Российская ассоциация детских хирургов
Russian Association of Pediatric Surgeons

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова
Pirogov Russian National Research Medical University

www.radh.ru

Материалы
XXV Форума Российской ассоциации детских хирургов

Москва, 15–17 октября 2026 г.

Proceedings
of the XXV Forum of Russian Association of Pediatric Surgeons

Moscow, October 15–17, 2026

ЭКО • ВЕКТОР

УДК 616-053.2-089
ББК 57.3+54.5
М34

Организаторы
XXV Форума Российской ассоциации детских хирургов с международным участием

Министерство здравоохранения России

Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация детских хирургов»

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»

Редакционная коллегия:

Л.И. Будкевич, С.А. Караваева, О.В. Карасева, З.Б. Митупов, В.А. Новожилов, В.И. Петлах, Ю.А. Поляев, О.В. Щербакова

Программный комитет:

Л.И. Будкевич, Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева — ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

О.С. Горбачев, ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

С.А. Караваева, ФГАОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

С.Л. Коварский, ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Л.Б. Меновщикова, ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

З.Б. Митупов, ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

О.Г. Мокрушина, ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Д.А. Морозов, Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева — ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

В.А. Новожилов, ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница», Иркутск

В.И. Петлах, ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Ю.А. Поляев, Российская детская клиническая больница (РДКБ) — филиал ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

А.Ю. Разумовский, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

В.М. Розинов, Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева — ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

В.В. Рыбченок, ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Ю.Ю. Соколов, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва

С.Г. Суворов, Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева — ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Н.А. Цап, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

М.А. Чундокова, ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

И.В. Шведовченко, ФГБУ «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Санкт-Петербург

О.В. Щербакова, Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства, Москва

Материалы XXV Форума Российской ассоциации детских хирургов [электронный ресурс]; Москва, 15–17 октября 2026 г.
М34 Санкт-Петербург: Эко-Вектор, 2026. 235 с. DOI: https://doi.org/10.17816/psaic.konf2026

ISBN 978-5-907886-37-7

Сборник состоит из материалов XXV Форума Российской ассоциации детских хирургов, состоявшегося 15–17 октября 2026 г. в конгресс-центре отеля «Вега Измайлово», Москва.

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

Ключевые слова: детская хирургия; травматология-ортопедия; урология; научные форумы; тезисы.

УДК 616-053.2-089
ББК 57.3+54.5

ISBN 978-5-907886-37-7

© ООО «Эко-Вектор», 2026
© Коллектив авторов, 2026

УДК 616-053.2-089
ББК 57.3+54.5
М34

Organizers of the XXV Forum of Russian Association of Pediatric Surgeons

Ministry of Health of Russia

Russian Association of Pediatric Surgeons

Pirogov Russian National Research Medical University

Editorial Board:

L.I. Budkevich, S.A. Karavaeva, O.V. Karaseva, Z.B. Mitupov, V.A. Novozhilov, V.I. Petlakh, Yu.A. Polyaev, O.V. Shcherbakova

Program Committee:

L.I. Budkevich, Academician Yu.E. Veltischev Research Clinical Institute of Pediatrics and Children's Surgery, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

O.S. Gorbachev, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

S.A. Karavaeva, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg

S.L. Kovarsky, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

L.B. Menovshchikova, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Z.B. Mitupov, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

O.G. Mokrushina, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

D.A. Morozov, Academician Yu.E. Veltischev Research Clinical Institute of Pediatrics and Children's Surgery, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

V.A. Novozhilov, City Ivano-Matrinskaya Children's Clinical Hospital, Irkutsk

V.I. Petlakh, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Yu.A. Polyaev, Russian Children's Clinical Hospital — Branch of the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

A.Yu. Razumovsky, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

V.M. Rozinov, Academician Yu.E. Veltischev Research Clinical Institute of Pediatrics and Children's Surgery, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

V.V. Rybchenok, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Yu.Yu. Sokolov, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow

S.G. Suvorov, Academician Yu.E. Veltischev Research Clinical Institute of Pediatrics and Children's Surgery, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

N.A. Tsap, Ural State Medical University, Yekaterinburg

M.A. Chundokova, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

I.V. Shvedovchenko, G.A. Albrecht Federal Scientific and Educational Centre of Medical and Social Expertise and Rehabilitation, Saint Petersburg

O.V. Shcherbakova, Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents of the Federal Medical-Biological Agency, Moscow

Proceedings of the XXV Forum of Russian Association of Pediatric Surgeons [Internet]; Moscow, October 15–17, 2026. Saint Petersburg: Eco-Vector; 2026. 235 p. DOI: https://doi.org/10.17816/psaic.konf2026

ISBN 978-5-907886-37-7

This book collected abstracts of scientific reports of the XXV Forum of Russian Association of Pediatric Surgeons on 15–17 October 2026 at the Congress Center of the Hotel "Vega Izmailovo", Moscow.

Proceedings are intended for health care professionals, pediatricians, surgeons, traumatologists, researchers, PhD, postgraduate and graduate medical students, medical university lecturers and health care organizers.

Keywords: pediatric surgery; traumatology-orthopedics; urology; scientific forums; abstracts.

ISBN 978-5-907886-37-7

© Eco-Vector, 2026
© Authors, 2026

Содержание

Хирургическая тактика при инвагинационной кишечной непроходимости у детей ... 13
Абдувалиева Ч.М., Гафуров А.А., Ибрагимов Ж.Х., Аллаев М.Я., Исроилов Ш.Ш.

Хирургическая тактика и послеоперационное лечение детей с комбинированной абдоминальной травмой ... 14
Абуев И.У., Бабич И.И., Кацупеев В.Б., Мельников Ю.Н.

Замещение дефекта мочеточника сегментом тонкой кишки: клинический случай ... 16
Айрян Э.К., Морозов Д.А., Староверов О.В., Кузовлева Г.И.

Осложнения лапароскопической холецистэктомии у детей ... 17
Акопян М.К., Ефременков А.М., Донской Д.В., Коровин С.А., Ахматов Р.А., Соколов Ю.Ю.

Осложнения трахеостомии у детей ... 18
Алибеков Э.А., Жидовинов А.А., Яснопольский Ю.В.

Показания к колостомии у детей с аноректальной мальформацией ... 19
Алиев М.М., Бозоров Ш.Т., Нематжонов Ф., Тожиддинов Ш.Ш.

Ретроспективный анализ клинических и этиологических аспектов четырех вариантов билиарной атрезии ... 20
Алиев М.М., Нематжонов Ф., Туйчиев Г.У., Гофуров А.А., Юлдашев Р.

Современные подходы к диагностике и лечению закрытых травм органов брюшной полости ... 21
Аллаев М.Я., Гафуров А.А., Касимов О., Нематжонов Ф., Абдувалиева Ч.М.

Хирургическое лечение заболеваний поджелудочной железы у детей ... 22
Алхасов А.Б., Комина Е.И., Ратников С.А., Шубин Н.В., Шмыкова А.О.

Современный подход при хирургическом лечении пороков развития наружных желчных протоков ... 23
Алхасов А.Б., Ратников С.А., Гурская А.С., Комина Е.И., Шубин Н.В.

Оптимизация тактики хирургического лечения детей со стенозами гортани ... 24
Алхасов А.Б., Ратников С.А., Комина Е.И., Мелоян В.О., Португал П.М.

Стационарная хирургическая помощь детям с установленным паллиативным статусом ... 25
Ампар Ф.Б., Еремин Д.Б., Абдуллаев А.М., Цапкин А.Е., Горячев И.С., Боровицкий В.А., Педченко А.М.

Тимэктомия в комплексной терапии миастении у детей ... 26
Ампар Ф.Б., Еремин Д.Б., Щербакова Н.И., Пикин О.В., Цапкин А.Е.

Артериовенозные мальформации легких у детей ... 27
Андреев Е.С, Елин Л.М., Трамова Ж.Д., Гарбузов Р.В.

Нижняя билобэктомия в исходе деструктивной пневмонии у ребенка с ранее перенесенной ЭКМО с катамнезом 8 лет: клинический случай ... 28
Афуков И.И., Ерёмин Д.Б., Гацуцын В.В., Киёбеков Б.Л., Ампар Ф.Б.

Редкие хирургические осложнения мукормикоза у детей: клинические случаи ... 29
Бабич И.И., Карнута С.В., Багновский И.Н., Шаршов Ф.Г., Новошинов Г.В., Штарев А.А., Кацупеев В.Б., Мельников Ю.Н.

Эффективность аппликационной методики постожоговых стриктур пищевода ... 30
Багдасарян М.С., Минаев С.В., Герасименко И.Н., Шолом Р.В., Гогов Р.Р., Бутусова С.П.

Спонтанный пневмоторакс: лечебно-диагностический алгоритм на современном этапе ... 31
Барова Н.К., Горьковой И.С., Панкратов И.Д., Ескина Е.Н., Григорова А.Н., Дружинина В.Е.

Результаты применения эндоскопической вакуумной терапии при ятрогенной травме пищевода: клинический случай ... 32
Барова Н.К., Панкратов И.Д., Убилава И.А., Григорова А.Н., Ескина Е.Н., Швец М.В., Голосеев К.Ф.

Ортопедо-хирургическая коррекция последствий остеомиелита в области коленного сустава у детей ... 34
Белокрылов А.Н., Белокрылов Н.М., Беляков С.А., Антонов Д.В.

Хирургическая реконструкция тазобедренного сустава после перенесенного остеомиелита ... 35
Беляков С.А., Белокрылов Н.М., Антонов Д.В., Белокрылов А.Н.

Редкий клинический случай дренирования периаппендикулярного абсцесса через маточную трубу у девочки с атрезией девственной плевы ... 36
Богдан З.В., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Тимашев И.В.

Мультимодальная стратегия безопасности при коррекции сколиоза у детей: клинические результаты и диагностические ограничения триггерной электромиографии ... 37
Бородкин И.О., Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Коротеев В.В., Крестьяшин В.М., Лозовая Ю.И., Семёнов А.В., Марголина М.А., Шагинян А.К.

Редкий случай тотального аганглиоза кишечника у ребенка: хирургическая стратегия при невозможности стандартной катетеризации центральных вен ... 39
Быков Ю.В., Обёдин А.Н., Пучков А.А., Садовая А.С.

Лапароскопическая малоинвазивная техника при формировании антирефлюксного механизма при уретероцистоимплантации у детей раннего возраста ... 40
Врублевский С.Г., Яцык С.П., Врублевский А.С., Оганисян А.А., Врублевская Е.Н., Валиев Р.Ю., Ханов М.М., Адкина Е.А., Панина Н.С.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Непальпируемое яичко. Лечебно-диагностический алгоритм и выбор способа орхиопексии 42
Врублёвский С.Г., Яцык С.П., Ханов М.М., Врублёвская Е.Н., Валиев Р.Ю., Врублевский А.С., Оганисян А.А., Панина Н.С., Адкина Е.А.

Предикторы технически сложных оперативных вмешательств и осложненного течения послеоперационного периода у детей с опухолями и кистами средостения 43
Выдыш С.В., Топилин О.Г., Соколов Ю.Ю.

Лапароскопический адгезиолизис при завороте подвздошной кишки и врожденных спайках у подростка 44
Гаврилюк В.П., Северинов Д.А., Донская Е.В., Сушков И.А.

Гигантская зрелая тератома правого яичника у девочки 16 лет: клиническое наблюдение 45
Гарайс А.Р., Котлубаев Р.С., Фролова Е.А.

Сочетание желчнокаменной болезни и гигантской параовариальной кисты с перекрутом придатков у девочки-подростка: клинический случай 46
Гарайс А.Э., Гарайс А.Р., Котлубаев Р.С.

Диагностика и лечение непальпируемого яичка у детей 48
Гафуров А.А., Назиров Н.В., Нематжонов Ф.З., Маматалитев Д.Р. Солиев М.Б.

Выбор метода лечения интравезикального уретероцеле у детей 49
Гафуров А.А., Туракулов З.Ш., Нематжонов Ф.З., Насриддинова Л., Ефимеко О.В.

Спонтанный пневмоторакс как сопутствующий диагноз 50
Гацуцын В.В., Ерёмин Д.Б., Цапкин А.Е.

Спонтанный пневмоторакс, опыт одной клиники 51
Гацуцын В.В., Ерёмин Д.Б., Цапкин А.Е.

Деформации грудной клетки у детей 52
Гацуцын В.В., Ерёмин Д.Б., Кузьмичев В.А.

Стриктурирующая болезнь Крона у детей: непроходимость без непроходимости. Лечить или оперировать? 53
Глушкова В.А., Подкаменев А.В., Передереев С.С., Тихомиров А.И., Сапарбеков А., Мешков А.В.

Фенестрированная мембрана двенадцатиперстной кишки как причина острого рецидивирующего панкреатита у девочки 13 лет 54
Гогичаева А.А., Соколов Ю.Ю., Пыхтеев Д.А., Ахматов Р.А., Вилесов А.В.

Открытый живот и вакуум-терапия в неотложной абдоминальной хирургии у детей 55
Голиков Д.Е., Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л.

Переломы медиального надмыщелка и головки мыщелка плечевой кости у детей. Есть ли разногласия в подходах к оперативному лечению? 56
Гордиенко И.И., Черный С.П., Ивасенко М.И., Цап Н.А.. Марфицын А.В.

Современные технологии диагностики и лечения травмы поджелудочной железы с повреждением Вирсунгова протока у детей 57
Горелик А.Л., Карасева О.В.,Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Янюшкина О.Г., Батунина И.В., Ахадов Т.А.

Выбор оптимальной тактики лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей 58
Гришин А.А., Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Трусова Н.Г., Коротеев В.В., Исаев И.Н., Лозовая Ю.И., Семенов А.В., Петрухин И.А., Ти-Мин-Чуа Д.В., Семенистый М.Н.

Многоэтапная пластика обширных раневых дефектов туловища, левой верхней и нижней конечностей у ребенка 11 лет ... 60
Громова А.А., Налбандян Р.Т., Мединский П.В., Дворникова М.А., Коновалова А.М.

Клинический случай лечения ребенка с мембраной пилорического отдела желудка 61
Гумеров А.А., Неудачин А.Е., Мустафин А.Д., Минибаева Г.И., Колодко С.В.

Специализированное хирургическое лечение пациентки со множественной скелетной травмой позвоночника, костей таза, бедра и голени 62
Дворникова М.А., Налбандян Р.Т., Мединский П.В., Громова А.А., Коновалова А.М., Никонов А.В.

Сравнение внутренней и наружной ротации кавернозных тел при классической экстрофии мочевого пузыря: количественная оценка длины покрытия уретры 63
Демин Н.В., Николаев В.В., Ладыгина Е.А., Ронкильо М.З.

Удаление инородного тела грудной клетки с использованием робот-ассистированного торакоскопического доступа: клинический случай 64
Джурабаев И.И., Козлов Ю.А., Рожанский А.П., Сапухин Э.В., Марчук А.А., Гасанов А.Г., Тещук Р.А., Савин И.Н.

Парамезонефральные кисты как причина перекрута придатков матки у детей: клинические наблюдения 65
Донской Д.В., Алимова О.А., Вилесов А.В., Ахматов Р.А., Коровин С.А., Соколов Ю.Ю.

Особенности хирургического лечения и послеоперационного выхаживания новорожденных с множественной атрезией кишечника .. 66
Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Молоканов Г.А., Горелова П.А., Толкачёва Е.М., Джумаева А.Э., Будаева Т.А., Буров А.А., Никифоров Д.В.

Спонтанный разрыв двенадцатиперстной кишки — редкая причина острого пневмоперитонеума у новорожденного 68
Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Молоканов Г.А., Горелова П.А., Филиппова Е.А., Толкачева Е.М., Никифоров Д.В.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Кишечные свищи после аппендэктомии у детей с воспалительными заболеваниями кишечника: закономерность или казуистика? 70
Дьяконова Е.Ю., Бекин А.С., Гусев А.А.

Клинико-морфологическая характеристика гонад при абдоминальном крипторхизме у детей старшей возрастной группы 71
Екимов М.Н., Комарова С.Ю., Цап Н.А., Валамина И.Е., Петрунина Е.М.

Этиологическая структура и локализация патологического процесса при хроническом остеомиелите у детей 73
Екимов М.Н., Цап Н.А., Черненко Л.Ю., Шонохова Е.А., Щипанов Л.М.

Торакоскопическое удаление новообразований средостения у детей 75
Елин Л.М., Андреев Е.С., Трамова Ж.Д., Гуз В.И., Полюдов С.А.

Хирургическое лечение врожденных паховых грыж у детей и возможные осложнения 76
Елькова Д.А., Тен К.Ю., Клеймёнов Е.В., Зацепин Р.Д., Тен Ю.В., Бородин И.Д.

Хирургическое лечение детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью 78
Емашова Н.Р., Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Задвернюк А.С.

Диафрагмальные грыжи у детей старше одного года 79
Еремин Д.Б., Ампар Ф.Б., Цапкин А.Е., Гацуцын В.В., Абдуллаев А.М.

Инородные тела торакальной локализации: клинические случаи 80
Еремин Д.Б, Ампар Ф.Б, Абдуллаев А.М., Цапкин А.Е.

Дренирование мочевых путей при мочекаменной болезни в неотложном порядке у детей 81
Жаксалыков А.С., Цап Н.А., Комарова С.Ю., Основин П.Л., Сысоев С.Г., Аржанников А.А., Дедюхин Н.А.

Техника закрытия разгрузочной колостомы при лапароскопических вмешательствах по поводу болезни Гиршпрунга и аноректальных мальформаций 83
Журило И.П., Аболмасов А.В.

Роль метода гиперспектральной визуализации в диагностике инфантильных гемангиом у детей 85
Журило И.П., Шуплецов В.В., Горюнов И.А., Потапова Е.В., Дунаев А.В., Дрёмин В.В.

Опыт симультанных операций при компрессионном стенозе чревного ствола 87
Зейналзаде А.Т., Разумовский А.Ю., Митупов З.Б.

Опыт лечения гипоспадии в сочетании с крипторхизмом 88
Золотухин Д.С., Павлова О.С., Грунин А.В., Филатов И.А., Зайцева Е.Н.

Оценка преимущества выполнения некоторых методов дренирования верхних мочевых путей у детей 89
Зоркин С.Н., Шахновский Д.С.

К оценке результатов хирургической коррекции гипоспадии у детей одномоментным способом "TUBULARIZED INCISED PLATE(TIP)" 90
Ибрагимов Ж.Х., Рахмонов А.М.

Результаты усовершенствования хирургической тактики при инвагинационной кишечной непроходимости у детей до года на примере Андижанской области 91
Ибрагимов Ж.Х., Исроилов Ш.Ш., Рахмонов А.М.

Абсцедирующий неспецифический мезаденит у ребенка 8 лет 92
Казаков А.Н., Кузнецов В.Н., Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Буйнова М.Д.

Малоинвазивное этапное лечение холедохолитиаза у младенцев как альтернатива эндоскопической папиллосфинктеротомии: клинический случай 93
Казибекова Я.И., Аванесян Р.Г., Михайлов Г.А., Файзуллаев В.Х.

Опыт эндоскопической диагностики и лечения химических ожогов пищевода у детей за 2023–2025 годы 94
Карпова И.Ю., Тулокина А.А., Рукевич С.Г.

Редкий клинический случай множественных трихобезоаров желудка и тонкой кишки у ребенка с синдромом Рапунцель ... 95
Кацупеев В.Б., Бабич И.И., Лукаш Ю.В., Лейга А.В., Карагезян Р.Л., Арутюнов А.Р., Асриянц А.В.

Лечения пациента с шизофренией по поводу множественных инородных тел в желудочно-кишечном тракте: клинический случай 96
Ким К.О., Ермухан Н.Ж., Смагулова Д.У., Турсунов К.Т. Толебек Б.Е.

Хирургическая коррекция сколиоза IV степени на фоне спинально-мышечной атрофии с использованием малоинвазивного дорсального доступа 97
Киселёва О.А., Шавырин И.А., Сажнев М.Л., Кешишян Р.А.

Травматические повреждения поджелудочной железы у детей: обоснование органосохраняющей хирургической тактики с применением панкреатоеюноанастомоза 98
Кисленко А.А., Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Задвернюк А.С., Шоминова А.О., Зайнулабидов Р.А., Чумакова Г.Ю.

Робот-ассистированная пиелопластика у детей 100
Козлов Ю.А., Марчук А.А., Рожанский А.П., Сапухин Э.В., Страшинский А.С.

Опыт лечения осложненных форм воспалительных заболеваний кишечника у детей 101
Койнов Ю.Ю.,Грамзин А.В.,Трушин П.В., Кривошеенко Н.В., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Глазков А.А., Охотина А.А., Тратонин А.А., Хорошман Н.Е.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Результаты лечения детей с атрезией тонкой кишки с применением энтеропластики ... 102
Койнов Ю.Ю., Грамзин А.В., Кривошеенко Н.В., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Глазков А.А., Охотина А.А., Тратонин А.А., Трушин П.В.

Состояние нейронов в стенке кишки, ближайшей к аганглионарному сегменту, и в восходящей кишке при болезни Гиршпрунга ... 103
Колесникова Н.Г., Сварич В.Г., Сапарбеков А.А., Тлупова М.З.

Анатомические особенности крипторхированного яичка ... 104
Комарова С.Ю., Цап Н.А., Екимов М.Н., Шнайдер И.С., Тимошинов М.Ю., Гайдышева Е.В., Смирнова С.Е., Кошелева Ю.А.

Первичный спонтанный пневмоторакс у детей: к проекту клинических рекомендаций ... 105
Кондратьева Е.И., Лошкова Е.В., Морозов Д.А., Айрапетян М.И., Елагина В.И., Михайленко Д.С., Куцев С.И.

Эндоскопические методы в лечебно-диагностическом процессе у пациентов с термическими ожогами ... 106
Корнилова А.Б.

Клинический случай девочки с EEC-синдромом и передней клоакой ... 107
Костюченко А.С., Писклаков А.В., Павленко Н.И., Дука М.В., Пустовецкая Е.С.

Анализ осложнений 100 континентных везикостом у детей ... 108
Красильников Д.Е., Осипов И.Б., Сарычев С.А., Лебедев Д.А., Соснин Е.В.

Восстановление энтерального питания у новорожденных с атрезией тонкой кишки: технические аспекты ... 109
Кузьминых С.В., Подкаменев А.В., Сырцова А.Р., Ти Р.А., Дворецкий В.С., Аджамоглян А.А., Мурашова О.А., Грицай Е.А., Мызникова И.В.

Наш опыт хирургического лечения травм поджелудочной железы ... 110
Лепихов И.П., Щербинин А.В., Харагезов А.М.

Значение 3D магнитно-резонансной холангиопанкреатографии для хирургии кистозных расширений желчных протоков у детей 111
Луковкина О.В., Соколов Ю.Ю., Шолохова Н.А., Зыкин А.П.

