

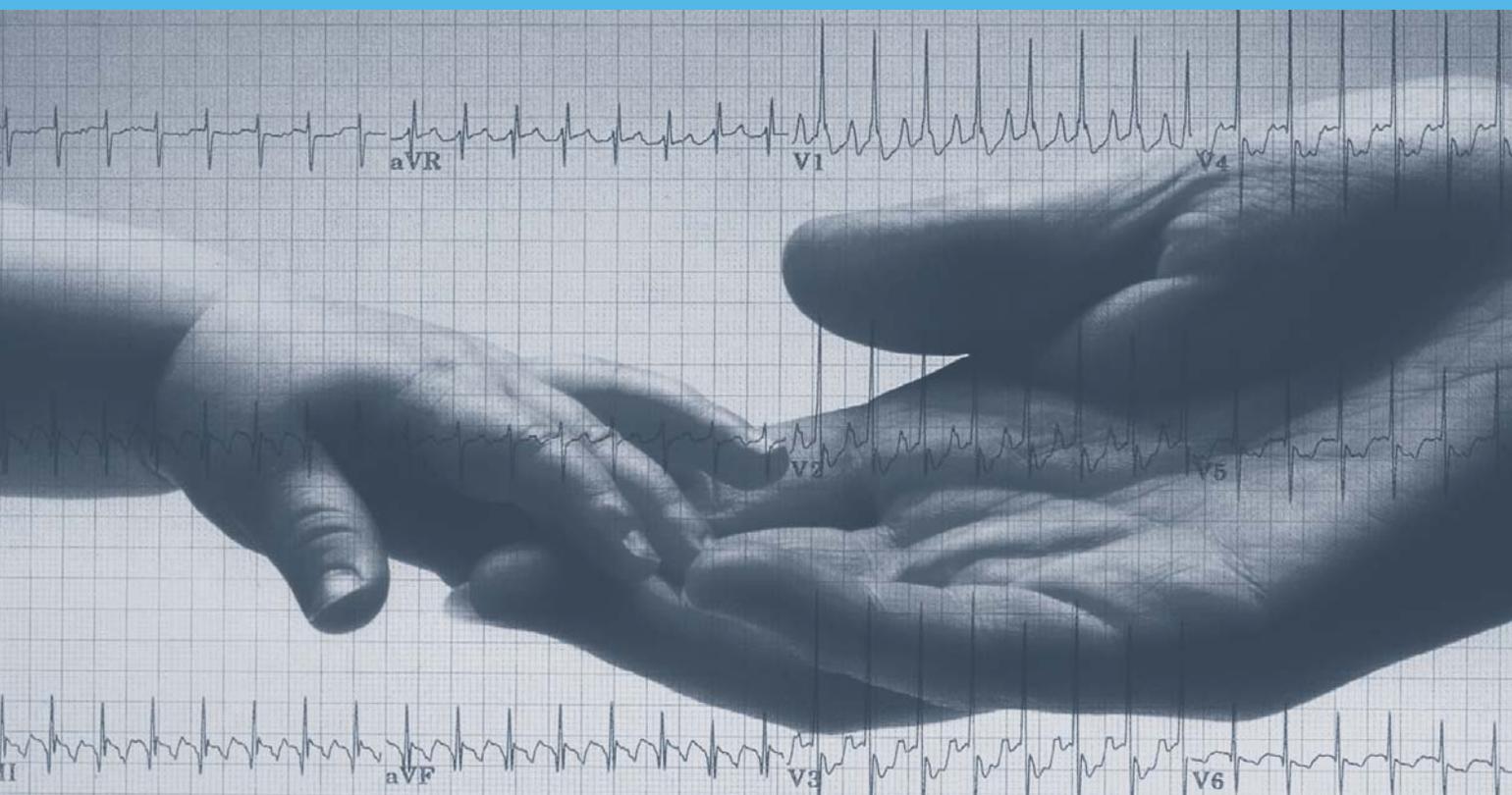


Союз
педиатров
России

ISSN 1682-5527

Сборник тезисов XVIII Съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»

(Москва, 17–19 февраля 2017 г.)



On-Line версия журнала
www.pediatr-russia.ru www.spr-journal.ru



СБОРНИК ТЕЗИСОВ XVIII СЪЕЗДА ПЕДИАТРОВ РОССИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ»

Москва, 17–19 февраля 2017 г.



**Работы, одобренные Союзом
педиатров России, отмечены
его логотипом**

ЧАСТЬ II

V ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ»

359

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР ЛОКТЕВЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ МНОЖЕСТВЕННЫМ АРТРОГРИПОЗОМ

Агранович О. Е.

*Научно-исследовательский детский ортопедический институт
имени Г. И. Турнера, Санкт-Петербург*

Актуальность. Деформации верхних конечностей являются одной из наиболее частых патологий у пациентов с врожденным множественным артрогрипозом и крайне сложны в лечении.

Цель исследования: разработка алгоритма лечения детей с артрогрипозом с деформациями верхних конечностей.

Пациенты и методы. С 2004 по 2016 гг. в ФБГУ НИДОИ им. Г. И. Турнера находились на обследовании и лечении 362 пациента с врожденным множественным артрогрипозом с деформациями верхних конечностей в возрасте от 1 недели до 18 лет.

Результаты. Консервативное лечение показано с первых недель жизни ребенка. При его неэффективности показано оперативное лечение. Сроки его начала определяются характером имеющихся деформаций (так, например, оптимальный возраст для выполнения мобилизации локтевого сустава при наличии разгибательных контрактур — 5–6 мес, устранение контрактур лучезапястных суставов, аутотрансплантация мышц осуществляются в 10–12 мес, вмешательства на длинных трубчатых костях — в 2–4 года), а также соматическим состоянием ребенка. В тех случаях, когда у больного возможно пассивное сгибание в локтевом суставе 90 градусов и более, показано устранение деформаций лучезапястного сустава и пальцев кисти (сухожильно-мышечные пластики на предплечье и кисти в изолированном варианте или в сочетании с резекцией костей запястья, укорачивающей остеотомией костей предплечья). При наличии пассивного сгибания в локтевом суставе менее 90 градусов первым этапом необходимо проведение мобилизации локтевого сустава; вторым этапом выполняются вмешательства на лучезапястном суставе и пальцах кисти, либо восстановление активного сгибания в локтевом суставе путем транспозиции различных групп мышц. При наличии ротационных деформаций выполняются остеотомии плечевой или лучевой костей.

Заключение. Таким образом, разработанный алгоритм для лечения детей с врожденным множественным артрогрипозом, позволяет восстановить их способность к самообслуживанию и улучшить качество жизни.

360

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ И ЕЕ РОЛЬ В ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Акилов Х. А., Примов Ф. Ш.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент*

Актуальность. Оценка тяжести общего состояния пострадавших с закрытыми травмами живота является одной из сложных проблем в хирургии.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и хирургического лечения детей с травмами органов брюшной полости.

Пациенты и методы. Распределение общей выборки наблюдений ($n = 172$) на кластеры (группы с однородной степенью тяжести состояния) для обеспечения удобной и правильной дифференциальной диагностики тяжести состояния рассматриваемого контингента.

Результаты. В основе предложенного нами протокола лежит градация — в зависимости от степени тяжести повреждения при закрытых травмах органов брюшной полости у детей с присвоением каждой степени балла в соответствии с классификацией повреждений Американской ассоциации хирургии травмы. Повреждению каждого органа брюшной полости соответствует своя степень тяжести. Предложенная нами система оценки тяжести закрытых травм живота у детей разработана с использованием клинических экспертных оценок. Для интегральной оценки тяжести закрытых травм живота у детей первоначально нами применена 5-балльная система оценок по возрастанию порядкового номера. Для определения достоверности интегральной оценки степени тяжести нами проведен таксонометрический и кластерный анализ. Согласно разработанным и унифицированным оценочным критериям степени тяжести закрытых травм живота у детей, при вариации суммы в пределах 3–12 баллов, лечебно-диагностическая тактика основывается на предложенной протокольной стандартизации. В тоже время доказано, что при сумме баллов ≥ 13 (крайне тяжелая степень тяжести) предварительная стандартизация лечения не является обоснованной, т. к. требует разработки индивидуализированной лечебно-диагностической тактики.

Заключение. Стандарты и алгоритмы интегральной оценки тяжести общего состояния детей с закрытой травмой живота, разрабатываемые на основе результатов проведенных исследований являются наиболее рациональными в дифференциальной диагностике и прогнозировании клинического течения.

361

СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАВОРОТА ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У РЕБЕНКА**Аксельров М. А., Евдокимов В. Н., Мальчевский В. А.***Тюменский государственный медицинский университет,
Областная клиническая больница № 2, Тюмень*

Актуальность. Заворот желудка редко возникает в детском возрасте. Эта патология является результатом аномальной ротации одной части желудка вокруг другой, часто сочетается с диафрагмальной грыжей.

Цель исследования: представить случай успешного лечения ребенка 9 мес. с заворотом желудка.

Пациенты и методы. Мальчик, 9 мес поступил экстренно, с жалобами родителей на приступообразное беспокойство, многократную рвоту, повышение температуры тела. На момент обращения срок заболевания составлял 20 час. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы бледные, выражен мраморный рисунок. Видимые слизистые сухие. Язык обложен белым налетом, сухой. В легких дыхание проводится по всем полям. Хрипы не выслушиваются. ЧДД 26 уд/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 135 уд/мин. Живот вздут, напряжен, пальпация вызывает усиление беспокойства. Перистальтика вялая. Симптомы раздражения брюшины положительные. Мочеиспускание свободное. После клизмы отошла окрашенная вода. R-графия — расширение желудка с большим газовым пузырем. УЗИ брюшной полости — в левой половине определяется образование до 8 см, с жидкостным содержимым. Свободная жидкость в брюшной полости. Поставлен диагноз: Заворот желудка? Кишечная непроходимость?

Результаты. По экстренным показаниям выполнена срединная лапаротомия. В рану прилежит желудок, 10×10 см, черного цвета. В брюшной полости геморрагический выпот. При ревизии — заворот желудка по мезентерикоаксиальному варианту. Проведена деротация желудка. По назогастральному зонду одномоментно выделилось до 600 мл геморрагического содержимого. При этом желудок сократился, цвет стенки нормализовался. При дальнейшей ревизии выявлен дефект купола диафрагмы слева, 3×4 см, с миграцией селезенки и селезеночного угла толстой кишки в плевральную полость. Органы низведены в брюшную полость. Дефект в диафрагме ушит узловыми швами. Выполнена фундопликация по Ниссену. Срединная рана ушита послойно. Ребенок выписан с выздоровлением на 12 сутки.

Заключение. Данный случай представляет интерес в практическом плане ввиду редкости патологии.

362

НЕОБЫЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА

Александров С. В., Пунанов Ю. А., Сафонова С. А., Юхта Т. В., Кашин А. С., Баранов А. А., Сигунов В. С., Сосновская Д. А.

*Детская городская больница № 2 св. Марии Магдалины, Санкт-Петербург
Клиника научно-исследовательского института детской онкологии, гематологии
и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой, Санкт-Петербург*

Актуальность. Аппендикулярный инфильтрат относительно редкое заболевание, принцип лечения которого базируется на применении лекарственной терапии и физиотерапии.

Цель исследования: показать редкий вариант аппендикулярного инфильтрата и дополнить принятую методику диагностики.

Пациенты и методы. Пациент П. 14 лет, поступил с «типичной» клиникой аппендикулярного инфильтрата (характерные сроки заболевания, характерные боли, характерная пальпаторная картина и признаки параклинической активности по лабораторным данным). По УЗИ: картина инфильтрата. Начато лечение, на фоне которого отмечалось временное улучшение, а затем прогрессирование размеров инфильтрата, интоксикации, потеря массы тела. По КТ и МРТ выявлен лимфопролиферативный процесс в брюшной полости с максимальным поражением илеоцекального угла. По данным исследования плеврального пунктата и костного мозга диагностирована лимфома Беркитта. Проведена химиотерапия курсами. На 9-м месяце болезни — ревизия органов брюшной полости и аппендэктомия с резекцией сальника.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Заключение. Таким образом, для червеобразного отростка как лимфоидного органа характерна не только воспалительная патология, но и опухолевое поражение, которое клинически может манифестировать как аппендикулярный инфильтрат. В комплекс диагностики при подозрении на аппендикулярный инфильтрат рекомендуем включать компьютерную томографию органов брюшной полости. Решение о назначении физиотерапевтического лечения должно приниматься лечащим врачом на основании данных полного обследования.

363

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ

Александрова Н. Е., Агавелян Э. Г., Степаненко С. М.

Детская городская клиническая больница № 13 им Н. Ф. Филатова, Москва

Актуальность. За последние годы уровень травматизма значительно вырос, изменился характер повреждений конечностей, что часто приводит к частичной, а иногда, и полной инвалидизации ребенка. В связи с развитием микрохирургии большое значение придается разработке рациональных методик, сочетающих ингаляционную и регионарную анестезию, являющихся альтернативой общему обезболиванию.

Цель исследования: оптимизация анестезиологического пособия при плановых и экстренных операциях на конечностях у детей. Демонстрация оптимального сочетания регионарных, нейроаксиальных блокад и ингаляционной анестезии для проведения реконструктивных операций на конечностях у детей различных возрастных групп.

Пациенты и методы. За 2016 г. в отделении микрохирургии ДГКБ № 13 им Н. Ф. Филатова выполнено 489 реконструктивных оперативных вмешательств на конечностях у детей в возрасте от 5 мес до 17 лет. Из них 334 на верхних конечностях и 155 на нижних конечностях. Всем пациентам была проведена комбинированная анестезия: ингаляционный наркоз (севофлюран) в комбинации с регионарной анестезией. Выполнение регионарного блока выполнялось под контролем УЗИ и нейростимулятора.

Результаты. Анестезиологическое пособие считалось адекватным, если при проведении оперативного вмешательства удавалось избежать применения внутривенных анальгетиков и наркотических препаратов, а также увеличения дозы ингаляционного анестетика. У 435 (89%) пациентов выполнение анестезии оценено как адекватное. В остальных случаях понадобились альтернативные способы обезбоживания.

Закключение. Концепция «сбалансированной анестезии» позволяет значительно снизить концентрации и дозировку ингаляционных анестетиков, а также отказаться от применения наркотических анальгетиков как интраоперационно, так и в раннем послеоперационном периоде.

364

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Ананьева А. Н., Костин С. В., Соболев М. С., Гаврилюк В. П.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Актуальность. Детский травматизм одна из прогрессирующих социальных проблем. В последние годы в России рост детского травматизма: количество травм возросло более чем на 10% (Сулига Е. М., 2016).

Цель исследования: анализ оказания медицинской помощи детям с травматологической патологией за 5 лет по данным работы ОБУЗ «Курская областная детская больница № 2».

Пациенты и методы. За 2011–2015 гг. в стационаре хирургического отделения пролечено 4086 детей в возрасте от 0 до 15 лет с травматологической патологией.

Результаты. Отмечается повышение случаев стационарной помощи с 761 случаев в 2012 г. до 1405 в 2015 г., что возможно связанное с общим ростом числа детского населения, повышением интенсивности работы травматологических коек в хирургическом отделении, а также с увеличением показаний к проведению тех или иных манипуляций. В свою очередь травматологическая патология разделена на 5 подгрупп в зависимости от наиболее частой локализации травмы: переломы костей предплечья 1433 случаев (35%); переломы на уровне плечевого пояса и плеча 493 случаев (12%); переломы на уровне запястья и кисти 270 случаев (7%); переломы костей голени, включая голеностопный сустав и кости стопы 234 случая (6%); переломы бедренной кости 113 случаев (3%). При анализе установлено, что преобладающее число манипуляций принадлежит закрытым репозициям — 76,5%, а выполненные открытые репозиции с металлоостеосинтезом находятся приблизительно в одном диапазоне с закрытой репозицией и металлоостеосинтезом — 11,5 и 12,0%, соответственно.

Заключение. При лечении переломов у детей предпочтение отдается наименее травматичным методам лечения, что актуально для детского возраста, данной статистики необходимо максимально придерживаться. По возможности продолжить применение закрытой репозиции с металло-остеосинтезом так как данный метод является менее травматичный по сравнению с выполнением открытой репозиции, и более стабильный по сравнению с выполнением закрытой репозиции и с хорошим косметическим эффектом.

365

КЕТАМИН КАК КОМПОНЕНТ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЛАПАРОТОМИЯХ У ДЕТЕЙ**Анастасов А. Г., Канивец Е. А., Друпп Н. А.***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Республиканская детская клиническая больница, Донецк*

Актуальность. Общее обезболивание у детей предусматривает принцип многокомпонентности. Применение кетамина как компонента общего обезболивания сопровождается высокой частотой развития послеоперационного делирия и когнитивных нарушений.

Цель исследования: оценить целесообразность применения анестетика кетамина как компонента общего обезболивания при лапаротомиях у детей.

Пациенты и методы. Объектом исследования было 37 детей в возрасте $8,8 \pm 3,6$ лет с диффузным аппендикулярным перитонитом. Анестезиологический риск по ASA II степени. 17 (45,9%) составили 1 группу пациентов, которым проводили общее обезболивание с ИВЛ, используя в/в комбинацию фентанила 15 мкг/кг/ч + кетамина 1,0 мг/кг/час + пропофола 15 мг/кг/час. 2 группа была представлена 20 детьми, у которых общее обезболивание включало в/в раствор пропофола 10 мг/кг/час + фентанил 15 мкг/кг/ч. Мышечная релаксация — в/в рокуроний бромид. Интраоперационную инфузию проводили в объеме 8 мл/кг/час, ИВЛ в режиме нормовентиляции.

Результаты. Во время операции у детей 1 группы зарегистрирован достоверный рост ЧСС до $122 \pm 10,3$ уд/мин⁻¹, АД сист. до $98,3 \pm 8,5$ мм рт. ст., PI — $1,8 \pm 0,1\%$. А у пациентов 2 группы отмечены более низкие значения ЧСС $108,5 \pm 1,3$ уд/мин⁻¹, АД сист. до $86,3 \pm 1,1$ мм рт. ст., PI — $1,2 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). В постнаркозном периоде, у пациентов 1 группы уровень седации по шкале Ramsay $6,3 \pm 0,5$ балла, а во 2 группе $2,1 \pm 0,1$ балла ($p < 0,05$). Пациенты I группы были доступны вербальному контакту через $109,0 \pm 20,2$ мин, а пациенты II группы через $35,0 \pm 2,0$ мин. При этом синдром ажитации зарегистрирован в 1 группе у 3 (17,6%) пациентов, а во 2 группе в 55% случаях.

Закключение. Применение кетамина как компонента общего обезболивания в дозе 1,0 мг/кг/час является целесообразным при лапаротомиях у детей и характеризуется гипердинамическим вариантом кровообращения, низкой постнаркозной ажитацией в 17,6% случаев и медикаментозным сном до 2 часов.

366

ВАРИАНТ УВЕЛИЧЕНИЯ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ КОРОТКОЙ КИШКИ

Аскарров М. С., Бисмильдин Х. Б., Елубаев Ж. К., Корганов Н. Т.,
Умаров Б. Э.

Карагандинский государственный медицинский институт, Казахстан

Актуальность. Процессом интестинальной адаптации короткой кишки (КК) установлена адекватная жизнедеятельность в условиях фактической длины кишки, рядом авторов определен срок от 1 до 4 лет, как предел компенсаторных возможностей организма ребенка.

Цель исследования: в рамках научного проекта (ГР0112РК0041-<http://www.kgmu.kz/ru/contents/view/472>) стояла цель увеличить сроки интестинальной адаптации при обширных резекциях кишечника у детей.

Пациенты и методы. Изучены 3 группы детей с резекцией различных отделов кишечника. 1 группа резецированы отделы: тощей кишки (1); подвздошной кишки с созданием еюноколоноанастомоза (3); 2 группа резецированы отделы: прямокишечный (3); сигмовидный (1); ободочный (5). 3 группа больные (11), которым был применен «Способ низведения поперечно-ободочной кишки с реваскуляризацией и колоректальным анастомозом», патент № 68401 от 25.05.10. Наличие и степень развития КК определены методом общей оценки функционального состояния ребенка и параметрами лабораторных, функциональных, инструментальных исследований.

Результаты. В 1 группе изменений общего организма и клинического состояния кишечника не отмечено, однако через 5–7 лет отмечались вялость, апатия, снижение аппетита, веса и интереса к играм, достигавших в сравнении со сверстниками от 20 до 40%. Во 2 группе по мере увеличения размеров утраченных отделов кишки и роста ребенка (5–7 лет) имелось снижение ферментации (брожение) отражавшегося на их развитии. При лабораторных и инструментальных методах (ФЭГДС, колоноскопия) исследований слизистых подтвержден генез данных диарея-подобных явлений. В 3 группе, где для исключения натяжения низводимого отдела кишки пересекались желудочно-ободочная связка и средне-ободочная артерия, с созданием сосудистого анастомоза культи средне-ободочной артерии со стволом ниже-брыжеечной артерии, подобных явлений через 5–7 лет не было.

Заключение. Созданием дополнительных сосудистых анастомозов можно продлить сроки интестинальной адаптации КК и увеличить компенсаторные возможности организма ребенка с отражением на его общем развитии.

367

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ**Бабич И. И., Шилов Г. Л.***Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону*

Актуальность. Травма поджелудочной железы у детей при комбинированных поражениях органов брюшной полости всегда представляет значительную угрозу жизни пациента, летальность при этом достигает 45%, и до 30% осложнений в послеоперационном периоде.

Цель исследования: улучшение результатов лечения детей с посттравматическим панкреатитом, путем разработки нового способа хирургической коррекции повреждений поджелудочной железы.

Пациенты и методы. С 1995 г. в клинике детской хирургии РостГМУ находилось 72 ребенка с комбинированными поражениями органов брюшной полости. В подавляющем большинстве случаев поли-травма являлась следствием дорожно-транспортных происшествий — 42 пациента (58,3%), бытовая травма — 17 (23,6%), спортивная — у 13 (18,1%). Топографо-анатомические исследования сосудистой архитектоники дистальной части поджелудочной железы у детей различных возрастных групп позволили разработать новый способ хирургической коррекции повреждения поджелудочной железы у детей. При этом ушивание культи железы выполнялось оригинальным вворачивающимся Z-образным швом с учетом архитектоники органа (Патент РФ № 2523147). Линия шва дополнительно герметизировалась тиссуколом. Удалялись все фрагменты травмированной железы. Дренажная система в полости малого сальника отграничивалась от свободной брюшной полости прядью сальника на сосудистой ножке.

Результаты. Данный способ применен в клинических условиях у 15 больных и позволил снизить количество послеоперационных осложнений таких как: панкреатические свищи на 19%, ложных кист на 35%, релапаротомий на 22%, летальность на 35%. Кроме того на 35% сократилось время пребывания пациентов в реанимационном отделении; общее время пребывания в стационаре уменьшилось на 30%. В целом, снижение сроков пребывания в стационаре дало существенный экономический эффект.

Заключение. Таким образом, внедрение данного лечебного комплекса в практическое здравоохранение позволило в значительной степени улучшить результаты лечения больных с сочетанной абдоминальной травмой, в частности травмой поджелудочной железы.

368

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ: СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ПРОБЛЕМА?

Баиров А. Г., Баиров В. Г., Александров С. В.

*Детская городская больница № 2 св. Марии Магдалины
Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр
имени В. А. Алмазова, Санкт-Петербург*

Актуальность исследования обусловлена отсутствием в РФ стандартов (клинических рекомендаций, протоколов) по лечению острого аппендицита на едином подходе — взаимосвязи федерального, регионального, местного уровней в совокупности с юридической ответственностью врача и безопасности пациента.

Цель исследования: поднять вопрос о необходимости приведения имеющихся клинических рекомендаций по лечению острого аппендицита у детей к единообразию с учетом уровней и современных условий оказания медицинской помощи детскому населению.

Пациенты и методы. Согласно 323-ФЗ критерии оценки качества медицинской помощи формируются на основании в том числе и клинических рекомендаций (протоколов лечения). Анализируя имеющиеся клинические рекомендации по вопросу лечения острого аппендицита у детей, можно сделать вывод о том, что они противоречивы и не всегда применимы на практике. Несоответствие усматривается при сопоставлении клинических рекомендаций «Российской ассоциации детских хирургов» (2013), Национального руководства «Детская хирургия» (2009), данных руководства Г. А. Баирова «Срочная хирургия детей» (1997), причем противоречия касаются всех этапов диагностики и лечения, в том числе методики проведения операции.

Результаты. Из анализа имеющихся рекомендаций становится понятно, что ввиду имеющихся противоречий в руководящих документах провести однозначную оценку действий врача при ведении ребенка с аппендицитом, в том числе и юридическую, невозможно, что ставит под угрозу ежедневную работу дежурных детских хирургов и безопасность пациентов.

Заключение. Назрела необходимость создания такого стандарта (протокола) ведения пациента с острым аппендицитом, который мог бы быть выполнен на всех уровнях оказания хирургической помощи детям.

369

ВЫБОР ДОСТУПА ПРИ ИНОРОДНОМ ТЕЛЕ ДИАФРАГМЫ**Баиров В. Г., Александров С. В., Листратов С. М., Иванов М. В.***Федеральный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова,
Санкт-Петербург**Детская городская больница № 2 св. Марии Магдалины, Санкт-Петербург*

Актуальность. Не существует статистики открытых ранений диафрагмы у детей. Изолированные пулевые ранения диафрагмы редкость даже в практике военно-полевого хирурга. Рекомендаций по доступу к переднему отделу диафрагмы у таких пациентов нет, как вариант доступа рассматривается торакотомия.

Цель исследования: подтвердить необходимость индивидуального выбора оперативного доступа и продемонстрировать доступ к переднему отделу средостения и диафрагмы.

Пациенты и методы. Девочка П., 7 лет, получала лечение с диагнозом Инородное тело (пуля) переднего средостения. Ранение получила из пневматического оружия. При осмотре отмечались жалобы на боли в области раны передней грудной стенки справа. На рентгенограммах — инородное тело в проекции переднего средостения на расстоянии от входного отверстия, плеврального выпота нет, средостение не расширено. Предпринята попытка удаление инородного тела через доступ в области входного отверстия, но безуспешно. После обследования выполнено удаление инородного тела под контролем С-дуги через срединный внебрюшинный внеплевральный доступ с резекцией мечевидного отростка грудины.

Результаты. Послеоперационный период гладкий. Швы сняты на 9-е сутки. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Наблюдалась в течение 3-х лет после травмы — развитие по возрасту, послеоперационный рубец чистый, по лабораторным и инструментальным данным (в том числе ЭхоКГ) — патологических изменений не выявлено.

Заключение.

- Локализация инородного тела при слепых ранениях в проекции органов грудной полости может не соответствовать входному отверстию, не следует предпринимать попытки извлечения инородного тела до установления его локализации.
- Предложенный доступ при установленной локализации инородного тела в передне-медиальном отделе диафрагмы или в передне-нижнем средостении является альтернативой торакотомии.
- Доступ является менее травматичным, чем торакотомия, при этом обеспечивает надежный обзор и точность при выполнении манипуляций.
- Наличие специализированного оборудования дает возможность удалять инородные тела малоинвазивными способами.

370

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФИЦИРОВАННОЙ КИСТОЗНОЙ ТЕРАТОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ

Баиров В. Г., Александров С. В., Сигунов В. С., Незнамова И. Н.

*Федеральный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова,
Санкт-Петербург
Детская городская больница № 2 св. Марии Магдалины, Санкт-Петербург*

Актуальность. Средостение вторая по частоте локализация тератом у детей, которые встречаются у мальчиков и девочек с одинаковой частотой во всех возрастных группах. Образование, как правило, располагается в переднем средостении и связано с тимусом.

Цель исследования: продемонстрировать особенности клинического течения, диагностики и оперативного лечения редкой патологии.

Пациенты и методы. Девочка П. 9 лет. Поступила в стационар с подозрением на острую левостороннюю пневмонию, обострение хронического тонзиллита. За 2 месяца до госпитализации перенесла ветряную оспу, затем отмечалось обострение тонзиллита. При поступлении отмечена лихорадка, кашель, боли в грудной клетке. Госпитализирована с диагнозом хронический тонзиллит, обострение. Новообразование грудной клетки? Обследована. Подготовлена к операции. Отмечено появление сыпи, нарастание лихорадки и интоксикации. Указанные симптомы расценены как проявление основного заболевания и дополнительное показание к операции.

Результаты. Послеоперационный период гладкий. Лихорадка и сыпь исчезли на 4 сутки. Швы сняты на 11-е сутки. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Увеличивающаяся опухоль средостения может проявляться не только симптомами объемного образования (кашель, боли), но и признаками инфицирования и резорбции (температура, интоксикация, сыпь). Наличие указанных проявлений опухоли является показанием к скорейшему оперативному лечению под прикрытием соответствующей терапии после дообследования.

371

ОЦЕНКА ДОКЛИНИЧЕСКИХ ПОЛИОГРАННЫХ НАРУШЕНИЙ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВРЕМЕНИ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ**Баковский В. Б., Головкин С. И.***Детская городская клиническая больница № 5, Кемерово*

Актуальность. Неудовлетворительные результаты лечения политравмы обусловлены отсутствием однозначного представления о клинико-патогенетической значимости выбора оптимального времени остеосинтеза.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения переломов при политравме у детей.

Пациенты и методы. Для интегральной оценки функционального состояния систем жизнеобеспечения (головного мозга, почек и системного кровообращения) у 52 детей с клиникой травматической болезни традиционное клиническое и лабораторное обследование было дополнено определением концентрации протеина S100В и цистатина С в сыворотке крови.

Результаты. При доминировании скелетной травмы ($n = 18$) концентрация протеина S100В в 1 сутки превышала нормальные значения в 2 раза, далее (2–4 сутки) она уменьшалась, но оставалась выше нормы. Концентрации цистатина С в первые 4 суток были в пределах нормы, но имелась определенная тенденция к их повышению. В совокупности с оценкой тяжести состояния по шкале PTS (7–8 баллов) и динамикой показателей КЩС, электролитного обмена, газотранспортной функции крови это отражало развитие полиорганной дисфункции, которая при своевременной коррекции была легко обратима. При доминировании ЧМТ ($n = 17$) концентрация протеина S100В в 1 сутки политравмы превышала нормальные значения в 3 раза, еще больше возрастала на 2 сутки, после чего уменьшалась, но оставалась выше нормы. Значительнее (в сравнении с пациентами с множественной скелетной травмой, $n = 13$) повышалась концентрация цистатина С, что в совокупности с оценкой тяжести травмы (4–7 баллов) и другими показателями отражало патогенетически значимые нарушения функций головного мозга, почек и системной гемодинамики, требующие интенсивной коррекции.

Заключение. Концентрации протеина S100В и цистатина С в крови, интегрально отражающие функциональное состояние головного мозга, почек и системного кровообращения, позволяют прогнозировать развитие полиорганной дисфункции в 1–4 сутки после политравмы у детей и выбрать оптимальное время проведения как раннего так и отсроченного остеосинтеза.

372

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ СОЧЕТАННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

**Баранов Р. А., Петров М. А., Панкратов И. В., Шляпникова Н. С.,
Павлова Д. Д., Гуревич А. Б.**

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность. Замещение дефекта кожи и мягких тканей — сложная хирургическая проблема современной травматологии. Выбор тактики закрытия дефектов осуществляется в зависимости от размера раны, локализации, сроков давности травмы, причин возникновения, сопутствующей патологии.

Цель исследования: демонстрация клинических случаев лечения осложненных повреждений кожных покровов в условиях отделения травматологии и ортопедии.

Пациенты и методы. За период с 2014 по 2016 гг. в отделении травматологии и ортопедии Морозовской ДГКБ пролечен 23 пациент с раневыми дефектами при сочетанной соматической патологией. Этиология дефектов: посттравматические дефекты — 16, трофические дефекты — 7, менингококцемия — 2, постинъекционные некрозы — 2, фульминантная пурпура — 3.

Результаты. В лечении пациентов предпочтение отдавалось пластике местными тканями (ротированный лоскут, скользящий лоскут). Также выполнялась свободная кожная пластика (полнослойный или расщепленный кожный трансплантат). Пластика лоскутом на сосудистой ножке выполнена у 1 пациента. Репластика выполнялась у 4 пациентов. На наш взгляд повторные хирургические вмешательства были связаны с основным заболеванием и выраженным ухудшением соматического состояния повлекших изменение трофических процессов.

Заключение. Использование кожно-мышечно-фасциальных лоскутов показано в случае длительно незаживающих ран, в том числе при наличии хронического воспаления, нарушений процессов репарации, выраженных трофических нарушениях, обусловленных как травмой, так и общим состоянием ребенка.

Использование свободных трансплантатов (полнослойного или расщепленного) показано только в случае очищения ран, поскольку такие трансплантаты не обладают антибактериальными свойствами.

373

ОСТЕОСИНТЕЗ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ ТИТАНОВЫМ ЭЛАСТИЧНЫМ СТЕРЖНЕМ

Баранов Ф. А., Кашичкин Н. Н., Сушаков С. В., Рахинштейн М. В.,
Радайкин А. Н., Ефимов А. Е.

Самарская областная клиническая больница имени В. Д. Середавина

Актуальность. По литературным данным около 85% всех переломов ключицы у детей происходят в первые 10 лет жизни. В младшем возрасте лечение консервативное. У детей старше 8–10 лет может требоваться оперативное лечение при полных смещениях с интерпозицией мягкими тканями и угрозе перфорации кожи.

Цель исследования: показать возможность применения малоинвазивного остеосинтеза титановым эластичным стержнем переломов ключицы у детей со смещением.

