидкость в брюшной полости и малом тазу.

**Результаты.** Все девочки были прооперированы лапароскопическим или традиционным доступом (при боль-

ших размерах опухоли). Патогистологические исследования выявили: кисты жёлтого тела у 30 больных, тератомы, зрелые и незрелые – у 8, фолликулярные кисты – у 7, параовариальные кисты – у 5, серозная цистаденома – у 1, эмбриональный рак – у 1, дисгерминома – у 1. У 11 девочек имелся перекрут и некроз придатков вместе с объёмным образованием.

**Заключение.** Объёмные образования яичников чаще встречаются в предпубертатном и пубертатном возрасте. В большинстве случаев поражается правый яичник. Преобладают доброкачественные образования, но они осложняются перекрутом, разрывом, что приводит к необходимости удаления придатков, дренирования брюшной полости. Это удлиняет сроки лечения и ухудшает качество жизни. Длительный анамнез у многих пациентов говорит о дефекте диагностики и необходимости включения в программу профилактических осмотров девочек УЗИ органов малого таза с наполненным мочевым пузырём. При выявленных объёмных образованиях яичников необходимо раннее хирургическое вмешательство.

*Пяттеев Ю.Г., Гольденберг И.Г., Никитин С.С., Тимонина А.В.*

## **К дифференциальной диагностике «острого живота» у детей**

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет», Медицинский институт,  
Петрозаводск, Россия

**Актуальность.** Среди всех лапаротомий, выполняемых с подозрением на острый аппендицит у детей, в 0,1% случаев встречается инфаркт сальника (ИС) (Wertheimer J. 2014). Различают первичный и вторичный ИС. Среди факторов риска, несмотря на возраст, отмечается ожирение (Tsunoda T., 2012). В процесс, как правило, вовлекается правый нижний сегмент сальника, который является наиболее подвижным, васкуляризованным и богатым жировой тканью. УЗИ и КТ при острых болях в животе у детей позволяет выявлять данную патологию до операции. В литературе все чаще приводятся случаи успешного консервативного лечения ИС (Estevaó–Costa J., 2014).

**Цель.** Ретроспективно проанализировать результаты лечения ИС у детей.

**Пациенты.** В Карельском Центре детской хирургии наблюдали 4 детей (2 мальчика и 2 девочки) с ИС. Дети поступали через 2,5–60 ч от начала заболевания.

**Результаты.** Основная жалоба – боли в правых отделах живота. У 2 летнего ребенка отмечалось повышение температуры до 37,6. Мальчик 10 лет наблюдается по по-

воду ожирения. При клиническом исследовании живота у всех имелась постоянная болезненность, слабо выраженные перитонеальные симптомы. Двум детям выполняли УЗИ живота и у одного заподозрен инфаркт участка сальника. Трём пациентам выполняли диагностическую лапароскопию, при которой обнаружен геморрагический выпот и изменённый участок сальника до 6 см в диаметре. В одном наблюдении выполнена лапароскопическая резекция участка сальника, в остальных – операция открытым способом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Средний койко-день составил 9,6. Морфологическое исследование препаратов выявило однотипную картину геморрагического некроза/инфаркта с демаркационным воспалением.

**Заключение.** Таким образом, ИС в детском возрасте встречается крайне редко. Клиническая картина заболевания укладывается в острый аппендицит. УЗИ брюшной полости квалифицированным специалистом может помочь в дифференциальном диагнозе. Лапароскопия у детей с данной патологией предпочтительнее как с точки зрения диагноза, так и операции.



*Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Алхасов А.Б., Петров А.В.*

## Современная тактика лечения спонтанного пневмоторакса у детей

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Спонтанный пневмоторакс (СП) – неотложное состояние в детской торакальной хирургии, требующее экстренной госпитализации и хирургического лечения. В настоящее время при СП не существует единой тактики лечения, не определен объем оперативного вмешательства и способ профилактики рецидива заболевания.

**Цель.** Проанализировать результаты лечения детей с СП.

**Пациенты.** С 2002 г. по настоящее время в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с СП находились на лечении 60 пациентов. Средний возраст составил 15 лет. В 31 (52%) случае в анамнезе отмечались эпизоды рецидивирующего СП: у 24 однократно, у 6 дважды и у 1 трижды. Всем пациентам при поступлении выполняли рентгенографию грудной клетки в двух проекциях, которая позволяла верифицировать СП. После дренирования и стабилизации состояния выполняли МСКТ грудной клетки, которая у 39 (65%) пациентов позволила диагностировать буллы лёгкого. В 25% случаев (15 детей) выявлено наличие булл лёгких с двух сторон. У всех пациентов выполняли

торакоскопические операции: в 2 (3,3%) случаях – коагуляция булл лёгкого; в 5 (8,3%) – буллэктомия (лигатурный способ); в 15 (25%) – атипичная резекция верхушек лёгкого; в 5 (8,3%) – атипичная резекция верхушки лёгкого с плевродезом методом электрокоагуляции париетальной плевры на  $\frac{1}{3}$  гемиторакса; в 33 (55%) случаях – атипичная резекция верхушки лёгкого с плеврэктомией.

**Результаты.** Плевральный дренаж удаляли в среднем на 4-е (2-, 13-е) п/о сутки. Интраоперационных осложнений не было. Морфологическое исследование подтвердило диагноз буллёзной эмфиземы лёгкого во всех случаях. Рецидив СП возник у 5 (8,3%) больных: у 2 – после удаления булл лигатурным способом; у 1 – после коагуляции булл; у 1 – после атипичной резекции верхушки лёгкого; у 1 – после атипичной резекции верхушки лёгкого с плевродезом. Во всех случаях рецидива СП выполняли атипичную резекцию верхушки лёгкого с плеврэктомией.

**Заключение.** Атипичная резекция верхушки лёгкого с плеврэктомией является операцией выбора при СП, позволяющая избежать рецидива заболевания.

*Разумовский А.Ю., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Теплов В.О.*

## Хирургическое лечение детей с электрохимическими ожогами пищевода батарейкой

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** В XXI веке в связи с ускорением темпов технического прогресса большую долю среди заболеваний пищевода занимают электрохимические ожоги батарейками. Частота встречаемости по всему миру достигает 15,1 случай на 1 млн населения, с 2006 г. выявлено увеличение доли осложнённых и летальных случаев в 5,8 и 12,5 раз соответственно. Высокий риск осложнений делает данную проблему одной из ведущих в хирургии пищевода.

**Цель.** Оптимизировать тактику лечения детей с осложнёнными формами ожогов пищевода батарейками.

**Пациенты.** С 2010 по 2019 г. в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова пролечено 75 детей в возрасте 5 мес–7,5 лет с различными повреждениями пищевода батарейками. Из них мальчиков – 39, девочек – 36, чаще всего это дети от 12 до 19 мес. Всем детям производилось эндоскопическое удаление батарейки с последующим контролем. Осложнения имели 39 детей. Среди них: ТПС у 21, перфорация пищевода у 3, парез гортани у 14, стеноз пищевода у 19. Экспозиция батарейки варьировалась от 1 ч до 3 мес.

**Результаты.** При стабильном состоянии детям с ТПС выполнялись гастростомия и фундопликация. При большом размере дефекта и невозможности консервативного ведения выполнялись различные реконструктивные операции: 11 детям – разобщение ТПС, 5 – экстирпация пищевода с закрытием дефекта трахеи пищеводным лоскутом, эзофаго- и гастростомия с последующей колоэзофагопластикой. При стенозе пищевода проводились бужирования. Детям с парезом гортани первично выполнялась трахеостомия, 5 потребовались реконструктивные операции. Летальность – 0. Осложнения хирургического лечения – у 4.

**Заключение.** Достоверной зависимости между экспозицией батарейки и возникновением осложнений не выявлено, что может быть связано с различным уровнем электрохимической активности батареек. Ранее разобщение ТПС сопровождается высоким риском осложнений, что может потребовать многоэтапного хирургического лечения.



*Рассказов Л.В., Иванов Ю.Н., Мурга В.В., Щелоченкова Т.Д., Михайлова С.И.,  
Кенис Ю.М., Марасанов Н.С.*

## **Хирургическая реабилитация при тяжёлой скелетной травме конечности в детском возрасте**

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия;  
ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница», Тверь, Россия

**Актуальность.** Тяжелые, высокоэнергетические скелетные травмы у детей и подростков всегда представляют собой большие сложности выбора рациональной тактики лечения.

**Цель.** Показать возможности внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Г.А. Илизарову в комплексе хирургической реабилитации подростка 15 лет с инфицированным субтотальным отрывом левой голени, обширным кожно-мышечным и костным дефектом.

**Пациенты.** Ребёнок поступил на 4-е сутки после железнородной травмы. В ЦРБ выполнено ПХО раны, раневой дефект закрыт асептической повязкой, наложена гипсовая лонгета, начата инфузионная и антибактериальная терапия.

**Результаты.** При обследовании в клинике выявлена инфицированная разможжённая рана  $21 \times 8$  см на уровне верхне-среднего отдела левой голени, дефект большеберцовой кости 5,5 см. Кровообращение только по передней большеберцовой артерии, стопа цианотична. Проведена вторичная хирургическая обработка раны, резецированы нежизнеспособные мягкие ткани и скелетированные концы отломков большеберцовой кости. Костный дефект

увеличился до 7 см. Проведён компрессионный остеосинтез аппаратом Илизарова, отломки большеберцовой кости сближены до диастаза 3 см, мягкотканый раневой дефект сокращён до  $9 \times 3,5$  см. Отмечено улучшение кровоснабжения дистальных отделов голени. Проводилась этапная некрэктомия, гидрохирургическое очищение ран с последующей аутодермопластикой, инфузионная, антибактериальная и сосудистая терапия, физиолечение и местное лечение. Через 4 мес выполнена остеотомия на уровне проксимального и дистального метадиафизов большеберцовой кости и постепенное встречное перемещение костных отломков в аппарате Илизарова до сближения и последующей компрессии. На этом же этапе устранена эквинусная деформация левой стопы. После завершения перестроенных репаративных процессов и снятия аппарата укороченная левая голень составляет 18 мм. Нога полностью опороспособна. Общая продолжительность лечения 2 года.

**Заключение.** Применение аппарата Илизарова явилось альтернативным методом лечения и позволило не только избежать потери конечности, но и получить хороший анатомо-функциональный результат.

*Раушенбах Н.Г., Багаев В.Г., Амчславский В.Г., Иванова Т.Ф., Острейков И.Ф., Лукьянов В.И.*

## **Седанальгезия ксеноном в лечении острого стрессового расстройства у детей с травмой**

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, Москва, Россия;

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Традиционно посттравматические стрессорные расстройства корригируются применением седативных и транквилизирующих средств, что во многом снижает восстановительный потенциал детей и не лишено побочных эффектов. В ходе предварительных исследований были выявлены антистрессорные свойства субнаркологических концентраций ксенона (Xe), используемого в лечении детей с тяжёлой травмой.

**Цель.** Изучить антистрессорные свойства субнаркологических концентраций Xe в лечении детей с тяжёлой травмой.

**Пациенты.** В исследование вошли 10 детей в возрасте  $13 \pm 3$  лет с тяжёлой травмой: 6 девочек с минно-взрывной травмой (теракт в г. Керчь, 2018 г.) и 3 мальчика с множественными укусами собак, 1 больной после автотравмы. В лечении использовали 20–30% концентрацию ингаляционного анестетика Xe в смеси с  $O_2$ , длительность сеанса составила 20 мин, количество сеансов от 5 до 12. Ксенон ингалировали аппаратом КТК-01 (ООО «КсеМед», Россия). Интенсивность боли оценивалась по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ), седативный эффект по величине BIS-индекса и шкале седации Ramsay. Для оценки выраженности стресса определяли уровень соматотропного гормона (СТГ), кортизола (Ко) и инсулина.

**Результаты.** У всех детей с травмой имелся стойкий болевой синдром (БС) и острое стрессовое расстройство (ОСР). При концентрации Xe в дыхательной смеси 20–30% наступал медикаментозный сон со снижением средней величины BIS-индекса с  $95,5 \pm 2,5$  до  $86,5 \pm 5,0$  ЕД ( $p < 0,05$ ), а по шкале Ramsay с  $5,5 \pm 0,5$  до  $2,7 \pm 1,2$  баллов ( $p < 0,05$ ). Интенсивность боли во время сеанса снижалась по ЧРШ с  $4,1 \pm 1,8$  до  $1,1 \pm 0,4$  баллов ( $p < 0,05$ ). Уровень гормонов стресса во время сеанса снижался: СТГ с  $4,8 \pm 0,9$  до  $1,9 \pm 0,5$  нг/мл ( $p < 0,001$ ); Ко с  $375,5 \pm 23,6$  до  $303,2 \pm 20,7$  нмоль/л ( $p < 0,0001$ ); инсулина с  $19,9 \pm 3,6$  до  $11,7 \pm 2,7$  пмоль/л ( $p < 0,001$ ). У всех детей после 2–3 сеансов отмечено восстановление сна, после 5 сеансов купировался БС, после 12 сеансов отмечено купирование фантомных болей.

**Заключение.** Сеансы с применением ингаляционного анестетика Xe в концентрации 20–30% с кислородом позволяют купировать стойкий болевой синдром, включая выраженность фантомных болей и нивелируют проявления синдрома острых стрессовых расстройств у детей с тяжёлой травмой, улучшая клиническое течение посттравматического периода.



*Романов Д.В., Сафин Д.А., Горбатова Н.Е., Брянцев А.В.*

## Неотложное лечение детей с младенческой гемангиомой гортани

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  
ДЗМ, Москва, Россия;

ООО «Центр сосудистой патологии», Москва, Россия

**Актуальность.** Младенческие гемангиомы (МГ) в области гортани очень редки, не более 1,0–1,5% от общего количества случаев. Рост гемангиомы в гортани может вызывать нарушение дыхания, что требует оказания неотложной помощи.

**Цель.** Оценить эффективность комплексной медикаментозной терапии и тактику ведения больных с МГ в гортани у детей.

**Пациенты.** На базе «Центра сосудистой патологии» за период с января 2018 по январь 2021 г. проведен анализ завершённых случаев лечения 594 пациентов с различными формами МГ. Расположение МГ в гортани выявлено у 5 (1,2%) больных, у 3 из них отмечен РНАСЕ-синдром. Двое пациентов получили лечение амбулаторно. Трех больных госпитализировали, в связи с нарастанием дыхательной недостаточности из-за перекрытия трахеи МГ на  $\frac{2}{3}$  просвета им была установлена трахеостома. Всем больным проведено комбинированное медикаментозное

лечение в максимальных дозах  $\beta$ -блокаторами (пропранолол или атенолол по 2–3 мг/кг/сут) в сочетании с 2-недельными курсами пульс-терапии стероидными гормонами (преднизолон 2 мг/кг/сут).

**Результаты.** На фоне комплексной сочетанной терапии состояние всех детей в течение первых двух-трех месяцев после начала медикаментозной терапии стабилизировалось и значительно улучшилось дыхание. Общая длительность курса  $\beta$ -блокаторов в среднем составляла 8–10 мес. После купирования критической обструкции просвета трахеи 3 детей продолжали ношение канюли до 1,5-летнего возраста.

**Заключение.** Наличие младенческой гемангиомы в гортани требует раннего неотложного комбинированного медикаментозного лечения, назначения в максимальных дозах  $\beta$ -блокаторов и стероидных гормонов (при трахеостомии), что обеспечивает стабильное улучшение состояния и дыхания у данной категории больных.

*Рубцов В.В.*

## Спаечная кишечная непроходимость как следствие перенесённого перитонита у детей

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Острая спаечная кишечная непроходимость (СКН) остаётся одним из серьёзнейших вопросов абдоминальной хирургии детского возраста, доля её в структуре приобретённой кишечной непроходимости достигает 40% и нередко требует экстренного оперативного вмешательства.

**Цель.** Оценить результаты консервативной и оперативной тактики при ранней и поздней спаечной кишечной непроходимости у детей, пролеченных по поводу перитонита.

**Пациенты.** В группу исследования за 2013–2020 гг. включены 36 детей (возраст от 6 мес до 18 лет), у которых СКН сформировалась в ранние ( $n = 5$ ) и поздние ( $n = 31$ ) сроки после операций по поводу аппендикулярного перитонита и которые не получали профилактическую курсовую противоспаечную терапию в послеоперационном периоде. Все дети госпитализированы в экстренном порядке, типичная клиническая и рентгенологическая картина позволили установить диагноз СКН.

**Результаты.** Консервативные мероприятия, направленные на ликвидацию частичной СКН, обусловленной

плоскостными спайками, были эффективны у 10 (27,8%) детей. Операция была показана 26 (72,2%) детям. В алгоритме оперативной тактики на первоначальном этапе приоритет оставался за эндохирургией, и лапароскопический адгезиолизис в 9 (34,6%) случаях был радикально успешен. Конверсия к лапаротомии выполнена у 17 (65,4%) детей в связи с высоким риском повреждения кишечной стенки при разделении конгломератов кишечных петель, а в 3 случаях выявлен некроз участка кишки при странгуляционной СКН, что потребовало резекции кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений с применением комплексной противоспаечной терапии.

**Заключение.** Перитонит как фактор риска остается одной из ведущих причин развития спаечной кишечной непроходимости у детей. Эффективность консервативной терапии при частичной СКН достигает 28%. Лапароскопический адгезиолизис позволяет устранить спаечный процесс в брюшной полости у 34,6% детей с СКН, перенесших перитонит. Противоспаечная терапия является необходимым компонентом послеоперационного периода перитонита у ребёнка.



Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Сергеечев С.П., Алехова Е.Л.

## Реабилитация девочек, перенесших оперативное лечение разлитого гнойного перитонита аппендикулярного генеза

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия;  
ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница», Тверь, Россия

**Актуальность.** В настоящее время большое внимание уделяется такой проблеме, как восстановление после лечения по поводу различных форм перитонита аппендикулярного генеза.

**Цель.** Разработка программы реабилитации девочек, оперированных по поводу разлитого гнойного перитонита аппендикулярного генеза, для профилактики нарушений репродуктивной функции.