Оценка отдаленных результатов хирургической коррекции послеожоговых рубцовых контрактур локтевого и плечевого суставов у детей ... 112
Мадазимов М.М., Кетмонов А.Г., Гафуров А.А., Нематжонов Ф.З.

Трансуретральная литотрипсия у детей: первый опыт лечения ... 113
Марчук А.А., Козлов Ю.А., Сапухин Э.В., Рожанский А.А., Тещук Р.А., Старашинский А.С., Яковченко С.Н.

Эндоскопические методики в лечении разрыва двенадцатиперстной кишки с повреждением холедоха у ребенка 15 лет ... 114
Меркулова А.О., Карасева О.В., Харитонова А.Ю., Шавров А.А., Фролов Е.А., Мельников И.А., Голиков Д.Е., Недолужко И.Ю.

Осложнения перкутанной эндоскопической гастростомии (ПЭГ) у педиатрических пациентов ... 116
Мешков А.В., Кузнецова Ю.В.

Некротизирующий энтероколит у недоношенных новорожденных ... 117
Минаев С.В., Герасименко И.Н., Бутусова С.П., Обедин А.Н., Багдасарян М.С., Афанасова А.И., Лайпанов Р.С.

Применение 3D-реконструкции на основе искусственного интеллекта при торакоскопической эхинококкэктомии: клинический случай ... 118
Минаев С.В., Рубанова М.Ф., Герасименко И.Н., Бутусова С.П., Багдасарян М.С.

Комплексный подход в ведении пациентов с высоким риском образования рубцов ... 119
Минаев С.В., Владимирова О.В., Герасименко И.Н., Ивченко А.А.

Сравнительный анализ результатов лечения новорожденных с проксимальной атрезией тощей кишки ... 120
Мокрушина О.Г., Шумихин В.С., Халафов Р.В., Левитская М.В., Петрова Л.В., Ерохина Н.О., Морозов Д.Д.

Результаты лечения новорожденных с экстрофией мочевого пузыря ... 122
Мокрушина О.Г., Шумихин В.С., Левитская М.В., Ерохина Н.О., Петрова Л.В., Сат А.В., Нагорная Ю.В., Халафов Р.В., Морозов Д.Д., Поморцев Н.В.

Десятилетний опыт лечения плевральных осложнений у детей с деструктивной пневмонией ... 123
Молотов Р.С., Еремин Д.Б., Батаев С.М., Чащухина А.Б., Тукабаев Г.П., Зурбаев Н.Т.

Осложненное течение острого аппендицита у ребенка 6 лет: клинический случай ... 124
Морозов Д.А., Айрапетян М.И., Айрян Э.К., Хадонов С.О., Проплеткина К.Д.

Адаптированная шкала диагностики острого аппендицита у детей ... 125
Морозов Д.А., Айрян Э.К., Айрапетян М.И., Артамонова А.А.

Молекулярно-цитогенетическое исследование тканеспецифичной геномной нестабильности у детей с вариантами крипторхизма ... 126
Морозов Д.А., Юров И.Ю., Куринная О.С., Карпачев Е.С., Гасанов К.Э., Подгорный А.Н., Комлев А.А.

Атипичное отхождение левой подвздошной артерии у пациента с абдоминальной формой крипторхизма: клинический случай ... 127
Морозов К.Д., Шмыров О.С.

Перекрут яичка у ребенка 9 месяцев: клинический случай ... 129
Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю.

Случай двухстороннего орхоэпидидимита с абсцессом придатка слева ... 130
Мохаммад Башир, Давлицаров М.А., Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Эпидермальная киста семенного канатика у ребенка 2 лет . . . 131
Мохаммад Башир, Цыбин А.А., Дегтярев П.Ю., Крук Н.Н., Нагуманов И.А., Онищенко Д.Д.

Роль нового подхода в лечении костных кист способом длительного непрерывного аспирационного дренирования в детской практике . . . 132
Мохаммад Башир, Верцанова В.В., Вайс А.В., Даильнева К.В., Меликян Р.В.

Инородные тела в нижних дыхательных путях при затяжном и хроническом кашле у детей: клинические случаи . . . 133
Мыкыев К.М.

Затяжной и хронический кашель у детей с позиции детского хирурга . . . 135
Мыкыев К.М.

Замещение обширных раневых дефектов мягких тканей методом дозированного тканевого растяжения . . . 136
Налбандян Р.Т., Мединский П.В. Громова А.А.

Диагностика и тактика лечения нейрососудистых нарушений при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей: клинические случаи . . . 137
Неверов А.В., Рябых С.О., Айрапетян М.И.

Развития дивертикула пищевода и стеноза трахеи на фоне длительно стоящего инородного тела пищевода у ребенка: клинический случай . . . 139
Недид С.Н., Белоус Р.А., Смирнова Н.Е., Вдовин О.Б.

Этиологический компонент и лечебно-диагностическая тактика при пневмотораксе у детей . . . 141
Некрасова Е.Г., Цап Н.А., Колесникова И.С., Оленина Н.В., Мликова Т.В.

Полностью утопленный половой член после остеотомии и сведения лонных костей у пациента с экстрофией: клинический случай . . . 142
Николаев В.В., Демин Н.В., Ладыгина Е.А.

Инновационные технологии — перспективный путь в хирургии гигантских невусов у детей . . . 143
Нишонов Д.К., Рохоев М.А., Савлаев К.Ф., Шароев Т.А.,Алпатов В.Ю.

Когда нужна стома пациенту с воспалительными заболеваниями кишечника? . . . 144
Новожилов В.А., Степанова Н.М., Звонков Д.А., Семенюта А.А., Монгуш Н.Н.

Выбор метода деривации мочи у детей первых месяцев жизни при обструктивном уретерогидронефрозе . . . 145
Охотина А.А., Тратонин А.А., Грамзин А.В., Кривошеенко Н.В., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Глазков А.А., Койнов Ю.Ю., Трушин П.В., Миронова А.А.

Заболевания наружных половых органов у девочек как междисциплинарная проблема . . . 146
Павленко Н.И., Писклаков А.В., Дука М.В., Пустовецкая Е.С.

Оперативное лечение посттравматических псевдокист поджелудочной железы у детей: клинические случаи . . . 147
Павлушин П.М., Грамзин А.В., Миронова А.А., Койнов Ю.Ю., Дробязгин Е.А., Добров С.Д., Трушин П.В.

Магнитно-резонансная томография в ранней диагностике острого гематогенного остеомиелита у детей . . . 148
Петров Е.М., Дубасова Н.М., Милюкова Л.П., Мороз С.В., Халтанова Д.Ю., Кунц М.Л., Ангархаева Л.В., Саловарова М.П., Круталевич Ю.М., Бельский Е.С.

Лечение осложненной декубитальной язвы на фоне грубой деформации позвоночника у паллиативного ребенка . . . 149
Петров Е.М., Милюкова Л.П., Обарчук О.Г., Кунц М.Л., Саловарова М.П., Мороз С.В., Халтанова Д.Ю., Ангархаева Л.В., Круталевич Ю.М., Бельский Е.С.

Тактика лечения повреждений Монтеджи у детей в зависимости от сроков давности травмы . . . 150
Петрухин И.А., Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Трусова Н.Г., Коротеев В.В., Исаев И.Н., Лозовая Ю.И., Семенов А.В., Гришин А.А., Ти-Мин-Чуа Д.В.

Дериваты мюллеровых протоков у пациента с абдоминальным крипторхизмом: клинический случай . . . 151
Петрухина Ю.В., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Захаров А.И., Блох С.П., Текотов А.Н., Бетанов З.В., Струянский К.А., Кузнецова М.С., Склярова Т.А., Пепеляева И.М.

Континентное отведение мочи у детей с экстрофией мочевого пузыря и эктрофией клоаки . . . 152
Петрухина Ю.В.,, Даренков С.П., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б., Захаров А.И., Текотов А.Н., Бетанов З.В., Шумихина М.В., Струянский К.А., Кузнецова М.С., Склярова Т.А., Пепеляева И.М., Пинчук И.С.

Профилактика имплант-ассоциированных рисков при коррекции сколиозов у детей . . . 153
Пимбурский И.П., Челпаченко О.Б., Жердев К.В., Бутенко А.С

Предварительное отведение мочи при обструктивных уропатиях у детей раннего возраста . . . 154
Писклаков А.В., Мороз С.В., Павленко Н.И., Шевляков А.С., Костюченко А.С., Григоренко А.В., Конова А.В.

Эффективность стентирования верхних отделов мочевыделительной системы при обструктивных уропатиях у детей . . . 155
Подгорный А.Н., Морозов Д.А., Айрян Э.К., Полещук Л.А.

Лечение детей с паховыми грыжами в условиях стационара одного дня . . . 156
Поддубный Г.С., Иманалиева А.А., Сиднев А.Х., Корочкин М.В., Манжос П.И.

Лапароскопические операции при варикоцеле в условиях стационара одного дня . . . 157
Поддубный Г.С., Корочкин М.В., Иманалиева А.А., Сиднев А.Х., Манжос П.И.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Кишечное кровотечение при воспалительных заболеваниях кишечника: клинические случаи ... 158
Подлипаева С.Г., Петров Д.А., Цимбалова Е.Г.

Случай успешного хирургического лечения ребенка с полным травматическим отрывом бронха ... 159
Поклад А.А., Симонов А.В., Кузнецов С.А., Шаршов Ф.Г., Бабич И.И.

Современный выбор хирургического лечения у детей с портальной гипертензией ... 160
Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Митупов З.Б., Чумакова Г.Ю., Зайнулабидов Р.А.

Опыт робот-ассистированных торакоскопических вмешательств у детей ... 161
Рожанский А.П., Козлов Ю.А., Сапухин Э.В., Марчук А.А., Гасанов А.Г., Тещук Р.А., Муравьев С.А., Джурабаев И.И., Савин И.Н.

Редкая, рецидивирующая злокачественная опухоль из клеток сертоли-лейдига правого яичника у ребенка 11 лет: успешное сочетание хирургии и химиотерапии ... 162
Рохоев М.А., Шароев Т.А., Юрченко М.Ю. Алпатов В.Ю.

Функциональные основы деривации мочи в лечении пациентов с двусторонним мегауретером ... 164
Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю.

Синдромальный крипторхизм у пациентов с пороками развития органов мочевыделительной системы — иные механизмы патогенеза ... 165
Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Романюк Д.С.

Органосохраняющее хирургическое лечение при опухолях костей у детей ... 166
Савлаев К.Ф., Рохоев М.А., Алпатов В.Ю., Иванова Н.М.

Мобилизация основной дуги деформации при хирургическом лечении идиопатического сколиоза у детей: показания и критерии выбора ... 167
Самохин К.А., Челпаченко О.Б., Котлубаев Р.С., Пимбурский И.П., Глухова Т.В., Нсанбаев Б.С.

Анализ эффективности двухэтапного хирургического лечения сколиоза у пациентов с использованием видеоассистированной торакоскопии ... 168
Самохин К.А., Челпаченко О.Б., Пимбурский И.П., Котлубаев Р.С., Глухова Т.В., Нсанбаев Б.С.

Редкий случай острого гематогенного остеомиелита мыщелка затылочной кости у 13-летней девочки: клиническое наблюдение ... 169
Самохин К.А., Котлубаев Р.С., Кремин А.С., Казюлин Д.А., Чарухов Б.Э., Ерохина О.А., Поснов А.А.

Робот-ассистированная лапароскопическая фундопликация Nissen у детей: описание серии случаев ... 170
Сапухин Э.В., Козлов Ю.А., Рожанский А.П., Марчук А.А., Гасанов А.Г., Тещук Р.А., Муравьев С.А., Колчина А.А., Джурабаев И.И., Савин И.Н.

Клиническое наблюдение стрептококковой деструкции легкого у двухлетней девочки ... 171
Сатывалдаев М.Н., Бойко Д.А., Аксельров М.А., Бродер И.А.

Клиническое наблюдение спонтанного пневмоторакса у подростка ... 172
Сатывалдаев М.Н., Бойко Д.А., Аксельров М.А., Бродер И.А.

Эффективность системной реабилитации при болезни Гиршпрунга у детей ... 173
Сварич В.Г., Подкаменев А.В.

Выбор уровня фиксации транспедикулярной конструкции при хирургическом лечении юношеского идиопатического сколиоза ... 174
Семенов А.В., Выборнов Д.Ю., Тарасов Н.И., Коротеев В.В., Крестьяшин В.М., Лозовая Ю.И., Исаев И.Н., Трусова Н.Г., Бородкин И.О.

Современные возможности лечения детей с врожденной непроходимостью тонкой кишки ... 175
Скопец А.А., Караваева С.А., Котин А.Н., Новопольцева О.Н., Патрикеева Т.В., Попова Е.Б., Веремейчик С.А., Гаджиева А.М.

Эндоскопическое бужирование пищевода у детей ... 176
Смирнов А.К., Каширин С.Д., Герасименко К.И., Хазиев А.Т.

Редкий клинический случай пациента с множественными аномалиями развития ... 177
Смирнова Н.Е. Белоус Р.А., Недид С.Н., Щур А.Ю., Фоминский А.А.

Травма поджелудочной железы у детей: результаты многоцентрового исследования ... 178
Соколов Ю.Ю., Карасева О.В., Пинигин А.Г., Бакулина А.М.

Оптимизация хирургической тактики у детей с младенческими гемангиомами с применением мониторинга цифровой визуализации ... 179
Сомсиков Г.А., Соколов Ю.Ю., Игнатьев Е.А.

Редкая форма секвестрации легкого: клинический случай ... 180
Стальмахович В.Н., Страшинский А.С., Шарганов К.Н.

Осложнение лапароскопической биопсии опухоли забрюшинного пространства у ребенка 17 лет: кровотечение с массивной кровопотерей ... 181
Страшинский А.С., Стальмахович В.Н., Муравьев С.А., Сапухин Э.В., Демченкова М.В.

Артерио-венозная мальформация кисти (кавернозная гемангиома): клинический случай ... 182
Страшинский А.С., Стальмахович В.Н., Муравьев С.А., Сапухин Э.В., Умнова С.Ю.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Синдром отсутствия кишки (no gut syndrome) у младенцев: анализ серии из трех клинических наблюдений 183
Сырцова А.Р., Подкаменев А.В., Мызникова И.В., Барсукова О.А., Фоменко А.А., Исаева З.Р., Ти Р.А., Кузьминых С.В., Дворецкий В.С., Аджамоглян А.А., Мурашова О.А., Саранчёнкова Е.А., Нейдорф П.О.

Хирургическая коррекция идиопатического сколиоза III–IV степени у детей и подростков в условиях многопрофильного стационара: опыт лечения за 20 лет 185
Тарасов Н.И., Выборнов Д.Ю., Коротеев В.В., Семенов А.В., Крестьяшин В.М., Лозовая Ю.И., Исаев И.Н., Трусова Н.Г., Бородкин И.О.

Недержание мочи при удвоении почек у детей 186
Тен К.Ю., Киптилов А.В., Росляков Н.С., Тен Ю.В., Елькова Д.А., Лихачева А.И., Герасимчук С.Ю.

Хирургическая коррекция сочетанной врожденной патологии: атрезии пищевода с трахеопищеводным свищем и атрезии двенадцатиперстной кишки 187
Тен К.Ю., Самсонов А.А., Донских Д.С., Тен Ю.В., Елькова Д.А.

Неэпителиальные подслизистые образования пищевода у детей 188
Тен К.Ю., Силинский А.И., Тен Ю.В., Насонов Н.В., Елькова Д.А., Румянцев А.А., Клеймёнов Е.В.

Желчекаменная болезнь у детей 189
Тен Ю.В., Гурьянов А.А., Тен К.Ю., Насонов В.В., Денцель А.Ф., Силинский А.И., Елькова Д.А.

Тактика ведения детей с микросфероцитозом Минковского–Шоффара и значение добавочных селезенок 190
Тен Ю.В., Румянцев А.А., Елькова Д.А., Тен К.Ю., Нестеров Ю.Н., Зацепин Р.Д.

Редкие формы эхинококкоза у детей. 191
Тен Ю.В., Тимошенская Н.В., Комарова Н.А., Тен К.Ю., Елькова Д.А., Герасимчук С.Ю.

Грыжа Лесгафта–Грюнфельда: от анатомии до хирургической коррекции в детском возрасте: клинический случай 192
Тимашев И.В., Барская М.А., Варламов А.В.

От острого аппендицита к болезни Крона: клинический случай 193
Тимашев И.В., Барская М.А., Варламов А.В.

Реконструктивные операции при переломах лицевого скелета в критическом периоде политравмы у детей 194
Тимофеева А.В., Мельников А.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Карасева О.В.

Отдаленные результаты хирургического лечения гастрошизиса у новорожденных 195
Тошматов Х.З., Нематжонов Ф.З., Гафуров А.А., Холбоев О.З.

Факторы риска некротизирующего энтероколита у недоношенных детей 196
Тошматов Х.З., Нематжонов Ф.З., Гафуров А.А.

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани как фактор риска спонтанного пневмоторакса у детей 197
Файзуллаев В.Х., Муратов И.В., Мельник С.И.

Значение гепатобилисцинтиграфии в диагностике желчнокаменной болезни у детей 198
Файзуллаев В.Х., Сварич В.Г.

Осложненные формы болезни Крона у детей. Хирургическое лечение 199
Филиппов Д.В., Гурович А.О., Зуев М.Е., Бурая С.А.

Аневризма верхней брыжеечной артерии у ребенка 200
Филоненко А.В., Биналиев И.О., Гаспарян Р.А., Сизонов В.В., Бабич И.И.

Некротизирующий энтероколит: от диагностики до прогноза осложнений 201
Фозилжон-зода М., Шамсиев А.М., Атакулов Ж.О., Гарифулина Л.М.

Эндоскопическое трансгастральное дренирование острых жидкостных скоплений и псевдокист при травме поджелудочной железы у детей 202
Фролов Е.А., Карасева О.В., Шавров А.А., Харитонова А.Ю., Меркулова А.О., Недолужко И.Ю., Алексеев И.Ф., Батунина И.В., Мельников И.А.

Первичная илеоцекальная резекция vs биологической терапии при болезни Крона у детей: сравнительный анализ исходов и рисков рецидива 203
Хабибуллина Л.Р., Щербакова О.В., Авсеенко В.И.

Типичные и атипичные резекции легких у детей 204
Цап Н.А., Некрасова Е.Г., Колесникова И.С., Оленина Н.В., Мликова Т.В.

Сложный случай сочетания врожденных дефектов передней брюшной стенки 205
Цап Н.А., Суенкова Д.Д., Шибанова О.А., Чудаков В.Б.

Микробиологическая структура остеомиелитического очага у детей 206
Цыбин А.А., Мишина О.Г., Мартынов М.Д., Даильнева К.В., Мохаммад Башир

Трудный случай дифференциальной диагностики острого гематогенного остеомиелита 207
Цыбин А.А., Вальгер А.О., Вайс А.В., Меликян Р.В., Верцанова В.В.

Ранняя диагностика и лечение фиброзно-кистозных поражений костной ткани у детей 208
Цыбин А.А., Даильнева К.В., Вайс А.В., Мохаммад Башир, Мартынов М.Д.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Анализ методов и исходов оперативного лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости в детском возрасте 209
Черный С.П., Гордиенко И.И., Цап Н.А., Марфицын А.В.

Современная тактика лечения спонтанного пневмоторакса у детей 210
Чумакова Г.Ю., Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Зайнулабидов Р.А., Шоминова А.О.

Инновационные технологии в хирургическом лечении врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей 211
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А.

Инновационный метод лечения врожденного гидронефроза 212
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А.

Отдаленные результаты дилатационной терапии при химических ожогах пищевода у детей 213
Шамсиев А.М., Шахриев А.К., Халилов Г.К., Шамсиев Р.Ж.

Клинический опыт и совершенствование подходов к лечению аппендикулярного перитонита у детей 214
Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Атакулов Д.О.

Эндокоррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса в урологии детского возраста 215
Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М, Юсупов Ш.А., Данияров Э.С.

Инновации в диагностике и терапии инвагинации кишечника у детей 216
Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Махмудов З.М., Юсупов Ш.А.

Особенности хирургической тактики при атрезии тонкой кишки у новорожденных 217
Швалев Ф.М., Цап Н.А., Чудаков В.Б.

Осложнения колоэзофагопластики у детей 218
Шмыкова А.О., Алхасов А.Б., Ратников С.А.

Осложненное течение нейроинтестинальной дисплазии толстой кишки: клинический случай 219
Шнайдер И.С., Цап Н.А., ЧукреевА.В., Тимошинов М.Ю., Гайдышева Е.В.

Рецидивирующие боли в животе при хронической инвагинации кишечника у детей с синдромом Пейтца — Егерса: клинический случай 220
Шокуева А.Д., Шокуев Э.М., Егорова О.О., Корепанов А.А., Шкляев П.О., Кашина А.А.

Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний костей у детей: роль лучевых методов исследования на примере серии клинических наблюдений 221
Шолохова Н.А., Зверева М.В., Луковкина О.В., Соколов Ю.Ю., Беляков С.А.

Оценка диагностической эффективности общедоступных искусственных интеллектуальных моделей при остром аппендиците у детей 222
Шомах А.И., Перепёлкин А.И., Синицын А.Г.

Хирургическое лечение сложных форм воронкообразной деформации грудной клетки у детей 223
Шоминова А.О., Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Игнатьев Р.О., Снегирева В.В.

Случай успешного этапного лечения комбинированной травмы у ребенка с применением хронической дерматензии 224
Шпагин Д.Е., Ливадаров А.В., Обарчук О.Г., Ангархаева Л.В., Фомина Н.А.

Комбинированное лечение миастении у детей..... 225
Шубин Н.В., Алхасов А.Б., Кузенкова Л.М., Куренков А.Л., Ратников С.А., Комина Е.И., Абдуллаева Л.М.

Редкая причина хронической дуоденальной непроходимости у подростка 226
Щебеньков М.В., Волерт Т.А., Калинина Д.С., Корнилова А.Б., Шевченко В.Е., Голубева М.В.

Полное удвоение желчного пузыря у ребенка 1 года: клиническое наблюдение 227
Щебеньков М.В., Волерт Т.А., Рязанцев А.И.

Редкий случай бронхогенной кисты абдоминального отдела пищевода у подростка 228
Щебеньков М.В., Волерт Т.А., Шевченко В.Е., Голубева М.В.

Заворот редкой опухоли большого сальника, как причина острых болей в животе у мальчика 9 лет 229
Щебеньков М.В., Рязанцев А.И., Селезнёва В.Р.

Травма поджелудочной железы и острый панкреатит у детей: анализ клинических случаев 230
Щедров Д.Н., Шангареева Р.Х., Ковалева В.Д., Сырлыбаева Р.Р., Гарова Д.Ю., Соколов С.В., Морозов Е.В., Бахтин Н.В.

Стент-ассоциированный уролитиаз у детей 231
Щедров Д.Н., Шорманов И.С., Гарова Д.Ю., Смирнова К.С.

