

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Алтайский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт педиатрии
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Детская городская клиническая больница №7, г. Барнаул»*

**Материалы Всероссийской научно-практической
конференции с международным участием
«Детская хирургия, проблемы и решения»,
посвящённой памяти
Беляева Сергея Александровича**

Ответственные за выпуск:

директор Института педиатрии ФГБОУ ВО АГМУ,

д.м.н., профессор **Л.А. Строзенко**

заместитель директора Института педиатрии ФГБОУ ВО АГМУ,

к.м.н., доцент **Н.А. Дорохов**

Редакционный совет:

Профессор кафедры хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО АГМУ, зам. главного врача по хирургии КГБУЗ АККЦОМД, Заслуженный врач

РФ, д.м.н., профессор **Ю.В. Тен**

Заведующий кафедрой хирургических болезней детского возраста ФГБОУ ВО АГМУ, к.м.н., **А.И. Метальников**

Главный внештатный детский специалист хирург, врач-детский хирург КГБУЗ АККЦОМД, к.м.н., **С.Д. Каширин**

Заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней ФГБОУ ВО АГМУ, д.м.н., профессор **Ю.Ф. Лобанов**

Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича / Ю.В. Тен, А.И. Метальников, С.Д. Каширин, Ю.Ф. Лобанов; под ред. Ю.В. Тен. – Барнаул: Scientist, 2022. – 92с.

Сергей Александрович родился 6 сентября 1958 года в городе Барнауле третьим, желанным и долгожданным сыном в семье после двух сестренок. Прекрасная полная семья с ориентацией на классические ценности: трудиться, уважать родителей, заботиться о детях.

Родители - великие труженики, выходцы из села, с ранних лет прививали детям уважение к труду. Отец Сергея Александровича всю свою жизнь посвятил профессии строителя, руководил строительным управлением. Мама много лет работала на фабрике «Авангард» швеей.

Серезжа отличался очень живым и деятельным характером, стремился помочь близким. Интересы у него были разносторонние, учился в школе №55, успешно. Тяготел к естественным наукам и литературе, много читал. Перед поступлением в ВУЗ поработал в течение года на кафедре судебной медицины. Уже на ранних курсах Сергей Александрович определился с будущей специальностью и упорно и целенаправленно к этому шел.

Беляев Сергей Александрович окончил педиатрический факультет Алтайского государственного медицинского института в 1981г. Обучался в клинической ординатуре на кафедре детской хирургии АГМИ (1981-1983 гг). После окончания ординатуры был направлен работать хирургом в отделение гнойной хирургии МСЧ РТП. И далее началась работа и только работа. Дежурства частые, легкие и трудные. Постоянные размышления о больных, освоение новых знаний и практических методик.

В 1979 году Сергей Александрович создал семью. Жена Ольга Юрьевна по профессии педиатр. В ближайшие годы в семье появилось двое сыновей.

В 2004 году Сергей Александрович назначен заведующим отделением детской гнойной хирургии. С этого же периода являлся главным внештатным детским хирургом г. Барнаула. Работа в неотложной и гнойной хирургии на протяжении многих лет сформировала Беляева С.А. опытным клиницистом. Как главный специалист города он контролировал работу детских хирургов поликлиник, добивался преемственности работы поликлиник и стационара. Уделял много внимания подготовке молодых детских хирургов, интернов, клинических ординаторов.

В 2006 году Беляев С. А. и доцент кафедры детской хирургии Головки В.И., по заданию городского комитета по здравоохранению, разработали положение о городском Центре амбулаторной детской хирургии (ЦАДХ).

С.А. Беляев провел большую организационную работу по подготовке и переезду двух хирургических отделений из МСЧ РТП во вновь построенный хирургический корпус детской хирургии г. Барнаула. С 1 апреля 2008 года там начато оказание неотложной и плановой хирургической помощи больным. Полноценно функционирует Центр амбулаторной детской хирургии.

В октябре 2020 года Сергей Александрович заболел новой коронавирусной инфекцией и 19.10.2020 г. после тяжелой болезни ушел из жизни.

В памяти сотрудников отделения Сергей Александрович навсегда остался жизнерадостным, остроумным, позитивным человеком. Как много хорошего ушло с ним безвозвратно.

*Зав. ДГХО КГБУЗ "Детская городская клиническая больница № 7, г. Барнаул"
Мамонтова Н.В.*

АПЛАЗИЯ СЕРОЗНО-МЫШЕЧНОГО СЛОЯ ТОЩЕЙ КИШКИ У РЕБЕНКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей»,
г. Семей, Казахстан*

**Аубакиров М.Т., Жумажанов Е.А., Жаркимбаева А.Д., Санбаев М.,
Гамзаева Е.М.**

В работе представлена редкая аномалия тонкого кишечника, приведшая к послеоперационной кишечной непроходимости у больного, оперированного в плановом порядке по поводу закрытия толстокишечного свища в левой половине живота, наложенного с лечебной целью. Больной С., 1 год 6 мес., поступил в детское хирургическое отделение УГ НАО «МУС» г. Семей 13 марта 2022 г. в 10 ч. 30 мин. в плановом порядке на закрытие толстокишечного свища левой половины живота, наложенного с лечебной целью в 5-месячном возрасте.

Из анамнеза выяснено, что ребенок страдал запорами с 4-месячного возраста, в 8-месячном возрасте госпитализирован в детское хирургическое отделение УГ НАО «МУС» на обследование. На основании обследования выставлен диагноз ректосигмоидальная форма болезни Гиршпрунга. Была наложена защитная колостома по Майдлю на нисходящую толстую кишку. Затем через 6 месяцев произведена операция эндоректальная резекция ректосигмоидального отдела толстой кишки и наложен стандартный анастомоз по Соаве-Болея.

В плановом порядке, 15 марта 2022 г произведена внебрюшинная резекция свищенесущих петель толстой кишки и наложен межкишечный анастомоз. В послеоперационном периоде с 20.03.2022 г. отмечалось вздутие верхних отделов живота, беспокойство, рвота с желчью. Проводилось антибактериальное, заместительное, дезинтоксикационное лечение, больной получал кардиопротекторы, гепатопротекторы. Также проводилась стимуляция кишечника (внутримышечное введение прозерина, 10% гипертонического раствора, проводились гипертонические клизмы), коррекция электролитного обмена. В анализе крови от 21.03.2022г: НВ-118 г/л; эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/л$;

тромбоциты- $184 \cdot 10^9/\text{л}$; лейкоциты- $11,0 \cdot 10^9/\text{л}$; с/я-50%; лимфоциты-42%, эозин.-5%; мон.-3%; СОЭ-18 мм/час. Калий—2,8; натрий-160. КЩС - явление ацидоза. На обзорной рентгенограмме брюшной полости стоя от 21.03.2020 г. - уровни жидкости и чаши Клойбера в верхних отделах живота. Консервативное лечение в течение 48 часов желаемого результата не дало, решено было оперировать с диагнозом ранняя спаечно-паретическая кишечная непроходимость.

22.03.2022 г. в 14 часов произведена верхнесрединная лапаротомия, при вскрытии брюшной полости серозный выпот. К ране предлежали петли тонкого кишечника. Состояние ранее наложенного толстокишечного анастомоза хорошее, несостоятельность анастомоза не найдена. При ревизии тонкого кишечника отходя от Баугиновой заслонки 15-18 см обнаружено мешотчатое расширение тощей кишки на расстоянии 12 см, в этом участке циркулярно отсутствовал серозно-мышечный слой кишечника, имелся только подслизистый слой. Стенки кишки представляли собой пергаментную бумагу. Перистальтика кишечника на этом участке отсутствовала (Рис 1). Произведена резекция измененного участка кишки и наложен межкишечный анастомоз «конец в конец».



Рис.1.

Других патологий не обнаружено, рана передней брюшной стенки ушита послойно с оставлением микроирригатора. В послеоперационном периоде

проводилась комплексная терапия. Перистальтика кишечника появилась на 2-е сутки, полностью восстановилась проходимость всего отдела кишечника, начали отходить газы. Кормление ребенка начали на 5-е сутки, самостоятельный стул был на следующий день. Послеоперационный период без осложнения, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки. Выписан с выздоровлением.

Аномалии кишечника являются следствием различных нарушений эмбриогенеза. Условно можно выделить следующие группы:

- пороки развития кишечной трубки;
- пороки развития стенок кишки;
- нарушения обратного развития желточного протока;
- нарушения вращения (поворота) кишечника.

Аномалии развития тонкой кишки наблюдают у 1:2500-3000 родившихся детей [1, 2, 3]. Наиболее частыми пороками развития кишечной трубки являются стенозы и атрезии, которые в 95-96% случаев [4,5] локализуются в области двенадцатиперстной и тонкой кишки (1:3500-5000 живых новорожденных).

Описания подобной аномалии детей в литературе мы не встретили.

Список литературы:

1. Гаврюшов В.В., Долецкий С.Я. Врожденная непроходимость пищеварительного тракта. Хирургия новорожденных, руководство для врачей. Москва, 1976. С. 169-170.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Руководство. перевод с англ. под редакцией Немиловой Т.К. Санкт-Петербург, 1996, С. 348-366.
3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. Руководство. Москва, 1988. С. 127-143.
4. Немилова Т.К. Диагностика и лечение врожденной кишечной непроходимости. Международный научно-практический семинар. Диагностика и лечение хирургической патологии новорожденных. Санкт-Петербург, 13-22.05.2006.
5. Seashore J.H., Cjllins F.S., Markowitz R.L., Seashore M.R. Familial apple peel jejuna atresia: surgical, genetic and radiographic aspects. Peadtrics, 1987.80.540-544.

Как цитировать:

Аубакиров М.Т., Жумажанов Е.А., Жаркимбаева А.Д., Санбаев М., Гамзаева Е.М. (2022). Аплазия серозно-мышечного слоя тощей кишки у ребенка (случай из практики). Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича, 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. Scientist, 22 (4S), 4-6.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ – ОСЛОЖНЕНИЕ ИЛИ MORBUS SUI GENERIS?

*НГИУВ – филиал ГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк
Кафедра хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии*

Беляев М.К., Федоров К.К., Беляев А.М.

Аппендицит у новорожденных встречается в 0,04% наблюдений острой патологии органов брюшной полости у детей. Редкость его связана со следующими факторами: воронкообразная форма аппендикса, широкое основание; мягкая молочная пища; преобладание лежачего положения у младенцев; редкие инфекции.

В 75% наблюдений встречается интраабдоминальный аппендицит, в 25% – аппендицит в грыже. В 73 - 82% наблюдений происходит перфорация червеобразного отростка с развитием распространенного или локального перитонита. Летальность достигает в настоящее время 22%, и основной фактор, способствующий этому – поздняя диагностика.

За период с 2000 по 2021 г. мы располагаем опытом лечения 6 новорожденных с острым аппендицитом. Анализ литературных данных и собственный опыт позволяет выделить три варианта течения аппендицита у новорожденных:

1. «Адресное» осложнение некротизирующего энтероколита новорожденных (НЭК) (макроскопические и гистологические находки – язвенный процесс без явных признаков воспаления).

2. Деструктивный аппендицит без перфорации (часто с формированием инфильтрата, абсцесса).

3. Перфоративный аппендицит (чаще с более или менее распространенным перитонитом).

В трех наблюдениях это было течение НЭК, в одном – флегмонозно-язвенный аппендицит с формированием периаппендикулярного гнойника, в двух наблюдениях – перфоративный аппендицит с развитием

распространенного перитонита. Все операционные находки получили подтверждение при гистологическом исследовании материала.

Клиническая картина во всех наблюдениях была однотипной: изменение поведения (беспокойство, вялость, отказ от еды); признаки кишечной недостаточности (рвота, застой, вздутие живота, ослабление и исчезновение перистальтики, задержка отхождения газов и стула); беспокойство при пальпации живота, повышение температуры тела.

Клинические признаки быстро прогрессируют. Помощь в диагностике может оказать УЗИ в динамике и обзорная Р-графия органов брюшной полости: при УЗИ возможна визуализация аппендикса и формирующегося инфильтрата, а также наличие свободной жидкости. На обзорном снимке – наличие затемнения в правой половине живота, выпота и свободного газа в случае перфорации.

Хирургическое вмешательство выполняется после предоперационной подготовки. По нашим данным: двое больных были оперированы из бокового доступа. В 4-х наблюдениях потребовалась ревизия, поскольку у детей развилась клиническая картина перфоративного перитонита и показанием к вмешательству послужил диагноз НЭК 4 стадии. Во всех наблюдениях послеоперационный период протекал относительно благоприятно. Летальных исходов не было.

Как цитировать:

Беляев М.К., Федоров К.К., Беляев А.М. (2022). Острый аппендицит у новорожденных – осложнение или *morbus sui generis*? Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича, 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 7-8.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

¹КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г. Барнаул»

²КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства», г. Барнаул

Герасименко К.И.¹, Силинский А.И.², Израелян Р.Э.², Мамонтова Н.В.¹,
Харченко Е.М.¹, Власова М.А.¹, Минин В.С.¹

Актуальность. Диагностика и лечение детей с инородными телами (ИТ) дыхательных путей и пищеварительного тракта остаётся актуальной в детской хирургии, оториноларингологии, педиатрии и эндоскопии по причине высокой вероятности развития тяжёлых осложнений, как в ближайший, так и в отдалённый периоды после попадания ИТ. При этом количество случаев не имеет тенденции к снижению.

Целью настоящей работы явилось изучение структуры пациентов с инородными телами нижних дыхательных путей (НДП) и верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ), получивших специализированную помощь в отделении эндоскопии КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7, г. Барнаул».

Материалы и методы. Изучены случаи оказания специализированной эндоскопической помощи детям города Барнаула и других городов и районов Алтайского края и республики Алтай с ИТ НДП и ИТ ВОПТ в период с 2018г по 2021г.

Результаты. За анализируемый период детей с ИТ НДП и ВОПТ пролечено 61 и 174, соответственно. Мальчиков было 144, девочек — 91. Доля детей в возрасте до 1 года — 7,9%, с 1 года до 3-х лет — 51,7%, с 3-х до 6-и лет — 29,6%, старше 6-и лет — 15,4%. Большая часть пациентов (71%) поступали в экстренном порядке в течение от нескольких часов до суток с момента аспирации или проглатывания ИТ. Наиболее продолжительный период

нахождения ИТ в дыхательных путях составил 75 суток, в верхних отделах пищеварительного тракта 14 суток.

Больные с подозрением на наличие любых ИТ НДП и пищевода, либо «агрессивного» ИТ желудка госпитализировались в экстренном порядке в момент обращения. Больные с прочими ИТ желудка, при длительности их стояния более 3-х суток, госпитализировались в срочном либо плановом порядке. Всем детям проводилось общеклиническое лабораторное и рентгенологическое обследования.

Диагноз устанавливали на основании данных анамнеза, клинических проявлений, данных рентгенологического обследования по прямым или косвенным признакам наличия ИТ, либо развившегося осложнения (асимметрия лёгочного рисунка, гиповентиляция, ателектаз, бронхит, пневмония, эмфизема, медиастинит). В случае рентгеннегативных ИТ дыхательных путей и пищевода, и отрицательных косвенных рентгенологических признаках его присутствия, достаточным для выбора активной тактики лечения считали наличие клинических проявлений вне зависимости от степени их выраженности. Окончательный диагноз, а также развитие осложнений устанавливались в ходе эндоскопической манипуляции по удалению ИТ. Все эндоскопические манипуляции по диагностике и удалению ИТ ВДП и ВОПТ проводились под общим обезболиванием с мышечной релаксацией и ИВЛ. Удаление ИТ из дыхательных путей осуществлялось посредством ригидной бронхоскопии, удаление ИТ из верхних отделов пищеварительного тракта с применением гибкого эндоскопического оборудования и инструментов.

По локализации ИТ дыхательных путей распределились следующим образом: гортань — 1 трахея — 3, правое лёгкое — 33 (главный бронх — 13, промежуточный бронх — 11, нижнедолевой бронх — 9), левое лёгкое — 24 (главный бронх — 11, нижнедолевой бронх — 11, верхнедолевой бронх — 2). В подавляющем количестве случаев (51) инородные тела имели органическую природу: цельные и фрагментированные семена подсолнечника, ядра орехов. В остальных наблюдениях единичные случаи аспирации: бусина (2), пластиковый колпачок (2), деталь конструктора «Лего» (2), батарейка (1), фрагмент

нательного крестика (1), кусок штукатурки (1), скол лакокрасочного покрытия (1). Во всех случаях ИТ НДП отмечено развитие вторичных воспалительных изменений от катаральных до гнойных с разрастанием грануляций, вплоть до рубцового стеноза вовлечённого бронха, что требовало назначения курса медикаментозного лечения в постманипуляционном периоде. Степень выраженности вторичных изменений напрямую зависела от природы ИТ и длительности его нахождения в дыхательных путях. В 57 случаях ИТ НДП удалены за одну манипуляцию. В 3-х случаях ввиду фрагментарности ИТ и развития выраженного грануляционного перифокального процесса потребовалось проведения от 2-х до 3-х бронхоскопий для полного удаления всех фрагментов ИТ по мере стихания воспалительного процесса. В одном случае по причине выраженного грануляционно-рубцового перипроцесса (литиевая батарейка в устье левого верхнедолевого бронха с длительностью стояния более 2-х недель) повторные попытки эндоскопического удаления ИТ в нашем лечебном учреждении оказались безуспешными. Больная была переведена в КГБУЗ «АККЦОМД», где инородное тело извлечено в ходе ригидной бронхоскопии.