Пациенты и методы. За 2012–2015 гг. мы пролечили 240 детей. Более 90% составили переломы тела ключицы. Возраст до 15 лет. У детей младшего возраста и при переломах ключицы с удовлетворительным стоянием отломков с сохранением оси после репозиции, применялось консервативное лечение. Оперативное лечение использовали у детей старше 8–10 лет с четкими показаниями описанными выше. В большинстве случаев выполняли открытый остеосинтез спицей. Однако в последнее время мы стали применять малоинвазивный остеосинтез титановым эластичным стержнем по методике ESIN. Стержень вводили закрыто через стерильный отломок ключицы, под контролем ЭОП. Отломки ключицы при введении стержня и закрытой репозиции удерживали через кожу костодержателями цапками. В половине случаев удалось остеосинтез выполнить закрыто, у других в проекции перелома делался небольшой разрез до 2,5 см для открытой репозиции.

Результаты. У всех оперированных пациентов наблюдалось сращение в допустимые сроки. Однако при классическом остеосинтезе в некоторых случаях отмечалось миграция спицы в области акромиального конца с перфорацией кожи. Остеосинтез ESIN является менее травматичным методом и при этом наблюдается более стабильная фиксация. Но данный остеосинтез более трудоемкий и может удлинять время операции. Легче применять у худых детей, когда хорошо пальпируются контуры ключицы.

Заключение. Остеосинтез ключицы у детей титановым эластичным стержнем является менее травматичным и более стабильным по сравнению с классическим открытым остеосинтезом спицей, но имеет ряд технических сложностей, которые нужно учитывать при планировании операции.

374

ЭЛАСТИЧНО-СТАБИЛЬНЫЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

**Баранов Ф. А., Шуваев С. О., Рахинштейн М. В., Сушаков С. В.,
Ходаков Г. Д.**

Самарская областная клиническая больница имени В. Д. Середавина

Актуальность. Переломы костей голени у детей по данным литературы занимают третье место после переломов костей предплечья и плеча. При этом на долю диафизарных переломов приходится более 25% среди всех локализация переломов костей голени.

Цель исследования: показать эффективность интрамедуллярного эластично-стабильного остеосинтеза большеберцовой кости при диафизарных переломах (как одной так и обеих костей голени) со смещением.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением с 2012 по 2015 гг. находилось 163 ребенка с диафизарными переломами костей голени на различных уровнях со смещением. Возраст пациентов не превышал 15 лет. При стабильных переломах, которые не требуют значимой репозиции, иммобилизация сначала в гипсовой лонгете, а после спадения отека в гипсовой повязке. При этом выполняли рентгенологический контроль как в стационаре, так и в условиях поликлиники по месту жительства. При переломах только большеберцовой кости или в сочетании с переломом малоберцовой кости со значительным смещением и при нестабильном характере перелома выполняем интрамедуллярный эластично-стабильный остеосинтез титановыми стержнями (TEN), по методике ESIN. Практически во всех случаях остеосинтез выполняли закрыто, без вскрытия зоны роста, обязательно под контролем электронного оптического преобразователя (ЭОП). Как правило стержни вводили через небольшие разрезы кожи до 3–4 мм в верхней трети большеберцовой кости минуя зону роста, медиально и латерально от бугристости. В редких случаях, при технических сложностях остеосинтеза, один металлофиксатор вводили через дистальный метафиз большеберцовой кости. Диаметр стержней в основном составил от 3 до 4 мм. В послеоперационном периоде применяли гипсовую иммобилизацию.

Результаты. У всех оперированных пациентов мы достигли стабильной фиксации и удовлетворительного стояния отломков. ESIN не повреждает ростковый хрящ, не блокирует движения в смежных суставах.

Заключение. Остеосинтез стержнями (ESIN) при нестабильных диафизарных переломах костей голени является методом выбора у детей до 15 лет.

375

**ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА:
КОНСЕРВАТИВНОЕ ИЛИ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ?****Беляев М. К.***Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей*

Актуальность. Число больных с инвагинацией кишечника у детей старше одного года в последние годы имеет тенденцию к росту, достигая 30–40%, но до сих пор не существует единой точки зрения на выбор тактики лечения данного заболевания.

Цель исследования: показать эффективность консервативного лечения инвагинации кишечника у детей старше одного года.

Пациенты и методы. В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа с 1976 по 2015 гг. находилось 255 детей с инвагинацией кишечника в возрасте старше одного года, что составило 53,3% от общего числа больных с данной патологией. Мальчиков было в 2 раза больше, чем девочек. В последние десятилетия отмечается увеличение числа больных с инвагинацией кишок в возрасте старше одного года. Так, если с 1976 по 1991 гг. таких детей в клинике было 45,2%, то с 1992 по 2015 гг. этот показатель увеличился на 19,4%. На основании анамнеза заболевания объективного и лабораторного исследований в приемном покое, диагноз инвагинации установлен у 242 больных (95%), в 13 случаях (5%) были допущены диагностические ошибки. Из них у 9 пациентов поставлен диагноз «острый аппендицит», а у 4 — «кишечная непроходимость».

Результаты. В нашей клинике метод консервативного лечения кишечной инвагинации считается основным и применяется независимо от возраста больных, сроков поступления с момента возникновения инвагинации или ее рецидива, при отсутствии осложнений со стороны органов брюшной полости (перитонита). Бескровное лечение проводили под масочным наркозом аэродинамическим способом под контролем электронно-оптического преобразователя у 242 больных, которые не имели клинических и лабораторных признаков перитонита. Консервативное лечение оказалось успешным у 235, что составило 97,2%. Осложнений, связанных с введением воздуха в прямую кишку, мы не наблюдали. Средняя длительность консервативного лечения составила 2,4 к/дня.

Заключение. Возраст детей старше одного года не является противопоказанием к консервативному методу лечения инвагинации кишок.

376

АППЕНДЭКТОМИЯ БЕЗ ПЕРЕВЯЗКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ

Беляев М. К., Федоров К. К., Мочалов С. В., Беляев А. М.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей

Актуальность. Острый аппендицит у детей до сих пор остается актуальной проблемой.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острым аппендицитом в детском возрасте.

Пациенты и методы. С 1972 по 1980 гг. было оперировано по стандартной методике (с перевязкой культы) 3728 больных с неосложненным аппендицитом. Послеоперационные осложнения развились у 147 (3,9%): послеоперационный перитонит у 48 (1,3%), абсцессы брюшной полости у 41 (1,1%), ранняя спаечная непроходимость у 13 (0,4%), поздняя спаечная непроходимость у 43 (1,2%), кровотечение у 2 (0,05%). С 1980 по 2015 гг. были оперированы по методике П. И. Дьяконова 7486 пациентов с неосложненным аппендицитом. Послеоперационные осложнения развились у 41 (0,5%): послеоперационный перитонит у 1 пациента (0,01%), абсцессы брюшной полости у 5 (0,06%), ранняя спаечная непроходимость у 6 (0,08%), кровотечение у 2 (0,02%), поздняя спаечная непроходимость у 21 (0,2%). Повторно оперированы были лишь 11 пациентов.

Результаты. Число ранних гнойных послеоперационных осложнений, возникших в период с 1980 по 2015 гг., сократилось в 24 раза, а количество больных со спаечной кишечной непроходимостью уменьшилось в 3 раза после внедрения методики аппендэктомии без перевязки культы отростка. Цифровые данные прошли математическую обработку и являются статистически значимыми. Конечно, выполняя операции подобным образом, мы далеки от мысли, что только изменение способа обработки культы червеобразного отростка может полностью предупредить возникновение осложнений. Однако сопоставление клинических и экспериментальных данных, позволило нам прийти к выводу, что аппендэктомия путем погружения неперевязанной культы червеобразного отростка в кисетный шов является патогенетически обоснованным методом профилактики как гнойных осложнений, так и спаечного процесса.

Заключение. Таким образом, комплексное клинико-экспериментальное изучение показало безопасность методики аппендэктомии без перевязки культы червеобразного отростка и ее несомненную эффективность.

377

**40-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ****Беляев М. К.***Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей*

Актуальность. Основным путем улучшения результатов лечения инвагинации кишок является повышение числа консервативных расправлений при оптимальном выборе лечебной тактики в каждом конкретном случае.

Цель исследования: продемонстрировать возможности консервативного лечения инвагинации кишечника на основе расширения показаний и разработки новых методик дезинвагинации.

Пациенты и методы. В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа с 1976 по 2015 гг. находилось 478 больных с инвагинацией кишечника. Из них 223 (46,6%) детей до года и 255 (53,4%) старше одного года. Мальчиков среди них было 330 (69%), девочек 148 (31%). Бескровное лечение проводили под масочным наркозом аэродинамическим способом под контролем электронно-оптического преобразователя независимо от стадии заболевания у 451 больного, которые не имели клинических и лабораторных признаков перитонита. Консервативное лечение оказалось успешным у 424, что составило 94%.

Результаты. Мы расширили показания к бескровному расправлению инвагината и считаем, что попытка консервативного лечения может быть предпринята при любой продолжительности заболевания, но при отсутствии клинических признаков перитонита. Расширение показаний, разработка лечебного алгоритма и новых методик консервативного расправления инвагината позволили нам в течение последних 29 лет (1987–2015) добиться положительных результатов в 98,2% случаев. В течение последнего 21 года (1994–2015) в 99,4% 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 к/дня.

Заключение.

1. При отсутствии клинических признаков перитонита попытка консервативного лечения инвагинации кишечника у детей может быть предпринята при любых сроках заболевания.
2. Предложенный лечебный алгоритм позволяет расправить инвагинат у 99,4% детей консервативным методом.

378

ОЖОГОВОЕ ЛОЖЕ КАК ФАКТОР ДЛЯ ПОИСКА НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Бисмильдин Х. Б., Акмолдаев Е. А., Шуахбаев С. С., Бирюк М. А., Султанов К.

Карагандинский государственный медицинский институт, Казахстан

Актуальность. Спорными остаются методы хирургической обработки ожоговой раны (ложа) у детей для рационального приживления дермо-трансплантата и последующей его эпителизации.

Цель исследования: в рамках научного проекта (№ ГР0112 РК0041-<http://www.kgmu.kz/ru/contents/view/472>) стояла цель оценить подготовку раневого ложа к восприятию кожного трансплантата.

Пациенты и методы. Изучены 3 группы детей в возрасте от 1 года до 7 лет с ожогами II–IIIАВ степени и площадью от 10 до 60%, которым проведена некрэктомия при: 1 группа (80) — ранняя в сроки 3–5 дня; 2 группа (142) — этапная по мере формирования струпа; 3 группа (102) — после окончательного формирования струпа. При ожогах 20–60% влажный струп был в 32%, сухой в 78%, при 10–20% соответственно 92% и 8%, при этом поверхность ожога обрабатывалась хирургическим (скальпель — 70, дерматом — 254) методом с промыванием и охлаждением (3–7 мин) перед трансплантацией. Результаты лоскутной (62), сетчатой (94), марочной (102) аутодермопластики и их комбинаций (66), оценивали визуально по площади приживления трансплантата.

Результаты. При удалении влажного струпа скальпелем получено полное приживление трансплантата в 53%, частичное в 29% и полное отторжение в 18%. Дерматомная подготовка ложа при влажном струпе позволила получить в 68% полное приживление трансплантата, в 20% частичное и в 12% полное отторжение. При скальпельном удалении сухого струпа получено полное приживление трансплантата в 78%, частичное в 17% и полное отторжение в 12%. Дерматомная подготовка ложа при сухом струпе позволило получить в 88% полное приживление трансплантата, в 9% частичное и в 3% полное отторжение.

Заключение. Различия в эксудации влажных и сухих струпов, гематом, фибрина в ложе ожоговой раны влияют на процессы приживления трансплантата и дают разный результат, который служит основой для поиска новых способов подготовки ожогового ложа.

379

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО НАПРЯЖЕННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ИЗОЭЛАСТИЧНЫМИ СТЕРЖНЯМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ**Богданов И. В., Шамик В. Б., Дубинский А. В., Рябоконеv С. Г.,
Малыхин А. А.***Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону*

Актуальность. Переломы длинных трубчатых костей у детей являются частым повреждением. Так повреждения костей предплечья составляют 17,5–62,8%, плечевой кости, голени и бедра от 4–10% по отношению ко всем переломам. Несмотря на широту распространения повреждений длинных костей, на сегодняшний день не существует единой тактики ведения подобных больных. Тенденцией последнего времени является применение стабильно-функционального остеосинтеза.

Цель исследования: определить оптимальный метод лечения переломов длинных костей у детей.

Пациенты и методы. В 2016 г. на базе отделения травматологии и ортопедии ГБУ РО «ОДКБ» было прооперировано 63 больных, которым выполнялась репозиция перелома закрытым способом под контролем видеонавигации с проведением напряженного интрамедуллярного остеосинтеза длинных трубчатых костей изоэластичными стержнями. Предоперационная подготовка заключалась в наложении скелетного вытяжения с переломами бедренной, б/берцовой и плечевой костей и занимала 3 до 5 дней. В послеоперационном периоде активизация больных назначалась на 1–2 сутки с привлечением лечебной физкультуры по 1 периоду без осевой нагрузки. Осевая нагрузка на конечности разрешалась по результатам рентгенологического контроля со 2–3 недели для верхней конечности, для нижней конечности с 4–5 недели с момента операции. Металлоконструкции у больных удаляются в сроки от 6 до 7 месяцев.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде наблюдалось увеличение объема движений в суставах практически до физиологической амплитуды, достигался хороший косметический эффект.

Заключение. Таким образом, в результате наших наблюдений установлено, что метод внутреннего напряженного остеосинтеза длинных костей у детей изоэластичными стержнями в виду малой интраоперационной травматичности ускоряет раннюю функциональную реабилитацию больных, сокращает сроки выздоровления и улучшает косметические результаты.

380 ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Бондаренко Н. С., Каган А. В., Немилова Т. К., Котин А. Н.

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени акад. И. П. Павлова*

Актуальность. Отсутствует единый подход к выбору метода лечения детей с инвагинацией кишечника и четкие показания к оперативному лечению.

Цель исследования: обоснование выбора метода лечения детей с инвагинацией на основе ретроспективного и проспективного анализа особенностей клинической картины, диагностики и лечения.

Пациенты и методы. В ДГБ № 1 г. Санкт-Петербурга с 2000 по 2016 гг. находилось на лечении 246 детей с инвагинацией в возрасте от 3 месяцев до 15 лет. В связи с сомнениями в целесообразности учета давности заболевания и возраста ребенка как критериев выбора лечебной тактики, мы провели сравнение двух групп пациентов. В первую группу вошли 166 детей, у которых показаниями к оперативному лечению являлись давность заболевания более 12 часов, возраст ребенка старше 1 года и рецидив инвагинации. Вторую группу составило 80 детей, у которых эти критерии учитывались, но не являлись абсолютными для оперативного лечения. Абсолютными показаниями к оперативному лечению были: перитонит, неэффективность консервативного лечения и тяжелое состояние ребенка.

Результаты. В первой группе, среди 166 детей, консервативная дезинвагинация проведена 117 (70%). Прооперировано 49 детей (30%). У большинства детей операция заключалась в дезинвагинации — 29 случаев (60%), в 12 случаях (24%) во время операции выявлены признаки расправившегося инвагината, резекция кишки потребовалась лишь у 8 детей (16%). Во второй группе, среди 80 детей, консервативное лечение проведено успешно у 71 (89%), оперативное у 9 (11%). Резекция кишки выполнена у 4 пациентов (44%). Клиновидная резекция кишки выполнена у 3 детей (34%). В 2 случаях (22%) во время операции выявлены признаки расправившегося инвагината.

Заключение. Сроки от начала заболевания, возраст ребенка и рецидив инвагинации не могут являться единственными показаниями для выбора метода лечения. Абсолютные показания к оперативному лечению: перитонит, неэффективность консервативного лечения, тяжелое состояние ребенка.

381

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ПОТРЕБОВАВШЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ ОБШИРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ В УРГЕНТНОМ ПОРЯДКЕ**Вакуленко М. В., Щербинин А. В., Литовка В. К., Черкун А. В.,
Вакуленко С. И., Буслаев А. И.***Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького
Республиканская детская клиническая больница, Донецк*

Актуальность. Наиболее частыми причинами проведения обширных резекций тонкой кишки у детей в ургентном порядке являются как врожденные пороки развития, так и приобретенные заболевания, которые проявляются синдромом нарушения проходимости или целостности кишечного канала.

Цель исследования: проведение анализа хирургической патологии, потребовавшей выполнения обширных резекций тонкой кишки у детей в ургентном порядке.

Пациенты и методы. В клинике детской хирургии им. проф. Н. Л. Куца лечилось 30 детей, перенесшие резекцию тонкой кишки 50% и более от общей ее длины. Большинство больных составили новорожденные 20 (66,7%) детей. В возрасте от 1 года до 3 лет — 4 (13,3%) пациента, до 6 лет — 3 (10%), до 9 лет — 2 (6,7%) больных и 1 ребенок (3,3%) был в возрасте 12 лет. Множественные атрезии тонкой кишки выявлены у 6 (20%) детей, атрезия тонкой кишки с некрозом у 7 (23,3%) больных, изолированный заворот тонкой кишки с некрозом кишки у 7 (23,3%) детей, идиопатический заворот тонкой кишки у 2 (6,7%) детей, инвагинация кишечника у 2 (6,7%) больных, странгуляционная кишечная непроходимость у 6 (20%) детей.

Результаты. Из общего количества пациентов 15 детям (50%) был наложен тонкокишечный анастомоз конец в конец. В 4 случаях (13,3%) наложена энтеростома, У-образный анастомоз сформирован у 5 больных (16,7%), методика тонкокишечного анастомоза по J. Louw выполнена у 2 пациентов (6,7%), адаптированный тонкокишечный анастомоз по нашей методике (патент Украины № 66299) произведен в 4 (13,3%) случаях. Из 20 новорожденных, которым произведена обширная резекция тонкой кишки, у 10 уже в раннем послеоперационном периоде развился «синдром короткой кишки».

Закключение. При проведении обширной резекции тонкой кишки всегда необходимо руководствоваться принципом максимального сохранения здорового участка кишки для того, чтобы избежать развития синдрома «короткой тонкой кишки». Дети, перенесшие обширную резекцию тонкой кишки, нуждаются в реабилитации, направленной на коррекцию возникших патологических нарушений.

382

ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ТЯЖЕЛЫХ ПОЛИСТРУКТУРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА

Васюков В. А., Оганджян К. К.

Краевая детская клиническая больница, Ставрополь

Актуальность. Нестабильные переломы с нарушением тазового кольца сопровождаются неконтролируемым внутритазовым кровотечением, что усугубляет течение травматического шока и может привести к гибели ребенка. Экстренная хирургическая фиксация тазового кольца в качестве «damage control» в рамках «золотого часа» упреждает развитие: РДС, жировую эмболию, продолжающееся внутритазовое кровотечение, ПОН.

Цель исследования: обоснование применения экстренной хирургической фиксации тазового кольца в условиях полиструктурных повреждений как меры борьбы с шоком; восстановление нормальных взаимоотношений тазовых костей и редукция внутритазовой полости при ограничении внутренней кровопотери.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением за период 2010–2016 гг находилось 114 пациент в возрасте от 1 до 16 лет (средний возраст — $12 \pm 4,5$ года). Сочетанные повреждения скелета и внутренних органов — 18 (20,4%) Переломы таза встречались у 22 чел (3,5%) от общего числа повреждений с различной степенью тяжести. Возраст пациентов составил 12–17 лет, мальчиков — 14 чел., девочек — 7 чел.

Результаты. У всех был получен удовлетворительный результат — экстренная хирургической фиксации тазового кольца после сдавления задних структур таза способствовала стабилизации гемодинамических показателей в первые 1–2 часа, за счет компрессии и устранения смещения, уменьшение внутритазового пространства и снижение кровопотери вследствие эффекта тампонады костных структур таза.

Заклучение.

1. Работа с детьми, получившими травму таза, требует понимания анатомических и патофизиологических особенностей детского организма и дифференцированного подхода.
2. Нестабильные переломы таза с нарушением целостности тазового кольца в условиях полиструктурных повреждениях и шока требуют ранней фиксации.
3. Консервативно лечатся краевые переломы костей таза у детей, а также те случаи, когда тазовое кольцо остается целым.
4. Оперативное лечение в отсроченном периоде нужно всегда, когда нарушилась геометрия тазового кольца. Предпочтителен внутренний остеосинтез.

383

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РАН В ЗОНАХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ У ДЕТЕЙ**Вечеркин В. А., Королев П. В., Соболева М. Ю., Королев С. П., Ткаченко Е. И., Цаприлова Н. Н.***Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко*

Актуальность. В последние годы в структуре детского травматизма отмечается значительный рост множественных, сочетанных повреждений, термической травмы, приводящих к летальности и инвалидизации пациентов.

Цель исследования: улучшение результатов лечения детей с ранами важных функциональных областей.

Пациенты и методы. С 2006 по 2016 гг. в ожоговом отделении с термическими ранами и травматическими повреждениями в функционально-активных зонах (стопы, кисти, область крупных суставов, шея и т. д.) оперировано 153 ребенка, имеющих послеожоговые (142) и посттравматические (9) контрактуры. Выполнены операции в различные сроки от ожоговых травм (от 6 мес до 3–4 лет). В связи с анатомо-физиологическими особенностями растущего организма ребенка 19% детей оперировано повторно, что нельзя назвать рецидивом контрактур). Профилактика различного рода контрактур и рубцовых деформаций начинаются с момента поступления ребенка на стационарное лечение с термическими и травматическими повреждениями.

Результаты. Профилактика начинается с правильной тактики лечения при лечении ожогов (ранняя некрэктомия с аутодермопластикой, правильной укладки лоскутов, фиксации пальцев кисти, стоп в гиперкоррекции иглами, спицами, лонгетами и другими способами), ранним физиотерапевтическим лечением, постоянным регулярным наблюдением и коррекцией возникающих изменений раневого процесса.

Заключение. Профилактика рубцовых контрактур и деформаций должна начинаться с момента оказания специализированной медицинской помощи. При травматических повреждениях мягких тканей в области функционально-активных зон хирургическую обработку ран проводить с учетом возможных различных осложнений.

384 ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Волков Ю. О., Полуэктов Д. С., Парфенов Д. С., Новиков П. В., Базина И. Г.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность. Проблема травматизма до сих пор чрезвычайно актуальна в челюстно-лицевой хирургии. За последние годы отмечается тенденция к увеличению числа больных с переломами костей лицевого скелета и к утяжелению характера травмы. Несмотря на то, что особенностью переломов нижней челюсти у детей являются переломы по типу «зеленой веточки», позволяющих проводить консервативное лечение, около 20% детей с переломами мышечкового отростка нижней челюсти требуют оперативного лечения с проведением металлоостеосинтеза с различными фиксаторами. Недостатком применения титановых конструкций у детей является необходимость их удаления после консолидации перелома.

Цель исследования: анализ детского травматизма нижней челюсти для совершенствования методов лечения.

Пациенты и методы. Проанализированы клинические наблюдения 57 детей с костно-травматическими повреждениями нижней челюсти, находившимися на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии в Морозовской детской больнице в 2016 г. Возраст получивших травму от 1 года до 17 лет, из них 38 (67%) мальчики и 19 (33%) девочек. Наиболее частой причиной переломов явились бытовая и уличная травма — 35 (61,4%); далее следуют дорожно-транспортные происшествия — 10 (17,5%), травмы, полученные в драке, составили 12 (21%) у 1 (1,7%) ребенка спортивная травма. Переломы нижней челюсти, которые сочетались с черепно-мозговой травмой, наблюдались в 19 случаях (33%).

Результаты. Всем 57 пациентам в полном объеме проводилось комплексное лечение, включающее хирургическое и ортопедическое. Только в ортопедическом лечении перелома нуждалось 42 (74%) ребенка, из них первичная хирургическая обработка проведена у 41 (72%), остеосинтез с применением титановых конструкций у 15 (26%) детей.

Заключение. На госпитальном этапе у всех пациентов после проведенного комплексного лечения к моменту выписки из стационара на 7–10 день осложнений не наблюдалось. Выбор метода лечения в каждом случае должен быть индивидуальным. После выписки всем пациентам требуется длительный период реабилитации.

385

ОСТРАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**Гаевый О. В., Мизецкая Е. А., Шабля В. В., Медоев С. Б., Петрушко С. И., Артарян А. А., Волохин А. Ю.***Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой, Москва*

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение частоты черепно-мозговая травма (ЧМТ), особенно в грудном возрасте.

Цель исследования: изучить особенности тяжелой ЧМТ у детей разного возраста.

Пациенты и методы. Ежегодно через нейрохирургическое отделение ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ проходят в среднем 380 детей грудного возраста с ЧМТ. В течение 2013–2015 гг. наблюдалось 748 ребенка с легкой, 240 ребенка с ЧМТ средней степени тяжести и 19 — с тяжелой.

Результаты. Травма легкой и средней степеней тяжести у грудных детей часто протекает без клинических проявлений, как общемозговых, так и локальных. Благополучный острый период ЧМТ у грудного ребенка приводит к отказу от госпитализации. Между тем, при отсутствии клинических симптомов у грудных детей, на краниограммах определяются переломы костей черепа, а при КТ — зоны пониженной плотности, близкие по томоденситометрическим показателям к отеку головного мозга. Нередко имеют место соматические симптомы в виде повышения температуры, беспокойства, диспептических явлений, с которыми ребенок поступает в неспециализированные, часто инфекционные отделения.

Заключение. Частота последствий ЧМТ у детей, особенно раннего возраста, публикуемая в литературе, до 50–70%, и наши наблюдения указывают на необходимость стационарирования всех детей грудного возраста при наличии факта травмы головы для наблюдения, тщательного обследования, включая методы прямой визуализации, и установления диагноза.

386

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Гаевый О. В., Мизецкая Е. А., Шабля В. В., Медоев С. Б., Петрушко С. И.,
Артарян А. А., Волохин А. Ю.

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

Актуальность. 6% новорожденных имеют различные пороки развития, из них 2,5% — тяжелые или несовместимые с жизнью. В настоящее время в группу дизрафических нарушений относят разнообразные патологические процессы со стороны кожных покровов, мышц спины в сочетании с нарушением формирования спинного мозга, позвоночника и спинномозгового канала. Часто — в сочетании с поражением других органов и систем: головного мозга и черепа, опорно-двигательной, ЖКТ, мочевыделительной.

Цель исследования: изучить особенности организации хирургического лечения спинномозговых грыж у новорожденных.

Пациенты и методы. В ДГКБ им. З. А. Башляевой ДЗМ с 1994 г. оказывается экстренная нейрохирургическая помощь новорожденным со спинномозговыми грыжами (СМГ). К настоящему времени мы располагаем опытом хирургического лечения более 220 новорожденных со СМГ.

Результаты. Объем хирургического вмешательства на нервных образованиях в настоящее время, в основном, определен. Это — устранение или предотвращение ликворреи, разрешение ситуации, связанной с фиксацией спинного мозга и корешков, профилактика этого процесса в дальнейшем, устранение, по возможности, вертебро-медуллярной диспропорции. Обязательным во время оперативного вмешательства является использование увеличительной оптики и микрохирургической техники. Вопросы, связанные с коррекцией порока развития позвоночника, остаются до настоящего времени не решенными. На протяжении последних 5 лет летальность новорожденных со СМГ составляет 0%. Данный результат достигнут посредством активного участия неонатологов на всех этапах лечения.

Заключение. Экстренная помощь новорожденным с пороками развития ЦНС должна оказываться в специализированных многопрофильных детских стационарах с круглосуточной неотложной нейрохирургической и неонатальной службами.

387

**ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА 4-Х ЛЕТ
С ПРИАПИЗМОМ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ****Галибин И. Е., Разумовский А. Ю., Коварский С. Л., Меновщикова Л. Б.,
Смолянкин А. А., Захаров А. И.***Детская городская клиническая больница № 13 имени Н. Ф. Филатова, Москва*

Актуальность. Приапизм редко встречающаяся патология у детей по данным отечественной и зарубежной литературы. Однако последствия такого состояния могут быть крайне неблагоприятны.

Цель исследования: демонстрация успешного случая лечения неишемического приапизма у ребенка с помощью эндоваскулярной эмболизации.

Пациенты и методы. Мальчик 4-х лет получил травму промежности о край стола. Возникла гематома области основания полового члена, патологическая эрекция без тенденции к уменьшению. На УЗИ — патологический свищ с высокоскоростным артериокавернозным сбросом. В течение 5 дней проводилась консервативная терапия без эффекта. Выполнена суперселективная катетеризация и эмболизация ветви внутренней срамной артерии слева.

Результаты. Сразу же после выполнения манипуляции патологическая эрекция значительно уменьшилась. При контрольном обследовании через 2 месяца: патологическая эрекция не отмечается, эректильная функция сохранена. На УЗИ с доплерографией внутриорганный кровоток сохранен.

Заключение. У детей приапизм встречается крайне редко, тем не менее дифференцированный диагностический подход на современном технологическом уровне позволяет своевременно поставить диагноз, уточнив форму приапизма. При неишемическом приапизме при неэффективности консервативного лечения альтернативным методом может служить эндоваскулярная эмболизация, позволяющая сохранить кровоток в кавернозных телах и избежать грозных осложнений.

388
ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ
ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ
ГЕНИТАЛИЙ У ДЕТЕЙ

Галкина Я. А., Сибирская Е. В., Буллик П. В., Попов М. А., Семенов Н. Ю., Федорова Н. С.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность. Диагностика заболеваний органов малого таза у девочек, протекающих с острыми болями в животе, является актуальной проблемой детской хирургии и гинекологии. Объективные трудности клинического осмотра пациенток, связанные с особенностями строения и топографии внутренних гениталий, делает эхографическое исследование приоритетным при обследовании пациенток этой группы.

Цель исследования: разработка эхографической семиотики и определение возможностей метода при таких неотложных состояниях, как перекрут неизменного придатка, перекрут кистозного образования и паровариальных образований придатков, апоплексии яичника и другой патологии внутренних гениталий у девочек, протекающей с острыми болями в животе.

Пациенты и методы. Обследовано более 500 девочек в возрасте от 2–18 лет с острыми болями в животе, обусловленными неотложной патологией органов малого таза.

Результаты. Эхографическое исследование имеет существенные приоритеты перед другими методами при обследовании пациенток с острой патологией органов малого таза из-за своей неинвазивности; обладает высокими показателями чувствительности в выявлении патологических объемных образований малого таза и высоким диагностическим потенциалом при выявлении ретенционных образований яичников, пороков развития с задержкой менструальной крови, протекающих с острыми болями в животе и такой неотложной патологии, как перекрут яичника и паровариальных образований. Однако, эхография отличается ограниченными возможностями в оценке топографии кистозных образований брюшной полости и малого таза значительных размеров и оценке морфологической принадлежности этих кистозных образований.

Заключение. Эхография успешно реализовывает свои возможности в диагностике неотложной патологии внутренних гениталий у девочек. Но перспективы развития метода ни в коем случае не связаны с абсолютизацией его диагностических возможностей. Для поддержания своего диагностического реноме этот метод, в отдельных случаях, должен уступать место лапароскопии и клинической тактике детского гинеколога.

389

АТИПИЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА И КЛЕБСИЕЛЛЕЗНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА КАК ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**Гисак С. Н., Склярова Е. А., Вечеркин В. А., Черных А. В., Баранов Д. А.***Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко*

Актуальность. Оптимизация лечения детей, больных перфоративным перитонитом.

Цель исследования: установить частоту острого аппендицита клебсиеллезной этиологии у детей и особенности его клинического течения при атипичном расположении червеобразного отростка, совершенствовать раннюю диагностику заболевания.

Пациенты и методы. Острый аппендицит клебсиеллезной этиологии диагностирован уже в стадии перфоративного перитонита (подтверждено бактериологически) у 4 мальчиков и у 3 девочек. Больные были в возрасте от 1 года до 4 лет — 3 детей и от 10 до 14 лет — 4 детей. Заболевание диагностировано после 48–72 часов от начала. Идентифицированы культуры роста возбудителей перитонита применением компьютерной бактериологической диагностики при помощи баканализатора Labsystems iEMS Reader MF.

Результаты. Перитонит был местным у 4 детей и разлитым у 3 больных. Ретроцекальное расположение червеобразного отростка у 4 больных, тазовое у 3 детей. Клебсиеллезная этиология аппендицита выявлена за истекшее пятилетие лишь у 7 (5,9%) пациентов. Традиционно клебсиелла является возбудителем гастроэнтерита, гастроэнтероколита, энтероколита, энтерита. У 7 пациентов педиатры и хирурги, лечившие больных с клебсиеллезной диареей, не прогнозировали развитие острого аппендицита. В последние годы условно патогенная клебсиелла стала известна как экстракишечная инфекция (*Klebsiellae oxytoca*). Однако она может быть идентифицирована и при хирургической патологии. В 7 случаях заболевания поздняя диагностика аппендицита обусловлена отсутствием ожидания педиатрами острого аппендицита клебсиеллезной этиологии.

Заключение. Трудности диагностики клебсиеллезного аппендицита у анализируемых 7 детей отягощены атипичным расположением червеобразного отростка (тазовое и ретроцекальное), с атипичным течением клебсиеллезной инфекции. Успешность диагностики на ранних стадиях болезни может обеспечить детям неотложное применение: лапароскопии, УЗИ, РКТ, лабораторных компьютерных технологий.

390

ОПТИМИЗАЦИЯ ТРАДИЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ПЕРФОРАТИВНЫМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ ЭШЕРИХИОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Гисак С. Н., Складорова Е. А., Вечеркин В. А., Черных А. В., Баранов Д. А.,
Шестаков А. А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко

Актуальность исследования обусловлена необходимостью дифференцированного подхода к лечению.