Экстренные операции у детей с осложненной болезнью Крона 232
Щербакова О.В., Хабибуллина Л.Р.

Множественные неодимовые магниты кишечника у ребенка 6 лет 233
Щур А.Ю., Белоус Р.А., Смирнова Н.Е.

Аспекты диагностики и лечения детей с различными вариантами крипторхизма: опыт одного центра 234
Юнусов Ш.Ш., Ибрагимов Ж.Х., Рахмонов А.М.

Результаты лечения политравмы у детей в условиях травмоцентра I уровня 235
Янюшкина О.Г., Карасева О.В.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Хирургическая тактика при инвагинационной кишечной непроходимости у детей

Абдувалиева Ч.М.[1], Гафуров А.А.[1], Ибрагимов Ж.Х.[1],
Аллаев М.Я.[1], Исроилов Ш.Ш.[2]

[1] Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан;

[2] Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Острая кишечная инвагинация является наиболее частым видом кишечной непроходимости и занимает второе место среди ургентной патологии органов брюшной полости у детей. Она часто возникает у детей грудного возраста и занимает первое место (70–80%) от всех видов приобретенной кишечной непроходимости. Диагностические ошибки при данной патологии являются причиной осложнений и летальных исходов.

Цель — повышение эффективности результатов диагностики и хирургического лечения инвагинации кишок у детей.

Методы. В клинике детской хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП в 2022–2025 годах находились 74 ребенка с инвагинацией кишечника. В возрасте до 1 года — 44 (59,4%) больных, до 2 лет — 20 (27,4%) больных и от 3 до 15 лет — 10 (13,5%) больных. В зависимости от продолжительности болезни в клинику поступили в течение 6 часов от начала болезни — 24 (32,2%) больных, в течение 12 часов — 21 (28,3%) больных, в течение 24 часов — 11 (14,8%) больных, в течение 48 часов — 11 (14,8%) больных и на 3–4-е сутки — 7 (9,4%) больных.

Результаты. Оперировано 74 ребенка с острой кишечной инвагинацией. По локализации инвагината у 5 (6,7%) больных была тонко-тонкокишечная, у 51 (68,9%) подвздошно-ободочная и у 18 (24,3%) слепо-ободочная инвагинация.

Из 74 оперированных детей в 3 случаях в связи с деструктивными изменениями в зоне инвагинации произведена резекция с наложением анастомоза «конец в конец». В 2 наблюдениях в связи с резекцией илеоцекального угла в едином блоке анастомоз наложен «конец в бок». Двум больным с тонкокишечной инвагинацией на почве дивертикула Меккеля, осложненной перитонитом, резекция некротизированной части кишки завершилась формированием двойной энтеростомии. Остальным пациентам произведена интраоперационная дезинвагинация. В 21 случае у больных с подвздошно-ободочной инвагинацией с изменением червеобразного отростка произведена аппендэктомия.

В послеоперационном периоде в 3 наблюдениях возникла необходимость в релапаротомии: с несостоятельностью анастомоза у 1 больного, продолжающемся перитоните у 2 больных.

Заключение. Таким образом, при лечении инвагинационной кишечной непроходимости необходим дифференцированный подход к использованию различных методов лечения, соответствующих выявленным вариантам патологии. При раннем поступлении (до 12 часов) пациента лечение консервативное, при неэффективности которого необходимо перейти к лапароскопической дезинвагинации, а при технической невозможности этого метода — выполнить лапаротомию и открытую дезинвагинацию.

Ключевые слова: хирургическая тактика; инвагинационная кишечная непроходимость; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Хирургическая тактика и послеоперационное лечение детей с комбинированной абдоминальной травмой

Абуев И.У.[1], Бабич И.И.[1], Кацупеев В.Б.[2], Мельников Ю.Н.[3]

[1] Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия;
[2] Городская клиническая больница № 20, Ростов-на-Дону, Россия;
[3] Детская городская больница, Шахты, Ростовская область, Россия

Актуальность. Комбинированные повреждения печени и селезенки у детей относятся к числу наиболее тяжелых вариантов абдоминальной травмы и сопровождаются высоким риском массивного внутрибрюшного кровотечения, развитием травматического и геморрагического шока, а также выраженных нарушений гемодинамики. Тяжесть состояния пациентов определяется не только объемом кровопотери, но и сложностью достижения надежного гемостаза при множественных повреждениях паренхиматозных органов. При вынужденной спленэктомии у детей возникает риск развития постспленэктомического гипоспленизма, сопровождающегося снижением иммунологической реактивности организма и повышением вероятности инфекционных осложнений. В связи с этим особую актуальность приобретает поиск хирургических методов, позволяющих одновременно обеспечить эффективный локальный гемостаз и сохранить функционально активную селезеночную ткань.

Цель — улучшить результаты лечения детей с тяжелой комбинированной абдоминальной травмой, а также оценить эффективность разработанного способа аутотрансплантации селезеночной ткани в рану печени для достижения надежного локального гемостаза и профилактики послеоперационного гипоспленизма у детей с сочетанными повреждениями печени и селезенки.

Методы. Проведен анализ результатов лечения 57 пациентов с комбинированной абдоминальной травмой, находившихся на лечении в клиниках детской хирургии РостГМУ в период 2015–2026 гг. Всем пациентам проводилось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование с оценкой характера и степени повреждений органов брюшной полости. У 27,8% пациентов применена разработанная методика гемостаза ран печени и селезенки III–IV степени с использованием фибринового клея «Ивисел» и аутолиенотрансплантации тонким лоскутом селезеночной ткани без использования шовного материала. Тонкий трансплантат с сохраненной капсулой фиксировался в зоне повреждения печени, обеспечивая дополнительный гемостатический эффект. Эффективность методики оценивалась по клиническим данным, показателям гемостазиограммы, длительности интенсивной терапии и результатам иммунологических тестов.

Результаты. Предложенная методика обеспечивала надежный гемостаз размозженной раны печени без применения шовной фиксации трансплантата. Использование тонкого трансплантата с сохраненной капсулой позволяло снизить риск некроза центральной части трансплантированной ткани и способствовало сохранению ее функциональной активности. В послеоперационном периоде отмечалась стабилизация показателей гемостазиограммы, уменьшение объема интенсивной гемостатической терапии уже к третьим суткам после операции, а также более быстрое восстановление функций желудочно-кишечного тракта. Методика позволила сократить сроки пребывания пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии до трех суток. Отмечались раннее удаление дренажей из брюшной полости и купирование пареза кишечника ко вторым суткам послеоперационного периода.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Аутотрансплантация тонкого фрагмента селезеночной ткани в рану печени может рассматриваться как эффективный способ одновременного достижения локального гемостаза и сохранения функционально активной селезеночной ткани после вынужденной спленэктомии у детей с тяжелой комбинированной абдоминальной травмой. Предложенная методика проста в исполнении, применима в условиях любого ургентного хирургического стационара, не требует дополнительного оборудования и может быть рекомендована для более широкого внедрения в практику детской хирургии.

Ключевые слова: дети; абдоминальная травма; травма печени; травма селезенки; спленэктомия; аутотрансплантация селезеночной ткани; гемостаз.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Замещение дефекта мочеточника сегментом тонкой кишки: клинический случай

Айрян Э.К.[1,2], Морозов Д.А.[2], Староверов О.В.[3], Кузовлева Г.И.[3]

[1] Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка», Москва, Россия;

[2] Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

[3] Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

Актуальной проблемой урологии является восстановление мочеточника после ятрогенных повреждений.

Представлен клинический пример подростка 14 лет с диагнозом: носитель терминальной уретерокутанеостомы справа, полное удвоение собирательной системы почек с двух сторон, пузырно-мочеточниковый рефлюкс V степени в нижнюю половину слева. Известно, что в возрасте 8 лет произведена лапароскопическая геминефруретерэктомия, осложнившаяся ятрогенным повреждением мочеточника здоровой половины удвоенной почки, после операции имело место подтекание мочи по страховочному дренажу. В экстренном порядке наложена чрескожная пункционная нефростома, которая в последствии заменена на терминальную уретерокутанеостому. При плановом обследовании в подростковом возрасте дефицит длины составил более 20 см. На контрольной цистоуретрографии сохранялся рефлюкс V степени в нижний удвоенный сегмент правой почки, а также рефлюкс в дистальную культю справа. По данным компьютерной томографии с контрастным усилением функция почки сохранная, диурез с двух сторон симметричный, концентрационная функция справа не нарушена. По результатам обследования поставлены следующие хирургически задачи, требующие решения: выбор оптимального способа реконструкции (аутотрансплантация или замещающая пластика), геминефруретерэктомия слева. Учитывая сохранную функцию почки, а также тот факт, что функционирующей половиной слева является верхняя половина, после ранее проведенных неоднократных операций от аутотрансплантации принято решение отказаться. Сформированы показания к пластике сегментом тонкой кишки, операция проведена лапароскопическим доступом, в качестве сегмента выбран участок подвздошной кишки 25 см, целостность кишечной трубки восстановлена при помощи эндоскопического степлерного шва. После подготовки изоперистальтического сегмента кишка соединена с мочеточником узловыми швами, а фиксирована к слизистой детрузора с формированием антирефлюксного механизма. В качестве дренирования мочевых путей произведена ретроградная установка селективного мочеточникового стента, который удален на 12-е сутки после операции. При контрольном ультразвуковом исследовании почек и мочевого пузыря кровоток справа сохранен, справа умеренная пиелоэктация 12 мм, в мочевом пузыре слизь, визуализирован сегмент кишки на всем протяжении, кровоток в нем сохранный, диаметр сегмента кишки 14 мм. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии через две недели после операции. Спустя 5 месяцев выполнена контрольная внутривенная урография, функция почки справа сохранная. По данным ультрозвукового исследовании почек кровоток сохранный.

Ключевые слова: ятрогенные повреждения; дефект мочеточника; кишечная пластика; удвоение мочевых путей.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Осложнения лапароскопической холецистэктомии у детей

Акопян М.К.[1,2], Ефременков А.М.[1], Донской Д.В.[1,2], Коровин С.А.[1], Ахматов Р.А.[1,2], Соколов Ю.Ю.[1,2]

[1] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;
[2] Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

Обоснование. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) считается «золотым стандартом» хирургического лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) у детей благодаря минимальной инвазивности, сниженной послеоперационной боли и короткому сроку пребывания в стационаре. В то же время, несмотря на общую безопасность метода, осложнения ЛХЭ остаются актуальной проблемой в детской хирургии. Общая частота осложнений у детей составляет 3–4%, при этом билиарные осложнения, включая повреждения желчных протоков, наблюдаются в 0,4–0,5% случаев, что может приводить к необходимости повторных хирургических вмешательств и последующей длительной реабилитации. По нашим наблюдениям, осложнения ЛХЭ приводят к увеличению продолжительности пребывания в стационаре и повышению затрат на лечение, что отражает значимую нагрузку для системы здравоохранения и семей пациентов. Остаются нерешенными проблемы частоты встречаемости и характера осложнений ЛХЭ, факторов риска их развития, а также эффективности предложенных алгоритмов диагностики и лечения. Данное исследование направлено на систематический анализ осложнений ЛХЭ у детей и попытку разработки оптимального алгоритма профилактики и хирургической коррекции осложнений. По нашему мнению, это позволит восполнить имеющийся пробел в билиарной хирургии детского возраста и повысить безопасность хирургического лечения ЖКБ у детей.

Цель — проанализировать у детей частоту встречаемости, характер и факторы риска развития осложнений лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), а также разработать алгоритм их хирургической коррекции.

Методы. Настоящее исследование представляет собой ретроспективное наблюдательное исследование серии случаев на базе данных стационарных пациентов. Основная выборка включала данные 383 ЛХЭ. Сбор данных о пациенте, характеристиках операции и исходах был осуществлен ретроспективно. Оценка исходов проводилась с фиксацией всех случаев осложнений в течение периода наблюдения и последующим анализом частоты, характера и факторов риска развития осложнений.

Результаты. Общая частота осложнений составила 4,7%, из них наиболее часто встречались повреждения желчных протоков (1,82%). Статистически значимыми факторами риска выступали воспалительные изменения стенки желчного пузыря, возраст больных и отступление от стандартной техники ЛХЭ. При этом, влияние на частоту осложнений таких факторов, как опыт хирурга, вариантная анатомия желчных протоков и индекс массы тела, не установлено.

Заключение. ЛХЭ у детей может являться безопасным оперативным вмешательством при условии персонализированного подхода с тщательной предоперационной оценкой результатов инструментальных методов исследований и полного соблюдения технологии оперативного вмешательства. При возникновении осложнений необходимо придерживаться алгоритма, разработанного на основания метаанализа взрослых и детских хирургов. Восстановительные и реконструктивные вмешательства на желчных протоках рекомендуется выполнять этапно в крупных центрах с большим опытом билиарной хирургии.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия; осложнения; повреждения желчных протоков; чрескожная чреспеченочная холангиостомия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Осложнения трахеостомии у детей

Алибеков Э.А., Жидовинов А.А., Яснопольский Ю.В.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

Актуальность. Появление осложнений и неблагоприятных последствий трахеостомий тесно связано с техническими особенностями проведения оперативного вмешательства и последующего ухода за трахеостомой. По данным разных авторов, частота осложнений процедуры у детей достигает 40%, а трахеостом-ассоциированная летальность у детей — до 3,5%; в основном она вызвана обструкцией канюли (30–45%) или случайной деканюляцией (20–30%). Несмотря на совершенствование техники трахеостомии, частота ранних и поздних осложнений у детей остается высокой, что свидетельствует о нерешенности проблемы выбора оптимальной хирургической тактики. Это определяет необходимость анализа клинического опыта и поиска решений, направленных на снижение частоты осложнений и улучшение исходов лечения.

Методы. Трахеостомии выполнены у 34 пациентов в возрасте от 4 суток до 16 лет, двумя способами: с наложением кожно-трахеальных швов (стойкая трахеостома) и без них. Операции проводились в Областной детской клинической больнице им. Н.Н. Силищевой, Областной инфекционной больнице им. А.М. Ничоги, Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии в период 2023–2025 гг.

Результаты. При наложении трахеостомы без кожно-трахеальных швов наблюдались следующие осложнения в ранний послеоперационный период: у 1 пациента интраоперационно в процессе фиксации трахеостомической трубки к шее произошла ее дислокация; у 1 пациента произошла дислокация трубки на 3-и сутки после трахеостомии. Поздних осложнений не отмечалось. При наложении трахеостомы с кожно-трахеальными швами ранних осложнений не отмечалось. В отдаленном же периоде (в среднем через 8 месяцев) у 4 пациентов со стойкой трахеостомой отмечались грануляционные разрастания в трахее, деформация стенки трахеи. У 1 пациента со стойкой трахеостомой после деканюляции сформировался кожно-трахеальный свищ.

Заключение. Трахеостомия без наложения кожно-трахеальных швов у детей имеет ряд преимуществ перед стойкой трахеостомией в отдаленном послеоперационном периоде в виде отсутствия нарушений, связанных с разрастанием грануляционной ткани в трахее, грубыми деформациями просвета, формированием кожно-трахеальных свищей, гипертрофических рубцов. Но в раннем послеоперационном периоде при данной методике имеются риски дислокации трубки, деканюляции, трудности в повторной установке и угроза асфиксии. Это ориентирует хирурга при наложении несформированной трахеостомы к выбору трахеостомической канюли с манжетой, которая снижает риски смещения трубки в период формирования трахеостомического окна (первые 7 суток). Наложение же стойкой трахеостомы имеет поздние осложнения в виде разрастания грануляционной ткани, деформации трахеи, формирования кожно-трахеальных свищей, гипертрофических рубцов, но исключает риски деканюляции и невозможности повторного вставление трубки.

Ключевые слова: трахеостомия; осложнения трахеостомии; кожно-трахеальный свищ; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Показания к колостомии у детей с аноректальной мальформацией

Алиев М.М.[1], Бозоров Ш.Т.[1], Нематжонов Ф.[2], Тожиддинов Ш.Ш.[2]

[1] Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан;

[2] Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. По данным ВОЗ, аноректальные мальформации (АРМ) составляют более 7% врожденных аномалий с частотой до 1:2000 новорожденных. Сложность диагностики и лечения обусловлена вариабельностью форм: высокие составляют до 55%, промежуточные — до 54%, низкие — до 62%. Эти особенности затрудняют выбор тактики и определение этапности хирургической коррекции, включая необходимость наложения защитной колостомы.

Цель — улучшение результатов лечения аноректальных мальформаций у детей с предварительной колостомией.

Методы. Работа основана на результатах лечения 154 детей с аноректальной мальформацией и предварительной колостомией (2020–2025 гг). Перед стомированием, помимо рутинных анализов, проводились: рентгенография брюшной полости, фистулоирригография, урография, цистография, УЗИ малого таза и НСГ. Использовались скрининг-тесты для выявления сопутствующих патологий нервной и мочевыделительной систем.

Результаты. Выжидательная тактика при аноректальных мальформациях необходима при атрезии пищевода, выраженных неврологических нарушениях, тяжелых пороках мочеполовой системы (мегауретер, рефлюкс, гидронефроз) и сердца (тетрада Фалло, миопатия). У 154 (97,4%) детей наложены колостомы как паллиативный этап. Радикальная операция была отложена из-за тяжести сопутствующих пороков развития других органов. Выжидательная тактика и перенос сроков вмешательства были обусловлены высоким хирургическим риском. Из них у 117 (76%) детей колостомы сформированы на первые сутки жизни, чаще в перинатальных центрах и клиниках по месту жительства. При развитии явлений кишечной непроходимости у 7 (6%) пациентов предварительные колостомы сформированы при вестибулярной, у 17(14,5%) ректовагинальной, у 15 (12,8%) ректоуретральной и у 10 (8,5%) ректовезикальной фистулах; в 52 (44,4%) случаях при атрезиях без фистулы, 5 (4,3%) при клоаке, 2 (1,7%) при атрезии прямой кишки, 2 (1,7%) при ректальном мешке, 4 (3,4%) при VACTERL-ассоциации, 3 (2,6%) при атрезии толстой кишки. Правосторонние колостомы были наложены у 38 (32,5%) пациентов: из них по Гирдаладзе 11 (9,4%), подвесные 15 (12,8%), цекостомы 12 (10,3%). Левосторонние колостомы были наложены у 24 (67,5%) пациентов: 25 подвесных (21,4%), 8 двойных сигмастом (6,8%), 46 дистальных одноствольных сигмастом (39,3%). Мы самостоятельно сформировали стомы у 37 (24%) детей. Из них 9 (5,8%) — при высокой форме порока, 10 (6,5%) — для повторных операций, 5(3,2%) — из-за послеоперационных осложнений и 13(8,5%) — из-за доминирующих сопутствующих патологий. Применялись двойные, одноствольные и терминальные сигмостомы (включая метод Гартмана).

Заключение. Применение колостомии с учетом сопутствующих аномалий позволило реализовать дифференцированную тактику, снизить риск осложнений и раннюю инвалидизацию, а также улучшить качество жизни и социальную адаптацию пациентов.

Ключевые слова: аноректальные пороки; кишечные стомы; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Ретроспективный анализ клинических и этиологических аспектов четырех вариантов билиарной атрезии

Алиев М.М.[1], Нематжонов Ф.[2], Туйчиев Г.У.[3], Гофуров А.А.[4], Юлдашев Р.[5]

[1] Ташкентский государственный медициниский университет, Ташкент, Узбекистан;

[2] Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан;

[3] Андижанский филиал Кокандского университета, Андижан, Узбекистан;

[4] Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан;

[5] Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Диагностика и лечение различных форм билиарной атрезии (БА) у детей представляет в настоящее времени значительные трудности.

Цель — изучить этиологические и клинические аспекты четырех фенотипических форм билиарной атрезии у детей.

Методы. Проведен ретроспективный анализ клинических и биохимических данных, результатов УЗИ органов брюшной полости и показателей жесткости печени. Дети с диагностированной БА были разделены на четыре группы анализа: младенцы с изолированной БА (n = 13); БА, ассоциированная с цитомегаловирусной инфекцией (CMV IgM-положительная) (n = 17); синдром BASM (Biliary Atresia Splenic Malformation) (n = 6); кистозная форма БА (n = 20).

Результаты. Средний возраст детей с БА на момент госпитализации составил 84,6±4,4 дня. Дети с синдромом BASM поступали достоверно раньше остальных (60±5,4 дня; p = 0,01), тогда как пациенты с кистозной формой БА направлялись позднее (92,7±7,9 дня; p = 0,01). Синдром BASM наблюдался только у девочек; в других группах подобной тенденции не выявлено. У двух детей с синдромом BASM отмечалась полиспления, у двух — situs inversus. Возраст детей с изолированной БА статистически значимо не отличался от возраста детей с кистозной формой БА. Однако по данным транзиентной эластометрии у детей с кистозной БА показатели жесткости печени были достоверно выше (E = 31,7±5,2 против 18,15±3,6 кПа; p = 0,05), чем у пациентов с изолированной БА. Портоэнтеростомия по Касаи (КРЕ) выполнена 16 (28,6%) детям, а в одном (1,7%) случае проведена трансплантация печени. Средний возраст на момент КРЕ составил 71,7±6 дней. Из 20 младенцев с кистозной БА 8 (40%) были оперированы, и у пяти из них желтуха купировалась в течение 6 месяцев после КРЕ.

Заключение. Синдром BASM является редкой подгруппой среди младенцев с билиарной атрезией, чаще встречается у девочек и характеризуется более ранней клинической манифестацией. Несмотря на более позднее поступление детей с кистозной БА в нашем анализе, у них отмечались лучшие исходы.

Ключевые слова: biliary atresia splenic malformation; situs inversus; портоэнтеростомия; цитомегаловирусная инфекция.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Современные подходы к диагностике и лечению закрытых травм органов брюшной полости

Аллаев М.Я., Гафуров А.А., Касимов О., Нематжонов Ф., Абдувалиева Ч.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время актуальными остаются исследования, направленные на совершенствование органосохраняющей тактики лечения при травмах внутренних органов.

Цель — оценка результатов хирургического лечения детей с закрытыми травмами органов брюшной полости.

Методы. Материалом исследования послужили 37 детей в возрасте от 2 до 18 лет, поступивших в отделение детской хирургии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период 2018–2025 гг. с диагнозом: закрытая травма живота, разрыв внутренних органов, внутрибрюшное кровотечение. В исследовании использованы общеклинические, ультразвуковые, рентгенологические (включая компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию), а также лабораторные методы обследования.