В группе больных с ИТ ВОПТ большую часть составили пациенты с локализацией инородных тел в области пищевода (103), из которых 76 приходились на уровень верхней трети, 14 и 13 на уровни средней и нижней третей соответственно. Чаще иных в качестве ИТ выступали монеты различного достоинства (104). Находясь в «стеснённых» условиях просвета пищевода, усугубляющихся его рефлексорным спазмом, даже инертные ИТ оказывают выраженное давление на стенки органа и при длительном контакте способны вызвать глубокие трофические поражения, вплоть до сквозного пролежня с развитием медиастинита (одно наблюдение в случае стояния монеты около 10-и суток). Однако значительно более выраженное и скоротечное поражение вызывают «агрессивные» ИТ, прежде всего такие, как монетовидные батарейки (24 наблюдения), действие которых обусловлено не столько механическим, сколько локальным электрохимическим влиянием. Во всех случаях у больных этой группы отмечались эрозивно-язвенные контактные эзофагиты различной степени, что в двух случаях привело к

сквозным поражениям в/3 пищевода с прилежащим отделом трахеи и формированию трахеопищеводных свищей. Впившиеся рыбы кости обнаружены и удалены в 10-и случаях. Инородные тела желудка составили 61 наблюдение, большая часть из которых (49) также пришлась на монеты. Из «агрессивных» ИТ в пяти случаях удалены батарейки, в том числе и два эпизода «пальчиковых» элементов питания, в двух случаях саморезы, в двух гидрогелевые шарики.

Осложнений в ходе эндоскопических манипуляций по удалению инородных тел дыхательных путей и верхних отделов пищеварительного тракта за анализируемый период не отмечено.

Выводы. Проблема инородных тел дыхательных путей и верхних отделов пищеварительного тракта у детей сохраняет свою актуальность. Наиболее подвержены данной патологии дети в возрасте от 1 года до 3-х лет с некоторым уменьшением в возрастной категории от 3-х до 6-и лет. Пациентам с инородными телами нижних дыхательных путей и пищевода любой локализации и природы, «агрессивными» инородными телами желудка необходимо оказание помощи в экстренном порядке в условиях круглосуточного стационара, оснащённого специализированным эндоскопическим оборудованием и подготовленным персоналом. Эндоскопия является не только методом окончательной диагностики ИТ просвета дыхательных путей и пищеварительного тракта, но и наиболее эффективным, безопасным и наименее травматичным способом их удаления.

Как цитировать:

Герасименко К.И., Силюнский А.И., Израелян Р.Э., Мамонтова Н.В., Харченко Е.М., Власова М.А., Минин В.С. (2022). Опыт лечения детей с инородными телами нижних дыхательных путей и верхних отделов пищеварительного тракта. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича, 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 9-12.

NMDA ЭНЦЕФАЛИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С COVID-19

КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства», г. Барнаул

Голенко А.А., Завьялов А.Е., Емельянов А.Н., Шевчук И.В.

Цель исследования. Описать клинический случай течения аутоиммунного-NMDA энцефалита после перенесенного COVID-19.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ медицинской карты (форма 003/у) больной Э. 15 лет. Из анамнеза известно, что пациентка Э. заболела со 02.09.2020 года (накануне был контакт с одноклассницей с клиникой респираторной инфекции), отмечался подъем температуры тела до 37,5°- 38°С, которая снижалась на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). 06.09.2020 года самочувствие ухудшилось – гипертермия до 39°, появились интенсивные головные боли, тошнота, была вызвана бригада скорой медицинской помощи, внутримышечно введены НПВП, пациентка не была госпитализирована. Отмечалось временное улучшение состояния, девочка ушла на прогулку, вернулась позже оговоренного срока, на вопросы мамы отвечала грубо, односложно, что ранее не было характерно для нее. 07.09.2020 года на фоне расстройств поведения она продолжала лихорадить до 39°, сохранялись головные боли, не могла вспомнить вчерашние события. Мама девочки отмечала, что дочка отлично училась в школе, занималась музыкой, была общительной и приветливой. 08.09.2020 года на фоне сохраняющейся гипертермии до 39° присоединились зрительные галлюцинации. Родители самостоятельно обратились в центральную районную больницу, где была проведена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) головного мозга и органов грудной клетки. Результаты обследования не выявили патологических изменений. 09.09.2020 года девочка была осмотрена неврологом Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства (АККЦОМД), направлена на консультацию психиатра. С заключением «острое полиморфное психотическое расстройство» пациентка была госпитализирована в психиатрическую

больницу, где на фоне противовирусной, антибактериальной (арбидол, амоксициллин) и психотропной терапии (диазепам, хлоропирамин), улучшения состояния не отмечалось. 12.09.2020 года были получены положительные результаты ПЦР РНК SARS-COV2. Проведен контроль МСКТ органов грудной клетки (без патологии). Пациентка была направлена в отделение реанимации инфекционного госпиталя. Во время транспортировки случился билатеральный синхронный приступ со статусным течением, при поступлении отмечалось угнетение сознания. Госпитализирована с диагнозом: «Новая коронавирусная инфекция, ПЦР подтвержденная, тяжелое течение. Острый менингоэнцефалит. Эписиндром. Кома I степени. В реанимационном отделении сохранялось угнетение сознания, эпилептические приступы. Получала оксигенотерапию, антибактериальную терапию (цефтриаксон), противовирусные препараты (арбидол, ацикловир), противосудорожную терапию (бензодиазепины, барбитураты, вальпроаты и леветирацетам). При исследовании СМЖ выявлен лимфоцитарный плеоцитоз до 200 клеток в 1 мкл без увеличения количества белка. Получены отрицательные результаты исследования ликвора на вирусы герпеса, группу энтеровирусов, цитомегаловирус, вирус Эбштейна-Барр. Исследование СМЖ на SARS-COV2 не проводилось. В динамике неоднократно проводилась нейровизуализация (МРТ), клинически значимых патологических изменений не выявлено. Получала лечение в инфекционном госпитале, в отделении реанимации с 14.09. - 06.10.2020 года. На фоне терапии сохранялось угнетение сознания в динамике до уровня 5 баллов по ШКГ, тонико-клонические судороги со статусным течением, которые купировались на фоне введения Тиопентала натрия.

С 06.10.2020 года переведена в реанимационное отделение АККЦОМД, были купированы эпилептические приступы (комбинация Леветирацетама и Топирамата). Пациентка была экстубирована, находилась на дыхании через трахеотомическую канюлю. С 5 ноября в клинике стали появляться эпизоды психомоторного возбуждения, сопровождающиеся криком, ажитацией, хаотичными движениями в конечностях, тахикардией до 200 ударов в минуту, тахипноэ, лихорадкой до фебрильных цифр. Эти эпизоды сменялись стереотипиями с дистоническими проявлениями и кататонией и не

купировались введением сибазона. После консультации психиатра был назначен аминазин, на фоне введения которого отмечался временный положительный эффект. В дальнейшем подобные эпизоды стали ежедневными и более продолжительными, перестал отмечаться эффект от введения аминазина. За период госпитализации получала антибактериальные, противовирусные препараты, противосудорожные, стероиды (в инфекционном госпитале дексаметазон 16 мг\сутки, после получения результатов исследования на антитела к NMDA-рецепторам назначена терапия 1 линии – метилпреднизолон 1000 мг\сутки 14 дней); нейролептики и другую симптоматическую терапию. Несмотря на проводимую терапию, течение заболевания было резистентным, сохранялись спутанность сознания, продолжительные приступы дистонических гиперкинезов и психомоторного возбуждения. В декабре 2020 года при исследовании СМЖ воспалительных изменений не было выявлено, однако при проведении иммунологического исследования на антитела к NMDA-рецепторам получен положительный результат (титр 1:32). После верификации диагноза (NMDA-рецепторного энцефалита), был продолжен диагностический, в том числе, онкопоиск. Было выявлено образование яичника слева, лапароскопически удалено кистозно-солидное образование (согласно заключению гистологического исследования – фиброма). Пациентке назначена терапия метилпреднизолоном в суточной дозе 1000 мг в сутки (14 дней).

В связи с отсутствием положительной динамики со стороны нервной системы на фоне терапии глюкокортикоидами, пациентка была подготовлена к длительной транспортировке в лежачем положении. Гражданским авиарейсом в составе двух реаниматологов (Шевчук И.В. и Емельянова А.Н.), транспортирована на расстояние 3800 км, с обеспечением санационной, респираторной аппаратуры, обеспечением сосудистого доступа, возможностями проведения внутривенной симптоматической терапии, в больницу имени В.Ф. Войно-Ясенецкого г. Москвы по договоренности с Г.Г. Прокопьевым, где находилась до 9 марта 2021 года.

Исход: На фоне курса ВВИГ получена положительная динамика в виде уменьшения дистонических атак, прояснения сознания, девочка стала понимать

обращенную речь, выполнять простые инструкции. В январе начала получать лечение ритуксимабом. Была выписана в стабильном состоянии для дальнейшей реабилитации. На момент написания статьи девочка находилась в реабилитационном центре, продолжала получать терапию ритуксимабом. Эпизодов психомоторного возбуждения не отмечалось, когнитивный дефицит сохранялся (с трудом понимала обращенную речь, выполняла простые инструкции, производит простые манипуляции с предметами руками).

Заключение. Таким образом, в описанном нами случае аутоиммунного-NMDA энцефалита после перенесенного COVID-19, в острый период развивалась клиника поражения нервной системы, судорожный синдром, а также явления дыхательной недостаточности на протяжении 76 суток. Своевременное проведение ТМК с СПбГПМУ и постановка диагноза, а также перевод пациента в профильное отделение больницы имени В.Ф. Войно-Ясенецкого г. Москвы привело к полной реабилитации данного пациента. На данный момент пациент учится в 11 классе общеобразовательной школы и успешно готовится к сдаче ЕГЭ.

Как цитировать:

Голенко А.А., Завьялов А.Е., Емельянов А.Н., Шевчук И.В. (2022). NMDA энцефалит, ассоциированный с COVID-19. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича, 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 13-16.

МЕЖКИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ХИРУРГИИ ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ И РАННЕГО ВОЗРАСТА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Тен Ю.В., Головки В.И., Тен К.Ю.

Актуальность. Множество предлагаемых на современном этапе развития хирургии способов формирования межкишечных анастомозов не приводят к полностью удовлетворительному результату, что диктует необходимость дальнейшего развития детской хирургии в данном направлении.

Цель работы. Оптимизировать способ создания кишечного анастомоза.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии АГМУ предложен оригинальный способ создания однорядного асимметричного инвагинационного несквозного разобщающего межкишечного анастомоза (справка № 97102850 от 03.03.1997). Произведено его экспериментальное изучение, а также сравнительная оценка заявленного шва с наиболее часто применяемыми одно- и двухрядными швами на 36 беспорядочных щенках. Прооперировано 156 детей раннего возраста с синдромом кишечной непроходимости, требующей резекции кишки и наложения анастомоза. Среди пролеченных больных около 50% составили новорожденные и дети до года.

Результаты. Показаниями к резекции кишки и формированию анастомоза толстой и тонкой кишок у новорожденных являлись: инвагинация кишечника с некрозом, странгуляционная непроходимость, заворот кишок, дивертикул Меккеля, опухоли кишки, опухоли и кисты брыжейки, удвоение кишки, закрытие тонко- и толстокишечных свищей, создание непрерывной пищеварительной трубки при пластике пищевода, формирование кологастроанастомоза. Анастомозы накладывались однорядным асимметричным инвагинационным несквозным разобщающим и классическим двухрядным швом.

Выводы. Проведенное клиническое изучение показало преимущество применения однорядного асимметричного инвагинационного несквозного разобщающего анастомоза в лечении детей раннего возраста и периода новорожденности с синдромом кишечной непроходимости по сравнению с традиционными способами формирования межкишечных соустьев и выявило выраженный позитивный эффект в виде отсутствия послеоперационных осложнений и летальных исходов, сокращения продолжительности операций и срока лечения, более раннее кормление больных.

Как цитировать:

Тен Ю.В., Головки В.И., Тен К.Ю. (2022). Межкишечные анастомозы в хирургии детей периода новорожденности и раннего возраста. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича, 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 17-18.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ КОЖИ У ДЕТЕЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Дегтев М.В., Кожевников В.А., Субботин Е.А.

Актуальность. Заболевания человека, вызванные папилломавирусами, известны давно, описаны различными авторами и специалистами. Больные с вирусными вульгарными бородавками на поликлиническом приёме среди первично обращающихся к дерматологу или детскому хирургу составляют более 5%. Из-за длительности и часто бессимптомности латентного периода, исследование эпидемиологии ПВИ затруднено, факторы, обуславливающие активизацию процесса, до конца не уточнены.

Цель исследования: проанализировать особенности эпидемиологии ПВИ, клинику, заболеваемость и общее здоровье детей и подростков с целью уточнения провоцирующих факторов, вызывающих клинические проявления ПВИ у детей, для подбора способов хирургического лечения.

Материалы и методы. На приеме у детского хирурга в поликлинике в течение года, было обследовано 109 пациентов, дети и подростки с явными клиническими проявлениями ПВИ гиперкератозами, 57 девочек и 52 мальчика. Средний возраст обследованных составил 8 лет \pm 3 года.

Пациенты были стратифицированы и проанализированы по следующим характеристикам:

- 1) Клинический диагноз: тип бородавок (обыкновенные, плоские, подошвенные и подногтевые).
- 2) Возраст и пол детей и подростков с папилломавирусной инфекцией.
- 3) Диагноз по локализации.
- 4) Эпидемиологический анамнез места заражения.

5) Лечение, проводимое ранее, самолечение или лечение у детского хирурга, косметолога и др. специалистов.

6) Количество рецидивов после проведенного ранее лечения и срок. Математическая обработка материала проводилась статистическими методами. Расчет t-критерия Стьюдента при сравнении средних величин.

Результаты. Из 109 больных детей отмечались гиперкератозы бородавки (44 — подошвенные, 36 — обыкновенные, 26 — плоские) и у 3 — подногтевые. Все обследованные дети имели разные клинические типы поражения по нозологии: больные с простыми вульгарными бородавками - 36 больных, из них мальчиков - 14, девочек - 22, средний возраст - 11 лет. Больные с плоскими юношескими бородавками - 26 пациентов, из них мальчиков - 10, девочек - 16, средний возраст - 13 лет. Больные с подошвенными бородавками - 44 пациента, из них мальчиков - 26, девочек - 18, средний возраст - 12 лет, и подногтевые бородавки - всего 3 пациента, больных мальчиков - 2, девочек - 1, средний возраст - 8 лет.

Наибольшее количество больных составили дети с подошвенными бородавками - $40,4 \pm 0,6$, особенно мальчики, на втором месте находятся вульгарные бородавки - $33,0 \pm 0,5$, среди них преобладают заболевания у девочек, на третьем месте - плоские бородавки, которыми чаще болеют девочки - $23,9 \pm 0,5$,

Подавляющее число первично обращающихся составили девочки (57-девочек-52,29%), начиная с 11 летнего возраста, происходит увеличение числа больных подошвенными бородавками среди школьников и студентов.

Вульгарные бородавки наблюдали наиболее часто в школьном возрасте с семи лет, заболеваемость составила $27,8 \pm 7,5$ обращений, позже в возрасте 15-16 отмечался второй подъем заболеваемости - $16,7 \pm 6,2$.

В 50 (45,8 %) случаях из 109 ни сами дети, ни их родители не могли указать вероятный источник заражения. В остальных 59 (54,2 %) родители или сами дети указывали на связь появления бородавок с посещением спортивных секций и кружков или с контактом с болеющим ПВИ бородавками в детском саду, школе или семье.

Наибольшее количество больных детей и подростков $57,79 \pm 0,7$ обращались на приём к хирургу или косметологу на первом году заболевания. Топографически было отмечено выраженное преимущество акральной локализации (кисти рук, стопы) и лицо. Так, локализация бородавок на кистях рук наблюдалась в 35 (32,1 %) случаях, в области стоп в 23 (21,1 %) случаях, на лице в 12 (11%). Подавляющее число пациентов - $61,5 \pm 4,7$ прибегали к различным методам самолечения до обращения в кабинет косметолога или хирурга. Установлено, что средний срок рецидивирования составил при лечении кислотами 3 месяца.

Выводы. 1. Наибольшее количество больных на приеме у детского хирурга и косметолога наряду с вульгарными бородавками составляли дети с подошвенными бородавками, особенно мальчики. На втором месте находятся вульгарные бородавки, среди них преобладают заболевания у девочек.

2. В социальном составе на первом месте по заболеваемости занимают школьники (65,1%), второе место занимают студенты (12,8%), причем девочки болеют сравнительно чаще, чем мальчики. Пик показателей заболеваемости у школьников - 65,1% приходится на возраст 7-11 лет

3. Анализ топографии высыпаний показал выраженную преимущественную акральную локализацию (кисти рук, стопы, лицо). Так, локализация бородавок на кистях рук наблюдалась в (59,6 %) случаях, в области стоп у (21,1 %) случаях, на лице (11,0 %), другая локализация 8,3% и по-видимому, объясняется появлением высыпаний вблизи входных ворот инфекции.

4. Наибольшее количество больных детей и подростков 57,7% обращались на приём к хирургу или косметологу на первом году заболевания.

5. Подавляющее количество пациентов на момент осмотра уже прибегали к самолечению, в основном к химической деструкции 61,5%. Средний срок рецидива составлял 3 мес. Таким пациентам рекомендовался криохирургический и радиочастотный метод удаления единовременно, ввиду большой вероятности рецидивирования ПВИ кожи - гиперкератозов.

Как цитировать:

Дегтев М.В., Кожевников В.А., Субботин Е.А. (2022). Распространенность папилломавирусной инфекции кожи у детей при первичном хирургическом приеме. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича, 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (45), 19-21.

ПЕРЕКРУТ СЕЛЕЗЕНКИ У РЕБЕНКА В СОЧЕТАНИИ С ЧАСТИЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ДИВЕРТИКУЛИТОМ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Елькова Д.А., Юров А.П., Клеймёнов Е.В.

Актуальность. В настоящее время нет точных данных о частоте встречаемости заворота селезёнки у детей. В литературе имеются единичные описания патологии. Предрасполагающим фактором является нарушение в эмбриональном периоде развития дорсальной брыжейки, отсутствие полноценного связочного аппарата селезенки – блуждающая селезёнка (wandering spleen).