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения детей, больных шерихиозным гнойным перфоративным перитонитом аппендикулярного происхождения.

Пациенты и методы. 82 детям в возрасте от 2 лет 3 месяцев до 14 лет проведен бактериальный посев выпота брюшной полости. Мальчиков было 51, девочек — 31. Диагноз: «Острый гнойный пероративный перитонит аппендикулярного происхождения» подтвержден интраоперационно. Идентификация возбудителей перфоративного перитонита была выполнена при помощи баканализатора Labsystems iEMS Reader MF.

Результаты. Возбудитель *E. coli* установлен лишь у 30 (36,5%) из 82 случаев заболевания. В их числе: у 8 детей в возрасте от 1–4 лет, у 10 детей от 4–7 лет, у 12 от 7–14 лет. Отграниченный гнойный перфоративный перитонит диагностирован у 19 (63,3%) больных, разлитой выявлен у других 10 (33,3%) пациентов и тотальный у 1 (3,3%) ребенка. Абсцедирующая форма острого аппендицита включала: аппендикулярный инфильтрат с последующим абсцедированием (3), межпетельные абсцессы (2), тифлит (4), гнойный оментит (9), сальпингит у 4 больных девочек. Релапаротомии выполнены 4 больным детям с продолженным перитонитом и спаечной непроходимостью, вскрытие аппендикулярных и межпетельных абсцессов — 5 больным. Отмечено различие в антибиотикочувствительности и антибиотикорезистентности энтеробактерий *E. coli*, *Escherichia fergusonii*, *Enterococcus faecium*, *Enterococcus faecalis*, что не учитывалось в проведении традиционного лечения. С учетом установленных различий лечение всем 30 больным детям проведено дифференцированно.

Заключение. Успешное лечение всех 30 детей обеспечило дифференцированный подход к выполнению комплексных лечебных мероприятий в связи с различием в послеоперационном течении заболевания, вызванного *E. coli*, *Escherichia fergusonii*, *Enterococcus faecium*, *Enterococcus faecalis*.

391

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ КОМАНДНОМ ПОДХОДЕ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА**Глаголев Н. В., Нейно Н. Д., Вечеркин В. А., Щербов С. Г., Козлитина Т. Н., Санин В. Б., Древаль Д. Л., Семирод А. Д., Попова М. Н., Лернер С. И., Маслова И. В.***Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко*

Актуальность. Черепно-мозговая травма среди прочих повреждений у детей достигает 30–50%. По данным ВОЗ она ежегодно нарастает на 2%.

Цель исследования: повышение эффективности комплексного лечения детей с тяжелой сочетанной травмой.

Пациенты и методы. Проведен анализ результатов лечения 75 больных, находившихся на лечении в 2014–2016 гг. с тяжелой сочетанной травмой с преобладанием черепно-мозговой травмы. По механизму травмы: автодорожная — 66, падение с высоты — 5, бытовая — 4. Из районов области доставлены 57 больных. Проводился мониторинг жизненно важных функций, РКТ, МРТ, ЭКГ, УЗИ, рентгенография, измерение ВЧД (при наличии датчика). Комплекс лечебных мероприятий включал: коррекцию витальных функций, поддержание гомеостаза, выполнение алгоритма коррекции ВЧД. Операции: трепанация по очагу повреждения, декомпрессивная трепанация черепа, реконструкции лицевого черепа, на органах брюшной полости, остеосинтез, ПХО ран. Больным с нарушением сознания после стабилизации состояния — переводе на самостоятельное дыхание и стабилизации гемодинамики с положительным эффектом проводились сеансы гипербарической оксигенации в остром периоде.

Результаты. Оценка результатов лечения по шкале исходов Глазго: выздоровление без неврологического дефицита — 61 ребенок (81,2%), выздоровление с минимальным неврологическим дефицитом — 8 (10,6%), выздоровление с грубым неврологическим дефицитом — 3 больных (4%), вегетативное состояние — нет, летальный исход — 4 (5,3%). Значительное улучшение метаболизма мозговых структур.

Заключение. Комплексный подход к оказанию помощи пациентам с тяжелой сочетанной травмой с преобладанием ЧМТ, включающий применение новых методов диагностики, сокращение времени транспортировки пострадавших до специализированного стационара, внедрение метода ГБО в остром периоде травмы привел к улучшению результатов лечения пострадавших детей. Отмечено снижение летальности на 3,1% (в сравнении с предыдущими годами); уменьшение неврологического дефицита; инвалидизации; 100% социальное восстановление.

392

ТРАВМА КИСТИ У ДЕТЕЙ: ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ

Гордиенко И. И., Кожевников Е. Г., Цап Н. А.

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург
Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. Травма кисти у детей составляет примерно 10% от всех повреждений опорно-двигательного аппарата. Несмотря на интенсивное развитие хирургии кисти, восстановление ее формы и функции удается достигнуть не всегда.

Цель исследования: изучить методы хирургического лечения открытых травм кисти и ее последствий у детей.

Пациенты и методы. В аналитическую выборку включены 166 детей с открытыми травмами кисти, которые находились на лечении в травматологическом отделении за период с 2010 по 2016 гг. В половом соотношении мальчики (56,6%) в незначительной степени преобладали над девочками (43,4%). Возрастные группы имеют близкое соотношение: дети до 3 лет — 30,1%, с 4 до 7 лет — 33,7%, старше 8 лет — 36,7% случаев. Основные методы диагностики — клинический и рентгенологический.

Результаты. Все дети были госпитализированы в неотложном порядке. В структуре повреждений кисти установлены значимые группы: 1. открытые переломы фаланг пальцев и пястных костей (29%). 2. травматические ампутации мягких тканей и ногтевых фаланг (26%). Прочие раны различной локализации составили 45% случаев. Выбор экстренного хирургического вмешательства базировался на виде повреждения: расширенная первичная хирургическая обработка раны, первый этап итальянской пластики, формирование культи фаланги пальца, остеосинтез фаланг пальцев иглой или спицей Киршнера. В послеоперационном периоде все дети получали короткий курс антибактериальной терапии и обезболивание в возрастной дозировке. В комплекс лечения включали противорубцовую терапию и лечебную физкультуру для разработки движений. В результате лечения хватательная функция кисти не страдала, за исключением случаев обширных повреждений 1 пальца кисти. Косметический результат во всех случаях был удовлетворительным.

Заключение. При хирургическом лечении открытых повреждений кисти у детей требуется максимально органосохраняющая оперативная тактика, что позволяет минимизировать тормозящее влияние на саморазвитие ребенка путем активных действий кистью. Особое значение имеет органосохранность при повреждениях 1 пальца кисти.

393 ТРАВМА СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Горелик А. Л., Карасёва О. В., Чернышева Т. А.

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

Актуальность. Селезенка является наиболее уязвимым органом брюшной полости. В связи с развитием современных методов визуализации, доступностью ультразвуковой диагностики, возможностями мониторинга, принципиально изменилась концепция лечения травмы селезенки.

Цель исследования: улучшить результаты лечения травмы селезенки у детей путем оптимизации лечебно-диагностического алгоритма.

Пациенты и методы. В период 2013–2016 гг. в НИИ НДХиТ пролечено 94 ребенка с травмой селезенки (мальчики – 68,7%, девочки – 31,3%). Средний возраст детей – $8,2 \pm 5,5$ лет.

Результаты. Большинство детей пострадали в результате кататравмы (34,3%) и ДТП (31,3%), остальные – в результате падения с небольшой высоты, удара в живот, удара об руль велосипеда/самоката. 53,7% детей были доставлены по наряду СМП (53,7%), остальные переведены из другого ЛПУ (41,8%) или самотеком (4,5%). В структуре травмы сочетанной травма составила 76,1%, изолированная – 20,9%, множественная травма живота в 3%. Среди детей, первично поступивших в НИИ НДХиТ, процент оперированных составил 10,3%, а среди детей, переведенных из других стационаров – 75%. Для определения тактики хирурга учитывали 3 основных фактора: стабильность гемодинамики, объем гемоперитонеума по данным УЗИ, тяжесть травмы селезенки по данным СКТ. При выявлении нетяжелой травмы, а также малого гемоперитонеума проводили консервативную терапию. Гемодинамически нестабильным детям показано УЗИ и при выявлении большого гемоперитонеума экстренная лапаротомия. При стабильной гемодинамике средний гемоперитонеум является показанием для динамического наблюдения. При нестабильной гемодинамике и выявлении среднего гемоперитонеума ребенку показано выполнение противошоковых мероприятий, СКТ с внутривенным контрастированием. При стабилизации гемодинамики, отсутствии экстравазации контрастного вещества по данным СКТ показано динамическое наблюдение. При наличии КТ-признаков продолженного внутрибрюшного кровотечения показана лапаротомия.

Заключение. Пошаговый протокол диагностики и лечения травмы селезенки позволяет дифференцированно подходить к определению хирургической тактики, уменьшить хирургическую агрессию, избежать «напрасных» операций.

394

РОЛЬ РЕАНИМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Гумеров А. А., Юнусов Д. И., Псянчин Т. С.

Республиканская детская клиническая больница, Башкортостан, Уфа

Актуальность. Проблема лечения сочетанных травм исключительно сложна. Большое значение в оптимизации помощи детям с тяжелой травмой имеет работа реанимационно-консультативных центров (РКЦ).

Цель исследования: оценка эффективности оказания помощи при сочетанной травме у детей.

Пациенты и методы. Изучены показатели эффективности лечения 126 детей с сочетанной травмой. Мальчиков было 74, девочек — 52. Средний возраст составил $9,1 \pm 3,7$ лет. Дистанционно по линии РКЦ консультирован 61 пациент, выезды осуществлены к 65 детям. Средний балл тяжести травмы по шкале ISS составил $21,3 \pm 8,6$, GCS — $12,9 \pm 2,4$. В состоянии шока были 61,3% пострадавших.

Результаты. По видам травматизма: транспортный у 79,4%, бытовые травмы у 13,5%, уличные у 5,6%, прочие 1,6%. Сочетание повреждений: ОДС и ЧМТ у 83,9%; ОДС, ВО и ЧМТ у 11,5%; ОДС и ВО у 4,6%. У детей выявлено: 234 перелома конечностей и костей туловища, 101 черепно-мозговая травма, 21 повреждение внутренних органов, 54 раны. Консультация в РКЦ проведена в 126 случаях. Диагностические ошибки и недооценка тяжести пострадавших детей врачами ЦРБ имела место у 45 (35,7%) пострадавших. После проведения диагностики имеющихся повреждений и предоперационной подготовки пострадавшим были проведены оперативные вмешательства в 46 случаях, направленные на устранение жизнеугрожающих расстройств и стабилизацию состояния пациентов. Транспортировка пациентов в РДКБ осуществлялась после купирования травматического шока, проведения оперативных вмешательств, устранения жизнеугрожающих расстройств, стабилизации и улучшения тяжести состояния пострадавших. Длительность пребывания детей в районной больнице до перевода в центр, в среднем составила $4,31 \pm 1,61$ суток.

Заключение. Таким образом, совместное участие детских анестезиологов-реаниматологов и травматологов-ортопедов в работе РКЦ, улучшает качество диагностики, сокращает сроки выполнения неотложных оперативных вмешательств, способствует более раннему переводу в РДКБ и увеличивает выживаемость пострадавших.

395

ВРОЖДЕННЫЕ СРЕДИННЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ У ДЕТЕЙ**Дияров Н. А., Хуррамов Ф. М., Рахматуллаев А. А.***Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан*

Актуальность. Врождённые срединные кисты и свищи шеи являются результатом нарушения внутриутробного развития плода. Анализ о частоте данной патологии констатирует, что в детском возрасте она встречается значительно чаще.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения детей с врожденными кистами и свищами шеи.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 41 ребенка в возрасте от 1 года до 15 лет с врожденными кистами и свищами шеи: от 1–3 лет было 12 (29,3%) детей; от 3–7 лет – 20 (48,8%); от 8–15 лет – 9 (21,9%). Девочек было 24 (58,5%), мальчиков – 17 (41,5%). Среди них срединные кисты шеи выявлены у 26 (63,4%) больных, свищи шеи у 7 (17,1%), боковые свищи шеи у 8 (19,5%).

Результаты. У наблюдаемых из 41 детей 26 (63,4%) больным произведено иссечение срединных кист шеи, 8 больным боковых свищей шеи 7 больным срединных свищей шеи. На основании данных контрастных КТ исследований у 6 (14,6%) больных определили ответвление свищей шеи. Среди 26 больных с кистами шеи, у 8 (19,5%) при поступлении в клинику отмечались воспалительные явления в области аномальных образований. Этим детям проводилось лечение, направленное на ликвидацию воспалительных явлений. Через месяц после стихания воспалительных явлений детям предлагалось оперативное лечение. Из 15 больных со свищами шеи, которые оперированы после стихания воспалительных явлений, рецидив заболевания мы наблюдали у 2 (4,9%) детей. Больные с рецидивами заболевания после лечения в нашей клинике были оперированы повторно. При гистологическом исследовании удаленных кист и свищей выявлено, что внутренний слой их стенок чаще всего выстлан многослойным плоским неороговевающим эпителием, иногда мерцательным и цилиндрическим.

Заключение. Наш опыт показывает, что предшествующие воспалительные процессы затрудняют полное иссечение свища, вследствие чего может наблюдаться рецидив свища. При врождённых свищах и кистах шеи необходимо проведение хирургического лечения в любом детском возрасте, сразу же после выявления патологии.

396

ХИРУРГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Дроздецкий А. П., Овсянкин А. В.

*Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования,
Смоленск*

Актуальность. Развитие технического прогресса ведет к увеличению пострадавших детей с тяжелой травмой позвоночника.

Цель исследования: внедрить современные технологии хирургии повреждений позвоночника у детей в ФГБУ «ФЦТОЭ» г. Смоленск.

Пациенты и методы. С 2013 по 31.12.2016 гг. в ФГБУ «ФЦТОЭ» г. Смоленска прооперировано 18 пациентов с повреждениями позвоночника в возрасте от 9 до 18 лет. 4 девочки и 14 мальчиков. У 5 пациентов отмечался переломовывих, у 2 флексионно-дистракционное повреждение, у 10 взрывной перелом и у 1 пациента компрессионный перелом с компрессией передней колонны более 50%. Выраженный неврологический дефицит наблюдался у 6 пациентов из них 2 параплегии с нарушением функции тазовых органов и 4 глубоких нижних парапареза. По локализации у 4 пациентов был поврежден грудной отдел, у 8 поясничный, у 5 груднопоясничный переход и у 1 пациента шейный отдел. У всех пациентов отмечался посттравматический кифоз. Причина травмы: 10 пациентов пострадали в ДТП, 5 кататравма, на 3 пациентов отмечалось падение тяжелых предметов. Всем пациентам выполнялись различные технологии хирургического лечения в зависимости от характера повреждения.

Результаты. У 15 пациентов результат оценен как хороший: достигнута коррекция и стабилизация поврежденного сегмента, восстановлен сагиттальный баланс позвоночника. У 4 пациентов с глубоким нижним парапарезом наступил регресс неврологического дефицита. У 2 с переломо-вывихом в грудном отделе сохраняется нижняя параплегия с нарушением функции тазовых органов при корригированном и стабилизированном позвоночнике.

Заключение. Основными причинами тяжелых повреждений позвоночника у детей являются дорожно-транспортные происшествия и падения с высоты (кататравма). Лечебно-диагностические возможности ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» (г. Смоленск) позволяют внедрять и развивать высокотехнологические методы хирургического лечения повреждений позвоночника у детей разных возрастных групп.

397

КИШЕЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ПЕЙТЦА-ЕГЕРСА У ДЕТЕЙ**Дьяконова Е. Ю., Прудникова Т. А., Лохматов М. М., Гусев А. А.,
Окулов Е. А., Бекин А. С., Романова Е. А., Тимофеев И. В., Хроленко П. В.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Синдром Пейтца-Егерса — наследственное полиэтиологичное заболевание, для которого характерно формирование гамартомных полипов во всех отделах желудочно-кишечного тракта. Одним из патогномоничных его проявлений является кишечная инвагинация, которая зачастую рассматривается самостоятельно, в отрыве от основного заболевания.

Цель исследования: оценить роль кишечной инвагинации, как клинического признака полипоза ЖКТ, определить тактику ведения детей старшей и средней возрастных групп с клиникой кишечной инвагинации.

Пациенты и методы. В исследовании входило 8 детей, в возрасте 7–17 лет, находившихся в НЦЗД в течение последних 3-х лет. У всех детей в анамнезе отмечена клиника кишечной инвагинации; по месту жительства у 6 выполнялась дезинвагинация, у 2 из них 2 и более раз, у 2 выполнены лапаротомии с резекцией участка кишки. У 3-х детей кишечная инвагинация послужила поводом для проведения эндоскопического исследования, установлен диагноз: синдром Пейтца-Егерса.

Результаты. На базе НЦЗД всем детям диагноз: синдром Пейтца-Егерса, подтвержден молекулярно-генетически, выполнено расширенное эндоскопическое исследование, включая ЭГДС, колоноскопию, энтероскопию с одномоментным удалением полипов. Ранних осложнений не отмечено. У одного ребенка в послеоперационном периоде развилась клиника кишечной непроходимости, обусловленная множественными инвагинациями по ходу тонкой кишки. Выполнена лапаротомия, энтеротомия, полипэктомия. Резекции кишки не проводилось. Все дети в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Заключение. Таким образом, клиника кишечной инвагинации у детей старше года, а особенно в средней и старшей возрастной группе, требует полного эндоскопического исследования для исключения полипоза ЖКТ, что позволит своевременно установить диагноз. Резекции кишки у пациентов с синдромом Пейтца-Егерса нецелесообразны, при необходимости оперативного вмешательства, оптимальным следует считать колотомию с удалением полипов.

398

ТАКТИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Дьяконова Е. Ю., Лохматов М. М., Прудникова Т. А., Окулов Е. А.,
Гусев А. А., Тимофеев И. В., Бекин А. С., Романова Е. А., Хроленко П. В.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Желудочно-кишечное кровотечение является жизнеугрожающим состоянием, приводящим к развитию анемии разной степени выраженности. Важной проблемой является своевременная эндоскопическая диагностика локализации, распространенности и характера источника кровотечения с последующим принятием соответствующих мер для его остановки.

Цель исследования: выбор наиболее эффективного эндоскопического метода остановки кровотечений разной степени выраженности при различных повреждениях слизистой оболочки ЖКТ.

Пациенты и методы. За последний год в хирургическое отделение ФГАУ «НЦЗД» госпитализировано 35 детей (18 девочек и 17 мальчиков, в возрасте от 1 года до 17 лет) с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. Эндоскопическая остановка кровотечения верхних отделов ЖКТ потребовалась в 5 случаях. Гемостаз осуществлялся посредством инъекций лекарственных препаратов и аргоноплазменной коагуляции, клипирования, применения полисахаридных гемостатических систем.

Результаты. Причинами кровотечений верхних отделов ЖКТ являлись язвенные дефекты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, ДВС-синдром. Применение полисахаридной гемостатической системы оказалось эффективным у 3 из 5 пациентов (60%) — в случае обширных диапедезных кровотечений при ДВС-синдроме. У 2 пациентов причиной кровотечения являлся язвенный дефект слизистой оболочки, гемостаз был обеспечен посредством инъекций лекарственных препаратов, аргоноплазменной коагуляции, клипированием.

Заключение. Эффективным эндоскопическим методом остановки распространенного диапедезного кровотечения ЖКТ является применение полисахаридных гемостатических систем. Для остановки кровотечений из язвенных дефектов (Forrest Ia, Ib) требуется поэтапное комплексное эндоскопическое лечение, включающее инъекции в область язвенного дефекта лекарственных препаратов, аргоноплазменную коагуляцию с последующим наложением клипс.

399

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ**Елецкая Е. В., Иванова Т. Ф., Леонов Д. И., Хохлова И. В., Карасёва О. В., Амчеславский В. Г., Чернышева Т. А., Прудникова И. Ю.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва*

Актуальность. Острый период тяжелой механической травмы сопровождается развитием травматического токсикоза, присоединением гнойно-септических осложнений, формированием СПОН, что требует применения эффективных методов детоксикации.

Цель исследования: оценка эффективности применения методов экстракорпоральной детоксикации (ЭКД) в остром периоде ТМТ у детей.

Пациенты и методы. В 2016 г. проведено 42 процедуры 9 больным с ТМТ, включающей ТЧМТ. Первично в стационар поступила 1 пациентка, 8 были переведены из других ЛПУ в разные сроки. Все пациенты нуждались в протекции ЖВФ (ИВЛ и вазопрессорная поддержка).

Показаниями к проведению ЭКД являлись:

1. Явления травматического токсикоза с угрозой развития, либо с начальными проявлениями ОПН (в 44,4% случаях).
2. Развитие развернутого ССВР со значимым ростом маркеров воспаления.

В случаях, сопровождающихся развитием ОПН, использовалась CVVHDF с применением мембраны ЕМіС2. Доза замещения не менее 45,7 мл/кг*час (23 процедуры — 54,8%). У пациентов с церебральным отеком, либо угрозой его развития, преимущественно применялась MPS (16 процедур — 38,1%). С целью коррекции печеночной недостаточности у 1 пациента был выполнен альбуминовый диализ.

Результаты. У всех больных была отмечена положительная динамика на фоне проведения ЭКД. При коррекции травматического токсикоза отмечено снижение КФК (в 2,7 раза), миоглобина на 39,3%. Эффективность ЭКД в случаях коррекции ССВР подтверждалась не только снижением лабораторных показателей эндотоксикоза (СРБ, ПКТ, МСМ, ЛИИ), но и клиническим эффектом (нормализация температуры, уменьшением дозы вазопрессоров (в 69,3% случаях)). Осложнений, в том числе нарастание отека головного мозга у больных с ТЧМТ, отмечено не было.

Заключение. Широкое дифференцированное применение ЭКД у пациентов с ТМТ позволило справиться с явлениями эндотоксикоза и минимизировать риски развития церебрального отека.

400 ПОЛИПЫ ПИЩЕВОДА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Журило И. П., Толкач А. К.

Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З. И. Круглой, Орел

Актуальность исследования обусловлена важностью своевременной диагностики и эффективностью назначаемой терапии при полипах пищевода у детей.

Цель исследования: оптимизация диагностики и тактики лечения при полипах пищевода у детей.

Пациенты и методы. С 2014 по декабрь 2016 гг. в клинике находилось 158 детей с полипами пищевода в возрасте от 1 года до 17 лет. Мальчиков было 86, девочек — 72. Диагностика этого порока основывалась на клинических проявлениях, результатах ЭФГДС, данных биопсийного материала. Все полипэктомии в клинике проводились эндоскопическим способом под общим обезболиванием с использованием: фиброэзофагогастродуоденоскопа «Pentax» FG29VA113873, диатермокоагулятора «ERBE ICC 200», диатермокоагуляционной петли или зонда, биопсийных щипцов.

Результаты. В большинстве случаев боли локализовались в эпигастральной области, имели связь с приемом пищи, а затем приобретали не зависящий от приема пищи характер. Следует отметить, что полипы, имеющие даже крупные размеры, длительное время не беспокоили пациентов и явились случайной находкой при выполнении ЭФГДС. Их размеры колебались от 0,5 до 1,5 см. В пищеводе полипы имели широкое основание, папилломы узкое. Окраска полипов варьировала от бледной до ярко-красной, в ряде случаев имелись эрозивные изменения с налетом фибрина. Консистенция образований чаще была эластичной. При обнаружении полиповидных образований в обязательном порядке проводилась биопсия с последующим гистологическим исследованием. Лечение полипов начинали с консервативной противовоспалительной антацидной терапии, а при выявлении хеликобактера проводилось антихеликобактерное лечение. После проведения комплексной противовоспалительной терапии через 3–6 месяцев отмечалась полная регрессия полипа и уменьшение воспалительных явлений со стороны слизистой пищевода у 68 детей.

Заключение. У 27 пациентов (13 мальчиков и 14 девочек) в связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения произведены полипэктомии. Гистологическое заключение выявило железистые полипы у 21, плоскоклеточная папиллома — у 6 детей. Рецидивов не было. В настоящее время 72 пациента с полипами пищевода находятся под наблюдением.

401

**ЭФФЕКТИВНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ****Журило И. П., Жиронкина В. К., Медведев А. И., Черногоров О. Л.,
Силаев П. П.***Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям
и детям имени З. И. Круглой, Орел*

Актуальность. Широкое использование миниинвазивных технологий при лечении детей с осложненными формами острого аппендицита (ОА) актуализирует изучение факторов прогноза (ФП), влияющих на течение послеоперационного периода.

Цель исследования: выделение наиболее значимых ФП, влияющих на результаты хирургического лечения детей с деструктивными формами ОА, с помощью современных методов биоинформатики.

Пациенты и методы. За период с 2013 по 2015 гг. в хирургическом отделении НКМЦ им. З. И. Круглой г. Орла находилось на лечении 84 пациента с осложненными формами острого аппендицита (абсцессы, перитониты) в возрасте от 1 года до 17 лет. Из них 47 мальчиков, 37 девочек. Оценивалась взаимосвязь ФП (возраст пациента, продолжительность операции, оперирующий хирург, микробный пейзаж и чувствительность к антибиотикам, давность заболевания, сроки лечения и др.) с качественными характеристиками интраоперационной санации. Использовались нативные методы машинного обучения (классификационного анализа) с целью выбора наиболее точной прогностической модели (ПМ). Для построения ПМ были использованы методы: опорных векторов, магический лес, ансамбли деревьев, логистическая регрессия. Для качественной оценки каждой из моделей использовали метод скользящего контроля (кросс-валидации).

Результаты. В зависимости от качества интраоперационной санации все пациенты были разбиты на 4 группы: полная санация проведена 13 (15%), частичная – 57 (68%), без перемен – 13 (15%), усиление обсеменения – 1 (2%). Все пациенты выписаны с выздоровлением. С помощью вышеописанных ПМ оценили взаимосвязь ФП с качеством санации. Из применяемых методов кросс-валидации наилучшие результаты показала модель, построенная на основе метода магический лес (Random Forest Classifier) – средняя точность предсказания 79,41%. Наиболее значимыми ПФ явились: высеянная культура, продолжительность хирургического вмешательства и оперирующий хирург.

Заключение. Использование нативных методов машинного обучения позволяет с высокой степенью вероятности прогнозировать течение послеоперационного периода у детей с деструктивными формами ОА.

402

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Журило И. П., Медведев А. И., Данилова М. С., Черногоров О. Л.

Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З. И. Круглой, Орел

Актуальность. Использование миниинвазивных технологий в лечении детей с дивертикулом Меккеля (ДМ) является актуальной проблемой хирургии детского возраста.

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения детей с данной патологией.

Пациенты и методы. За период с 2010 по 2016 гг. в хирургическом отделении НКМЦ им. З. И. Круглой г. Орла находился на лечении 21 ребенок с ДМ в возрасте от 4 суток до 17 лет (13 мальчиков и 8 девочек). В 14 случаях имелся неосложненный дивертикул, который был выявлен при вмешательствах по поводу: острого аппендицита (7), гинекологической патологии (2), омфалоцеле (2), спаечной непроходимости (1) и при диагностической лапароскопии (2). У 7 детей отмечены осложнения ДМ (инвагинация — 3, дивертикулит — 2, кишечное кровотечение — 2). Всего у 21 больного выполнено 25 оперативных вмешательств (10 открытых и 15 лапароскопических), 2 из которых были связаны с осложнениями открытых вмешательств (спаечная кишечная непроходимость) и 2 — отсроченные лапароскопические ДЭ. Во всех случаях выполняли гистологическое исследование удаленного материала.

Результаты. Всего выполнена 21 дивертикулэктомия (ДЭ) (13 лапароскопически и 8 открыто). Эндоскопическую резекцию ДМ осуществляли с помощью линейных сшивающих аппаратов ENDO GIA Universal 12 мм. Отсроченные лапароскопические ДЭ у 2-х больных с разлитым аппендикулярным перитонием и пельвиоперитонитом выполнили спустя 4 и 6 месяцев. Лишь в 3-х наблюдениях при гистологическом исследовании обнаружили эктопию желез желудка и поджелудочной железы в слизистую ДМ. Средний срок пребывания детей в стационаре составил 7,9 койко-дня при лапароскопических и 9,1 — при открытых ДЭ. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

Заключение. За последние 3 года ДЭ выполняли исключительно лапароскопически. При эндоскопической резекции ДМ с помощью линейных сшивающих аппаратов имеется вероятность наличия остаточной ткани желудка или поджелудочной в зоне механического шва. Прицельное гистологическое исследование краевой зоны резекции позволит прогнозировать возможность развития осложнений.

403

ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТКАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ У ДЕТЕЙ**Завражнов А. А., Шеламо́в И. В., Аргунов А. В.***Городская больница № 4, Сочи**Городская больница № 9, Сочи*

Актуальность. Лечение детей с политравмой является актуальной проблемой и требует разработки оптимальных подходов. (Будкевич Л. И., 2015.) Пациенты с длительно не заживающими ранами составляют до 10% от числа всех пациентов хирургических стационаров (Савельев В. С., 2008).

Цель исследования: анализ результатов лечения детей с обширными тканевыми дефектами конечностей различной локализации при политравме.

Пациенты и методы. Проведен анализ результатов лечения 47 ребенка в возрасте от 3 до 17 лет с тканевыми дефектами конечностей с политравмой, лечившихся в период с 2006 по 2016 гг. в Городской больнице № 9 г. Сочи.

Результаты. При поступлении в стационар в экстренном порядке производилась ПХО раны. Промывание раствором антибиотиков 24 (51%) детей, ультразвуковая кавитация аппаратом Sonosa 190 у 12 (25,5%), вакуумная обработка раны 11–23,4%), активное дренирование 19 (40,4%), пассивное дренирование 28 (59,5%), Кожная пластика местными тканями у 10 (21,2%) детей и по Красовитову 3 (6,4%), производилась экстренно во время ПХО. Дерматомная у 12 (25,5%), комбинированная пластика у 9 (19%), дермотензия 5 (10,6%) случаев, выполнялись на 3–7 сутки. Реконструктивные операции 4 (8,5%), перекрестная пластика лоскутом на питающей ножке 8 (17%) осуществлялись на 7–14 сутки. Осложнения возникли у 22 (46,8%) пострадавших, из них, инфекционные у 36,4%), расхождение швов 5 (10,6%), некроз мягких тканей у 8 (17,2%), контрактуры суставов 4 (8,5%), келоидные рубцы 2 (4,25%). Отдаленные результаты лечения прослежены у 44 пациента в сроки от 1 года до 3 лет. Хорошие результаты достигнуты у 31 (64,3%), удовлетворительные у 10 (22,7%), неудовлетворительные с выходом на инвалидность 3 (6,8%). Летальность составила 2 (4,2%).

Заключение. Рациональная тактика Damage control с комплексом современных методов лечения раны, обеспечивают наиболее благоприятные условия для улучшения результатов лечения. Имобилизация поврежденного сегмента аппаратами наружной фиксации создает благоприятные условия для заживления раны.

404

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Завражнов А. А., Шеламов И. В., Аргунов А. В.

Городская больница № 4, Сочи

Городская больница № 9, Сочи

Актуальность. Политравма у детей является актуальной проблемой современной медицины (Меркулов В. Н., 2012) Увеличивается количество пациентов с открытыми переломами требующими оперативных методов лечения (Дорохин А. И. 2011).

Цель исследования: изучить особенности лечения открытых переломов конечностей у детей с политравмой. Определить тактику лечения, открытого перелома при политравме с целью улучшения результатов лечения.

Пациенты и методы. Произведен анализ результатов лечения 42 ребенка в возрасте от 3 до 17 лет с политравмой с наличием 43 открытых переломов конечностей, лечившихся в период с 2006 по 2016 год, на базе МБУЗ Городской больницы № 9 г. Сочи. По классификации открытых переломов по Gustillo-Andersen 1 ст – 8 детей, (19,0%), 2 ст – 13 (28,5%), 3А – 10 (23,7%), 3В – 8 (12,0%), 3С – 3 (7,1%).

Результаты. Операция остеосинтеза проводилась экстренно у 20 (47,2%) пациентов, из них совместно с бригадой хирургов в 6 (14,2%) случаях, у 3 (7,1%) пациентов отсрочено на 3–7 сутки.

Из 42 пациентов остеосинтез открытых переломов производился у 29 (69,1%), из них АНФ 17 (40,6%), интрамедуллярный 7 (17%), накостный 5 (11,9%), кожная пластика проводилась у 11 (26,4%), шов нерва 3 (2,7%), шов артерии 1 (2,3%), перевязка артерии 2 (4,6%). Заживление раны первичным натяжением у 24 (56,7%) детей, вторичным натяжением 18 (43,3%), замедленная консолидация отмечалась у 5 (11,3%). Пребывание пациентов в стационаре в среднем 25 дней (длительность от 18 до 39 дней). Летальность отсутствовала. Отдаленные результаты лечения прослежены у 41 пациента в сроки от 1 года до 5 лет. Хорошие результаты достигнуты у 27 (64,3%), удовлетворительные у 12 (28,5%), неудовлетворительные у 3 (17,7%).

Заключение. Тактика Damage control orthopedic, ранняя ПХО и малоинвазивный остеосинтез, являлись важнейшим способом профилактики осложнений и улучшения результатов лечения при открытых переломах у детей с политравмой.

405

АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СКЕЛЕТНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП ЛЕЧЕНИЯ**Зорин В. И., Жила Н. Г.**

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет*

Актуальность. В клинической практике в определённых случаях костные повреждения целесообразно рассматривать в качестве полиструктурных, во взаимосвязи всех структур анатомического сегмента: суставного, сухожильно-связочного аппарата, сосудов и нервов.

Цель исследования: улучшение диагностики и лечения полиструктурных повреждений конечностей у детей.