Результаты. Среди закрытых сочетанных травм органов брюшной полости повреждение селезенки выявлено у 22 детей, печени — у 8, органов желудочно-кишечного тракта — у 11, поджелудочной железы — у 2 пациентов. Сопутствующие повреждения включали черепно-мозговую травму различной степени тяжести у 13 детей, травму грудной клетки — у 6, травму почек — у 5, переломы костей таза и конечностей — у 4 пациентов. Травматические разрывы органов брюшной полости отмечены у 14 пациентов. С учетом степени повреждения органов и объема кровопотери применялись различные методы гемостаза: эндохирургический гемостаз — у 7 пациентов, спленэктомия — у 2. У 3 пациентов с разрывом тонкой кишки и у 2 детей с разрывом толстой кишки выполнено экстренное оперативное вмешательство: лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание дефекта, санация и дренирование брюшной полости. У одного ребенка с сочетанными травматическими повреждениями печени в первые часы после травмы выполнено ушивание раны печени с остановкой внутрибрюшного кровотечения и дренированием брюшной полости. Пациент скончался на 4-е сутки послеоперационного периода. Причиной смерти явилась прогрессирующая полиорганная недостаточность как проявление тяжелой травматической болезни. Остальным пациентам проводилось консервативное лечение под контролем лапароскопии и ультразвукового исследования. Первоначальная тактика лечения была консервативной и направлена на стабилизацию общего состояния пациента и подготовку к возможному оперативному вмешательству. Критериями для проведения консервативного лечения являлись стабильные показатели гемодинамики и уровень гемоглобина. Эффективность консервативной терапии зависела от своевременности и полноты диагностики, а также адекватности проводимого лечения.

Заключение. Таким образом, применение органосохраняющих методов лечения у пациентов с абдоминальной травмой обусловлено использованием дифференцированной лечебной тактики и должно определяться индивидуально в каждом конкретном случае.

Ключевые слова: спленэктомия; эндохирургический гемостаз; травма.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Хирургическое лечение заболеваний поджелудочной железы у детей

Алхасов А.Б., Комина Е.И., Ратников С.А., Шубин Н.В., Шмыкова А.О.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Хирургические заболевания поджелудочной железы в детском возрасте крайне разнообразны. Они варьируются от гиперинсулинизма новорожденных, хронического панкреатита и травм поджелудочной железы у маленьких детей до различных образований поджелудочной железы у подростков. При этом они остаются редкими и сложными в лечении.

Описание серии клинических наблюдений: в исследование включены 47 пациентов в возрасте от 5 мес. до 17 лет с заболеваниями поджелудочной железы, находившиеся на лечении в хирургическом торакальном отделении с 2019 по 2026 год. Спектр патологий варьировал от лимфангиом забрюшинного пространства до хронического панкреатита и образований поджелудочной железы. Наиболее частыми патологиями являлись хронический панкреатит (*N* = 16) и образования поджелудочной железы (*N* = 27). Клиническая симптоматика у пациентов была крайне неспецифичной, наиболее частыми жалобами являлись периодические боли в животе (75%) и диспепсические явления (50%). Повышение уровня альфа-амилазы и панкреатической амилазы наблюдалось только у пациентов с хроническим панкреатитом. Проведенные операции: лапароскопическое удаление образований, резекции поджелудочной железы, продольная панкреатикоеюностомия, панкреато-дуоденальная резекция и операция Фрея. При выполнении резекционных операций у пациентов с образованием мы используем экспресс-биопсию для оценки края резекции, а также вовлеченности регионарных лимфоузлов. Сроки госпитализации, пребывания в ОРИТ, а также срок стояния дренажей и начала энтеральной нагрузки значительно варьировали в зависимости от патологии и объема проведенного хирургического лечения. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались в группе пациентов, которым была проведена панкреато-дуоденальная резекция (внутрибрюшное кровотечение, панкреатический затек, желудочно-кишечное кровотечение), летальных исходов в нашем исследовании не было. У пациентов с хроническим панкреатитом достичь выздоровления удалось в 70% случаев, у 30% удалось сократить частоту атак панкреатита. У остальных пациентов получен хороший результат хирургического лечения.

Заключение. Для хирургического лечения данной категории пациентов возможно применение как открытой, так и мини-инвазивной хирургии. Выбор тактики зависит от объема поражения, а также характера патологии. При выполнении резекций ПЖ у пациентов с образованиями возможно проведение экспресс диагностики (край резекции и регионарные лимфоузлы, а также морфология образования). У пациентов с хроническим панкреатитом достичь полного выздоровления удается не всегда однако отмечается снижение количества атак панкреатита, снижение болевого синдрома и улучшение качества жизни. Учитывая сложность и редкость патологии, а также тяжесть и особенности течения послеоперационного периода, необходима концентрация данных пациентов в специализированных центрах.

Ключевые слова: хирургия поджелудочной железы; хронический панкреатит; панкреатоеюностомия; панкреато-дуоденальная резекция; лимфангиома; опухоли поджелудочной железы; солидная псевдопапиллярная опухоль.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Современный подход при хирургическом лечении пороков развития наружных желчных протоков

Алхасов А.Б., Ратников С.А., Гурская А.С., Комина Е.И., Шубин Н.В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Актуальность. Киста холедоха (КХ) у детей является редким пороком развития желчевыводящей системы, которая может являться причиной подпеченочного холестаза и возникновения спонтанной перфорации с развитием желчного перитонита. Что требует проведения оперативного лечения. Оптимальным методом лечения является удаления порочно развитых желчных протоков в пределах здоровых тканей и формирования гепатикоентероанастомоза на петле Ру.

Цель — оценка результатов хирургического лечения кист холедоха.

Методы. За период с 2019 по 2026 гг. в условиях ФГАУ НМИЦ Здоровья детей РФ оперировано 136 детей с заболеваниями наружных желчных протоков (КХ — 75 (55,1%), повреждение холедоха при холецистэктомии — 3 (2,2%), желчнокаменная болезнь 59 (42,6%). Из 75 пациентов с пороком развития наружных желчных протоков 9 (12%) были оперированы ранее по месту жительства. Возраст — от 1 месяца до 17 лет. Превалирующим симптомом у пациентов с КХ был болевой абдоминальный синдром, который встречался в 58% случаев.

Результаты. Всем детям была выполнена радикальная операция в объеме ГЭ на петле Ру. Мини-доступ был применен у 69 (92%) пациентов, а лапароскопия у 6 (8%) детей. Для создания широкого билеодигистивного анастомоза в 22% случаев (18 детей) было необходимо выполнение реконструкции наружных желчных ходов, которая заключалась в моделировании гепатикохоледоха или формировании гепатикохоледоха. У одного пациента одномоментно в связи с особенностью порока развития наружных желчных протоков был выполнен дополнительный панкреатоеюноанастомоз на той же петле Ру. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 93±11,6 минут. В послеоперационном периоде активизация детей и начало энтеральной нагрузки начинали на 1 п/о сутки. Дренаж из брюшной полости удаляли на 4,3±2,5 сутки. Средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре после оперативного лечения составила 10±3,7 дня. В послеоперационном периоде мы столкнулись с осложнениями различной степени тяжести у 9 пациентов (12%). Из них 5 (6,6%) потребовали повторного хирургического лечения в связи с развитием: кровотечения (1), несостоятельности гепатикоэнтероанастомоза (1), стеноза гепатикоэнтероанастомоза (3). А у 4 (5,3%) пациентов возникшие осложнения были купированы с применением консервативного лечения: панкреатит (3), затек в области гепатикоэнтероанастомоза (1). В отдаленные сроки наблюдения от 6 до 30 месяцев у всех детей получены хорошие результаты, отмечены отсутствие синдрома холестаза, купирование болевого синдрома, сокращение размеров долевых протоков. При этом эпизодов холангита в раннем и отдаленном послеоперационном периоде мы не встретили ни в одном случае.

Заключение. Наш опыт лечения детей с кистами холедоха показывает, что основным принципом хирургического лечения пациентов с кистой холедоха является: радикальное удаление измененных тканей, создание адекватного оттока желчи, профилактика холангита. При радикальном иссечении измененных тканей для создания адекватного оттока желчи нередко (23%) требуется проведение реконструкции наружных желчных ходов с созданием неогепатикохоледоха или его моделирование. Мини-доступ позволяет выполнить реконструктивно-пластические операции на наружных желчевыводящих путях и может быть выполнен независимо от возраста пациента.

Ключевые слова: киста холедоха; гепатикоэнтероанастомоз; мини-доступ; перфорация холедоха.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Оптимизация тактики хирургического лечения детей со стенозами гортани

Алхасов А.Б., Ратников С.А., Комина Е.И., Мелоян В.О., Португал П.М.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Рубцовый стеноз гортани у детей — в основном приобретенное заболевание, возникающее вследствие эндотрахеальной интубации. Одной из важнейших проблем хирургического лечения стенозов гортани является выбор оптимальной хирургической тактики, которая позволит улучшить результаты лечения данной патологии.

Цель — проведение анализа результатов хирургического лечения пациентов со стенозами гортани, проходивших лечение в хирургическом торакальном отделении ФГАУ НМИЦ здоровья детей в период 2019–2025 гг.

Методы. Выполнен ретроспективный анализ 58 пациентов, проходивших лечение в хирургическом торакальном отделении в период 2019–2025 гг. В представленной выборке гендерное распределение характеризовалось незначительным преобладанием детей мужского пола (*n* = 32; 55,2%) над женским (*n* = 26; 44,8%). Все случаи стеноза гортани в данной выборке имели ятрогенную природу, являясь прямым следствием пребывания детей на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Причины нахождения на ИВЛ были следующие: реанимационными мероприятиями по поводу дыхательных нарушений в раннем постнатальном периоде 34 (58,6%) ребенка; после кардиохирургического лечения 11 (18,97%) детей; тяжелое течение инфекционных заболеваний 10 (17,2%) детей; политравма 3 (5,2%) ребенка. В 76,7% трахеостома была наложена по месту жительства. При поступлении в отделение всем пациентам проводилась бронхоскопия. Стеноз гортани оценивался по классификации Cotton-Mayer: 7 (12,1%) пациентов — I степень, 25 (43,1%) пациентов — II степень, 17 (29,3%) пациентов — III степень, 9 (15,5%) пациентов — IV степень (полная облитерация просвета). Парез гортани зарегистрирован в 30,95% (69,2% двусторонний парез, 30,8% парез левой голосовой связки). Ларингомаляция была отмечена в 31,03%. 50 пациентам была проведена пластика гортани с использованием Т-трубки, 15 пациентам проводилась пластика гортани с использованием реберного хряща.

Результаты. В группе детей, оперированных без использования реберного хряща (*n* = 50; I ст. — 6, II ст. — 23, III ст. — 15, IV ст. — 6), удовлетворительный результат получен у 42 (72,4%) пациентов; у 8 (16%) пациентов отмечался рецидив стеноза гортани (III ст. — 2; IV ст. — 6). Из них 7 пациентам в дальнейшем была выполнена повторная пластика гортани с использованием реберного хряща. Таким образом, в группу пациентов, оперированных с использованием реберного хряща (*n* = 15), вошли 7 пациентов с рецидивом после первичной пластики гортани и 8 детей, которым ранее пластика гортани не выполнялась (I ст. — 1; II ст. — 1; III ст. — 3; IV ст. — 3). В данной группе удовлетворительный результат получен у 12 пациентов, рецидив стеноза у 3 (20%) пациентов (IV ст. — 3), из них оперированы повторно все трое.

Заключение. Дети со стенозами гортани являются сложными пациентами, требующими дифференциального подхода. Обе примененные методики — пластика гортани Т-трубкой и пластика гортани Т-трубки с использованием реберного хряща, позволяют добиться удовлетворительного результата в виде восстановления проходимости дыхательных путей. При этом применение реберного хряща является обоснованным выбором при рецидивах и стенозах гортани III и IV ст. Наиболее тяжелой группой пациентов являются дети со стенозами гортани IV ст., которые требуют выполнения повторных оперативных вмешательств. Дальнейшее накопление клинического опыта поможет усовершенствовать тактику лечения пациентов, что приведет к улучшению результатов лечения детей со стенозами гортани.

Ключевые слова: дети; стеноз гортани; пластика гортани; реберный хрящ.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Стационарная хирургическая помощь детям с установленным паллиативным статусом

Ампар Ф.Б., Еремин Д.Б., Абдуллаев А.М., Цапкин А.Е., Горячев И.С., Боровицкий В.А., Педченко А.М.

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

Обоснование. Проблема оказания паллиативной медицинской помощи детям является актуальной задачей современного здравоохранения. В соответствии с классификацией МКБ-10, насчитывается 574 диагноза, которые в детской паллиативной практике отнесены к числу жизнеограничивающих состояний. Эти заболевания нередко приводят к тяжелой белково-энергетической недостаточности, обусловленной нарушением глотания. Одной из особенностей ведения данной категории пациентов является выраженная зависимость от ухаживающего персонала, а также необходимость подбора адекватного способа энтерального питания.

Цель — оценить влияние установки гастростомы на качество жизни и уход за детьми с тяжелой патологией центральной нервной системы (ЦНС), доказать снижение риска осложнений при длительном применении назогастрального зонда и уменьшение частоты развития аспирационной пневмонии.

Методы. С 2020 года на базе ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы установлено 433 гастростомы: 315 методом прямой пункционной гастростомии (ППГ) и 118 методом PEG. В 88 случаях гастростомия выполнялась одновременно с фундопликацией. За указанный период проведено 132 замены гастростомических трубок. В представленном опыте отражены 28 случаев установки гастростом у новорожденных, в том числе у недоношенных и маловесных детей. Минимальный вес пациента на момент вмешательства составлял от 1,5 до 3 кг. Также в анализ включены дети, находящихся на перитонеальном диализе, которым была выполнена гастростомия.

Результаты. Из осложнений наиболее часто встречались «бампер синдром» (1,1%), желудочно-кишечный свищ (0,4%) и пневмоперитонеум (0,2%). В подавляющем большинстве случаев (98,3%) установка гастростомы проходила без осложнений. Полученные результаты подтверждают высокую безопасность и клиническую эффективность гастростомии в педиатрической практике при соблюдении современных стандартов хирургического и послеоперационного ведения. Все пациенты после установки гастростомы были переведены для дальнейшего наблюдения и получения паллиативной помощи в профильные учреждения: паллиативное отделение филиала № 2 ДГКБ № 9, хоспис № 1, а также под патронаж благотворительного фонда «Дом с маяком». Во всех наблюдаемых случаях отмечалась положительная динамика: улучшение нутритивного статуса, набор массы тела и отсутствие эпизодов аспирации.

Заключение. Таким образом, учитывая тяжесть состояния детей по основному заболеванию, по ряду сопутствующей патологии с целью улучшения качества жизни, улучшения возможности выхаживания детей достоверным является установка гастростомы. Методика обеспечивает надежный и безопасный доступ для энтерального питания, снижает риск аспирационных осложнений и осложнений, связанных с длительным использованием назогастральных зондов. Гастростомия рассматривается как приоритетный вариант нутритивной поддержки у детей, нуждающихся в длительном энтеральном питании в условиях паллиативной помощи.

Ключевые слова: гастростома; паллиативная помощь; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Тимэктомия в комплексной терапии миастении у детей

Ампар Ф.Б.[1], Еремин Д.Б.[1,2], Щербакова Н.И.[1,2], Пикин О.В.[1], Цапкин А.Е.[1]

[1] Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия;

[2] Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии», Москва, Россия

Обоснование. Наиболее актуальный дискуссионный раздел хирургических вмешательств у детей с различными формами миастении — эффективность и безопасность торакоскопического доступа.

Методы. В настоящем сообщении представлены результаты многофакторного анализа эндохирургических операций у детей с генерализованной (4 больных) и окулярной (4 пациентов) формами миастении. Возраст больных варьировал от от 1 г. 1 мес. до 11 лет (*Me* — 7 лет). Преобладали пациенты женского пола (7). Все вмешательства проведены в период 2023–2025 гг. Диагнозы миастении установлены на основании характерных клинико-нейрофизиологических характеристик, чувствительности к прозериновой пробе и подтверждены иммунологическими исследованиями. Основное условие радикального хирургического лечения детей с миастенией — тотальное удаление всех, включая дистопированные, тканей вилочковой железы достигалось реализацией схемы установки троакаров, алгоритма последовательности интраоперационной ревизии и использованием инструментария с соответствующим уровнем освещенности и увеличения.

Результаты. Улучшение после тимэктомии отмечалось с первых суток у 5 пациентов, в 3 наблюдениях лечебные послеоперационные эффекты констатированы в период от 1 до 3 месяцев. Средняя продолжительность катамнестического наблюдения составила от 6 мес. до 1,5 лет. (*Me* — 6 мес.). Морфологическая верификация диагноза "миастения" проведена у всех оперированных больных — истинная гиперплазия тимуса подтверждена у 6 пациентов, неполная инволюция тимуса констатирована у 2 детей, включая ребенка с дважды позитивной миастенией, случаев тимомы не выявлено.

Заключение. Торакоскопическая тимэктомия у детей с миастенией является эффективным и безопасным методом лечения как при генерализованных, так и при окулярных формах. Преимущества эндохирургического доступа наиболее полно реализуются при строгом соблюдении комплекса клинико-лабораторных индикаторов для формулировки показаний к вмешательству, осуществлении нейромышечного мониторинга и рекомендованных интраоперационных оперативно-технических технологий.

Ключевые слова: миастения гравис; торакоскопическая тимэктомия; вилочковая железа; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Артериовенозные мальформации легких у детей

Андреев Е.С, Елин Л.М., Трамова Ж.Д., Гарбузов Р.В.

Российская детская клиническая больница — филиал Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Обоснование. Легочные артериовенозные мальформации (ЛАВМ) развиваются из-за структурных дефектов, приводящих к аномальному расширению стенок легочных капилляров во время развития. Приблизительно 35–67% случаев связаны с синдромом Ренду–Ослера–Вебера, который также известен как наследственная геморрагическая телеангиэктазия. Лечение может быть простым и включать эмболизацию. При ЛАВМ, реканализировавшихся после эмболизации, или в случаях осложненных ЛАВМ методом выбора является резекция легкого, которая часто может быть выполнена как открытым способом, так торакосокпическим.

Цель — оценка хирургического подхода к лечению легочной артериовенозной мальформации у детей.

Методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 30 (100%) пациентов с ЛАВМ в период с 2012 по 2025 год. Мальчиков 16 (53,3%) и девочек 14 (46,7%), в возрасте от 1 года до 17 лет (средний возраст 11,5±4,2 года). Жалобы пациентов при поступлении: одышка — 10 (33,3%), цианоз — 6 (20%), повышенная утомляемость — 6 (20%), гипоксемия — 12 (40%), кровохарканье — 3 (10%), носовое кровотечение — 2 (6,6%), припадки — 1 (3,3%), отсутствие жалоб — 5(16,6%). В 5 (16,6%) случаях ЛАВМ была заподозрена при выполнении плановой флюрографии. Диагноз ЛАВМ всем пациентам был подтвержден по результатам компьютерной томографии (КТ) легких с внутривенным контрастированием. Также всем пациентам выполнено КТ головы с целью исключения сосудистых мальформаций.

Результаты. КТ показало, что ЛАВМ в 20 (66,6%) случаях располагалось в правой части легкого, в 8 (26,6%) случаях в левой части легкого и в 2 (6,6%) случаях были множественные поражения. Простые ЛАВМ диагностированы в 16 (53,3%) случаях, сложные в 14 (46,6%) случаях. 10 (33,3%) пациентам первоначально выполнена чрескожная транскатетерная эмболотерапия (ЧТЭ) и чрескатетерная эмболизация венозного мешка (ЧЭВМ), среди них в 5 (16,6%) случаях при сложной ЛАВМ произошел рецидив заболевания, в связи с чем выполнено хирургическое удаление. 8 (26,6%) пациентов перенесли открытую лобэктомию, 1 (3,3%) — билобэктомию. Торакоскопическая лобэктомия выполнена в 4 (13,3%) случаях, торакоскопическая сегментэктомия S8 справа в 1 (3,3%) случае торакоскопическая атипичная резекция в 2 (6,6%) случаях. В 14 (46,6%) случаях ЛАВМ имеет размеры менее 1,5 см в диаметре и протекают бессимптомно, в связи с чем проводится динамическое наблюдение и КТ каждые 6 месяцев.

Выводы. ЧТЭ и ЧЭВМ считаются одними из основных методов лечения ЛАВМ, однако имеющие потенциальные недостатки, такие как неполная эмболизация, реканализация, выпадения эмбола, кровотечение, стойкая легочная артериовенозная фистула и рецидив. При наличии сложной ЛАВМ хирургическое удаление в долгосрочной перспективе является более выгодным для пациентов.

Ключевые слова: артериовенозная мальформация легких; дети; торакоскопия; лобэктомия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Нижняя билобэктомия в исходе деструктивной пневмонии у ребенка с ранее перенесенной ЭКМО с катамнезом 8 лет: клинический случай

Афуков И.И., Ерёмин Д.Б., Гацуцын В.В., Киёбеков Б.Л., Ампар Ф.Б.

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

Обоснование. Острая гнойная деструктивная пневмония (ОГДП) характеризуется некрозом и гнойным расплавлением ткани легкого с присоединением плевральных осложнений с частотой встречаемости до 10% из всех гнойно-воспалительных заболеваний у детей. Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) — это современная терапевтическая стратегия, направленная на стабилизацию, поддержание и восстановление жизненно важных функций организма пациента, поддержание оптимального сердечного выброса, газообмена и температуры тела. Основным показанием к применению ЭКМО у детей являются врожденные пороки сердца, диафрагмальная грыжа, персистирующая легочная гипертензия, рефрактерный септический шок и синдром малого сердечного выброса после остановки кровообращения. ЭКМО наиболее эффективна у детей раннего возраста, у которых имеется лишь изолированное поражение легких или рефрактерная гипоксемическая дыхательная недостаточность. Применение ЭКМО особенно оправдано на ранних стадиях заболевания, когда шансы на выздоровление пациента достаточно высоки. Тяжесть ОГДП обусловлена сочетанием дыхательной и сердечной недостаточности на фоне выраженного интоксикационного синдрома, объемом поражения легочной ткани, сопровождается высоким процентом летальности (от 2 до 13%). У детей первого года жизни летальность может достигать от 22 до 51%. Процент смертности детей первого года жизни, перенесших ЭКМО за последние годы снизился с 50% до 20%. При анализе литературы нам не встретилось описание применения ЭКМО у детей первого года жизни с тяжелыми формами ОГДП.

Описание случая. Представлен клинический случай исхода двусторонней деструктивной пневмонии — билобэктомии справа у пациентки 9 лет с бронхоэктатической болезнью, перенесшей ЭКМО по поводу тяжелой двусторонней деструктивной пневмонии в возрасте 1 года. Применение продленного венозно-артериального доступа при ЭКМО у ребенка 1 года жизни с двусторонней деструктивной пневмонией позволило разрешить выраженные респираторные нарушения, ДН III ст., достичь стойкой ремиссии и выписать ребенка в удовлетворительном состоянии. Остается дискутабельным вопрос о возникновении бронхоэктатической болезни — врожденная патология, или следствие перенесенной ранее ОГДП.