Описание клинического случая. Больной, 1 г. 11 мес., поступил в КГБУЗ «АККЦОМД» на 18-е сутки от начала заболевания с жалобами на увеличение объёма живота, периодические резкие боли в животе, рвоту зеленью, повышение температуры тела до фебрильных цифр, вялость, капризность. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости обнаружены горизонтальные уровни жидкости в правой подвздошной области, затемнение левых отделов кишечника; по данным УЗИ и КТ – спленомегалия, сегментарные нарушения эхогенности паренхимы селезёнки – признаки инфаркта. Произведена лапаротомия, разделение кишечных спаек, спленэктомия, дивертикулэктомия. Ход операции: под наркозом верхнесрединная лапаротомия. К ране прилежит свободный край селезенки. Белесовато-коричневого цвета, плотная, вывихнута в рану вместе с подпаянным к свободному краю конгломератом из тонкой кишки. Поэтапно спайки разделены, мобилизованы от селезенки. Петли кишок в виде колен, что являлось причиной частичной кишечной непроходимости. В данном конгломерате располагался измененный меккелев дивертикул. Верхушка его инфильтрирована, нити фибрина – вторично изменен – подлежит удалению.

Ревизия. Сосудистая ножка селезенки удлинена до 6,0 см, практически отсутствует физиологический связочный аппарат. Имеют место заворот на 360°, необратимые изменения ткани селезенки – инфаркт. Дважды прошита, перевязана сосудистая ножка – спленэктомия. Разделены межкишечные спайки на тонкой кишке. Полная проходимость восстановлена, кишка жизнеспособна. Дивертикулэктомия кистным способом – просвет кишки не сузился. Другой патологии нет. Санация брюшной полости – сухо. Кишечник уложен в физиологическом положении в брюшную полость. Послойные швы на рану брюшной стенки. Послеоперационный диагноз: перекрут сосудистой ножки с инфарктом селезенки. Вторичный дивертикулит. Послеоперационный период гладкий. Ребёнок с выздоровлением выписан домой.

Заключение. Настороженность в отношении возможного перекрута селезенки у детей позволяет избежать грозных осложнений заболевания и достичь выздоровления больного.

Как цитировать:

Елькова Д.А., Юров А.П., Клеймёнов Е.В. (2022). Перекрут селезенки у ребенка в сочетании с частичной кишечной непроходимостью и дивертикулитом. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича, 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 22-23.

ХИРУРГИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Елькова Д.А., Смирнов А.К., Головки В.И., Монахова А.С.

Актуальность. Врачам любой детской специальности приходится в своей практической деятельности встречаться с врождёнными паховыми грыжами. Своевременная диагностика и лечение грыжи позволяет избежать возможных грозных осложнений грыжи, таких как ущемление, некроз ущемлённого органа с последующим развитием перитонита.

Цель: оценка эффективности хирургического лечения врожденных паховых грыж у детей.

Материалы и методы: проведён ретроспективный анализ 1650 историй болезни детей с установленным диагнозом врождённой паховой грыжи, госпитализированных на клинические базы ФГБОУ ВО АГМУ в период 2013–2021 гг.

Результаты: диагноз устанавливался на основании клинических проявлений грыжи, в ряде случаев в качестве метода дифференциальной диагностики с врождённой водянкой оболочек яичка либо с кистой семенного канатика выполнялось УЗИ паховых областей. Традиционный открытый метод пахового грыжесечения применялся у 1011 пациентов с врожденной паховой грыжей. В эту группу входили пациенты в возрасте от 6 месяцев до 17 лет включительно. Технически в 95% клинических наблюдений выделение вагинального отростка брюшины происходило без вскрытия пахового канала и соответственно не требовало в дальнейшем проведения пластики стенок пахового канала. Рецидивов заболевания в данной группе детей было 2. В 2013 году в клинике детской хирургии Алтайского края внедрены лапароскопические методики оперативного лечения врождённых паховых грыж у детей. Применялись методики SEAL, PIRS. Активно в клиническую практику внедряется методика Фелпса. Наименьший возраст ребёнка, прооперированного в данной группе, составлял 24 дня жизни к моменту

операции. В среднем возраст оперированных эндоскопически по поводу паховой грыжи детей варьировал от 1 мес. до 10 лет. Наиболее предпочтительной оказалась возрастная группа пациентов до 3-х лет. В пользу лапароскопической герниографии при выборе подхода к оперативному лечению склонялись у детей с двухсторонней паховой грыжей и при сочетании паховой и пупочной грыж. Рецидивов после лапароскопических герниографий было 14.

Выводы. Современная детская герниология предлагает два эффективных направления хирургического лечения врожденных паховых грыж у детей: открытое традиционное грыжесечение и лапароскопические методики. Хочется подчеркнуть, что лапароскопия не является методом диагностики паховой грыжи, диагноз, в первую очередь, устанавливается на основании клинических проявлений грыжи. Лапароскопическая герниография, более вероятно, предпочтительнее у детей до 3 лет, при двухсторонней паховой грыже, при сочетании паховой и пупочной грыж.

Как цитировать:

Елькова Д.А., Смирнов А.К., Головки В.И., Монахова А.С. (2022). Хирургия паховых грыж детского возраста. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 24-25.

ОПЫТ ВВЕДЕНИЯ ЛИДОКАИНА У НОВОРОЖДЕННЫХ

КГБУЗ “Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства”, г. Барнаул

Козлов А.А., Завьялов А.Е.

Актуальность. В настоящее время все большее распространение получает мультимодальный подход к послеоперационному обезболиванию с внутривенным введением раствора Лидокаина. Данная методика уже закреплена на уровне клинических рекомендаций у взрослых, однако в педиатрической и особенно в неонатальной практике еще активно изучается. Преимущества внутривенного введения Лидокаина, такие как снижение проявлений и длительности послеоперационного пареза кишечника, снижение доз опиоидных анальгетиков и в дальнейшем более быстрый отказ от них, более ранний уход с ИВЛ, снижение частоты бактериальных осложнений, являются актуальными у новорожденных прооперированных по поводу синдрома Ледда, который сопровождается длительным послеоперационным парезом кишечника.

Цель исследования. Определить влияние внутривенного введения Лидокаина в раннем послеоперационном периоде на длительность пареза кишечника и потребность в опиоидных анальгетиках у новорожденных с синдромом Ледда.

Материалы и методы. В группу исследования (1-я группа) вошли 6 новорожденных, пролеченных в период с февраля 2019 по февраль 2021 в ОАР КГБУЗ “Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства”. Возраст при поступлении 3-5 сутки жизни. Гестационный возраст составлял от 36 - 39 недель с весом при поступлении от 2430 – 3420 грамм. На основании клинико – инструментального обследования детям был выставлен диагноз: Синдром Ледда. При поступлении у детей отмечались явления эксикоза I-II степени, тенденция к гипотонии, водно – электролитные нарушения: гипокалиемия (K^+ - 2,2 – 2,8 ммоль/л), гипогликемия (глюкоза крови – 2,2 – 3,0 ммоль/л), гипонатриемия (Na^+ - 127 – 130 ммоль/л), гипербилирубинемия, явления гипокоагуляции. Предоперационная подготовка включала: глюкозо –

солевые растворы с коррекцией по электролитам, свежезамороженная плазма, инотропная и вазопрессорная поддержка.

Оперативные вмешательства проводились в первые 24 часа с момента поступления по стабилизации состояния. Интраоперационно проводилась тотальная внутривенная анестезия (кетамин, фентанил, рокуроний) и ИВЛ, показатели витальных функций были в пределах нормы.

Контрольную группу (2-я группа) составляли 10 новорожденных, прооперированных по поводу синдрома Ледда с 2014 – 2018 гг., у которых были идентичные предоперационная подготовка и наркоз, но им проводилось классическое послеоперационное обезболивание. В послеоперационном периоде детям из группы исследования проводилась внутривенная анальгезия в составе: Лидокаин + Тримеперидин. Новорожденные из контрольной группы получали анальгезию в составе: Тримеперидин +НПВС.

Результаты исследования. В группе исследования доза Лидокаина составляла 1 мг/кг/час, Тримеперидина – 25 мкг/кг/час. В контрольной группе Тримеперидин вводился со скоростью 50 – 70 мкг/кг/час, из НПВС больные получали Парацетамол в дозе 15 мг/кг 3 раза в сутки.

В 1-й группе Лидокаин вводился в течение 48 часов, потребность в Тримеперидине составила от 34 до 48 часов. Ни у кого из больных не было потребности в дополнительном обезболивании, седации и увеличении дозы опиоидного анальгетика. С 3 суток дети получали Парацетамол в течение 48-72 часов. Потребности в дополнительном обезболивании не было.

Во 2-й группе потребность в обезболивании Тримеперидином сохранялась в течение 72 – 82 часов, дозы сохранялись. После отмены опиоида Парацетамол вводился до 72 часов.

Начало энтерального питания в группе исследования составляло от 110 до 125 часов, потребность в ИВЛ от 24 до 40 часов. В контрольной группе от 180 до 206 часов и от 60 до 78 часов соответственно.

Обсуждение. Отмечалось значительное снижение времени послеоперационного пареза кишечника и доз опиоидных анальгетиков, а также потребности в них, в группе исследования, что повлияло на время перехода на спонтанное дыхание, более раннее начало энтерального питания.

Вывод. Включение Лидокаина в состав послеоперационного обезболивания у новорожденных, прооперированных по поводу синдрома Ледда снижает потребность в опиоидных анальгетиках и снижает длительность послеоперационного пареза кишечника.

Как цитировать:

Козлов А.А., Завьялов А.Е. (2022). Опыт введения лидокаина у новорожденных. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 26-28.

ЛЕЧЕНИЕ ХИЛОТОРАКСА У ДЕТЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Тен Ю.В., Клеймёнов Е.В., Каширин С.Д., Елькова Д.А.

Актуальность. Хилоторакс – заболевание, связанное с накоплением лимфатической жидкости в плевральной полости вследствие врожденного порока развития лимфатических протоков или травмой при хирургических вмешательствах на органах грудной полости, пункции центральных вен. Потеря лимфы приводит к метаболическим, электролитным нарушениям, гипоальбуминемии, иммунологическим расстройствам, что угрожает летальным исходом. Лечение хилоторакса требует своевременного и активного подхода.

Цель нашего исследования: обобщить опыт лечения детей с хилотораксом на базе кафедры детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии Алтайского государственного медицинского университета за последние 10 лет.

Материалы и методы. На базе нашей клиники за последние 10 лет пролечено 8 детей с хилотораксом от новорожденных до возраста 4 лет. Причинами хилоторакса являлись: врожденный порок развития лимфатических путей (у двух новорожденных с диагностированным хилотораксом сразу после рождения), медицинские вмешательства у 5 (у 3 – торакотомия по поводу врожденного порока сердца, у 2 – катетеризация подключичной вены (у 1 справа, у 1 слева), по поводу соматического заболевания). У одного ребенка причина развития хилоторакса не установлена. Двусторонний процесс отмечен у 2 детей (после срединной стернотомии при операции по поводу ВПС). Правосторонний у 4, левосторонний у 2.

Результаты. Клинически во всех наблюдениях отмечены признаки дыхательной недостаточности, нарушение проведения дыхания на стороне поражения. При рентгенографии и УЗИ отмечено скопление жидкости в

плевральной полости от 50 до 540 мл. Окончательный диагноз устанавливался после плевральной пункции и проведении биохимического и цитологического исследования. Следует отметить, что только у 3 детей выпот имел характерный «молочный» характер. У остальных пациентов, не получавших на момент заболевания энтерального питания, получена прозрачная желтоватая жидкость, и диагноз хилоторакса установлен после цитологического исследования (выявлен лимфоцитоз более 80%). После дренирования плевральной полости у всех детей сохранялось истечение жидкости от 50 до 400 мл в сутки.

В лечении у двух детей (11 месяцев и 4 лет) успешно применено частичное парентеральное питание и энтеральное питание с использованием диетических питательных смесей.

Остальные дети на первом этапе получали полное парентеральное питание.

У 2 пациентов на фоне полного парентерального питания хилоторакс купирован на 5 и 6 сутки. 4 детям проводилась терапия синтетическим аналогом соматостатина по общепринятой схеме, при этом положительный эффект удалось достичь у 3-х.

Одному пациенту 2 месяцев при сохраняющихся потерях лимфы до 100 мл в сутки на фоне полного парентерального питания и терапии соматостатином в течение 10 суток, проведен плевродез 4% раствором повидон-йода с положительным эффектом через 3 дня. Хирургическое лечение не потребовалось ни в одном из наблюдений. Средний срок сохранения лимфарей составил 21 день, максимальный 54 дня.

Выводы. На этапе диагностики хилоторакса обязательно проведение цитологического и биохимического исследования плеврального выпота.

Применение в лечении хилоторакса полного парентерального питания и синтетического аналога соматостатина позволяет в большинстве случаев добиться положительного результата. Плевродез раствором повидон-йода может применяться при неэффективности терапии соматостатином.

Считаем, что решение о хирургическом лечении при хилотораксе следует принимать только в случае неэффективности вышеуказанных мероприятий.

Как цитировать:

Тен Ю.В., Клеймёнов Е.В., Каширин С.Д., Елькова Д.А. (2022). Лечение хилоторакса у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (45), 29-30.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ

Новокузнецкий ГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РАМНПО Минздрава России,
г. Новокузнецк

Кафедра хирургии, урологии, эндоскопии и детской хирургии

Татаркин Е.В., Беляев М.К., Тараскин О.А., Федоров К.К., Савина С.А.,
Смирнов А.С.

За период с 2014 по 2021 гг. в отделении детской хирургии Кузбасской детской клинической больницы им Ю.Е. Малаховского г. Новокузнецка наблюдалось 819 больных с диагнозом паховая грыжа. Мальчиков среди них было 630 (77%), девочек 189 (23%). По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 1 мес – 12 (1,5%), от 1 мес до 1 года – 192 (23,4%), от 1 до 3 лет – 334 (40,8%), 4 - 10 лет – 242 (29,5%), 11 - 17 лет – 39 (4,7%). Все дети были оперированы.

Из 819 больных 48 (5,8%) обратились с клинической картиной ущемления грыжевого выпячивания, из них - 31 (64,6%) оперированы в экстренном порядке, а 17 (35,4%) пациентов были оперированы в срочно-плановом порядке, так как грыжа у них самостоятельно разущемилась в приемном покое, либо по дороге в стационар. Все пациенты с ущемленной паховой грыжей были в возрасте до 4 лет, подавляющее большинство из которых были мальчики 42 (87,5%).

В 771 (94,2%) случае диагностирована свободная паховая грыжа. У 437 (53,4%) пациентов паховая грыжа отмечалась справа, у 283 (34,6%) слева, у 99 (12%) – с двух сторон. Эти дети оперированы в плановом порядке.

Оперативное лечение заключалось в выделении и перевязке влагалищного отростка брюшины. При большом диаметре наружного пахового кольца выполнялось его ушивание отдельными швами.

С апреля 2014 года в отделении детской хирургии внедрен метод лапароскопической герниографии, который заключается в преперитонеальном проведении и подкожном завязывании полипропиленовой нити, размещенной вокруг внутреннего пахового кольца. Метод носит название SEAL (от англ.

Subcutaneous endoscopically assisted ligation (подкожное эндоскопически ассистированное лигирование) предложен D. Ozdegiz. Данная методика модифицирована Ю.А. Козловым путем использования иглы для перидуральной анестезии (Туохи).

При выполнении данной методики использовалась эндоскопическая стойка фирмы Karl Storz GmbH с камерой высокого разрешения, лапароскопические инструменты фирмы Karl Storz GmbH 3 мм. Наркоз эндотрахеальный с использованием миорелаксантов короткого действия.

Пациенты располагались на операционном столе в положении Тренделенбурга на спине в косом направлении, по отношению к столу. Два порта 3 мм устанавливались в околопупочной и в одной из боковых областей. У девочек в подавляющем большинстве случаев был использован один порт в околопупочной области. Давление в брюшной полости увеличивали до 5 - 10 мм рт. ст. Поток газовой смеси 3 - 4 л/мин.

За вышеуказанный период данным методом прооперировано 527 пациентов, из них 24 (4,5%) (20 мальчиков и 4 девочки) оперированы при ущемлении паховой грыжи. В этом случае перед герниографией выполнялось разущемление грыжи, с использованием мягких лапароскопических зажимов. Случаев некроза и перфорации стенки кишки отмечено не было.

У 39 (40%) пациентов диагноз двусторонней паховой грыжи установлен только во время выполнения лапароскопической герниографии. В этих случаях всем пациентам выполнена лапароскопическая герниография с двух сторон.

Ранний послеоперационный период протекал благоприятно. У девочек осложнений не отмечалось. У мальчиков, оперированных традиционным методом, наблюдался отек мошонки на стороне операции разной степени выраженности, который купировался самостоятельно, что не расценивалось нами как осложнение. У пациентов, оперированных лапароскопически, отека мошонки не отмечалось. У двух пациентов отмечен рецидив паховой грыжи через 5 и 7 мес, связанный с техническими погрешностями в период освоения метода. Этим детям повторно выполнена лапароскопическая герниография с хорошим отдаленным результатом.

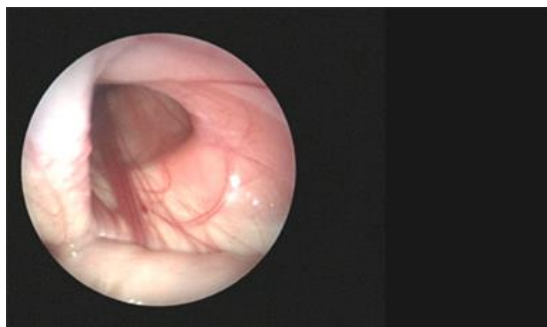
Выводы. 1. Нами отмечены преимущества лапароскопической герниографии: малотравматичность для семенного канатика и круглой связки, отсутствие отека окружающих тканей, благоприятный послеоперационный период.

2. Лапароскопия позволяет выявить и выполнить герниографию с противоположенной стороны, что предотвращает в дальнейшем необходимость проведения повторной операции.

3. Лапароскопическая герниография при ущемлении грыжи позволяет визуально оценить состояние ущемленной петли кишки.

4. При использовании лапароскопической герниографии наблюдается отличный косметический результат.

Вид незаращенного пахового кольца



Вид заращенного пахового кольца



Проведение иглы



Затягивание лигатуры



Как цитировать:

Татаркин Е.В., Беляев М.К., Тараскин О.А., Федоров К.К., Савина С.А., Смирнов А.С. (2022). Лапароскопическая герниография у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 31-34.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРИХОБЕЗОАРОВ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

*Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной
терапии*

Елькова Д.А., Головки В.И., Красильников А.А., Дерига В.Е.