**Пациенты.** Исследование основано на анализе историй болезни 17 девочек в возрасте от 2 до 17 лет, находившихся на обследовании и лечении в отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери с 2015 по 2020 г. Все пациентки имели деструктивную форму острого аппендицита, осложнённого перитонитом, и из них поступили в сроки более 24 ч от начала заболевания 13 (76,5%). Пациенткам выполнялась лапароскопическая аппендэктомия с санацией брюшной полости и установкой дренажной трубки. Вторичные инфильтративные висцериты (оментит, тифлит, илеит, сальпингит) являются обязательной характеристикой свободных форм перитонита, которые имеют отдаленные последствия в виде спаечной болезни,

изменения трофического статуса, нарушений репродуктивной функции. Всем девочкам проводился курс реабилитационного лечения в течение года после операции. Реабилитационная программа включала: ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, консультация хирурга, педиатра и гинеколога, курсы современных методов физиолечения.

**Результаты.** Эндоскопическая методика операции, применяемая в клинике с 2009 г. с санацией брюшной полости под визуальным контролем и установкой аспирационного дренажа в полость малого таза, улучшила течение послеоперационного периода, сократила его сроки. Изучение отдалённых результатов после операций в сроки от 6 мес до 5 лет демонстрирует значительное уменьшение количества поздних послеоперационных осложнений у пациенток, что будет способствовать сохранению репродуктивного здоровья в последующем.

**Заключение.** Профилактика нарушений репродуктивной функции у девочек после перенесенного гнойного перитонита включает эндоскопическую методику операции и соблюдение программы реабилитационных мероприятий.

Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Сергеечев С.П., Алехова Е.Л.

## Микробный спектр возбудителей гнойных осложнений пилонидальной кисты копчика у детей

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия;  
ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница», Тверь, Россия

**Актуальность.** До настоящего времени лечение детей с пилонидальной кистой копчика (ПКК) нередко сопровождается гнойными осложнениями и рецидивом заболевания.

**Цель.** Изучить микробный спектр возбудителей гнойных осложнений ПК на этапах лечения.

**Пациенты.** В отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери в 2015–2020 гг. пролечены 76 пациентов с нагноившейся ПКК (50 мальчиков и 26 девочек) в возрасте от 11 до 17 лет.

**Результаты.** Посевы, взятые интраоперационно из отделяемого нагноившейся кисты, больше, чем в 80% случаев установили, что возбудителем является золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*). Больным назначались антибиотики широкого спектра действия. Заживление послеоперационной раны проходило вто-

ричным натяжением. Через 1 мес после купирования гнойного воспаления больным выполняли КТ с контрастированием свищевого хода и кисты с целью уточнения топографии образования. Операция заключалась в иссечении ПК с закрытием раны швом по Донати. Посевы, взятые во время операции, показали изменение флоры: *Staphylococcus aureus* (34%), *Staphylococcus epidermidis* (15%), *E. coli* (9%), *Proteus mirabilis* (7%). Часть посевов роста микрофлоры не выявили. Послеоперационные осложнения в виде прорезывания швов, нагноения «остаточной полости» наблюдались в 16% случаев.

**Заключение.** Таким образом, основным возбудителем при нагноении ПК копчика является *Staphylococcus aureus*, однако на этапах лечения микробный спектр может изменяться, что следует учитывать при назначении антибактериальной терапии.



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

## **К вопросу оперативного лечения эктопии поджелудочной железы в гастродуоденальную зону у детей**

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь, Россия;  
ГБУЗ Тверской области «Детская областная клиническая больница», Тверь, Россия

**Актуальность.** Эктопия (хористома) поджелудочной железы (ЭПЖ) является редкой врожденной аномалией развития, которая имеет неспецифические симптомы, что затрудняет постановку диагноза и выбор оптимальной тактики лечения

**Цель.** Представить результаты оперативного лечения детей с ЭПЖ в гастродуоденальную зону.

**Пациенты.** С 2004 по 2020 г. в хирургическом отделении ГБУЗ ДОКБ г. Твери находились на обследовании и лечении 89 детей с ЭПЖ в возрасте от 2 мес до 17 лет. У всех отмечались боли в эпигастриальной области, у 29 (32,5%) – диспепсические расстройства. Диагноз ЭПЖ в стенку желудка установлен всем пациентам с помощью эзофагогастродуоденоскопии. Хористома локализовалась в антральном отделе желудка по передней стенке ближе к большой кривизне на расстоянии 2–4 см от привратника, имела вид полиповидного образования до 1,0 см в диаметре. Все дети наблюдались у гастро-

энтеролога. Прооперировано 15 пациентов, у которых сохранялся болевой синдром, и длительное консервативное лечение не имело эффекта. Из них 3 выполнена лапаротомия, гастротомия и удаление образования, а 12 – лапароскопическая резекция ЭПЖ с эндовидеопросветной ассистенцией. Осложнений не было.

**Результаты.** На 8–9-е сутки после операции проводилось ЭГДС, зона резекции желудка определялась как деформация передней стенки с умеренным воспалением слизистой. В анамнезе через 6 мес эндоскопически отмечалась умеренная деформация и звездчатый рубец стенки желудка, через 1 год – деформации стенки, дефектов, рубцов не определялось. У всех оперированных пациентов, наблюдавшихся на протяжении 2 лет, признаки гастродуоденита и диспепсических расстройств отсутствовали.

**Заключение.** ЭПЖ диагностируется с помощью ЭГДС, которая позволяет объективно оценить локализацию, воспаление в гастродуоденальной зоне у детей.

*Руненко В.И., Ольхова Е.Б., Рудин А.Ю., Шелудякова Е.А.*

## **Перекрыт семенного канатика у мальчиков. Оценка эффективности мануальной деторсии**

ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница Святого Владимира ДЗМ», Москва, Россия

**Актуальность.** Перекрыт семенного канатика (заворот яичка) – одно из самых грозных состояний, входящих в нозологию синдрома отечной мошонки – при отсутствии должной медицинской помощи, для многих из пациентов данное заболевание заканчивается потерей гонады. Частота встречаемости заболевания колеблется от 1 случая на 1500–4000 человек.

**Цель.** Дифференциальная диагностика, вкупе с четкими ультразвуковыми критериями состояния позволяют установить диагноз в кратчайшие сроки и перейти к мероприятиям первой помощи, одним из которых является мануальная деторсия под контролем УЗИ. Целью анализа статистических данных была оценка процента успешности мануальной деторсии в предоперационном периоде.

**Пациенты.** За период с 01.2016 по 06.2018 г. в ДГКБ Св. Владимира обратились 63 пациента в возрасте от 1 сут до 18 лет с диагнозом заворот яичка.

**Результаты.** Процедура мануальной деторсии под контролем УЗИ в предоперационном периоде выполнялась в 43 (68,25%) случаях, при этом успешность манипуляции была отмечена у 38 (60,32%) детей, из которых у 26 (41,27%) деторсия была выполнена полностью и не потребовала дополнительного раскручивания элементов семенного канатика в ходе ревизии мошонки.

**Заключение.** Процедура мануальной деторсии является эффективным методом первой помощи у пациентов с диагнозом заворот яичка и позволяет сократить продолжительность ишемического повреждения и, как следствие, улучшить прогностические данные.



*Сайфуллин А.П., Алейник А.Я.*

## **Аневризмальная костная киста позвоночника у детей**

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород, Россия

**Актуальность.** Аневризмальная костная киста (АКК) – доброкачественное новообразование, характеризующееся локальной агрессивностью и вздутием кости с образованием кистозных полостей, содержащих кровянистую жидкость (Fletcher и соавт., 2013), при этом за последние 20 лет описано лишь 165 случаев лечения АКК позвоночника у детей в возрасте от 2 до 15 лет (Наумов Д.Г., 2019).

**Цель.** Описать редкий клинический случай хирургического лечения аневризмальной костной кисты позвоночника у ребёнка 14 лет.

**Пациенты.** Пациентка М., 14 лет, поступила в отделение онкологии и нейрохирургии Университетской клиники ПИМУ с клиникой радикулопатии L1 справа, вертебральным аксиальным и рефлекторным болевым синдромом. При дообследовании на МРТ было обнаружено мультикистозное объёмное образование дужки и тела L1 позвонка.

**Результаты.** На первом этапе пациентке была выполнена перкутанная биопсия объёмного образования L1 позвонка с проведением интраоперационной гистологии – анев-

ризмальная костная киста L1 позвонка. После подтверждения гистологического диагноза было выполнено тотальное удаление объёмного образования L1 позвонка, эпидурального и паравертебрального компонентов опухоли с замещением дефекта тела позвонка костнопластическим материалом, ламинэктомия Th12, а также транспедикулярная фиксация T11–L2–L2–L3. Пациентка была выписана через 2 нед после операции без осложнений на амбулаторное наблюдение. На контрольном осмотре через 1 мес каких-либо осложнений и проблем отмечено не было.

**Заключение.** Аневризмальная костная киста позвоночника у детей – редкая патология, характеризующаяся злокачественным течением с риском развития неврологического дефицита. В связи с этим мы рекомендуем активнее использовать в рутинной практике у пациентов детского возраста с вертеброгенной патологией МРТ-исследования, оперативно обеспечивать маршрутизацию таких пациентов в специализированные клиники, применять по возможности малоинвазивные хирургические методики, а также технологии ускоренного восстановления после операции.

*Салистый П.В., Саидгалин Г.З., Бикташев В.С., Фаизьянов А.А.*

## **Современные способы хирургического ведения ран у детей**

ГБУЗ Свердловской области «Детская городская клиническая больница № 9», Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Для ускорения заживления раны, достижения скорейшего косметического и функционального результата нами предложен алгоритм ведения различных хирургических ран.

**Цель.** Уменьшение инвалидизации в катамнезе. Сокращение сроков госпитализации. Больной выписывается реабилитированным после острого периода болезни. Сокращение расходов на лечение, снижение рисков возникновения антибиотикорезистентности.

**Пациенты.** В ургентном стационаре выделено 5 групп больных с ранами, требующими хирургического лечения: 1-я – обширные скальпированные раны волосистой части головы, метод лечения – временное закрытие дефекта с одномоментной имплантацией эндоэкспандеров; 2-я – электротравмы, раны кисти, метод лечения – вакуумная терапия (VAC-терапия) после операции, по возможности; 3-я – остеомиелит, пролежни, метод лечения –

ВАК-терапия предшествует операции; 4-я – краш-синдром, лечение – после 1- и 2-го этапов применяется VAC-терапия; 5-я – травма живота с формированием свища, лечение – начало лечения с VAC-терапией.

**Результаты.** 1-я группа – выписка пациентов на 40-е сутки с полностью восстановленным волосным покровом. 2-я группа – максимально полное сохранение функций кисти, внешнего вида. 3–5-я группы – полное приживление лоскута при использовании VAC-терапии в послеоперационном периоде.

**Заключение.** Предложенная схема оперативной реабилитации в остром периоде с применением аппаратных методик, более сложных видов оперативных вмешательств приводит к уменьшению количества операций, сокращению сроков госпитализации, уменьшению количества инвалидизаций, выписке реабилитированных больных после острого периода травмы.



*Салистый П.В., Саидгалин Г.З., Бикташев В.С., Фаизьянов А.А.*

## Опыт применения препарата карипаин в детском ожоговом отделении

ГБУЗ Свердловской области «Детская городская клиническая больница № 9», Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** На современном этапе предпочтение отдается ферментным препаратам, способствующим разрушению мембраны рубцового волокна. Таким препаратом является карипаин производства ООО «НПК "АС-КОМ"» (Москва). Действие карипаина основано на противовоспалительном и протеолитическом эффектах ферментных препаратов (папаин, бромелайн, коллагеназа), которые усиливаются благодаря наличию в составе транскутанного проводника аквакомплекса глицеросоли вата титана – АГТ (Тизоль).

**Цель.** Исследовать клиническую эффективность применения препарата карипаин у детей с постожоговыми патологическими рубцами.

**Пациенты.** Терапию начинали проводить через 1 мес после заживления ран. В опытную группу входили 10 детей в возрасте 4–16 лет с формирующимися постожоговыми рубцами на конечностях, туловище, крупных суставах. Всем детям дважды в сутки наносили гель карипаин на формирующиеся рубцы. Контрольную группу составляли больные, получавшие монотерапию другими фермент-

ными препаратами. Раз в неделю при естественном освещении и одинаковом ракурсе производилась фотосъемка постожоговых рубцов.

**Результаты.** Оценку состояния рубцов проводили по Ванкуверской шкале. Все участники опытной группы отмечали уменьшение зуда вплоть до полного исчезновения уже к концу 2-й недели применения (в контрольной группе проявления зуда сохранялись на протяжении всего курса лечения до 3–4 мес). Рубцы начинали бледнеть к концу 2-го месяца применения (при лечении другими препаратами цвет рубцов оставался неизменным до 4 мес). В обеих группах изменение плотности в рубцах становилось значимым к началу 3-го месяца лечения. Уменьшение высоты рубца больные опытной группы отмечали в начале 2-го месяца лечения. У всех пациентов опытной группы отсутствовали аллергические реакции.

**Заключение.** При использовании геля карипаин наблюдается быстрое исчезновение зуда, более раннее начало эффекта от применения и более стойкие изменения в рубце по сравнению с контрольной группой.

*Саруханян О.О., Григорьева М.В., Гасанова Э.Н., Телешов Н.В., Тищенко М.К.*

## Диагностика и лечение острых заболеваний яичка у детей

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Вопросы эффективности лечения острых заболеваний яичка у детей являются актуальными до настоящего времени. Трудности дифференциальной диагностики большинства острых заболеваний яичка, с таким критическим состоянием как перекрут яичка, приводят к расширению показаний для операции.

**Цель.** Улучшить результаты лечения острых заболеваний яичка у детей и подростков.

**Пациенты.** В исследование были включены 1292 мальчика в возрасте от 1 мес до 18 лет, обратившихся в НИИ НДХиТ с 2009 по 2020 г. с диагнозом синдром отечной и гиперемированной мошонки. На основании данного исследования был разработан протокол диагностики и лечения острых заболеваний яичка у детей, предусматривающий дифференцированный подход.

**Результаты.** На первом месте по частоте был перекрут гидатиды – у 79% больных, затем воспалительные заболевания органов мошонки (эпидидимит, эпидидимоорхит, орхит) – у 15%. Перекрут яичка встречался в 6% всех острых заболеваний яичка. Мы выделили две клинически и эхографически отличающиеся подгруппы пациентов с перекрутом гидатиды: с осложненным и неосложненным

течением. Так, у 204 пациентов анамнез заболевания характеризовался постепенным началом заболевания без выраженной симптоматики. Патогенетически было обосновано проведение консервативного лечения с назначением НПВС с динамическим клиническим и ультразвуковым контролем. Во вторую подгруппу, с осложненным течением перекрута гидатиды, были включены 808 пациентов. Клиническая картина характеризовалась отеком половины мошонки и гиперемией. Всем пациентам проведено хирургическое лечение – удаление гидатиды. Перекрут яичка (82 пациента), являлся абсолютным показанием к экстренной операции. С воспалительными заболеваниями яичка и/или придатка (неспецифическим эпидидимитом, орхитом, эпидидимоорхитом) в нашем исследовании участвовали 195 больных. Всем пациентам проводилась консервативная антибактериальная и противовоспалительная терапия, с обязательным ультразвуковым контролем.

**Заключение.** Разработанный нами протокол диагностики и лечения острых заболеваний яичка у детей позволил нам с максимальной точностью и в кратчайшие сроки проводить дифференциальную диагностику и избегать эксплоративных операций.



Сварич В.Г., Сварич В.А., Казанцов И.М.

## Дальнейшее развитие лапароскопического метода аппендэктомии у детей

ГУ «Республиканская детская клиническая больница», Сыктывкар, Россия

**Актуальность.** История развития методов аппендэктомии у детей характеризуется четким трендом на малоинвазивность и упрощение техники оперативного вмешательства.

**Цель.** Сравнение результатов лигатурного и безлигатурного лапароскопического оперативного вмешательства при аппендэктомии у детей.

**Пациенты.** За период с 2000 по ноябрь 2020 г. в хирургическом отделении Республиканской детской клинической больницы г. Сыктывкара находились на лечении 2107 детей с острым аппендицитом. Из них у 651 пациента была выполнена открытая аппендэктомия с обработкой культи червеобразного отростка погружным методом, у 1363 детей – лапароскопическая аппендэктомия с обработкой культи отростка лигатурным методом и с июля 2019 г. у 95 пациентов впервые применена безлигатурная лапароскопическая аппендэктомия с пересечением червеобразного отростка аппаратом Ligasure.

**Результаты.** Длительность лигатурной лапароскопической аппендэктомии составила в среднем  $30 \pm 7$  мин.

В раннем послеоперационном периоде у 4,2% пациентов отмечены осложнения в виде абсцессов и инфильтратов. В подавляющем большинстве данные осложнения возникли при осложнённом аппендиците (236 пациентов). Средняя длительность безлигатурной лапароскопической аппендэктомии составила  $23 \pm 4$  мин, что на  $7 \pm 3$  мин меньше, чем в предыдущей группе. За прошедшие 17 мес с начала внедрения данного метода аппендэктомии послеоперационных осложнений не отмечено. Вероятно, это связано с тем, что при осложнённом аппендиците выполнено только пять аппендэктомий с использованием данного способа.

**Заключение.** Считаем, что накопленный опыт более чем полуторагодового применения безлигатурной обработки культи червеобразного отростка при остром аппендиците у детей в достаточно большой группе пациентов даёт основание полагать, что предложенный метод достаточно безопасен, прост, эффективен и может быть рекомендован к более широкому применению.

Седлавский А.П., Шмаков А.П., Зувев Н.Н.

## Современные представления о локальном метаболизме кортизола в течение воспалительного процесса у детей

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Большое количество современных исследований указывают на участие в синтезе глюкокортикоидов дополнительных органов, экспрессирующих ферменты и обладающих способностью синтезировать *de novo* глюкокортикоиды.