Заключение. Наблюдение успешного применения венозно-артериального ЭКМО у ребенка 1 года жизни при двусторонней деструктивной пневмонии позволило расширить возможности для успешного лечения этой категории пациентов. Это требует дальнейшего катамнестического наблюдения с целью своевременной верификации или исключения возможных врожденных пороков развития легких, или приобретенных вследствие перенесенного заболевания.

Ключевые слова: ЭКМО; билобэктомия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Редкие хирургические осложнения мукормикоза у детей: клинические случаи

Бабич И.И.[1], Карнута С.В.[1], Багновский И.Н.[1], Шаршов Ф.Г.[1], Новошинов Г.В.[1], Штарев А.А.[1], Кацупеев В.Б.[2], Мельников Ю.Н.[3]

[1] Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия;

[2] Городская клиническая больница № 20, Ростов-на-Дону, Россия;

[3] Детская городская больница, Шахты, Ростовская область, Россия

Актуальность. Мукормикоз — инфекция, вызываемая видами грибов семейства мукоровые (Mucorales). Хирургические осложнения в виде некрозов кожи являются наиболее частыми и требуют хирургического лечения. Висцеральные осложнения мукормикоза на фоне сахарного диабета 1-го типа встречаются редко и отличаются агрессивным течением с летальностью до 80%.

Цель — освещение двух случаев генерализованной мукормикозной инфекции у детей с сахарным диабетом 1-го типа и тяжелыми хирургическими осложнениями.

Описание наблюдений. 1. В клинику детской хирургии РостГМУ на базе ОДКБ г. Ростова-на-Дону поступил ребенок 16 лет в крайне тяжелом состоянии с выраженной мозговой симптоматикой, отеком лица, на фоне сахарного диабета 1-го типа. Помимо локальных проявлений состояние было тяжелым, кома 2–3, менингиальные симптомы. При поливалентном обследовании выявлены тромбоз кавернозного синуса, эмболия и тромбоз верхнечелюстных артериальных стволов слева. При пункции максиллярной пазухи слева на отпечатках диагностирован мукормикоз. На следующий день появились признаки некроза кожи левой половины носа, левой щеки. Во время некрэктомии выявлен значительный некроз всех костных структур левой максиллярной пазухи, выполнена первичная некрэктомия. Ребенку назначена поливалентная симптоматическая терапия, ИВЛ, экстракорпоральная детоксикация. В антибактериальную терапию входил Ванкомицин 400 мг в сутки, струйно; Фосфомицин 360 мг × 2 р.д., в/в, капельно. Противогрибковая терапия включала удвоенные дозы мукостатиков: в/в введение Амотерицин Б-лифосамальный 10 мг/кг в сутки 1 р., в/в; Флуконазол 600 мг × 1 р.д. Несмотря на проводимое лечение, летальность наступила на 6-е сутки заболевания.

2. Девочка 14 лет, поступила в ОДКБ г. Ростова-на-Дону с манифестным течением сахарного диабета 1-го типа, двусторонней пневмонией. Состояние прогрессивно ухудшалось, переведена на ИВЛ. Параллельно с лечением кетоацидоза и пневмонии появился нарастающий гемопорез. На санационно-диагностической бронхоскопии в верхне-долевом бронхе справа обнаружено микотическое разрастание, обтурирующее просвет верхне-долевого бронха справа с переходом на правый главный бронх. Произведена частичная диатермокоагуляция образования с целью восстановления проходимости магистральных бронхов. Противогрибковая и симптоматическая терапия была эффективной. На контрольной бронхоскопии через 7 дней в бронхиальном дереве микозных образований не выявлено.

Заключение. Таким образом, при лечении мукормикоза с хирургическими проявлениями успех зависит от ранней диагностики, назначений повышенных доз современных микостатиков, ранней некрэктомии и поливалентной посиндромной терапии.

Ключевые слова: мукормикоз; хирургическая инфекция у детей; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Эффективность аппликационной методики постожоговых стриктур пищевода

Багдасарян М.С.[1,2], Минаев С.В.[1,2], Герасименко И.Н.[1,2], Шолом Р.В.[2], Гогов Р.Р.[2], Бутусова С.П.[1]

[1] Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия;

[2] Детская краевая клиническая больница, Ставрополь, Россия

Обоснование. По данным мировой литературы, ежегодно происходит от 5000 до 18 000 случаев ожогов пищевода едкими веществам, среди которых к стенозу пищевода приводит 10–20%. В отечественной литературе отмечается, что наибольшему риску подвержены дети раннего возраста (до 3 лет). Существует множество методов лечения данной патологии у детей. Однако их эффективность остается недостаточной с точки зрения клинической практики.

Цель — проанализировать эффективность аппликационной методики лечения стрикуры пищевода в детском возрасте.

Методы. Проведено проспективное исследование 25 пациентов с постожоговыми стриктурами пищевода. Группу исследуемых составили больные в возрасте от 2 до 12 лет, получавшие лечение на базе ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя с диагнозом Т28.1 (МКБ-10).

Результаты. В ходе исследования больные были разделены на 2 группы: основную группу, где использовалась аппликационная методика лечения при баллонном бужировании пищевода, и контрольная группа, в которой проводилась классическая баллонная методика бужирования. Количество больных: в основной группе — 25 детей, в контрольной — 40 детей. По половой принадлежности: в основной группе — мальчиков 60%, девочек 40%. В контрольной группе — мальчиков 58%, девочек 42%.

Наиболее часто ожоги пищевода отмечались в группе детей с 1 до 3 лет, в основной группе дети данной возрастной категории составили 72%, а в контрольной группе 80%. В основной группе при применении аппликационной методики при бужировании стриктур пищевода получен лучший результат, сопровождающий снижением количества бужирования до достижения удовлетворительного клинического результата в 1,5 раз, а также увеличивался интервал между будированиями на 1,8 раз.

Заключение. Ожоги пищевода у детей остается актуальной проблемой детской хирургии с формированием стриктуры пищевода. Проведеное исследование показало положительный эффект от применения аппликационной методики лечения постожоговых стриктур пищевода, что сопровождается уменьшением рецидивов стеноза пищевода и улучшением качества жизни пациента.

Ключевые слова: ожоги пищевода; стриктура пищевода у детей; лечение стриктур пищевода у детей.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Спонтанный пневмоторакс: лечебно-диагностический алгоритм на современном этапе

Барова Н.К.[1,2], Горьковой И.С.[2], Панкратов И.Д.[2], Ескина Е.Н.[1,2], Григорова А.Н.[1,2], Дружинина В.Е.[1]

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия;
[2] Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Россия

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс (СП) — одна из актуальных проблем неотложной детской хирургии. Частота заболеваемости СП достигает 18 случаев на 100 000 населения в год, при этом отсутствует единый подход к ведению данной категории пациентов. Диагностика СП обычно ограничивается физикальным и рентгенологическим обследованием пациента, а лечение — дренированием плевральной полости (ПП), при этом частота рецидивов СП в отсутствие радикального хирургического лечения достигает 52%. Разработка стандартизированного алгоритма ведения детей со СП является ключевой задачей детских хирургов для эффективного лечения СП и минимизации рецидивов.

Цель — обобщение собственного опыта лечения детей с СП.

Методы. Проведено ретроспективное исследование на базе Детской краевой клинической больницы г. Краснодара за период с 2006 по 2024 гг. Объект исследования — дети, находившиеся на стационарном лечении по поводу СП. Всего пациентов — 84 (100,00%): Возраст — 14–18 лет. Из них 22 (26,2%) девочки, 62 (73,8%) — мальчики. Все дети переведены из ЦРБ в сроки после дренирования ПП: 1–3-и сутки — 69 (82,14%) детей, более 3 суток — 11 (13,09%) детей, в сроки 10–14 дней, с явлениями плеврита — 4 (4,76%) пациента. Применялся лечебно-диагностический алгоритм, включающий 3 этапа: 1 этап — дренирование ПП по месту госпитализации; 2 этап — выполнение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) после расправления легкого для верификации причины СП; 3 этап — выбор тактики хирургического лечения: при выявлении булл — видеоторакоскопия (ВТС) с атипичной резекцией верхушечного сегмента легкого; при отсутствии булл вмешательство ограничивалось дренированим ПП.

Результаты. У 81 (96,42%) детей при проведении МСКТ выявлены буллы верхушечного сегмента легкого (одностороннее поражение — 71 (87,65%) ребенок, двустороннее — 10 (12,34%) пациентов)). Данной категории больных выполнена ВТС, атипичная резекция верхушечного сегмента легкого. При двустороннем поражении оперативное лечение на контрлатеральной стороне выполнено в плановом порядке через 3 месяца. У 3 (3,57%) детей оперативное вмешательство завершено в объеме дренирования ПП в связи с отсутствием булл и иной патологии на МСКТ. Сроки реэкспансии легкого в послеоперационном периоде: 1-е сутки — у 69(85,18%) детей, на 2–3-и сутки — у 12 (14,81%) пациентов. Закрытие бронхоплеврального свища и расправление легкого после дренирования ПП у 3 (3,57%) детей констатировано на 3-й день. Длительность стационарного лечения у 80 (95,23%) пациентов без плеврита составила 8,5 койко-дней, у 4 (4,76%) детей с плевритом — 14,5 койко-дней. Рецидив выявлен в 1 (1,19%).

Заключение. Обязательный этап лечебно-диагностического алгоритма при СП — выполнение МСКТ после реэкспансии легкого для верификации этиологического фактора. ВТС с атипичной резекцией пораженного участка легкого является операцией выбора при буллах верхушечных сегментов. При отсутствии булл на МСКТ и коротких сроках расправления легкого (до 3 суток) возможно ограничиться дренированием ПП с дальнейшим динамическим наблюдением. Представленный алгоритм продемонстрировал высокую эффективность в лечении пациентов со СП.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс; МСКТ; видеоторакоскопия; дренирование плевральной полости.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Результаты применения эндоскопической вакуумной терапии при ятрогенной травме пищевода: клинический случай

Барова Н.К.[1,2], Панкратов И.Д.[2], Убилава И.А.[1,2], Григорова А.Н.[1,2], Ескина Е.Н.[1,2], Швец М.В.[2], Голосеев К.Ф.[2]

[1] Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия;

[2] Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Россия

Обоснование. В настоящее время не разработано единых рекомендаций по ведению пациентов с повреждениями шейного отдела пищевода, при этом хирургами используются различные подходы и методы лечения. В последние годы в литературе появляется все больше информации о применении эндоскопической вакуумной терапии (ЭВТ) для лечения повреждений пищевода.

Описание наблюдения. Пациентка, 14 лет. Заболела остро, с появления фебрильной лихорадки, кашля, одышки и тошноты. В связи с прогрессированием ДН и появлением гектической лихорадки через сутки от начала заболевания госпитализирована в инфекционное отделение ЦРБ с клинико-инструментальной картиной острой двусторонней полисегментарной пневмонии, ларинготрахеита, эпиглотита. На фоне проводимого лечения состояние с ухудшением за счет нарастания ДН, переведена в отделение реанимации. Предпринята попытка интубации трахеи — неэффективна в связи с крайне выраженным отеком рото- и гортаноглотки. Выполнена трахеостомия с техническими сложностями. Через 4 часа после операции диагностирована подкожная эмфизема в области шеи, двухсторонний пневмоторакс. Заподозрено повреждение пищевода, выполнена эзофагоскопия. В шейном отделе пищевода, в 20 см от края резцов, выявлен линейный дефект с ровными краями, длиной 2,5 см. Принято решение о постановке системы ЭВТ в пищевод и наложении PEG-гастростомы. Плевральные полости дренированы с обеих сторон. Установка системы ЭВТ проведена по следующей методике: под общим обезболиванием, при положении пациентки на спине, выполнена эзофагоскопия. Визуализировано место повреждения, проведена его ревизия с оценкой диаметра и глубины. Определены место постановки биоинертной губки и ее размеры. Смоделирована губка, по ширине равная просвету пищевода и перекрывающая дефект его стенки на 3 см с каждой из сторон. Через продольную ось губки, не доходя 1 см до ее дистального конца, проведен перфорированный в области контакта с губкой поливинилхлоридный дренаж 21Fr, фиксирован нитью. Под эндоскопическим контролем биоинертная губка подведена к месту повреждения. Система подключена к вакуумному аспиратору с давлением — 125 мм рт. ст. Смена эндоскопической вакуумной системы проведена на 2-е сутки после постановки.

Результаты. На фоне проводимого комбинированного лечения состояние пациентки с улучшением за счет постепенного регресса интоксикационного, цитолитического синдромов, ДН, анемии. На 5-е сутки проведена контрольная ЭФГС, биоинертная губка удалена в связи с положительной эндоскопической картиной — разрыв пищевода не определяется, место травмы покрыто грануляционной тканью. Клинически и по данным эндоскопического обследования достигнут регресс местного воспалительного процесса в рото- и гортаноглотке, в легких, полное купирование интоксикационного синдрома и ДН. Поэтапно удалены плевральные дренажи, трахеостома и гастростома. На контрольной ЭФГС констатировано заживление пищевода с формированием минимального щелевидного псевдодивертикула глубиной до 5 мм. Выписана с выздоровлением. Контроль ЭФГС через 1 месяц — эпителизация посттравматического псевдодивертикула.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Применение ЭВТ в описанном клиническом случае привело к полному закрытию дефекта стенки пищевода уже на 5-е сутки после выполнения манипуляции. Малоинвазивность, доступность и простота выполнения позволяют рассматривать ЭВТ как метод выбора при повреждениях шейного отдела пищевода на ранних этапах после травмы.

Ключевые слова: травма; пищевод; эндоскопическая вакуумная терапия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Ортопедо-хирургическая коррекция последствий остеомиелита в области коленного сустава у детей

Белокрылов А.Н.[1,2], Белокрылов Н.М.[1,2], Беляков С.А.[1,2], Антонов Д.В.[1,2]

[1] Краевая детская клиническая больница, Пермь, Россия;

[2] Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Актуальность. Остеомиелит в околосуставных областях коленного сустава приводит к нарушению оси конечности и ее укорочению, преждевременному, нередко неравномерному замыканию зон роста, подвывиху голени на уровне коленного сустава, грубым деформациям суставных концов сустава, что приводит к серьезному нарушению биомеханики. Разнообразие и тяжесть возникших деформаций обуславливают необходимость разработки и применения индивидуальных, зачастую многоэтапных, хирургических вмешательств. Коррекция требует комплексного подхода, учитывающего возраст ребенка, степень деформации, состояние ростковых зон и функциональные возможности сустава.

Цель — представить возможные оптимальные решения при реконструкции коленного сустава при отдаленных последствиях остеомиелита околосуставной локализации, оценить эффективность проведенных мероприятий.

Методы. Изучены варианты коррекции коленного сустава у 12 детей 10–15 лет с последствиями остеомиелита. У всех детей были нарушения оси на уровне коленного сустава, преимущественно во фронтальной у 8, и у 4 — в сагиттальной. Проводили рентгенограммы без нагрузки и стоя, компьютерную томографию по показаниям. Свищевые формы остеомиелита были в анамнезе у 2 детей, у остальных — последствия гематогенного остеомиелита. В арсенале выполненных операций были корригирующие остеотомии, в том числе многоэтапные, с коррекцией в аппарате Г.А. Илизарова. Устраняли осевые девиации, укорочения, подвывихи. Трудоемким и длительным было восстановление опороспособности при внутрисуставном одностороннем остеолизе наружного мыщелка бедра. При заднем вывихе голени предложен оригинальный метод коррекции оси голени в сагиттальной плоскости (патент РФ № 2199286 от 27.02.2003). Основными оценками были клинико-рентгенологические данные и характеристика функционального состояния сустава, возможность надежной опоры.

Результаты. У всех больных с последствиями остеомиелита коленного сустава получены положительные результаты лечения. Неудовлетворительных результатов не было. Высокая эффективность лечения с применением указанных технологий отмечена у всех больных с учетом исходного состояния. У детей с последствиями остеомиелита формировали костные регенераты, фронтальную и сагиттальную стабильность у всех больных получилось восстановить без вмешательства на связочных структурах. Проблемы, связанные с перенесенным остеомиелитом в области коленного сустава, у детей обусловлены не только его распространенностью, но и тяжелыми, многоплановыми последствиями, которые требуют сложных методов лечения и реабилитации.

Заключение. Таким образом, методом лечения последствий остеомиелита в области коленного сустава являются околосуставные остеотомии с целью коррекции оси и выравнивания длины конечностей, дистракционный остеосинтез по Г.А. Илизарову в различных вариантах является наиболее предпочтительным при перенесенном остеомиелите при вмешательствах на уровне коленного сустава.

Ключевые слова: остеомиелит у детей; коленный сустав; остеотомия бедра; остеотомия большеберцовой кости; чрескостный остеосинтез по Илизарову.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Хирургическая реконструкция тазобедренного сустава после перенесенного остеомиелита

Беляков С.А.[1,2], Белокрылов Н.М.[1,2], Антонов Д.В.[1,2], Белокрылов А.Н.[1,2]

[1] Краевая детская клиническая больница, Пермь, Россия;

[2] Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Актуальность. Остеомиелит в области тазобедренного сустава у детей может привести к серьезным и долгосрочным последствиям, значительно влияя на качество жизни ребенка. Особую актуальность приобретают своевременная диагностика и адекватное лечение остеомиелита, поскольку именно раннее вмешательство позволяет минимизировать риск развития необратимых изменений и тяжелых ортопедических осложнений. Недостаточное или несвоевременное лечение может привести к хронизации процесса, что, в свою очередь, усугубляет исходы и затрудняет дальнейшее восстановление. Таким образом, перенесенный остеомиелит в области тазобедренного сустава остается значимой проблемой в детской хирургии, требующей комплексного подхода к лечению и реабилитации. Перенесенный остеомиелит в области тазобедренного сустава приводит к тяжелым функциональным нарушениям, остеолизу структур проксимального отдела бедра, реже вертлужной впадины, деформациям и нарушению стабильности.

Цель — проанализировать хирургическую тактику и результаты реконструкции тазобедренного сустава при различных вариантах последствий остеомиелита.

Методы. Представлены 35 детей в возрасте с 3 до 12 лет с последствиями остеомиелита тазобедренного сустава, которым проведены ортопедические вмешательства с целью восстановления опороспособности. Использованы по показаниям традиционные методы лечения в виде околосуставных остеотомий. При полном остеолизе головки и шейки бедра применяли реконструкцию тазобедренного сустава методом Г.А. Илизарова (двойная опорная остеотомия), собственную оригинальную методику вертельной артропластики. При разобщении головки и шейки бедра разработан собственный способ реконструкции тазобедренного сустава. При необходимости проводили другие этапы коррекции тяжелых нарушений биомеханики: восстановление длины, оси конечности. Оценивали клинико-рентгенологические результаты с учетом исходных данных, балльной системы оценок.

Результаты. У всех больных с последствиями остеомиелита тазобедренного сустава получены положительные результаты лечения. Компенсаторные возможности с восстановлением опоры и передвижения реализованы и в случаях полного остеолиза головки и шейки бедра, без анатомического восстановления суставов. Однако с точки зрения начальных данных результаты были положительными.

Заключение. Тяжелая группа больных с поражением шейки и головки бедра после перенесенного остеомиелита имеет потенциал функционального восстановления после проведения органосохраняющих ортопедических вмешательств, что особенно важно в период роста.

Ключевые слова: остеомиелит у детей; тазобедренный сустав; чрескостный остеосинтез по Илизарову.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Редкий клинический случай дренирования периаппендикулярного абсцесса через маточную трубу у девочки с атрезией девственной плевы

Богдан З.В., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Тимашев И.В.

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

Актуальность. Чаще всего свищи формируются между кишкой и другим полым органом, например, мочевым пузырем, влагалищем, мочеиспускательным каналом или другими отрезками желудочно-кишечного тракта. Свищи могут также образовываться между полостью абсцесса и другим органом. 15–25% свищей развиваются спонтанно в результате внутрибрюшного воспаления или инфекции. В литературе описано наблюдение Морисона: случай, когда правая фаллопиева труба послужила дренажом, через который произошла эвакуация гноя из Дугласова пространства в полость матки. Больная выздоровела без хирургического вмешательства.

Описание наблюдения. Больная С., 13 лет, поступила в детское хирургическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, однократную рвоту, повышение температуры до 38 °С. Заболела 6 дней назад, когда появились вышеуказанные жалобы. При осмотре: живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Над лоном определяется выпячивание туго-эластической консистенции. При гинекологическом осмотре: вход во влагалище отсутствует. В области предполагаемой девственной плевы имеется выбухание слизистой. При бимануальном ректальном исследовании в малом тазу пальпируется объемное образование, исходящее из влагалища. ОАК: лейкоцитоз — 12,3×10. УЗИ органов малого таза: муко-гематокольпос? Произведено рассечение девственной плевы: из влагалища излилось 1,5 л серозной жидкости коричневого цвета со сгустками гноя и неприятным колибациллярным запахом. Влагалище осмотрено в зеркалах. Слизистая влагалища — без особенностей. Цервикальный канал расширен до 0,5 см. Ампула прямой кишки осмотрена в зеркалах — целостность слизистой не нарушена. Моча по катетеру светлая. В послеоперационном периоде — состояние удовлетворительное, температура — N. Получала антибиотикотерапию. Через 2 дня — повышение температуры до 39,4 °С. Боли в животе не беспокоили. УЗИ: в правой половине брюшной полости визуализируется неподвижная структура с неоднородным содержимым неправильной формы, общим размером 104×72×58 мм. ОАК: лейкоцитоз — 23×10. Выставляется диагноз: Инфильтрат (абсцесс?) брюшной полости. Острый аппендицит? При диагностической лапароскопии обнаружено: брюшина инфильтрирована, плотная, в правой подвздошной области — воспалительный инфильтрат, в который вовлечены петли подвздошной и слепой кишки размерами 10×7 см. При попытке его разъединения вскрылся гнойник, выделилось 30 мл густого гноя с колибациллярным запахом. Конверсия. После дальнейшей ревизии установлено наличие сообщения полости абсцесса с правой маточной трубой. Последняя умеренно уплотнена, гиперемирована, расширена на всем протяжении, фимбрии ее плотно фиксированы сращениями к выходу из полости абсцесса. Матка — без особенностей. Червеобразный отросток 6,0×1,0 см с перфоративным отверстием. Произведены аппендэктомия, правосторонняя тубэктомия, резекция большого сальника. Послеоперационный период — без особенностей.

Заключение. Данный клинический случай является уникальным в своем роде. В нашем наблюдении гипотетически при отсутствии врожденной патологии развития половых органов у пациентки в виде атрезии девственной плевы могло наступить выздоровление. Решение относительно удаления маточной трубы у данной пациентки было принято, учитывая наличие визуальных воспалительных изменений в органе, что в последующем подтвердило гистологическое исследование.