Актуальность. Вредные привычки у детей, связанные с эмоциональными перегрузками, стрессами, неврологическими заболеваниями, такие как грызть волосы, глотать различные предметы, могут приводить к тяжёлым хирургическим заболеваниям. Ярким примером подобных заболеваний являются безоары.

Цель. Улучшить осведомленность среди врачей различных специальностей о клинике, диагностике и лечении трихобезоаров желудка у детей.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 12 пациентов, которые с 2017 по 2021 гг. поступали в ДХО КГБУЗ «АККЦОМД» г. Барнаула с трихобезоарами желудка.

Результаты. Возраст пациентов составлял от 6 до 15 лет. Средний возраст достигал 10-11 лет. Распределение пациентов по гендерной принадлежности: 11 пациентов - девочки, 1 - мальчик. В клинической картине преобладали жалобы на боль в эпигастральной области, тошноту, рвоту, незначительную потерю веса. В связи со слабой выраженностью и неспецифичностью симптомов, больные часто обращались к хирургу на поздних этапах развития безоара. При пальпации у половины пациентов было выявлено плотное объемное безболезненное образование брюшной полости, повторяющее контур желудка. Из инструментальных методов диагностики были использованы УЗИ внутренних органов и ФГДС. На УЗИ обнаружены эхографические признаки объёмного фиксированного образования в просвете желудка больших размеров. При ФГДС определялись волосы в просвете желудка. Всем пациентам была проведена лапаротомия, гастротомия в области кардиального отдела и удаление

трихобезоара. Рана желудка была закрыта асептически двухрядным швом PDS 4/0. Все пациенты были своевременно прооперированы и избежали развития осложнений. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

Выводы. Своевременная диагностика и лечение трихобезоаров желудка у детей позволяет избежать осложнений и обеспечить полное выздоровление. Однако всем пациентам рекомендовано посещение психолога, чтобы снизить риск развития рецидивов болезни.

Как цитировать:

Елькова Д.А., Головки В.И., Красильников А.А., Дерига В.Е. (2022). Хирургическое лечение трихобезоаров желудка у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 35-36.

PRP-ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕМАРТРОЗАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Кафедра детских хирургических болезней

Лабузова Н.А.

Введение. Для лечения травматических повреждений коленных суставов у детей ранее использовались такие методы, как пункция сустава с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой сроком на 14 дней, а при воспалении использовались глюкокортикоидные препараты, что в дальнейшем неблагоприятно сказывалось на функциональном состоянии здоровья пациентов. Для восстановления утраченной функции коленного сустава предложено достаточно много способов лечения. Нами внедрен новый способ лечения гемартрозов при помощи PRP-терапии (от английского Platelet rich plasma), что дословно переводится как «Богатая тромбоцитами плазма». Данный метод позволил сократить сроки восстановления и снизить риски осложнений. Эффективность метода заключается во введении инъекций собственной аутоплазмы крови пациента, обогащённой тромбоцитами. Тромбоциты в данном случае выполняют роль истоков естественного фактора роста. Они способны превращаться при необходимости в мышечные, хрящевые и костные ткани. Для данного вида клеток характерны ярко выраженные процессы пролиферации и дифференцировки, вследствие этого происходит усиленная регенерация в полости коленного сустава, устранение болевого синдрома, улучшение функции сустава и профилактика гоноартроза. На фоне прохождения курса лечения данной терапией у 80% пациентов получен положительный результат в течение 3-6 месяцев.

Целью настоящего исследования явилось лечение пациентов с гемартрозом при помощи компонентов собственной плазмы крови и вскрытие механизмов, лежащих в основе эффективности данной терапии.

Материалы и методы. В ходе данной работы, которая проводилась с 2020 по 2021 год, было обследовано 35 больных с травматическими повреждениями

коленного сустава. Гемартроз без повреждения структур. Каждый из пациентов получал лечение методом PRP – терапии. С целью получения и введения аутоплазмы использовались следующие материалы: шприц одноразовый стерильный (5мл) с иглой и без иглы 22G (0,7x40 мм); игла-бабочка 21G (0,8x19 мм; 0,8x20 мм; 0,8x25 мм; 0,8x38 мм); игла инъекционная однократного применения стерильная 30G x ½" (0,3x13мм); игла инъекционная однократного применения стерильная 21Gx1 ½" (0,8x40 мм); пробирка с гепарином для взятия крови (8,5мл). Плазма заготавливается на основе собственной венозной крови обследуемого. Забор венозной крови происходит при помощи иглы-бабочки и пробирки с гепарином для взятия крови (8,5мл). Набранные пробирки с кровью подвергаются центрифугированию в течение 5 минут при 30.000 оборотов в минуту. Далее производится забор аутологической плазмы шприцом 22G (0,7x40мм). Место инъекции обрабатывается антисептическим раствором и проводится местная анестезия. Затем производится введение содержимого шприца в полость коленного сустава. Курс лечения составляет 1 введение аутоплазмы в коленный сустав через 7 дней курсом от 3-5 сеансов.

Результаты. По данным эффективности лечения у 28 пациентов, получавших данную терапию, были отмечены значительные улучшения функции коленного сустава: уменьшение боли и разгибательной контрактуры, улучшение качества ходьбы и физической активности пациентов.

Выводы. Лечение методом PRP-терапии при заболеваниях гемартрозах коленного сустава дает эффективный результат и способствует быстрой регенерации и улучшению его функциональной способности. Главной основой данной методики служит принуждение собственного организма к выработке необходимого числа клеточных элементов для восстановления тканей, что позволяет предупредить развитие гоноартроза.

Как цитировать:

Лабузова Н.А. (2022). PRP-терапия при гемартрозах коленного сустава у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 37-38.

ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ, ДИАГНОСТИКА, ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ

¹КГБУЗ Городская детская больница №7, г. Барнаул

²Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Мамонтова Н.В.¹, Харченко Е.М.¹, Смирнов А.К.²

Цель. Выбор оптимального хирургического метода лечения перитонита у детей.

Материалы и методы. Анализ результатов клинического наблюдения больных с перитонитом в клинике детской хирургии АГМУ.

Результаты. Острый гнойный перитонит - одно из тяжелейших осложнений разнообразных заболеваний и повреждений органов брюшной полости.

На базе детской городской клинической больницы №7 г. Барнаула за 5 лет пролечено 178 детей с перитонитом. По годам количество больных распределилось следующим образом: 2017 год - 24 человека, 2018год - 27 человек, 2019 год - 35 человек, 2020 год – 42 человека, 2021 год - 50 человек. Из представленных сведений видно, что количество больных из года в год увеличивается. Существенного полового различия не было. Из 178 детей, в возрасте до 3 лет поступило 20.

Важное значение в практической работе имеет определение непосредственной причины перитонита, т. е. заболевания, которое послужило его потенциальной основой. Причинами, вызвавшими развитие перитонита в нашем случае являлись: деструктивные формы аппендицита - 114 детей (64,4%), первичный перитонит - 56 детей (31,6%), перфорации внутренних органов (желудок, подвздошная кишка, ободочная кишка, дивертикул Меккеля) - 5 детей (2,8%), травма живота с повреждением внутренних органов - 2 больных (1,1%).

Из наиболее обширной группы аппендикулярных перитонитов, особенно часто встречался деструктивный аппендицит с местным неотграниченным перитонитом (57 больных), на втором месте - отграниченные перитониты в

виде периаппендикулярных и аппендикулярных абсцессов (19 больных). Разлитой перитонит диагностирован у 16 детей.

Нужно отметить, что в последние годы количество осложненных форм аппендицита неуклонно повышается. 95% детей, доставленных в стационар с болями в животе, после 24 часов от начала заболевания, находились дома. Обилие медицинской информации в СМИ, интернете, приводит к попыткам родителей лечить ребенка в домашних условиях, самостоятельно.

В группу продолженных послеоперационных перитонитов вошли дети, перенесшие различные вмешательства на брюшной полости в других лечебных учреждениях и переведенные для дальнейшего лечения в наш стационар. Из года в год количество таких детей остается стабильным и за 5 лет составило 22 ребенка.

С внедрением в нашей клинике методов эндоскопической хирургии, любая операция на брюшной полости начиналась с диагностической лапароскопии, которая позволяла более точно установить причину перитонита, оценить распространенность поражения брюшины, состояние органов брюшной полости, провести эвакуацию выпота под контролем зрения. Всякий раз, при планировании эндоскопического вмешательства, подразумевалась вероятность перехода на широкий лапаротомный доступ. При первичных перитонитах введение лапароскопии позволило избегать аппендэктомии при макроскопически неизменном червеобразном отростке, а объем вмешательства ограничить санацией, дренированием брюшной полости, взятием мазка на бак. посев.

Последовательность хирургических манипуляций при гнойном перитоните общеизвестна. Разрез (при необходимости конверсии, мы отдаем предпочтение срединной лапаротомии, позволяющей достаточно адекватно провести ревизию и туалет брюшной полости, а также ушивание, резекцию или удаление пораженного органа), эвакуация экссудата, ликвидация источника перитонита (при возникновении технических трудностей с удалением червеобразного отростка, например при аппендикулярном абсцессе, не стремимся к радикальности - ограничиваемся вскрытием последнего), туалет брюшной полости (при санации стараемся тщательно осушить гнойный экссудат, но

плотно фиксированный фибрин с петель кишечника не стремимся снять «во что бы то ни стало», во избежание травматизации последних), дренирование брюшной полости (в последние годы используемый ранее «сигарный» тампон с успехом заменили двухпросветными, полихлорвиниловыми дренажными устройствами). Лапаротомный доступ зашивали наглухо, а дренирование отделов брюшной полости производили через контрапертуры. Средняя продолжительность операции при лапароскопии составила - 47 мин., при лапаротомии - 100 мин.

У оперированных детей брали мазки из брюшной полости на микрофлору, чувствительность к антибиотикам. Главенствующее значение в этиологии аппендикулярного перитонита сохраняется за группой E.coli. При первичном перитоните все забранные мазки были отрицательны, что, по-видимому, можно объяснить небольшим количеством флоры в перитонеальном экссудате. В то же время нельзя не заметить, что уровень микробиологических лабораторий в нашем городе не позволяет регистрировать в экссудате такой вид возбудителей, как неклостридиальные анаэробы.

У 6 детей с продолженным послеоперационным перитонитом, установлено прогрессирующее течение последнего, выражающееся, в первую очередь, клиническими симптомами (боль, напряжение передней брюшной стенки, перитонеальные знаки, состояние перистальтики). Значительную помощь в диагностике оказывали УЗИ, Ro-графия брюшной полости. Проведение ультразвукового исследования в день поступления позволяло с достаточной точностью определить признаки абсцесса или инфильтрата брюшной полости, пареза кишечника или непроходимости.

У 2 детей условия позволили начать вмешательство с лапароскопии, которая оказалась диагностической, затем произведена конверсия. У остальных детей сразу произведена лапаротомия, вскрытие абсцесса, дренирование брюшной полости. У одного ребенка потребовалась ликвидация непроходимости, с интубацией тонкой кишки через илеостому.

Остальным детям проводилась консервативная, интенсивная терапия (8 детей потребовали лечения в условиях АРО), включающая в себя инфузию

глюкозо-солевых растворов, парэнтеральное питание, антибактериальную терапию.

Общие принципы послеоперационного ведения больных с перитонитом включали в себя проведение инфузионной терапии (глюкоза 5%, физиологический раствор, стерофундин), с целью восполнения операционных потерь и физиологической потребности, а также дезинтоксикации. Так как тяжелые нагноительные заболевания сопровождаются резкой активацией обменных процессов и смещением их в сторону катаболических реакций, обуславливая высокие энергетические потребности организма, при невозможности энтерального питания, иногда в течении нескольких дней, применяли парэнтеральное питание (липофундин, аминовен, кабивен).

Антибактериальная терапия в первые, наиболее важные с прогностической точки зрения дни, была по существу эмпирической, так как результаты бактериологических исследований получали спустя 4-5 дней после операции. Препаратами выбора в данной ситуации оказались цефалоспорины 3 поколения (цефотаксим, цефтриаксон), 4 поколения (цефепим), используемые вместе с аминогликозидами (амикацин) и препаратами метронидазола (метрогил). Такая комбинация позволяет перекрыть грам+ и грам-, а также анаэробную флору. В тяжелых случаях применяли антибиотики группы карбапенемов (меронем, имипенем), гликопептиды (ванкомицин). Наряду с антибактериальными препаратами, широко применяли антипротеазную терапию (контрикал), в суточной дозировке до 1500 ед. на кг. Симптоматическое лечение включало в себя фунгицидную терапию (дифлюкан, флуконазол), анальгетики, жаропонижающие и др. Для адекватного обезболивания, а также стимуляции перистальтики в послеоперационном периоде проводилась продленная перидуральная анестезия, с введением в эпидуральное пространство раствора наропина. После перевода из отделения реанимации, детям заканчивали курс антибактериальной терапии, подключали по показаниям ферментотерапию, препараты железа, физиотерапевтические процедуры.

Средняя продолжительность лечения составила от 12 до 20 койко – дней. Летальных исходов не было. У 9 детей с аппендикулярным абсцессом, червеобразный отросток во время операции не был удален. Такие дети

поступали в отделение через 3-6 месяцев на плановую аппендэктомию. У 2 детей потребовались повторные операции для закрытия илеостомы. У 1 ребенка, после ферментативного перитонита, на фоне панкреатита, в послеоперационном периоде сформировалась вторичная киста поджелудочной железы, потребовавшая вскрытия и тампонады. Остальные дети выписаны с выздоровлением.

Выводы:

- при отсутствии разлитого перитонита, ранее перенесенной лапаротомии, предпочтение следует отдавать эндоскопическому методу операции, как менее травматичному;
- введение лапароскопических методов позволяет провести оперативное пособие более тщательно, менее травматично, однако в любой момент нужно быть готовым к расширению доступа;
- в эмпирической антибактериальной терапии целесообразна комбинация цефалоспоринов, аминогликозидов, препаратов метронидазола;
- применение эпидуральной, продленной анестезии позволяет облегчить ребенку послеоперационный период, активизировать перистальтику кишечника.

Как цитировать:

Мамонтова Н.В., Харченко Е.М., Смирнов А.К. (2022). Перитонит у детей, диагностика, оперативное лечение, послеоперационное ведение. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (45), 39-43.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Тен Ю.В., Юров А.П., Тен К.Ю., Каширин С.Д., Елькова Д.А.

Актуальность. Болезнь Гиршпрунга или аганглиоз толстой кишки – тяжёлая патология детского возраста, несмотря на довольно редкую частоту заболевания, отличается сложностью диагностики и лечения, наличием большого числа опасных осложнений.

Цель исследования: усовершенствовать современные подходы к лечению болезни Гиршпрунга, показать успешную тактику ведения больных с болезнью Гиршпрунга.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ФГБОУ ВО АГМУ на базе АККЦОМД за период с 2017 по I квартал 2022 г. оперировано 9 детей с болезнью Гиршпрунга, из них 7 мальчиков. Возраст детей составил от периода новорожденности до 3-х лет. Диагноз устанавливался клинически, рентгенологически, гистологически, эндовидеохирургически.

Результаты. 5 больных оперированы по классической методике Соаве с предварительной двуствольной колостомией на сигмовидной кишке у 4 детей. Радикальная операция им произведена в возрасте от 1 года до 3-х лет. Один больной оперирован одноэтапно без разгрузки толстой кишки в возрасте 11 месяцев. Реабилитационные мероприятия проводились в последующем в течение 1 – 3 лет. Все дети в настоящее время здоровы. Четырём детям от периода новорожденности до 4-х месяцев произведена трансанальная проктопластика по Де ла Торре-Мондрагона и Соаве-Джорджсона. Наблюдение за этими больными осуществляется в течение 1 года. В каких-либо реабилитационных мероприятиях дети не нуждались. В настоящее время дети все здоровы. Таким образом, дети второй группы потребовали меньших усилий и времени для полной реабилитации, сроки лечения значительно сокращены, достигнуты лучшие косметические результаты.

Выводы. Трансанальная проктопластика имеет ряд явных преимуществ перед другими, уже ставшими классическими методами хирургического лечения болезни Гиршпрунга, и может быть рекомендована к более широкому внедрению в практику детских хирургических отделений для коррекции болезни Гиршпрунга у детей.

Как цитировать:

Тен Ю.В., Юров А.П., Тен К.Ю., Каширин С.Д., Елькова Д.А. (2022). Хирургические аспекты лечения болезни Гиршпрунга у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 44-45.

НЕКОТОРЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

*Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной
терапии*

Метальников А.И., Елькова Д.А., Тен Ю.В.

Актуальность. В амбулаторно-поликлинической работе детского врача хирурга, травматолога-ортопеда становится значимым, что повышение эффективности профилактики, диагностики, лечения, диспансеризации детей с артралгическими проявлениями на фоне наследственных нарушений развития соединительной ткани актуально в настоящее время. Данные патологические состояния встречаются в повседневной деятельности нередко. Актуальность вопроса обусловлена распространённостью, системностью поражений, вовлечением в патологический процесс многих структур организма, в том числе, костно-суставного аппарата, системы крови.

Медико-социальные аспекты, эпидемиология артралгических проявлений остаются открытыми. Проблемой практического здравоохранения является профилактика формирования данной патологии, раннее выявление жалоб, симптомов в сочетании с клиническими проявлениями наследственных нарушений развития соединительной ткани. Диагностика, лечение и реабилитация артралгических проявлений в детском возрасте представляет собой многоплановый процесс. Сложности встречаются на этапе ранней диагностики. Недостаточное внимание уделяется сопутствующей фоновой патологии, главным образом, наследственным нарушениям развития соединительной ткани. В оценке тяжести заболевания часто ограничиваются рентгенографией. Не всегда учитывается участие в патологическом процессе окружающих мягких тканей, изменения лабораторных показателей. В последние пять лет отмечается рост выявляемых стойких артралгических

проявлений, артритов у детей, в том числе, как последствие травм. Данной теме посвящено ряд публикаций отечественных и зарубежных авторов. В практической деятельности часто возникают сложности с ведением таких пациентов.