Пациенты и методы. В условиях травматологического пункта, после выписки из стационара наблюдался 21 ребенок с клиникой нейропатии поврежденной конечности. Переломы на уровне локтевого сустава — 14 (67%): чрезмыщелковый перелом плечевой кости — 11, головчатого возвышения — 2, медиального надмыщелка — 1. Переломы предплечья 7 (33%): дистальных метафизов — 3, диафизов — 4. На стационарном этапе проводились: закрытая репозиция при чрезмыщелковых переломах, открытая репозиция при переломах головчатого возвышения и медиального надмыщелка, фиксация спицами. При переломах предплечья открытая репозиция фиксация пластинами — 2, спицами — 1.

Результаты. При переломах на уровне локтевого сустава клиника повреждения локтевого нерва — 9 детей, локтевого и срединного — 2, лучевого — 2, лучевого, срединного и локтевого — 1. При переломах предплечья повреждение лучевого нерва — 3, локтевого — 2, локтевого и срединного — 2. При анализе выписок из стационара указание на нейропатию отмечено лишь в 5 (24%) случаях, ни в одном случае не проводилось соответствующее обследование и лечение. Анализ в 9 (43%) случаях не позволил исключить ятрогенный характер нейропатии. При чрезмыщелковых переломах в 5 случаях отмечено прохождение спицы в проекции борозды локтевого нерва. На фоне консервативного лечения и удаления металлоконструкций в течение 3 месяцев наступил регресс симптоматики — 15 (71%) детей, формирование стойких неврологических нарушений в конечности — 6 (29%) случаев.

Заключение. Вопрос ранней диагностики полиструктурных повреждений конечностей у детей является актуальным, что подтверждается фактами посттравматических нейропатий. Особое внимание должно уделяться соответствующему лечению начиная со стационарного этапа с преемственностью в амбулаторном звене.

406

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА

Иванов П. А., Александров С. В., Баранов А. А.

Детская городская больница № 2 св. Марии Магдалины, Санкт-Петербург

Актуальность исследования связана с высоким процентом тяжелой черепно-мозговой травмы у детей в условиях мегаполиса и сложностью выбора тактики ведения пациентов при повреждениях магистрального синуса, связанной с частыми осложнениями оперативного лечения, как интраоперационными, так и в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования: продемонстрировать возможность консервативного ведения трудного пациента.

Пациенты и методы. Л., 1 год. Получил травму в результате падения с уровня пятого этажа. Отмечалась утрата сознания, рвота. При поступлении состояние крайне тяжелое, шок 2 степени, сопор. Проведена интубация трахеи, переведен на ИВЛ. Проведено КТ-исследование. Диагноз: ОЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Переломы костей свода черепа (лобной правой и левой теменной, затылочной). Перелом основания черепа в средней черепной ямке. Разрыв сагиттального синуса. Острые эпидуральные гематомы правой и левой теменной долей парасагиттальной локализации. Субпапоневротическая гематома правой теменной области. Гематомы правого бедра, правой стопы. Учитывая стабильное состояние пациента, отсутствие признаков продолжающегося кровотечения из места повреждения сагиттального синуса и дислокационного синдрома принято решения от оперативного лечения воздержаться. Проводилась консервативная противоотечная, гемостатическая терапия. На 7 сутки после травмы остро развилась стволовая неврологическая симптоматика с угнетением функции дыхания и сердцебиения, реанимационные мероприятия с эффектом. По данным КТ — регресс эпидуральных гематом, признаки ОНМК субтенториально, заместительная гидроцефалия. Экстубирован на 12 сутки после травмы, переведен на отделение на 21 сутки с положительной динамикой.

Результаты. При контрольных исследованиях отмечено улучшение в неврологическом статусе, регресс правостороннего гемипареза. Ребенок активен, растет, развивается.

Заключение. Консервативное лечение повреждений сагиттального синуса у детей возможно при условии наличия КТ (МРТ)-мониторинга, позволяющего исключить продолжающееся кровотечение и дислокационный синдром.

407

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЕЛИЧИН ИСТИННОГО РАСХОДА ЭНЕРГИИ, ПОЛУЧЕННЫХ РАСЧЕТНЫМ МЕТОДОМ И МЕТОДОМ НЕПРЯМОЙ КАЛОРИМЕТРИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ**Иванова-Давыдова Е. В., Чернышева Т. А., Иванова Т. Ф.,
Карасёва О. В. Амчеславский В. Г.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии
и травматологии, Москва*

Актуальность. Нутритивная поддержка (НП) является важной составляющей интенсивной терапии (ИТ) у больных в отделении анестезиологии и реанимации (ОАР). Для корректного расчета индивидуальной программы НП необходимо знать истинный расход энергии (ИРЭ). Адекватность определения ИРЭ определяет адекватность НП, снижает риск осложнений гипо-, гипералиментации и оправдано экономически. На величину ИРЭ влияет тяжесть травмы, особенно центральной нервной системы (ЦНС), и степень выраженности синдрома системной воспалительной реакции (ССВР). Современные технологии ИТ у детей с тяжелой механической травмой (ТМТ): искусственная вентиляция легких (ИВЛ), седативные препараты, анальгетики, катехоламины также значимо изменяют величину ИРЭ.

Цель исследования: провести сравнительный анализ ИРЭ, определенный методом НК и расчетным способом по Харрисону-Бенедикту у детей в раннем периоде ТМТ.

Пациенты и методы. Обследован 41 больной. Из них 25 мальчиков ($M = 11$, $Q_{25} = 4,5$, $Q_{75} = 15,5$), 16 девочек ($M = 11$, $Q_{25} = 5$, $Q_{75} = 15$). Больные разделены на две группы: $16 < = ISS < 25$ (20 чел.) и $ISS > = 25$ (21 чел.).

Результаты. ИРЭ, определенный методом НК, являющейся на сегодняшний день «золотым стандартом», отличается от расчетного. При прочих равных условиях выявлена достоверная зависимость ИРЭ от степени выраженности синдрома системной воспалительной реакции, тяжести ЧМТ. Сравнительный анализ показал, что величины ИРЭ, измеренные методом НК при седации, анальгезии, ИВЛ, инфузии катехоламинов, меньше, чем рассчитанный по формуле Харрисона-Бенедикта, что обосновывает необходимость НК для индивидуального подбора адекватной НП.

Заключение. Современные технологии ИТ значимо влияют на величину ИРЭ. Сравнительный анализ доказывает адекватность НК для подбора НП. НК позволяет снизить риски осложнений гипо- и гипералиментации и является необходимой составляющей многокомпонентного мониторинга в ОАР.

408
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЪЕМНО-МАНОМЕТРИЧЕСКОЙ
ПРОБЫ И АВТОМАТИЗИРОВАННОГО СПОСОБА ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Изосимов А. Н.

Тольяттинская городская детская больница № 1

Актуальность. Острая инвагинация кишечника до настоящего времени остается важнейшей проблемой абдоминальной хирургии детского возраста. Инвагинация кишечника у детей составляет 40–50% среди всех форм острой кишечной непроходимости и 60–70% среди приобретенной непроходимости. Наиболее дискуссионными остаются вопросы выбора тактики, способов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей.

Цель исследования: улучшение диагностики и результатов лечения детей с инвагинацией кишечника.

Пациенты и методы. Мы изучили результаты диагностики и лечения 437 детей с инвагинацией кишечника в возрасте от 3 недель до 14 лет за период с 1986 по 2016 гг. В основную группу вошли 320 пациентов, которым для диагностики инвагинации применялась объемно-манометрическая проба (ОМП), в том числе у 29 пациентов — автоматизированная электронная система диагностики инвагинации. В группу сравнения вошли 117 детей, которым были применены рентгеновские и ультразвукографические методы диагностики.

Результаты. Разработанный прибор «АЭСДИ ОМП-01» и методика диагностики и лечения, наиболее часто встречающихся форм инвагинации кишечника у детей, исключают лучевую нагрузку на больного и медицинский персонал, повышают возможность консервативной дезинвагинации до 93–95%.

Заключение. Преимущества прибора АЭСДИ-ОМП перед известными методами следующие: применение прибора позволяет исключить лучевую нагрузку на пациента и медицинский персонал; обеспечивает возможность контроля над расправлением инвагинации; является более достоверным и безопасным способом диагностики кишечной инвагинации. Автоматизация исследования создает удобства для выполнения манипуляции, позволяет фиксировать проводимые исследования на электронных носителях, что является неотъемлемым требованием доказательной медицины; появляется возможность использовать прибор для ранней диагностики и лечения кишечной инвагинации в труднодоступных и отдаленных от областных центров районах.

409 КОЛОНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ионов Д. В., Донской Д. В., Соловова В. П., Аллахвердиев И. С.,
Лазарева В. В., Ольхова Е. Б., Соколов Ю. Ю.

Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

Актуальность. По литературным данным причиной возникновения инвагинации кишечника у детей, в 5–7% наблюдений, является документированные органические факторы: дивертикул Меккеля, полип, лимфаденит, удвоение кишечной трубки и т. д. К наиболее редким причинам инвагинации относят злокачественные поражения кишки.

Цель исследования: колоноскопия у этих детей может осуществляться для уточнения диагноза, определения степени жизнеспособности кишки и определения дальнейшей лечебной тактики.

Пациенты и методы. В период с 2014 по 2016 гг. в ДГКБ св. Владимира находилось на лечении 3 пациента в возрасте от 6 до 17 лет с новообразованиями кишечника, являвшимися причиной возникновения острой инвагинации. Во всех наблюдениях выполнялась лапароскопическая дезинвагинация. Показаниями к проведению колоноскопии служили рецидив инвагинации и подозрение на наличие новообразований илеоцекальной области выявленных при УЗ-исследовании.

Результаты. У двух пациентов 6 и 17 лет обнаружены интестинальные новообразования дистальных отделов подвздошной кишки. При иммуногистохимическом исследовании верифицирована лимфома Беркитта. Оба ребенка оперированы в специализированных стационарах. В одном наблюдении, у пациента 7-ми лет диагностирован доброкачественный ювенильный (кистозно-гранулирующий) полип купола слепой кишки. Выполнена эндоскопическая полипэктомия.

Закключение. Таким образом, колоноскопия является важным методом диагностики и лечения при рецидивирующих инвагинациях кишечника у детей.

410

ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВАЯ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА У СПОРТСМЕНОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Исхаков О. С., Янюшкина О. Г., Новоселова И. Н.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Актуальность. Травмы при занятиях спортом составляют значительную часть у детей и молодых людей.

Цель исследования: определить структуру спортивной травмы в НИИ НДХиТ.

Пациенты и методы. Выявлено 1489 пациентов со спортивной травмой, что составило 8,1% от 17610 госпитализированных с острой травмой. У 1129 (75,8%) были травмы костно-мышечной системы. Травмы позвоночника были у 93 (6,3%). У 12 (0,9%) из них была осложненная ПСМТ. ЧМТ была у 287 (19,3%).

Результаты. ЧМТ и ПСМТ были у 299 пациентов. Вклад каждого вида: футбол 78 (26,1%); спортивные единоборства 60 (20,1%); бокс 14 (4,7%); конный спорт 13 (4,3%); гимнастика 11 (3,7%); фигурное катание 16 (5,4%); легкая атлетика 11 (3,7%); хоккей 23 (7,7%); лыжный и конькобежный спорт — 5 (1,7%); плавание 9 (3,0%); игровые виды: 29 (9,7%); велоспорт 7 (2,3%); прочие виды спорта 23, что составило 7,7%. В структуре нейротравмы преобладала легкая ЧМТ 84%. Оперировано 799 (54%) больных. Операции при ЧМТ проведены 21 (2,7%) пациенту и 10 с ПСМТ. У 2 детей младшего возраста отмечались повреждения спинного мозга по типу SCIWORA. Все пострадавшие с нетяжелой ЧМТ и ПСМТ выписаны с хорошим исходом. У 6 пациентов (2%) с тяжелой ЧМТ и ПСМТ в отдаленном периоде сохранялась глубокая или умеренная инвалидизация.

Заключение. Спортивная травма у детей среди всех видов травм составляет 8,1%. Среди детей, получивших спортивную травму, преобладают травмы костно-мышечной системы. Пострадавшие с нейротравмой составляют около 20%, а повреждения позвоночника и спинного мозга около 1%. В структуре нейротравмы преобладает сотрясение головного мозга (84%). Наиболее частой причиной спортивной травмы у детей является футбол (26,1%) и единоборства (20,1%). Чаще всего травмы при занятиях спортом получают дети от 12–15 лет. Средний возраст детей получивших спортивную травму $12,59 \pm 3,1$, что достоверно выше среднего возраста детей поступивших с острой травмой ($9,41 \pm 5,1$).

411

ТРАВМА ПЕЧЕНИ В СТРУКТУРЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ**Карасёва О. В., Уткина К. Е., Горелик А. Л., Чернышева Т. А.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва*

Актуальность. Травма печени в структуре тяжелой сочетанной травмы (ТСТ) у детей является вторым по частоте повреждением органов брюшной полости после повреждения селезенки. Современные возможности позволяют своевременно диагностировать и детально оценивать тяжесть повреждения печени.

Цель исследования: проанализировать частоту, структуру и особенности хирургической тактики при травме печени в структуре ТСТ у детей.

Пациенты и методы. В НИИ НДХиТ за период с 2010 по 2016 гг. пролечено 108 пациентов с травмой печени в структуре ТСТ (ISS $28,6 \pm 6,4$). Из них 56,5% составили мальчики, 43,5% — девочки; средний возраст — $8,5 \pm 6$ лет. 28 пациентов (25,9%) были первично госпитализированы в НИИ НДХиТ с места происшествия, остальные переведены из других стационаров.

Результаты. Анализ причин травмы показал, что практически все пациенты (97%) пострадали в результате ДТП или падения с высоты (49,1% и 48,1% соответственно). Тяжесть повреждений печени оценивали по шкале AIS. У 19,4% пациентов имело место повреждение 1 степени, у 40,7% — 2, у 27,8% — 3, у 9,3% — 4, и у 2,8% — 5. У 69,4% пациентов имелись множественные повреждения органов брюшной полости. 63 пациента (58,3%) потребовали выполнения оперативного вмешательства на органах брюшной полости, причем 74,6% из них имели множественные повреждения органов брюшной полости. При первичной госпитализации в специализированный стационар (НИИ НДХиТ) оперативная активность при повреждении печени составила 14,3%, у остальных пациентов была выбрана и оказалась эффективной консервативная тактика. Выбор тактики ведения основывался на оценке гемодинамики, объема гемоперитонеума в динамике по данным УЗИ и тяжести травмы печени по данным СКТ. Из 108 пациентов 14 случаев (13%) закончились летальным исходом, обусловленным тяжестью сочетанных повреждений. Только у 2 (1,8%) пациентов повреждения печени с внутрибрюшным кровотечением были ведущими причинами танатогенеза.

Заключение. Используемый лечебно-диагностический алгоритм позволяет сократить число необоснованных оперативных вмешательств при ТСТ, включающей повреждения печени различной степени тяжести.

412

ТРАВМА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Карасёва О. В., Горелик А. Л., Чернышева Т. А.

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

Актуальность. В структуре абдоминальной травмы у детей частота травмы почек составляет до 20%.

Цель исследования: оптимизация лечебно-диагностического алгоритма на основе современных технологий визуализации и мониторинга.

Пациенты и методы. За период 2012–2016 гг. на лечении в НИИ НДХиТ находились 73 ребенка с травмой почек (мальчики – 57,5%; девочки – 42,5%). Средний возраст составил $11,6 \pm 4,1$ лет. Большинство детей пострадали в результате ДТП (37,03%) и кататравмы (31,5%), в результате падения с небольшой высоты – 16,4%, падения с велосипеда – 9,6%.

Результаты. В структуре травмы преобладала тяжелая сочетанная травма (79,5%; ISS = $24,2 \pm 9,8$) с повреждением нескольких анатомо-функциональных областей (4–5 в 54,8% наблюдений), причем в 63% наблюдений ведущее повреждение было представлено абдоминальной травмой. Изолированная травма почек составила 15%, множественная травма живота – 5,5%. Правая и левая почки повреждались с одинаковой частотой – 46,6%, двухстороннее повреждение отмечено в 6,8% случаев. Всем детям с подозрением на травму почек выполняли СКТ с внутривенным контрастированием и УЗИ в режиме мониторинга. Подавляющее большинство травм почек у детей составили нетяжелые повреждения (травмы I–III степени) – 82,2%. Травма IV степени составили 9,6%. Травма V степени в виде размозжения органа, а также реноваскулярная травма составили по 4,1%. Оперативное лечение потребовалось в 4-х наблюдениях (5,5% случаях). Трех детям была выполнена нефрэктомия. В одном наблюдении была выполнена эндоваскулярная реканализация, тромбоэкстракция, транслуминальная баллонная ангиопластика и стентирование правой почечной артерии.

Заключение. Своевременная диагностика, определение тяжести травмы и организация динамического контроля повреждения позволяют дифференцированно подходить к лечебной тактике и выбрать оптимальный способ лечения.

413

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ**Карасёва О. В., Харитоновна А. Ю., Горелик А. Л., Капустин В. А., Коваленко М. И.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва*

Актуальность. Тяжелая механическая травма (ТМТ), в том числе сочетанная, относится к видам детского травматизма с высокой летальностью. Причинами фатальных исходов часто становятся кровотечения из острых язв желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), являющихся факторами вторичного повреждения мозга и других органов, что определяет исход травмы.

Цель исследования: разработать протокол эндоскопического мониторинга состояния верхних отделов ЖКТ в критическом периоде ТМТ у детей.

Пациенты и методы. С 2010 по 2017 гг. в отделении реанимации и интенсивной терапии НИИ НДХиТ обследовано 124 пациента с ТМТ в возрасте от 0 до 18 лет. Средний возраст $10,5 \pm 5,2$ лет, из них 66% (82) — мальчики, 34% (42) — девочки. С 1-х суток для профилактики эрозивно-язвенных повреждений ЖКТ назначали ингибиторы протонной помпы (ИПП) в вечерние часы в возрастной дозировке. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) выполняли в разные сроки посттравматического периода.

Результаты. Для оценки состояния верхних отделов ЖКТ ЭГДС выполняли на 7–10 сут посттравматического периода. Детям с тяжелой позвоночно-спинномозговой травмой, учитывая высокую угрозу развития желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), ЭГДС проводили в 1–2 сут. Оценивали наличие патологических примесей, состояние слизистой, перистальтическую активность верхнего отдела ЖКТ. ЭГДС также выполняли при клинической картине ЖКК, при нарушениях моторно-эвакуаторной функции. При диагностике активного или состоявшегося ЖКК исследование дополняли комбинированным гемостазом. Усиливали медикаментозную антисекреторную терапию болюсным в/в введением ИПП. Контроль проводили через 5–7 сут. При нарушениях моторно-эвакуаторной функции желудка устанавливали двухпросветный назоинтестинальный зонд для проведения ранней энтеральной терапии. При выявлении воспалительных или деструктивных изменений слизистой дополнительно назначали антациды, препараты висмута с контролем через 5–7 дней. Нарушения моторно-эвакуаторной функции ЖКТ диагностировались у 52% детей, эрозивно-язвенные поражения — 42%, которые в 10,5% осложнились ЖКК (Forrest Ib и IIa, b).

Заключение. Для критического периода ТМТ патогномичны патологические изменения верхних отделов ЖКТ, что определяет обязательное плановое проведение ЭГДС в режиме мониторинга, обеспечивает своевременно неотложную помощь при развившихся осложнениях и их адекватную профилактику.

414

СИОВИТ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА КАК ВОЗМОЖНЫЙ ПРЕДВЕСТНИК БОЛЕЗНИ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА

Кожевников О. В., Иванов А. В., Лысиков В. А.

*Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
имени Н. Н. Приорова, Москва*

Актуальность. Синовит тазобедренного сустава часто встречающееся неспецифическое воспаление синовиальной оболочки тазобедренного сустава у детей. Ранняя диагностика и лечение синовита тазобедренного сустава являются актуальными вопросами детской хирургии и травматологии.

Цель исследования: изучение биохимических данных синовиальной жидкости тазобедренного сустава у детей и предотвращение дальнейшего развития заболевания.

Пациенты и методы. Выполнен анализ лечения 22 детей с синовитом тазобедренного сустава в отделении детской ортопедии ЦИТО. Лечебные мероприятия включали: пункция тазобедренного сустава с эвакуацией синовиальной жидкости, манжеточное вытяжение, физиотерапевтическое лечение, медикаментозная терапия.

Результаты. В эвакуированной из тазобедренного сустава синовиальной жидкости выявлено повышение общего белка до 62,3 г/л, что обусловлено наличием асептического воспаления в суставе. Также у пациентов с синовитом выявлено снижение уровня гиалуроновой кислоты, что свидетельствует о снижении вязкости синовиальной жидкости. Происходит разведение гиалуронана, что обуславливает снижение смазочных свойств. Синовиальная оболочка становится открытой для медиаторов воспаления, что усиливает явления синовита. Проведенные лечебные мероприятия позволили купировать явления синовита у всех пациентов. При динамическом наблюдении рецидивирования артрита не обнаружено. Структура костной ткани головки бедра не изменена. Функция сустава полная.

Заключение. Синовитом тазобедренного сустава чаще всего болеют дети после перенесенного вирусного, бактериального или паразитарного заболевания. Наиболее информативным методом инструментального исследования является ультразвуковая диагностика. При выполнении УЗИ тазобедренного сустава следует обращать внимание на утолщение синовиальной оболочки, расширение шеечно-капсульного пространства, утолщение суставного хряща, т. к. эти признаки наблюдаются наиболее часто.

415

**ЮНОШЕСКИЙ ЭПИФИЗЕОЛИЗ ГОЛОВКИ БЕДРА:
ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ****Кожевников О. В., Кралина С. Э., Иванов А. В., Грибова И. В.***Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
имени Н. Н. Приорова, Москва*

Актуальность. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости – эндокринно-ортопедическое заболевание, требующее принятия неотложных мер, так как не своевременное оказание помощи приводит к тяжелым деформациям с развитием коксартроза.

Цель исследования: выработка оптимальной тактики лечения при ЮЭГБК в зависимости от стадии и степени смещения эпифиза.

Пациенты и методы. Проведено лечение 21 пациента 11–16 лет. Одностороннее поражение – 16, двустороннее – 5. Хроническое течение – 16, острое – 5. Легкая степень смещения – 7 суставов, средняя – 14; тяжелая – 5. Применялась активная хирургическая тактика. При легкой степени выполнялась закрытая репозиция и эпифизеодез двумя канюлированными винтами (12 суставов). Фиксация двумя винтами, стабильно фиксирует эпифиз, предотвращая ротационный элемент смещения. Также эпифизеодез двумя винтами выполнялся как профилактическая мера, на противоположной стороне у пациентов, с односторонним эпифизеолизом. При средней и тяжелой степени выполнялась корригирующая вальгизирующая-переднеротационная остеотомия бедра с фиксацией пластиной Трощенко-Нуждина из детского набора ЦИТО (14 суставов). При нестабильных формах перед коррекцией выполняли предварительный эпифизеодез винтами (10 суставов), при наличии костных мостиков по данным КТ: эпифизеодез не выполняли (4 сустава).

Результаты прослежены в сроки от 2–7 лет (по методике оценки функции сустава ЦИТО). Компенсация достигнута у 86%, субкомпенсация у 13%. Асептический некроз головки бедра не выявлен ни в одном случае. У 4-х пациентов, отмечены начальные явления коксартроза.

Закключение. Основными задачами лечения ЮЭГБК являются: стабилизация и предотвращение смещения эпифиза, закрытие ростковой зоны, устранение шеечно-эпифизарной деформации. Стабильный остеосинтез позволяет провести раннюю активизацию больного с разработкой движений в суставе, что является важной составляющей для получения хорошего результата.

416 ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГАСТРОШИЗИСОМ

**Колесниченко А. П., Боровская А. В., Быкова О. Б., Юрчук В. А., Чубко Д. М.,
Ресницкий П. А.**

Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства

Актуальность. Гастрошизис редкий, угрожающий жизни дефект новорожденных, когда дети рождаются с тяжелейшим пороком развития передней брюшной стенки, при котором в процессе внутриутробного развития через дефект передней брюшной стенки эвентрируются органы брюшной полости.

Цель исследования: провести анализ раннего хирургического лечения гастрошизиса по данным КККЦОМД за период 2012–2015 гг. Задачи исследования: определение возможности малоинвазивного способа лечения гастрошизиса по типу операции Бьянки; оценить возможности анестезиологического пособия в условиях родильного отделения; установить выраженность висцеро-абдоминальной диспропорции.

Пациенты и методы. За период 2012–2015 гг. в перинатальном центре г. Красноярска родилось 12 детей с гастрошизисом, 9 новорожденных с изолированной формой порока, 3 с множественными пороками развития. Из них 10 пациентам оказывалась хирургическая помощь непосредственно в условиях родильного отделения. Все дети переводились на ИВЛ. Далее хирургом проводилась одномоментная коррекция порока по типу операции Бьянки.

Результаты. Отсутствие необходимости в транспортировке из родового отделения в операционную. В ОАР основная терапия направлена на раннее послеоперационное обезболивание, ИВЛ. У детей с изолированным пороком, осложнение в виде висцеро-абдоминальной диспропорции не выявлено, что связано с ранней коррекцией.

Заключение. Применение малоинвазивного оперативного лечения при гастрошизисе в условиях родового отделения не только возможно, но и целесообразно. Проведение анестезиологического пособия в родильном отделении при данном пороке, возможно, без применения дополнительных ресурсов. Висцеро-абдоминальная диспропорция, при данном способе лечения не выявлена.

417

КАК УЛУЧШИТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ?**Колыхалкина И. А., Чернышева Т. А., Амчеславский В. Г., Карасёва О. В., Мещеряков С. В., Иванова Т. Ф.***Научно-исследовательский институт детской хирургии и травматологии, Москва*

Актуальность. Синдром внутричерепной гипертензии (ВЧГ) у больных с тяжелой травмой мозга является одним из ведущих факторов вторичного повреждения мозга, требующий неотложных лечебных мероприятий с постоянным контролем внутричерепного давления (ВЧД).

Цель исследования: оценить эффективность разработанной последовательности неотложных действий при ВЧГ у детей с тяжелой сочетанной травмой.

Пациенты и методы. Проведен анализ 132 историй болезней пациентов с тяжелой травмой мозга. В 27,3% случаев (36 больных) при установке датчика ВЧД, не было отмечено повышения ВЧД. У 16,7% (22 больных) при поступлении была выполнена декомпрессивная трепанация черепа из-за выраженности клинических проявлений внутричерепной гипертензии. В 56% случаев (74 больных) при установке датчика ВЧД было выявлено повышенное ВЧД, которое поддавалось коррекции и этим больным проводили пошаговую терапию ВЧГ. Тяжесть травмы по шкале ISS составила $31,3 \pm 8,6$ балла; нарушение сознания по шкале комы Глазго (ШКГ) $6,6 \pm 1,7$ баллов, степень повреждения головного мозга по данным КТ оценивалась как Маршал II у 68,9%, Маршал III у 31,1% больных. Для анализа эффективности проводимого лечения все 74 больных были разделены на 2 группы: I гр. – пролеченные согласно Протоколу пошаговой терапии ВЧГ (строго определенная последовательность неотложных действий) – 43 больных (58,1%); II гр. – больные с нарушением Протокола пошаговой терапии ВЧГ – 31 больных (41,9%). Результаты лечения в группах оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ).

Результаты лечения, оцениваемые по ШИГ, оказались лучше в I группе больных, что выразилось снижением числа неблагоприятных исходов (вегетативное состояние и летальный исход) на 13,7% по сравнению со II группой больных.

Заключение. Определенная последовательность неотложных действий при интенсивной терапии острой внутричерепной гипертензии (ВЧГ) у детей с тяжелой сочетанной травмой позволяет улучшить результаты лечения в остром периоде травматической болезни.

418

ЗАВОРОТ ЯИЧКА У МАЛЬЧИКОВ И ПОДРОСТКОВ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

Комарова С. Ю., Цап Н. А., Чукреев В. И., Великанов А. В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург

Актуальность. Заворот яичка является прогностически неблагоприятной патологией из всех острых заболеваний органов мошонки (ОЗОМ). Тактические ошибки, допущенные при лечении заворота, приводят к атрофии и потере функции яичка.

Цель исследования: оптимизация длительного динамического наблюдения мальчиков и подростков, перенесших заворот яичка.

Пациенты и методы. Клинический материал исследуемого периода 2005–2016 гг. включает 125 детей с заворотом яичка — 9,2% в структуре ОЗОМ. Преобладало поражение левого яичка — 64% случаев. Чаще заворот яичка возникает в возрастной группе от 11 до 14 лет — 55% детей. Время от начала заболевания до лечения от 1,5 часов до 11 дней. Более половины детей (51%) обратились позже 12 часов. В 80% случаев заворот яичка возник на фоне полного здоровья без провоцирующих факторов и сопровождался основной жалобой — боль в области яичка. Объективно определялась болезненность яичка, отек и гиперемия мошонки. В экстренном порядке проводилось УЗИ органов мошонки. Достоверный диагноз заворота яичка установлен сонографически у 56% мальчиков и подростков.

Результаты. Мануальная деторсия заворота выполнена 38 (30,4%) детям в ранние сроки. Оперативное лечение заворота яичка выполнено 87 детям: ликвидация заворота — 67 (53,6%), орхэктомия — 20 (16%) случаев. У 58 (46,4%) детей проведено исследование антиспермальных антител (АСАТ) в динамике. На 5–7 сутки послеоперационного периода отмечалось повышение АСАТ у 19% пациентов, у 81% детей уровень АСАТ в пределах нормы. В группе детей с ликвидацией заворота и сохранением гонады отмечалось увеличение АСАТ у 62,5% мальчиков, что в 2 раза превышает показатели в группе орхэктомии — 37,5%. При исследовании через 3 и 6 месяцев показатели АСАТ имеют нормальные значения.

Заключение. В основе оценки прогноза и тактики лечения лежат сроки и степень заворота. В группе детей с сохраненной гонадой в 62,5% случаев отмечается повышение значений АСАТ, что является фактором риска функциональной сохранности контрлатерального яичка и требует проведения мониторинга АСАТ в послеоперационном периоде.

419

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ДЕТЕЙ С УРГЕНТНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**Коровин С. А., Дзядчик А. В., Стоногин С. В., Вилесов А. В.,
Аллахвердиев И. С., Соколов Ю. Ю.***Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва**Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой, Москва**Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва*

Актуальность. Вопросы оказания экстренной помощи детям являются приоритетными.

Цель исследования: определить эффективность лапароскопии у детей с ургентными заболеваниями брюшной полости (БП).

Пациенты и методы. В клиниках с 2009 по 2016 гг. было прооперировано 4088 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости (ГВЗБП) (3841): острым и осложненным аппендицитом (3765), воспалением дивертикула Меккеля (ДМ) (27), инородными телами желудочно-кишечного тракта (32), перфоративными гастродуоденальными язвами (15), острым холециститом (2); с острой ишемией БП (104): перекрутами придатков матки и гидатид маточной трубы (69), сальника (26), ДМ и червеобразного отростка (3), селезенки (2), синдромом мальротации (4); с кишечной непроходимостью (113): кишечной инвагинацией (82), обтурационной и странгуляционной непроходимостью (31); с кишечным кровотечением (30): кровоточащим ДМ (29), кистозным удвоением желудка (1). Возраст больных был от 1 месяца до 18 лет.

Результаты. В группе больных с ГВЗБП лапароскопические вмешательства были эффективны в 3677 (95%) наблюдениях. Конверсии потребовались при тяжелых формах перитонита, а также на этапах освоения методики. В группе больных с острой ишемией БП лапароскопия была успешной в 100 (96%) наблюдениях, конверсия была выполнена при тотальном перекруте сальника, запущенных формах кишечной непроходимости. В группе больных с кишечной непроходимостью лапароскопия была эффективной у 72 (69%) больных. Ограничения методик были обусловлены тяжелыми формами кишечной непроходимости, невозможностью лапароскопической дезинвагинации при некрозе кишки и многоцилиндровых инвагинациях. В группе больных с кишечными кровотечениями лапароскопические вмешательства были успешными в 26 (87%) наблюдениях, конверсии были обусловлены подготовленностью специалистов при освоении методики.

Заключение. Лапароскопические вмешательства у детей с ургентными заболеваниями БП могут быть эффективны в 95% наблюдений. Ограничения метода обусловлены тяжестью заболевания первичного порядка, уровнем подготовленности специалистов.

420 НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОРБИТЫ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Королева Е. А., Ахадов Т. А., Мельников И. А.

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

Актуальность. Сообщения о нормальных показателях орбитальных структур у детей встречаются крайне редко и носят противоречивый характер.

Цель исследования: изучить объемные характеристики костных структур орбиты и ее мягких тканей у детей с учетом их возраста.

Пациенты и методы. Для изучения показателей костной орбиты в соотношении к мягким тканям проанализированы компьютерные томограммы 50 пациентов (80 орбит). Из них 21 мальчик и 29 девочек. Возраст детей представлен в пределах 2–16 лет. У 30 больных с отсутствием повреждения анатомических структур были изучены обе орбиты. У 20 детей с односторонними травматическими изменениями орбиты для сравнения показателей была исследована интактная орбита. Компьютерную томографию выполняли по стандартной методике на компьютерном томографе Philips Brilliance CT 16.