**Цель.** Проанализировать участие ферментов, отвечающих за локальный метаболизм кортизола, использование осложнений в прогнозировании, в разработке новых подходов в лечении острых заболеваний брюшной полости у детей.

**Пациенты.** Проведён аналитический обзор 41 исследования в электронной базе данных Pubmed 2010–2020 гг.

**Результаты.** В тканях, экспрессирующих глюкокортикоидные рецепторы, метаболизм глюкокортикоидов регулируется двумя изоформами фермента  $11\beta$ -гидрокси стероиддегидрогеназы ( $11\beta$ -HSD).  $11\beta$ -HSD1 преобразует кортизон в кортизол,  $11\beta$ -HSD2 преобразует кортизол в кортизон. Ферменты, необходимые для синтеза кортикостероидов *de novo*, имеются в коже, кишечнике, тимусе, лимфоидной ткани, брюшине. Локально синтезированные стероиды действуют ауто- и паракринно. В анализируемых исследованиях уровни экспрессии  $11\beta$ -HSD1

и  $11\beta$ -HSD2 в тканях определяли методами ПЦР в реальном времени, вестерн-блоттинга и иммуногистохимического тестирования. Активность  $11\beta$ -HSD1 значительно повышена в воспалённой ткани по сравнению с невоспалённой, а  $11\beta$ -HSD2 снижена при воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), полипах ободочной кишки, длительно незаживающих ранах кожи. Острое воспаление является более тяжёлым с дефицитом/ингибированием  $11\beta$ -HSD1, в некоторых условиях (диабет, ожирение) дефицит/ингибирование  $11\beta$ -HSD1 является полезным, уменьшая воспаление. Воспаление стимулирует реактивацию глюкокортикоидов в лимфоидной ткани кишечника.

**Заключение.** Локальные изменения метаболизма кортизола могут помочь в контроле за воспалительными процессами. Оба фермента играют важную роль в воспалении, влияя на местные тканевые соотношения между активными и неактивными глюкокортикоидами. Оценка экспрессии генов, кодирующих данные ферменты могут иметь прогностическую роль в течение тяжёлой острой абдоминальной патологии, в частности перитонита.



*Семёнова Н.Ю., Валиуллина С.А., Мамонтова Н.А., Веремеенко А.К., Калинина Т.Л., Топчий А.А.*

## **Значение электроэнцефалографического исследования при применении ритмической транскраниальной магнитной стимуляции у детей после тяжёлого поражения мозга**

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Тяжелое острое поражение мозга (ТОПМ) является причиной инвалидизации и требует длительной реабилитации. Использование новых методов лечения, таких как ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС), важно для восстановления нарушенных функций.

**Цель.** Изучение функционального состояния головного мозга с помощью электроэнцефалограммы (ЭЭГ) при рТМС у детей после ТОПМ.

**Пациенты.** На рТМС было направлено 25 детей в возрасте от 3 до 18 лет с последствиями ТОПМ, такими как черепно-мозговая травма (21 ребёнок), острое нарушение мозгового кровообращения (2 детей), гипоксическое поражение мозга (2 детей), произошедших не более 6 мес назад, не имеющих абсолютных противопоказаний. ЭЭГ проводилась на компьютерном энцефалографе Nicolet в состоянии бодрствования и дневного физиологического сна, с синхронной видеозаписью, до начала рТМС, после 5–10 процедур рТМС, которая проводилась на приборе Нейро-МСД («Нейрософт», Россия). После проведения ЭЭГ решение провести рТМС было принято в 21 случае. Четверым детям рТМС не проводилась в связи с регистрацией на ЭЭГ эпилептиформной активности со средним или высоким индексом, с судорожными

припадками в анамнезе до 1 мес назад. При наличии в ЭЭГ единичных эпилептиформных феноменов, патологической активности в виде периодических дельта-замедлений, острых потенциалов или единичных комплексов, но при отсутствии припадков рТМС проводилась.

**Результаты.** Во время процедур ТМС ни у одного ребёнка не было осложнений, патологических реакций или жалоб. У 1 ребёнка во время курсового лечения и у 1 ребёнка после курса ТМС развились судорожные приступы, сопровождающиеся ухудшением данных ЭЭГ. При динамическом исследовании ЭЭГ более чем у половины детей отмечалась положительная динамика. ЭЭГ практически не изменилась у 4 (19%) детей. У 2 (9,5%) детей появились патологические графоэлементы, что стало причиной перерыва сеансов рТМС.

**Заключение.** Учитывая возможность развития судорог у детей после ТОПМ, ритмическая ТМС при реабилитации таких детей должна проводиться под контролем ЭЭГ, которая позволяет проследить за эпилептиформными изменениями, локальными патологическими знаками, восстановлением основной ритмической активности. Проведение рТМС у детей с судорогами в анамнезе или наличием эпилептиформных изменений требует тщательного подбора параметров стимуляции и их дальнейшего изучения.

*Смирнов А.А., Александров А.В., Гончарук П.В., Евдокимов А.Н.*

## **Реплантация отчленённых пальцев кисти у детей**

ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова» ДЗМ, Москва, Россия

**Актуальность.** Отчленение пальцев кисти и их сегментов у детей является более редким видом травм по сравнению со взрослыми. Есть значительные различия в механизмах травмы, принципах и подходах к лечению детей с данным видом повреждений по сравнению со взрослыми.

**Цель.** Улучшение косметических и функциональных результатов.

**Пациенты.** В отделении микрохирургии ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с 2015 по 2020 г. находились на лечении 28 детей с отчленением пальцев на различных уровнях. У 20 детей (23 пальца) выполнены попытки

реплантации отчленённых сегментов, у 13 они оказались успешными, приживление отчленённых сегментов произошло в 8 случаях (9 пальцев).

**Результаты.** Оценка результатов реплантации проводилась по следующим критериям: определение двухточечной дискриминационной чувствительности, объём активных и пассивных движений (сгибание и разгибание), опросник DASH.

**Заключение.** Развитие детской реконструктивной микрохирургии приводит к росту числа реплантационных сегментов, в частности пальцев кисти. Это позволяет улучшить качество жизни детей и их социальную адаптацию.



*Смирнов И.В., Лазарев В.В.*

## **Прогнозирование объёма кровопотери во время операций по коррекции сколиоза в зависимости от степени деформации позвоночника у детей**

АО «Медицина», Москва, Россия;

ФГАОУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Операции заднего транспедикулокорпорального винтового спондилодеза по поводу коррекции тяжёлых сколиотических деформаций позвоночника IV степени относятся к разряду высокотравматичных, сопровождающихся значительной кровопотерей. Прогнозирование кровопотери и, как следствие, своевременная профилактика, готовность персонала позволяют предотвратить тяжёлые осложнения.

**Цель.** Определить имеющуюся взаимосвязь между степенью деформации позвоночника у ребёнка по Коббу и степенью интраоперационной кровопотери во время операции заднего транспедикулокорпорального винтового спондилодеза по поводу коррекции тяжёлых и сверхтяжёлых сколиотических деформаций позвоночника IV степени.

**Пациенты.** Ретроспективно проанализировано 46 пациентов, оперированных по поводу коррекции тяжёлых сколиотических деформаций IV степени. Критерии включения: возраст пациентов от 7 до 18 лет включительно (средний возраст 14 лет), наличие сколиотической

деформации позвоночника IV степени. По гендерному признаку – 54% девочек. Статистически значимой разницы пациентов по возрасту, индексу массы тела не выявлено. Угол деформации по Коббу от 55 до 180°.

**Результаты.** Выделено 2 группы пациентов: группа А с относительно небольшими углами деформации – 55–100° (15 пациентов) и группа Б с углами деформации позвоночника свыше 100° (31 пациент). Проведено сравнение интраоперационной кровопотери в расчёте на процент от ОЦК. При сравнении в группе А средний объём кровопотери составил 51,15% ОЦК, а в группе Б – 71,45%.

**Заключение.** Во время планирования тактики ведения пациента при операции заднего транспедикулокорпорального винтового спондилодеза по поводу коррекции тяжёлых сколиотических деформаций позвоночника IV степени одним из критериев прогнозирования объёма кровопотери служит степень искривления позвоночника по Коббу. Прогнозирование объёма кровопотери позволяет подготовить необходимое оборудование, препараты крови, предотвращая тяжёлые осложнения.

*Соколов Ю.Ю., Вилесов А.В., Ахматов Р.А., Миронова И.К.*

## **Внутренняя мезентерико-париетальная грыжа как причина рецидивирующего абдоминального болевого синдрома у ребёнка**

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Актуальность.** Внутренние мезентерико-париетальные грыжи относятся к редким аномалиям развития дорзальной брыжейки.

**Цель.** Продемонстрировать редкое клиническое наблюдение сочетания внутренней мезентерико-париетальной грыжи и дивертикула Меккеля как причину рецидивирующего абдоминального болевого синдрома.

**Пациенты.** Мальчик, 13 лет, обратился в клинику с жалобами на боли в животе, многократную рвоту. Из анамнеза известно, что ему за 5 мес до поступления была выполнена лапароскопическая аппендэктомия по поводу острого простого аппендицита. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) выявлен инфильтрат брюшной полости, локализующийся в правой подвздошной области и малом тазу. Назначена антибактериальная терапия, на фоне которой клинические признаки воспаления в брюшной полости были купированы. При спиральной компьютерной томографии с внутривенным контрастированием высказано предположение о наличии энтерокисты. При

лапароскопии установлено, что в правой подвздошной ямке между листками париетальной брюшины имеется внутренняя мезентерико-париетальная грыжа. Грыжевые ворота образованы дивертикулом Меккеля, верхушка которого фиксирована к корню брыжейки. В грыжевом мешке находятся 50 см подвздошной кишки без признаков нарушения кровоснабжения. С помощью коагулятора EnSeal грыжевой мешок полностью иссечен. Мобилизован и резецирован аппаратом EndoGia 45 mm расположенный в 50 см от илеоцекального угла дивертикул Меккеля.

**Результаты.** Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 6-е сутки с момента операции в удовлетворительном состоянии.

**Заключение.** Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о сложностях диагностики внутренней мезентерико-париетальной грыжи как причины рецидивирующих болей в животе у детей. В постановке окончательного диагноза в этих случаях большое значение имеет лапароскопия.



*Соколов Ю.Ю., Хаспеков Д.В., Прутова О.Р., Сар А.С., Кузнецова Е.В., Ткаченко Н.В.*

## **Осложнения инородных тел дыхательных путей и пищевода у детей**

ГБУЗ города Москвы «Детская городская клиническая больница Святого Владимира ДЗМ», Москва, Россия

**Актуальность.** Инородные тела дыхательных путей и пищевода – одна из частых проблем, встречающихся в практике детского врача. Чаще всего осложнения возникают не от факта заглатывания или аспирации инородного тела, а в результате отсутствия настороженности родителей и ошибочной диагностики первичного звена. Таким образом, оказание медицинской помощи детям с инородными телами дыхательных путей и пищевода сохраняют свою актуальность.

**Цель.** Продемонстрировать возможные варианты осложнений.

**Пациенты.** В отделении торакальной хирургии ГБУЗ ДГКБ Св. Владимира ДЗМ с 2016 по 2020 г. наблюдались 695 детей с подозрением на инородные тела. Из них 134 ребёнка с подтверждённым диагнозом инородного тела пищевода и 115 детей с диагнозом инородное тело дыхательных путей. 2 пациента с одномоментным нахождением инородных тел в пищеводе и трахее. Из общего числа детей в 33% случаев имелись осложнения.

**Результаты.** К осложнениям, возникшим в результате аспирации инородного тела, относятся: ателектазы –

у 12 детей, пневмонии – у 7, эндобронхиты – у 20 и стенозы бронхов – у 3. Осложнения при попадании инородного тела в пищевод мы разделили на 2 группы: 1-я – интраэзофагеальная: перфорация пищевода – у 1 ребёнка, ожог пищевода – у 14 детей, трахеопищеводное соустье – у 6, рубцовый стеноз пищевода – у 5, дивертикул пищевода – у 4. 2-я группа – экстраэзофагеальные осложнения: абсцесс шеи – у 1 ребёнка, дыхательные расстройства – у 8 детей. Состояние детей требовало оказания специализированной медицинской помощи и проведения этапного лечения в отделении торакальной хирургии. 2 детей поступили в отделение в плановом порядке для проведения обследования по поводу других нозологий и инородные тела были случайной находкой.

**Заключение.** Таким образом, инородные тела у детей могут иметь тяжёлые осложнения, нередко требующие госпитализации пациента в отделение интенсивной терапии и оказания экстренной медицинской помощи. Внимательный сбор анамнеза и своевременное удаление инородных тел позволяет избежать осложнений.

*Соловьев А.Е.*

## **Новое в лечении гидронефроза подковообразных почек у детей**

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань, Россия

**Актуальность.** Нашими исследованиями было показано, что основной причиной гидронефроза подковообразных почек у детей является высокое отхождение мочеточника (А.Е. Соловьев, В.И. Туманский, 1997).

**Цель.** Продемонстрировать наш опыт лечения детей с гидронефрозом подковообразной почки.

**Пациенты.** 21 ребёнок, оперированный по поводу гидронефроза подковообразной почки.

**Результаты.** За 30 лет проведено оперативное лечение у 21 ребёнка с хорошими результатами. Предложен новый способ оперативного лечения гидронефроза подковообразной почки (патент № 23264, Украина. МПК АБИ 17/00; 19.05.1998): неопиелуретероанастомоз. Техника

операции: люмботомным доступом выделяется пиелуретеральный сегмент и гидронефротическая лоханка. В дистальном отделе лоханки выкраивается окно овальной формы. Затем продольно рассекается мочеточник в верхней трети и накладывается широкий пиелуретероанастомоз по типу бок в бок в дистальной части гидронефротической лоханки (у нижнего полюса почки). Существующий пиелуретеральный сегмент оставляется нетронутым. Таким образом, второй лоханочно-мочеточниковый анастомоз разгружает расширенную лоханку.

**Заключение.** Неопиелуретероанастомоз является операцией выбора при гидронефрозе подковообразной почки у детей.



*Соловьев А.Е., Кульчицкий О.А.*

## **Диагностика ишемических повреждений кишечника при острой спаечной странгуляционной кишечной непроходимости у детей**

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»  
Минздрава России, Рязань, Россия

**Актуальность.** Острая спаечная странгуляционная непроходимость (ОССКН) у детей представляет большие трудности из-за сложной диагностики ишемии кишки, некроз которой в большом проценте случаев выявляется нередко на операционном столе. Странгуляционная кишечная непроходимость может быть осложнением врожденных пороков или чаще встречается у оперированных ранее детей по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости.

**Цель.** Изучить возможности лабораторных и эндоскопических методов в диагностике ишемических поражений кишечника.

**Пациенты.** У 39 детей с ОССКН проводили общепринятое исследование, включая лабораторные исследования, УЗИ, рентгенографические и инструментальные методы диагностики. Особое внимание обращали на изу-

чение лактата крови (молочной) кислоты и лапароскопии в зависимости от стадий ОССКН.

**Результаты.** У детей с I стадией ОССКН уровень лактата был повышен умеренно ( $1,9 \pm 0,3$  м/моль), со II стадией превышал норму в 3 раза ( $3,9 \pm 0,36$  м/моль), с III стадией значительно превышал норму ( $5,9 \pm 0,4$  м/моль). Уровень лактата (норма  $1,1 \pm 0,03$  м/моль) коррелировал с данными лапароскопии. Стадии острой спаечной странгуляционной кишечной непроходимости у детей определяли в зависимости от причины, давности заболевания, возраста, уровня непроходимости, а также от степени токсикоза и морфологических изменений ущемлённой кишки.

**Заключение.** Длительность заболевания, уровень лактата крови и лапароскопия у детей при ОССКН являются важными факторами диагностики ишемии кишечника.

*Сорокина М.С., Журило И.П., Алексеев А.Г., Юдин К.К.*

## **Морфологические особенности тонзиллогенного аппендицита у детей**

БУЗ Орловской области «Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З.И. Круглой», Орёл, Россия

**Актуальность.** Нёбные миндалины и червеобразный отросток являются компонентами МАЛТ-системы, обеспечивающей защитный барьер слизистых оболочек против чужеродных антигенов. Топографо-анатомическое единство лимфоидного аппарата глотки и органов брюшной полости обуславливают их непосредственную лимфатическую связь. Изучение механизмов их взаимодействия представляется весьма актуальным.

**Цель.** Изучить случаи сопряжённых заболеваний лимфоидного аппарата глотки и брюшной полости, а именно нёбных миндалин и червеобразного отростка. Установить иммунологические и морфологические признаки тонзиллогенного аппендицита у детей.

**Пациенты.** Проведён анализ лабораторных данных, отдельных иммунологических показателей и результатов морфологического исследования 49 пациентов в возрасте от 3 до 17 лет, находившихся на лечении в хирургическом отделении НКМЦ им. З.И. Круглой по поводу острого катарального аппендицита в период с 2018 по 2020 г. Обследование ЛОР-органов показало, что лишь 8 (16,3%) пациентов не имели тонзиллярной патологии,

у 12 (24,5%) диагностирован хронический тонзиллит, 22 (44,9%) ребёнка имели гипертрофию нёбных миндалин (из них у 2 – II–III степени), у 7 (14,3%) – сочетание гипертрофии аденоидов и нёбных миндалин (из них у 2 – II–III степени)

**Результаты.** Проведённые исследования показали, что для больных с хроническим тонзиллитом (12 наблюдений) и гипертрофией нёбных миндалин II–III степени (4), характерно формирование иммунного дисбаланса с повышением уровня IgE на фоне снижения Ig A. У этих больных в результате морфологического исследования выявлено преобладание эозинофильной инфильтрации над нейтрофильной, диффузный характер воспалительных изменений и выраженная гиперплазия лимфоидных фолликулов.

**Заключение.** Полученные данные дают основания полагать, что выявленные изменения показателей гуморального иммунитета и специфическая морфологическая картина являются признаками, характерными для тонзиллогенного генеза острого аппендицита при давности заболевания более 24 ч.