В настоящее время активно идут дебаты о роли наследственных нарушений развития соединительной ткани у детей, влияния патологии на течение артралгических проявлений, артритов различного генеза. Однако, взаимосвязь травматического компонента, совокупность диспластических проявлений у ребёнка на течение артралгий редко находит место в современной литературе. Сложности в лечебно-реабилитационных мероприятиях свидетельствуют об актуальности обозначенной темы. Следует отметить факт малочисленности исследований, посвящённых изучению особенностей ведения таких пациентов на фоне наследственных нарушений развития соединительной ткани, отсутствие чётких алгоритмов, определённых тактических подходов.

Цель исследования. Проанализировать влияние наследственных нарушений развития соединительной ткани у детей на проявление артралгий, артритов, главным образом, посттравматического генеза, изучить их особенности течения, обосновать способы диагностики, лечения, реабилитации.

Материалы и методы. Обследовано 185 детей в возрасте от 5 до 16 лет. Из них на диспансерном учёте по поводу наследственных нарушений развития соединительной ткани (основная группа), которые обращались за медицинской помощью после полученной накануне травмы, было 125 пациентов. В группу сравнения включили 30 детей, у которых артралгические проявления определялись впервые, в результате травмы. В анамнезе, у пациентов группы сравнения, наследственных нарушений развития соединительной ткани не диагностировалось. Все пациенты обращались по поводу какого-либо травматического повреждения коленных, реже, голеностопных, плечевых, локтевых суставов не позднее суток с момента происшествия.

В динамическом наблюдении участвовали 30 здоровых детей - группа контроля. Обращались за медицинской помощью с незначительными мягкоткаными повреждениями. Таким образом, по половым и возрастным параметрам дети в группах распределились одинаково. Состояли на

диспансерном учёте в период с 2015 по 2022 годы. В группах было одинаковое количество мальчиков и девочек. Были обозначены: ортопедический статус обследуемых, жалобы, анамнез жизни, антропометрические данные, физическое, психическое развитие, фенотипические признаки наследственных нарушений развития соединительной ткани со стороны костно-суставной системы, учитывались проявления диспластического статуса. Оценивали лабораторные показатели. Был отражен уровень кальция, фосфора, щелочной фосфатазы в сыворотке крови, оксипролина, кальция и фосфора в моче. Рентгенологическое обследование повреждённого сустава проводили у всех детей в группах.

Назначались дополнительные методы обследования - ультразвуковое, денситометрическое, компьютерную томограмму, магнитно-резонансную томограмму, электронейромиографическое, стабиллографическое.

Результаты. Характерный симптомокомплекс для детей с наследственными нарушениями развития соединительной ткани был отмечен в 100% случаев в основной группе. В группе сравнения не определялся. Дети основной группы отличались от группы сравнения и контроля патологическими изменениями костно-суставной системы, другими проявлениями наследственных нарушений развития соединительной ткани.

В основной группе в анамнезе у пациентов диагностировали дискинезию желчевыводящих путей, дисбактериоз, аденоидит, инфекционно-аллергический артрит, артралгии, кокцигодии. Определялись гиперэластичность кожи, гипермобильность суставов, усиление сосудистого рисунка, телеангиоэктазы, гиперпигментация.

Часто, в разные возрастные периоды, обнаруживалась патология сердечной деятельности (37,6%), желудочно-кишечного тракта (20,8%), мочевыделительной системы (20,0%), вегетососудистая дистония (18,4%), нарушения функции органа зрения (15,2%) (Табл. 1).

Таблица 1

Некоторые изменения у детей основной группы с артралгиями коленных суставов в разных возрастных периодах

Характер изменений	Пациенты с артралгией коленных суставов (в разных возрастных периодах)				Всего (n=125)
	5 лет (n=26)	7 лет (n=30)	9 лет (n=40)	11 лет (n=29)	
Общее число выявленных изменений, из них в различных сочетаниях	17 (65,4%)	22 (73,3%)	34 (85,0%)	25 (86,2%)	96 (76,8%)
вегетососудистая дистония	5 (19,2%)	2 (6,7%)	5 (12,5%)	5 (17,2%)	17 (13,6%)
вертебрально-базиллярная недостаточность	-	3 (10,0%)	2 (5,0%)	1 (3,5%)	6 (4,8%)
олигофрения	-	1 (3,3%)	2 (5,0%)	1 (3,5%)	4 (3,2%)
пролабирование митрального клапана *	3 (11,5%)	3 (10,0%)	4 (10,0 %)	4 (13,8 %)	14 (11,2%)
субаортальный стеноз	-	-	1 (2,5%)	1 (3,5%)	2 (1,6%)
митральный стеноз	-	-	1 (2,5%)	-	1 (0,8%)
декстракардия	-	-	-	1 (3,5%)	1 (0,8%)
идиопатическая гипертрофия миокарда	1 (3,9%)	1 (3,3%)	5 (12,5%)	2 (6,9%)	9 (7,2%)
аритмия	1 (3,9%)	2 (6,7%)	12 (30,0%)	5 (17,2%)	20 (16,0%)
дискинезия желчных путей	5 (19,2%)	2 (6,7%)	3 (7,5%)	4 (13,8%)	14 (11,2%)
синдром Жильбера	1 (3,9%)	2 (6,7%)	6 (15,0%)	3 (10,3%)	12 (9,6%)
нефроптоз	2 (7,8%)	5 (16,7%)	4 (10,0%)	5 (17,2%)	16 (12,8%)
аномалия почек	1 (3,9%)	1 (3,3%)	2 (5,0%)	3 (10,3%)	7 (5,6%)
фимоз	1 (3,9%)	-	1 (2,5%)	-	2 (1,6%)
энурез	-	-	2 (5,0%)	1 (3,5%)	3 (2,4%)
асимметрия сухожильных рефлексов	-	1 (3,3%)	4 (10,0%)	6 (20,7%)	11 (8,8%)
миопия	2 (7,8%)	4 (13,3%)	7 (17,5%)	4 (13,8%)	17 (13,6%)
косоглазие	-	-	2 (5,0%)	-	2 (1,6%)
врожденная тугоухость	1 (3,9%)	-	-	-	1 (0,8%)
гипоплазия матки	1 (3,9%)	-	-	-	1 (0,8%)

Примечание: * Из 14 пациентов этой группы у одной больной было сочетание с незаращением Боталова протока, у другой – дефект межжелудочковой перегородки.

До года жизни у всех пациентов (в 100% случаев) основной группы диагностировали диспластические проявления. Дисплазию тазобедренных суставов (в 50% случаев), кривошеей миогенную (в 20% случаев), другие патологические проявления со стороны костно-суставной системы. Проводили консервативное лечение.

В основной группе детей в 100% случаев клиническая картина острой травмы сустава осложнялась гемартрозом, в 76,6 % случаев отмечалась сгибательная контрактура коленного сустава. В группе сравнения – в 50% случаев (Табл. 2).

Таблица 2

Дифференциальные признаки у детей двух групп на этапе первичного обращения после травмы

Признаки	Основная группа (n=30) абс. число %	Группа сравнения (n=30) абс. число %	P (по точному критерию Фишера)
Гемартроз коленного сустава	30 100,0	15 50,0	<0,001
Сгибательная контрактура коленного сустава	23 76,6	0 0,0	<0,001

У обследованных пациентов основной группы проявления диспластических изменений в различных сегментах скелета выявлялись в 92,3% - 95,0% случаев в соответствующих возрастных периодах, достоверно отличались от группы сравнения, где изменений не отмечалось ($p < 0,001$).

Основные лабораторные параметры на начало диспансерного учёта в основной группе отличались от показателей здоровых детей. В группе сравнения лабораторные показатели соответствовали варианту нормы. Наиболее значимым показателем состояния обмена коллагена в организме было количество оксипролина в сыворотке крови, моче. В группе здоровых детей ни у кого изменений не выявлено.

В процессе динамического наблюдения у 7 девочек и 8 мальчиков основной группы был диагностирован пиогенный артрит, как вероятное осложнение в результате ушиба, растяжения боковых связок коленного сустава (в группе сравнения пиогенный артрит не диагностировался). Эти больные имели иммунодефицитное состояние, обусловленное тяжёлым общим заболеванием. Начало болезни было острое. Высокая лихорадка, боль и припухлость в коленном суставе, гипертермия и гиперемия поражённых коленных суставов. Во всех случаях поражался один коленный сустав. Движения в нём ограничивались из-за резкой болезненности. У пациентов наблюдался лейкоцитоз, повышение всех острофазовых белков, ускорение

СОЭ. Больные осмотрены травматологом, педиатром, кардиологом, неврологом. Диагноз подтверждался исследованием синовиальной жидкости. Рентгенологическое исследование у 3 пациентов в ранних стадиях болезни было малоинформативным. Клиническая картина травматических артритов диагностирована у 15 пациентов. Все они профессиональные спортсмены. После множественных травм, что характерно для всех больных, проявлялись симптомы заболевания. В анамнезе устанавливали значительное повреждение коленных суставов с наличием кровоизлияния. Пациентам требовался временный покой, постельный режим. После острого периода у всех пострадавших отмечались повторно возникающие симптомы «артрита» без каких-либо признаков воспаления сустава. Температура оставалась нормальной, со стороны крови отсутствовали изменения, рентгенологически не определялось изменений в суставе.

Лечение больных было длительное, комплексное, требующее индивидуального подхода со стороны нескольких специалистов. Пациенты основной группы, с наследственными нарушениями развития соединительной ткани, состояли на диспансерном учёте в травматолого-ортопедическом отделении детской городской поликлиники. При умеренно выраженных проявлениях ограничивались симптоматическими методами терапии, ограничивали физические нагрузки, минимизировали травмоопасные игры. Базисными подходами к лечению пациентов с наследственными нарушениями развития соединительной ткани, в сочетании с травматическими повреждениями, являлись рациональная диетотерапия, метаболическая терапия, физиотерапия.

Особое внимание отводилось режимам питания. В пищевой рацион рекомендовали включать:

- белки животного происхождения (мясо, рыба, морепродукты, молоко и молочные продукты, творог, сыр);
- белки растительного происхождения (бобовые);
- крепкие бульоны, холодец, заливные блюда (мясные, рыбные, фруктовые желе);

- продукты, содержание кальция (твердые сыры, рыба, мясо, молоко и др.);
- биодобавки с полиненасыщенными жирными кислотами класса «Омега».

При травматических артритах у детей основной группы проводили гипсование конечности на 14-21 день, назначали обезболивающие препараты, в том числе, внутрисуставные блокады, нестероидные противовоспалительные средства, физиолечение.

Огромное значение в лечении неспецифических заболеваний в подростковом возрасте, на наш взгляд, имела лечебная физкультура, массаж для укрепления скелетных мышц, лечебное плавание, санаторно-курортное лечение.

Выводы. Результаты у пациентов основной группы через пять лет от начала проведения комплексных лечебно-профилактических программ позволили сократить число патологических проявлений - артритов, артралгических синдромов. К 16 годам, у пациентов количество рецидивов минимизировалось.

В результате проделанной работы авторами доказана эффективность диспансеризации детей с наследственными нарушениями развития соединительной ткани. Определены особенности развития костно-суставной системы в детском возрасте на фоне наследственного нарушения развития соединительной ткани в амбулаторных условиях.

У детей на фоне наследственных нарушений развития соединительной ткани артралгии, артриты протекали более выражено, чем у детей без фоновой патологии. Лечебные, реабилитационные мероприятия требовали больших усилий, медикаментозная терапия была направлена на стимуляцию коллагенообразования, коррекцию нарушений синтеза и катаболизма гликозаминогликанов, коррекцию уровня свободных аминокислот крови. Диспансеризация пациентов с наследственными нарушениями развития соединительной ткани позволила корректировать и прогнозировать состояние детей в динамике.

Как цитировать:

Метальников А.И., Елькова Д.А., Тен Ю.В. (2022). Некоторые патологические суставные проявления у детей с наследственными нарушениями развития соединительной ткани в клинической деятельности врача поликлиники. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (45), 46-52.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОХИРУРГИЧЕСКОГО СКАЛЬПЕЛЯ В ЛЕЧЕНИИ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, г. Москва

Налбандян Р.Т., Митиш В.А., Мединский П.В., Никонов А.В.

Актуальность. Лечение пациента с пилонидальной кистой (эпителиальным копчиковым ходом) является одной из актуальных проблем в современной хирургии. В проктологических стационарах пилонидальная киста и ее осложнения занимают 4 место в структуре всех заболеваний (Sievert Н.Т., 2013г.). Абсцедирование наступает у 22-82% пациентов (Даценко Б.М., 2012г.). Количество рецидивов, по данным разных авторов, варьируется от 3 до 23% наблюдений. Лечение пациентов с пилонидальными кистами требует решения целого ряда организационных, тактических и лечебных проблем, среди которых выбор метода хирургического лечения, так как на сегодняшний день известно о более 10 методах хирургии.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения детей с пилонидальными кистами путем использования современных водоструйных технологий.

Материалы и методы. Материал работы основан на анализе результатов лечения 15 пациентов с пилонидальными кистами, находящихся на лечении в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии с 2021 по 2022 гг. Большинство детей составили больные мужского пола – 66,7% (10 детей). Из общего числа 12 пациентов (80%) поступили в стационар в экстренном порядке с клиникой абсцедирования пилонидальной кисты, остальные 3 (20%) поступили в плановом порядке. Диагностика включала в себя выполнение общего анализа крови и ультразвукового исследования (УЗИ). В экстренном порядке всем детям с пилонидальной кистой в стадии абсцедирования выполнена операция под местным обезболиванием: линейным разрезом до 1см было выполнено вскрытие и дренирование гнойника. Далее до 5-7 дней проводилось местное лечение послеоперационной раны до полного купирования воспалительных явлений. На контрольном УЗИ определялись

точные размеры пилонидальной кисты и ее распространенность и, при условии наличия кист протяженностью не более 5см, в отсроченном порядке проводилось хирургическое лечение с использованием гидрохирургического скальпеля. Операция проводилась под общим обезболиванием. Операционный доступ проводился через послеоперационную рану, выполненную ранее при вскрытии абсцесса (отпала необходимость в выполнении дополнительных разрезов). Иссечение кисты проводилось только гидрохирургическим скальпелем, образовавшаяся раневая полость ликвидировалась с помощью глубоких П-образных швов. Аналогичным способом проводилось удаление пилонидальной кисты в плановом порядке (в 3 наблюдениях) перед использованием гидрохирургической рукоятки выполнялся доступ скальпелем длиной до 1см.

Результаты. Гидрохирургическая обработка применялась во всех случаях в виде самостоятельного метода хирургического лечения. С использованием гидрохирургических технологий длительность операции уменьшилась в 1,5-2 раза по сравнению с традиционной операцией в виде иссечения пилонидальной кисты и пластики послеоперационной раны местными тканями. Средняя длительность операции составила 20-30 мин. Снятие швов проводилось на 12-14 сутки. Полное выздоровление в среднем наступало за 21 день. За период катамнестического наблюдения в течение года рецидивов и осложнений в представленных наблюдениях не отмечено.

Выводы. Первый опыт применения метода хирургического лечения пилонидальной кисты с использованием гидрохирургического скальпеля позволил выполнить оперативные вмешательства малоинвазивно в короткие сроки, без осложнений и рецидивов.

Как цитировать:

Налбандян Р.Т., Митиш В.А., Мединский П.В., Никонов А.В. (2022). Применение гидрохирургического скальпеля в лечении пилонидальной кисты. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 53-54.

ХИРУРГИЯ СЕКВЕСТРАЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ ГРУДНИЧКОВОГО ПЕРИОДА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

**Тен Ю.В., Кожевников В.А., Тен К.Ю., Каширин С.Д., Денцель А.Ф.,
Елькова Д.А.**

Актуальность проблемы секвестров легких обусловлена малой частотой встречаемости, сложностью диагностики и лечения данного вида порока.

Цель нашего исследования: провести ретроспективный анализ лечения детей с секвестрацией легкого на базе клиники КГБУЗ «АККЦОМД» г. Барнаула за 37-летний промежуток времени.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ФГБОУ ВО АГМУ на базе КГБУЗ «АККЦОМД» за отрезок времени с 1984 по 2021 гг. находилось на обследовании и лечении 5 детей в возрасте от периода новорожденности до 1 года. Мальчиков из них было 4. У 4-х детей диагноз был установлен ещё внутриутробно на аппарате УЗИ экспертного типа. После рождения всем им проведено УЗИ и рентгенологическое обследование в 2-х проекциях и только у 2-х больных было подозрение на какое-то образование в проекции нижней доли лёгкого. Диагноз был подтверждён во всех случаях с помощью МСКТ. Более информативная картина получена при проведении МСКТ с контрастированием. В 4 случаях выявлена экстралобарная секвестрация, в 1 случае – интралобарная.

Результаты. Всего прооперировано в клинике 3 больных. В одном случае проведена открытая операция: торакотомия справа, удаление секвестра 3*2 см с перевязкой сосуда, отходящего от аорты диаметром 3,5 мм. У 2-х больных произведено торакоскопическое удаление экстралобарного секвестра. При этом у одного ребёнка лигирована артерия не только отходящая от аорты, но и сосуд, идущий из-под диафрагмы. Во всех случаях наступило выздоровление. Один ребёнок с интралобарным секвестром уехал на лечение в Федеральный центр.

Ещё один ребёнок находится в процессе наблюдения. Клиническое проявление заболевания в виде кашля и ОРВИ было лишь у одного ребёнка.

Выводы. Секвестрация лёгкого довольно редкая патология. Диагностика заболевания возможна с помощью МСКТ, что позволяет выбрать адекватную тактику ведения данного порока развития.

Как цитировать:

Тен Ю.В., Кожевников В.А., Тен К.Ю., Каширин С.Д., Денцель А.Ф., Елькова Д.А. (2022). Хирургия секвестрации лёгких у детей грудничкового периода. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 55-56.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Кафедра детских хирургических болезней

Прутовых Д.Ю.