Результаты. Установлено, что объем орбиты в 15–16 лет в среднем равен 21,93 см³. Данные исследования демонстрируют равномерное увеличение объема глазницы на протяжении всего периода развития ребенка. Выполненные ранее исследования по оценке нормальных показателей объема костной орбиты у взрослых (в среднем у мужчин объем равен 25,78 ± 0,39 см³, у женщин 22,95 ± 0,28 см³) свидетельствуют о дальнейшем росте орбиты после 16 лет. Так же установлено, что у детей 2–3 лет отношение объема костной орбиты к объему орбитальной клетчатки составляет 1,8, а у детей 15–16 лет – 1,47. Данные показатели свидетельствуют о том, что у более взрослых детей клетчатка в орбите занимает относительно больший объем. Объем мышечной воронки у детей к 16 годам увеличивается на 70,51% по сравнению с 2 годами. У детей в 2–3 года объем орбитальной клетчатки в среднем равен 8,81 см³, а в 15–16 лет – 14,87 см³. Массив экстраокулярных мышц увеличивается с 1,36 см³ у детей 2–3 года до 1,9 см³ в 15–16 лет. Вышеуказанные показатели свидетельствуют о пропорциональном увеличении объема мышц в процессе роста ребенка, по отношению к объему орбиты.

Заключение. У детей объем мягких тканей орбиты увеличивается в большей степени по отношению к объему костных структур, что является основанием для изменения топографических взаимоотношений тканей в орбите с возрастом.

421 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ УКУШЕННЫХ РАН У ДЕТЕЙ

Кузьмин А. И., Барская М. А., Мунин А. Г., Завьялкин В. А., Терехина М. И.,
Голосов А. Б., Маркова М. Н., Серегина Т. Н., Зеброва Т. А., Бортикова С. В.

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Укусы животных являются серьезной проблемой в хирургии детского возраста. Частота укушенных ран среди всех травматических повреждений составляет от 1 до 7%.

Цель исследования: изучение особенностей течения и проведение анализа результатов лечения детей с укушенными ранами.

Пациенты и методы. Проведен анализ лечения 492 детей с укушенными ранами, находившимися на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии Самарской областной клинической больницы им. В. Д. Середавина за 2012–2015 гг.

Результаты. Из 492 детей с укушенными ранами мальчиков было 287, девочек 205. Из них поступивших в возрасте от 1 года до 3 лет — 61 пациент, от 3 до 7 лет — 93 пациента, от 7 до 15 лет — 338 пациентов, с множественными укушенными ранами — 227 детей, с единичными — 265. Преимущественной локализацией укушенных ран явились кисти рук — 341 ребенок. Всем пострадавшим проводилась профилактика бешенства и столбняка. У более 99% пострадавших травма была спровоцированной, являлась защитной реакцией животного, отмечался недостаточный контроль со стороны взрослых за животными и их контактами с детьми. У 389 детей из всех укушенных травмы нанесены собаками и кошками, у остальных — различными плотоядными животными и грызунами. У 12 детей течение раневого процесса осложнилось развитием абсцессов, лимфангоитов, флегмон. У 1 пациента с укушенными ранами левого бедра отмечалось повреждение бедренной артерии, что потребовало замещение поврежденного участка трансплантатом. Умер 1 больной с множественными глубокими укушенными ранами, открытым переломом костей предплечья, анаэробной инфекцией, септическим шоком. Средний койко-день у детей с укушенными ранами составил 3,33.

Заключение. Таким образом, укусам животных чаще подвергаются дети школьного возраста, с преобладанием повреждений кистей и нанесением травм собаками и кошками. Значительный контингент пациентов имел множественные укушенные раны. Укусы животных могут сопровождаться тяжелыми повреждениями и развитием генерализованной хирургической инфекцией.

422

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА С КОРЕШКОВОЙ КОМПРЕССИОННОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

Кулешов А. А., Крутько А. В., Исхаков О. С., Ветрилэ М. С., Лисянский И. Н., Макаров С. Н., Кокорев А. И.

Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова, Москва

Актуальность. Учитывая относительно малое количество детей и подростков, нуждающихся в оперативном лечении по поводу грыж дисков поясничного отдела позвоночника и корешкового болевого синдрома, в данной статье объединен опыт трех клиник, занимающихся хирургией позвоночника.

Цель исследования: анализ особенностей оперативного лечения ювенильного остеохондроза позвоночника у детей и подростков с наличием грыж дисков и компрессионной корешковой симптоматикой.

Пациенты и методы. Всего прооперировано 35 пациентов, средний возраст которых составил 15,4 лет. Для всех пациентов характерным было наличие выраженного корешкового болевого синдрома. Средняя продолжительность наличия клинической симптоматики и консервативного лечения до операции составила 9,2 месяца. Во всех случаях, за исключением трех пациентов, была применена хирургическая тактика, не включающая в себя обездвиживание двигательного сегмента позвоночника: диско-пункционные методы 5 пациентов; микродискэктомия из дорсального доступа — 19, в 5 случаях данные операции были дополнены закрытием дефекта фиброзного кольца имплантатом «Barricaid»; ригидная фиксация — 2 пациента; стабилизация межостистым имплантом — 4 пациента.

Результаты. Во всех случаях был достигнут положительный клинический эффект с полным купированием болевого синдрома. Паретический синдром регрессировал у всех пациентов. Отдаленные сроки наблюдения в среднем составили 45,5 мес. За время наблюдения рецидива болевого синдрома не отмечалось.

Заключение. Основным методом лечения является консервативная терапия, в случае неэффективности проведенного лечения необходимо выполнять оперативное лечение грыж дисков у детей. При неэффективности необходимо выполнение микродискэктомии с декомпрессией невралных структур. Хирургическое лечение должно быть направлено на декомпрессию интраканальных сосудисто-нервных образований с возможной последующей стабилизацией сегмента как динамически, так и ригидно. В таком случае, хирургическое лечение у детей и подростков приводит к избавлению от болевого синдрома и полному функциональному восстановлению.

423

**УРГЕНТНЫЕ СИТУАЦИИ ПРИ ЛИМФАНГИОМАХ БРЫЖЕЙКИ
КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ****Литовка В. К., Щербинин А. В. Черкун А. В., Вакуленко М. В., Литовка Е. В.,
Лепихов П. А.***Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького
Республиканская детская клиническая больница, Донецк*

Актуальность. Лимфангиома — доброкачественная опухоль из лимфатических сосудов, возникающая в результате дисэмбриогенеза. На ее долю приходится 9% от всех новообразований в онкопедиатрии. Это заболевание выявляют в периоде новорожденности или в первые месяцы жизни, реже в возрасте от 2–3 лет. Доля опухолей внутренней локализации составляет от 8–10%. У части больных (до 50%) могут развиваться осложнения: непроходимость, воспаление и нагноение.

Цель исследования: оптимизация диагностики и хирургической тактики лечения осложненных лимфангиом брыжейки кишечника у детей.

Пациенты и методы. В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за период с 1986 по 2016 гг. лечилось 24 ребенка в возрасте от 1 месяца до 6 лет с осложненными лимфангиомами кишечника и его брыжейки. Мальчиков было 13 (54,2%), девочек — 11 (45,8%). Кишечная непроходимость (инвагинация, обтурация, заворот кишечника) на почве опухоли имели место у 17 (70,8%) детей. Воспаление опухоли у 5 (20,8%) детей, нагноение у 2 (8,4%) пациентов. В плане диагностики использовали УЗИ, СКТ, лапароскопию. Резекция кишки, несущая опухоль выполнена у 19 (79,1%) детей, энуклеация опухоли у 5 (20,9%) детей.

Результаты. При наличии осложнений у больных с лимфангиомой брыжейки кишечника во всех случаях произведено оперативное вмешательство после предоперационной подготовки (резекция кишечника с опухолью или энуклеация). Осложнений, летальных исходов не отмечено.

Заключение. Таким образом, осложненные лимфангиомы брыжейки кишечника у детей составляют около 50%. Объем оперативного вмешательства при таких опухолях зависит от размеров, локализации и взаимоотношения новообразования к кишечной трубке.

424

КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ У ДЕТЕЙ НА ПОЧВЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

Литовка В. К., Щербинин А. В., Фоменко С. А., Вакуленко М. В.,
Черкун А. В., Литовка Е. В.

*Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького
Республиканская детская клиническая больница, Донецк*

Актуальность. Дивертикул Меккеля (ДМ) встречается с частотой, примерно, у 2% всех родившихся. Клинические проявления ДМ наблюдаются преимущественно у пациентов младшего возраста. У детей старше 4 лет клиническая симптоматика отмечается лишь в 15% наблюдений. Структура ДМ соответствует подвздошной кишке, но в 16–20% в его стенке обнаруживается дистопированная слизистая оболочка желудка и клетки поджелудочной железы. Среди осложнений ДМ чаще других (30–50%) встречается кровотечение на почве пептической язвы.

Цель исследования: оптимизация диагностики и тактики лечения дивертикула Меккеля у детей.

Пациенты и методы. За последние 25 лет в клинике детской хирургии им. Н. Л. Куца лечилось 33 ребенка по поводу кровотечения на почве ДМ в возрасте от 6 месяцев до 5 лет. Девочек было 20 (60,6%), мальчиков — 13 (39,4%). Обычно на фоне полного здоровья появляется выделение крови темно-вишневого цвета или цвета желе черной смородины из прямой кишки. Как правило, кровотечение обильное и быстро приводит к развитию анемии. Нарастает бледность кожных покровов, тахикардия. Только у 6% (2 детей) кровотечение было необильное, непродолжительное. У одной трети пациентов отмечались боли в животе. В плане диагностики использовали лапароскопию и УЗИ. Радиоизотопная сцинтиграфия использована у 1 ребенка. Резекция ДМ по Мельникову выполнена у 29 (87,9%) больных, илео-илеоанастомоз у 4 (12,1%) пациентов.

Результаты. При необильном кровотечении проводилась гемостатическая терапия, наблюдение (2 детей). В связи с возобновлением кровотечения оперированы в ургентном порядке. В остальных случаях больные оперированы в срочном порядке после предоперационной подготовки. Летальных исходов не отмечено. Среди осложнений: спаечная кишечная непроходимость (1 ребенок), гематома брыжейки кишечника (1 ребенок).

Заключение.

1. Среди осложнений ДМ на первом месте является кровотечение.
2. Кровотечение обусловлено эрозией язвы слизистой (на почве дистопии слизистой желудка и клеток поджелудочной железы).
3. Операция — клиновидная резекция по Мельникову, реже илео-илеоанастомоз.

425

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**Мамошин А. В., Медведев А. И., Журило И. П., Бодрова Т. Н.***Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З. И. Круглой, Орёл*

Актуальность. На современном этапе тенденции к уменьшению операционной травмы с сохранением эффективности оперативных вмешательств, на фоне широкого распространения современных медицинских технологий, способствуют активному внедрению миниинвазивных лечебно-диагностических вмешательств под ультразвуковым контролем в практике детской хирургии.

Цель исследования: оценка возможностей применения миниинвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем в детской хирургической практике.

Пациенты и методы. В период с 2010 по 2016 гг. в НКМЦ медицинской помощи детям им. З. И. Круглой г. Орла находилось 102 пациента, которым было выполнено 111 миниинвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем.

Результаты. Удельный вес диагностических пункционных вмешательств составил 45% (50 вмешательств). Их выполняли при различных очаговых образованиях щитовидной и молочной желез, органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства (солидные опухоли, кисты, абсцессы), а также при асците, гидротораксе. Лечебных и смешанных пункционных вмешательств выполнено 12 (11%). Их осуществляли при жидкостных образованиях в плевральной полости, ретенционных непаразитарных кистозных образованиях брюшной полости и забрюшинного пространства, осложнениях после вмешательств на органах брюшной полости. Дренирующие вмешательства выполнены в 49 (44%) случаях и включали: дренирование кистозных образований, чрескожно-чреспеченочную холангиостомию, дренирование жидкостных образований и абсцессов брюшной и плевральной полостей.

Заключение. Миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем являются высокоинформативным методом дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных поражений, кистозных изменений щитовидной и молочной желез, органов грудной и брюшной полости, а также эффективным методом лечения механической желтухи, жидкостных образований и абсцессов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства.

426

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ С АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

Маркосьян С. А.

*Национальный исследовательский Мордовский государственный университет
им. Н. П. Огарёва, Саранск*

Актуальность. С каждым годом число детей, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, неуклонно растет. При этом обстоятельства и механизмы получения травм могут быть весьма разнообразными, что часто затрудняет диагностику характера повреждений и своевременность оказания квалифицированной медицинской помощи.

Цель исследования: провести анализ характера травм и мероприятий по оказанию диагностической и лечебной помощи детям, госпитализированных в детскую республиканскую клиническую больницу города Саранска.

Пациенты и методы. В работе представлен анализ 32 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в ГБУЗ РМ «ДРКБ» с различными травмами, полученными в результате дорожно-транспортных происшествий в 2015 г.

Результаты. Тринадцать детей находились на лечении в отделении травматологии и ортопедии с переломами и ушибами различных частей тела. В нейрохирургическое отделение госпитализировали 14 детей с сотрясением головного мозга, 1 — с ушибом головного мозга легкой степени. Самый тяжелый контингент больных получал лечение в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии — 4 пациента с тяжелой черепно-мозговой травмой. Всем больным независимо от патологии проводили рентгенологическое исследование, по показаниям УЗИ брюшной полости, почек, плевральных полостей, электрокардиографию, электроэнцефалографию, нейросонографию, компьютерную томографию. При наличии легких повреждений, таких как ушибы, ссадины, раны проводили первичную, хирургическую обработку и наложение швов. В случаях переломов костей использовали закрытую, а при ее неэффективности открытую репозицию с последующим остеосинтезом спицами или наложением скелетного вытяжения. Кроме этого широко применялась гипсовая иммобилизация. В результате проведенного лечения 31 ребенок был выписан с выздоровлением, 1 — в тяжелом стабилизированном состоянии.

Заключение. Применение комплексного обследования детей с автомобильной травмой позволило своевременно диагностировать характер полученного повреждения и провести адекватное лечение.

427

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ**Мащенко А. Н.***Ставропольский государственный медицинский университет*

Актуальность. Эхинококкоз тяжелое паразитарное заболевание, встречаемость которого у детей составляет 0,34–0,23 на 100 тысяч детского населения.

Цель исследования: продемонстрировать клинический случай тактики лечения эхинококкоза печени у ребенка гигантских размеров (А. Т. Пулатов, 2004), с применением 2-х этапного малоинвазивного хирургического вмешательства.

Пациенты и методы. Пациентка К., с диагнозом: Гигантская эхинококковая киста правой доли печени. Данность заболевания, со слов пациентки, 1 месяц, когда появились боли в правом подреберье, ограничивающие движения, повышение температуры тела до фебрильных цифр. При визуальном осмотре живота отмечается асимметрия, за счет правого отдела. Размеры печени по Курлову 22*16*8 см. По данным лабораторно исследования выраженный лейкоцитоз в ОАК, за счет повышения% эозинофилов, положительные антитела класса IgG к *Echinococcus* в сыворотке крови. По данным УЗИ диагностики выявлено: в проекции правой доли печени S7–6 гипоэхогенная структура с наличием ячеистых структур, объем определяемой зоны 1243 см³. По данным КТ исследования: округлое образование правой доли печени, с четкими ровными контурами, паразитарного характера, размерами 19,93*14, 53*15, 77 см. V = 2393 см³, с примесью желчи.

Результаты. Был проведен комплексный подход к лечению у данной пациентки антигельминтную терапию — Немозол 400 мг*2 р/д, совместно с оперативным лечением. Проведено этапное оперативное лечение. В I-й этап проведено чреспеченочное пунктирование и дренирование паразитарной кисты, где эвакуирована серозная жидкость V = 2600 мл. На II этапе лапароскопическая эхинококкоэктомия кисты правой доли печени. Киста, размером 20*15 см, иссечена от паренхимы печени. На контрольной УЗИ органов брюшной полости, наблюдается остаточная полость V = 500 см³, без гипоэхогенных включений.

Заключение. Учитывая полученный опыт в лечении и ведения в послеоперационном периоде больной К., необходимо отметить эффективность двухэтапного хирургического вмешательства, при учтенной тяжести данного заболевания и наличия осложнений.

428

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Мельцин И. И., Афуков И. В., Котлубаев Р. С., Каюмова А. А.

Оренбургский медицинский университет

Актуальность. Детский травматизм в общем не имеет тенденции к снижению. Большинство имеющихся публикаций и монографий, посвященных данной проблеме, подготовлены специалистами федеральных клиник. Пациенты поступают в эти клиники первично по факту травмы, либо имеют уже осложнение, допущенное по причине ошибок врачами на периферии. Проблемам лечения переломов костей у детей в регионах не уделяется должное внимание.

Цель исследования: оптимизация лечебной тактики при переломах длинных костей верхних конечностей у детей на различных этапах регионального уровня.

Пациенты и методы: 867 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в отделениях травматологии и ортопедии областного детского хирургического центра и областной детской клинической больницы г. Оренбурга с 2005 по 2016 гг.

Результаты. При анализе клинического материала в 687 случаях выявлены различные ошибки и осложнения, что составило 79,2% случаев от общего количества больных. Все эти пациенты поступали в профильное отделение областного центра по направлениям центральных районных больниц в сроки от 27 суток до 3 месяцев после получения травмы. Были выделены следующие группы ошибок в лечении данных переломов: ошибки в диагностике, ошибки в лечении. Причинами данных ошибок явились: незнание особенностей опорно-двигательного аппарата у детей; незнание возрастной рентгеноанатомии костно-суставной системы детского возраста; нарушения принципов общей хирургии, десмургии и транспортной иммобилизации.

Заключение. Проведенное исследование выявило проблемы в лечении длинных костей верхних конечностей у детей. Пути решения этих проблем: эффективная кадровая политика в области обеспеченности детскими хирургами районных больниц; организация специализированных тематических циклов усовершенствования по травматологии детского возраста для хирургов общего профиля, работающих в районах; создание практики дистанционного он-лайн консультирования детей с повреждениями.

429

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**Меркулов В. Н., Дорохин А. И., Дергачев Д. А.***Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова, Москва*

Актуальность. По данным официальной статистики отмечается рост пациентов с тяжелой травмой. Число открытых повреждений составляет 5–7% от всех видов переломов. Открытые повреждения часто носят полиструктурный характер. При лечении открытых переломов оперативные методы преимущественные. Результаты лечения открытых повреждений остаются проблематичными.

Цель исследования: разработать тактику лечения пациентов с открытыми переломами длинных костей.

Пациенты и методы. Число больных с открытыми переломами, пролеченными в отделении в течение последних 15 лет, составило 6% от всех переломов. Всего пролечено 160 пациентов в возрасте от 4 до 16 лет. Распределение повреждений по локализациям: голень — 99, предплечье — 36, плечо — 14, бедро — 11.

Результаты. Разработан алгоритм обследования и лечения этих пациентов. При поступлении, пациенты госпитализируются в реанимационное отделение для проведения противошоковых мероприятий, подготовки лечению. Консервативное лечение возможно при стабильных переломах 1-А степени по Каплану-Марковой или при противопоказаниях к хирургическому лечению. Основным методом лечения остается хирургический. Операция осуществляется после завершения противошоковых мероприятий. При полиструктурных повреждениях, в один этап проводится восстановление всех поврежденных структур на уровне данного сегмента. Когда это невозможно, проводится их поэтапное восстановление с максимально короткими сроками между этапами. При множественном характере повреждений, проводятся симультантные операции. Наиболее щадящим остеосинтезом при лечении открытых повреждений, является чрескостный остеосинтез. Данный остеосинтез является внеочаговым и легкоуправляемым. Показания к погружному остеосинтезу должны быть ограничены.

Заключение. Лечение этих пациентов по данному алгоритму, позволило получить во всех случаях благоприятные результаты. Полученные результаты лечения свидетельствуют о перспективности отработанного лечебно-диагностического протокола ведения больных с открытыми переломами длинных костей у детей.

430

ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ КРИТИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Минаев С. В., Ивченко А. А., Ивченко Г. С., Цораев Х. М., Филиппева Н. В.,
Алиев А. З.**

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Несмотря на то, что гемангиома является распространенной доброкачественной опухолью, возникающей у детей на первом году жизни, актуальность лечения сосудистых аномалий остается достаточно высокой. Гемангиомы ЧЛО отличаются быстрым прогрессирующим ростом. Разрастаясь, она разрушает окружающие ткани, а также наносит ребенку значительный косметический и функциональный дефект. В этой связи, лечение гемангиом сложной анатомической (критической) локализации необходимо начинать как можно раньше, поскольку прогноз довольно сложен.

Цель исследования: изучить эффективность лечения пропранололом гемангиом критических локализаций ЧЛО.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет с гемангиомами смешанного типа ЧЛО (d от 0,5 см до 5,0 см) для лечения которых применялся пропранолол в дозе 1,5–2,5 мг/кг в сутки. Лечебный процесс включал III этапа.

На I этапе был сделан индивидуальный подбор дозы пропранолола в условиях стационара с ежедневным обучением матери контролю АД и ЧСС у ребенка (7–10 суток). На II этапе в домашних условиях осуществлялся прием препарата с контролем АД и ЧСС по мере прибавки массы тела с перерасчетом от дозы препарата (3–22 месяца). III этап состоял в постепенной отмене препарата в течение 2–3 недель с контролем параметров АД, ЧСС и ЭКГ.

Результаты. Во всех 20 случаях пропранолол показал стойкий и быстрый эффект на сосудистые образования. Регресс был замечен уже к 4–5 суткам от начала терапии. В течение первого месяца наблюдалась наиболее выраженная динамика. Через 6 месяцев лечения в 80% случаев отметили полный или практически полный регресс. Наиболее выраженный эффект отмечен у детей, которые начали курс лечения пропранололом в первые 4 месяца жизни, а также не получавших других методов лечения.

Закключение. Применение пропранолола для лечения гемангиом челюстно-лицевой области целесообразно начинать сразу после постановки диагноза с первых месяцев жизни ребенка до начала применения других видов лечения.

431

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУБСТАНЦИИ P У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**Минаев С. В., Качанов А. В., Обедин А. Н., Филиппева Н. В., Герасименко И. Н., Воронова А. А., Тертышникова А. В.***Ставропольский государственный медицинский университет*

Цель исследования: определение зависимости концентрации субстанции P от тяжести хирургической патологии у новорожденных, как одного из маркеров болевой реакции.

Пациенты и методы. На базе ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя обследовано 157 детей, которые были оперированы на органах брюшной и грудной полостей с различной патологией, у которых было выполнено определение субстанции P в плазме крови методом ИФА до операции, на 1, 3 и 7 сутки после нее. 1 подгруппу составили 63 новорожденных, перенесших операции по устранению пороков развития ЖКТ, не требующие проведения в послеоперационном периоде продленной ИВЛ и получавшие в качестве анальгезии промедол в дозе 0,3 мг/кг. 2 подгруппу составили 80 новорожденных, перенесших операции на органах грудной и брюшной полости, которые в раннем послеоперационном периоде получали стандартную анальгезию с использованием промедола в дозе 0,3 мг/кг в первые сутки каждые 4 часа, во 2–3 сутки через 6 часов с добавлением адьювантной терапии. 3 подгруппу составили 41 новорожденных, получавших в качестве послеоперационного обезболивания продленную инфузию фентанила в дозе 0,003–0,005 мг/кг/час с добавлением адьювантной терапии.

Результаты. Среди новорожденных 1 и 3 подгрупп отмечалось стойкое снижение в динамике субстанции P с приближением его к нормальным величинам к 7 суткам после операции, а у новорожденных 2 подгруппы четко прослеживается волнообразное изменение концентрации субстанции P в сыворотке крови. При сравнительной оценке качества послеоперационного обезбоживания на основании определения субстанции P у пациентов всех групп следует признать, что наибольшие величины субстанции P были обнаружены во 2 подгруппе наблюдения.

Заключение. Субстанция P является одним из маркеров болевого синдрома у новорожденных, способствующая объективизации недостаточности проводимой анальгезии.

432

ПОДХОДЫ К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Москаленко С. В., Щербинин А. В., Фоменко С. А., Лепихов П. А., Сушков Н. Т.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Актуальность. Закрытые повреждения паренхиматозных органов брюшной полости представляют реальную угрозу для жизни ребенка из-за высокой вероятности профузного кровотечения. Сочетание этого варианта последствий внешнего воздействия с черепно-мозговой травмой ухудшает прогноз.

Цель исследования: оптимизация тактики интенсивной терапии детей с закрытыми повреждениями печени и селезенки в сочетании с черепно-мозговой травмой.

Пациенты и методы. 37 детей 4–17 лет с сочетанной травмой: закрытой черепно-мозговой травмой (сотрясение головного мозга), травмой селезенки (21), травмой печени (14), травмой селезенки и печени (2), находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии Республиканской детской клинической больницы Министерства здравоохранения ДНР.

Результаты. Интенсивное наблюдение за пациентами с обязательным регулярным (каждые 24–48 часов) ультразвуковым мониторингом поврежденных паренхиматозных органов являлось одним из основных компонентов интенсивной терапии. Учитывая сочетание повреждения головного мозга и угрозу внутреннего кровотечения, в течение 7 дней соблюдался строгий постельный режим. Консервативная терапия включала использование системных гемостатиков, ноотропов, антигипоксантов, не влияющих на сосудистый тонус и гемокоагуляцию. Инфузионную терапию проводили в режиме умеренной дегидратации. Несмотря на необходимость использования вазоактивных препаратов для улучшения исходов черепно-мозговой травмы, не применяли винпоцетин в связи с угрозой кровотечения. По этой же причине воздерживались от введения пентоксифиллина, улучшающего микроциркуляцию за счет снижения агрегации тромбоцитов, плазменной концентрации фибриногена, улучшения фибринолиза.

Заключение. Разработанные подходы к интенсивной терапии, включающие регулярное наблюдение невролога, лабораторный и ультразвуковой мониторинг, лекарственную терапию сотрясения головного мозга, с исключением вазоактивных средств, привели к успеху консервативного лечения сочетанной травмы с повреждением паренхиматозных органов в 91,8% случаев и сокращению сроков стационарного лечения на 4,3 дня.

433

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**Мохаммад Б., Цыбин А. А., Давлицаров М. А., Вайс А. В., Якунов А. Н., Дегтярев П. Ю., Крук Н. Н.***Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д. Я. Ваныкина*

Актуальность. По данным публикаций острый аппендицит у детей встречается в любом периоде жизни, но чаще наблюдается в возрасте старше 7 лет. У детей до 3 лет частота его возникновения не превышает 8%.

Цель исследования: выбор оперативной тактики и некоторые особенности диагностики при остром аппендиците у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. За период 2013–2015 гг. в ДХО ГУЗ «ТГКБСМП им. Д. Я. Ваныкина» оперирован 21 ребенок раннего возраста (9 мальчиков и 12 девочек), что составило 2,7% от числа всех оперированных детей с ОА.

Результаты. Пациентов 1-го года жизни среди них не было, на 2-м году жизни 3 ребенка, на 3-х лет 18 детей. У 2 детей был простой аппендицит, у 8 — флегмонозный, у 11 — гангренозный и у 4 — перфоративный с развитием перитонита, у 3 — абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат. Диагноз ОА поставлен в приемном отделении лишь в 4 случаях, у остальных — после госпитализации в стационаре, у 15 больных в течение 6 часов, у двух — в течение суток. Открытым способом оперировано 8 детей, у 12 — лапароскопическая аппендэктомия. У 1 ребенка, с давностью заболевания 5 суток и клиникой разлитого перитонита, проведена аппендэктомия через срединную лапаротомию с наложением лапаростомы для послеоперационной ревизии и санации брюшной полости. Имело место осложнение в виде продолжающегося перитонита. На 3-е сутки было произведено закрытие лапаростомы с благоприятным исходом.

Заключение. Основное количество детей раннего периода с ОА приходится на 3-летний возраст. Сохраняются трудности диагностики ОА в этом возрасте. Почти у 77% больных диагноз подтверждается и уточняется при наблюдении в стационаре. Более 56% детей, при неосложненном аппендиците, оперированы лапароскопически. Аппендэктомия, ревизия и санация брюшной полости при разлитом аппендикулярном перитоните должна проводиться открытым способом.

434

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ КАТАТРАВМЫ У РЕБЕНКА

Мохаммад Б., Давлицаров М. А., Цыбин А. А., Вайс А. В., Якунов А. Н.,
Дегтярев П. Ю.

*Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи
имени Д. Я. Ваныкина*

Актуальность. Сочетанная травма представляет серьезную медико-социальную проблему. По данным различных авторов, сочетанная травма составляет до 22% в общей структуре травмы.

Цель исследования: описать клинический случай сочетанной кататравмы у ребенка.

Пациенты и методы. В августе 2016 г. на базе ДХО ГУЗ «ТГКБСМП им. Д. Я. Ваныкина» находился на лечении больной С. 13 лет. Причиной травмы явилось падение с высоты 2 этажа на бетонный блок.

Результаты. Диагноз: сочетанная кататравма. Тупая травма живота. Травматическое повреждение селезенки. Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Перелом височной кости, лобной пазухи, орбиты и клиновидной кости слева. Подкожная гематома в левой лобно-височной области. Состояние ребенка тяжелое. Сознание: кома 1. Вялая двигательная реакция на болевой раздражитель. Зрачки D = S, узкие, реакция на свет вялая. Кожные покровы бледные. Подкожная гематома в левой лобно-височной области. Дыхание самостоятельное, ослабленное. Система кровообращения: тенденция к гипотонии при выраженной тахикардии. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, не увеличен, напряжён в левой половине. Пациент обследован и осмотрен совместно с нейрохирургом. Общий анализ крови: лейкоцитоз. Общий анализ мочи: норма. РКТ: ушиб головного мозга тяжелой степени. Перелом височной кости, лобной пазухи, орбиты и клиновидной кости слева. Очаги ушиба в левой лобной и височной областях. Подкожная гематома в левой лобно-височной области. УЗИ брюшной полости — разрыв селезенки, свободная жидкость в брюшной полости и в малом тазу. Лечение: обезболивающая, кардиотоническая, инфузионная, антибактериальная, дегидратационная терапия. Выполнена операция: срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, спленэктомия, дренирование брюшной полости. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Своевременная активная диагностика в сочетании с оперативной и адекватной консервативной терапией у ребенка с тяжелой кататравмой приводит к полному выздоровлению.

435

ПЕРФОРАТИВНЫЙ ПЕРИТОНИТ У НОВОРОЖДЕННОГО**Мохаммад Б., Цыбин А. А., Давлицаров М. А., Вайс А. В., Якунов А. Н., Дегтярев П. Ю., Крук Н. Н.***Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д. Я. Ваныкина*

Актуальность. Наиболее тяжелым, жизнеугрожающим заболеванием у новорожденных является перитонит, летальность при котором составляет 40–80%. Перитонит развивается чаще при перфорации острых язв ЖКТ. Одна из причин их образования — интранатальная травма головного мозга при тяжелых родах (Г. А. Баиров, Т. Е. Ивановская, С. В. Богород, Е. А. Остропольская, Т. С. Белянина, Gross, Swenson).

Цель исследования: демонстрация редкого клинического наблюдения перфоративного перитонита у новорожденного.

Пациенты и методы. На базе детского АРО ГУЗ «ТГКБСМП им. Д. Я. Ваныкина», находился на лечении мальчик Р., 24.07.2016 г. р.

Результаты. Анамнез: от 1 беременности, отягощенной анемией и токсикозом. От 1 срочных родов. Родовой период длился 9 часов. Вес 3640 г., длина 57 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. К груди приложен в родовом зале. На 3 сутки жизни осмотрен детским хирургом — вздутие живота, перкуторно-коробочный звук. Отмечается беспокойство, громкий крик, лихорадка до 39°C, тремор конечностей и подбородка. Обследован: общий анализ крови: лейкоцитоз. УЗИ брюшной полости и почек — реактивные изменения печени. Деформация желчного пузыря. НСГ — признаки перенесенной гипоксии. Мелкие кровоизлияния в сосудистые сплетения с обеих сторон. Экстренная обзорная рентгенография (ЭОРГ) брюшной полости — обнаружен свободный газ в брюшной полости. После предоперационной подготовки, операция — срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости, ушивание перфорации поперечно-ободочной кишки, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период без осложнений.

Заключение. Трудности диагностики в данной ситуации обусловлены введением грудного вскармливания, нарушением центральной регуляции ЖКТ с развитием недостаточности, что может спровоцировать перфорацию язвы. Грудное вскармливание следует вводить с осторожностью с поддержкой интенсивной терапии. ЭОРГ и УЗИ брюшной полости является высокоинформативным методом ранней диагностики ПП у новорожденных.

436

ВОЗМОЖНОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ (РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ 2011–2015 гг.)

Недид С. Н., Белоус Р. А., Вдовин О. Б., Степаненко Е. А.

Амурская областная детская клиническая больница, Благовещенск

Актуальность. Вопросы лечения острого аппендицита и аппендикулярного перитонита в детском возрасте остаются актуальными. Характер и число послеоперационных осложнений при хирургическом лечении больных с острым аппендицитом и перитонитом по различным данным достигает 12–15%.

Цель исследования: провести анализ послеоперационных осложнений лапароскопической аппендэктомии на базе хирургического отделения АОДКБ.

Пациенты и методы. За период с 2011 по 2015 гг. в хирургическом отделении АОДКБ оперировано 527 детей с острым аппендицитом. Из них лапароскопическая аппендэктомия была выполнена в 523 случаях (99,2%). Возраст детей составлял от 3 до 17 лет. Наибольшую по численности группу составили пациенты с неосложненными формами аппендицита: 79,5% (n = 419). С различными формами перитонита оперировано 20,5%: местный перитонит у 8,6%, распространенный перитонит у 12,04%.

Результаты. Самым распространенным осложнением по полученным результатам являлся послеоперационный инфильтрат брюшной полости (3,2%). Из них наибольшее число случаев у пациентов с неосложненными формами острого аппендицита (2,1%), что говорит о нарушении методики и неадекватности обработки слизистой культи червеобразного отростка.