Ключевые слова: дериаппендикулярный абсцесс; свищ; атрезия девственной плевы.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Мультимодальная стратегия безопасности при коррекции сколиоза у детей: клинические результаты и диагностические ограничения триггерной электромиографии

Бородкин И.О.[1], Тарасов Н.И.[2], Выборнов Д.Ю.[1,2], Коротеев В.В.[2], Крестьяшин В.М.[1,2], Лозовая Ю.И.[1,2], Семёнов А.В.[1,2], Марголина М.А.[2], Шагинян А.К.[2]

[1] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия;
[2] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Актуальность. Коррекция тяжелого сколиоза у детей сопряжена с риском неврологических осложнений и массивной кровопотери. Триггерная электромиография (тЭМГ) применяется для выявления опасного положения винта, однако нормальный пороговый ответ не всегда соответствует безопасному его положению, и остается неясным, к какому направлению отклонения винта метод чувствителен.

Цель — оценить клинические результаты мультимодального протокола безопасности при коррекции сколиоза у детей и определить диагностические границы тЭМГ в зависимости от направления заднего пробоя винта.

Методы. Мультимодальный протокол применен при коррекции сколиоза у 100 пациентов. Протокол включал электронно-вычислительный зонд PediGuard и рентгеноскопию при формировании каналов, тЭМГ, расширенный мониторинг витальных функций и аппаратную реинфузию крови (Cell Saver). В подгруппе из 4 подростков 13–16 лет (типы 1A, 4B, 4C, 5C по Lenke) выполнен углубленный анализ нейромониторинга: установлено 82 транспедикулярных винта, полный набор признаков имелся для 69, единицей наблюдения считали отдельный винт. Положение винтов верифицировали по послеоперационной компьютерной томографии (классификация Gertzbein–Robbins). Конечная точка — клинически значимый задний пробой 2 мм и более с разделением на медиальный и латеральный/смешанный подтипы. Учитывали морфометрию ножки, плотность кости, геометрию импланта и порог тЭМГ; применяли градиентный бустинг с валидацией по пациентам. Доли приведены с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты. Средняя интраоперационная кровопотеря составила 600–800 мл, объем возврата аутоэритроцитов при аппаратной реинфузии — 250–300 мл. Стойкого неврологического дефицита не отмечено: преходящий корешковый синдром развился у 3 из 100 пациентов (3%) и полностью регрессировал в течение 3–6 месяцев. В подгруппе нейромониторинга средняя ширина ножки составила 5,72 мм, средний порог тЭМГ 2,46 мА; по Gertzbein–Robbins: A — 22 винта, B — 31, C — 9, D — 3. Клинически значимый задний пробой выявлен в 14 из 69 наблюдений (20,3%; 95% ДИ 11,6–31,7), из них медиальный — в 6 (8,7%), латеральный или смешанный — в 8 (11,6%). Чувствительность тЭМГ для совокупного заднего пробоя оказалась низкой — 28,6% (4 из 14; 95% ДИ 8,4–58,1), для медиального подтипа возрастала до 66,7% (4 из 6; 95% ДИ 22,3–95,7). Доля ложноотрицательных ответов — 71,4% (10 из 14) и 33,3% (2 из 6) соответственно. Модель машинного обучения не улучшала выявление совокупного исхода, но для медиального подтипа при меньшей чувствительности (33,3% против 66,7%) давала более высокую специфичность (96,8% против 87,3%) и прогностическую ценность положительного результата (50,0% против 33,3%).

Заключение. Мультимодальный протокол обеспечил отсутствие стойкого неврологического дефицита и умеренную кровопотерю с возвратом аутоэритроцитов, что снижает потребность в донорской крови. При этом чувствительность тЭМГ ограничена и определяется направлением пробоя:

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

она возрастает при медиальном подтипе и остается низкой при латеральном и смешанном вариантах, поэтому метод не может считаться универсальным индикатором любого заднего отклонения винта. Нормальный ответ тЭМГ следует интерпретировать в контексте морфометрии ножки и топографии деформации, а не как самостоятельное подтверждение безопасного положения импланта. Дополнительная модель не повышает чувствительность, но увеличивает специфичность и прогностическую ценность положительного результата при медиальном подтипе.

Ключевые слова: идиопатический сколиоз; транспедикулярная фиксация; триггерная электромиография; интраоперационный нейромониторинг; машинное обучение; мальпозиция винта.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Редкий случай тотального аганглиоза кишечника у ребенка: хирургическая стратегия при невозможности стандартной катетеризации центральных вен

Быков Ю.В.[1,2], Обёдин А.Н.[1], Пучков А.А.[2], Садовая А.С.[2]

[1] Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия;

[2] Краевая детская клиническая больница, Ставрополь, Россия

Актуальность. Тотальный аганглиоз кишечника относится к наиболее тяжелым врожденным нарушениям развития энтеральной нервной системы и сопровождается выраженной кишечной дисфункцией уже в неонатальном периоде. Отсутствие интрамуральных ганглиев на протяжении значительных отделов желудочно-кишечного тракта приводит к стойкой кишечной непроходимости, тяжелым нутритивным нарушениям и необходимости раннего хирургического лечения. У части пациентов формируется синдром короткой кишки, что определяет развитие хронической кишечной недостаточности и длительную зависимость от парентерального питания. Поддержание адекватного нутритивного статуса у таких детей невозможно без длительного использования центрального венозного доступа, однако продолжительная катетеризация магистральных вен нередко сопровождается инфекционными осложнениями и тромбозами, постепенно ограничивающими возможности дальнейшей инфузионной терапии.

Описние клинического наблюдения. Ребенок 2 лет с тотальным аганглиозом кишечника перенес в неонатальном периоде хирургическое вмешательство по поводу врожденной кишечной непроходимости с формированием кишечной стомы. Морфологическое исследование подтвердило отсутствие ганглиозных клеток в стенке кишечника, что позволило верифицировать диагноз. В последующем ребенку выполнены реконструктивные операции, направленные на увеличение функциональной длины кишечника и формирование резервуарных сегментов. Несмотря на проведенные вмешательства, сохранялась выраженная кишечная недостаточность, требовавшая длительного парентерального питания. Многократные катетеризации центральных вен осложнились развитием катетер-ассоциированной тромбозной болезни. По данным инструментального обследования выявлены окклюзионные тромбозы притоков верхней полой вены, поражение подвздошных вен и тромбоз инфраренального сегмента нижней полой вены. Таким образом, возможности стандартной катетеризации центральных вен оказались полностью исчерпаны, что создало непосредственную угрозу прекращения жизненно необходимой нутритивной поддержки. В условиях критического дефицита сосудистого доступа было принято решение о применении нестандартной хирургической тактики. Ребенку выполнена открытая имплантация туннелированного центрального катетера с проведением его дистального конца в полость правого предсердия. Данное вмешательство позволило восстановить надежный венозный доступ и обеспечить продолжение длительной инфузионной терапии. Послеоперационное ведение включало антикоагулянтную терапию, антибактериальное лечение и комплексную нутритивную поддержку. На фоне проводимого лечения удалось добиться стабилизации общего состояния ребенка и сохранения функционирующего сосудистого доступа.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует, что при тяжелых врожденных пороках кишечника утрата центрального венозного доступа может стать определяющим фактором прогноза. Применение нестандартных хирургических решений позволяет сохранить возможность длительного парентерального питания и существенно расширяет терапевтические перспективы у данной категории пациентов.

Ключевые слова: тотальный аганглиоз кишечника; хроническая кишечная недостаточность; парентеральное питание; центральный венозный доступ; катетер-ассоциированный тромбоз.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Лапароскопическая малоинвазивная техника при формировании антирефлюксного механизма при уретероцистоимплантации у детей раннего возраста

Врублевский С.Г.[1,2], Яцык С.П.[1], Врублевский А.С.[1], Оганисян А.А.[1], Врублевская Е.Н.[1,2], Валиев Р.Ю.[1], Ханов М.М.[1], Адкина Е.А.[1], Панина Н.С.[1]

[1] Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва, Россия;

[2] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Актуальность. Уретероцистоимплантация при пороках дистального отдела мочеточника у детей на современном этапе выполняется с использованием эндовидеохирургических, робот-ассистированных, а также открытых способов оперативных коррекций. Выбор технологий определяется видом порока, возрастом ребенка, предпочтениями хирурга и иными приоритетами. В настоящее время метод лапароскопической неоимплантации мочеточника имеет существенные недостатки в виде рассечения детрузора при формировании антирефлюксного тоннеля или широким вскрытием мочевого пузыря по задней поверхности.

Цель — разработка, внедрение в практику и оценка результатов использования лапароскопического малоинвазивного доступа для формирования антирефлюксного механизма при уретероцистоимплантации у детей раннего возраста без вскрытия мочевого пузыря и рассечения мышечного слоя.

Методы. За период 2024–2026 гг. оперировано 10 детей в возрасте от 8 до 42 мес. с обструктивным мегауретером, либо пузырно-мочеточниковым рефлюксом высокой степени. У 3 пациентов 8–10 мес. предварительно была сформирована дистальная уретерокутанеостома верхнего сегмента удвоенной почки, в связи с некупирующимся пиелонефритом. Лапароскопическая уретероцистоимплантация у 1 пациента была использована после неэффективной открытой операции в анамнезе в условиях дефицита длины мочеточника в тазовом отделе. Во всех случаях при хирургическом вмешательстве произведено минимальное вертикальное рассечение детрузора в двух точках на протяжении до 1,5 см до слизистой в соответствии диаметру мочеточника. Дистанция между точками рассечения составляла около 3 см. Антирефлюксный тоннель был сформирован между детрузором и слизистой в поперечном направлении путем диссекции. Патент на изобретение № 2730923. После проведения мочеточника в тоннель уретеровезикальное соустье формировалось отдельными узловыми швами (монокрил 6/0). Продолжительность операции составила 120–160 минут. Дренирование собирательной системы почки осуществлялось с использованием «катетер-стента» в течение 4 недель. Мочевой пузырь оставался катетеризирован в течение 4 суток после операции. Выписка из стационара на 5–6-е сутки после УЗИ мочевых путей и получения анализов мочи. Стент удалялся через 4 недели после хирургического вмешательства. На протяжении 1 года после операции проводились УЗ исследования через 1, 3, 6, 12 мес. и лабораторное сопровождение.

Результаты. Обследование пациентов включало цистоуретрографию, УЗИ мочевых путей в сроки 6–12 мес., нефросцинтиграфию (ДМSA) — спустя 1 год после операции. После хирургического вмешательства не отмечено атак пиелонефрита. ПМР исключен был во всех случаях, как и сокращение диаметра мочеточника в дистальных отделах на 50% в сроки от 6–12 мес.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Предложенный способ лапароскопической уретероцистоимплантации у детей раннего возраста с патологией уретеровезикального сегмента позволяет сформировать антирефлюксный тоннель малоинвазивным способом без широкого рассечения мышечного слоя. Результаты операций демонстрируют надежность антирефлюксного механизма, а сама методика снижает риск развития нейрогенной дисфункции мочевого пузыря вследствие минимального воздействия на детрузор в зоне хирургической интервенции.

Ключевые слова: лапароскопия; мегауретер; пузырно-мочеточниковый рефлюкс; рецидив; уретероцистоимплантация.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Непальпируемое яичко. Лечебно-диагностический алгоритм и выбор способа орхиопексии

Врублёвский С.Г.[1,2], Яцык С.П.[1], Ханов М.М.[1], Врублёвская Е.Н.[1,2], Валиев Р.Ю.[1], Врублевский А.С.[1], Оганисян А.А.[1], Панина Н.С.[1], Адкина Е.А.[1]

[1] Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва, Россия;

[2] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Актуальность. Крипторхизм является одним из патологических состояний репродуктивной системы у мальчиков и встречается у 1–4% новорожденных. Среди недоношенных детей, особенно с низкой массой тела при рождении, этот процент может составлять от 10 до 45% и выше. Синдром непальпируемого яичка — это не отдельный диагноз, а описательный термин, который встречается примерно в 8–20% всех случаев крипторхизма. Эта группа пациентов требует особого внимания в диагностике и тактике, а также использования адекватного способа оперативного лечения при наличии показаний к низведению яичка в мошонку.

Цель — выбор оптимального диагностического алгоритма и способа оперативного лечения при синдроме непальпируемого яичка.

Методы. В хирургическом отделении ГБУЗ НПЦ спец. мед. помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы в 2020–2026 гг. находилось на лечении 389 мальчиков с диагнозом крипторхизм. Двухсторонний крипторхизм преимущественно паховой формы, выявлен у 37 детей (9,5%). Непальпируемое яичко с одной стороны диагностировано первоначально у 41 пациента, двухстороннее — у 4. Аплазия яичка при диагностической лапароскопии подтверждена у 18 пациентов, абдоминальная локализация гонады — у 23. При абдоминальной форме крипторхизма одним из факторов, влияющих на тактику лечения, являлась удаленность яичка от глубокого пахового кольца. В случае нахождения яичка на расстоянии < 2 см от входа в паховый канал использовали одномоментную орхиопексию либо по методу J. Shoemaker, либо видеоассистированным способом. При локализации гонады > 2 см от глубокого пахового кольца после диагностической лапароскопии проводился курс гормональной терапии (хорионический гонадотропин) с последующим выполнением орхиопексии лапароскопически — ассистированным способом без пересечения яичковых сосудов. Операции по методу Fovler–Stephens нами не использовались.

Результаты. Проанализированы отдаленные результаты лечения у 212 детей с паховой формой крипторхизма и у всех 23 пациентов с абдоминальной формой локализации гонады. Осложнений в виде атрофии и ретракции яичка у пациентов, оперированных по методу J. Shoemaker (212), а также у 23 пациентов с абдоминальной формой крипторхизма, где использован алгоритм в выборе орхиопексии без пересечения яичковых сосудов, отмечено не было. УЗИ контроль за линейными и объемными размерами яичка, состоянием интрапаренхиматозного кровотока после хирургического вмешательства проводился через 3, 6, 12 мес. и далее 1 раз в год.

Заключение. Успех оперативного лечения детей с крипторхизмом зависит от его формы (локализации гонады), возраста ребенка на момент операции, тактики хирургического лечения и разумного подхода к использованию современных малоинвазивных технологий, позволяющих избегать пересечения сосудов яичка во время мобилизации гонады на этапах орхиопексии. В случае абдоминальной формы крипторхизма этапность лечения определяется расположением яичка по отношению к глубокому паховому кольцу.

Ключевые слова: крипторхизм; лапароскопия; непальпируемое яичко.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Предикторы технически сложных оперативных вмешательств и осложненного течения послеоперационного периода у детей с опухолями и кистами средостения

Выдыш С.В.[1], Топилин О.Г.[2], Соколов Ю.Ю.[1,2]

[1] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

[2] Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Обоснование. Технические трудности при выполнении оперативных вмешательств и риск развития осложнений в послеоперационном периоде у детей с объемными образованиями средостения во многом могут определяться исходными клинико-рентгенологическими характеристиками медиастинальных опухолей и кист.

Цель — оценить у детей клинико-рентгенологические характеристики объемных образований средостения, ассоциированные с техническими трудностями при их удалении и осложненным течением раннего послеоперационного периода.

Методы. В исследование включены 42 ребенка, оперированных по поводу объемных образований средостения в 2019–2025 гг. Медиана возраста составила 10,8 года (IQR 4,3–15,3). Большинство наблюдений составили кистозные образования — 24 (57,1%) и нейрогенные опухоли — 13 (31,0%). Злокачественные и потенциально злокачественные опухоли выявлены у 8 (19,0%) пациентов. Технические сложности в ходе оперативного вмешательства определяли по наличию хотя бы одного из нижеперечисленных признаков: длительность операции более 140 минут, необходимость в конверсии или расширении оперативного доступа, повреждении прилежащих анатомических структур, кровотечение с необходимостью гемотрансфузии, неполное по техническим причинам удаление опухоли. Течение раннего послеоперационного периода считали осложненным при возникновении легочно-плевральных осложнений (кровотечение, пневмоторакс), длительности дренирования более 8 суток и послеоперационным пребыванием в стационаре более 10 суток.

Результаты. В исследуемой когорте технические трудности зарегистрированы у 16 (38,1%) больных, осложненное течение раннего послеоперационного периода — у 18 (42,9%). Возраст не показал заметной связи с оцениваемыми исходами. При технически сложной операции медиана размера объемного образования по данным компьютерной томографии была выше: 40,2 мл против 19,6 мл (p=0,099). Аналогичная тенденция отмечалась при осложненном послеоперационном течении: 34,3 мл против 14,3 мл (p = 0,094). Верхний квартиль объема образования средостения сопровождался повышением шансов технически сложной операции (OR 3,75; 95% ДИ 0,83–16,94) и осложненного послеоперационного периода (OR 2,32; 95% ДИ 0,53–10,13). При контакте образования с двумя или более значимыми анатомическими структурами (крупными сосудами, дыхательными путями, пищеводом, нервными стволами, перикардом) осложненный ранний послеоперационный период отмечался чаще: 66,7% против 33,3% (p = 0,084). Все повреждения прилежащих анатомических структур в ходе вмешательства наблюдались только при кистозных образованиях средостения.

Заключение. Таким образом, предикторами технически сложного оперативного вмешательства и осложненного течения послеоперационного периода являются исходный объем объемного образования средостения и прилежание последнего к двум и более значимым анатомическим структурам. При планировании оперативных вмешательств особого внимания требуют кистозные образования средостения, поскольку именно в этой группе наиболее часто наблюдаются интраоперационные повреждения прилежащих анатомических структур.

Ключевые слова: опухоли и кисты средостения; компьютерная томография; предоперационная оценка риска; интраоперационные и послеоперационные осложнения; дети.

ЭКО • ВЕКТОР

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Лапароскопический адгезиолизис при завороте подвздошной кишки и врожденных спайках у подростка

Гаврилюк В.П.[1], Северинов Д.А.[1], Донская Е.В.[2], Сушков И.А.[1]

[1] Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия;

[2] Курская областная детская клиническая больница, Курск, Россия

Актуальность. Нарушения ротации и фиксации кишечника у новорожденных детей — нечастый порок развития, встречается с частотой 1:3000 живорожденных, а в более старшем возрасте выявляется редко, что обусловлено скрытыми асимптоматическими формами течения этой группы заболеваний. Врожденные спайки являются причиной от 7–12% случаев кишечной непроходимости пациентов, не подвергавшихся операциям на органах брюшной полости. В мировой литературе описано крайне мало случаев заворота кишки у подростка, как осложнения врожденных спаек брюшной полости.

Цель — продемонстрировать успешный опыт лапароскопического адгезиолизиса у девочки-подростка с заворотом подвздошной кишки на фоне врожденных спаек брюшной полости.

Описание клинического случая. В приемное отделение доставлена девочка 12 лет с жалобами на многократную рвоту, боли в нижних отделах живота, которые беспокоят в течение 2-х суток до обращения. При осмотре отмечаются положительные аппендикулярные симптомы. Девочка обследована (выполнены общий клинический анализ крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости). В ходе экстренной лапароскопии (расстановка портов, как при классической лапароскопической аппендэктомии) обнаружены множественные врожденные плоскостные спайки, которые протянулись от передней брюшной стенки к петлям тонкой кишки и между петлями, с формированием множественных “двустволок”, а в левой половине брюшной полости обнаружена зона странгуляции подвздошной кишки плотной спайкой, при рассечении которой отмечалось равномерное газонаполнение петель кишечника. Также выполнен лапароскопический адгезиолизис по ходу тонкой кишки в наиболее сомнительных местах, где спайки могли препятствовать движению химуса в послеоперационном периоде. Тотального разделения спаек не выполняли ввиду выраженного процесса и рисков повреждения фиксированных петель кишечника в области брыжейки тонкой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Энтеральная нагрузка жидкостью на 2-е сутки после операции, на 3-и сутки после усвоения пробного кормления ребенок переведен в хирургическое отделение. Выписана на амбулаторный этап на 6-е сутки после операции. Катамнез составил 1 год.

Заключение. В данном случае длительная компрессия спайками привела к развитию серозного перитонита (интраоперационно жидкость серозно-геморрагического характера определялась в малом тазу, подпеченочном пространстве) и вторичного аппендицита. Именно это и усложнило диагностику на начальном этапе обследования, а также отсутствие каких-либо иных анамнестических данных и специфических жалоб. Описанный случай демонстрирует явные преимущества лапароскопической техники в ургентной хирургии и подчеркивает ее широкие возможности у пациентов с редкой врожденной патологией.

Ключевые слова: спайки брюшной полости; заворот подвздошной кишки; лапароскопия; кишечная непроходимость; дети; пороки развития ЖКТ.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Гигантская зрелая тератома правого яичника у девочки 16 лет: клиническое наблюдение

Гарайс А.Р.[2], Котлубаев Р.С.[1,2], Фролова Е.А.[1,2]

[1] Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия;
[2] Областная детская клиническая больница, Оренбург, Россия

Актуальность. Кистозные образования яичников у детей и подростков встречаются с частотой 2,5–5,7 на 100 000 в год, причем до 80% из них составляют доброкачественные новообразования. Гигантские кисты, занимающие всю брюшную полость и достигающие объема нескольких литров, у девочек-подростков крайне редки и представляют диагностические и тактические сложности.

Описание наблюдения. Пациентка Б., 16 лет, при профилактическом осмотре педиатром обнаружено увеличение размеров живота, жалоб не предъявляла, менструальная функция не нарушена (менархе в 13 лет, цикл регулярный). Осмотрена детским гинекологом и хирургом. При ультразвуковом исследовании в брюшной полости и малом тазу анэхогенное образование огромных размеров с мелкогиперэхогенной взвесью, четкими неровными контурами; органы брюшной полости оттеснены, не визуализируются. При компьютерной томографии: образование однородной жидкостной плотности 167×249×312 мм, в верхних отделах стенки — единичные обызвествления и прослойки жировой плотности; заключение — серозная цистаденома правого яичника? При магнитно-резонансной томографии: кистозное образование размерами 311×249×150 мм (объем около 6 л), однородное, без перегородок; правый яичник не визуализируется, левый — обычной структуры. Пациентка госпитализирована в детское хирургическое отделение № 1. Ребенку выполнено оперативное вмешательство в объеме «лапароскопия, удаление образования». Через мини-доступ в умбиликальной области произведена пункция кисты, аспирировано 6880 мл прозрачной серозной жидкости. После декомпрессии органы брюшной полости полностью расправились, признаков ишемии или воспаления нет. Матка размером 40×28×30 мм, смещена влево. Левый яичник 3,5×3,0×2,5 см, обычной структуры. Правый яичник кистозно изменен — гигантское образование около 30 см в диаметре, маточная труба распластана по его поверхности. Выполнена кистэктомия справа: ткань яичника рассечена, образование вылущено в пределах здоровых тканей, удалено в эндомешке. При санации в эндомешке обнаружены дополнительные включения в виде жира и волос. Ультразвуковым скальпелем произведена резекция перерастянутой ткани яичника, оставшаяся здоровая ткань адаптирована, яичник ушит непрерывным обивным швом. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Микроскопическое исследование удаленного образования: в яичнике доброкачественное новообразование из элементов кожи, ее придатков, зрелой жировой ткани, ткани типа вещества головного мозга. Заключение: зрелая тератома яичника. Через 3 месяца при контрольном ультразвуковом исследовании: правый яичник 38×21×24 мм, левый — 37×21×22 мм; в обоих яичниках определяются множественные фолликулы (более 10 в срезе) диаметром до 14–15 мм. Размеры и фолликулярная активность оперированного яичника полностью соответствуют интактному.