Актуальность. Плоскостопие – одно из самых распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей, характеризующееся деформацией стопы с уплощением ее свода. Вальгусная деформация стопы – это ортопедическая патология, характеризующаяся чрезмерным межосевым смещением между таранной и пяточной костью, проявляющаяся X-образным искривлением ее оси. Встречаются врожденные формы патологий и приобретенные, в результате несовершенства сухожильно-связочного аппарата стопы. Для лечения вальгусной деформации стоп у детей разработан ряд методов с доказанной эффективностью. К консервативным методам лечения относится: применение этапных гипсовых повязок; инфильтрация мышечной ткани растворами лидокаина, новокаина, этилового спирта; ЛФК и массаж; ношение индивидуально подобранной ортопедической обуви. Среди хирургических методов коррекции вальгусной деформации стопы у детей наиболее распространены: внесуставной артродез подтаранного сустава стопы по Грайсу, оперативная техника лечения по Куммеру-Коэлу-Рамсею, лечение плосковальгусной деформации стоп с применением имплантов Kalix и способ хирургического лечения вальгусной деформации стоп у детей с использованием имплантов из никелида титана.

Цель. Сравнительное изучение существующих вариантов лечения и выбор оптимального метода коррекции вальгусной деформации стоп у детей.

Материалы и методы. В ходе исследования было обследовано 120 детей с вальгусной деформацией стоп, из которых 25 детей лечились хирургическим методом, а 95 детям проводилось консервативное лечение. Выбор метода лечения зависит от возраста ребенка, так как свод стопы формируется до 10 лет – это время, когда консервативное лечение наиболее эффективно, и наличия

показаний для хирургической коррекции, которыми являются: большеберцовотаранный угол не менее 150° , сагиттальный таранно-пяточный угол не менее 50° , угол продольного свода стопы не менее 160° , угол Meary не менее 15° и горизонтальный таранно-пяточный угол не менее 35° . При консервативном методе лечения детям проводились курсы ЛФК, массажа, индивидуальный подбор ортопедических стелек и обуви с высоким берцем. Для детей старше 10-летнего возраста и наличием показаний мы применяли хирургический метод лечения с использованием имплантов из пористого никелида титана. Авторами методики являются сотрудники кафедры детских хирургических болезней СибГМУ: Слизовский Г.В., Федоров М.А. Суть метода заключается в коррекции деформации подтаранным артроэрезом с использованием имплантов из пористого никелида титана, который выполняет функцию внутренней стельки - опоры и позволяет смоделировать не только нормальный свод стопы, но и удерживать стопу в правильном физиологическом и анатомическом положении. Преимущества импланта из никелида титана: высокая прочность, легкость, гипоаллергенность, благодаря своей пористой структуре имплант способен прорасти в структуры кости и становится полноценной ее частью, что исключает его миграцию и не требует дальнейшей замены.

Результаты. При консервативном методе лечения положительная динамика наблюдалась в 70% случаев. Относительные недостатки: невозможность полного устранения патологии, длительность лечения, ограничение по возрасту. При хирургическом методе лечения положительная динамика наблюдалась в 100% случаев.

Выводы. Проведенное исследование показало выраженную положительную динамику после хирургического лечения детей с вальгусной деформацией стопы с использованием имплантов из никелида титана, длительный эффект, короткий период послеоперационной реабилитации, что подтверждают рентгенологические и клинические исследования.

Как цитировать:

Прутовых Д.Ю. (2022). Варианты лечения вальгусной деформации стоп у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 57-58.

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПРЕССИОННОГО АНАСТОМОЗА ПРИМЕНЕНИЕМ УСТРОЙСТВА ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА МЕТОДОМ ДВУСТВОЛЬНОЙ ЭНТЕРОСТОМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Кафедра детских хирургических болезней

Рафиев Д.О., Слизовский Г.В.

Актуальность. Тактика лечения новорождённых детей с тонкокишечными стомами является одной из актуальных проблем современной детской хирургии. Поиск новых методов диагностики и лечения имеет большое медико-социальное значение и является актуальной задачей современного врача-исследователя в данной области. В экстренных случаях при врожденной патологии тонкого кишечника у новорожденных применяются методы кишечного стомирования, которые отличаются по тактике, а также выбору материала для компрессионного шва. Предложенные алгоритмы энтеростомии имеют как преимущества, так и недостатки, ввиду этого обоснованным является их экспериментальное и клиническое сравнение. Одним из современных способов является использование двустволенной энтеростомии, которая дает эффективную декомпрессию просвета кишки и открывает доступ к проксимальным и дистальным отделам, а наложение компрессионного анастомоза ведет к локальному некрозу участка, без воспалительного вала и вторичного заживления. Кафедрой детских хирургических болезней СибГМУ (г. Томска) было предложено модифицировать формирование компрессионного анастомоза с использованием устройства из никелида титана с памятью формы.

Цель исследования. Выявить в эксперименте морфофункциональные преимущества метода двустволенной энтеростомии с модификацией формирования компрессионного анастомоза использованием устройства из никелида титана, а также сравнить с другими методами наложения кишечных стом.

Материалы и методы. В эксперименте *in vivo* использовались самки кроликов породы «Серебристый» в возрасте 2,5-3 месяцев, с массой тела 2,7-3,1 кг. Распределение было на 3 группы: контрольную (n=6), основную (n=12) и группу сравнения (n=12). В ходе исследования основной группы была проведена двуствольная энтеростомия по Микуличу с наложением клипсы из никелида титана на межстомную борозду для компрессии. Был выбран способ лигатурного Т-образного анастомоза с отводящей энтеростомой по Бишопу-Копу. Проводилась оценка клинического состояния и осложнений. Результаты оценивались с помощью метода пневмопрессии, морфологического исследования и измерения массы тела. Полученные данные были обработаны в пакете программ Statistica 10.0, различия считали значимыми на уровне $p < 0,05$.

Результаты. В ходе проведённого исследования была использована пневмопрессия на 21-е сутки для оценки физической герметичности швов анастомоза. Было отмечено, что прочность компрессионного анастомоза выше, чем у лигатурного. Продуктивное воспаление в лигатурном анастомозе на 21-е сутки сохранялось, в компрессионном наблюдалось отсутствие патологического заживления. Зафиксирована прибавка массы тела в основной группе.

Выводы. Применение метода создания компрессионного анастомоза с использованием устройства из никелида титана с памятью формы показывает высокие результаты эффективности, нежели Т-образный анастомоз и может быть рекомендован для применения в клинической практике.

Как цитировать:

Рафиев Д.О., Слизовский Г.В. (2022). Формирование компрессионного анастомоза применением устройства из никелида титана методом двуствольной энтеростомии в эксперименте. *Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. Scientist, 22 (4S), 59-60.*

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Елькова Д.А., Красильников А.А., Лихачева А.И.

Цель: оценка эффективности хирургического лечения атрезии пищевода у новорожденных посредством торакотомного и торакоскопического доступа по материалам клиники детской хирургии Алтайского края за период 2011 — 2021 гг.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинской документации новорожденных с атрезией пищевода в клинике детской хирургии Алтайского края. За 2011-2021 гг. в клинику поступило 53 новорожденных с атрезией пищевода.

Результаты. Из 53 клинических наблюдений у 3-х новорожденных была бес свищевая форма атрезии пищевода, у остальных детей – атрезия пищевода в сочетании с трахеопищеводным свищом. До 2014 г. включительно всем детям (24 пациента) оперативное вмешательство выполнялось посредством боковой правосторонней торакотомии. Торакоскопическая методика начала применяться в КГБУЗ «АККЦОМД» с 2015 года. С 2015 по 2021 гг. в клинику поступило 29 новорожденных с атрезией пищевода, 27 из них прооперированы при помощи торакоскопического доступа (произведено клипирование трахеопищеводного свища, наложен прямой эзофагоэзофагоанастомоз). 2-м больным с бес свищевой формой атрезии выполнены паллиативные операции (наложение шейной эзофагостомы и гастростомы с последующей пластикой и формированием искусственного пищевода из толстой кишки). Одному больному с бес свищевой формой атрезии торакоскопически наложен эзофагоэзофагоанастомоз. Получены следующие осложнения: слюнный свищ – 15 человек (в 100 % наблюдений заживление консервативное), стеноз пищевода – 6 человек (все излечены бужированием), рецидив трахеопищеводного свища

– 1 человек, гастроэзофагеальный рефлюкс наблюдался у всех больных до 1 – 3 лет, в более старшем возрасте признаки ГЭР купировались. В одном случае наблюдалась перфорация трахеи, что, вероятно, связано с баротравмой, ребёнок был повторно оперирован, сделана паллиативная операция. Летальный исход в 4-х клинических наблюдениях связан с сопутствующими тяжёлыми врождёнными пороками развития.

Выводы. В результате применения торакоскопических вмешательств у новорожденных с атрезией пищевода снижается риск летальных исходов, минимизируется послеоперационный болевой синдром, уменьшаются сроки госпитализации детей с данным пороком, достигается хороший косметический эффект, впоследствии значительно повышается качество жизни оперированных пациентов.

Как цитировать:

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Елькова Д.А., Красильников А.А., Лихачева А.И. (2022). Эндовидеохирургия в лечении атрезии пищевода у новорожденных. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (45), 61-62.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Смирнов А.К., Бойко А.В., Елькова Д.А.

Актуальность. В приёмном отделении хирургического корпуса КГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 7, г. Барнаул» можно одновременно встретить 2 – 4 и более детей, направленных врачами поликлиник, доставленных бригадой скорой медицинской помощи или обратившихся самостоятельно по поводу болей в животе, что делает тему острого аппендицита насущной по настоящее время. По-прежнему сохраняется высокий процент диагностических ошибок, а как следствие – тяжёлых осложнений острого аппендицита.

Цель исследования: комплексный ретроспективный анализ медицинской документации пациентов клиники детской хирургии АГМУ с болевым абдоминальным синдромом за 10-летний период.

Материалы и методы. За 2011 – 2021 гг. в клинике было зарегистрировано 9250 случаев болевого абдоминального синдрома у детей. Острый аппендицит был диагностирован у 901 ребёнка, что составило 9,7 % от всех обращений. Методами диагностики явились в первую очередь осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота у всех больных, пальпация *reg rectum*, также в качестве дополнительных методов исследования были проведены общеклинические лабораторные анализы крови и мочи, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, малого таза. По показаниям с целью дифференциальной диагностики выполнялась обзорная рентгенография органов грудной клетки и другие исследования. Окончательным методом диагностики являлась диагностическая лапароскопия, в последующем переходящая в лечебную. У 4-х детей на этапе диагностической лапароскопии был обнаружен и удалён воспалённый дивертикул Меккеля.

Результаты. Подавляющее большинство операций по поводу острого аппендицита были выполнены посредством видеолапароскопии, у 8 % пациентов по различным причинам (техническим, в связи со сложностью анатомической локализации аппендикулярного отростка, риском несостоятельности швов культи отростка при осложнённых формах аппендицита) выполнялась конверсия. В 90% брыжейка отростка была предварительно клипирована, в 10% случаев брыжейка была обработана посредством СВЧ-электрокоагуляции. Аппендэктомия эндоскопически традиционно производилась лигатурным методом. На остающуюся часть червеобразного отростка накладывалась либо петля Редера, либо металлическая клемма, на уходящую часть – клемма. Погружение культи аппендикулярного отростка не производилось. При полной аспирации во время операции патологического выпота из брюшной полости дренирование последней не производилось, в сомнительных случаях и по показаниям выполнялось через один из проколов передней брюшной стенки дренирование силиконовыми трубками. В послеоперационном периоде в течение 1 суток при неосложнённых формах аппендицита проводили обезболивание. Осложнений после аппендэктомии среди этой группы пациентов не было. Острый аппендицит, осложнённый местным перитонитом, был диагностирован у 336 детей, у 18 он был ограниченным, у 156 – неограниченным. Этим больным после аппендэктомии устанавливали к месту патологического скопления жидкости дренажную трубку на 2 – 3 суток. При диффузном и разлитом перитоните после аппендэктомии и санации брюшной полости оставляли 2 трубчатых дренажа – у ложа червеобразного отростка и в полости малого таза, которые также удаляли через 2 – 3 суток. При выраженном парезе кишечника в данной группе больных проводилась продлённая эпидуральная анестезия, либо выполнялись сакроспинальные блокады в течение первых 2 – 3х дней послеоперационного периода. Осложнений в данной группе детей не было, все выписаны с выздоровлением.

Выводы. Эндоскопическая аппендэктомия позволяет не только произвести адекватную ревизию органов брюшной полости, определить верную дальнейшую тактику лечения в случае отсутствия воспалительных изменений

со стороны аппендикулярного отростка, при обнаружении иной хирургической патологии, но и производить операцию с наименьшим количеством послеоперационных осложнений.

Как цитировать:

Смирнов А.К., Бойко А.В., Елькова Д.А. (2022). Острый аппендицит у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 63-65.

КИСТЫ ДИАФРАГМЫ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Смирнов А.К., Бойко А.В., Елькова Д.А.

Актуальность. Диафрагма – грудобрюшная перегородка, тесно связана с жизнедеятельностью органов грудной и брюшной полости. В патологии диафрагмы наиболее часто встречаются врождённые и приобретённые грыжи различных локализаций, релаксация, паралич. Нами у двух пациентов клиники детской хирургии Алтайского края были обнаружены кисты диафрагмы.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ клинических случаев кист диафрагмы у пациентов клиники на основе историй болезни, результатов дополнительных методов исследования.

Материалы и методы. Кистозные образования были обнаружены при плановом ультразвуковом исследовании. У одного из пациентов кистозное образование по УЗИ трактовалось как киста забрюшинного пространства, у другого – как киста селезёнки, соответственно у мальчика 6 лет и 5-летней девочки. Другие методы визуализации такие как МРТ и МСКТ, не давали точную картину патологического процесса, в целом в описательной части результаты совпадали с выводами ультразвуковой диагностики. Окончательный диагноз устанавливался эндовидеохирургически.

Результаты. При видеолапароскопии у первого ребёнка киста 3,0*4,0*4,0 см обнаружена в правом куполе диафрагмы, у второго – в диафрагмально-селезёночной связке, 3,0*3,0*2,0 см. Содержимым кист являлась светло-жёлтая жидкость. Кисты были удалены лапароскопически без каких-либо технических сложностей. Имевшиеся в месте их удаления дефекты диафрагмы были зашиты, в этих участках отмечено отсутствие мышечной ткани, что в случае разрыва кисты могло бы привести к формированию грыжи. Осложнений после операций не было. Оба ребёнка выписаны домой с выздоровлением.

Выводы. Видеолапароскопия – не только единственный метод окончательной диагностики кист диафрагмы, но и способ успешного их

лечения. Отсутствие мышечной ткани в месте локализации кист диафрагмы диктует необходимость хирургического лечения подобных кист.

Как цитировать:

Смирнов А.К., Бойко А.В., Елькова Д.А. (2022). Кисты диафрагмы. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 66-67.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА СЕЛЕЗЁНКИ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

*Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной
терапии*

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Елькова Д.А., Монахова А.С.

Цель: Описать редкий клинический случай и рассказать об опыте оперативного лечения эхинококковой кисты селезёнки.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни. Девочка, 15 лет. На момент осмотра активных жалоб не предъявляла. Из анамнеза: во время проведения профилактического осмотра в школе по УЗИ внутренних органов выявлено в с/3 образование селезёнки. Выполнено МСКТ от 05.04.2021 г. – заключение: кистозное образование селезёнки (дифференцировать эхинококковую и дермоидную кисты). В центральных отделах селезенки имеется двухкамерное жидкостное образование, общим размером около 72*54*77 мм. Госпитализирована в ДХО АКЦОМД г. Барнаула.

Результаты. Выполнено лапароскопическое иссечение кисты с цистоспленооментопексией. Ход операции: в брюшную полость над пупком устанавливалась оптика с торцевым срезом 30 С°, после накладывался пневмоперитонеум 12 мм рт. ст. Далее устанавливалось два манипуляционных порта 5 мм в левое подреберье по среднеключичной линии и передней аксиллярной. Вокруг образования был выражен спаечный процесс, при осмотре в полости кисты определялась хитиновая оболочка до 9,0 см в диаметре, с тонкими стенками беловато-желтого цвета-оболочки были удалены. После визуализации кисты, первоначальным этапом осуществлялась пункция кисты и аспирация её содержимого. После этого капсула частично иссекалась в пределах истонченной ткани и обрабатывалась моно- или биполярной коагуляцией, с целью предотвращения рецидива. На заключительном этапе прядь сальника подводилась в полость и фиксировалась узловыми швами, брюшная полость обрабатывалась водным раствором хлоргексидина.

Выводы. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений, в течение 1 суток пациентка находилась в АРО, сроки госпитализации составили до 14 койко-дней. Пациентка выписана домой с выздоровлением.

Как цитировать:

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Елькова Д.А., Монахова А.С. (2022). Клинический случай: эхинококковая киста селезёнки. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 68-69.

АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ ПИЩЕВОД У ДЕТЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Тен Ю.В., Кожевников В.А., Завьялов А.Е., Тен К.Ю., Елькова Д.А.

Актуальность проблемы искусственного пищевода обусловлена сложностью оперативного лечения с наличием большого числа послеоперационных осложнений.

Цель: рационализация подхода к пластике пищевода у детей.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ФГБОУ ВО АГМУ с 1984 по 2021 гг. оперировано 155 детей, им сделано 159 тотальных пластик пищевода. Возраст детей был от 6 мес. до 17 лет включительно. Мальчиков – 86, девочек – 69. Подавляющее большинство детей составили больные с атрезией пищевода, 6 детей с рубцовыми облитерациями органа после химических ожогов, 1 – после некроза пищевода вследствие ущемлённой ложной диафрагмальной грыжи.

Результаты. Всего произведено 159 тотальных пластик пищевода у 155 детей (в 2-х случаях – некроз трансплантата с влажной гангреной, ещё у 2-х больных – хроническая рубцовая облитерация трансплантата вследствие хронической ишемии выделенного сегмента кишки). При повторных пластиках пищевода операции проведены через 2 года, при этом отмечен интересный факт: архитектура сосудов и анатомия толстой кишки практически не отличается от первичной картины и проблем выкраивания трансплантата не было. В большинстве случаев – 133 – в качестве питающей ножки использована а. colica sinistra. В 2х случаях трансплантат пришлось проводить антиперистальтически с использованием в качестве питающей ножки а. colica dextra. В 12 случаях дефект брыжейки после взятия пластического материала не восстанавливали. Целостность толстой кишки восстанавливали однорядным и двухрядным швом в равных пропорциях. По отношению к желудку трансплантат проводился ретрогастрально, но у 1/5 больных был использован антегастральный путь ввиду выраженного рубцово-спаечного процесса.