Заключение. Внедрение в рутинную практику лапароскопической аппендэктомии, лапароскопической санации, дренирования брюшной полости при перитонитах позволило снизить количество послеоперационных осложнений по сравнению с классическими операциями. Но высокий процент осложнений, связанных с методикой ЛА говорит о необходимости более тщательного подхода к обработке культи червеобразного отростка.

437

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ВАРИАНТА САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ**Огарков И. П., Цап Н. А., Черненко Л. Ю., Борисов С. А.***Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург
Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. Лечение детей с аппендикулярным перитонитом (АП) имеет неизменные успехи. Изменились доступ и технология аппендэктомии (в приоритете лапароскопическая аппендэктомия – ЛА), показания и способы дренирования, ограничено использование неофициальных растворов антисептиков для санации брюшной полости (БП). Требования применения только физиологического раствора для санации гнойно-воспалительного процесса брюшины остаются весьма diskutabelными и с точки зрения микробиологии, и с точки зрения профилактики спайкообразования. Доказательная база данной гипотезы будет выстроена экспериментальными (ЭИ) и клиническими исследованиями.

Цель исследования: организовать дискуссию, провести мета-анализ выбора варианта санации брюшной полости при АП у детей.

Пациенты и методы. Критерий включения за 5-летний период: дети с АП – местный неограниченный и отграниченный, разлитой, продолженный. Анализирована 261 история болезни, возраст от 10 месяцев до 14 лет. В алгоритме ЛА важное место принадлежит эндоскопической санации БП. Использован сравнительный микробиологический метод исследования. Протокол-дизайн ЭИ предусматривал создание на крысах, на кроликах модели перитонита (ЭП), на основе которой проводили санацию БП водным 40% раствором тизоля с диоксидином и оценивали эффективность воздействия его на **гнойно-воспалительный и адгезивный процесс в БП.**

Результаты. В 89% случаев АП выполнена ЛА и санация БП. Только у 27 (10,3%) детей с периаппендикулярным абсцессом выполнена конверсия доступа. Открытая лапаротомия выполнялась классически, санация БП проводилась с использованием водных растворов хлоргексидина, бетадина. Все дети выздоровели. Признаков спаечной болезни кишечника нет. При санации БП инновационным раствором при ЭП достигнуто к 7 суткам максимальное купирование воспалительного и адгезивного процесса.

Заключение. Санация брюшной полости при перитоните у детей должна предусматривать не только механическое отмывание гноя, но и патогенетическое воздействие антисептика на микрофлору, что способствует купированию воспаления и адгезии брюшины.

438

ЗНАЧЕНИЕ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО БЕСКРОВОНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Огарков И. П., Цап Н. А., Чукреев В. И., Лукашина Н. А.

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург
Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. Инвагинация кишечника (ИК) превалирует в структуре непроходимости кишечника у детей. Проблемные вопросы диагностики и лечения ИК касаются своевременного диагноза и снижения риска диагностических ошибок.

Цель исследования: изучить особенности диагностики, трудности распознавания симптомов ИК, эффективность консервативной и лапароскопической дезинвагинации в зависимости от сроков заболевания.

Пациенты и методы. Проанализировано 325 историй болезней детей с ИК за период с 2009–2016 гг. Сформированы 2 группы: I гр. – консервативной дезинвагинации 258 (79,4%) детей, II гр. – оперативного лечения 67 (20,6%) детей.

Результаты. Трудность диагностики ИК на догоспитальном этапе заключается в вариабельности и атипичности клинической картины в зависимости от срока заболевания, возраста и индивидуальных особенностей ребенка. Средний возраст детей с ИК составил 1,7 года, доля детей старше 1 года возросла до 64,5%. Диагностические ошибки догоспитального этапа выявлены в 40,6% случаев (поздняя диагностика свыше 24 часов). Врачи поликлиник ошибались в 3 раза реже докторов СМП. На госпитальном этапе УЗИ выполнено в 79,7% случаев подозрения на ИК и в 85,1% случаев объективно доказано наличие инвагината. Ведущим методом диагностики и лечения ИК является пневмоирригоскопия (94,5% больных), эффективность бескровной дезинвагинации достигает 83,7% случаев. Лапароскопическая дезинвагинация применена у 62 (19,1%) детей, успешна в 36 (58,1%) случаях. Необходимость в лапаротомии и ручной дезинвагинации кишечника возникла у 22 (6,8%) детей.

Заключение. При сроках догоспитального этапа ИК до 24 часов абсолютный шанс консервативной дезинвагинации рассчитан в пределах 96–98%. Атипизм клинической картины ИК обуславливает диагностические ошибки на догоспитальном этапе. Возрастной ценз ИК увеличился в 2 раза, что диктует особое внимание врачей к детям от 1 года до 3 лет. Лапароскопическая дезинвагинация позволяет избежать лапаротомии более чем в 1/2 случаев. Ведущим методом лечения ИК остается лечебная пневмоирригоскопия, эффективна у 84% детей с инвагинацией кишечника.

439

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТАХ ПРИДАТКОВ
МАТКИ У ДЕТЕЙ****Окунев Н. А., Окунева А. И., Солдатов О. М., Кемаев А. Б., Купцова С. В.,
Бегоулова Е. Г.***Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, Саранск*

Актуальность. Сохранение репродуктивного здоровья девочек является актуальной проблемой современного здравоохранения в связи с увеличением числа бездетных браков.

Цель исследования: провести анализ хирургической тактики при перекрутах придатков матки у детей.

Пациенты и методы. В исследование включено 11 девочек с перекрутами придатков матки, находившихся на лечение в ДРКБ за 2014–2016 гг.

Результаты. За анализируемый период перекруты придатков матки встретились в 11 случаях, до 2016 г. после деторсии — при признаках сохранения нарушения циркуляторных изменений выполнялось удаление придатков. С 2014–2015 гг. перекруты придатков встретились в 6 случаях, в 2-х проведена лапароскопическая деторсия придатков с овариопексией, в 4-х после диагностической лапароскопии осуществлена конверсия, резекция маточной трубы и удаление придатков. Основываясь на результатах работы А. Ф. Дронова с соавт. (2016) «Органосохраняющие операции при перекруте придатков матки у детей», доложенной на IV Всероссийской конференции «Неотложная детская хирургия и травматология», в нашем стационаре принята тактика сохранения визуально некротически измененных придатков матки после деторсии. За 2016 г. с перекрутами придатков матки поступило 5 девочек. У одного ребенка при перекруте длительностью более 5 суток сохранить яичник не удалось в связи с разрушением целостности некротически измененного органа во время выделения его из воспалительного конгломерата. У 2 детей после лапароскопической деторсии по истечении 10 минут появились признаки восстановления кровоснабжения придатков. Операция закончена овариопексией. У 2 девочек после деторсии не происходило восстановление кровоснабжения придатков матки, придатки сохранены, консервативное лечение. Через сутки по УЗИ отмечено восстановление кровоснабжения придатков.

Заключение. Таким образом, из 5 поступивших девочек с перекрутами придатков матки в 4 случаях придатки были сохранены, в сравнении с предыдущим 2014–2015 гг., где из 6 случаев сохранение придатков матки осуществлено лишь у 2 девочек.

440

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Окунев Н. А., Окунева А. И., Солдатов О. М., Первова Н. А.

Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева, Саранск

Актуальность. Химические ожоги пищевода у детей остаются довольно частой патологией, с которой приходится встречаться детским хирургам.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости химическими ожогами пищевода у детей и развития осложнений при данном виде повреждения.

Пациенты и методы. В исследование включены пациенты, впервые поступившие в хирургическое отделение ГБУЗ РМ ДРКБ г. Саранска за период с 2014–2016 гг. с диагнозом химический ожог пищевода.

Результаты. За анализируемый период в клинику поступило 48 детей с химическим ожогом пищевода в возрасте от 1–3 лет — 42 человека, от 4 лет — 4, от 5–6 лет по 2. Ожог кристаллами перманганата калия у 14 детей; в ожог 70% уксусной кислотой у 13; щелочью, входящей в состав моющих средств, у 8; отравление нашатырным спиртом у 3. Поражения от контакта с дисковой батареей у 3; отравление моющим средством с перекисью водорода у 3; ацетоном у 2; средством для снятия лака у 1. В одном случае ребенок в возрасте 1 г. 5 мес. проглотил щелочь, мать оказала ему первую помощь промыванием уксусной кислотой. У 21 ребенка ожоги пищевода 1 степени тяжести, у 17 детей — 2 степени и в 10 случаях — 3 степени. ФЭГДС выполнялась на 1 сутки, с целью дифференцировки ожога 1 степени от ожога 2–3 степеней. Через неделю ФЭГДС повторялась, что позволило дифференцировать ожоги 2 степени от ожогов 3 степени. При ожогах пищевода 3 степени во всех случаях отмечалось нарушение моторики желудка. При 1 степени проводилось местное лечение. При 2 и 3 степенях на ранних сроках, кроме местного лечения пациенты получали антибактериальную и гормональную терапию. Профилактическое бужирование пищевода начинали проводить при ожоге 3 степени слепым методом при образовании стриктур через 1 месяц. Первое бужирование проводилось под общим обезболиванием. Ни в одном случае не потребовалось формирование гастростомы и бужирование по нитке.

Заключение. Выработанная тактика позволяет уменьшить воспалительную реакцию со стороны поврежденных тканей пищевода и как следствие происходит формирование более нежной рубцовой ткани. Стриктуры, образовавшиеся при ожоге 3 степени, разрешались методом слепого бужирования.

441

ЭХОГРАФИЧЕСКИЙ СИМПТОМ WHIRPOOL-SIGN И ЕГО СИМУЛЯТОРЫ У ДЕТЕЙ С НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**Ольхова Е. Б., Кирсанов А. С., Аллахвердиев И. С., Мукасева Т. В.***Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова*

Актуальность исследования обусловлена необходимостью неинвазивной дооперационной диагностики неотложной абдоминальной патологии у детей.

Цель исследования: определение диагностической значимости whirpool-sign и выявление его эхографических симуляторов при неотложной абдоминальной патологии у детей.

Пациенты и методы. В период с 2004 по 2016 гг. эхографический симптом whirpool-sign и его симуляторы были выявлены у детей от 2 сут до 17 лет.

Результаты. Для интраабдоминального симптома whirpool-sign был характерен диаметр от 16 до 45 мм, при этом в случаях с-ма Ледда в структуре whirpool-sign прослеживались фрагменты дилатированной до 2–11 мм верхне-брыжеечной вены. Редкие варианты заворотов имели whirpool-sign меньшего диаметра, при этом в его структуре либо прослеживались мелкие сосуды, либо васкуляризация его не определялась. Эхографические симуляторы whirpool-sign имели типичное эхографическое представительство при изменении плоскости сканирования, так «мишень» трансформировалась в «слоеный пирог» или «гриб». Синдром пораженного полого органа (СППО) в продольном скане приобретал вид толстостенного цилиндра. В типичных случаях в стенке «мишени» прослеживались мелкие сосуды, стенка кишки при СППО была гипervasкуляризирована. Для воспалительного поражения была типичная значительная протяженность СППО (76), при опухолевом процессе (14) зона поражения была относительно короткой, но толщина стенки СППО больше.

Заключение. Дифференцировать эхографические симптомы можно на основании применения позиционного сканирования, оценки структуры собственно эхографического симптома и особенности его васкуляризации. Диагностическая информативность whirpool-sign при с-ме Ледда не менее 95%, при других вариантах интраабдоминальных заворотов едва достигает 40%. Точность с-ма «мишени» при кишечной инвагинации достигает 98%, диагностическая значимость СППО нуждается в уточнении.

442

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЧЕК

Панферова Т. Р., Кошечкина Н. А., Волкова Л. Д., Михайлова Е. В.

*Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии
Российского онкологического научного центра имени Н. Н. Блохина, Москва*

Актуальность. Среди опухолей почек у детей, имеющих кистозную структуру, особое место занимает мультилокулярная кистозная нефрома. Она встречается значительно реже, чем нефробластома, имеет доброкачественную природу, требует хирургического лечения. Актуальным является вопрос дифференциальной диагностики с кистозной формой нефробластомы, многокамерными кистами почек.

Цель исследования: выявить характерные признаки кистозной нефромы, ее отличия от кистозной формы нефробластомы и многокамерных кист почек и оценить информативность тонкоигольной биопсии при кистозных опухолях почек.

Пациенты и методы. 19 пациентов: 6 — с мультилокулярной кистозной нефромой, 6 — с кистозной формой нефробластомы, 6 — с многокамерными кистами почек, 1 пациент с тератомой почки.

Результаты. Выявлены характерные признаки мультилокулярной кистозной нефромы у детей. Диаметр опухоли варьировал от 1,2 см до 13,3 см. (Me — 7,7 см). Отсутствовал солидный опухолевый компонент. Кисты во всех случаях были разнокалиберными и имели размеры от 1 до 4 см. Их стенки были тонкими и при РКТ с в/в контрастированием накапливали контрастный препарат. В двух случаях имело место пролабирование опухоли в собирательную систему почки (в одном из них массивное, потребовавшее экстренной операции на единственной почке). Пункционная тонкоигольная биопсия при кистозных опухолях была неинформативной.

Заключение. Разработаны принципы ведения детей с опухолями кистозной природы в общем алгоритме диагностики опухолей почек у детей. В случае типичных визуальных признаков кистозной нефромы (при ультразвуковой исследовании, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии) производится оперативное вмешательство без предварительной пункционной биопсии.

443

МОНИТОРИНГ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**Петросян А. А., Горинов Е. О., Алюкова Е. С., Сакович А. В.***Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург
Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. В структуре смертельного детского травматизма черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает ведущее место, как и её причинные факторы: кататравма и транспортная травма. Анатомо-физиологические особенности у детей способствуют диффузному повреждению головного мозга и развитию внутричерепной гипертензии. Мониторинг внутричерепного давления (ВЧД) в условиях ОАРИТ позволяет дифференцированно изменять тактику интенсивной терапии.

Цель исследования: изучить результаты лечения детей с ЧМТ тяжелой степени в группе мониторинга внутричерепного давления.

Пациенты и методы. За период исследования пролечено 211 детей с ЧМТ тяжелой степени. Показания к установке интрапаренхиматозного датчика ВЧД обоснованы в 36 (17,1%) случаях: уровень сознания по ШКГ 9 баллов и менее; продленная ИВЛ; наличие очага повреждения головного мозга (внутричерепные и оболочечные гематомы, ДАП, геморрагический ушиб, отек головного мозга). Мониторинг прекращался при стабильной нормализации ВЧД в течение 48–72 часов без эпизодов повышения давления сверх 20 мм рт. ст.

Результаты. На основании показаний ВЧД избиралась дальнейшая тактика лечебных мероприятий: консервативная у 19 детей (53%), оперативная у 17 (47%). Оперативные вмешательства были показаны при стойком, торпидном к медикаментозной терапии повышении ВЧД более 20 мм рт. ст. в течение 2 часов. Интраоперационно во всех случаях был визуализирован отек головного мозга. Осложнений, связанных с датчиком ВЧД не было. В группе мониторинга ВЧД летальный исход возник у 7 (19%) детей (все оперированы). 1 (3%) ребенок находится в вегетативном состоянии, выписаны с выздоровлением 28 (78%) детей, из них консервативное лечение у 19 (68%) пострадавших, оперировано 9 (32%) детей.

Заключение. Мониторинг ВЧД у ребенка позволяет дифференцировать нейрохирургическую тактику и стабилизировать состояние 53% детей с ЧМТ тяжелой степени на консервативной терапии, обосновать показания к декомпрессивной трепанации черепа у 47% детей. Данный алгоритм при ЧМТ тяжелой степени позволяет спасти 78% детей, снизить летальность до 19%.

444

НЕОТЛОЖНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

**Поддубный И. В., Рябов А. Б., Трунов В. О., Козлов М. Ю., Мордвин П. А.,
Мурчина А. Н., Щербакова О. В., Манукян С. Р.**

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность. Неотложные состояния в практике детского онколога нередко сопряжены с развитием urgentных хирургических осложнений.

Цель исследования: необходимость мультидисциплинарного подхода в этих ситуациях продиктована сочетанием различных факторов, определяющих патогенез процесса.

Пациенты и методы. За период с 2012 по 2016 гг. в Морозовской ДГКБ наблюдалось более 150 детей. Из них 21% госпитализированы в стационар по экстренным показаниям в связи с наличием urgentной симптоматики. 12 пациентов поступили с наличием рестриктивных расстройств, возникших на фоне сдавления органов средостения опухолевыми массами. Кровотечения на фоне изъязвления и распада опухоли отмечены у 7 детей. У 4 пациентов отмечены тазовые нарушения, обусловленные сдавлением опухолью прямой кишки и мочевого пузыря, а в остальных случаях показанием к госпитализации послужило развитие кишечной непроходимости. В 2 случаях urgentная госпитализация была обусловлена наличием холестаза на фоне блока наружных желчевыводящих путей. Кишечная непроходимость, возникшая на фоне наличия новообразования стенки кишки, отмечена у 8 пациентов.

Результаты. Во всех случаях показания к проведению экстренных и срочных хирургических вмешательств были определены на консилиуме в составе онколога и хирурга. В 27 случаях были выполнены эндоскопические биопсии новообразований, в 7 — эндоскопическая остановка кровотечений, в 2 — холецистомия. 8 детей оперированы по поводу рецидивирующей инвагинации, обусловленной новообразованием подвздошной кишки. У 1 пациента выполнена видеоассистированная резекция сегмента кишки, у 5 — видеоассистированная резекция илеоцекального угла, в 1 случае проведена эндоскопическая резекция купола слепой кишки, в 1 — правосторонняя гемиколэктомия.

Заключение. Течение послеоперационного периода определялось агрессивностью и диссеминацией опухолевого процесса, возрастом ребенка и наличием сопутствующей патологии.

445

МЕТОДИКА ОБРАБОТКИ ВДАВЛЕННОГО ПЕРЕЛОМА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКОЙ АУТОКОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ГУБКИ (НА ОСНОВЕ ФИБРИНА, ТРОМБИНА)**Пшеничный А. А., Юнак Л. Н., Матвиенко В. И., Аванесов М. С., Окунова Ц. С., Косолапов А. В.***Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону*

Актуальность. Среди причин вызывающую различную степень инвалидизации и смерти первое место в Российской Федерации занимает черепно-мозговая травма (ЧМТ). При ЧМТ у детей часто встречаются переломы костей свода черепа — частота случаев доходит до 27%, из них 50% составляют вдавленные переломы. При изучении литературы отечественных и зарубежных авторов, был выявлен недостаточный объем информации по тактике лечения данной проблемы, что делает ее актуальной, с целью улучшения качества восстановления детей при наличии вдавленного перелома костей свода черепа, а также выбора оптимального материала для проведения восстановления целостности повреждения черепа.

Цель исследования: разработать оптимальный одномоментный метод хирургической коррекции при вдавленных переломах черепа у детей и определить наиболее надежный и безопасный материал для замещения поврежденной кости.

Пациенты и методы. В ГБУ РО «ОДКБ» 4 пациентам было выполнено оперативное вмешательство: «обработка вдавленного перелома с одномоментной пластикой аутокостью с использованием гемостатической губки (на основе фибрина, тромбина)».

Результаты. После операции в течение 3 недель на сторону проведенной реконструктивной операции ложиться нельзя. Катамнез: в раннем и в отдаленном периодах лечения пациентов, развитие воспалительного процесса не наблюдалось. Выписаны дети в удовлетворительном состоянии. В ходе динамического выполнения РКТ головного мозга отмечается полное закрытие дефекта собственной костной тканью.

Заключение. Проведение одномоментной реконструкцией аутокостью у детей является операцией выбора. Данная методика на наш взгляд ускоряет выздоровление и улучшает качество жизни пациента, снижает продолжительность лечения в стационаре и значительно снижает стоимость операции. Осложнений при выполнении операций не отмечалось, технических интраоперационных трудностей не было.

446

СТРУКТУРА И АНАЛИЗ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ И СПИННО-МОЗГОВОЙ ТРАВМ: ИСХОД И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

**Пшеничный А. А., Аванесов М. С., Юнак Л. Н., Мотвиенко В. И.,
Оконова Ц. С., Косолапов А. В.**

Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону

Актуальность. Одной из основных причин смертности, инвалидизации, а также возникновения тяжелых неврологических и психических расстройств у детей является черепно-мозговая и спинно-мозговая травма.

Цель исследования: с целью централизации оказания нейрохирургической помощи детям Ростовской области в апреле 2015 года открыто нейрохирургическое отделение на базе ОДКБ. Проведен анализ случаев, исследована структура и оценена эффективность современных методов лечения у детей с черепно-мозговой и спинно-мозговой травмой за период с 2015 по 2016 гг.

Пациенты и методы. В ОДКБ в ургентном режиме функционирует нейрохирургическое отделение, состоящее из 30 коек. Организована трехуровневая система маршрутизации пациентов с изолированной и сочетанной нейротравмой. Проанализировано 359 историй болезней, из них: СГМ 68 детей (18.9%). УГМ легкой степени тяжести 77 детей (21.4%), УГМ средней степени тяжести 61 случай (17%), УГМ тяжелой степени 33 ребенка (9.2%), сочетанная травма 106 детей (29.6%), СМТ 14 детей (3.9%). Прооперировано 54 ребенка (15%): удаление субэпидуральных гематом, установка вентрикулярного дренажа, совмещенного с датчиком ВЧД, декомпрессионная краниоэктомия.

Результаты. Проведено сравнительное изучение исходов через 3,6,12 месяцев по шкале исходов Глазго, их сопоставление с клиникой острого периода ЧМТ, СМТ. Хорошее восстановление у 68 детей (19%), легкие нарушения у 224 человек (62%), умеренные нарушения 94 ребенка (26%), тяжелые нарушения 36 детей (10%), кома/вегетативное состояние 6 детей (1.7%), смерть 4 ребенка (1.1%). Высокий процент хорошего восстановления и легких нарушений отмечается у детей с легкой и средней степени тяжести нейротравмой, а также получивших специализированную нейрохирургическую помощь в ранние сроки травмы.

Заключение. Организация нейрохирургического отделения в ГБУ РО «ОДКБ» позволила создать единую систему оказания своевременной, в том числе высокотехнологической медицинской помощи детям, получившим нейротравму, значительно снизить смертность и инвалидизацию, восстановить социальную адаптацию пациентов.

447

**ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И МАРШРУТИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ОСТРОЙ БОЛЬЮ В ЖИВОТЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ****Романова Е. А., Дьяконова Е. Ю., Гусев А. А., Прудникова Т. А., Бекин А. С.,
Окулов Е. А., Тимофеев И. В., Хроленко П. В.***Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. В настоящее время, несмотря на активное развитие диагностических методов, используемых при постановке диагноза у детей, поступающих в лечебное учреждение с острой болью в животе, проблемы диагностики на догоспитальном этапе остаются не решенными.

Цель исследования: сравнить и провести анализ результатов госпитализации в лечебные учреждения и исходы лечения (консервативные и хирургические) госпитализированных детей, обратившихся в службу скорой медицинской помощи по поводу острой боли в животе.

Пациенты и методы. Проведен анализ госпитализации в лечебные учреждения и исходы консервативного и хирургического лечения детей, обратившихся в службу скорой медицинской помощи города Энгельса по поводу острой боли в животе за 2014–2015 гг. По данным Росстата численность населения составляет 315 тыс. 754 человек на 2016 г.

Результаты. За исследуемый период зарегистрировано 192 тыс. 372 вызова, из них к детям 36 тыс. 100 (18,7%). Вызовы с подозрением на острую хирургическую патологию брюшной полости у детей составили 2522 (7%) от общего количества вызовов к детям. Мальчики составили 1066 (42,3%), девочки 1456 (57,7)%. Дети до 3 лет 642 (25%), от 3–7 лет — 1356 (54%), старше 7 лет — 524 (21%). Госпитализировано в хирургический стационар 1148 (45%), направлено в соматический стационар 1030 (40,8%), не госпитализировано 344 (13,6%) детей. В хирургическом стационаре были прооперированы лишь 172 (14,9%) ребенка, остальным проводилось консервативное лечение. Смертности не было.

Заключение. В настоящее время дифференциальная диагностика острой боли в животе продолжает быть актуальной и не до конца решенной проблемой, особенно на догоспитальном этапе. В результате проведенного анализа выявлены недостатки в существующем диагностическом алгоритме и отсутствие применения лабораторных экспресс тестов на догоспитальном этапе, позволяющих распределять и госпитализировать детей с острой болью в животе в соответствующие профильные отделения.

448

КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ РАННЕЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ДЕТЕЙ С ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Романова Л. Л., Егоров В. М., Калинин М. А.

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург
Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. Ранняя нутритивная поддержка (НП) является фактором, улучшающим результат лечения тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) у взрослых пациентов, в то же время исследования НП у детей малочисленны и лимитированы. В работах существуют принципиальные разногласия по начальному режиму энтерального питания (ЭП), нет единого протокола, что вызывает трудности при практическом применении.

Цель исследования: оценка эффективности ранней нутритивной поддержки у детей с изолированной и сочетанной ТЧМТ.

Пациенты и методы. В исследование входило 147 детей в возрасте от 3 до 14 лет с ТЧМТ, с оценкой по шкале комы Глазго менее 8 ($5,7 \pm 0,2$) баллов, на продленной ИВЛ. Показанием к проведению раннего ЭП являлась невозможность питаться обычной пищей (кома, ИВЛ). Противопоказаниями считали рефрактерный шок, тяжелую артериальную гипоксемию, некорригированную гиповолемию, декомпенсированный метаболический ацидоз и непереносимость используемых сред. Принцип раннего ЭП — начало в первые 24 часа от момента поступления в ОАР, при стабилизации центральной гемодинамики и купировании гипоксемии. На завершающем этапе (прекращение ИВЛ и стабилизация состояния) в зависимости от результатов НП в острый нейрореанимационный период дети ретроспективно разделялись на 2 группы. 1 гр. — с благоприятным клиническим исходом, сформирована из пациентов, прошедших реанимационный этап лечения без клинически выраженных метаболических нарушений. 2 гр. — сформирована по обратному принципу: у детей, вошедших в нее, отмечались пролежни, септические осложнения, прогрессировал синдром нейротрофических нарушений.

Результаты. При сравнении 1 и 2 групп обнаружена достоверная разница по времени начала НП. 87% выживших детей с изолированной и 85% детей с сочетанной ТЧМТ получали раннюю НП. Начало ЭП в первые 24 часа травмы улучшило исход как при изолированной, так и при сочетанной ТЧМТ. Отмечалась тенденция к сокращению продолжительности ИВЛ, развития пролежней, пневмоний, гнойного трахеобронхита и циститов.

Заключение. Время начала ЭП является прогностическим фактором у детей с ТЧМТ.

449

**ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ
НОВОРОЖДЕННЫХ: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ,
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ****Русак П. С., Русак Н. П.***Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова
Житомирская областная детская клиническая больница, Украина*

Актуальность. Язвенно-некротический энтероколит является одним из самых тяжелых заболеваний у новорожденных и детей грудного возраста.

Цель исследования: проанализировать результаты хирургического лечения новорожденных детей с ЯНЭК в условиях Житомирской областной детской клинической больницы за период с 2010 по 2015 гг.

Пациенты и методы. Проведен анализ результатов лечения 104 новорожденных с ЯНЭК, 65 из которых составили мальчики и 39 девочки, поступивших за период с 2010 по 2015 гг.

Результаты. Согласно нашим данным, у прооперированных пациентов было выявлено во время операции тотальное поражение толстого кишечника в 5 (25%) наблюдениях, мультисегментарное и локальное в 8 (40%) и 7 (35%) случаях соответственно. Проведены следующие виды хирургических вмешательств: резекция некротизированного участка с выведением одностольной энтеро/колостомы — у 6 (30%) в случаях сегментарного поражения кишки, при каловом/разлитом перитоните, наличии гноя/фибрина в брюшной полости. Резекция некротизированного участка с формированием подвешной колостомы при мультисегментарном поражении — у 3 (15%) пациентов; ушивание перфоративных отверстий с проведением интубации кишечника при локальном поражении — у 4 (20%); формирование энтеростомы с выключением толстой кишки при тотальном поражении — у 5 (25%) пациентов; формирование прямого анастомоза при локальном и сегментарном поражении проведено в 7 (35%) наблюдениях. Летальность в общей группе детей составила 15,38%, в группе прооперированных — 25%. Среди причин смерти новорожденных в послеоперационном периоде наблюдалось прогрессирование ЯНЭК (повторные перфорации кишечника) на фоне ухудшения состояния со стороны сопутствующей патологии, потребовавшее проведения релапаротомии.

Заключение. Наличие врожденных пороков в сочетании с недоношенностью усугубляют течение ЯНЭК, что требует повышения эффективности антенатального и постнатального обследования.

Данная группа пациентов требует наблюдения детского хирурга с целью раннего хирургического лечения при ЯНЭК.

450

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Рустамов Г. Н., Алиев И. А., Яхьяев Я. М.

*Детская республиканская клиническая больница имени Н. М. Кураева,
Дагестан, Махачкала*

Актуальность. В течение последних лет определяется увеличение количества больных множественной и сочетанной травм.

Цель исследования: проанализировать методы и результаты лечения пациентов с сочетанной и множественной травмой за последние 5 лет.

Пациенты и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 364 детей, получавших лечение в течение последние 5 лет.

Результаты. Нами использованы алгоритмы обследования и лечения данной категории пострадавших, определены объем и очередность диагностических и лечебных мероприятий: 1. В остром периоде при лечении переломов костей конечностей, сочетанных с ЧМТ или повреждением органов брюшной полости необходимо, прежде всего, устранить угрожающие жизни больного черепно-мозговые повреждения и повреждения органов брюшной полости, применить щадящие и малотравматичные методы фиксации отломков. По стабилизации состояния больного эффективно применение различных методов остеосинтеза. 2. При синдроме «среднего сегмента» скелетное вытяжение не обеспечивает оптимальной репозиции и стабильной фиксации отломков, более предпочтительным является оперативное лечение. 3. Рентгенометрическим признаком компрессионного перелома тела позвонка является индекс клиновидности менее 0,92 единиц и дисковый коэффициент более 0,37. Диагностическим признаком при компьютерной томографии является разность костной плотности выше и ниже лежащих здоровых позвонков в 100 и более денситометрических единиц Хаунсфилда. Наиболее информативным методом диагностики является МРТ. Таким образом, получены положительные результаты лечения в 96% случаев, сокращены сроки стационарного лечения на 9,8% дней с экономическим эффектом на 26% и снижена летальность до 2,7%.

Заключение. Считаем, что данный алгоритм позволяет сократить сроки обследования и лечения больных с сочетанной травмой, подобрать правильность тактики.

451

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
У МЛАДЕНЦЕВ****Рушанян Р. Г., Аксельров М. А., Мальчевский В. А.***Тюменская государственная медицинская академия
Тюменский научный центр*

Актуальность. Количество детей раннего возраста с врожденной урологической патологией, в частности обструктивными уropатиями, неуклонно растет и регистрируется у 5–14% новорожденных.

Цель исследования: улучшить результаты лечения детей с урологической патологией путем совершенствования диагностики и оптимизации сроков хирургического лечения.

Пациенты и методы. На базе кафедры детской хирургии Тюменского ГМУ проведен анализ результатов лечения 117 детей с обструктивными уropатиями, мальчиков было 75 (64%), девочек 42 (36%). Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 44 (38%) ребенка, у которых патология мочевыделительной системы была выявлена поздно, уже при присоединении осложнений (повышение температуры тела, лейкоцитурия и гематурия, боли в поясничной области). Возрастной диапазон этих пациентов составил от 1 до 15 лет. Вторая группа — 73 (62%) новорожденных. Патология у них была выявлена внутриутробно с помощью сонографии, лечение проводилось с первых дней жизни.

Результаты. Раннее выявление данной патологии и своевременное оперативное вмешательство до возникновения и присоединения вторичной инфекции мочевыделительной системы улучшило результаты лечения этих больных, снизив количество осложнений с 28,3% до 1,4%.

Заключение. Раннее выявление данной патологии создало предпосылки для раннего оперативного вмешательства до возникновения и присоединения вторичной инфекции мочевыделительной системы. Данное обстоятельство является решающим в профилактике послеоперационных осложнений, а также удовлетворительных ближайших и отдаленных результатов лечения.

452 ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКИРИИ

Саблин П. А.

Республиканская детская клиническая больница, Уфа

Актуальность. Сложность патогенеза черепно-мозговой травмы и многообразие клинических проявлений выводит вопрос в категорию значимых.

Цель исследования: оценить особенности острой черепно-мозговой травмы у детей.

Пациенты и методы. В нейрохирургическом отделении РДКБ г. Уфы за год наблюдались 81 пациент (с 0 до 18 лет) с черепно-мозговой травмой средней или тяжелой степени тяжести, поскольку именно эта группа травм является наиболее важной в рассмотрении последствий их течений. Из них 39 девочек, что составило 48,15% и 42 мальчика, соответственно 51,85%.

Результаты. Дети 1 года жизни 30 человек (37%), в возрасте до 7 лет 29 детей (35,8%) и школьники 22 человека (27,26%). По степени тяжести распределение было следующим: ушибы головного мозга легкой степени тяжести составили 51 человек (62,97%), средней степени тяжести 17 пациентов, с ответственно 20,98%, ушибы 76 пациентов тяжелой степени были 13 случаях, составив 16,05%. С улучшением домой выписано (93,83%). В другие отделения переведен 1 ребенок (1,23%). На следующий этап реабилитационного лечения — 3 детей (3,7%). Умер 1 (1,23%). Среди видов травм были такие, как бытовые, уличные, ДТП, спортивные. Причины травм следующие: падение с высоты, падение на голову различных предметов, дорожно-транспортные происшествия, жестокое обращение с детьми. Из общего числа пациентов оперативное лечение проводилось в 17 случаях (20,99%). Оперативное лечение при ушибах легкой степени тяжести у 6 пациентов было связано с вдавленным перелом. В остальных случаях — с удалением внутричерепных гематом. Сочетанных травм было 8, среди них 5 после ДТП (6,17%), падение с высоты более 2 метров — 2 (2,47%), и 1 ребенок был госпитализирован после падения предмета на голову.