Заключение. Представленный клинический случай иллюстрирует некачественное профилактическое наблюдение за ребенком в течение предшествующих лет, высокую возможность выявления скрытых образований брюшной полости с помощью ультразвукового исследования, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, и даже гигантские опухолевидные образования возможно удалять лапароскопическим доступом.

Ключевые слова: гигантская опухоль яичника; лапароскопическая кистэктомия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Сочетание желчнокаменной болезни и гигантской параовариальной кисты с перекрутом придатков у девочки-подростка: клинический случай

Гарайс А.Э.[2], Гарайс А.Р.[2], Котлубаев Р.С.[1,2]

[1] Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия;

[2] Областная детская клиническая больница, Оренбург, Россия

Актуальность. Желчнокаменная болезнь у детей также нечаста, ее распространенность не превышает 0,5–1%, а сочетание желчнокаменной болезни с гигантской параовариальной кистой у одного пациента является казуистическим. В нашей практике за последние 5 лет пролечено более 150 детей с желчнокаменной болезнью и более 80 — с кистами яичников и придатков, однако лишь в одном случае отмечена подобная коморбидность.

Описание клинического случая. Пациентка Б., 16 лет, госпитализирована в плановом порядке для холецистэктомии. Из анамнеза: около двух лет беспокоили боли в животе, наблюдалась гастроэнтерологом, консервативная терапия без эффекта. За год — более 4 обострений с выраженным болевым синдромом. При последнем обострении получала лечение в дневном стационаре, при ультразвуковом исследовании: желчный пузырь: расположение типичное, размеры: 5,25×2,12 см. Форма неправильная, физиологическая деформация в области воронки — «карман Хартмана», передняя стенка не утолщена — 0,11 см, однородная. В просвете по задней стенке множественные гиперэхогенные криволинейные образования, сливающиеся между собой, подсчету не подлежат, с четкой ультразвуковой дорожкой (симптом отражения). Направлена на плановое оперативное лечение. Объективно: гиперстеник, весом в 128 кг. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При контрольном ультразвуковом исследовании выявлены конкременты желчного пузыря (до 7 мм), общий желчный проток не расширен, также признаки жирового гепатоза. Объемных образований брюшной полости и малого таза по данным ультразвукового исследования не описано — киста не была диагностирована предоперационно. Ребенку выполнено плановое оперативное лечение в объеме «лапароскопия, холецистэктомия, деторсия придатков матки слева, удаление гигантской параовариальной кисты слева»: при введении первого троакара обнаружено, что вся брюшная полость и малый таз заняты гигантским образованием размером до 30 см в диаметре, с багрово-синюшными стенками. При санации содержимого эвакуировано 2,5 литра прозрачной серозной жидкости. При ревизии: образование исходит из левых придатков матки, выявлен перекрут придатков слева на 360 градусов по часовой стрелке, связки отечны, сосуды воронко-тазовой связки гипертрофированы, синюшного цвета. Выполнена деторсия придатков. Далее произведена холецистэктомия (желчный пузырь серо-голубой, просвет полностью заполнен конкрементами). Затем повторная ревизия малого таза: матка отклонена кзади, придатки справа без особенностей, слева после деторсии окраска розовая. Произведена кистэктомия слева — капсула параовариальной кисты вылущена в пределах здоровых тканей в полном объеме, удалена. Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. Через 6 месяцев при контрольном ультразвуковом исследовании: очаговых изменений в паренхиме печени и селезенки не выявлено. Диффузные изменения в печени по типу жировой инфильтрации. В проекции правого и левого яичников патологических кистозных образований не выявлено.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Особенностями случая являются:

1) бессимптомное течение гигантской параовариальной кисты у пациентки с ожирением, что привело к ее несвоевременной диагностике;

2) сочетание двух хирургических патологий у одного пациента;

3) выполнение одномоментного лапароскопического вмешательства в объеме холецистэктомии, деторсии и кистэктомии без конверсии. Своевременная интраоперационная диагностика перекрута позволила избежать некроза и удаления придатков, сохранив репродуктивный потенциал пациентки.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; параовариальная киста; лапароскопия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Диагностика и лечение непальпируемого яичка у детей

Гафуров А.А., Назиров Н.В., Нематжонов Ф.З., Маматалитев Д.Р. Солиев М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Крипторхизм относится к одной из наиболее распространенных патологий органов репродуктивной системы, приводящей к снижению фертильности и развитию бесплодия у мужчин. Примерно в 50% случаев непальпируемые яички располагаются в брюшной полости.

Цель — на основании комплекса функциональных методов обследования изучить эффективность диагностической лапароскопии при непальпируемых яичках.

Методы. В клинике детской хирургии АндГосМИ за период с 2020 по 2025 г. на стационарном обследовании и лечении находились 56 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 17 лет с непальпируемым яичком. Всем детям при поступлении проводился комплекс клинико-лабораторных и функциональных исследований, включая ультразвуковое исследование (УЗИ) с дуплексным картированием, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Результаты. В 9 случаях при абдоминальной локализации был выявлен двусторонний крипторхизм. При непальпируемых абдоминальных формах крипторхизма всем 56 пациентам выполнена диагностическая лапароскопия с ревизией органов брюшной полости. Лапароскопия позволила в 49 случаях выявить яичко в брюшной полости, тогда как у 4 пациентов яичко обнаружить не удалось. В 3 наблюдениях выявленное яичко оказалось аплазированным, в связи с чем выполнено удаление зачатка тестикулы. Из 49 обнаруженных неопущенных гонад у 36 пациентов удалось выполнить орхопексию в один этап. Однако у 13 пациентов с абдоминальной формой крипторхизма не удалось достичь достаточного удлинения семенного канатика вследствие его анатомической укороченности (короткий семявыносящий проток и сосудистый пучок), что обусловило необходимость проведения двухэтапного хирургического вмешательства по методу Fowler–Stephens с фиксацией яичка в области внутреннего пахового кольца. Данный метод обеспечивает оптимальные условия для восстановления кровоснабжения яичка. Второй этап оперативного лечения был выполнен через 6 месяцев. Учитывая отсутствие альтернативных методов, при многоэтапном хирургическом лечении первый этап операции должен быть направлен на максимальное сохранение функциональной активности гонады за счет обеспечения адекватного крово- и лимфообращения.

Заключение. Таким образом, лапароскопия при непальпируемых формах крипторхизма должна рассматриваться как обязательный компонент комплексной диагностики и лечения, включающий выполнение орхопексии. При выявлении гипоплазированного яичка возникает необходимость в назначении гормональной терапии.

Ключевые слова: крипторхизм; Fowler–Stephens; непальпируемые яички.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Выбор метода лечения интравезикального уретероцеле у детей

Гафуров А.А., Туракулов З.Ш., Нематжонов Ф.З., Насриддинова Л., Ефимеко О.В.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Уретероцеле (УЦ) — врожденный порок развития мочеточника, представляющий собой кистозное выпячивание слизистого и подслизистого слоев интрамурального отдела мочеточника.

Цель — разработка наиболее эффективного метода хирургического лечения интравезикального уретероцеле у детей.

Методы. За период 2014–2025 гг. в урологическом отделении областного детского многопрофильного медицинского центра города Андижана (Республика Узбекистан) проанализированы данные 93 детей с диагнозом интравезикальное уретероцеле в возрасте от 1 года до 18 лет.

Результаты. Проведен клинический анализ результатов трансуретральной инцизии интравезикального уретероцеле (ТУИУ) у 93 пациентов. Всем детям до операции выполнена диагностическая и санационная цистоскопия с использованием цистоскопа Karl Storz. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов в сроки от 6 месяцев до 3 лет после вмешательства. У 19 (26,7%) пациентов выполнена мини-перфорация уретероцеле. В отдаленном периоде у 3 (15,7%) из них отмечено отсутствие функции верхнего сегмента почки на стороне поражения, сопровождавшееся рецидивирующим течением инфекций мочевых путей (ИМП). Всем этим пациентам выполнена геминефрэктомия. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) IV–V степени выявлен у 4 (21%) пациентов. Продольное иссечение интравезикального уретероцеле выполнено у 15 (21,1%) детей; у 2 (13,3%) пациентов данной группы отмечались эпизоды ИМП, а у 1 пациента выявлен ПМР IV степени с контралатеральной стороны. Поперечное иссечение выполнено у 12 (16,9%) пациентов; у 1 (8,3%) пациента отмечались эпизоды ИМП, у 1 (8,3%) — развился ятрогенный ПМР IV степени. Всем пациентам с ПМР в последующем выполнена антирефлюксная операция по методу Politano–Leadbetter. Лямбдоидная инцизия интравезикального уретероцеле выполнена у 25 (35,2%) пациентов; у 1 (4%) пациента по данным микционной цистоуретрографии выявлен ПМР II степени на стороне поражения. Данному пациенту выполнена эндоскопическая коррекция с использованием объемообразующего геля Dexell. У всех пациентов данной группы в отдаленном периоде не отмечено развития осложнений, таких как обструкция, миграция импланта и инфекции мочевых путей.

Заключение. Таким образом, лямбдоидная инцизия интравезикального уретероцеле является высокоэффективным, малоинвазивным и более физиологичным методом хирургического лечения по сравнению с открытыми операциями, обеспечивающим наилучшие клинико-функциональные результаты, включая устранение уретероцеле и профилактику инфекций мочевых путей.

Ключевые слова: уретероцеле; инцизия; пузырно-мочеточниковый рефлюкс; инфекции мочевых путей.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Спонтанный пневмоторакс как сопутствующий диагноз

Гацуцын В.В., Ерёмин Д.Б., Цапкин А.Е.

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс занимает одно из лидирующих мест среди экстренных нозологий в торакальной хирургии детского возраста. Отмечается активный рост заболеваемости в последнее десятилетие. По данным литературных источников, частота встречаемости 1:10 000 детского населения. Основная возрастная когорта составляет 12–17 лет. В настоящее время при СП не существует единой тактики лечения, не определен объем оперативного вмешательства и способ профилактики рецидива.

Методы. В ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского с 2021 по 2026 г. на стационарном лечении находилось 71(*N*) ребенка разного пола и возраста с различной торакальной патологией, в процессе лечения которых выявлен спонтанный или отграниченный пневмоторакс. Во всех случаях диагностика включала рентгенографию органов грудной клетки, МСКТ ОГК. Оперативное лечение выполнено 9 (12,7%) детям малоинвазивными методами в объеме торакоскопии, плеврэктомии, атипичной резекции буллезно измененного участка легкого или лобэктомии. У 62 (87,3%) детей проведено консервативное лечение, достигнут стойкий клинический результат.

Результаты. За 5 лет в условиях ДГКБ№ 9 пролечен 71 ребенок с различной торакальной патологией и сопутствующим пневмотораксом. Оперативное лечение потребовалось у 9 пациентов. Во всех случаях достигнута полная стойкая реэксапсия легкого. Во всех случаях проводилась лучевая диагностика в объеме рентгенографии ОГК в фронтальной и боковой (со стороны поражения) проекциях, КТ ОГК.

Заключение. Спонтанный пневмоторакс, отграниченный пневмоторакс, одна из распространенных сопутствующих патологий у детей, находящихся на стационарном лечении по профилю торакальная хирургия, требует дифференцированного подхода в каждом случае, и должны определяться четкие показания к оперативному лечению.

Ключевые слова: пневмоторакс; буллы; эмфизема.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Спонтанный пневмоторакс, опыт одной клиники

Гацуцын В.В., Ерёмин Д.Б., Цапкин А.Е.

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс — это неотложное состояние, характеризующееся внезапным скоплением воздуха в плевральной полости, приводящее к частичному или полному коллапсу легкого. Спонтанный пневмоторакс занимает одно из лидирующих мест среди экстренных нозологий в торакальной хирургии детского возраста. Отмечается активный рост заболеваемости в последнее десятилетие. По данным литературных источников, частота встречаемости 1:10 000 детского населения. Основная возрастная когорта составляет 12–17 лет. В настоящее время при СП не существует единой тактики лечения, не определен объем оперативного вмешательства и способ профилактики рецидива.

Методы. В ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского с 2021 по 2026 г. на стационарном лечении находилось 72 ребенка различного возраста, пола, объема СП и пораженной ткани легкого. Во всех случаях диагностика включала рентгенографию органов грудной клетки, МСКТ ОГК. Хирургическая коррекция выполнена 32 (N) детям старше 10 лет малоинвазивными методами в объеме торакоскопической атипичной резекции буллезно измененного участка легкого, плеврэктомия выполнена 28 (87.5%) детям. У 40 детей булл не было выявлено по данным КТ ОГК, проведено консервативное лечение, достигнут стойкий результат. В 1 (3,2%) случае получен рецидив заболевания. Из 32 детей 3 (9,4%) ребенка оперированы повторно с контралатеральной стороны.

Результаты. Дренирование первичного СП выполнено у 65 пациентов, в 7 случаях в связи с малым объемом свободного воздуха показаний для дренирования не выявлено. Дренаж у всех больных удален на 4-е сутки после оперативного лечения. Интраоперационных осложнений не было. По данным гистологического исследования подтвержден диагноз буллезной эмфиземы легкого во всех случаях. Из 32 оперированных детей рецидив получен в 1 случае, ребенок повторно оперирован. 3 детей оперированы через 6 месяцев с контрлатеральной стороны. Всем детям выполнялась торакоскопическая атипичная резекция буллезно измененного участка легкого, из них 28 выполнена дополнительно плеврэктомия.

Заключение. Малоинвазивная торакоскопическая атипичная резекция буллезно измененного участка легкого с плеврэктомией является операцией выбора при СП и наличии буллезной эмфиземы, позволяющая достичь стойкого результата и минимизировать риски рецидива.

Ключевые слова; спонтанный пневмоторакс; торакоскопия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Деформации грудной клетки у детей

Гацуцын В.В., Ерёмин Д.Б., Кузьмичев В.А.

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

Введение. Деформации грудной клетки занимают первое место среди всех врожденных пороков развития передней грудной стенки. Лидером в данной патологии является воронкообразная деформация (ВДГК), частота встречаемости 1:3000 населения. Вторая по значимости — килевидная деформация грудной клетки (КДГК), встречаемость в 7 раз реже, чем ВДГК. Несмотря на то, что данной патологии уделялось широкое внимание с начала XVIII века, существует множество оперативных вмешательств, среди которых золотым стандартом считаются торакопластика по Нассу и по Абрамсону, существуют варианты и консервативной терапии. Несмотря на это, данная патология остается актуальной по нынешнее время, а варианты и сроки лечения остаются дискутабельными по нынешнее время.

Актуальность. Дебют данной патологии примерно в 70% случаев приходится в возрасте 10 лет, а в периоде новорожденности и первого года жизни не превышает 1%. Вследствие этого нередко отмечается поздняя диагностика, а специалисты амбулаторного звена часто допускают ошибки в сроках и методах лечения врожденных деформаций. Однако ключевую роль в постановке окончательного диагноза и выборе тактики лечения играет данные функциональных проб, данные лучевых методов диагностики и осмотр узкого специалиста.

Методы. На базе ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского за 2025 г. проведено консервативное и хирургическое лечение 120 детей различного возраста, пола и типа деформации. Во всех случаях диагностика включала рентгенографию органов грудной клетки, МСКТ ОГК, ФВД, ЭКГ, ЭХО-КГ, МСКТ ОГК у детей старше 10 лет. Хирургическая коррекция выполнена 72 детям старше 11 лет малоинвазивными методами по Нассу и по Абрамсону. 48 детей начали курс консервативной терапии вакуумным колоколом при ВДГК и динамической компрессионной системой при КДГК.

Результаты. Использование консервативной терапии в раннем возрасте позволяет снизить риск оперативного лечения в последующем до 58%, добиться хороших эстетических и функциональных показателей. Применение малоинвазивных технологий позволило значительно снизить травматичность вмешательств, улучшить визуальный контроль анатомических структур и добиться оптимальных косметических и функциональных результатов, исключить грозные ятрогенные осложнения, добиться ранней активизации пациентов после оперативного лечения и значимо снизить количество койко-дней госпитализации до 6,2 суток. Рецидивов и послеоперационных осложнений не отмечено. Использование видеоторакоскопии является методом выбора у детей при выполнении малоинвазивных торакопластик. Важным аспектом является мультидисциплинарный подход и возможность симультанных вмешательств при сочетанной патологии.

Заключение. Врожденные деформации грудной клетки у детей представляют диагностически сложную, но хорошо прогнозируемую патологию при своевременном выявлении и обращении к специалисту. Раннее назначение консервативной терапии позволяет избежать оперативное лечение в 58% случаев. Применение современных методов визуализации и малоинвазивной торакальной хирургии обеспечивает высокую эффективность и безопасность лечения. Видеоторакоскопическая малоинвазивная торакопластика по Нассу и по Абрамсону является методом выбора, обеспечивая минимальную инвазивность, короткий восстановительный период и хорошие функциональные и эстетические результаты.

Ключевые слова: воронкообразная деформация; килевидная деформация грудной клетки; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Стриктурирующая болезнь Крона у детей: непроходимость без непроходимости. Лечить или оперировать?

Глушкова В.А., Подкаменев А.В., Передереев С.С., Тихомиров А.И., Сапарбеков А., Мешков А.В.

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

Обоснование. Согласно действующим клиническим рекомендациям, выжидательная тактика при стриктурирующем фенотипе болезни Крона (БК) у детей допустима до развития клинически значимой кишечной непроходимости или дилатации супрастенотической части кишки менее 3 см. При проведении стандартного комплекса обследований при подозрении на БК определяется стеноз в илеоцекальном переходе или терминальном отделе подвздошной кишки, однако симптомы кишечной обструкции отсутствуют или слабо выражены. В таких случаях клиническая картина «непроходимости без непроходимости» может создавать ложное впечатление благополучия и приводить к неоправданной отсрочке операции.

Цель — сравнить непосредственные и отдаленные результаты ранней плановой илеоцекальной резекции (ИЦР) и отсроченного оперативного вмешательства у детей со стриктурирующим фенотипом БК, а также оценить влияние длительного консервативного лечения на частоту осложнений.

Методы. Выполнено ретроспективное когортное исследование 86 пациентов детского возраста (от 9 до 18 лет) с осложненными формами БК, оперированных в 2015–2025 гг. Стриктурирующий фенотип (B2) выявлен у 60 (71,4%), смешанный (B2B3) — у 22 (26,2%). Сравнивались группы ранней (⩽12 мес. от диагноза и начала лечения, n = 38) и отсроченной (⩾12 мес., n = 33) ИЦР. Большинство пациентов оперированы в плановом порядке — 80 (93,0%). Анализировали частоту конверсии, формирования стомы, псоас-абсцесса, а также частоту развития хирургического и эндоскопического рецидива. Активность заболевания оценивали по педиатрическому индексу активности болезни Крона (Pediatric Crohn's Disease Activity Index, PCDAI). Статистическая обработка выполнена в StatTech v.4.13.0.

Результаты. Ранняя операция по сравнению с отсроченной ассоциировалась с достоверно более низкой частотой конверсии (13,2% против 27,3%, p = 0,048), формирования стомы (5,3% против 21,2%, p = 0,038) и псоас-абсцесса (7,9% против 21,2%, p = 0,042). При ранней операции медиана PCDAI (перед вмешательством была ниже (12,5 против 22,0 балла, p = 0,011). У пациентов, оперированных в плановом порядке (93,0%), осложнения развивались реже. У пациентов после ранней операции, получавших биологическую терапию в сроки до 12 недель (n = 24), частота полной эндоскопической ремиссии (i0) через 12 месяцев составила 91,7% против 67,9% в группе отсроченной операции с аналогичной терапией (p = 0,028). В отдаленном периоде (медиана 38,5 мес.) хирургический рецидив отсутствовал.

Заключение. У детей со стриктурирующим фенотипом БК ранняя плановая илеоцекальная резекция (в течение 12 месяцев от диагноза) может рассматриваться как одна из предпочтительных стратегий. Отсрочка операции ассоциируется с повышением риска конверсии или формирования стомы. Ключевым условием долгосрочного успеха является раннее назначение биологической или комбинированной терапии в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: болезнь Крона; стриктурирующий фенотип; илеоцекальная резекция; ранняя хирургия; плановая операция; стома; абсцесс.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Фенестрированная мембрана двенадцатиперстной кишки как причина острого рецидивирующего панкреатита у девочки 13 лет

Гогичаева А.А.[1,2], Соколов Ю.Ю.[1,2,3], Пыхтеев Д.А.[3], Ахматов Р.А.[1,2], Вилесов А.В.[2]

[1] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва, Россия;

[3] Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва, Россия

Актуальность. Острый рецидивирующий панкреатит может являться редким осложнением хронической дуоденальной непроходимости (ХДН). Приводим клиническое наблюдение 13-летней девочки с острым панкреатитом, развившемся на фоне фенестрированной мембраны двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Описание клинического случая. Девочка 13 лет была госпитализирована с жалобами на боли в животе. Из анамнеза известно, что за последние 2 месяца ребенок перенес два эпизода острого панкреатита, в связи с чем находился на стационарном лечении в другом лечебном учреждении, где проводилось комплексное обследование — причина острого панкреатита установлена не была. При последней госпитализации в биохимическом анализе крови отмечалось незначительное повышение альфа-амилазы до 131 ед/л. По данным ультразвукового исследования выявлено, что ДПК дилатирована до 8 см, в просвете ее большое количество жидкостного содержимого, имеются реактивные изменения поджелудочной железы. При эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в области дуоденоеюнального перехода визуализировано концентрическое сужение просвета ДПК, которое непроходимо для эндоскопа. Рентгеноконтрастное исследование подтвердило наличие дуоденостаза со значительным расширением просвета ДПК. С предположительным диагнозом «мембрана ДПК» больная была оперирована. При лапароскопии было выявлено, что желудок резко увеличен в размерах, ДПК расширена до 12 см, атонична, стенка ее истончена. Определить точную локализацию мембраны ДПК не представлялось возможным, поэтому осуществлен переход на лапаротомию. При ревизии пальпаторно установлено, что на уровне дуоденоеюнального перехода имеется внутрипросветное препятствие. Рассечена связка Трейтца и низведен дуоденоеюнальный переход. Выполнена продольная дуоденотомия нижней горизонтальной ветви ДПК. Установлено, что на уровне перехода ДПК в тощую кишку имеется фенестрированная мембрана с внутренним просветом до 1 см. Мембрана была иссечена. Учитывая выраженное расширение просвета ДПК, сформирован нижний дуоденоеюноанастомоз «бок в бок» между дуоденотомическим отверстием и выключенной по Ру начальной петлей тощей кишки. Ранний послеоперационный период протекал без особенностей: энтеральное кормление возобновлено на 5-е сутки, выписана на 10-е сутки. Через 2 недели госпитализирована вновь с жалобами на интенсивные боли в животе. При ЭГДС установлены признаки язвенного анастомозита. Была проведена консервативная терапия с положительным эффектом. При контрольной ЭГДС через 6 месяцев воспалительных изменений в зоне дуоденоеюноанастомоза выявлено не было. В катамнезе через 1 год жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не отмечает, эпизоды обострения панкреатита не повторялись.