*Стриженок Д.С., Гребченко О.А., Трофимова Ю.А.*

## Торакоскопическое удаление инородного тела плевральной полости у ребёнка

ГБУЗ Нижегородской области «Детская городская клиническая больница № 1 Приокского района города Нижнего Новгорода», Нижний Новгород, Россия

**Актуальность.** Инородные тела плевральной полости крайне редко встречаются в детском возрасте.

**Цель.** Представить случай из практики.

**Пациенты.** Ребёнок, 12 лет, находился в отделении хирургии ДГКБ № 1 в июле 2020 г. с диагнозом проникающее ранение грудной клетки слева с повреждением левого лёгкого, осложнённое напряжённым пневмотораксом слева. Инородное тело грудной клетки слева, инородные тела левой плевральной полости (деревянные щепки). В периоде новорождённости перенес ряд реконструктивно-пластических операций по поводу врождённого порока развития – гастрошизиса. В 2019 г. выполнена радикальная пластика передней брюшной стенки по поводу вентральной грыжи.

**Результаты.** 28.07.20 г. в экстренном порядке выполнена операция – удаление инородного тела грудной клетки (деревянная щепка); торакоскопия, удаление инородных тел плевральной полости (деревянные щепки); дренирова-

ние плевральной полости. Интраоперационно: выполнено удаление инородного тела, располагающегося в ране грудной клетки 10,5 × 1,5 см (деревянная щепка). При торакоскопической ревизии левой плевральной полости выявлено спавшееся лёгкое, инородное тело 6,5 × 1,0 см (деревянная щепка) удалено, рана VIII сегмента нижней доли левого лёгкого обработана биполярной коагуляцией Ligasure. Дренирование левой плевральной полости. Продолжительность оперативного вмешательства составила 2 ч. В раннем послеоперационном периоде ребёнок находился в ОРИТ. Левое лёгкое полностью расправилось на 2-е сутки после операции. Дренажи из плевральной полости удалены на 3-и сутки. Срок пребывания в стационаре составил 8 дней.

**Заключение.** Торакоскопическая операция позволила максимально радикально удалить сложное инородное тело, обеспечить, благодаря минимальной травматичности операционного доступа, гладкое течение послеоперационного периода и сократить сроки госпитализации.

*Татаркин Е.В.*

## Лечение паховых грыж у детей

ГБУЗ «Кузбасская детская клиническая больница имени профессора Ю.Е. Малаховского», Новокузнецк, Россия

**Актуальность.** Лечение паховых грыж у детей до настоящего времени остается актуальной проблемой.

**Цель.** Показать возможность точной диагностики паховых грыж у детей и отличные косметические результаты.

**Пациенты.** За период с 2014 по 2020 г. в отделении детской хирургии Кузбасской детской клинической больницы им. Ю.Е. Малаховского г. Новокузнецка наблюдались 718 пациентов с диагнозом паховая грыжа. Мальчиков – 559, девочек – 159. По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 1 мес – 10, от 1 мес до 1 года – 175, от 1 года до 3 лет – 292, от 4 до 10 лет – 211, от 11 до 17 лет – 30 детей. Все пациенты были подвергнуты оперативному лечению. 42 пациента обратились с клиникой ущемления, из них 27 оперированы в экстренном порядке. У 15 пациентов грыжа разошлась в приёмном покое, либо по дороге в стационар. Они были оперированы в срочном-плановом порядке. Все пациенты с ущемлённой паховой грыжей были в возрасте до 4 лет. Подавляющее большинство из них мальчики (36).

У 676 пациентов диагностирована свободная паховая грыжа, и они оперированы в плановом порядке. У 376 паховая грыжа отмечалась справа, у 249 – слева, у 93 – с двух сторон.

**Результаты.** С апреля 2014 г. в отделении внедрен метод лапароскопической герниорафии. За вышеуказанный период данным методом прооперировано 426 пациентов. Из них 21 ребёнок (18 мальчиков и 3 девочки) оперирован при ущемлении паховой грыжи. У 38 пациентов из 93 диагноз двусторонней паховой грыжи выставлен во время выполнения лапароскопической герниорафии. В этом случае всем пациентам выполнена лапароскопическая герниорафия с двух сторон. Ранний послеоперационный период протекал благоприятно. У двух пациентов отмечен рецидив паховой грыжи через 5 и 7 мес. Этим детям повторно выполнена лапароскопическая герниорафия с хорошим отдалённым результатом.

**Заключение.** Преимущества лапароскопической герниорафии: малотравматичность для семенного канала и круглой связки, а также отличный косметический результат.



*Тиболов А.З., Киреева Н.Б., Рожденкин Е.А., Смирнов А.Н., Плохарский Н.А.,  
Проничев М.А., Кандюков А.Р.*

## **Осложнения дивертикула Меккеля как экстренная хирургическая патология у детей**

ГБУЗ Нижегородской области «Нижегородская областная детская клиническая больница»,  
Нижний Новгород, Россия

**Актуальность.** Частота дивертикула Меккеля составляет 0,2–4%, при этом осложнения заболевания, такие как кишечная непроходимость, дивертикулит, кишечное кровотечение, грыжа Литтре, опухоли наблюдаются в 25%. Разнообразие клинических симптомов и отсутствие патогномичных признаков заболевания представляют значительные сложности в диагностике патологии, что порой приводит к несвоевременной постановке диагноза и показаний к оперативному лечению.

**Цель.** Продемонстрировать сложности в диагностике патологии дивертикула Меккеля.

**Пациенты.** С 2018 по 2020 г. в ГБУЗ НО НОДКБ получали лечение 14 детей с патологией дивертикула Меккеля, из них 8 мальчиков и 6 девочек. Возраст варьировал от 3 мес до 15 лет. У 4 детей имела место клиника острого аппендицита, интраоперационно установлен дивертикулит; у одного ребёнка был флегмонозный аппендицит, а неизменный дивертикул выявлен как случайная находка; у 2 детей имело место кишечное кровотечение; 6 пациентов поступили с картиной кишечной непроходимости, из них у 3 диагностирована инвагинация ки-

шечника, в 2 случаях – перфорация полого органа. Сроки поступления в стационар составили от 1 ч до 5 сут от начала заболевания.

**Результаты.** Все дети оперированы в сроки от 30 мин до 36 ч (в случае сочетанной патологии – дивертикулита и язвы желудка) после госпитализации. Одному ребёнку с давностью заболевания 4 сут выполнена срединная лапаротомия с резекцией после дезинвагинации некротизированного участка подвздошной кишки с дивертикулом, одному пациенту – пневмоирикокомпрессионная дезинвагинация с последующей резекцией дивертикула. У остальных 12 детей оперативное лечение начиналось с диагностической лапароскопии, после установления окончательного диагноза у 11 выполнена видеоассистированная резекция дивертикула Меккеля, в одном случае – лапароскопическая резекция с интракорпоральным швом кишки. Осложнений не было.

**Заключение.** Осложнения дивертикула Меккеля имеют разнообразные клинические проявления, представляющие трудности в диагностике, особенно при сочетанных заболеваниях.

*Тимофеева А.В., Карасева О.В., Телешов Н.В., Горелик А.Л.*

## **Срединные кисты шеи у детей**

ГБУЗ города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия;

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» МЗ РФ, Москва, Россия

**Актуальность.** Варианты расположения срединных кист шеи (СКШ) и неспецифическая клиника приводят к частым диагностическим ошибкам, что определяет неверную тактику лечения и рецидивирующее течение.

**Пациенты.** За период 2017–2019 гг. пролечены 27 детей с аномалиями развития щитовидно-язычного протока и жаберных дуг. Мальчики составили 55,5%, девочки – 44,5%, средний возраст детей –  $7,4 \pm 4,2$  лет. В структуре патологии преобладали СКШ – 74,1%. Осложнённое течение СКШ с формированием наружного свища имело место у 75% детей. Инструментальная диагностика включала УЗИ, МРТ и фистулографию.

**Результаты.** Большинство детей (77,7%) обратились в срок от 4 до 17 мес после обнаружения образования на шее. Причиной задержки госпитализации явились: диагностика шейного лимфаденита с назначением антибактериальной терапии – 33,3%; вскрытые кисты от 1 до 4 раз – 66,7%. Одному ребёнку спустя год был установлен диагноз СКШ и дважды выполнена операция иссечения кисты с участком подъязычной кости.

В НИИ НДХиТ выполнено иссечение кисты/свища с резекцией тела подъязычной кости. Одному ребёнку резекцию подъязычной кости не проводили, учитывая отсутствие связи с кистой. Оперативное вмешательство выполняли под общей анестезией в положении ребёнка на спине с переразогнутой головой. Использовали поперечный разрез кожи с иссечением свищевого отверстия. Оболочки кисты/свища при необходимости окрашивали бриллиантовым зелёным. При резекции подъязычной кости использовали полупроводниковый лазер или аргоноплазменную коагуляцию для полноценной деструкции эпителиальной выстилки щитовидно-язычного протока. Послойно восстанавливали мышечный каркас шеи и ушивали кожу внутрикожным швом. Осложнений не было. Дети обследованы в катамнезе (1 год и более), рецидивов не было.

**Заключение.** Объёмные образования мягких тканей шеи требуют проведения полноценного обследования, что позволяет поставить правильный диагноз и выбрать адекватный объём хирургического лечения.



Томашикевич Б.А., Анастасов А.Г.

## Применение каудальной блокады у новорождённых с некротизирующим энтероколитом

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, Украина;  
Республиканская детская клиническая больница МЗ, Донецк, Украина

**Актуальность.** Патогномичным проявлением некротизирующего энтероколита (НЭК) у новорождённых является интраабдоминальная гипертензия (ИГ) с нарушением перфузии органов ЖКТ и развитием полиорганной недостаточности.

**Цель.** Оценка целесообразности и эффективности использования одномоментной каудальной блокады для коррекции моторно-эвакуаторной дисфункции ЖКТ у новорождённых с НЭК без перфорации.

**Пациенты.** Проспективное, наблюдательное исследование 23 новорождённых, в возрасте 5–14 дней жизни, находящихся в ОИТ РДКБ в период 2015–2020 гг. Критерии включения в исследование: новорождённые с НЭК I–III стадии без перфорации (Bell, 1978; Kliegman, 1986). 10 (43,5%) пациентов составили 1-ю группу – стандартная интенсивная терапия, 2-ю группу – 13 пациентов, у которых применяли стандартную интенсивную терапию + одномоментную каудальную блокаду (КБ) 2% раствором ропивакаина в дозе  $1,0 \pm 0,12$  мл/кг. Оценка уровня ИГ проводилась путём измерения давления в мочевоом пузыре.

**Результаты.** Через  $4,6 \pm 1,2$  ч после каудального введения местного анестетика, у пациентов 2-й группы зарегистрированы более низкие значения ЧСС –  $98,5 \pm 8,3$  уд. в 1 мин, АДср –  $77,3 \pm 1,1$  мм рт. ст., глюкозы крови –  $4,13 \pm 0,1$  (ммоль/л) в отличие от больных 1-й группы ( $p < 0,05$ ). У пациентов 1-й группы уровень ИГ составил  $15,3 \pm 1,3$  балла, объём эвакуации содержимого из желудка –  $1,1 \pm 0,5$  мл/ч, сохранялось вздутие живота, имела место пастозность передней брюшной стенки, перистальтика кишечника резко ослаблена, отсутствие самостоятельного стула, во 2-й группе: ИГ –  $10,1 \pm 1,3$  балла, участие живота в акте дыхания отмечено уже через  $2,1 \pm 0,5$  ч, пассивная эвакуация содержимого через желудочный зонд в объёме  $0,7 \pm 0,3$  мл/ч на начало 2-х суток, ослабленная перистальтика кишечника и самостоятельный акт дефекации через  $9,2 \pm 1,4$  ч после каудальной блокады в сравнении с 1-й группой ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Одномоментная КБ была эффективна при коррекции паралитической кишечной непроходимости и является определяющим направлением при консервативном лечении новорождённых с НЭК.

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

## Случай ущемления врождённой левосторонней диафрагмальной грыжи Бохдалека, осложнённой заворотом желудка и перфорацией пищевода у ребёнка

ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

**Актуальность.** Грыжа Бохдалека – наиболее частый тип врождённых диафрагмальных грыж: 1,9–2,3 на 10 000 живорождённых. Своевременная диагностика неосложнённой диафрагмальной грыжи (ДГ) в раннем возрасте сложна. Быстро развивающаяся картина асфиксического ущемления способствует ошибочной оценке клинической ситуации и не оптимальной тактике лечения.

**Цель.** Напомнить о необходимости учитывать наличие ущемлённой ДГ в дифференциальной диагностике синдрома внутригрудного напряжения даже при атипичной КТ-картине.

**Пациенты.** В клинику переведена девочка 2 лет с диагнозом кистозное образование левого гемиторакса, состояние после дренирования. Ранее развитие без особенностей, поликлинику не посещала. Заболела остро: вялость, боли в животе, нарастающее затруднение дыхания, по данным рентгенографии, – левосторонний гидропневмоторакс, при дренировании выделено 30 мл серозной жидкости. По КТ – большое двухкамерное образование левого гемиторакса без кровотока со смещением средостения

вправо. При редренировании – 500 мл геморрагического отделяемого, невозможность постановки назогастрального зонда, замедленный пассаж контраста в желудок, находящийся в грудной клетке. Переведена в МОНКИ. Состояние крайне тяжёлое, ИВЛ. Сохранение признаков синдрома внутригрудного напряжения. Оперирована левым субкостальным доступом: перитонит, ущемлённая грыжа Бохдалека с мезентероаксиальным заворотом перфорированного желудка, перфорация пищевода в нижней трети. Выполнено устранение ущемления и заворота желудка с ушиванием его дефекта, ушивание перфорации н/3 пищевода, фундопликация по Дору, пластика диафрагмы.

**Результаты.** До 9 послеоперационных суток наблюдался гастростаз. По данным обследования, в анамнезе – без патологии.

**Заключение.** Нарушение последовательности действий при оказании помощи детям с клиникой внутригрудного напряжения и ориентация только на результаты лучевой диагностики приводят к ошибочной тактике лечения.



*Фофанов В.А., Фофанов А.Д., Матияш О.Я., Дидух И.Н.*

## **Результаты реконструктивных операций при врожденной аноколоректальной патологии у детей**

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Ивано-Франковск, Украина

**Актуальность.** Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга (БГ) и аноректальных мальформаций (АРМ) достаточно сложное, во многих случаях является многоэтапным, сопровождается значительным количеством ранних и поздних осложнений, неудовлетворительных функциональных результатов операций.

**Цель.** Установить причины осложнений реконструктивных операций при БГ и АРМ у детей и определить оптимальную диагностическую и лечебную тактику.

**Пациенты.** Проведено обследование 70 детей в возрасте от одних суток до 14 лет. Из них прооперированы по поводу БГ 43 ребёнка и АРМ – 27 детей. Характер первичной операции зависел от вида порока и наличия дооперационных осложнений. Детям с над- и интралеваторными формами АРМ проведены этапные операции ( $n = 18$ ), детям с низкими формами АРМ ( $n = 9$ ) проведены первичные реконструктивные операции – переднюю или заднюю аноректопластику (ПСАРП или ЗСАРП). У 25 (58,1%) детей с БГ выполнены первичные реконструктивные операции (операция Soave-Boley – 20 больных; операция ТЕРТ – 22; сфинктеромиектомия

по Lynn – 1 ребёнок). У 18 детей лечение начинали с колостомии.

**Результаты.** Все оперированные больные выздоровели. Ранние послеоперационные осложнения были обнаружены у 14,8% детей с АРМ и у 23,3% детей с БГ. Неудовлетворительный функциональный результат лечения был у одного ребёнка с АРМ и у 11,6% детей с БГ; хорошие результаты у 62,9% больных с АРМ и у 62,9% детей с БГ; удовлетворительные – у 33,3% детей с АРМ и 30,2% пациентов с БГ. Явления толстокишечной обструкции наблюдали у 14,8% больных с АРМ и у 23,25% детей с БГ. Симптомы анальной инконтиненции наблюдали у 51,2% детей с БГ и у 37,4% больных с АРМ.

**Заключение.** Наиболее значимыми факторами риска развития послеоперационных осложнений при БГ является наличие дооперационного ГАЭК, большая длина аганглионарной зоны, поздняя диагностика и хирургическое вмешательство; при АРМ – высокая форма порока, наличие сопутствующих пороков. Наиболее частым осложнением является АИ. Однако по тяжести преобладают осложнения, связанные с послеоперационной обструкцией толстой кишки.

*Хайирбеков Т.Х., Тихмаев А.Н., Садыкова М.М., Мейланова Ф.В., Ашурбеков В.Т., Казилев Б.Р.*

## **Применение лапароскопии в лечении аппендикулярного перитонита у детей**

ГБУ Республики Дагестан «детская республиканская клиническая больница имени Н.М.Кураева», Махачкала, Россия

**Актуальность.** Тяжесть течения разлитого перитонита у детей определяется характером местного процесса, бурными и глубокими нарушениями гомеостаза. Перфоративные перитониты у детей старше 1 года чаще всего развиваются на фоне острого аппендицита. В современной хирургии лапароскопические методы лечения перитонита у детей считаются актуальными.

**Цель.** Оценить результаты лапароскопии в лечении аппендикулярного перитонита.

**Пациенты.** За последние 2 года в клинике ДРКБ прооперировано лапароскопическим методом 22 ребёнка с аппендикулярным перитонитом. Средний возраст детей составил  $8 \pm 3,5$  года. Более 80% детей обратились в стационар в сроки более 24 ч от начала заболевания.

**Результаты.** Лапароскопическое вмешательство было эффективным у всех больных. Конверсия в одном случае. Продолжительность оперативного вмешательства

составила в среднем 75 мин. Энтеральная нагрузка начата со вторых послеоперационных суток. Средний срок пребывания в стационаре при местном перитоните составил 10 дней. При разлитом – 14. В послеоперационном периоде в одном случае отмечалось осложнение в виде воспалительного инфильтрата. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии. Обследование детей комплексное с проведением предоперационной подготовки.