Кологастроанастомоз накладывался с созданием антирефлюксной манжетки по оригинальной методике. У 59 больных была произведена одномоментная пластика пищевода, в остальных случаях операция была проведена в 2 этапа, когда шейный этап откладывали на 3 – 6 месяцев, что гарантированно исключает возможность развития медиастинита при несостоятельности швов пищевода с кишкой. Полученные осложнения: влажный некроз трансплантата – 2, хроническая облитерация – 2, частичная дистальная облитерация кишки за грудиной – 3, миграция трансплантата в брюшную полость – 1, стеноз в области кологастроанастомоза – 1, слюнные свищи на шее – 59, стеноз пищевода в области шеи – 15 (8 – повторные операции, 7 – бужирование, из них 2 за нить, 5 – по проводнику).

Выводы. Изучение отдалённых результатов показало – дети в физическом и психомоторном развитии не отстают от сверстников, качество жизни хорошее. Летальных исходов не было.

Как цитировать:

Тен Ю.В., Кожевников В.А., Завьялов А.Е., Тен К.Ю., Елькова Д.А. (2022). Артифициальный пищевод у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (45), 70-71.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ВЕДЕНИИ ГАНГРЕНОЗНО-ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА НА ФОНЕ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

КГБУЗ Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, г. Барнаул

Тимошенская Н.В., Зацепин Р.Д. Ларионова Е.В., Бухтоярова С.А.

Острый аппендицит наиболее частое хирургическое заболевание органов брюшной полости в детском возрасте. Сложность и опасность развития и последствий данной патологии кратно возрастает в условиях иммуносупрессии, особенно на фоне химиотерапии. По данным доступных нам источников, развитие воспаления в червеобразном отростке при проведении у детей со злокачественными новообразованиями центральной нервной системы, лучевой терапии на фоне параллельной химиотерапии, может развиваться в 0,1 % случаев, что требует ранней диагностики и хирургического вмешательства. Учитывая, что операция на органах брюшной полости критически повышает риск выздоровления таких пациентов, целесообразно применять диагностическую лапароскопию и, даже в случаях подтвержденного деструктивного аппендицита, классическую аппендэктомию не выполнять, и ограничиваться дренированием и переводом воспаления в инфильтрат [1]. Знание клинических особенностей абдоминального синдрома на фоне химиолучевого лечения у детей с обязательным УЗИ органов брюшной полости, позволяют своевременно верифицировать острый аппендицит [2].

Представляем **клинический случай**, когда формирование деструктивной формы аппендицита произошло на фоне курса химиотерапии, при практически полной иммуносупрессии, что позволило оценить возможности проведения консервативного лечения деструктивной формы аппендицита у ребенка на фоне полной иммуносупрессии под контролем ультразвукового исследования и показать отдаленные результаты после проведенного консервативного и оперативного лечения.

Проведен ретроспективный анализ медицинской карты пациента с основным диагнозом: лимфома Ходжкина, вариант с нодулярным склерозом: изучены анамнестические, клинические, диагностические и интраоперационные данные. Ультразвуковое исследование проводилось на сканнере экспертного класса Epiq 7 конвексным (5-8МГц) и линейным (7-12 МГц) датчиками.

Пациент С. 17 лет поступил с абдоминальным болевым синдромом на фоне проведения курса химиотерапии.

При первичном ультразвуковом исследовании в правой подвздошной области визуализировалась аперистальтическая, несжимаемая, слепо заканчивающаяся тубулярная структура, с максимальным наружным диаметром 8 мм, с утолщенными, слабо васкуляризированными, слоистыми стенками, с расширенным анэхогенным с гиперэхогенными включениями просветом и наличие свободной жидкости в малом тазу. Выше перечисленное было расценено как эхографические признаки острого флегмонозного аппендицита.

В дальнейшем, в течение двух недель, на фоне сохраняющегося болевого синдрома и ухудшения общего состояния ребенка, проводилось ультразвуковое исследование, в результате которого поэтапно были выявлены признаки деструктивной формы острого аппендицита: гангренозно-перфоративного, с реакцией сальника и регионарных лимфоузлов, в последующем осложненного аппендикулярным абсцессом:

- в динамике нарастало количество свободной жидкости в малом тазу в объеме не менее 150 мл с появлением эхогенной взвеси (фибрина), отмечалось еще большее утолщение аппендикулярного отростка (до 9,5 - 15 мм), с нарушением слоистости стенки, появлением асимметричного нечеткого контура, периаппендикулярной жидкости с пузырьками газа, с отсутствием васкуляризации, с ригидностью при компрессии датчиком, окруженного гипervasкуляризированной зоной повышенной эхогенности и гиперплазированными измененными мезетериальными лимфоузлами;

- в динамике, в проекции илеоцекального угла лоцировался деструктивно измененный червеобразный отросток (ригидный, аваскулярный, с фрагментацией стенок за счет некроза, с анэхогенным (жидкостным)

содержимым, с включениями газа - как признак перфорации), со скоплением вокруг анэхогенного с гиперэхогенными включениями содержимого – гноя, с «рыхлым» отграничением местного воспалительного процесса инфильтрированным сальником, измененной петлей кишечника, правым яичником на фоне свободной жидкости в малом тазу в объеме до 150 мл.

Через две недели состояние ребенка улучшилось, эхографически отмечались признаки обратного развития гнойно-воспалительного процесса с последующей хронизацией.

После выписки ребенок наблюдался по месту жительства, через 6 месяцев поступил в плановом порядке для оперативного лечения.

При обзорном сканировании брюшной полости в проекции илеоцекального угла, паравазально, лоцировался эхопозитивный аваскуляризованный тяж толщиной 2,8 мм, протяженностью 25 мм - локация фиброзно измененного аппендикулярного отростка.

Выполнена лапароскопическая аппендэктомия, интраоперационно были осмотрены все этажи брюшной полости и, несмотря на перенесенный гнойный процесс, у ребенка в брюшной полости не было обнаружено спаек. Червеобразный отросток располагался ретроцекально и представлял собой хрящевидной плотности тяж. Послеоперационный период протекал без осложнений, ребенок выписан на 7 сутки с выздоровлением.

Заключение. Таким образом, ультразвуковое исследование может быть эффективным и практически незаменимым методом диагностики воспалительных заболеваний червеобразного отростка и его осложнений, а также позволяет мониторировать в динамике степень выраженности воспаления, позволяя избегать инвазивных вмешательств, которые могут ухудшить состояние ребенка и даже привести к летальному исходу.

Литература:

1. Острый аппендицит при химиолучевой терапии у детей со злокачественными опухолями головного мозга / Ф.Ф. Антоненко, О.Г. Желудкова, Е.В. Аббасова [и др.] // Онкопедиатрия. – 2018. – Т. 5. – № S3. – С. 109. – EDN VNMIMF.

2. Острый аппендицит у детей со злокачественными опухолями головного мозга при проведении лучевой терапии (особенности диагностики и лечебной тактики) / Ф.Ф. Антоненко, А.И. Шевцов, Е.В. Аббасова [и др.] // Лучевая диагностика и терапия. – 2019. – № S. – С. 6-7. – DOI 10.22328/2079-5343-2019-S-1-6-17. – EDN FANHHZ.

Как цитировать:

Тимошенская Н.В., Зацепин Р.Д., Ларионова Е.В., Бухтоярова С.А. (2022). Возможности эхографии при консервативном ведении гангренозно-перфоративного аппендицита на фоне иммуносупрессивной терапии (случай из практики). Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 72-75.

ЗРЕЛАЯ ТЕРАТОМА СЕЛЕЗЕНКИ У РЕБЕНКА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Тен Ю.В., Елькова Д.А., Тен К.Ю.

Актуальность. Опухоли селезёнки являются крайне редкой патологией. В литературе имеются единичные описания новообразований селезёнки, но нет структурированных данных. Казуистическим случаем является обнаружение в новообразовании селезёнки клеток щитовидной железы.

Цель: продемонстрировать случай успешного лечения зрелой тератомы селезёнки у ребёнка.

Описание клинического случая. Девочка, 5 лет, поступила в ДХО КГБУЗ «АККЦОМД» в плановом порядке 28.01.2020 г. с жалобами на периодические, спастические боли в эпигастральной, околопупочной области, не связанные с приёмом и характером пищи. Из анамнеза известно, что выше указанные жалобы беспокоили ребёнка в течение года. Обратились к педиатру по месту жительства. В КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края» выполнено УЗИ органов брюшной полости с ЦДК внутренних органов, МРТ органов брюшной полости без контрастирования, обнаружено объёмное образование на уровне нижнего полюса селезёнки. УЗИ органов брюшной полости с ЦДК внутренних органов от 18.11.2019 г. Селезёнка размером 75*33 мм. Контуры чёткие, ровные. Эхогенность не изменена. Эхоструктура не изменена. У нижнего полюса (исходя из него?) лоцируется изоэхогенное образование (добавочная долька?), размером 51*45*40 мм, неоднородной структуры за счёт участков сниженной эхогенности, с чётким контуром, при ЦДК без патологического кровотока. Заключение: Диффузные изменения эхоструктуры стенок протоков (сосудов?) печени. Образование селезёнки (добавочная долька?). МРТ органов брюшной полости без контрастирования от 18.12.2019 г. Поджелудочная железа – контуры чёткие, ровные. Размеры и структура её не изменены. Селезёнка – контуры чёткие, ровные. Размеры и структура не изменены. На уровне нижнего полюса селезёнки определяется округлой формы

объёмное образование, размерами 36*35*44 мм, неоднородного повышенного МР-сигнала в Т2-режиме, изоинтенсивного МР-сигнала в Т1-режиме с чёткими волнистыми контурами. Заключение: МР-признаки объёмного образования на уровне нижнего полюса селезёнки (t-r?). Консультирована краевым специалистом детским хирургом, заключение: Объёмное образование селезёнки. Рекомендовано дообследование в условиях ДХО АККЦОМД. Госпитализирована в ДХО АККЦОМД с целью дообследования и определения дальнейшей тактики ведения. В ДХО дообследована. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 29.01.2020 г. – эхографические признаки объёмного васкуляризованного образования брюшной полости, забрюшинного пространства 40*38*36 мм (у нижнего полюса селезёнки). Рентгенография грудной клетки, брюшной полости от 29.01.2020 г. – признаки объёмного образования брюшной полости. Легкие без очаговых и инфильтративных теней. Осмотрена 30.01.2020 г. детским онкологом, заключение: Образование брюшной полости (забрюшинного пространства?). Показана гистологическая верификация опухоли. Обсуждена на хирургической конференции совместно с профессорско-преподавательским составом кафедры детской хирургии, врачами ДХО, УАО и ДТОО. Решено выполнить под общим обезболиванием оперативное вмешательство в объёме: диагностическая лапароскопия, удаление образования забрюшинного пространства (брюшной полости?). 04.02.2020 г. под эндотрахеальным наркозом проведена операция: Диагностическая видеолапароскопия. Лапаротомия. Атипичная резекция селезенки с образованием. Протокол операции: в брюшную полость введен порт 5 мм над пупком, установлена оптика с торцевым срезом 30 градусов, давление 14 мм рт. ст. Дополнительно порт в левой подвздошной области на 2,0 см ниже пупка. Ревизия брюшной полости. В передненижнем полюсе селезенки определяется округлое образование с чёткими контурами размером 4,5*4,0 см, плотное. В брюшной полости, забрюшинном пространстве иных дополнительных патологических образований не определяется. Интраоперационный консилиум в составе опер. бригады, профессоров кафедры, заведующего отделением онкологии, заведующего хирургическим отделением, зав. отделением УЗ-диагностики – учитывая, что ткань селезенки

не изменена, пальпаторно других дополнительных образований не определяется, решено выполнить конверсию, резекцию селезенки в пределах здоровых тканей. Верхнесрединная лапаротомия. После ревизии селезенка выведена к ране. Произведена мобилизация, выделен добавочный сосуд, идущий от нижнего полюса селезенки, сосуд дважды перевязан, пересечен. Передненижний полюс селезенки с образованием прошит, дважды перевязан. Резекция селезенки с помощью СВЧ-коагуляции. На культю селезенки установлена гемостатическая губка. Контроль на гемостаз. К ложу удаленного образования через прокол в левой подвздошной области подведен трубчатый дренаж. Рана послойно зашита с восстановлением анатомической целостности. Швы на проколы передней брюшной стенки. Асептическая повязка. Операционный материал – опухолевидный узел нижнего полюса селезенки – отправлен на гистологическое исследование. С заместительной целью интраоперационно проведена трансфузия отмытых эритроцитов 200,0 мл О (I) первой группы, резус-фактор отрицательный. Патологических реакций не возникло. Послеоперационный период стабильно тяжёлый, в течение 1 суток больная находилась в АРО, где получала инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, парентеральное питание, обезболивание (промедол), антибактериальную терапию (цефепим 800 мг * 2 р/день), антигеморрагическую терапию (дицинон 12,5 % 1,0 * 3 р/день), с заместительной целью выполнена трансфузия 200,0 мл СЗП О (I) первой группы, резус-фактор отрицательный, симптоматическую терапию (анальгин, димедрол). Энтерально получала воду. Отмечалась однократная рвота. 05.02.2020 г. в стабильно тяжёлом состоянии переведена в палату ДХО под наблюдение лечащего врача. В отделении продолжено следующее лечение: инфузионная терапия – глюкоза 5 % 600,0 + NaCl 0,9 % 400,0 в/в капельно № 1; антибактериальная терапия – цефтриаксон 800,0 мг * 2 р/день в/в до 14.02.2020 г.; обезболивание (анальгин, димедрол); гемостатическая терапия (дицинон 12,5 % 1,0 мл * 3 р/день, викасол 1 % 1,0 мл * 2 р/день в/м); перевязки. За период госпитализации в ДХО состояние улучшилось.

Результаты. Гистологический диагноз № 446 от 11.02.2020 г. – зрелая тератома селезенки (в препарате ткань щитовидной железы с фолликулами,

заполненными коллоидом). В связи с указанным гистологическим заключением дополнительно назначено исследование щитовидной железы. ИХЛА от 14.02.2020 г. Тиреотропный гормон (ТТГ) – 2,75 мЕд/л. Т4-свободный – 14 пмоль/л. Т3-свободный – 7,24 пмоль/л (норма). Антитела к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО) – 5,79 Ед/мл. УЗИ щитовидной железы от 14.02.2020 г. Заключение: Без структурных изменений. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 14.02.2020 г. (контроль в послеоперационном периоде): В проекции удаленного образования лоцируется гетерогенная структура с чёткими контурами округлой формы при ЦДК без кровотока размером 24*20 мм – зона оперативного вмешательства, анэхогенное (жидкостное) содержимое в объёме не более 1 мл – анэхогенная полоска шириной 3,5 мм, протяженностью 20 мм. Заключение: Состояние после оперативного лечения по поводу объёмного образования селезёнки. Пациентка выписана домой с выздоровлением под наблюдение педиатра, хирурга по месту жительства. Срок госпитализации – 21 койко-день, дооперационный период – 7 дней, послеоперационный койко-день – 14, из них в АРО – 1 день.

Заключение. Своевременная диагностика новообразования селезёнки у ребёнка позволила достичь хорошего результата лечения без возможных осложнений. Окончательный диагноз – зрелая тератома селезёнки, наличие в препарате ткани щитовидной железы с фолликулами, заполненными коллоидом, – было возможно установить только посредством проведения гистологического исследования. При контрольных УЗ-исследованиях через 3 месяца, 6 месяцев, 12 месяцев дополнительные патологические новообразования селезёнки не обнаружены. Девочка здорова.

Как цитировать:

Тен Ю.В., Елькова Д.А., Тен К.Ю. (2022). Зрелая тератома селезенки у ребенка. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (45), 76-79.

АХАЛАЗИЯ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

**Тен Ю.В., Гурьянов А.А., Тен К.Ю., Клеймёнов Е.В., Щукин А.О.,
Калмыкова Т.О.**

Актуальность ахалазии пищевода заключается в довольно редкой встречаемости патологии среди детской популяции, а как следствие – отсутствие настороженности по данному заболеванию у педиатров.

Цель: проанализировать различные методы лечения ахалазии пищевода у детей.

Материалы и методы. В КГБУЗ «АККЦОМД» за последние 30 лет было пролечено 15 детей с ахалазией кардии в возрасте от 5 до 16 лет. Диагноз устанавливался на основании характерной клинической картины, по данным рентгеноскопии пищевода с сульфатом бария и видеоэзофагоскопии. 4 детям перед операцией предпринималась попытка лечения методом бужирования пищевода и баллонной кардиодилатации. Всем пациентам выполнена кардиомиотомия с фундопликацией, при этом 8 из них лапаротомным доступом, 7 эндовидеохирургически.

Результаты. У мальчиков ахалазия пищевода встречается в 10 раз чаще, чем у девочек (91% и 9% - соответственно). Чаще заболевание диагностируется у подростков (средний возраст 13,2 лет). У всех оперированных детей диагностирована ахалазия кардии 3 или 4 степени. Бужирование пищевода и баллонная кардиодилатация не принесли стойкого эффекта. Активизация детей после лапароскопической кардиомиотомии начиналась на $3\pm 0,8$ сутки после операции, после традиционной на $5\pm 1,2$. Длительность антибактериальной терапии после лапароскопии в среднем составила $4,3\pm 0,7$ дня, после традиционной операции $7,8\pm 0,7$ дней. Средний послеоперационный койко-день после лапароскопии составил 7,2, после открытой 12,7. Дети обеих групп начинали кормиться в среднем на 3 сутки после операции. В группе пациентов, оперированных традиционным способом, отмечено 2 осложнения в виде

интраоперационной перфорации пищевода (обоим детям перед операцией проведено более 3 сеансов бужирования пищевода). Рецидивов заболевания ни в одном наблюдении не отмечено.

Выводы: использование эндовидеохирургической кардиомиотомии с фундопликацией позволяет сократить сроки активизации, длительность нахождения в стационаре пациентов и длительность антибактериальной терапии. Вероятно, бужирование пищевода повышает риск перфорации пищевода при кардиомиотомии. В будущем планируем изучить этот вопрос и, возможно, отказаться от данной методики.