Заключение. В связи с организацией службы санитарной авиации и травматологических центров разного уровня преемственности и их работы на различных этапах движения пациентов отмечается улучшение исходов черепно-мозговых травм.

453
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ РЕБЕНКА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ
ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ОЧМТ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Саблина З. Р.

Городская детская клиническая больница № 17, Уфа

Актуальность. Изучением черепно-мозговой травмы занимаются достаточно большое количество исследователей. Являясь, одной из частых причин инвалидизации и смертности в детском и подростковом периодах, черепно-мозговая травма ежегодно встречается в разных странах, и число новых случаев колеблется от 180–200 на 100 тыс. населения.

Цель исследования: описание сложного случая лечения пациентки с тяжелой черепно-мозговой травмой, наблюдение и изучение вопроса восстановления неврологических функций и динамики развития улучшения самочувствия, исследование психологического профиля в отдаленном периоде ЧМТ.

Пациенты и методы. Клинический случай: девочка 17 лет, перенесшая тяжелую сочетанную травму. Анамнез: ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести; открытый перелом затылочной кости слева; разрыв лямбдовидного шва справа; открытый перелом основания черепа в средней черепной ямке с 2-х сторон, передней черепной ямке; отогематоликворея справа; назальная гемоликворея; ушибленная рана затылочной области; закрытая травма грудной клетки; закрытый перелом 9, 10 ребер слева со смещением; двусторонний пневмоторакс; закрытый перелом левой ключицы со смещением отломков; закрытый перелом позвонка справа ушиб спинного мозга; поднадкостничная гематома левой теменно-затылочной области, правой теменной области. Имелись ссадины, кровоизлияния в мягкие ткани правого плечевого сустава, левой половины лица, левого предплечья. Травматический шок 2 степени в 10 лет.

Результаты. В процессе лечения отмечалось улучшение самочувствия. В неврологическом статусе превалировала клиника периферического пареза лицевого нерва. По данным нейропсихологического тестирования — умеренные когнитивные нарушения, в виде снижения памяти, но при этом высокие показатели мотивации и нацеленности на результат. Высокий уровень интеллекта. Повышена личностная тревожность.

Заключение. Используя оценку качества жизни, подход к пациенту становится более индивидуальным, лечение направлено не на болезнь, а на больного.

454

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

Саруханян О. О., Григорьева М. В., Гасанова Э. Н., Батунина И. В.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Актуальность. Перекрут гидатиды яичка является одним из наиболее распространенных причин экстренной госпитализации в неотложной хирургии детского возраста. В настоящее время невозможно точно предположить клинические последствия перенесённого перекрута гидатид в результате консервативного лечения, учитывая противоречивые данные отечественных и зарубежных авторов.

Цель исследования: доказать безопасность консервативного лечения при неосложненном течении перекрута гидатиды яичка у детей.

Пациенты и методы. За период с 2009 по 2015 гг. в НИИ НДХиТ находилось на консервативном лечении 108 мальчиков в возрасте 1–17 лет с диагнозом перекрут гидатиды.

Результаты. Неосложненное течение, предусматривающее консервативное лечение, отмечалось у 22,5% из общего числа пациентов с диагнозом перекрут гидатиды. Заболевание характеризовалось субклиническими проявлениями: локальная болезненность только при движениях и пальпации у верхнего полюса яичка. Общее состояние детей не страдало. Отек и гиперемия пораженной половины мошонки не отмечались. При УЗИ мошонки определялась гидатида без признаков кровотока, у всех пациентов отсутствовали эхографические признаки вторичных воспалительных изменений органов мошонки. Пациентам проводилось консервативное противовоспалительное лечение в течение 3–5 дней с клиническим и эхографическим контролем. При неэффективности терапии проведено отсроченное хирургическое вмешательство у 4-х пациентов (0,8%). Проведен катамнез 12 пациентам через 5 лет, 35 пациентам через 3 года, 53 пациентам через 1 год. Ни у одного пациента не было жалоб, отсутствовали повторные приступы болей. Во всех случаях при клиническом обследовании патологических изменений органов мошонки не было выявлено, пальпация безболезненна, патологическая образования не определялись. При ультразвуковом исследовании в 70% случаев гидатида не визуализировалась, в 30% выявлена неизменная гидатида.

Заключение. Таким образом, консервативный подход в лечебной тактике оправдан и безопасен при неосложненном течении перекрута гидатиды.

455

НЕПОЛНЫЙ ИНТЕРМИТТИРУЮЩИЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ**Саруханян О. О., Григорьева М. В., Гасанова Э. Н.***Научно-исследовательский институт неотложной хирургии и травматологии, Москва
Научный центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Перекрут яичка является наиболее опасной экстренной ситуацией в неотложной андрологии у детей. Полиморфизм симптомов перекрута яичка приводит к трудностям диагностики и запоздалому лечению, что приводит к необратимым повреждениям яичка и орхэктомии.

Цель исследования: улучшить результаты лечения перекрута яичка у детей.

Пациенты и методы. Неполный интермиттирующий перекрут яичка был выявлен у 18 пациентов мужского пола в возрасте 13–16 лет. Все больные жаловались на боль в области яичка или паховой области. В 6 случаях отмечалась боль в животе — в пахово-подвздошной области на стороне поражения. На тошноту жаловались 15 больных, рвота отмечалась у 8 пациентов. Важно подчеркнуть опасность ошибочного предварительного диагноза: острый аппендицит, с которым были доставлены по «скорой» 4 из наших пациентов. Отмечалось острое начало заболевания: боль за 3–5 час до обращения, которая за время транспортировки и осмотра спонтанно купировалась. В 5 случаях пациенты обратились на следующий день после болевого приступа, напуганные остротой боли. У 12 пациентов приступы болей с той же стороны отмечались повторно с перерывом в несколько месяцев. При осмотре в приемном отделении не отмечалось клинических и ультразвуковых симптомов перекрута яичка. При УЗИ отмечалось небольшое скопление жидкости в оболочках яичка и некоторое усиление кровотока в яичке и придатке. За время наблюдения у них также не было выявлено данных за острое хирургическое заболевание органов мошонки и показаний к экстренной операции. По клиническим и лабораторным данным эпидидимит и эпидидимоорхит были исключены, данных за перекрут гидатиды не было выявлено.

Результаты. Диагноз неполного перекрута яичка со спонтанным самопроизвольным раскручиванием устанавливался путем исключения известных острых заболеваний яичка. Для предотвращения повторного перекрута яичка с вероятным развитием неблагоприятного исхода были вынесены показания к орхопексии. Непосредственные и отдаленные (до 1 года) результаты лечения хорошие, повторных эпизодов болей не было, пациенты здоровы.

Заключение. Неполный интермиттирующий перекрут яичка у детей является опасным последствием аномалии фиксирующего аппарата яичка. Для предупреждения перекрута яичка показано проведение фиксирующей яичко операции.

456

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Сварич В. Г.

Республиканская детская клиническая больница, Сыктывкар, Коми

Актуальность. Иногда острый гематогенный остеомиелит (ОГО) осложняется таким малоизученным в детской практике воспалительным процессом, как острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС).

Цель исследования: выявление основных клинических и рентгенологических признаков ОРДС при ОГО у детей.

Пациенты и методы. На лечении в хирургическом отделении находился 221 ребенок с ОГО. ОРДС развился у 14 больных детей (6,3%); половина из них были дети в возрасте от 8 до 15 лет. Эти пациенты, поступили в сроки более суток с момента заболевания.

Результаты. Первым и единственным начальным клиническим симптомом ОРДС являлась дыхательная недостаточность, в виде быстро прогрессирующего (в течение 0,5–1 часа) тахипноэ. Затем присоединялись: жалобы на дискомфорт в груди, гипертермия, усиление боли в пораженной кости даже после остеоперфорации, тахикардия, угнетение сознания. На рентгенограмме легких, выполненной по экстренным показаниям, обнаруживалось диффузное усиление и обогащение легочного рисунка с локальным лобарным или полисегментарным затемнением в одном из легких. Структура корней была нечеткая за счет отека. Далее воспалительный процесс в легких характеризовался появлением, на фоне отека, участков более плотной структуры в виде среднеочаговых, крупноочаговых теней или фокусов, хаотично расположенных в обоих легких и напоминающих «хлопья снега». Все пациенты были переведены в отделение интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) и к концу первых суток, несмотря на адекватную терапию, искусственная вентиляция легких потребовалась всем больным.

Заключение. Наиболее часто ОРДС при ОГО встречается в возрасте от 8 до 15 лет. Зачастую, единственным начальным симптомом, указывающим на начало ОРДС у пациента с ОГО является внезапно возникшее тахипноэ. Всем детям с ОГО и начинающимися симптомами дыхательной недостаточности показано проведение экстренной рентгенографии грудной клетки, для своевременного выявления ОРДС, и немедленный перевод в ОИТР.

457

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕЛА И ГОРОДА**Склярова Е. А., Гисак С. Н., Вечеркин В. А., Черных А. В., Шестаков А. А., Баранов Д. А.***Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко*

Актуальность. Несмотря на развитие современной медицины, продолжают поступать больные с деструктивными формами аппендицита, осложненные перфоративными перитонитами.

Цель исследования: разобраться в причинах поздней диагностики перфоративных перитонитов.

Пациенты и методы. Проведено полное клинико-лабораторное обследование 118 детей возраста от 2 до 14 лет (48 девочек и 70 мальчиков) из села и города, больных гнойным перфоративным перитонитом аппендикулярного происхождения.

Результаты. Поздняя диагностика острого аппендицита в сроки позже 2–3 суток и поздняя аппендэктомия осуществлялись уже в стадии гнойно-перфоративного аппендицита и разлитого гнойного перитонита. Причины трудности диагностики: из-за атипичного расположения червеобразного отростка 47 детей (39,6%), поздняя обращаемость к врачу 52 (44,4%). В анамнезе у 7 (5,9%) детей поздняя обращаемость объяснялась удаленностью места жительства заболевшего от лечебных учреждений, а у других 45 (38,5%) детей школьного и дошкольного возраста их позднее обращение объяснялось социальным неблагополучием семьи. У 7 (5,9%) больных аппендицит был вызван экстракишечным штаммом клебсиеллы (*Klebsiellae oxytoca*), диагноз был установлен на 3–4 сутки болезни. У других 12 (10,1%) больных возбудителями острого аппендицита послужила анаэробная инфекция (*Peptostreptococcus, Bacterioides*).

Заключение. У 16% детей обнаружилась ранее неизвестная причина позднего диагноза острого аппендицита — изменившийся патоморфоз его возбудителей. Клебсиеллезные и анаэробные возбудители перитонита участвовали в связи с дисбиозом кишечника и частой случайной (транзиторной) инфекцией в толстой кишке, которые стали возбудителем аутоэнтерогенного заболевания — острого аппендицита, с его атипичным развитием и течением.

458

ОСТРЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ У ДЕВОЧЕК

Смирнов А. Н., Чундокова М. А., Черкесова Е. М.

*Детская городская клиническая больница № 13 имени Н. Ф. Филатова, Москва
Российский научно-исследовательский университет имени Н. И. Пирогова, Москва*

Актуальность. Острые боли в животе частая причина обращения детей в стационар. Особенности поведения, трудности при сборе анамнеза, осмотре и диагностике усугубляются у девочек присоединением гинекологической патологии.

Цель исследования: проанализировать причину острых болей в животе у девочек, находившихся на лечении в ДГКБ № 13 за последние 5 лет.

Пациент и методы. В период с 2010–2015 гг. на лечении находилось 4642 девочки с острыми болями в животе. Большинство поступило с подозрением на острый аппендицит (98%). Хирургическая патология выявлена у 23,6%. Педиатрические заболевания у 70%. Девочки с гинекологическими заболеваниями составили 6,4%.

Результаты. Все дети с хирургической патологией оперированы. Девочкам с гастроэнтерологическими и урологическими заболеваниями выполнено обследование и симптоматическое лечение. Девочки с гинекологическими заболеваниями оперированы в 66,5% (178) случаев. Причем дооперационный диагноз установлен в 42%. Гидатиды маточных труб (некроз) (16,2%) удалялись. При кистах яичника (21,3%) выполнялось вылущивание (87,4%), резекция яичника (6,3%), овариоэктомия (6,3%). При апоплексии (7,4%) санация брюшной полости, при необходимости остановка кровотечения. При перекруте придатков матки (5,4%) у 6 детей выполнена аднексэктомия ввиду явного некроза, у 10 — органосохраняющая операция. Девочкам с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки (сальпингит, пельвиоперитонит) (9,8%) проводилась санация, антибактериальная терапия. Сопутствующая аппендэктомия выполнена по показаниям у 145 детей. Все дети с патологией органов малого таза консультированы гинекологом, направлены под наблюдение районного специалиста.

Заключение. Девочки с болями в животе являются группой риска и требуют внимательного подхода при выборе тактики ведения. Редкая встречаемость гинекологической патологии в практике детского хирурга может приводить к поздней диагностике. Консультации смежных специалистов необходимы для полноценного обследования и лечения. Длительный (более 1–2 суток) болевой синдром в нижних отделах живота является показанием для лапароскопии.

459

**ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РАННЕЙ НЕЙРОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ ЛИКВОРОПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
У НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
ПРИ ГИДРОЦЕФАЛИИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ****Старов Е. А., Акрамов О. З., Могилев А. Г., Медведев А. И.***Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З. И. Круглой, Орел*

Актуальность. Высокая младенческая смертность в результате прогрессирующей окклюзионной гидроцефалии на фоне внутрижелудочковых кровоизлияний III–IV степени и нейроинфекции в Орловском регионе. Отсутствие методов и практического опыта ранних хирургических вмешательств при окклюзионных гидроцефалиях различной этиологии у новорожденных и недоношенных детей в Орловском регионе. Проведение экстренной нейроэндоскопической коррекции при окклюзионной гидроцефалии у новорожденных из Орловской области ранее было возможно лишь в единичных специализированных нейрохирургических центрах Москвы при условии транспортабельности ребенка. В этой связи назрела острая необходимость внедрения метода ранней нейроэндоскопической коррекции ликворопроводящих путей у новорожденных, недоношенных детей на базе НКМЦ им. З. И. Круглой.

Цель исследования: улучшение результатов лечения прогрессирующей гидроцефалии у грудных детей.

Пациенты и методы. Оперировано 60 новорожденных, с различным сроком гестации от 25 до 40 недель. Весом от 900 гр и более.

Основными методами исследования и послеоперационного контроля были МРТ, МСКТ, НСГ.

Результаты. Положительный результат достигнут в 75% наблюдениях. В остальных случаях потребовалось сочетание нейроэндоскопического вмешательства с имплантацией шунта. Осложнения летальность непосредственно связанные техникой операции не отмечены.

Заключение. Внедрение в практику детской нейрохирургии и совершенствование малотравматичных эндоскопических методик позволяет достичь высокой эффективности в лечении прогрессирующей гидроцефалии, избегая недостатков, присущих имплантируемым шунтирующим системам.

460

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СОСУДИСТЫХ И ГИПЕРВАСКУЛЯРНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Тараканов В. А., Бурлуцкая А. В., Фирсов А. Л., Барова Н. К.,
Скотарева В. И.

*Детская краевая клиническая больница, Краснодар
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Актуальность. Хирургическое лечение гиперваскулярных и сосудистых образований, в том числе у детей, часто осложняется чрезмерным интраоперационным кровотечением, что затрудняет, а иногда делает невозможным проведение необходимого объема оперативного вмешательства.

Цель исследования: оценить степень эффективности метода эндоваскулярной эмболизации (ЭВЭ) в лечении гиперваскулярных и сосудистых образований у детей.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 15 историй болезней детей, получавших лечение в Краевом центре детской хирургии с 2010–2016 гг. Возраст от 6 мес до 17 лет. Нозологическая структура: обширные гемангиомы головы, шеи и конечностей — 7, артериовенозные мальформации (АВМ) головы и ЧЛО — 5, доброкачественные гиперваскулярные образования (ДГВО) печени — 3. Интервенций выполнено 18. Предоперационная ангиография и эмболизация выполнялась в условиях рентгенооперационной, на аппарате PHILIPS Allura Xper FD20. Обезболивание: < 15 лет — общее, > 15 лет — местное. Доступ: чрезбедренный. Катетеры церебральные и висцеральные, d-1,5÷5Fr. В качестве материала для эмболизации применялись частицы PVA и Embosphere размером 300÷700 мк. В 1 случае использована клеевая композиция Histoacryl+Lipiodol. Контраст — «ультравист» с концентрацией йода 370 мг/мл. 1-й этап — диагностическая ангиография с целью уточнения ангиоархитектоники, интенсивности кровотока. 2-й этап — суперселективная катетеризация питающих сосудов. 3-й этап — контрольная ангиография.

Результаты. Снижение интенсивности интраоперационного кровотечения и уменьшение его объема в 2,5 раза — 8. Качественный гемостаз в условиях продолжающегося кровотечения после экстракции зуба у детей с АВМ ЧЛО-2. Уменьшение размеров опухоли, устранение в ней кровотока при доброкачественных ГВО печени-3.

Заключение. Метод предоперационной ЭВЭ позволяет сократить объем гиперваскулярных и сосудистых образований различной локализации, уменьшить интраоперационную кровопотерю.

461

**НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА****Терехина М. И., Барская М. А., Завьялкин В. А., Варламов А. В.,
Зеброва Т. А.***Самарский государственный медицинский университет*

Актуальность. Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей могут приводить к тяжелым осложнениям (перфорация полого органа, перитонит, кишечная непроходимость), требующих оперативного лечения (Ашкрафт К. У., Холдер Т. М., 1996, Исаков Ю. Ф., Разумовский А. Ю., 2014).

Цель исследования: проведение анализа результатов лечения пациентов с инородными телами желудочно-кишечного тракта. Для достижения цели поставлены следующие задачи: определить наиболее распространенные инородные тела, попадающие в желудочно-кишечный тракт детей; выявить наиболее опасные в отношении развития осложнений инородные тела; выявить характер осложнений.

Пациенты и методы. В ходе работы были изучены истории болезней 467 пациентов в возрасте от 0 до 15 лет, поступивших в детское хирургическое отделение ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина (г. Самара) с инородными телами желудочно-кишечного тракта с 2012 по 2016 гг. Среди больных преобладали дети от 1 до 7 лет (85,3%).

Результаты. Исходя из данных литературы и клинических наблюдений, нами разработан алгоритм ведения таких пациентов. Наиболее опасными инородными телами являются батарейки и магниты. Среди наиболее часто встречающихся осложнений можно выделить следующие: перфорация стенки полого органа с возможной миграцией инородного тела в свободную брюшную полость (17), острая кишечная непроходимость (4), разлитой фибринозно-гнойный перитонит (1), вторичный аппендицит (1). Все случаи проглатывания инородных тел завершились следующими исходами: выход естественным путем (409), извлечение инородного тела путем ФГДС (41), оперативное лечение (17).

Заключение. Проглоченные детьми предметы в большинстве случаев выходят естественным путем в период между 2 и 9 сутками. Наиболее часто среди инородных тел ЖКТ можно встретить монеты, батарейки и магниты. Батарейки и магниты представляют наибольшую опасность, т. к. могут привести к осложнениям, требующим оперативного лечения.

462

КЛЕТОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ КОЖНЫХ ДЕФЕКТОВ

Тимофеев И. В., Дьяконова Е. Ю., Гусев А. А., Прудникова Т. А., Бекин А. С., Романова Е. А., Хроленко П. В.

Научный центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Лечение обширных повреждений кожных покровов всегда было сложной задачей. В связи с ростом детского травматизма пациентов с этой патологией становится все больше. Задача хирурга из спектра оперативных пособий выбрать метод, позволяющий закрыть раневую поверхность с наилучшим косметическим результатом, что легло в основу развития клеточных технологий в терапии обширных ран.

Цель исследования: оценить перспективность использования мезенхимных стволовых клеток (МСК) у пациентов с обширными кожными дефектами.

Пациенты и методы. Проведен анализ результатов лечения 7 пациентов с обширными кожными дефектами различной глубины, локализации и размеров. После хирургической обработки раневые поверхности были укрыты аллогенными мезенхимными стволовыми клетками (МСК) на коллагеновом геле. Для защиты клеточный материал после подсадки был укрыт пластинами Воскопрана с Диоксидином. На 10-е сутки выполнена оценка состояния раневых поверхностей. Отмечено формирование грануляций и появление островков эпителизации по всей поверхности ран, в большей степени по периферии. Выполнена повторная подсадка МСК. Через 10 суток у 5 пациентов раневые поверхности эпителизировались. У 2 больных выполнена третья подсадка МСК, что позволило добиться закрытия ран.

Результаты. У всех пациентов достигнуто полное закрытие кожных дефектов в сроки от 20 до 35 дней, в зависимости от размеров. Использование МСК позволило избежать оперативных способов кожной пластики и забора донорских лоскутов, что позволяет получить выгодный косметический результат. В катанезе отмечено отсутствие рубцовых деформаций в зоне применения МСК, что актуально при локализации кожного дефекта в области сустава.

Закключение. Применение клеточных технологий в закрытии полнослойных кожных дефектов позволяет получить хороший косметический и функциональный результат и требует дальнейшего изучения.

463 ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Уралбоев И. Э., Ахмедов Ю. М., Ганиев Ж. А.

Самаркандский областной многопрофильный медицинский центр, Узбекистан

Актуальность. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) сложный порок развития. Выраженный косметический дефект у детей старшей возрастной группы ведет к изменениям психики.

Цель исследования: определить эффективность консервативного и оперативного лечения КДГК у детей.

Пациенты и методы. В отделении ортопедии ОДММЦ с 2015 по 2016 гг. под наблюдением и лечением находилось 58 детей с КДГК. Из них 38 мальчиков и 20 девочек в возрасте от 4 до 18 лет. В зависимости от степени деформации были распределены: I ст. — 12 больных, II ст. — 29, III ст. — 11 и с IV ст. — 6 детей. Обследование включало: рентгенография грудной клетки, общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, ЭКГ, Эхо-КГ, функция внешнего дыхания. Проводились консервативный и оперативные методы лечения. Показаниями к консервативному методу лечения являлись хроническая пневмония и сердечная недостаточность. Применялся динамическая компрессионная система (производства Турции) у 47 больных. Показаниями к операции были: килевидная деформация грудной клетки II–IV степени. При оперативном лечении у 9 больных использовался миниинвазивный способ Абрамсона, у двух больных открытый метод Равича.

Результаты лечения через 6–12 месяцев: у 35 детей (87,5%) расценивались как хорошие, у 5 (12,5%) детей — удовлетворительные. В послеоперационном периоде форма грудной клетки, функциональные показатели сердечно-сосудистой и дыхательной систем улучшались и стабилизировались.

Заключение. Лечение детей с КДГК по предложенной методике позволило получить высокий процент хороших результатов.

464

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ И ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Усманов Х. С., Абдусаматов Б. З.

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста, Ташкент

Актуальность. В результате поздней диагностики хирургическое лечение эхинококкоза печени и органов брюшной полости не менее чем в 70–80% случаев выполняется уже при возникших осложнениях, в связи с чем послеоперационная летальность достигает 10–15%.

Цель исследования: обоснование лапароскопической эхинококкэктомии при сочетанном эхинококкозе печени и других органов брюшной полости у детей.

Пациенты и методы. Проанализированы результаты лечения 23 детей в возрасте от 3 до 18 лет с сочетанным эхинококкозом печени и других органов брюшной полости, которые находились в РНПЦМиЭХДВ в период с 2006 по 2015 гг. Заключительным этапом исследования больного была ДЛ. При этом ЭК у 10 (18,9%) пациентов был выявлен множественный эхинококкоз печени, сочетанное поражение печени и селезенки, мы наблюдали у 9 (17%) больных.

Результаты. В контрольной группе сочетанный эхинококкоз печени и других органов был установлен у 14 пациентов. Сочетанное поражение печени и селезенки у 5 (35,7%) больных; печени и большого сальника, внеорганные кисты брюшной полости у 4 (28,6%); печени и яичника у 3 (21,4), печени и диафрагмы у 2 (14,3%) больных.

В основной группе больных было выявлено сопутствующее поражение печени и селезенки у 2 (22,2%) больных; печени и большого сальника, внеорганные кисты брюшной полости у 3 (11,1%); печени и яичника у 1 (11,1%) случая; печени и диафрагмы у 2 (22,2%) больных, и тотальное поражение у 1 (11,1%) больного. При сочетанном эхинококкозе печени и большого сальника 3 (21,4%) при ЭЭ была проведена резекция сальника в 2 (14,3%) случаях. В 1 (7,1%) случае при множественном тотальном поражении эхинококкозом проведена оментоэктомия.

Заключение. Таким образом, при выполнении практически одинаковых объемов оперативного вмешательства при ЭЭ в сравниваемых группах больных ЛЭЭ оказалась более эффективным методом выбора лечения.

465

КОМПЛЕКС ПРЕДОПЕРАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЕГКИХ**Усманов Х. С., Салимов Ш. Т., Пирназаров И. П.***Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста, Ташкент*

Актуальность. Отсутствие единого способа операций при эхинококкозе легкого, высокая частота послеоперационных осложнений (6,7–7,5%), рецидивов (5–12%) и летальных исходов (до 8,5%) определяет необходимость поиска выбора оптимального вида операции.

Цель исследования: оценка общего состояния больных с различным течением и локализацией эхинококкоза легких с целью ориентации на намечаемый выбор хирургического вмешательства и объем предоперационной подготовки и лечебно-диагностических мер.

Пациенты и методы. В период с 2005 по 2015 гг. в РНПЦМиЭХДВ обследовано и прооперировано 72 детей с эхинококковой болезнью легких в возрасте от 2–16 лет. Большинство было в возрасте старше 10 лет (35–48,6%). Мальчиков — 49 (68,1%), девочек — 23 (31,9%). Среди 37 пациентов с эхинококковой болезнью легкого у 18 диагностированы различные осложнения, у 26 (70,27%) — нагноение без перфорации хитиновой оболочки, у 11 (29,7%) — прорыв в плевральную полость.

Результаты. При широкой возрастной разнице трудно судить о величине паразитарной кисты. Эхинококковая киста размером 3×4 см 3–4 летнего возраста может соответствовать охвату половины или почти целой доли, такие же размеры кисты у 14 летнего ребенка укладывается в пределах одного сегмента. По размеру эхинококковой кисты разделили на мелкие кисты, занимающие до половины одного сегмента у 12 (16,6%), средние, расположенные в пределах одного сегмента у 19 (26,3%), большие, выходящие за пределы одного сегмента 30 (41,6%) и гигантские кисты, занимающие несколько сегментов или одну долю легкого 11 (15,27%). Случаи (кисты диаметром более 50–70 мм, а также рецидивные кисты, осложненных нагноением), которые по данным литературы также считаются абсолютным противопоказанием к видеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого, мы по мере накопления опыта позволили трактовать как «относительные».

Заключение. В период обследования установлено, что общее состояние больного объективные и лабораторные данные зависят от клинической степени эхинококкоза легкого и надо учитывать размеры, число и характер осложнений.

466

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Файзиева Ш. М., Ашуров З. И., Шарифбаев С. А., Дадабаева Ё. И.

Наманганский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

Актуальность. Последнее время тяжелое ЧМТ с кровоизлиянием и тяжелыми ушибами головного мозга встречается особенно часто с увеличением ДТП.

Цель исследования: выявить пути улучшения исходов тяжелой сочетанной ЧМТ с контузионными очагами головного мозга.

Пациенты и методы. Проведен анализ комплексного обследования и лечения 125 пациентов с данным видом травмы, находившихся на лечении в НФ РНЦЭМП с 2013 по 2015 гг. 30 (24%). Пострадавшим выполнялось оперативное лечение очагов ушиба головного мозга. При обследовании данной категории оценивалась неврологическая симптоматика, выполнялась КТ и МСКТ головного мозга.

Результаты. Исходя из особенностей клинических проявлений ушибов головного мозга при сочетанной ЧМТ, с отсутствием классических клинических форм, основным определяющим фактором остаются данные инструментальных обследований, мониторинг уровня внутричерепного давления. У 25 (20%) пострадавших выявлено ухудшение КТ-картины без клинической динамики. Одним из существующих резервов снижения летальности и улучшения исходов хирургического лечения очагов ушиба головного мозга, является проведение оперативного вмешательства до развития дислокационного синдрома или хотя бы на фоне его начальных стадиях. С нашей точки зрения, при оперативном вмешательстве у пострадавших с сочетанной ЧМТ предпочтение должно отдаваться декомпрессивной трепанации черепа даже при отсутствии выраженного выбухания вещества мозга в трепанационное окно.

Закключение.

1. Для благоприятного исхода лечения контузионных очагов у пострадавших с сочетанной ЧМТ необходимо провести тщательный нейромониторинг.
2. При определении показаний к оперативному лечению следует учитывать прогностические факторы развития гипертензионно-дислокационного синдрома.
3. Большое значение имеет качество выполненного оперативного вмешательства, что также зависит и от технической оснащенности операционной.

467

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ
ТРАВМИРОВАННОГО ЯИЧКА****Фоменко С. А., Щербинин А. В., Мальцев В. Н., Щербинин А. А.,
Москаленко С. В., Лепихов П. А., Москаленко А. С.***Республиканская детская клиническая больница, Донецк, Украина*

Актуальность. У детей травма мошонки составляет 25% от всех случаев травм органов мочеполовой системы и приводит к неудовлетворительным последствиям, вплоть до атрофии яичка в 15,9% случаев. При закрытых повреждениях яичек, без нарушения целостности белочной оболочки, наступают значительные нарушения интратестикулярного кровообращения, способные вызвать выраженные гипоксические изменения в паренхиме яичка. Более быстрое восстановление внутриорганного кровотока приведет к улучшению результатов лечения, как в ближайшем, так и в отдаленном периодах.

Цель исследования: определить возможности использования показателей интратестикулярного кровотока для оценки эффективности лечения травмированной гонады.

Пациенты и методы. Нами оценена динамика интратестикулярного кровотока у 23 мальчиков в возрасте от 3-х до 17-и лет, получавших консервативную терапию по поводу тупой травмы мошонки и яичка без нарушения целостности белочной оболочки.

Результаты. Проводилось сравнение доплеровских параметров внутрияичкового кровотока (в центропетальных и возвратных артериях яичка), полученных в ходе триплексного сканирования при импульсно-волновой доплерографии. В качестве объективного теста состояния кровотока в гонаде использовался индекс резистентности. Исследование проводилось на пораженной и здоровой стороне. Затем путем деления полученных данных определялся коэффициент соотношения индекса резистентности. Более быстрое уменьшение данного коэффициента в динамике говорило нам о скорости процесса восстановления кровоснабжения в пораженном яичке.

Заключение. Показатели интратестикулярного кровотока явились своеобразным маркером расстройств гемодинамики в травмированной гонаде и объективными критериями эффективности проводимого лечения.

468

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТОВ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК

Хайирбеков Т. Х., Халилов И. Г., Мейланова Ф. В., Садыкова М. М.

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала

Актуальность. Перекрут придатков матки является нередкой причиной острой боли в животе, требующей немедленного оперативного лечения.

Цель исследования: определить эффективность лапароскопических вмешательств при перекрутах придатков матки у девочек.

Пациенты и методы. За последние 5 лет в ДРКБ им. Н. М. Кураева находились 36 девочек с перекрутом яичников в возрасте от 8 месяцев до 15 лет. Давность заболевания от нескольких часов до 4 суток. Правосторонний перекрут наблюдался в 24 случаях, левосторонний в 12. До операции проводилось бимануальное ректальное исследование и УЗИ органов малого таза с доплерографией. 12 детей оперировано эндоскопически. При лапароскопии применялся трехпортовый доступ. Оперативное пособие включало деторсию придатков. При наличии кисты яичника производилась цистэктомия. В 5 случаях у детей с некрозом яичника выполнялась видеоассистированная аднексэктомия. В последнее время применяем органосохраняющие операции, несмотря на признаки ишемии яичника. Производим удаление придатков только в случаях явной нежизнеспособности. В послеоперационном периоде применяли по показаниям инфузионную терапию, антибиотики, анальгетики. Для контроля за эффективностью лечения после деторсии использовали УЗИ с доплерографией.

Результаты. Осложнений в ходе операции и в послеоперационном периоде не было. После органосохраняющих операций УЗ-мониторинг показал во всех случаях наличие кровотока в яичниках. Послеоперационный период после лапароскопической операции протекал гораздо более гладко, чем у больных, оперированных традиционным способом. Значительно меньше назначались обезболивающие препараты, на 2 сутки больным разрешалось ходить. Средний срок пребывания в стационаре составил 7 дней. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии под наблюдение гинеколога. Рецидивы перекрута не наблюдались.

Заключение. Лапароскопическая технология позволяет значительно снизить травматичность вмешательств, добиться выраженного снижения болевого синдрома после операции, скорейшего восстановления и укорочения послеоперационного койко-дня, хорошего косметического эффекта.

469

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ**Хамидов Б. Х., Отамурадов Ф. А.***Ташкентский педиатрический институт, Узбекистан*

Актуальность. Кисты и свищи шеи развиваются из эмбриональных структур как следствие нарушения процесса их созревания. Однако до настоящего времени наблюдается запоздалая диагностика с развитием различных осложнений, отягощающих их течение и усложняющих оперативную коррекцию, возникновение рецидивов. Не всегда косметические результаты проведенных операций являются удовлетворительными.