**Заключение.** К преимуществам лапароскопии в лечении аппендикулярного перитонита относятся малая травматичность вмешательства, более ранняя активизация, снижение болевого синдрома после операции, раннее восстановление функции кишечника, сокращение сроков госпитализации, уменьшение числа послеоперационных осложнений, характерных для традиционной лапаротомии, хороший косметический результат.



*Цан Н.А., Азарова Д.И., Сухарев А.С., Куркубет Н.Ю.*

## Черепно-мозговая травма у младенцев

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург, Россия;  
ГАУЗ Свердловской области «Областная детская клиническая больница», Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Закономерны сложности диагностики черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у детей – при нередком отсутствии клинических проявлений определить степень тяжести травмы головы у ребёнка не представляется возможным. Причём чем младше ребенок, тем больше трудностей и в диагностике, и в выборе тактики лечения.

**Цель.** Предоставить лечебно-тактические решения при ЧМТ у детей от 0 дней до 6 мес жизни.

**Пациенты.** Выборка клинического материала проведена за 3 года, в отделении нейрохирургии пролечен 271 ребёнок с ЧМТ различной степени тяжести. Выделены 2 группы пациентов: 1-я группа – новорождённые ( $n = 15$ ), 2-я группа ( $n = 256$ ) – дети от 29 до 180 дней жизни. Изучены жалобы родителей, анамнез, механизм и сроки травмы, наличие первичных посттравматических клинических проявлений. Оценивали сознание по шкале Глазго, выполняли нейросонографию и краниографию в двух проекциях.

**Результаты.** Среди госпитализированных детей 62% обращений связаны с фактом травмы без неврологической симптоматики у ребёнка. При анализе по степени

тяжести травмы установлено, что дети с ЧМТ лёгкой степени составили 11,2% ( $n = 29$ ), превалировала группа ЧМТ средней степени тяжести – 88,0% ( $n = 228$ ), доля ЧМТ тяжёлой степени – 0,8% ( $n = 2$ ). Патанатомия повреждений черепа и головного мозга у младенцев с ЧМТ средней степени тяжести весьма показательна: линейный перелом теменных костей – у 173 (67,5%) детей; линейные переломы костей свода черепа в сочетании с минимальными суб-, эпидуральными, субарахноидальными кровоизлияниями – у 40 (15,6%) детей. Подавляющее большинство детей пролечено консервативно, динамика неврологического статуса положительная. Наблюдаются неврологом. В единичных случаях требовались оперативные вмешательства: репозиция вдавленного перелома у 5 больных, эндоскопическая эвакуация и дренирование субдуральной гематомы – у 1, трепанация черепа, эвакуация эпидуральной гематомы – у 1, обширное реконструктивное вмешательство при открытой ЧМТ – у 1.

**Заключение.** В структуре черепно-мозговой травмы у младенцев ведущее место принадлежит повреждениям средней степени тяжести, среди которых линейные переломы теменных костей встречаются у 67,5% детей.

*Цан Н.А., Некрасова Е.Г., Мликова Т.В., Глухих А.Ю., Пашинский С.В., Саламатов Е.Н.*

## Этапы оперативного лечения электрохимических повреждений пищевода и трахеи у детей

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург, Россия;  
ГАУЗ Свердловской области «Областная детская клиническая больница», Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Вопросы диагностики и лечения инородных тел желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей обсуждаются в литературе, в открытых дискуссиях. Но опыт лечения тяжелейших повреждений пищевода и трахеи с образованием пищеводно-трахеального свища (ПТС) в результате электрохимического воздействия батареек на эти органы не представлен.

**Цель.** Изложить алгоритм оперативного лечения электрохимического пищеводно-трахеального свища, исходя из приоритета однозначной органосохранности или «жертвования» одним из органов ради спасения жизни ребёнка.

**Пациенты.** Трое детей в возрасте от 1 года до 1,5 лет с идентичной травмой: проглотили батарейку, что обнаружено через 2–4 дня. За это время фиксированная в верхней трети пищевода батарейка вызвала локальное электровоздействие на ткань пищевода и трахеи с некротическим сквозным поражением. При извлечении батарейки эндоскопист констатировал наличие ПТС диаметром от 7 до 10 мм. В клинике превалировала ДН в связи с активным сбросом воздуха в пищеварительную систему.

**Результаты.** Только у одного ребёнка удалось разобщить ПТС и ушить дефекты трахеи и пищевода в один этап с последующим выздоровлением. Двое детей прошли путь многократных операций, при которых стремились восстановить проходимость и трахеи и пищевода, в т.ч. используя имплант пермакол. У одного ребёнка сформировались стенозы обоих органов, что потребовало наложения трахеостомы, гастростомы и дальнейшего длительного лечения. Опыт лечения третьей пациентки после второго рецидива ПТС с продолженным некробиозом тканей пищевода и трахеи изменил тактику. Пищевод был рассечён выше и ниже дефекта: шейная эзофагостома, ушивание дистального отдела, гастростомы; остаточным участком пищевода закрыт дефект задней стенки трахеи.

**Заключение.** Алгоритм экстренной операции при ПТС от батареек включает: 1 – восстановление проходимости пищевода и трахеи при малых размерах дефекта и герметичном их ушивании; 2 – при сложности полноценного ушивания или при рецидиве свища выключение пищевода из функции, закрытие дефекта трахеи стенкой пищевода.



*Цап Н.А., Чукреев В.И., Чукреев А.В., Макаров П.А., Рубцов В.В., Елисейев А.С., Борисов С.А.*

## **Открытая травма живота, осложнённая кишечным свищом у детей**

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Открытые повреждения в структуре абдоминальной травмы у детей занимают незначительную долю, но по своей тяжести и последствиям относятся к сложнейшим задачам хирургии. Среди осложнений послеоперационного периода описаны случаи несформированных кишечных свищей, регресса которых у  $\frac{1}{3}$  пациентов возможно достичь при консервативной тактике.

**Цель.** Представить опыт лечения детей с осложнённой кишечными свищами открытой абдоминальной травмой.

**Пациенты.** В клинике неотложной хирургии в 2020 г. пролечены 2 девочки, 15 и 17 лет, механизмы травмы различны: у 1 – ножевое ранение брюшной полости и забрюшинного пространства с повреждением левой почки и селезёночного угла ободочной кишки; у 2 – огнестрельное сквозное ранение брюшной полости и забрюшинного пространства с повреждением желудка, ДПК, печёночного угла ободочной кишки, правой почки, гематома печени. Обе пациентки экстренно оперированы, выполнена нефрэктомия в обоих случаях, ушивание разрывов повреждённых отделов желудочно-кишечного тракта.

**Результаты.** Реанимационный этап успешно завершён через 7 дней. К 8–9-м суткам послеоперационного периода через раневые каналы (ножевой и огнестрельный) у пациентов сформировались умеренно функционирующие кишечные свищи – толстокишечный и 12-перстникокишечный соответственно. Консервативная терапия включала: ограничение объёма энтерального питания, более всего жидкостного компонента, обеспечение полноценного парентерального питания, назначение антибиотиков; местно выполняли санацию свищей, защиту кожи от мацерации, фиксировали к зоне устья свища калоприемник. В течение 15–20 сут отмечалось постепенное уменьшение количества выделяемого кишечного химуса вплоть до полного прекращения и закрытия свищей.

**Заключение.** При ушивании повреждённых отделов желудочно-кишечного тракта при открытой травме хирург должен учитывать наличие зоны контузии стенок кишки, что позволяет предотвращать несостоятельность швов. Активная консервативная терапия способствовала закрытию кишечных свищей в обоих случаях.

*Цымбал И.Н., Аксенова Н.В., Безмельницына Л.Ю., Транковский С.Е., Чучарин О.В.*

## **Опыт реабилитации детей после травм и ортопедических операций в отделении медицинской реабилитации ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков» ФМБА России**

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков» ФМБА России, Москва, Россия

**Актуальность.** Актуальность реабилитации детей после травм и ортопедических операций не вызывает сомнения. В ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков» ФМБА России на протяжении более, чем 20 лет с успехом оказывается реабилитационная помощь пациентам отделения травматологии и ортопедии, в том числе членам сборных РФ.

**Цель.** Проанализировать опыт работы отделения медицинской реабилитации (ОМР), определить основные направления развития реабилитационной службы ФГБУ «ФНКЦ детей и подростков» ФМБА России по профилю травматологии и ортопедии.

**Пациенты.** Всего в 2020 г. в ОМР пролечены 313 детей из отделения травматологии и ортопедии, четверть пациентов (80) – члены сборных РФ. Наиболее распространёнными патологиями являлись травмы коленного, голеностопного и плечевого суставов, врождённые патологии стоп и сколиозы различной степени тяжести.

**Результаты.** После комплексного обследования, включавшего консультации ортопеда, невролога, ревматолога (по показаниям), лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе рентген, УЗИ и МРТ

(при наличии показаний) ребёнку при необходимости в дооперационном периоде проводилось физиолечение, направленное на снижение проявлений отёчного и воспалительного синдрома, и лечебная физкультура (ЛФК) общеукрепляющей направленности. В раннем послеоперационном периоде дети продолжали посещать ЛФК и физиолечение с целью снижения проявлений отёчного синдрома и нарушения микроциркуляции. В позднем послеоперационном периоде назначались индивидуальные занятия ЛФК, механотерапия, кинезиотейпирование, массаж и физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, электростимуляция, лазеротерапия, импульсное низкочастотное электростатическое поле).

**Заключение.** Отличительной особенностью работы ОМР является последовательное ведение пациента на этапе подготовки к оперативному лечению, в раннем и позднем послеоперационном периодах. Перспективы развития: расширение применения методов механотерапии с биологической обратной связью и внедрение телемедицинских технологий для курации и инструментария пациентов по занятиям в домашних условиях.



*Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Боймурадов Н.С., Тогаев И.У.*

## Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у детей

Самаркандский государственный медицинский институт, 2-я клиника, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Болезнь Гиршпрунга (БГ) является одним из тяжёлых пороков развития толстой кишки и занимает одно из ведущих мест. Несмотря на многочисленные исследования по оперативной коррекции, сохраняется большое количество послеоперационных гнойных осложнений (28–70%).

**Цель.** Провести анализ результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей.

**Пациенты.** Во 2-й клинике Самаркандского ГМИ в период с 2008 по 2019 г. пролечены 145 детей с БГ. Подавляющее большинство составляли больные из сельской местности – 133 (91,7%) против 12 (8,3%) городских жителей. После полного клинического обследования ректальная форма заболевания выявлена у 102 (70,3%) больных, ректосигмоидальная – у 40 (27,6%), тотальная – у 3 (2,1%) пациентов. Более  $\frac{2}{3}$  больных – мальчики (109; 75,2%).

**Результаты.** В клинике основными методиками явились операции Дюамеля–Баирова (110 пациентов) и Соаве–Лёнюшкина (35 пациентов). Из всех 145 проопе-

рированных больных у 16 (11,0%) отмечены различные осложнения. После операции, проведённой по методике Дюамеля–Баирова, у 12 (10,9%) больных диагностированы следующие осложнения: у 2 (1,8%) развился позади-прямокишечный абсцесс, у 2 (1,8%) отмечалась ретракция низведенной кишки, вялотекущий перитонит отмечен у 3 (2,7%), нагноение раны выявлен у 5 (4,5%) пациентов. У 4 (11,4%) больных, оперированных по методике Соаве–Лёнюшкина, выявлены осложнения: ретракция низведенной кишки у 1 (2,8%), вялотекущий перитонит у 1 (2,8%), нагноение послеоперационной раны у 2 (5,7%) пациентов.

**Заключение.** Таким образом, проведённый анализ ближайших результатов отдельных методов хирургического лечения БГ показал, что операция типа Дюамеля–Баирова технически проще, но менее физиологична, а операции типа Соаве–Лёнюшкина труднее для хирурга, но проще для ребёнка своей физиологичностью. Каждый метод эффективен в руках того, кто им хорошо владеет и постоянно его совершенствует.

*Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Давранов Б.Л., Имамов Д.О., Ибрагимов О.А.*

## Анализ причин наложения стом при врождённой кишечной непроходимости у новорождённых

Самаркандский государственный медицинский институт, 2-я клиника, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Врождённая кишечная непроходимость (ВКН) у новорождённых – один из самых частых поводов для госпитализации в хирургический стационар. Наиболее частыми видами ВКН являются атрезии и стенозы различных локализаций, а также пороки нарушения вращения и фиксации кишечника. Частота рождения детей с атрезией кишечника и дуоденальной непроходимостью соответственно составляют 1:2700 и 1:10000 новорождённых.

**Цель.** Провести анализ причин наложения стом при хирургической коррекции больных с врождённой кишечной непроходимостью.

**Пациенты.** В отделение хирургии новорождённых 2-й клиники Самаркандского ГМИ в период с 2015 по 2019 г. поступили 80 больных с предварительным диагнозом врождённая кишечная непроходимость. Проживающих в городе было 15 (18,7%), в сельской местности – 81,3%. В возрасте до 7 дней патология выявлена у 68 (85,0%), остальные были более старшего возраста.

**Результаты.** Во время операции была выявлена следующая патология: атрезия терминальной части под-

вздошной кишки у 18 (27,5%), меконеальный илеус у 6 (6,5%), атрезия восходящего отдела толстого кишечника у 4 (5,0%), стеноз восходящего отдела толстого кишечника у 2 (2,5%), при этом была наложена терминальная илеостома, язвенно-некротический энтероколит у 5 (6,3%), при этом 1 больному наложена двустольная колостома, 4 – илеостома, декомпенсированное течение болезни Гиршпрунга выявлено у 10 (12,5%) пациентов, 3 из которых наложена колостома, 7 – сигмостома, атрезия ануса и прямой кишки диагностирована у 35 (43,7%), потребовавшая наложения сигмостомы. В послеоперационном периоде летальность отмечена у 12 (15,0%) больных, из них у 8 причиной явилось развитие полиорганной недостаточности из-за позднего обращения больных в стационар и у 4 – сопутствующий тяжёлый порок развития.

**Заключение.** Таким образом, новорождённые с клиникой врождённой кишечной непроходимости требуют своевременной госпитализации в хирургический стационар для проведения необходимой коррекции врождённого порока развития.



*Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Хуррамов Ф.А., Данияров Э.С.*

## **Гистоморфологическая структура остро возникшей кисты семенного канатика у новорождённых и детей раннего возраста**

Самаркандский государственный медицинский институт, 2-я клиника, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Остро возникшая киста семенного канатика (ОВКСК) характеризуется появлением пальпируемого шаровидного образования, не связанного с яичком и придатком, иногда – ноющими болями в мошонке, усиливающимися при ходьбе и активности.

**Цель.** Изучить гистоморфологическую структуру ОВКСК у новорождённых и детей раннего возраста.

**Пациенты.** Во 2-й клинике Самаркандского ГМИ было пролечено 298 больных с ОВКСК. Правостороннее расположение кисты отмечалось у 188 (63,1%) больных, левостороннее – у 104 (34,9%), и двухстороннее расположение – у 6 (2,0%). Размеры кисты варьировались от 2,0 до 4,0 см в диаметре. В основном больные поступали в клинику на 2–3-и сутки от начала заболевания. 248 пациентам проведено пункционное лечение ОВКСК по методу клиники. Морфологическому исследованию подвергнуто 15 кист пациентов в возрасте от 1 мес до 3 лет.

**Результаты.** Наиболее характерной особенностью кист, отличающих их друг от друга, является толщина их стенок. Наши исследования показывают, что наименьшей

толщиной отличаются стенки кист семенных канатиков у пациентов в возрасте 1,5–3,5 мес. В слизистой оболочке эпителиальная выстилка образована 1–2 слоями клеток с гиперхромными ядрами, базальная мембрана контурирует неотчётливо. Это обуславливает непрочный контакт эпителия с базальной мембраной. Непрочность связи эпителиоцитов с базальной мембраной обуславливает её отслоение и десквамацию. Всем больным проведено лечение по методу клиники. Метод был эффективен у 201 ребёнка в возрасте до 2,5 мес. У 47 детей старшего возраста отмечался рецидив кисты, дети пролечены операционным методом.

**Заключение.** Исследования показали, что наименьшей толщиной отличаются стенки кист семенных канатиков у пациентов в возрасте 1,5–3,5 мес. Результаты пункционного лечения ОВКСК у новорождённых и детей раннего возраста показали явные преимущества малоинвазивного метода лечения в возрасте до 2,5 мес. Метод является малотравматичным и позволяет сократить пребывание больного в стационаре.

*Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Атакулов Д.О., Пулатов П.А., Исаков А.М., Юсупов Ш.А.*

## **Применение современных технологий в детской урологии**

Самаркандский государственный медицинский институт, 2-я клиника, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** В последнее десятилетие в Узбекистане бурно развивается эндоскопическая хирургия. В настоящее время все более прочные позиции в детской урологической практике занимают эндоскопические методы диагностики и лечения.

**Цель.** Определить эффективность применения малоинвазивных эндохирургических методов коррекции в детской урологии.

**Пациенты.** За период с 2010 по 2019 г. в отделении детской урологии 2-й клиники Самаркандского ГМИ были применены эндоскопические методы операции у 296 пациентов с различной урологической патологией. Комплексное урологическое обследование детей включало клинично-лабораторные исследования: рентгенологические и эндоскопические методы визуализации мочевой системы: ультрасонография, экскреторная урография,

микционная цистография и цистоуретроскопия, по показаниям компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии.

**Результаты.** Эндоурологические методы лечения проведены при следующих патологиях: пузырно-мочеточниковый рефлюкс у 49 больных, обструктивный мегауретер у 44, камень нижней трети мочеточников у 28, врождённый гидронефроз у 43, уретероцеле – у 16, камень мочевого пузыря – у 12.

**Заключение.** Таким образом, внедрение в детскую урологическую практику эндоскопических методов лечения показало их высокую эффективность, малую травматичность, уменьшение послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре, при необходимости возможность повторных эндоскопических и хирургических вмешательств.



*Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Бойжигитов Н.И., Махмудов З.М., Даняиров Э.С.*

## **Ультразвуковое исследование в диагностике острого гематогенного эпифизарного остеомиелита у детей раннего возраста**

Самаркандский государственный медицинский институт, 2-я клиника, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Ранняя диагностика и своевременно начатое лечение острого гематогенного эпифизарного остеомиелита (ОГЭО) в значительной мере определяют исход патологического процесса у детей младшего возраста. Однако при всей очевидности подобного эффекта проблема ранней диагностики ОГЭО пока далека от своего решения.

**Цель.** Определить диагностическую ценность ультразвукового исследования (УЗИ) при остром гематогенном эпифизарном остеомиелите у детей раннего возраста.

**Пациенты.** Во 2-й клинике Самаркандского ГМИ за период с 2013 по 2019 г. в отделении неонатальной хирургии пролечены 47 больных с ОГЭО различной локализации – 26 (55,3%) мальчиков, 21 (44,7%) девочка. По локализации процесса чаще поражен проксимальный эпифиз бедренной кости – у 32 (68,1%) детей, проксимальный эпифиз большеберцовой кости – у 11 (23,4%) детей, реже проксимальный эпифиз плечевой кости – у 3 (6,4%) и дистальный эпифиз лучевой кости – у 1 (2,1%) ребёнка.

**Результаты.** Всем больным было проведено УЗ-исследование пораженных суставов. УЗИ на 2–3-и сут-

ки от начала заболевания во многих случаях позволило оценить мягкие ткани (выявлялся локальный отёк), определить анатомические взаимоотношения в суставе, состояние капсулы (уплотнение и утолщение) суставных поверхностей (признаки хондромалиции) и суставной полости (объём и характер выпота). В последующие 5–7-е сутки УЗ-исследование позволило визуализировать участки деструкции кости в эпифизарной зоне у детей первого месяца жизни и, с меньшей надёжностью, у детей старшего возраста. Изменения хрящевого эпифиза проявлялись в виде 2–3-мм анэхогенных включений. При исследовании ядра окостенения эпифизарного отдела кости обнаруживались изменения его формы и структуры. Ядро окостенения было фрагментировано, что дало возможность обнаружить патологический вывих уже в ранние сроки от начала заболевания.

**Заключение.** Таким образом, применение УЗИ в диагностике ОГЭО уже в ранние сроки позволяет уточнить локализацию процесса, степень поражения эпифиза, что определяет и дальнейшую лечебную тактику у детей раннего возраста.

*Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Давранов Б.Л., Муталибов И.А.*

## **Малоинвазивное хирургическое лечение врождённых лимфангиом у детей**

Самаркандский государственный медицинский институт, 2-я клиника, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Вследствие генетического родства лимфангиом и кровеносных сосудов, в частности венозной системы, их радикальное удаление представляет определённые трудности в связи с близким расположением к магистральным сосудам шеи, подмышечной области и средостению. В этой связи проблема радикальности хирургического вмешательства при иссечении лимфангиом по-прежнему остаётся одной из актуальных.

**Цель.** Анализ результатов малоинвазивного метода хирургического лечения лимфангиом наружной локализации.

**Пациенты.** В период с 1994 по 2019 г. во 2-й клинике Самаркандского ГМИ были оперированы 186 детей с лимфангиомой наружной локализации. В зависимости от хирургической тактики они были распределены на 2 группы. Контрольная группа – 162 больных, оперированных в период с 1994 по 2015 г., которым проводилось общепринятое традиционное хирургическое лечение – полное иссечение лимфангиомы. Основная группа – 24 пациента, получивших стационарное лечение в период с 2015 по 2019 г.,

к которым было применено малоинвазивное хирургическое лечение – склеротерапия лимфангиомы.

**Результаты.** Все пролеченные больные находились под диспансерным наблюдением и периодически проходили обследование в клинике. Катамнестическое обследование проведено в сроках от 1 года до 15 лет. Отдалённые результаты лечения оценивали по 3-бальной шкале. Хорошие результаты достигнуты в основной группе – 22 (91,7%), в контрольной – у 117 (72,2%) пациентов. Такие же результаты отмечены при анализе удовлетворительных и неудовлетворительных результатов проведённого лечения, в основной группе они составили 8,3%, в контрольной – 27,8%

**Заключение.** Таким образом, общепринятая традиционная методика лечения, несмотря на травматичность, является достаточно эффективной. Малоинвазивная тактика лечения лимфангиом позволяет добиться хороших результатов лечения в отдалённом периоде у 91,7% больных и свести частоту удовлетворительных и неудовлетворительных результатов до 8,3%.



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

## **Усовершенствование ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей**

Самаркандский государственный медицинский институт, 2-я клиника, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Случаи диагностических ошибок при остром гематогенном остеомиелите костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) достигает 50%. В 16,2–53,7% случаях заболевание осложняется различными ортопедическими нарушениями, которые приводят ребёнка к инвалидности.

**Цель.** Совершенствование ранней диагностики ОГО КТС у детей.

**Пациенты.** В основу настоящей работы положен анализ результатов обследования и лечения 134 больных с ОГО КТС во 2-й клинике СамМИ за период с 1991 по 2019 г. Соотношение мальчиков и девочек было 2,5:1. 85,1% детей поступили позднее 3 сут от начала заболевания. Для ранней диагностики этих больных использовали компьютерно-томографическое (КТ) и ультразвуковые (УЗИ) исследования. Для дифференциальной диагностики ОГО КТС с другими воспалительными заболеваниями области ТС обследованы 32 ребёнка с острым реактивным кокситом (РК). При сравнении факторов, предшествовавших развитию заболевания, необходимо отметить, что травма области ТБС чаще встречалась

у больных с ОГО КТС, острое начало заболевания чаще наблюдалось у больных с РК, чем в группе больных с ОГО КТС, у которых боль чаще локализовалась в паховой области и в верхней трети бедра. У больных с ОГО КТС, при сравнении с пациентами с РК, приблизительно в 10 раз чаще отмечалось повышение температуры тела выше 39 °С. Использование УЗИ и КТ позволило диагностировать ОГО КТС до появления рентгенологических признаков в костной ткани. Специфичность КТ при ОГО КТС в ранние сроки составила 92%, чувствительность – 84,4% и точность – 87,7%. УЗИ обладает более низкой способностью к выявлению ОГО КТС, специфичность составила 87,5%, чувствительность – 65,3% и точность – 75%.

**Заключение.** Введение в комплекс клиничко-лабораторных методов диагностики ОГО КТС, УЗИ и КТ способствовали улучшению и эффективности лечения больных, повышению возможности дифференциальной диагностики гнойного поражения тазобедренного сустава на ранних стадиях развития, выбора адекватной лечебной тактики и контроля эффективности лечения.

*Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А., Юсупов Ш.А.*

## **Инородные тела дыхательных путей у детей**

Самаркандский государственный медицинский институт, 2-я клиника, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Общеизвестен тот факт, что инородные тела (ИТ) нижних дыхательных путей (НДП) являются одним из urgentных состояний в педиатрии, требующих проведения незамедлительных мероприятий. Бронхоскопия занимает одно из ведущих мест в диагностике заболеваний органов дыхания у детей.

**Цель.** Изучить характер аспирированных ИТ НДП.

**Пациенты.** Был проведён ретроспективный анализ истории болезни пациентов с 2017 по 2019 г. За 3 года госпитализировано с подозрением на ИТ НДП 246 детей. Из 246 пациентов 121 (49,2%) проведена диагностическая – лечебная ригидная бронхоскопия. При этом диагноз ИТ НДП подтверждён у 107 (88,4%) пациентов.

**Результаты.** Органическая природа аспирированных ИТ определена у 76 (71,0%) пациентов и соответственно неорганических ИТ – у 31 (29,0%) пациента. Чаще встречались арахис – у 33 (43,4%), грецкий орех – у 11 (14,5%), миндаль – у 7 (9,2%), семена подсолнуха – у 5 (6,6%), косточка абрикоса – у 3 (3,9%), горох – у 2 (2,6%) пациентов. Группу неорганических ИТ со-

ставили металлические предметы: гвозди – 9,7%, болт – 3,2%, замочек от «молнии» – 3,2%, фрагмент игрушки – 3,2%, булавка – 6,5%; синтетические: кусок мочалки – 3,2%, фрагмент изоляции кабеля – 3,2%; стеклянные: лампочка от фонарика – 3,2%; пластмассовые: детали детской игрушки – 16,1%, колпачок от ручки – 19,4%, бусинка – 9,7%, свисток – 12,9%; и в двух случаях отмечалась аспирация таблетками ципрофлоксациллина. Большое значение имеет форма, например шарики, бусинки и другие предметы, имеющие круглое поперечное сечение, при дыхательной экскурсии легко перемещаются по бронхам к периферии и вызывают их полную обтурацию. Органические ИТ вызывают более бурный воспалительный процесс.

**Заключение.** Большинство (71%) ИТ НДП являются органическими по своей природе, в основном это продукты питания, которые вызвали ранние воспалительные изменения. Следовательно, больным с ИТ НДП для предотвращения осложнений следует проводить диагностическую бронхоскопию как можно раньше.



*Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Махмудов З.М., Зайниев С.С.*

## Результаты лечения абдоминальной травмы у детей

Самаркандский государственный медицинский институт, 2-я клиника, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** По данным литературы, высокая летальность и инвалидность в группе больных с абдоминальной травмой обусловлены тяжестью повреждений и трудностью их диагностики, выбором хирургической тактики, методам пред- и послеоперационного ведения.

**Цель.** Анализ результатов лечения абдоминальной травмы различной этиологии у детей.

**Пациенты.** С 2006 по 2018 г. во 2-й клинике Самаркандского ГМИ пролечены 97 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с абдоминальной травмой. Частые причины травм: падение с высоты – 23 (24%) ребёнка, удар о тупой предмет – 20 (21%), автотравма – 18 (18,5%), школьная травма – 12 (12,4%). Наиболее высокий уровень госпитализации больных с множественной и сочетанной травмой пришёлся на весну и лето. Мальчиков было 61 (63%), девочек – 36 (37%).

**Результаты.** Тактика выбиралась с учётом характера повреждения и осложнений, состояния гемодинамики и степени кровопотери. 16 (76%) детям с повреждением селезёнки при выявлении «малого» и «среднего» гемоперитонеума, по данным УЗИ, при отсутствии продолжа-

ющегося кровотечения и со стабильной гемодинамикой проведено консервативное лечение: строгий постельный режим, инфузионная, гемостатическая, антибактериальная и симптоматическая терапия. 5 (24%) больных с клиникой продолжающегося внутрибрюшного кровотечения оперированы: троим выполнена спленорафия, двум больным с размождением органа – спленэктомия с аутотрансплантацией селезёночной ткани в сальник. 3 больных с подкапсульной гематомой печени вылечены консервативно, 2 при чрескапсульном разрыве, выполнено его ушивание. При повреждении полых органов проведено: ушивание разрыва 12-перстной кишки 2 больным, тощей – 1, подвздошной – 1, илеостомия – 2, колостомия при проникающем ранении прямой кишки – 3.

**Заключение.** Таким образом, любая абдоминальная травма требует экстренной госпитализации ребёнка в стационар. Выбор лечебной тактики зависит от тяжести повреждения органов брюшной полости. При повреждении паренхиматозного органа при выявлении «малого» и «среднего» кровотечения методом выбора является консервативное лечение.

*Шаринов А.М., Шамсзода Х.А., Юсупов Б.Х., Баротов А.А., Додочонов Ю.Т.*

## Выбор методов лечения рубцового стеноза пищевода у детей

ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан», Душанбе, Республика Таджикистан;  
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Республика Таджикистан;  
ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии Республики Таджикистан», Душанбе, Республика Таджикистан

**Актуальность.** В детской торакальной хирургии химические ожоги пищевода (ХОП) являются одной из самых распространённых бытовых травм у детей в возрасте от 1 года до 5 лет. Одним из тяжёлых последствий ХОП являются рубцовые стенозы пищевода (РСП), частота которых составляет от 10 до 20%. Поэтому проблема лечения РСП является одной из основных задач для специалистов, которые сталкиваются с данной патологией.

**Цель.** Оценить результаты лечения пациентов с рубцовым стенозом.

**Пациенты.** За период 2014–2019 гг. в торакоабдоминальном отделении ГУ «Национальный медицинский центр "Шифобахш"» Республики Таджикистан проходили лечение 95 больных с рубцовыми стенозами пищевода. Возраст детей колебался в диапазоне от 1 года до 18 лет (средний возраст – 6,4 года). Мальчиков – 59 (62,1%), девочек – 36 (37,9%). Преобладали дети в возрасте от 1 года до 3 лет – 78 (82,1%). В зависимости от методов бужирования при РСП больные были распределены на две группы: контрольную – 47 (49,5%) пациентов, из которых дилатация пищевода проведена методом «вслепую» 15 детям, за нить – 32; основную – 48 (50,5%) больных, которым бужирование пищевода выполнено с применением проводниковых бужей. Перед сеансами бужирования в обеих группах, по эндоскопическим и рентгенологическим данным, учитывали диаметры и длины суженных участков,

с целью подбора подходящих размеров бужей. Каждые три месяца проводилось ФЭГДС и оценивалась эффективность сеансов бужирования в обеих группах. Койко-день в стационаре в основной группе в среднем составил 11,6 сут, в контрольной – 19,4.

**Результаты.** Критерием достигнутого лечебного эффекта при дилатации пищевода в обеих группах являлось стойкое расширение его просвета до 10–12 мм и более, позволяющее свободно провести эндоскоп через зону стриктуры, а также свободное прохождение контрастного вещества через пищевод во время рентгенографии органа. Анализируя полученные результаты, можно констатировать, что в основной группе случаи перфорации пищевода во время дилатации органа меньше, чем у детей контрольной группы. Следует также отметить, что оперативное вмешательство (наложение гастростомы) среди детей основной группы было проведено только у одного больного (ребёнок с протяжённым рубцовым стенозом). Это связано с тем, что метод бужирования пищевода по струне проводника оказался эффективным и позволил благополучно расширить развивавшийся рубцовый стеноз.

**Заключение.** Таким образом, применение бужирования по струне проводника при рубцовых стенозах пищевода у детей является наиболее безопасным и перспективным направлением, которое позволяет уменьшить частоту осложнений и получить благоприятный исход.



*Шеламов И.В., Завражнов А.А., Аргунов А.В., Задьян С.С.*

## **Особенности хирургического лечения при проведении реконструктивных операций на опорно-двигательном аппарате у детей с политравмой в период стабилизации жизненно важных функций**

ГБУЗ «Центр охраны материнства и детства города Сочи»  
Министерства здравоохранения Краснодарского края, Сочи, Россия

**Актуальность.** Многоэтапность лечения детей с политравмой требует разработки оптимальных подходов (Меркулов В.Н., 2012) Летальность остаётся высокой и достигает 7–20%, инвалидность – 15% (Tuggle D.W., Garza J. и соавт., 2017).

**Цель.** Анализ результатов лечения при проведении реконструктивных операций на опорно-двигательном аппарате у детей с политравмой с целью улучшения результатов лечения.

**Пациенты.** Проведён анализ результатов лечения 42 детей в возрасте от 5 до 17 лет (51 перелом конечностей) в период с 2006 по 2019 г. в ГБУЗ ЦОМид г. Сочи. По степени тяжести травмы шкалы ISS: I степень – у 21 (50%) пациента; II степень – у 12 (28,5%), III степень – у 7 (17,1%), IV степень – у 2 (4,7%). По локализации перелома: таз – у 3 (5,8%), бедро – у 11 (50,9%), голень – у 26 (50,9%), стопа – у 5 (9,8%), плечо – у 4 (7,8%), предплечье – у 3 (5,8%), из них 28 (54,9%) открытых переломов различных локализаций.

**Результаты.** Реконструктивные операции у 40 (90,4%) пациентов осуществлялись на 7 ± 1-е сутки, у 4 (9,6%)

детей ввиду тяжести травмы – на 12 ± 1-е сутки. Различные виды пластики применялись у 19 (45,2%) детей, из них сухожильная – у 3 (7,1%), мышечная пластика – у 2 (4,7%), перекрёстная пластика лоскутом на питающей ножке – у 10 (23,8%), комбинированная пластика выполнена у 3 (7,1%), транспозиция нерва – у 1 (2,3%). Для замещения костных дефектов у 18 (35,3%) при открытых переломах использовались аппараты наружной фиксации (АНФ) в качестве первичного и окончательного остеосинтеза, из них биллокальный остеосинтез – у 12 (23,5%), монолокальный – у 6 (11,8%). При внутрисуставных переломах проводился накостный остеосинтез у 8 (15,6%) больных, из них у 3 (5,9%) с имплантатами.

**Заключение.** Рациональная хирургическая тактика «Damage Control» (тактика «Контроля повреждений») и малоинвазивный остеосинтез обеспечивают благоприятные условия для стабилизации жизненно важных функций у детей с политравмой. Своевременно проведённые реконструктивные операции позволяют достичь хороших результатов лечения.

*Щедров Д.Н., Григорьева М.В., Шорманов И.С., Саруханян О.О., Гасанова Э.Н., Морозов Е.В., Гарова Д.Ю.*

## **Перекрыт гидатиды у мальчиков – причины неэффективности консервативного лечения**

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ярославль, Россия  
ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница», Ярославль, Россия

**Актуальность.** Вопросы методов лечения перекрыта гидатиды на протяжении последнего времени подвергаются существенному пересмотру, консервативное ведение в практической работе все больше становится популярным, составляя до 10–20% всех клинических случаев, однако может приводить к неудачам и переходу к активной тактике.

**Цель.** Проанализировать причины неэффективности консервативного ведения пациентов с перекрытым гидатиды.

**Пациенты.** В двух клиниках проанализирован опыт лечения 2875 пациентов с перекрытым гидатиды. Из них: оперировано 2069 (71,96%), консервативное лечение применено у 755 (26,26%), необходимость в оперативном лечении на фоне консервативной терапии возникла у 51 (1,78%) пациента.