Как цитировать:

Тен Ю.В., Гурьянов А.А., Тен К.Ю., Клеймёнов Е.В., Щукин А.О., Калмыкова Т.О. (2022). Ахалазия пищевода у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (45), 80-81.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕФРОПТОЗЕ У ДЕТЕЙ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Фролкова К.Р., Елькова Д.А.

Цель: оценка эффективности хирургического лечения нефроптоза у детей.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии АГМУ на базе КГБУЗ «АККЦОМД» прооперировано 92 ребёнка в возрасте от 12 до 18 лет по поводу нефроптоза. Преимущественно это были девочки – 83 пациента. Обследование включало в себя проведение общеклинических лабораторных и инструментальных методов, обязательное выполнение УЗИ, внутривенной урографии в положении лёжа и стоя, в ряде случаев МСКТ. Показаниями к операции были клинические проявления в виде почечной колики, рецидивирующие пиелонефриты, вазоренальная гипертензия, гидронефротическая трансформация почки. У 3-х больных нефропексия произведена с обеих сторон.

Результаты. Всего нефропексий произведено 95, у 3-х больных нефроптоз был двусторонний. В качестве фиксирующего аппарата использовалась m. ileopsoas с созданием ложа по оригинальной методике. Всего указанным способом проведено 77 операций, рецидивов заболевания не выявлено. Классическим способом Лопаткина-Пытеля оперировано 18 детей, был 1 рецидив.

Выводы. Хирургическое лечение при ряде определённых клинических проявлений нефроптоза является эффективным радикальным методом лечения данной патологии у детей. Нефропексия с применением в качестве фиксирующего аппарата m. ileopsoas с созданием ложа по оригинальной методике при нефроптозе у детей позволяет снизить риск развития рецидива заболевания.

Как цитировать:

Тен Ю.В., Тен К.Ю., Фролкова К.Р., Елькова Д.А. (2022). Хирургическая тактика при нефроптозе у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (45), 82.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*КГБУЗ Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства
г. Барнаул*

Тимошенская Н.В., Ларионова Е.В., Бухтоярова С.А., Васильева И.В.

Ахалазия пищевода — заболевание, при котором имеется дефицит нейронов в ганглиях интрамурального (ауэрбаховского) сплетения кардиальной части пищевода, что ведет к нарушению рефлекторного раскрытия кардиального отверстия при глотании, развитию спазма, расширению пищевода выше спазмированного его участка, нарушению перистальтики и эвакуации пищи в желудок, прогрессирующему снижению тонуса тубулярного отдела пищевода. Синонимы: мегаэзофагус, долихоэзофагус, хиатоспазм, френоспазм, эзофагоспазм, кардиоспазм, идиопатическое расширение пищевода. Ахалазия кардии (АК) впервые была описана в 1674 г. Виллизием. Происхождение заболевания объяснялось по-разному, что нашло отражение в терминологии и кодировании в МКБ-10: Q39 — врожденная ахалазия кардии; K22.0 — ахалазия кардиальной части пищевода [1]. Распространенность АК составляет 0,6–0,2 на 100 000 населения. Заболеваемость выше у подростков и лиц в возрасте 20–60 лет. Дети до 4 лет составляют менее 4–5% больных АК [2]. Диагноз АК верифицируют с помощью метода ФГДС, рентгеноконтрастного исследования пищевода и желудка и других современных лучевых методов (УЗИ, МСКТ) [3], однако сообщения по применению эхографии в диагностике ахалазии в литературе единичные.

Представляем клинический случай диагностики данной патологии с применением эхографического метода. Ультразвуковое исследование проводилось на сканнере экспертного класса Epiq 7 конвексным (5-1МГц) и линейным (12-3 МГц) датчиками

Пациент К. 17 лет поступил с жалобами на периодический кашель, затруднение при глотании, изменения по данным рентгенографии грудной клетки в виде объемного образования заднего средостения справа. При

поступлении по результатам эхографии брюшной полости и грудной клетки паренхиматозные органы без структурных изменений, легкие воздушны, в плевральной полости свободной жидкости нет. При сканировании участка нижней трети шеи до яремной вырезки лоцируется расширенный до 4 см пищевод с гиперэхогенным содержимым, дающим акустическую тень. Загрудинно структуры пищевода не дифференцируются - прикрыты грудиной и воздушными легкими. При сканировании со стороны брюшной полости лоцируется желудок с гетерогенным содержимым, суженный до 5 мм отдел пищевода перед входом в желудок (сужение кардии) без достоверной визуализации просвета, над ним полостной орган шириной до 9 см, заполненный гетерогенным содержимым – вероятность локации расширенного пищевода, что подтвердилось при проведении водно-сифонной пробы. В результате выше описанного, было сделано заключение: эхографические признаки, подозрительные на ахалазию пищевода (кардии). В последующем проведено рентгеноскопическое исследование пищевода с бариевой взвесью, МСКТ грудной клетки, ФГДС, где подтверждено заключение ахалазии кардии III-IV степени. Выполнена операция лапароскопическая кардиомиотомия с фундопликацией.

Заключение. Таким образом, приведенный клинический пример показывает, что ультразвуковое исследование может быть эффективным методом диагностики аномалии развития пищевода, точнее позволяет заподозрить данную патологию на промежуточном этапе обследования пациента, помогает хирургам определиться с дальнейшей тактикой ведения, а также может быть рекомендовано как дополнительный скрининговый метод при выявлении подобных клинических симптомов.

Литература:

1. Проблемы диагностики и лечения ахалазии пищевода у детей / Н.В. Гончар, С.А. Караваева, Д.В. Иванов [и др.] // Детская медицина Северо-Запада. – 2012. – Т. 3. – № 3. – С. 28-31. – EDN PWVKNJ.

2. Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Гукасян Э.А. и др. Результаты лапароскопической операции Геллера при ахалазии кардии III–IV стадии. URL: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.php?id=497&event_id=5

3.Chapman J.R., Joehl R.J., Murayama K.M. et al. Achalasia treatment: improved outcome of laparoscopic myotomy with operative manometry / Arch. Surg. 2004. Vol. 139. № 5. P. 508–513.

Как цитировать:

Тимошенская Н.В., Ларионова Е.В., Бухтоярова С.А., Васильева И.В. (2022). Возможности эхографии в диагностике ахалазии пищевода (случай из практики). Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. Scientist, 22 (4S), 83-85.

ULTRASOUND DIAGNOSTIC CRITERIA FOR ACUTE HEMATOGENOUS EPIPHYSAL OSTEOMYELITIS IN CHILDREN

Samarkand State Medical University

Department of Pediatric Surgery №1

Samarkand, Uzbekistan

Foziljon-zoda Maftuna, Atakulov Jamshed Ostonokulovich

Relevance. Early diagnosis and timely treatment of acute hematogenous epiphyseal osteomyelitis (AHEO) largely determine the outcome of the disease, especially in young children. Early rehabilitation of the primary focus and complex treatment leads to recovery in 95% of patients. However, with all the evidence of such an effect of early diagnosis of AHEO, the problem is still far from being solved. And among the reasons for maintaining this state of affairs, the variety of clinical manifestations and the lack of information content of diagnostic criteria used in practical healthcare are most often noted.

Purpose of the study. To study the role of ultrasound scanning in the early diagnosis of OHEO in children.

Materials and methods of research. The results of diagnosis and treatment of 50 patients aged from birth to 1 year who were treated in the department of neonatal surgery of the 2nd clinic of Samarkand State Medical University for the period 2021-2022 were studied.

Ultrasound examination was carried out according to the standard technique using an ultrasound scanner equipped with linear sensor. Scanning was performed in transverse and longitudinal sections relative to the axis of the limb. Ultrasound diagnosis of epiphyseal osteomyelitis was carried out by evaluating the following signs: edema and thickening of soft tissues in the area of the affected limb segment, thickening of the articular capsule, violation of the integrity of the articular capsule, increased echogenicity of intraarticular contents, visualization of the focus of hyperechogenicity against the background of reduced or normal echostructure of the epiphysis, decreased echogenicity of the epiphyseal cartilage, changing the shape of

the epiphyseal cartilage, determining the periosteal reaction, unevenness and usuration of the metaphyseal zone of the bone

Results of the study and their discussion. Analysis of archival and own material showed that in 92% (46) cases, periosteal thickening was detected by ultrasound scanning, in 82% (41) subperiosteal abscesses were recognized. And what is especially important, in 90% (48) of children of the first year of life, ultrasound scanning made it possible to visualize areas of bone destruction in the metaepiphyseal zone. 96% of patients had edema and infiltrative changes in soft tissues.

Conclusions. Thus, ultrasound scanning can be used as a non-invasive method in the complex of diagnostic measures when examining young children with suspected OHEO. Ultrasound also allows early detection of edema and infiltrative changes in the muscles and soft tissues, as well as accumulation of fluid in the joint. The method is safe due to the absence of radiation exposure, highly informative, and its frequent use is possible.

Как цитировать:

Foziljon-zoda M., Atakulov J. (2022). Ultrasound diagnostic criteria for acute hematogenous epiphysal osteomyelitis in children. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. Scientist, 22 (45), 86-87.

СИНДРОМ КЛИППЕЛЬ-ТРЕНОНЕ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии с курсом ДПО

Хорев Н.Г.

Синдром Клиппеля-Треноне (СКТ) представляет собой синдром сосудистой мальформации, включающий в себя различное поражение кожных капилляров, вен и лимфатических сосудов с гипертрофией мягких тканей и костей пораженной конечности. Этот синдром также называют капиллярно-лимфатическо-венозной мальформацией, отражая изменения, наблюдаемые в этих сосудах. Данное состояние было впервые описано в 1900 году двумя французскими врачами Морисом Клиппелем и Полом Треноне [1]. СКТ - это клинический диагноз, который ставится при наличии по крайней мере двух из трех классических признаков локализованных кожных капиллярных мальформаций, венозных аномалий и гипертрофии конечностей. Наличие артериовенозных мальформаций в настоящее время рассматривается как отдельная сущность, называемая синдромом Паркса-Вебера, отличная от КТС [2,3].

Недавние исследования связали этиологию синдрома Клиппеля-Треноне с соматическими мутациями в гене фосфатидилинозитол-4-5-бисфосфат-3 киназы. Эта мутация приводит к активации фосфатидилинозитол-3-киназы (PI3K)/протеинкиназы и избыточному росту клеток за счет нарушения регуляции пути mTOR1 [4,5]. Мутации происходят у эмбриона, включая ангиогенез. Таким образом, СКТ сгруппирован под эгидой похожих синдромов избыточного роста сосудов и костей. Заболеваемость синдромом составляет от 2 до 5 случаев на 100 000 человек и встречается в равной степени у обоих полов [6].

Синдром Клиппеля-Треноне в первую очередь поражает капиллярную, венозную и лимфатическую системы в различной степени с гипертрофией тканей и костей. Это состояние преимущественно затрагивает нижние конечности и односторонне поражает правую и левую стороны тела ребенка в равной степени. В редких случаях можно увидеть поражение верхних

конечностей, головы и шеи, а также двустороннее поражение [6]. Капиллярные проявления в виде плоских, красных или фиолетовых капиллярных пятен портвейна наблюдаются в 90–100% случаев. Обычно это первая клиническая находка, присутствующая при рождении и увеличивающаяся по мере роста ребенка. Венозные мальформации наблюдаются у 70-100% пациентов и состоят из варикозного расширения поверхностных и глубоких вен, персистирующих эмбриональных вен и аплазии/гипоплазии с недостаточностью клапанов. Эмбриональные вены обычно регрессируют до рождения, являются стойкими и функционально несостоятельными, что приводит к венозному застою и хроническому тромбозу. Венозные мальформации могут возникать в желудочно-кишечном тракте, особенно в толстой кишке и могут проявляться желудочно-кишечными кровотечениями. При осмотре в пораженной конечности можно увидеть расширенные извитые вены с отеком и обесцвечиванием. Пациенты также могут иметь рецидивирующий тромбоз глубоких вен, приводящий к легочной эмболии [6,8,9]. Лимфатические пороки развития наблюдаются в 15–50% случаев и состоят из лимфедемы и кистозных лимфатических скоплений [9]. Скелетно-мышечные данные включают гипертрофию мягких тканей и костей в конечностях, что приводит к несоответствию длины конечностей. Редкие физические признаки включают синдактилию, полидактилию и клинодактилию. Редко выявляются другие необычные симптомы, такие как судороги, задержка развития, аномалии мочеполовой системы, проявляющиеся в виде гематурии [10, 11].

Синдром Клиппеля-Треноне имеет широкий спектр клинических проявлений, а прогноз зависит от тяжести сосудистых мальформаций. Пороки развития прогрессируют с течением времени с постоянным разрастанием и ухудшением венозной недостаточности. Острое кровотечение из порока развития желудочно-кишечного тракта может привести к кровопотере с риском летального исхода, если не будет проведено своевременное лечение. Рецидивирующий тромбоз глубоких вен сопровождается риском тромбоза эмболии легочной артерии, которая может быть массивной и фатальной [3]. Целлюлит пораженной конечности из-за стаза и утечки лимфы может привести к сепсису при неправильном уходе за кожей. Тяжелый застой крови

из-за венозных и лимфатических аномалий приводит к повышенному риску локализованной коагулопатии с повышенным уровнем D-димера у пациентов с СКТ. Кровотечение из сосудистых мальформаций желудочно-кишечного тракта может быть хроническим и скрытым, требующим многократных трансфузий и назначения препарата железа. Рецидивирующая легочная эмболия, вторичная по отношению к тромбозу глубоких вен, может вызывать хронические изменения в мелких сосудах, приводящие к легочной гипертензии. Гипертрофия конечностей может потребовать операций по уменьшению объема для обеспечения подвижности и передвижения [10,11].

Пациенты с синдромом Клиппеля-Треноне должны знать о прогрессирующем характере этого состояния. Родители детей с диагнозом СКТ должны быть осведомлены о возможных осложнениях и обеспечить тщательное последующее наблюдение для отслеживания несоответствия длины конечностей и своевременного лечения. Пациенты должны быть обучены правильному уходу за кожей, чтобы предотвратить осложнения, возникающие из-за поверхностной инфекции. Больные, которым назначены плановые операции, должны быть осведомлены о необходимости антитромботической профилактики за две недели до оперативного вмешательства. Пациенты должны быть информированы о признаках острого желудочно-кишечного кровотечения.

Синдром Клиппеля-Треноне представляет собой сложную сосудистую мальформацию с мультисистемным поражением. Совместный подход медицинских работников важен для обеспечения оптимального ухода за такими пациентами. Диагноз обычно ставит педиатр, так как клинические признаки часто наблюдаются в неонатальном периоде и на протяжении всего детства. Направление к дерматологу для подтверждения диагноза и консультация рентгенолога для констатации костной гипертрофии могут помочь в надлежащем обследовании таких пациентов. Больным с несоответствием длины конечностей может помочь консультация ортопеда для решения необходимости эпифизедеза. В тяжелых случаях необходимо хирургическое уменьшение объема гипертрофии. Часто привлекаются гематологи из-за высокого риска тромбообразования и необходимости профилактики во время операций.

Сосудистая хирургия может потребоваться при хронической венозной недостаточности для склеротерапии, а в рефрактерных случаях - для открытых хирургических вмешательств. В крупных учреждениях есть специализированные клиники для пациентов с синдромом Клиппеля-Треноне, состоящие из многопрофильной команды, включающей дерматологов, ортопедов и сосудистых хирургов. Медикаментозная и хирургическая помощь должна быть адаптирована к каждому пациенту в зависимости от степени вовлечения заболевания. Однако, первичная медико-санитарная помощь играет важную роль в координации между различными специалистами для оптимизации результатов лечения СКТ.

Литература:

1. Klippel M, Trenaunay P.. Noevus variqueux osteohypertrophique. J Des Praticiens 1900;14:65.
2. Chagas CAA, Pires LAS, Babinski MA, Leite TFO. Klippel-Trenaunay and Parkes-Weber syndromes: two case reports. J Vasc Bras. 2017 Oct-Dec;16(4):320-324.
3. Sharma D, Lamba S, Pandita A, Shastri S. Klippel-trénaunay syndrome - a very rare and interesting syndrome. Clin Med Insights Circ Respir Pulm Med. 2015;9:1-4.
4. Vahidnezhad H, Youssefian L, Uitto J. Klippel-Trenaunay syndrome belongs to the PIK3CA-related overgrowth spectrum (PROS). Exp Dermatol. 2016 Jan;25(1):17-9.
5. Martinez-Lopez A, Salvador-Rodriguez L, Montero-Vilchez T, Molina-Leyva A, Tercedor-Sanchez J, Arias-Santiago S. Vascular malformations syndromes: an update. Curr Opin Pediatr. 2019 Dec;31(6):747-753.
6. Alwalid O, Makamure J, Cheng QG, Wu WJ, Yang C, Samran E, Han P, Liang HM. Radiological Aspect of Klippel-Trénaunay Syndrome: A Case Series With Review of Literature. Curr Med Sci. 2018 Oct;38(5):925-931.
7. Sung HM, Chung HY, Lee SJ, Lee JM, Huh S, Lee JW, Choi KY, Yang JD, Cho BC. Clinical Experience of the Klippel-Trenaunay Syndrome. Arch Plast Surg. 2015 Sep;42(5):552-8.

8. Wang SK, Drucker NA, Gupta AK, Marshalleck FE, Dalsing MC. Diagnosis and management of the venous malformations of Klippel-Trénaunay syndrome. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2017 Jul;5(4):587-595.
9. Yamaki T, Konoeda H, Fujisawa D, Ogino K, Osada A, Hamahata A, Nozaki M, Sakurai H. Prevalence of various congenital vascular malformations in patients with Klippel-Trenaunay syndrome. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2013 Apr;1(2):187-93.
10. John PR. Klippel-Trenaunay Syndrome. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2019 Dec;22(4):100634.
11. Abdel Razek AAK. Imaging Findings of Klippel-Trenaunay Syndrome. *J Comput Assist Tomogr.* 2019 Sep/Oct;43(5):786-792.

Как цитировать:

Хорев Н.Г. (2022). Синдром Клиппель-Треноне. Обзор литературы. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская хирургия, проблемы и решения», посвящённой памяти Беляева Сергея Александровича. 15 сентября, 2022 года, г. Барнаул, Алтайский государственный медицинский университет. *Scientist*, 22 (4S), 88-92.