Цель исследования: улучшение результатов лечения врожденных кист и свищей шеи у детей на основе оптимизации диагностики и выбора хирургической тактики.

Пациенты и методы. В период с 2005–2015 гг. в клинике 2-ДХКБ наблюдалось 42 пациента в возрасте от 6–18 лет. Мальчиков было 28, девочек 14. Односторонним — 34, двусторонним — 8.

Результаты. После введения контрастного вещества проводили рентгенографию шеи в прямой и боковой проекции. На основании 14-цистографии установлено, что наиболее характерной особенностью кист шеи является округлая или овальная форма их с четкими контурами стенок и равномерным накоплением жидкости в ее просвете. Размер срединных кист у наблюдаемых нами больных колебался от 0,5 до 6 см. Наиболее часто встречались кисты размером 1,5–4 см. Свищ иногда инфицировался (у 6 пациентов). Выделения из него были гнойные или гноевидные, вокруг возникал дерматит. Свищ был как полным, сквозным, так и неполным, и слепым. Кисту удаляли, используя косопоперечный разрез длиной 5–7 см. У 8 больных свищ был неполным, у 16 — неполным, не сквозным. Его глоточная часть располагалась в мягких тканях поверхности шеи впереди сосудистого пучка в виде мышечного просвета тонкого соединительного тяжа. Отдаленный результат операции показывает, что у всех больных с врожденными свищами рецидивы и осложнения не отмечены. Использование внутрикожного шва способствует улучшению косметических результатов и снижению рецидива болезни.

Заключение. У детей с наиболее частым осложнением кист шеи является его нагноение с формированием неполного или полного свища, требующая этапного лечения: вскрытие или санация с последующим радикальным удалением.

470

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО АРТРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Хамидов Б. Х., Яхшимуратов С. Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. По своему анатомическому строению область коленного сустава по сравнению с другими суставами наиболее сложна в связи наличием множества синовиальных сумок, сообщающихся и не сообщающихся с полостью сустава. Иногда не представляется возможным точно определить первичную локализацию процесса.

Цель исследования: изучить комплексный метод лечения гнойного артрита коленного сустава с использованием антибиотиков в сочетании с Мелоксикамом (Ревмоксикам).

Пациенты и методы. В основу работы положен анализ историй болезней пролеченных детей в клинике 2 ГДХКБ за период с 2006–2016 гг. За 10 лет мы наблюдали 58 детей с острым гнойным артритом коленного сустава. Чаще болели мальчики до 13 лет. Средний возраст детей был 7,2 года. Преобладало одностороннее поражение 93,2%. В анамнезе у этих детей были травмы, частые простудные заболевания. Всем больным проведено: общеклиническое, биохимическое исследование, УЗИ, МРТ, пункции коленного сустава. Экспресс определение С-реактивного белка в сыворотке крови.

Результаты. Наши исследования показали, что при гнойном артрите СРБ достигал 374–568 мг/л, а при серозной форме воспаления 320–360 мг/л. По данным УЗИ выявляется: отек мягких тканей, имеющий неоднородный вид, реактивное гидроцеле и увеличение подколенных лимфатических узлов. Рентгенологическое исследование показывает расширение суставной щели коленного сустава. Лечение в 86,3% случаев было консервативным. Антибиотики вводили в зависимости от чувствительности микрофлоры и переносимости больным. Мелоксикам вводили в дозе до 7 лет 0,5–0,75 мл, от 8–10 лет 0,75–1,0 мл, от 11–15 лет 1,0–1,5 мл один раз в сутки в середине дня внутримышечно. Инволюция симптомов наступала в течение 2–4 дней. Повторные эпизоды заболевания отмечены у 3 детей. Причем рецидивы протекали, как правило, более остро, чем первые эпизоды артрита.

Заключение. Комплексное лечение с применением внутримышечного введения Мелоксикама и антибиотиков у больных артритом коленного сустава доказало свою эффективность.

471

СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО НАХОЖДЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ БЫТОВОЙ БАТАРЕЙКИ В ПИЩЕВОДЕ**Харитонов А. Ю., Карасёва О. В., Капсутин В. А., Горелик А. Л., Коваленко М. И.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва*

Актуальность. Агрессивные инородные тела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) представляют серьезную проблему детской хирургии. Частота глотания батареек составляет примерно 10–15 случаев на 1 млн населения и каждый 1000-й эпизод приводит к серьезным последствиям ежегодно.

Цель исследования: демонстрация редкого клинического наблюдения.

Пациенты и методы. Пациентка 1 год 8 месяцев обратилась в НИИ НДХиТ с жалобами на повторную рвоту после приема пищи 2–3 раза в неделю в течение 4-х месяцев. При амбулаторном обследовании у педиатра, ЛОР-врача, невролога, гастроэнтеролога патологии не выявлено.

Результаты. При ЭГДС выявлено и удалено с помощью эндоскопических щипцов типа «аллигатор» без технических сложностей свободно баллотирующее инородное тело (батарейка) пищевода. При осмотре пищевода диагностированы язвенные дефекты, деформация, сужение просвета до 11 мм с умеренным престенотическим расширением. Проводили консервативную антисекреторную и регенерирующую терапию с динамическим наблюдением. Контрольное исследование выполняли на 7 сутки и через 1,5 месяца после операции. На контрольной ЭГДС на 7-е сутки отмечалось купирование воспалительных явлений, сужение пищевода до 13 мм, через 1,5 месяца визуализировалась минимальная деформация, дилатация просвета н/з пищевода, признаки воспаления и стеноза в месте стояния инородного тела отсутствовали.

Заключение. Наблюдение демонстрирует неспецифичность клинической картины и трудность сбора анамнеза при глотании детьми инородных тел. Повторные рвоты должны быть показанием для выполнения обзорной рентгенографии для исключения инородного тела с последующим направлением ребенка в специализированный хирургический стационар с возможностью эндоскопического лечения.

472

**ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФЕКАЛЬНОГО
КАЛЬПРОТЕКТИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ
С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ****Хворостов И. Н., Дамиров О. Н.***Волгоградский государственный медицинский университет*

Актуальность. Современные методы диагностики некротизирующего энтероколита (НЭК) являются неспецифичными и не позволяют выявить дохирургические стадии заболевания. Фекальный кальпротектин (ФК) считается потенциальным биомаркером поражения слизистой кишечника, однако его значение в диагностике НЭК изучено недостаточно.

Цель исследования: оценка возможности использования ФК в качестве раннего маркера развития НЭК у новорожденных.

Пациенты и методы. В исследование было включено 28 новорожденных с клиническими проявлениями НЭК на стадии III Б (n = 13; 46,4%), на стадии III А (n = 15; 53,6%) новорожденных. Референтную группу составило 10 условно здоровых новорожденных без хирургической патологии, находившихся на естественном вскармливании. У всех наряду с общепризнанными методами обследования определяли концентрацию ФК иммуноферментным методом.

Результаты. У новорожденных с НЭК на стадиях III А и III Б стадиях концентрации ФК увеличивалась в 45 и 47 раз ($720,0 \pm 107,6$ мкг/г; $752,1 \pm 155,9$ мкг/г) в сравнении с контрольной группой ($16,6 \pm 7,9$ мкг/г). У больных с подострым течением НЭК средние концентрации ФК увеличивались до $218 \pm 134,4$ мкг/г, с острым до $689,3 \pm 219,3$ мкг/г, с молниеносным до $858,3 \pm 119,3$ мкг/г с высоким уровнем корреляции ($r = 0,825$; $p < 0,01$). Обнаружены прямая зависимость между наличием воспалительных изменений в анализе крови ($r = 0,63$; $p < 0,01$) и обратная с уровнем тромбоцитов ($r = -0,54$; $p < 0,01$). Появление признаков пареза кишечника сопровождалось увеличением ФК в среднем в 14 раз по сравнению с контрольной группой до $228,5 \pm 87,8$ мкг/г. При выявлении инфильтрата или свободной жидкости в брюшной полости уровень ФК повышался до $659,1 \pm 114,5$ мкг/г и $629,2 \pm 61,6$ мкг/г. Появление перфорации проявлялось увеличением ($p < 0,01$) ФК в среднем в 46 раз ($752,1 \pm 31,8$ мкг/г). После успешного оперативного лечения концентрация ФК снижалась в 2,3 раза с $672,6 \pm 143,2$ мкг/г до $291,0 \pm 140,2$ мкг/г ($r = 0,68$; $p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, определение ФК может быть использовано для диагностики НЭК у новорожденных.

473

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫЙ СВИЩ КАК ИСХОД ГЛУБОКОЙ УКУШЕННОЙ РАНЫ ШЕИ У РЕБЕНКА**Цап Н. А., Огарков И. П., Чукреев В. И., Чукреев А. В.***Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург
Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. Проблема укушенных ран у детей остается актуальной с нескольких точек зрения: инфицирование, локальность или обширность поражения, сложная анатомическая локализация. Отрадно, что такие сложные повреждения шеи редкость в детском возрасте, что, к сожалению, не позволяет накопить богатый опыт по ведению и ликвидации осложнений и последствий глубоких укушенных ран.

Цель исследования: представить опыт лечения ребенка с укушенной раной шеи, показать интраоперационные недооценки сложного повреждения органов шеи, причины развития глубокой обширной флегмоны шеи, обосновать принятые решения к восстановлению проходимости трахеи и пищевода.

Пациенты и методы. На ребенка Д., 8 лет в деревне напала собака, избрав известную хватку за шею. С полученной укушенной раной шеи ребенок доставлен в клинику. Экстренно взят в операционную челюстно-лицевыми хирургами (согласно маршрутизации). При ПХО раны шеи установлено, что сосудистый пучок не поврежден, выполнено ушивание дефектов трахеи, не осмотрен пищевод. Началось развитие глубокого шейного медиастенита. Наложена нижняя трахеостомия, проведена ревизия ран шеи, пищевод осмотру недостижим. При прогрессировании флегмоны шеи дополнительно шейная медиастинотомия. С целью энтерального питания сформирована гастростома. В период течения глубокой флегмоны шеи уже шло формирование травматического трахеопищеводного свища (ТПС), что подтверждено эзофагоскопией.

Результаты. Операция по ликвидации травматического ТПС носила определенные сложности в связи с изменениями тканей шеи как следствие глубокого гнойно-воспалительного процесса, ригидности измененных стенок трахеи и пищевода, низкого расположения свища (на уровне яремной вырезки грудины). Выполнено разъединение трахеи и пищевода, между ними проложена пластина пермакола. Последний в последующем частично пролабировал в просвет трахеи.

Заключение. Во избежание тяжелых осложнений при укушенных ранах шеи, угрожающих жизни ребенка, первичное оперативное вмешательство должно следовать принципу тщательной ревизии, поиску всех повреждений по ходу раневых каналов.

474

МЕТОДИКА АСПИРАЦИОННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Цыбин А. А., Вайс А. В., Дегтярев П. Ю., Махоммад Б., Якунов А. Н.

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
имени Д. Я. Ваныкина*

Актуальность. Острый гематогенный остеомиелит новорожденных (ОГОН) в основном локализуется в метаэпифизарной зоне, диагностика его затруднена. Осложнения проявляются в виде патологических переломов, деформаций, нарушения роста сегмента. Летальность составляет 0,5–3,7%. Хронизация при данной локализации отмечается у 23–58,3% по данным различных авторов.

Цель исследования: улучшить результаты и прогноз комплексного лечения ОГО у новорожденных, применением методики длительного непрерывного аспирационного дренирования костного гнойного очага (ДНАДКГО).

Пациенты и методы. Из 39 детей с ОГО лечившихся методикой ДНАДКГО новорожденных было 6 человек. По месту установления диагноза все лечились консервативно. Поступили в отделение детской хирургии ТГКБСМП им. П.Я. Ваныкина позже 10 дней в экстрамедулярной стадии процесса, флегмоной мягких тканей и с костной деструкцией. Все оперированы. Новый хирургический подход заключался в усилении роли местного хирургического лечения методом ДНАДКГО.

Результаты. Комплексный анализ аспектов проблемы показал, что современная тенденция в лечении ОГО выражается в необоснованном консерватизме хирургической тактики. Показанием к операции служит наличие флегмоны мягких тканей, с чем нельзя согласиться, несмотря на трудности диагностики. Применение методики аспирационного дренирования, ближайшие результаты, и прогноз показал, ее высокую эффективность. Регрессия местных признаков воспаления наступала на 5–6 сутки, во всех случаях отсутствовало распространение деструкции, в ближайшем периоде полностью восстановились очаги разрушения кости и нормализовался гомеостаз детей, подтвержденные при комплексном контроле. Новый подход позволяет воздействовать на все основные звенья патогенеза заболевания.

Заключение. ДНАДКГО в лечении остеомиелита у детей патогномичный, высокоэффективный способ и может служить базовой методикой для решения проблемы.

475

**ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ
СО СКЕЛЕТНОЙ РОДОВОЙ ТРАВМОЙ****Чекмарева Д. В., Вечеркин В. А., Горожанкин А. С., Калашникова Е. Г.***Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко*

Актуальность. Малый возраст больных, отсутствие вербализации, функциональная незрелость нервной системы и высокая частота сопутствующего перинатального поражения ЦНС, затрудняют диагностику болевого синдрома при родовой скелетной травме.

Цель исследования: оценка болевого синдрома у новорожденных с травматическим статусом.

Пациенты и методы. Обследовано 80 новорожденных со скелетной родовой травмой.

Результаты. При кефалогематомах — кровоизлияния под надкостницу в пределах теменной области слева/справа объемами до 30 мл. — у 14 (17,5%) новорожденных, объемами свыше 30 мл. — 41 (51,5%); при переломах смешанных и трубчатых костей — симптом ограничения движений конечности у 25 (31%), крепитация у 20 (25%), патологическая подвижность у 6 (7,5%), припухлость у 11 (13,5%). По шкале боли NIPS учитывались выражение лица, плач, дыхание, ЧСС, положение верхних и нижних конечностей, бодрствование, уровень сатурации кислорода. Каждый параметр оценивался в баллах (0, 1, 2 балла) в зависимости от выраженности симптома. Так, 73% новорожденных со скелетной родовой травмой испытывали слабую боль (1–3 балла), 19% — среднюю (4–6 балла), 8% — сильную (7–10 баллов). При этом дети с переломами бедренной кости (2 пациента) и переломами плечевых костей (4 пациента) имели по шкале NIPS 7 баллов (сильная боль). Пациенты с переломами ключиц (5 пациентов), с переломами плечевой кости (5) и кефалогематомами (5) 4–6 баллов; все оставшиеся с кефалогематомами (50 человек) и переломами ключиц (9 человек) до 3 баллов. Всем больным с болевым синдромом средней и сильной интенсивности проводилась анальгезирующая терапия (свечи группы НПВС, ректально).

Заключение. Все больные со скелетной родовой травмой испытывали боль различной интенсивности. Тактика ведения новорожденных с родовой травмой должна дополняться оценкой болевого синдрома с целью обоснования целесообразности назначения анальгезии и оптимизации комплексной терапии скелетной родовой травмы.

476

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ-СПОРТСМЕНОВ

**Шамик В. Б., Богданов И. В., Дубинский А. В., Рябоконеv С. Г.,
Малыхин А. А.**

Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону

Актуальность. В последнее десятилетие в связи с выполнением программ Правительства РФ по развитию спорта значительно возросло количество детей, ведущих активный образ жизни. И, соответственно, увеличилось и количество травм, в то числе и коленных суставов.

Цель исследования: улучшить результаты лечения внутрисуставных повреждений и достичь максимального восстановления функции коленного сустава после спортивных травм.

Пациенты и методы. На базе отделения травматологии и ортопедии ГБУ РО «ОДКБ» г. Ростова-на-Дону в период с 2015 по 2016 гг. обследовано и пролечено 26 детей с внутрисуставными повреждениями коленных суставов спортивного характера. Только 35% (n = 9,1) детей поступили в отделение первично сразу же после травмы. Остальные дети госпитализированы в различные сроки — от 10 дней до 2–3 месяцев. Всем пациентам проводилось МРТ исследование коленного сустава. Использовали эндовидеохирургическое лечение с применением артроскопической стойки Stryker. Наиболее частой травмой явилось повреждение мениска. Выполнялась щадящая резекция поврежденного участка. У 5 детей, поступивших в отделение первично, диагностировано повреждение хрящевой ткани. Выполнен щадящий хондролит с максимально возможным сохранением здорового гиалинового хряща.

Результаты. В послеоперационном периоде — ранняя функция сустава с восстановлением объема движений без нагрузки. Опора на ногу разрешалась спустя 10–15 дней после операции. Несмотря на позднее обращение за специализированной помощью, достигнуты хорошие клинические результаты. Восстановлен полный объем движений в коленном суставе, болевой синдром сохранялся у 10% пациентов с поздним обращением в стационар.

Заключение. Своевременное раннее обращение за помощью в специализированные учреждения по поводу спортивных травм имеет первостепенное значение для достижения хороших функциональных результатов в раннем послеоперационном периоде.

477

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ**Шамсиев Ж. А., Махмудов З. М., Бургутов М. Д.***Вторая клиника Самаркандского медицинского института,
Республика Узбекистан*

Актуальность. Среди нозологических форм острой хирургической инфекции по тяжести течения, трудностям диагностики и неблагоприятным исходам доминирующее место принадлежит острому гематогенному остеомиелиту, наблюдаемому преимущественно в детском возрасте. Основу успешной терапии составляет своевременная и эффективная диагностика остеомиелита.

Цель исследования: разработка объективных критериев ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита (ОГО) у детей.

Пациенты и методы. Для решения данной проблемы нами произведено обследование 144 детей с ОГО в возрасте от 4 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии 2-клиники Самаркандского медицинского института за период с 2000 по 2016 гг.

Результаты. При проведении нашей работы учитывались следующие данные: о степени эндогенной интоксикации судили по величине лейкоцитарного индекса интоксикации по методу Я.Я. Кальф-Калифа и показателя токсичности крови, определяемому парамецийным тестом по Гариб Ф.Ю. В ранние сроки поступившим больным с подозрением на ОГО, для дифференциальной диагностики применялась компьютерная томография (КТ) и ультразвуковая сонография. При этом наиболее ранние изменения на КТ выявлялись с 3-х суток от начала заболевания и касались преимущественно мышц прилежащих к очагу.

Заключение. Анализируя клинико-лабораторные и инструментальные показатели, следует отметить, что больные с ОГО характеризуются более высокой степенью эндогенной интоксикации. Использование КТ позволяет диагностировать ОГО до появления рентгенологических признаков (начиная с 3-х суток от начала заболевания).

478

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ

Шарифбаев С. А., Ашуров З. И., Файзиева Ш. М., Мамадалиев Д. М.

Наманганский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

Актуальность. Современной проблемой является определение тактики лечения при внутричерепных патологиях у больных детского возраста.

Цель исследования: уточнить показания к хирургическому или консервативному лечению травматических внутричерепных гематом у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 150 детей с внутричерепными гематомами в возрасте от 2-х до 14 лет, Средний возраст составил 9 лет. Средний балл по шкале Глазго 8 баллов.

Результаты. По данным МСКТ у 61 ребенка (41%) диагностированы эпидуральные гематомы, у 46 (31%) субдуральные, у 30 (20%) внутримозговые гематомы в очагах контузии и у 13 (9%) множественные. Определяющими факторами для выбора тактики лечения были уровень сознания по шкале Глазго, динамика неврологических нарушений, наличие анизокории, объем и локализация гематомы, выраженность отека мозга, смещение срединных структур. Оперировано 54 (36%) больных методом трепанации с активным дренированием, 96 (64%) больных лечились консервативно. Максимальный объем ВЧГ при консервативном лечении с благоприятным исходом у детей был 10 мл. У этих детей уровень ШКГ при поступлении был больше 7 баллов, анизокории не отмечалось, на МСКТ головного мозга базальные цистерны были нормальными, смещение срединных структур не превышало 3 мм. Между ШКГ, анизокорией, степенью сдавления базальных цистерн и степенью смещения срединных структур выявлена достоверная связь. Общая летальность при внутричерепных гематомах составила 10%. Из них при субдуральных гематомах 8%, внутримозговых 27%, при множественных гематомах 30%.

Для определения тактики хирургического или консервативного лечения внутричерепных гематом следует учитывать динамику сознания по ШКГ, наличие анизокории, объем гематомы, его локализацию, сдавление базальных цистерн и смещение срединных структур головного мозга.

Заключение. Внедрение миниинвазивных нейрохирургических операций в лечении пострадавших детей позволило снизить летальность, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

479

УЗЛООБРАЗОВАНИЕ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**Шейбак В. М.***Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

Актуальность. Узлообразование кишечника у детей относится к редкой и тяжелой патологии. Частота патологии у взрослых 3–4% от всех видов острой кишечной непроходимости. Летальность при узлообразовании кишечника составляет от 25 до 50% при некрозе кишки. В послеоперационном периоде наблюдается синдром мальабсорбции.

Цель исследования: показать особенности клинической картины, возможных методов диагностики и тактики оперативного лечения у ребенка с узлообразованием кишечника.

Пациенты и методы. Девочка, 11 месяцев, поступила в реанимационное отделение с диагнозом: ОРВИ, нейротоксикоз. Заболевание началось ночью с беспокойства ребенка, через 12 часов девочка доставлена в стационар. Состояние очень тяжелое, кожа бледная. При пальпации живота обнаружено опухолевидное образование в мезогастральной области. Общий белок 26 г/л. УЗИ брюшной полости имеется инвагинат. На фоне инфузионной терапии выполнена ирригоскопия, на которой визуализирована головка инвагината, после 3-х кратного введения взвеси бария получен рефлюкс в подвздошную кишку до 10 см, далее контрастная взвесь не поступает, пальпируется образование. Во время диагностической лапароскопии обнаружен геморрагический выпот и образование из кишечных петель темно-вишневого цвета. Срединная лапаротомия конгломерат из петель тонкой кишки, при ревизии которого выявлено узлообразование тонкой кишки. Развязать узел не представляется возможным, пересечена петля некротизированной кишки и поэтапно резецировано 1,5 метра кишки черного цвета с развязыванием узла, наложен энтероэнтероанастомоз.

Результаты. На 12 сутки выписана домой, осмотрена через 2 месяца, в весе прибывает хорошо, развитие согласно возрасту, стул 1–2 раза в сутки.

Заключение. Данное наблюдение показывает насколько тяжело поставить диагноз узлообразования кишечника у ребенка раннего возраста. При невозможности развязать узел, возможен такой технический прием, как пересечение кишки и дальнейшая резекция, развязывание узла в последнюю очередь, чтобы не возникли последствия синдрома длительного сдавливания.

480

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шейбак В. М., Бондарева П. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению количества пациентов с инородными телами ЖКТ (батарейки). При активной батарееке возникает электрохимический ожог пищевода.

Цель исследования: проанализировать эпидемиологию электрохимических ожогов пищевода у детей, особенности клинической картины, диагностики и лечения данной патологии.

Пациенты и методы. В клинику детской хирургии Гродненской областной больницы с 2010 по 2015 гг. госпитализировано 192 ребенка с инородными телами ЖКТ. 94 (49%) пациента проглотили батарейки различных размеров, у 14 (15%) диагностирован электрохимический ожог пищевода. 7 мальчиков, 7 девочек. Возраст от 1 года до 3-х лет 12 (85,7%) и 2 — одиннадцатилетних.

Результаты. Основной причиной обращения за медпомощью являлся факт проглатывания инородного тела. У 9 пациентов жалобы отсутствовали. У 5 детей присутствовали жалобы на гиперсаливацию и поперхивание (1), тошноту и рвоту (2), боль в животе и за грудиной (1), кашель и затруднение дыхания (1). Время поступления детей в стационар было следующим: 5 (35%) в течение первого часа после проглатывания, 1 (7%) через 4 часа, 3 (22%) через 6–12 часов, 12–24 часа 2 (14%) пациента, через сутки поступили 3 (22%). При поступлении эзофагогастроскопия выполнена 13 детям, одному через сутки. При эндоскопии ожог 1 степени выявлен у 5 (36%), 2 степени у 6 (43%), у 3 пациентов (21%) 3 степень. Во время исследования у 9 (64%) пациентов были извлечены батарейки, у 5 (36%) инородное тело не обнаружено и вышло самостоятельно в течение суток. Все дети с ожогом пищевода получали консервативное лечение, у одного развился рубцовый стеноз, что послужило показанием к баллонной дилатации. Ребенок выписан с выздоровлением.

Заключение. Наиболее часто проглатывают батарейки дети в возрасте до 3-х лет. Гиперсаливация и кашель должны насторожить доктора в плане диагностики инородных тел пищевода. Профилактическую работу по предупреждению попадания инородных тел в ЖКТ, обязан проводить участковый педиатр.

481

ОСОБЕННОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**Шейбак В. М., Ротко Н. В.***Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

Актуальность. В связи с особенностями питания, экологией наблюдается рост количества пациентов с конкрементами в мочевыводящих путях.

Цель исследования: проанализировать эпидемиологию мочекаменной болезни у детей, особенности клиники, диагностики и результаты лечения.

Пациенты и методы. В хирургическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы с 2012 по 2015 гг. на лечении находилось 60 пациентов с МКБ. Девочек 38 (64%), мальчиков 22 (36%). По возрасту дети распределились: дошкольный — 5 (8%), дошкольный — 6 (10%), младший школьный — 11 (18%), старший школьный — 38 (64%).

Результаты. Среди пациентов преобладали городские жители — 42 (70%). Все пациенты поступали с жалобами на боли в поясничной области или животе. При обследовании гематурия отмечалась у 36 (60%) детей, оксалурия у 17 (30%), фосфатурия у 3 (4%), ураты у 5 (8%) пациентов. Лейкоцитурия присутствовала у 16 (27%). Обзорная рентгенография выполнена 16 пациентам, конкременты обнаружены у 7. При ультразвуковом исследовании почек и мочевыводящих путей камни обнаружены у 52 детей. Также по показаниям выполнялись цистография (5), экскреторная урография (20), цистоскопия (3), МРТ (2), РКТ (2), скintiграфия (3). Консервативное лечение получали все пациенты и у 54 (90%) это привело к успеху. У остальных пациентов выполнена дистанционная литотрипсия (4), эндоскопическая литотрипсия (1), уретеротомия (1).

Заключение. Необходимо проводить профилактическую работу с родителями и пациентами по соблюдению диететики и питьевого режима. Диагностика мочекаменной болезни вызывает определенные трудности и следует использовать все современные методы для постановки диагноза.

482

ЗАКРЫТАЯ МАНУАЛЬНАЯ ДЕТОРСИЯ ПРИ ЗАВОРОТЕ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**Щедров Д. Н.***Областная детская клиническая больница, Ярославль*

Актуальность. Закрытая мануальная деторсия предлагается как метод, позволяющий частично расправить заворот и уменьшить степень и срок ишемии гонады (Linder. H., 1968, Sparcs G. T., 1972, Пулатов А. Т. и соавт., 2004). Техника процедуры подробно описана Пулатовым А. Т. (2004) и общеизвестна, однако показания к ней остаются дисктабельными. Я. Б. Юдин и соавторы (1987) рекомендуют применять ее при обращении в первые 24 часа заболевания. Ими подчеркивается, что чем короче сроки заболевания и старше ребенок, тем успешнее проведенная деторсия. Пулатов А. Т. (2004) рекомендует проводить ее в первые 3 часа заболевания. Следует учитывать, что эффективность метода относительно невелика и составляет по данным литературы до 80% (Вауер Н. Н., 1970, Пулатов А. Т., 2001, Соловьев А. Е. и соавт., 1980). Считаю, что при любом исходе закрытой деторсии показано неотложное оперативное вмешательство для интраоперационного контроля за степенью эффективности.

Цель исследования: оптимизировать тактику при завороте яичка.

Пациенты и методы. Метод был применен у 8 пациентов. Сроки заболевания до 3 часов у трех человек, от трех до шести у трех и 13 и 23 часа по одному больному.

Результаты. После деторсии все дети были оперированы. Клинический эффект был получен у четырех при сроке заболевания: 3, 4, 4 и 6 часов. Интраоперационно у двух определялся заворот на 180–270°, у двух заворот отсутствовал, сохранялись его косвенные признаки, гонады были сохранены. Одному пациенту деторсию провели при сроке 6 часов, выявлен заворот на 270°С (вероятно имела место частичная деторсия) и субкритическая ишемия. У пациентов при сроке заболевания более 6 часов отмечен полный заворот и критическая ишемия яичка.

Заключение. Мануальная деторсия целесообразна с соблюдением следующих условий. 1. Непосредственно перед операцией. Выжидательная тактика после манипуляции недопустима. 2. Длительность заболевания до 6 часов. При больших сроках манипуляция неэффективна и технически затруднена ввиду отека семенного канатика и мягких тканей мошонки.

483

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОМОМЕНТНОЙ КАУДАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ**Щербинин А. В., Анастасов А. Г., Канивец Е. А., Друпп Н. А.***Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького
Республиканская детская клиническая больница, Донецк*

Актуальность. В периоперационном периоде патогномичным проявлением острых перитонитов у детей является динамическая кишечная непроходимость (ДКН). ДКН определяет тяжесть течения послеоперационного периода, формирование спаечного процесса брюшной полости и удлиняет сроки интенсивного лечения. При продленной каудальной блокаде высока вероятность катетер-ассоциированной инфекции, развития ятрогенных осложнений.

Цель исследования: оценка эффективности использования одномоментной каудальной блокады у детей с острым аппендикулярным перитонитом в послеоперационном периоде.

Пациенты и методы. Объект исследования 89 детей в возрасте $7,8 \pm 3,6$ лет с острым диффузным аппендикулярным перитонитом. Выделили 2 группы: 38 (42,7%) пациентов — 1 группа, у которых наряду с антибактериальной и инфузионной терапией применяли послеоперационное обезболивание наркотическими анальгетиками. 2 группа — 51 пациент, у которых проводили одномоментную каудальную блокаду (ОКБ) 2% раствором ропивакаина в дозе $1,0 \pm 0,12$ мл/кг. Для оценки уровня седации использовали шкалу Ramsay, для оценки болевого синдрома — шкалу CNRPPS.

Результаты. В 1 сутки после операции, у пациентов 2 группы зарегистрировали более низкие значения ЧСС — $98,5 \pm 8,3$ уд/мин⁻¹, АДср — $77,3 \pm 1,1$ мм рт. ст., глюкоза крови $4,3 \pm 0,1$ ммоль/л, в отличие от больных 1 группы ($p < 0,05$). У пациентов 1 группы уровень седации составил $5,3 \pm 0,4$ балла, болевого синдрома $6,3 \pm 0,5$ балла, а во 2 группе аналогичные показатели были $2,1 \pm 0,1$ и $2,4 \pm 0,3$ балла. У больных 2 группы участие живота в акте дыхания отмечено через $2,1 \pm 0,5$ часа, пассивная эвакуация через желудочный зонд светлого содержимого в объеме $6,4 \pm 1,8$ мл/кг/сут на 2 сутки, удовлетворительная перистальтика кишечника и самостоятельный акт дефекации через $9,2 \pm 1,4$ часа после операции в сравнении с 1 группой ($p < 0,05$).

Заключение.

1. ОКБ более эффективна при коррекции ДКН, чем использование наркотических анальгетиков.
2. ОКБ позволяет сократить сроки восстановления моторно-двигательной функции ЖКТ и пребывания в отделении интенсивной терапии на $1,6 \pm 0,6$ суток.

484

ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ

**Щербинин А. В., Мальцев В. Н., Фоменко С. А., Щербинин А. А.,
Харагезов А. М., Лепихов П. А.**

Республиканская детская клиническая больница, Донецк

Актуальность. Трудности диагностики повреждений органов мочеполовой системы чаще возникают при сочетанных травмах. В отличие от повреждений почек, повреждения мочевого пузыря встречаются редко, но чаще осложняются развитием тяжелых гнойно-воспалительных осложнений. На первичном этапе помощь оказывают хирурги общего профиля, с чем связаны трудности диагностики и высокий процент развития осложнений.

Цель исследования: обобщение опыта лечения и анализ причин развития осложнений у пациентов с травмой мочевого пузыря.

Пациенты и методы. С 1990 по 2016 гг. в клинике детской хирургии ДонНМУ находилось 14 (2,3% от общего числа травм мочевыделительной системы) детей с повреждением мочевого пузыря. У 50% (7 из 14) детей повреждения были вызваны автодорожной травмой, вторая по частоте причина — удар в гипогастральную область. В единичных наблюдениях причиной являлись: инородное тело, ножевое ранение промежности, огнестрельное ранение.

Результаты. Трудности диагностики в первую очередь связаны с преобладанием сочетанной травмы, когда клиника повреждений других органов и систем скрывает травму мочевого пузыря. В свою очередь, изолированное повреждение мочевого пузыря встречается редко, так у 7 (50%) больных повреждение мочевого пузыря не было диагностировано, и дети были госпитализированы с клиникой перитонита или флегмоны таза. Скрининг методом мы считаем УЗИ, однако ведущая роль отводится инструментальным и рентгенологическим контрастным методам. Во всех случаях разрыва мочевого пузыря выполнялось срочное оперативное вмешательство. Объем операции определялся индивидуально и заключался в ушивании разрывов, с обязательным дренированием брюшной полости, околопузырного пространства и эпицистостомией. В двух случаях разрыв мочевого пузыря осложнился развитием флегмоны околопузырного пространства, которая потребовала дополнительного вскрытия и дренирования.

Заключение. При сочетанных травмах необходимо исключить повреждение мочевого пузыря, а при выявлении выполнять незамедлительное оперативное вмешательство.