**Результаты.** Переход к оперативному лечению возможен в случае отсутствия положительной динамики от консервативного ведения, частота его может быть минимизирована при правильном определении показаний к реализации метода и соблюдении условий его применения. Считаем рациональными следующие показания к актив-

ной хирургической тактике: отрицательная клиническая и ультразвуковая динамика в течение 1 сут; отсутствие положительной клинической и ультразвуковой динамики в течение 3 сут консервативного лечения.

Основными причинами, вынуждающими изменить тактику в сторону хирургической активности, являются: неправильное определение показаний для консервативного лечения; недостаточно активная консервативная терапия; недооценка клинической симптоматики и данных лучевых методов.

Необходимо учитывать возможность неверного определения формы синдрома острой мошонки. С приобретением опыта и правильного определения показаний частота перехода к хирургическому вмешательству имеет отчетливую тенденцию к снижению с 2,3 до 0,8%.

**Заключение.** Правильное определение показаний к консервативному лечению, учёт всех клинических и эхографических данных, верное алгоритмирование тактики позволяют сократить частоту нежелательной конверсии методов до минимума.



*Щедров Д.Н., Шорманов И.С., Морозов Е.В., Казанцов И.М., Чертюк В.Б., Владисова Д.А., Фарков М.А., Окопный М.Ю., Поляков П.Н., Купряков С.О.*

## **Сравнительный анализ традиционных и лапароскопических вмешательств при нарушениях облитерации ухахуса у детей**

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ярославль, Россия  
ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница», Ярославль, Россия

**Актуальность.** Серии наблюдений детей, оперированных по поводу нарушений облитерации ухахуса, как правило, малочисленны, описываемые авторами группы разнородны, статистический анализ данных затруднён.

**Цель.** Сравнить результаты и возможности традиционных открытых и лапароскопических вмешательств при нарушении облитерации ухахуса у детей.

**Пациенты.** Основу исследования составили 104 пациента в возрасте до 18 лет с различными формами нарушений облитерации ухахуса, в том числе с кистой ( $n = 50$ ), ухахальным синусом ( $n = 18$ ), свищом ухахуса ( $n = 32$ ), ухахальным дивертикулумом ( $n = 4$ ). В 49 случаях нарушения облитерации имели осложнённое течение, в 55 не имели воспалительных эпизодов, и больные были оперированы в плановом порядке.

**Результаты.** Оперативные вмешательства выполнены у 88 пациентов, в том числе открытые у 34 и лапароскопические у 46, у 7 больных применены иные методы (склерозирование, пункционное дренирование). Сравнение проведено в однородных группах пациентов. Продолжительность операции значимо не отличается –

$68,5 \pm 16,7$  мин при открытых операциях,  $61,8 \pm 21,3$  мин при лапароскопических, однако при анализе данных одного центра отмечено существенное сокращение времени при лапароскопии с 95 до 39 мин при анализе кривой обучения. Существенно уменьшается продолжительность послеоперационного обезболивания, объём кровопотери. Возможность детальной визуализации ухахальных тканей исключает рецидивирование. Косметические результаты при использовании малоинвазивного доступа – также наилучшие.

**Заключение.** Оптимальным доступом во всех случаях мы считаем лапароскопический, позволяющий выполнить любой объём хирургического вмешательства независимо от анатомической формы порока развития, возраста пациента и характера осложнений. Лапароскопические операции сопровождаются меньшей травматизацией, выраженностью болевого синдрома, отсутствием предпосылок для рецидивирования за счёт возможности удаления всех патологических тканей под визуальным контролем, минимальным дискомфортом в послеоперационном периоде и хорошим косметическим эффектом.

*Щедров Д.Н., Шорманов И.С., Нестеров П.В., Гарова Д.Ю., Синотова В.А.*

## **Неотложные состояния при нефрэктомии у детей**

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Ярославль, Россия  
ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница», Ярославль, Россия

**Актуальность.** Нефробластома – одна из наиболее частых эмбриональных злокачественных опухолей у детей. Вероятность развития неотложных состояний при ней достаточно велика, а их тяжесть крайне вариабельна – от незначительной гематурии до разрыва ткани опухоли с массивным абдоминальным кровотечением.

**Цель.** Проанализировать структуру и причины urgentных состояний при нефробластоме в детском возрасте.

**Пациенты.** Проанализированы истории болезни 118 пациентов (возраст 0–18 лет), находившихся на лечении в ГБУЗ ЯО ОДКБ г. Ярославля с 2000 по 2020 г. с диагнозом нефробластома. Urgentные состояния, послужившие поводом для госпитализации, отмечены у 55 (46%) из них. В структуре неотложных состояний преобладала макрогематурия ( $n = 42$ ); реже отмечались: выраженный болевой абдоминальный синдром ( $n = 6$ ), спонтанный разрыв опухоли ( $n = 2$ ), разрыв опухоли при минимальном травматическом воздействии ( $n = 5$ ). Тяжесть гематурии носила различный характер и в 6 случаях требовала возмещения кровопотери, а в одном явилась причиной тампонады

мочевого пузыря. В двух случаях возникла необходимость привлечения сосудистого хирурга с целью селективной эмболизации почечной артерии. Все пациенты оперированы в экстренном или срочном порядке в объёме нефрэктомии.

**Результаты.** Анализ urgentных состояний показал отсутствие их связи с возрастом пациента. При этом геморрагические осложнения достоверно зависели от стадии процесса. Все случаи разрыва отмечены у пациентов на стадии Т3–4. Из 42 случаев кровотечения только у двух пациентов констатирована стадия Т1 и у трёх – Т2. У пациентов с болевым синдромом в пяти случаях выявлена стадия Т2 и в одном – Т3.

**Заключение.** Неотложные состояния при нефробластоме у детей не являются редкостью, носят почти во всех случаях характер геморрагических, часто являются манифестацией заболевания и наиболее характерны для запущенных случаев. Раннее выявление (УЗ- и лабораторный скрининг) опухоли неизбежно приведёт к снижению риска urgentных госпитализаций и развития фатальных осложнений заболевания.



*Щербинин А.В., Щербинин А.А., Вакуленко М.В., Бессонова А.Д., Лепихов И.П.*

## **Ультразвуковая диагностика острого аппендицита у детей в практике ургентного хирурга**

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

**Актуальность.** При диагностике острого аппендицита (ОА) у детей сохраняется высокая частота диагностических ошибок (до 5%). Применение ультразвукового исследования (УЗИ) червеобразного отростка (ЧО) является перспективным направлением для помощи ургентному хирургу.

**Цель.** Определение эффективности УЗИ ЧО в сложных диагностических случаях в практике ургентного хирурга при подозрении на ОА.

**Пациенты.** В отделение экстренной и неотложной хирургии в 2019 г. поступили 314 детей с подозрением на ОА. 111 (35,35%) из них было проведено УЗИ ЧО. Изучены медицинские карты этих пациентов. Эффективность оценивалась по показателям: чувствительность, специфичность, общая точность.

**Результаты.** В нашей клинике УЗИ ЧО применяется в сомнительных случаях как дополнительный метод. Значимой части пациентов (64,65%) УЗИ ЧО не проводилось так как диагноз не вызывал сомнения, либо был исключён.

По нашим данным, ОА имел место в 24,7% случаев, острый мезаденит – в 12,4%, хирургическая патология исключена в 62,9% наблюдений.

Наши результаты: чувствительность – 45%, специфичность – 77%, общая точность – 85%. По данным литературы, чувствительность УЗИ ЧО – 76%, специфичность – 89%, точность – 83%. Низкая чувствительность связана с тем, что при развёрнутой клинике сразу выполняется предоперационная подготовка и операция. При УЗИ ЧО в неотложном порядке нет подготовки кишечника, а толщина подкожно-жировой клетчатки в сочетании с атипичным расположением отростка могут не дать информативной эхографической картины. Необходимо учитывать, что результаты УЗИ во многом зависят от опыта специалиста, проводящего исследование и что визуализация такой структуры как ЧО требует определённых навыков.

**Заключение.** Главный недостаток УЗИ – зависимость от особенностей пациента и опыта врача. УЗИ ЧО – эффективный метод диагностики с высокой специфичностью и общей точностью. Для повышения показателей чувствительности в нашей клинике необходимо его использование у больных, диагноз которых не вызывает сомнений. Это позволит молодым специалистам практиковать навык визуализации ЧО и обеспечит объективные данные чувствительности.

*Эргашев Н.Ш., Отамуратов Ф.А.*

## **Нозологическая структура редких региональных форм аноректальных мальформаций у детей**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Частота аноректальных мальформаций (АРМ), по данным различных авторов, колеблется в пределах от 1,66 до 9,94 на 10 000 детей и не имеет тенденции к снижению.

**Цель.** Изучить частоту нозологических форм, особенности клинко-анатомических редких региональных вариантов АРМ у детей.

**Пациенты.** По данным кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 2009–2019 гг. находились на обследовании и лечении 504 ребёнка с АРМ. Девочек было 258 (51,2%), мальчиков – 246 (48,8%) в возрасте от 1 дня до 15 лет. Больных распределили в соответствии с международной классификацией, принятой в Крикенбеке (2005), выделив основные (383; 76%) и редкие региональные формы (121; 24%).

**Результаты.** По характеру патологии, частоте отдельных нозологических форм в зависимости от пола больных выявлены различия. У девочек частота АРМ умеренно превалировала при большей разнообразности нозологических форм, некоторые из них не наблюдались у мальчиков; у девочек значительно преобладали редкие региональные варианты аномалии – 36,8% против 10,6% у мальчиков. Эктопию ануса наблюдали в 25,6% случаев; Н-форму ректогенитальных свищей при нормально сформированном анусе – в 24%; атрезии с ректовагинальным свищом – в 18,2%.

**Заключение.** Редкие региональные формы составили 24,1% в общей структуре АРМ у детей с колебаниями от 0,83 до 24% среди различных нозологических форм.



Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Атакулов Ж.О., Шахриев А.К.

## Экспериментальное обоснование эффективности озонотерапии при перитоните у детей

Самаркандский государственный медицинский институт, 2-я клиника, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** В последние годы всё чаще в медицинской литературе стали появляться сообщения об успешном применении озона в клинической практике у разных групп больных хирургического и общетерапевтического профиля с эндо- и экзотоксикозами различной степени тяжести.

**Цель.** Попытка обоснования применения озона при лечении перитонита у детей.

**Пациенты.** На 41 белой крысе породы Вистар моделировали экспериментальный перитонит для установления его патогенетических механизмов развития и прогрессирования. В контрольной группе крысам с перитонитом производилась срединная лапаротомия и осушение от гноя стерильными салфетками. В основной группе животным после осушения брюшной полости от гноя проводили её озонирование. Морфологическому исследованию подвергались образцы брыжейки, париетальной брюшины и стенки кишок в зоне образования спаек.

**Результаты.** При экспериментальном перитоните использование орошения брюшной полости озono-кислородной смесью с концентрацией озона 5–8 мг/л привело

к заметно более благоприятному течению послеоперационного периода – все животные основной группы выжили после перенесённого перитонита и операции. Кроме того, была ярко выражена эффективность метода в профилактике образования спаек. Характерной морфологической особенностью брюшины при перитоните является выраженная десквамация мезотелиоцитов. Это приводит к существенным нарушениям барьерно-резорбционной функции брюшины, слипанию листков брюшины и стенок петель кишечника, что приводит к спайкам. Основу спаек составили фибробласты. После озонотерапии выраженность и строение спаек существенно отличались от наблюдаемых в контрольной группе. Налицо признаки, указывающие на снижение синтетической активности фибробластов: размеры этих клеток уменьшены, снижено их количество, содержание коллагеновых волокон также уменьшено.

**Заключение.** Таким образом, проведённые морфологические исследования влияния озонотерапии при перитоните позволили показать высокую эффективность этого метода в лечении перитонита и профилактике образования спаек.

Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А., Zufаров А.А., Пулатов П.А., Данияров Э.С.

## Роль интерлейкина-1 $\beta$ и интерлейкина-18 в развитии уролитиаза у детей

Самаркандский государственный медицинский институт, 2-я клиника, Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Равновесие между продукцией, экспрессией и ингибированием синтеза белков семейства IL-1 $\beta$  играет одну из основных ролей в развитии, регуляции и исходе воспалительного процесса. В случаях уже имеющегося уролитиаза исследование ассоциации молекулярно-генетических маркеров с развитием мочекаменной болезни (МКБ) является актуальным.

**Цель.** Изучение ассоциации генов интерлейкина-1 $\beta$  и интерлейкина-18 с развитием уролитиаза у детей.

**Пациенты.** Нами проведено клиническое обследование 100 детей с уролитиазом и 100 практически здоровых детей. Сбор материала проводился на базе 2-й клиники Самаркандского ГМИ. Среди больных преобладали дети школьного возраста – 69. Уролитиаз чаще встречается среди мальчиков – 68. Молекулярно-генетические исследования проводились в лаборатории геномики при Институте биоорганической химии (ИБОХ) Академии наук Республики Узбекистан.

**Результаты.** Распространённость частот генотипов TT, TC и CC гена IL-1 $\beta$  у детей, страдающих уролитиазом, составила 29, 44 и 27%, тогда как в контрольной группе – 22, 64 и 15%. Частоты распределения генотипа гетерозигот CC составляли 27%, в контрольной группе – 15% ( $\chi^2 = 0,47$ ;  $p = 0,24$ ; OR = 1,35; 95% CI = 0,57–3,17; df = 1). Выявление аллеля C в 1,4 раза повышало риск возникновения МКБ у детей, по сравнению с наличием аллеля T (95% CI = 0,68–2,93, df = 1). Анализ частот генотипов гена IL-1 показал, что распределение анализируемых генотипов в нашей популяции соответствует распределению Харди–Вайнберга ( $\chi^2 = 6,77$ ;  $p = 0,03$ ). Распространённость частот генотипов AA, AC и CC гена IL-18 у детей, страдающих МКБ, составила 52, 43 и 5%, тогда как в контрольной группе – 57, 41 и 2%.

**Заключение.** Таким образом ген IL-1 $\beta$  вносит вклад в детерминацию нарушений, способствующих развитию МКБ у детей. В узбекской популяции генетическими маркерами предрасположенности к МКБ является генотип CC гена IL-1 $\beta$ .



## Авторский указатель

|                   |                        |                     |                |                   |                        |
|-------------------|------------------------|---------------------|----------------|-------------------|------------------------|
| <b>А</b>          |                        | Баротов А.А.,       | 82             | Волков С.И.,      | 41                     |
| Абдулаев М.А.,    | 9                      | Батунина И.В.,      | 28, 31, 44, 45 | Воробьев Д.А.,    | 27                     |
| Абдулазизов О.Н., | 39, 40                 | Баубекон Ж.Т.,      | 21, 31         | Воронкова Е.В.,   | 27                     |
| Абросимова Т.Н.,  | 48                     | Баулин А.А.,        | 58             | <b>Г</b>          |                        |
| Абушкин И.А.,     | 9                      | Башир М.,           | 22, 23         | Гаврилюк В.П.,    | 28                     |
| Аванесов М.С.,    | 19                     | Баязитов Р.Р.,      | 12             | Гаджиев З.З.,     | 9, 17                  |
| Аврасин А.Л.,     | 10                     | Бибенина А.А.,      | 23             | Галимов Р.И.,     | 30                     |
| Азарова Д.И.,     | 76                     | Безмельницына Л.Ю., | 77             | Гарова Д.Ю.,      | 83, 84                 |
| Азизов М.К.,      | 16                     | Беляев А.М.,        | 24             | Гасанова Э.Н.,    | 28, 66, 83             |
| Акопян М.К.,      | 47                     | Беляев М.К.,        | 24             | Гацуцын В.В.,     | 74                     |
| Аксельров А.М.,   | 10, 11                 | Беляева Н.А.,       | 24, 25         | Гебекова С.А.,    | 29                     |
| Аксельров М.А.,   | 10, 11                 | Белякова А.В.,      | 9              | Глебова Е.С.,     | 46                     |
| Аксенова Н.В.,    | 77                     | Бессонова А.Д.,     | 85             | Глухих А.Ю.,      | 76                     |
| Алейник А.Я.,     | 65                     | Бикташев В.С.,      | 65, 66         | Глухов Д.А.,      | 36                     |
| Александров А.В., | 11, 32, 68             | Бисалиев Б.Н.,      | 31             | Голиков Д.Е.,     | 30, 43, 44, 45         |
| Алексеев А.Г.,    | 71                     | Бисенов А.К.,       | 21             | Гольденберг И.Г., | 59                     |
| Алексеева В.Б.,   | 48                     | Бисиркин Ю.В.,      | 19             | Гончарук П.В.,    | 11, 68                 |
| Алехова Е.Л.,     | 63                     | Богданов И.В.,      | 25             | Горбатова Н.Е.,   | 28, 31, 62             |
| Алпатов В.Н.,     | 12                     | Бодрова Т.Н.,       | 35             | Гордиенко И.И.,   | 29                     |
| Алхасов А.Б.,     | 12, 13, 60             | Божко О.В.,         | 14             | Горелик А.Л.,     | 14, 30, 43, 44, 45, 73 |
| Амчславский В.Г., | 19, 46, 61             | Бойжигитов Н.И.,    | 80             | Гореликов С.В.,   | 48                     |
| Анастасов А.Г.,   | 52, 74                 | Боймуратов Н.С.,    | 78             | Горинов Е.О.,     | 57                     |
| Аргунов А.В.,     | 83                     | Борисов С.А.,       | 77             | Горшков А.Ю.,     | 63                     |
| Атакулов Д.О.,    | 78, 79                 | Ботиров Н.Т.,       | 39             | Грабовский М.Б.,  | 12                     |
| Атакулов Ж.О.,    | 86                     | Бревдо Ю.Ф.,        | 41, 64         | Гребченко О.А.,   | 72                     |
| Ахадов Т.А.,      | 13, 14, 15, 27, 44, 45 | Брянцев А.В.,       | 28, 31, 62     | Григорук Э.Х.,    | 10                     |
| Ахлебниина М.И.,  | 14, 15, 45             | Бураев Г.Б.,        | 26             | Григорьева М.В.,  | 66, 83                 |
| Ахматов Р.А.,     | 69                     | Бураева К.Б.,       | 26             | Гумеров А.А.,     | 30                     |
| Ахмедов И.Ю.,     | 16                     | Бурчѣнкова Н.В.,    | 10             | Гумеров Р.А.,     | 30                     |
| Ахмедов Ю.М.,     | 16                     | Быков В.В.,         | 43             | Гурская А.С.,     | 12                     |
| Ашурбеков В.Б.,   | 41, 42                 | <b>В</b>            |                | Гусев А.А.,       | 12, 13                 |
| Ашурбеков В.Т.,   | 9, 17, 18, 53, 75      | Вайс А.В.,          | 22, 23         | <b>Д</b>          |                        |
| <b>Б</b>          |                        | Вакуленко М.В.,     | 85             | Давлицаров М.А.,  | 22, 23                 |
| Бабич И.В.,       | 19                     | Валиуллина С.А.,    | 68             | Данияров Э.С.,    | 79, 80, 86             |
| Бабич И.И.,       | 19                     | Васильев И.И.,      | 38             | Давранов Б.Л.,    | 78, 80                 |
| Багаев В.Г.,      | 19, 61                 | Васильева Т.М.,     | 38             | Дегтярев П.Ю.,    | 22, 23                 |
| Баранов А.А.,     | 48                     | Веремеенко А.К.,    | 68             | Демин Н.В.,       | 30                     |
| Баранов Д.А.,     | 20                     | Вечеркин В.А.,      | 20, 26, 27, 59 | Дженалаев Б.К.,   | 31                     |
| Баранов Р.А.,     | 21                     | Вешкурцева И.М.,    | 11             | Джилаван М.Г.,    | 33                     |
| Баратов У.,       | 51                     | Вилесов А.В.,       | 69             | Дзядчик А.В.,     | 47                     |
|                   |                        | Владисова Д.А.,     | 84             |                   |                        |



|                     |            |                    |                    |                        |                |
|---------------------|------------|--------------------|--------------------|------------------------|----------------|
| Дидух И.Н.,         | 75         | Ионов Д.В.,        | 47                 | Кузнецова Е.В.,        | 70             |
| Додочонов Ю.Т.,     | 82         | Исаков А.М.,       | 79, 81             | Куликова Н.В.,         | 60             |
| Долинина М.В.,      | 10         | Исаков Б.М.,       | 39, 40             | Кульчицкий О.А.,       | 71             |
| Донская Е.В.,       | 28         | Исаков К.Б.,       | 39, 40             | Куприянов Д.А.,        | 27             |
| Донской Д.В.,       | 47         | Исламов С.А.,      | 30                 | Купряков С.О.,         | 84             |
| Дорофеев А.Г.,      | 28, 31     | Исхаков О.С.,      | 40                 | Куркубет Н.Ю.,         | 76             |
| Дорохин А.И.,       | 32         | <b>К</b>           |                    | Курова Е.К.,           | 47             |
| Досмагамбетов С.П., | 31, 46     | Каганцов И.М.,     | 36, 67, 84         | Курышев Д.А.,          | 32             |
| Дубинский А.В.,     | 25         | Казаков А.Н.,      | 41                 | Кутьина В.Г.,          | 58             |
| Дынник А.Г.,        | 19         | Казакова Е.И.,     | 64                 | <b>Л</b>               |                |
| Дьяконова Е.Ю.,     | 12, 13     | Казиллов Б.Р.,     | 41, 42, 53, 75     | Лабузов Д.С.,          | 48             |
| <b>Е</b>            |            | Казиллов Ю.Б.,     | 41, 42, 53         | Ладыгина Е.А.,         | 30             |
| Евдокимов А.Н.,     | 11, 32, 68 | Калабкин Н.А.,     | 54, 55             | Лазарев В.В.,          | 48, 49, 69     |
| Евдокимов В.Н.,     | 10, 11     | Калабкина М.О.,    | 54, 55             | Латышева М.А.,         | 21             |
| Егорская А.Т.,      | 45         | Калинин М.А.,      | 57                 | Левов А.В.,            | 50             |
| Елин Л.М.,          | 33, 74     | Калинина Т.Л.,     | 68                 | Леонова Е.И.,          | 35             |
| Елисеев А.С.,       | 77         | Канавец С.П.,      | 42                 | Лепихов И.П.,          | 85             |
| Емельянова В.А.,    | 10         | Кандюков А.Р.,     | 73                 | Лившиц М.И.,           | 50             |
| Ергалиев А.Е.,      | 31         | Капканов А.В.,     | 43                 | Линькова Т.В.,         | 48, 49         |
| Ерекешов А.Е.,      | 21         | Карасева О.В.,     | 30, 43, 44, 45, 73 | Лозовой В.М.,          | 26             |
| Ефременков А.М.,    | 33, 34     | Карманова Т.Д.,    | 14                 | Лукаш А.А.,            | 50, 51         |
| <b>Ж</b>            |            | Карпова И.Ю.,      | 45                 | Лукьянов В.И.,         | 61             |
| Жила Н.Г.,          | 37         | Карташев В.Н.,     | 10                 | <b>М</b>               |                |
| Журило И.П.,        | 34, 35, 71 | Кенжалина Р.А.,    | 31, 46             | Мавлянов Ф.,           | 51             |
| <b>З</b>            |            | Кенис Ю.М.,        | 61                 | Мавлянов Ш.,           | 51             |
| Завражнов А.А.,     | 83         | Ким Л.А.,          | 74                 | Магомедов А.Д.,        | 53             |
| Задьян Р.С.,        | 36, 83     | Киреева Н.Б.,      | 73                 | Магомедов М.-А.-М.-А., | 9              |
| Задьян С.С.,        | 36, 83     | Киселев И.Г.,      | 48                 | Магомедов Р.Р.,        | 53             |
| Зайниев С.С.,       | 82         | Князбаев Ж.С.,     | 21                 | Мадани Т.,             | 17             |
| Золотов С.А.,       | 28         | Козьмин М.А.,      | 34, 35             | Макаров П.А.,          | 77             |
| Зорин В.И.,         | 36, 37     | Колтаков М.В.,     | 20                 | Максумов А.А.,         | 40             |
| Зуев Н.Н.,          | 67         | Колтакова М.П.,    | 27                 | Малов Ю.Я.,            | 34             |
| Зуфаров А.А.,       | 86         | Колыхалкина И.А.,  | 46                 | Малыхин А.А.,          | 25             |
| Зыкова М.А.,        | 37         | Комина Е.И.,       | 12, 13             | Мальчевский В.А.,      | 10, 11         |
| <b>И</b>            |            | Коробейников А.А., | 32                 | Мамадалиев А.Б.,       | 39, 40         |
| Ибрагимов К.Н.,     | 16         | Коровин С.А.,      | 47                 | Мамаджанов К.Х.,       | 39             |
| Ибрагимов О.А.,     | 78         | Корчагина Е.В.,    | 38                 | Мамедов М.Р.,          | 35             |
| Иванов П.А.,        | 42         | Коршунов Н.Б.,     | 42                 | Мамонтова Н.А.,        | 68             |
| Иванов С.Д.,        | 38         | Коряшкин П.В.,     | 20, 26, 27         | Манжурцев А.В.,        | 15, 27         |
| Иванов Ю.Н.,        | 61         | Костенко А.Б.,     | 48                 | Марасанов Н.С.,        | 61             |
| Иванова Т.Ф.,       | 61         | Костин С.В.,       | 28                 | Маркосьян С.А.,        | 52             |
| Игнатъев Е.А.,      | 38         | Котловский В.И.,   | 31                 | Магияш О.Я.,           | 75             |
| Имамов Д.О.,        | 78         | Крылов А.Н.,       | 38                 | Махачев Б.М.,          | 17, 29, 41, 42 |



|                    |                           |                   |                    |                   |                |
|--------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|
| Махмудов З.М.,     | 80, 81, 82                | Окунева А.И.,     | 24, 54, 55         | Руненко В.И.,     | 64             |
| Медведев А.А.,     | 10                        | Ольхова Е.Б.,     | 64                 | Рыбалко Д.Ю.,     | 30             |
| Мейланова Ф.В.,    | 17, 29, 41,<br>42, 53, 75 | Омурбеков Т.О.,   | 55                 | Рябоконеv С.Г.,   | 25             |
| Мельников И.А.,    | 14, 15, 27, 45            | Орозоев У.Д.,     | 55                 | Рябых С.О.,       | 56             |
| Мельников Ю.Н.,    | 19                        | Острейков И.Ф.,   | 19, 61             | <b>С</b>          |                |
| Мельникова С.Р.,   | 19                        | Отамурадов Ф.А.,  | 56, 85             | Савельева М.С.,   | 12, 13         |
| Меньщиков П.Е.,    | 27                        | Очирова П.В.,     | 56                 | Савин С.В.,       | 22, 23         |
| Мещеряков С.В.,    | 40                        | <b>П</b>          |                    | Савченков А.Л.,   | 48             |
| Микая И.Г.,        | 47                        | Пашинский С.В.,   | 76                 | Садыкова М. М.,   | 75             |
| Минько Т.Н.,       | 64                        | Петров А. В.,     | 60                 | Саидгалин Г.З.,   | 65, 66         |
| Мирзаюлдашев Н.Ю., | 39, 40                    | Петросян А.А.,    | 57                 | Сайфуллин А.П.,   | 65             |
| Мирмадиев М.Ш.,    | 16                        | Пикало И.А.,      | 57                 | Саламатов Е.Н.,   | 76             |
| Миронова И.К.,     | 69                        | Писклаков А.В.,   | 50, 51             | Салистый П.В.,    | 65, 66         |
| Митупов З.Б.,      | 60                        | Плохарский Н.А.,  | 73                 | Сар А.С.,         | 70             |
| Михайличенко Е.В., | 52                        | Погожев Л.И.,     | 58                 | Сарсенова В.В.,   | 46             |
| Михайлова С.И.,    | 61                        | Подкаменев В.В.,  | 57                 | Саруханян О.О.,   | 66, 83         |
| Михальчук А.Б.,    | 54                        | Подшивалин А.А.,  | 37                 | Сатыбалдиев К.Ж., | 31             |
| Миханошина Н.А.,   | 19                        | Поляков П.Н.,     | 84                 | Сатывалдаев М.Н., | 10             |
| Мликова Т.В.,      | 76                        | Полякова О.А.,    | 58                 | Сафин Д.А.,       | 62             |
| Мореплавцева Я.Д., | 26                        | Полянская М.В.,   | 48                 | Свазян В.В.,      | 10, 11         |
| Морозов Е.В.,      | 84                        | Попов Н.А.,       | 58                 | Сварич В.А.,      | 67             |
| Мурга В.В.,        | 61                        | Проничев М.А.,    | 73                 | Сварич В.Г.,      | 67             |
| Муртузаалиев З.Н., | 41, 42, 53                | Прутова О.Р.,     | 70                 | Светлов В.В.,     | 64             |
| Муталибов И.А.,    | 80                        | Псянчин Т.С.,     | 30                 | Северинов Д.А.,   | 28             |
| Мучкина В.А.,      | 28                        | Птицын В.А.,      | 20, 26, 59         | Седлавский А.П.,  | 67             |
| Мушкин А.Ю.,       | 36                        | Пулатов П.А.,     | 79, 86             | Семенова Н.А.,    | 15             |
| Мыкыев К.М.,       | 55                        | Пуляйкин А.А.,    | 24                 | Семёнова Н.Ю.,    | 68             |
| <b>Н</b>           |                           | Пшеничный А.А.,   | 19                 | Сергеечев С.П.,   | 63             |
| Налеев А.А.,       | 48, 49                    | Пыхтеев Д.А.,     | 33, 74             | Сергиенко М.В.,   | 35             |
| Наливкин А.Е.,     | 33, 74                    | Пяттоев Ю.Г.,     | 59                 | Сиволюб Д.В.,     | 34             |
| Нганкам Л.П.,      | 53, 54                    | <b>Р</b>          |                    | Сизонов В.В.,     | 36             |
| Негода П.М.,       | 48, 49                    | Разумовский А.Ю., | 12, 13, 60         | Синотова В.А.,    | 84             |
| Нейно Н.Д.,        | 26                        | Рассказов Л.В.,   | 61                 | Склярова Е.А.,    | 27             |
| Некрасова Е.Г.,    | 76                        | Ратников С.А.,    | 12, 13             | Скрябин Е.Г.,     | 11             |
| Нестеров П.В.,     | 84                        | Раушенбах Н.Г.,   | 19, 46, 61         | Слизовский Г.В.,  | 38             |
| Никитин С.С.,      | 59                        | Родионов Н.В.,    | 25                 | Смирнов А.А.,     | 11, 68         |
| Носова Т.В.,       | 45                        | Рожденкин Е.А.,   | 73                 | Смирнов А.Н.,     | 73             |
| Нургалиев И.М.,    | 46                        | Романов Д.В.,     | 62                 | Смирнов И.В.,     | 69             |
| Нурмеев И.Н.,      | 37                        | Романова Е.А.,    | 12, 13             | Смолянкина Е.И.,  | 50             |
| <b>О</b>           |                           | Рубцов В.В.,      | 62, 77             | Соколов Ю.Ю.,     | 33, 47, 69, 70 |
| Окопный М.Ю.,      | 84                        | Рудин А.Ю.,       | 64                 | Соловьев А.Е.,    | 70, 71         |
| Окунев Н.А.,       | 24, 54, 55                | Рузиев Ж.А.,      | 81                 | Солодинина Е.Н.,  | 33, 34         |
|                    |                           | Румянцева Г.Н.,   | 10, 41, 54, 63, 64 | Сорокина М.С.,    | 34, 71         |

|                   |                    |                   |                |                   |                    |
|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|-------------------|--------------------|
| Сосновских А.Н.,  | 29                 | <b>У</b>          |                | <b>Ш</b>          |                    |
| Степаненко Н.С.,  | 60                 | Ублинский М. В.,  | 15, 27         | Шайбеков Д.Р.,    | 55                 |
| Степанов В.Н.,    | 48                 | Уткина К.Е.,      | 43             | Шамсзода Х.А.,    | 82                 |
| Степанов М.А.,    | 50, 51             | <b>Ф</b>          |                | Шамсиев А.М.,     | 78, 80, 81, 82, 86 |
| Столяр А.В.,      | 10, 11             | Фаизьянов А.А.,   | 65, 66         | Шамсиев Ж.А.,     | 78, 79, 80, 81, 86 |
| Столяренко Е.А.,  | 33                 | Фарков М.А.,      | 84             | Шарипов А.М.,     | 82                 |
| Стриженок Д.С.,   | 45, 72             | Федоров А.К.,     | 74             | Шарипова Д.Р.,    | 26                 |
| Строганов И.В.,   | 20                 | Филюшкин Ю.Н.,    | 33, 74         | Шахбанов И.А.,    | 34                 |
| Сулейменов Ж.Б.,  | 26                 | Фисенко А.П.,     | 12, 13         | Шахриев А.К.,     | 86                 |
| Сухарев А.С.,     | 76                 | Фофанов А.Д.,     | 75             | Шеламов И.В.,     | 83                 |
| <b>Т</b>          |                    | Фофанов В.А.,     | 75             | Шелудякова Е.А.,  | 64                 |
| Татаркин Е.В.,    | 72                 | <b>Х</b>          |                | Шмаков А.П.,      | 67                 |
| Тахиру Б.,        | 18                 | Хаитов У.Х.,      | 16             | Шорманов И.С.,    | 83, 84             |
| Телешов Н.В.,     | 66, 73             | Хайирбеков Т.Х.,  | 75             | Шуткова А.Ю.,     | 48                 |
| Теплов В.О.,      | 60                 | Харитоновна А.Ю., | 44             | <b>Щ</b>          |                    |
| Тибилев А.З.,     | 73                 | Хаспекев Д.В.,    | 70             | Щёголева В.А.,    | 59                 |
| Тимонина А.В.,    | 59                 | Хуррамов Ф.А.,    | 79             | Щедров Д.Н.,      | 83, 84             |
| Тимофеева А.В.,   | 30, 43, 44, 45, 73 | <b>Ц</b>          |                | Щелоченкова Т.Д., | 61                 |
| Тихмаев А.Н.,     | 29, 75             | Цап Н.А.,         | 47, 57, 76, 77 | Щербинин А.А.,    | 85                 |
| Тищенко М.К.,     | 66                 | Цыбин А.А.,       | 22, 23         | Щербинин А.В.,    | 85                 |
| Ткаченко Н.В.,    | 70                 | Цымбал И.Н.       | 77             | Щипанов Л.М.,     | 47                 |
| Тогаев И.У.,      | 78                 | <b>Ч</b>          |                | <b>Э</b>          |                    |
| Толкач А.К.,      | 34                 | Чевжик В.П.,      | 11             | Эргашев Н.Ш.,     | 85                 |
| Томашкевич Б.А.,  | 74                 | Чекмазов И.А.,    | 33, 34         | Эрленбуш В.В.,    | 47                 |
| Топчий А.А.,      | 68                 | Черненко Л.Ю.,    | 47             | <b>Ю</b>          |                    |
| Транковский С.Е., | 77                 | Черногоров О.Л.,  | 34, 35         | Юдин К.К.,        | 71                 |
| Трофимова Ю.А.,   | 72                 | Черноморец Я.В.,  | 43             | Юлмурзин С.Р.,    | 52                 |
| Трухачев С.В.,    | 64                 | Чертюк В.Б.,      | 84             | Юсупов Б.Х.,      | 82                 |
| Трушникова А.А.,  | 59                 | Чигибаев М.Ж.,    | 50             | Юсупов Ш.А.,      | 79, 81, 82, 86     |
| Турсунов М.С.,    | 55                 | Чмутин Г.Е.,      | 50             | Юсуфов А.А.,      | 41                 |
| Турсунов С.,      | 51                 | Чукреев А.В.,     | 77             | <b>Я</b>          |                    |
| Тусупкалиев А.Б., | 21, 31             | Чукреев В.И.,     | 77             | Янюшкина О.Г.,    | 30, 43, 44, 45     |
| Тырцева Е.С.,     | 58                 | Чучарин О.В.,     | 77             | Яцык С.П.,        | 12, 13             |