Заключение. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует редкое осложнение фенестрированной мембраны ДПК — развитие острого рецидивирующего панкреатита. Примечательно, что именно панкреатит стал первым проявлением врожденной ХДН у ребенка. Комбинированное оперативное вмешательство, включающее низведение дуоденоеюнального перехода, иссечение мембраны и формирование нижнего дуоденоеюноанастомоза по Ру, позволило полностью купировать явления дуоденостаза и проявления панкреатита.

Ключевые слова: хроническая дуоденальная непроходимость; фенестрированная мембрана двенадцатиперстной кишки; двенадцатиперстная кишка; панкреатит; дети.

ЭКО • ВЕКТОР
Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Открытый живот и вакуум-терапия в неотложной абдоминальной хирургии у детей

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

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

Обоснование. Тяжелые повреждения органов брюшной полости и осложненное течение острой абдоминальной патологии у детей заставляют принимать хирургов нестандартные решения. Открытое ведение живота — трудный шаг, но зачастую единственный при спасании жизней данной группы пациентов.

Цель — проанализировать структуру абдоминальной патологии, требующей применение методики «открытого живота» и вакуум-терапии.

Методы. Проведено одноцентровое ретроспективное обсервационное исследование. В период с 2013 по 2025 гг. в НИИ НДХиТ пролечено 58 пациентов, которым требовалось открытое ведение живота, либо отмечались осложнения со стороны мягких тканей после проведения лапаротомии. Мальчики составили 65,5% (38), девочки — 34,5% (20), средний возраст — 10,8+5,1. Оценивали показания к применению методик вакуум-терапии в неотложной абдоминальной хирургии у детей и результаты лечения.

Результаты. Вакуум-ассистированную лапаростомию (ВАЛ) применяли при критической абдоминальной патологии, требующей повторных ревизий брюшной полости у 29 (50%) пациентов: при тотальном перитоните (15), при неокклюзионном ишемическом энтероколите (4); сомнительной жизнеспособности петель кишечника при завороте и ущемлении во внутренней грыже (3), при массивном внутрибрюшной кровотечении в качестве тактики абдоминального контроля повреждений (2) и контроля гемостаза при рецидивирующем кровотечении из язв Кушинга (2), при реконструктивных операциях на желудочно-кишечном тракте в условиях «компрометированного» живота (3).

Вакуум-терапия гнойно-некротических ран брюшной стенки вследствие нагноения или снижения регенераторного потенциала была использована в 15 (25,8%) наблюдениях, а также в 2 (3,4%) случаях при анаэробной флегмоне живота в послеоперационном периоде после аппендэктомии. Вакуум-терапию при несформированных кишечных свищах и «проблемных стомах» применяли у 12 (20,8%) пациентов.

Послеоперационные осложнения составили 8,6% (5). В 6,8% (4) отмечалось формирование вентральной грыжи и у 1 ребенка на фоне длительной вакуум-терапии отмечено появление кишечных свищей. Летальность в серии наших наблюдений составила 13,7% (8). Ни в одном случае непосредственно вакуум-терапия не явилась причиной летального исхода. Основной причиной смерти являлся абдоминальный сепсис с развитием синдром полиорганной недостаточности (5; 12,5%), у двоих (5%) пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой — ишемический энтероколит, и один (2,5%) ребенок погиб вследствие острого респираторного дистресс-синдрома в послеоперационном периоде после реконструктивной операции по поводу закрытия кишечной стомы.

Заключение. Вакуум-ассоциированная лапаростомия является эффективным инструментом в лечении «критической» абдоминальной патологии у пациентов детского возраста. Вакуум-терапия ран передней брюшной стенки является методом выбора при несформированных кишечных свищах, гнойно-некротических ранах передней брюшной стенки любого генеза, в том числе как этапное лечение при ВАЛ.

Ключевые слова: дети; открытый живот; лапаростомия; травма живота; неотложная абдоминальная хирургия; вакуум-терапия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Переломы медиального надмыщелка и головки мыщелка плечевой кости у детей. Есть ли разногласия в подходах к оперативному лечению?

Гордиенко И.И.[1,2], Черный С.П.[1,2], Ивасенко М.И.[1], Цап Н.А.[1,2]. Марфицын А.В.[2]

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Переломы медиального надмыщелка и головки мыщелка плечевой кости у детей остаются распространенными повреждениями с высоким риском осложнений и функциональных нарушений, а отсутствие единого консенсуса по тактике их оперативного лечения диктует необходимость дальнейших исследований и дискуссий в профессиональном сообществе.

Цель — анализ методов оперативной фиксации переломов медиального надмыщелка и головки мыщелка плечевой кости у детей и оценка результатов лечения.

Описание серии клинических случаев. Проведен анализ методов оперативного лечения 77 детей, получивших помощь по поводу закрытых переломов медиального надмыщелка (38 детей) и головки мыщелка (39 детей) плечевой кости в травматологическом отделении № 1 ДГКБ№ 9 г. Екатеринбурга за период 2023–2026 гг. Мальчики преобладали над девочками в равной степени при обеих патологиях, а средний возраст был разным. Так, в группе с переломами медиального надмыщелка средний возраст составил 13,7 лет, а в группе с переломами головки мыщелка — 6,4 года. Перелом внутреннего надмыщелка в 25 случаях (65,8%) происходил после травматического вывиха костей предплечья, а в остальных случаях анамнестически факт вывиха не установлен. Пациенты с переломами медиального надмыщелка лечились методом открытой репозиции и остеосинтезом отломка 1 или 2 спицами Киршнера. В дальнейшем производилась фиксация гипсовым лонгетом до 3 недель, а удаление фиксаторов производили в среднем через 3–4 месяца. Пациенты с переломами головки мыщелка в 28 случаях (71,8%) также оперировались открыто, а в 11 случаях (28,2%) выполнялась закрытая репозиция с чрескожной фиксацией двумя спицами Киршнера по типу лечения чрезмыщелкового перелома. В течение последних двух лет в нашей клинике применяется методика односпицевой фиксации данных типов переломов. В данном случае происходит остеосинтез основного отломка спицей, которая откусывается и ее дистальный конец загибается U-образно с последующим внедрением противоположного конца в отломок для исключения необходимости введения второй спицы. Таким методом пролечено 18 детей (23,4%). Основными положительными сторонами данной методики является простота в извлечении фиксатора, так как формируется U-образная петля, за которую просто удалить фиксатор без дополнительной травматизации окружающих тканей, а также полное отсутствие повреждений окружающих тканей в процессе работы локтевым суставом в процессе разработки.

Заключение. Метод односпицевой, *U*-образной фиксации переломов медиального надмыщелка и головки мыщелка плечевой кости у детей может рассматриваться как предпочтительный, так как позволяет исключить возможные мягкотканные осложнения в процессе разработки сустава и упрощает удаление фиксатора после консолидации перелома.

Ключевые слова: дети; локтевой сустав; плечевая кость; внутренний надмыщелок; головка мыщелка.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Современные технологии диагностики и лечения травмы поджелудочной железы с повреждением Вирсунгова протока у детей

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

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — клиника доктора Рошаля, Москва, Россия

Актуальность. Травмы поджелудочной железы с повреждением Вирсунгова протока, протекающие с развитием панкреатогенного перитонита и/или с формированием острых жидкостных скоплений брюшной полости, являются редкими в педиатрической практике. В настоящее время отсутствует единый протокол лечения подобных повреждений поджелудочной железы у детей и сохраняется настороженное отношение хирургов к малоинвазивным методикам лечения.

Цель — оптимизировать протокол лечения травмы поджелудочной железы с повреждением Вирсунгова протока.

Методы. В период с 2008 по 2025 гг. в НИИ НДХиТ получал лечение 51 ребенок с травмой поджелудочной железы с повреждением Вирсунгова протока: у 62,7% (32) детей была диагностирована травма III степени, у 35,3% (18) — IV степени, у 1,9% (1) — травма V степени. Инструментальные методы обследования включали УЗИ-мониторинг, СКТ, МР-холангиопанкреатографию, эндосонографию. Тяжесть травмы оценивали по OIS (AAST).

Результаты. Все дети со средне-тяжелой и тяжелой травмой поджелудочной железы получали комплексную интенсивную терапию: эпидуральную анальгезию, антисекреторную, антибактериальную, инфузионную терапию. Для проведения энтерального кормления в тощую кишку эндоскопически устанавливали назоинтестинально зонд. При развитии панкреатогенного перитонита со средним и большом гидроперитонеумом выполняли лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости по Генералову. При формировании острого жидкостного скопления в сальниковой сумке объемом более 100 мл с диаметром основного скопления более 5,0 см выполняли чрескожное дренирование сальниковой сумки под ультразвуковым контролем или эндоскопическое трансгастральное дренирование. При наличии небольшого объема жидкостного скопления сальниковой сумки выполнялось стентирование главного панкреатического протока. Консервативная терапия оказалась эффективной в 52,9% (17) наблюдений, только одному (1,9%) ребенку с травмой V степени была выполнена лапаротомия, наложение панкреатоеюноанастомоза. В 64,7% (33) наблюдений были использованы малоинвазивные технологии хирургического лечения: чрескожное дренирование сальниковой сумки под контролем УЗИ — 29,4% (15), эндоскопическое трансгастральное дренирование сальниковой сумки — 29,4% (15), лапароскопическое дренирование брюшной полости — 3,9% (2); стентирование главного панкреатического протока — 3,9% (2).

Выводы. Сочетание комплексной интенсивной терапии с малоинвазивными хирургическими методиками, направленными на дренирование острых жидкостных скоплений при травмах поджелудочной железы с повреждением Вирсунгова протока в подавляющем числе наблюдений (98,1%) приводит к хорошим клиническом результатам, снижает хирургическую агрессию и как следствие предупреждает развитие послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: травма поджелудочной железы; повреждение Вирсунгова протока; малоинвазивная хирургия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Выбор оптимальной тактики лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей

Гришин А.А.[1], Тарасов Н.И.[1], Выборнов Д.Ю.[1,2], Трусова Н.Г.[1], Коротеев В.В.[1], Исаев И.Н.[1], Лозовая Ю.И.[1,2], Семенов А.В.[1,2], Петрухин И.А.[1], Ти-Мин-Чуа Д.В.[1], Семенистый М.Н.[1]

[1] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

[2] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Актуальность. Чрезмыщелковые переломы плечевой кости составляют от 60 до 70% всех повреждений области локтевого сустава в педиатрической практике. По данным мировой литературы, несмотря на наличие клинических рекомендаций, подходы к лечению разнятся, а частота осложнений остается значимой. Разнородность показаний к чрескожному остеосинтезу, выбор биомеханически необоснованных углов иммобилизации и конфигурации спиц приводят к вторичному смещению отломков, ятрогенным нейропатиям (до 4–8% при традиционном доступе) и стойким контрактурам. Это диктует необходимость внедрения стандартизированного протокола, базирующегося на детальной оценке типа перелома, нейрососудистого статуса и физиологии тканей растущего организма.

Цель — оценить клиническую эффективность дифференцированного алгоритма оперативного лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей на основе ретроспективного анализа 10-летнего опыта.

Методы. Проведен анализ историй болезни пациентов (0–17 лет), прооперированных с 2016 по 2025 г. Алгоритм лечения регламентировался классификациями Gartland и Gustilo–Anderson. При закрытых чрезмыщелковых переломах Gartland 2a у детей младшего возраста (без нейроциркуляторных нарушений) выполнялась закрытая репозиция с иммобилизацией в коррекционном положении сгибания под острым углом (100–110°) и супинации предплечья на 10 дней, с последующей сменой лонгеты до среднефизиологических 90°. При переломах Gartland 2b, 3 и 4 (в т.ч. Gustilo 1) выполнялись закрытая репозиция и чрескожный остеосинтез латеральным (2–3 спицы) или комбинированным доступом с погружением концов спиц под кожу. Конверсия в открытую репозицию применялась строго при переломах 3–4-го типов с тяжелой ишемией, открытых (Gustilo 2–3) или при несостоятельности закрытой манипуляции и интерпозиции мягких тканей. Травмы дистального отдела плечевой кости у новорожденных (эпифизеолизы) репонировались под УЗ-контролем с фиксацией повязкой. Исходы оценивались по шкале Flynn и динамике угла Баумана. Пациентам, поступавшим с застарелыми переломами, выполнялись корригирующие остеотомии и артроскопические релизы.

Результаты. За 10 лет хирургическое лечение выполнено 819 пациентам. Закрытая репозиция с этапной гипсовой фиксацией (без остеосинтеза) применена в 236 случаях (28,8%). Чрескожный остеосинтез спицами Киршнера потребовался 574 пациентам (70,1%). Открытая репозиция выполнена лишь в 9 наблюдениях (1,1%), что подтверждает эффективность закрытых методик. Уровень осложнений оказался существенно ниже среднемировых: вторичное смещение в группе без остеосинтеза составило около 2%, а частота поверхностных инфекций мест стояния спиц не превысила 0,1%. Ятрогенных нейропатий при латеральном доступе не отмечено. По шкале Flynn отличные и хорошие результаты достигнуты в 96% случаев, среднее значение угла Баумана после консолидации составило 73°. У всех детей с остроугольной иммобилизацией при ранней (на 12-е сутки) смене гипсовой повязки отсутствовали нейроциркуляторные нарушения и контрактуры.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Внедрение патогенетически обоснованного протокола нивелирует риски неблагоприятных исходов. Приоритет закрытой репозиции с латеральным чрескожным остеосинтезом, а также строгий биомеханический контроль этапности гипсовой иммобилизации обеспечивают минимизацию осложнений и достижение высоких функциональных результатов, объективно подтверждаемых клинико-рентгенологическими шкалами.

Ключевые слова: чрезмыщелковый перелом; дети; остеосинтез; закрытая репозиция; шкала Flynn; угол Баумана; осложнения.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Многоэтапная пластика обширных раневых дефектов туловища, левой верхней и нижней конечностей у ребенка 11 лет

Громова А.А., Налбандян Р.Т., Мединский П.В., Дворникова М.А., Коновалова А.М.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — клиника доктора Рошаля, Москва, Россия

Актуальность. В Российской Федерации отмечается рост дорожно-транспортных происшествий с участием детей водителей или пассажиров мопедов и мотоциклов. Согласно статистическим данным 2025 года, по сравнению с предыдущими годами число пострадавших в возрасте до 10 лет увеличилось на 19,4%, а рост смертности среди подростков 14–16 лет достиг 30%. Подобные травмы сопровождаются увеличением числа пострадавших с множественными обширными ранами конечностей, что требует многоэтапного реконструктивно-пластического лечения с комбинированным применением разных методов пластики, а также использованием современных дополнительных физических методов обработки ран.

Описание клинического случая. Пациент 11 лет поступил на 14-е сутки после мотоциклетной травмы с множественными обширными ранами левой верхней и нижней конечностей, осложненными раневой инфекцией. На первом этапе проводилось комплексное лечение ран с использованием дополнительных методов обработки (вакуумная терапия, обработка низкотемпературной аргоновой плазмой, ультразвуковая кавитация), что позволило за короткие сроки подготовить раны к реконструктивным и пластическим этапам лечения. Наиболее серьезную проблему при закрытии ран представлял обширный циркулярный дефект мягких тканей нижней конечности, который распространялся на подошвенную поверхность стопы. Для сохранения конечности и ее функции выполнено многоэтапное хирургическое лечение с использованием пластики полнослойным перемещенным суральным лоскутом на временной питающей ножке (итальянская пластика) для закрытия пяточной области стопы, оставшаяся часть раны была закрыта с использованием аутодермопластики. Для замещения раневого дефекта в области верхней конечности использовалась аутодермопластика, в зоне сустава для замещения дефекта был использован ротированный лучевой кожно-фасциальный лоскут, а в подмышечной зоне был использован торакодорзальный кожно-фасциальный лоскут. В послеоперационном периоде использовались комплексные методы лечения и реабилитации для ускорения приживления трансплантатов и восстановления функции конечностей. Стационарное лечение длилось 80 дней, за это время было выполнено 9 оперативных вмешательств. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии, вертикализирован, функции конечностей полностью восстановлены.

Заключение. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует возможности органосохраняющего лечения при обширных посттравматических дефектах конечностей у детей за счет применения методов реконструктивной хирургии и мультидисциплинарного подхода в условиях многопрофильного стационара. В основу данного лечения были положены многоэтапные реконструктивно-пластические операции с использованием кровоснабжаемых полнослойных ротированных лоскутов (в том числе на временной питающей ножке) и свободной расщепленной перфорированной кожной аутодермопластики. Особое значение придавалось подготовке инфицированных раневых дефектов к закрытию за счет дифференциального использования дополнительных физических методов обработки. Применение этих методов в послеоперационном периоде способствовало улучшению косметического результата и ускорению приживления трансплантатов.

Ключевые слова: раны большой площади; реконструктивная хирургия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Клинический случай лечения ребенка с мембраной пилорического отдела желудка

Гумеров А.А.[1,2], Неудачин А.Е.[2], Мустафин А.Д.[2], Минибаева Г.И.[2], Колодко С.В.[2]

[1] Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия;

[2] Республиканская детская клиническая больница, Уфа, Россия

Мембрана пилорического отдела желудка встречается редко и описана в виде единичных наблюдений. Несмотря на несколько способов оперативного лечения порока, нет единого взгляда на выбор метода оперативного лечения.

Описание клинического наблюдения. Больная Т. в возрасте 18 суток поступила в Республиканскую детскую клиническую больницу (РДКБ) с подозрением на врожденный гипертрофический пилоростеноз. Ребенок от 1-й беременности 40 нед. Оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов, вес — 3190 г. Выписан из р/д на 4-е сутки жизни на свободном грудном вскармливании. На 16-е сутки жизни появились срыгивания после каждого кормления. В течение последующих 2 дней рвота в большем объеме и однократно обильная рвота с желчью. При осмотре асимметрия живота за счет выбухания эпигастральной области и западении нижних отделов передней брюшной стенки. На обзорной рентгенографии брюшной полости (18.11.2025) визуализируется расширенный желудок, пневматизация кишечника сохранена. По данным ирригографии: расположение толстой кишки правильное, признаков мальротации нет. При проведении рентгенконтрастного исследования желудочно-кишечного тракта (20.11.2025) эвакуации контрастного вещества из желудка нет, пневматизация кишечника отсутствовала. При фиброэзофагогастродуоденоскопии: пилорический жом плотно сомкнут, при инсуфляции воздуха не раскрывается.

Оперативное вмешательство: (20.11.2025): лапароскопия, при ревизии органов брюшной полости мегагаструм, тонкая кишка в спавшемся состоянии, при введении воздуха в желудок проходимости в пилорическом отделе нет, полная декомпенсация — полный стеноз в зоне мембраны. Выполнена гастротомия, протяженность стеноза около 3–4 мм, в связи с выраженными рубцовыми изменениями всех слоев привратника в области мембраны произведено иссечение пилорического отдела желудка полнослойное (сегментарное) на протяжении 5–6 мм в пределах «неизмененных» тканей и наложен интракорпоральный гастродуоденоанастомоз однорядным узловым швом нитью ПДС 5 — 0. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 4-е п/о сутки начато энтеральное кормление. Полное энтеральное кормление на 6-е п/о сутки. Ребенок выписан домой через 10 суток после операции. Осмотр через 1 мес. — жалоб нет, ФЭГДС и пассаж контраста по ЖКТ без патологии. Осмотр через 6 мес. Жалоб нет.

Заключение. Представлен клинический случай успешного миниинвазивного лечения врожденной мембраны пилорического отдела желудка. Применение лапароскопического подхода позволило добиться благоприятного исхода и быстрого восстановления пациента.

Ключевые слова: мембрана пилорического отдела желудка; лапароскопия; врожденная кишечная непроходимость; новорожденные.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Специализированное хирургическое лечение пациентки со множественной скелетной травмой позвоночника, костей таза, бедра и голени

Дворникова М.А., Налбандян Р.Т., Мединский П.В., Громова А.А., Коновалова А.М., Никонов А.В.

Научный исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошаля, Москва, Россия

Проблема дорожно-транспортного травматизма на протяжении многих лет занимает лидирующие позиции в структуре механической травмы во многих странах, в том числе и в России. Дети и подростки являются особенно уязвимыми при авариях на дорогах в виду их анатомо-физиологической и эмоциональной незрелости. Травмы, полученные в результате столкновения или падения с мототранспорта, характеризуются преимущественным тяжелым повреждением нижних конечностей (41,7%) как правило, сочетающим травму всех сегментов конечности, вплоть до отрыва части конечности.

Описание клинического случая. Пациентка Д., 15 лет, получила тяжелую сочетанную травму в результате дорожно-транспортного происшествия, находясь на пассажирском месте мотоцикла. Была доставлена по месту получения травмы по жизненным показаниям в областной центр материнства и детства, где проведены стабилизация общего состояния ребенка и наложение наружных фиксирующих устройств на область таза и левой нижней конечности, а также проведено наложение первичных швов на все раны нижней конечности. На 7-е сутки после травмы ребенок переведен в НИИ НДХиТ — Клинику доктора Рошаля. При поступлении ребенку проведена КТ ангиография нижних конечностей, на которой дополнительно выявлено повреждение магистральных артериальных сосудов на уровне с/3 голени, выполнена хирургическая обработка открытых переломов нижней конечности со снятием всех швов, в ранах отмечено гнойное воспаление и массивные очаги некроза мышечных тканей бедра и голени. Проведена концевая резекция всех отломков бедренной и большеберцовой костей, выполнен перемонтаж аппарата наружной фиксации на спице-стержневой компрессионно-дистракционный аппарат бедро-голень, а также выполнялась многоэтапная некрэктомия. Продолжено активное местное лечение ран бедра и голени с обработкой их потоками холодной плазмы, применением вакуум-терапии, ультразвуковой кавитации, различных местных препаратов. После очищения ран выполнена их пластика местными тканями, проведено постепенное удлинение большеберцовой кости путем выполнения малоинвазивной поднадкостничной остеотомии неповрежденного сегмента большеберцовой кости. Через год проведены демонтаж аппаратов наружной фиксации и постепенное восстановление опорной функции нижней конечности.

Заключение. Целью данного клинического наблюдения является демонстрация успешного оказания многоэтапной, высокотехнологической, специализированной хирургической помощи ребенку с очень тяжелой травмой нижней конечности, которая позволила позволила добиться сохранения не только самой нижней конечности, но и ее двигательной и опорной функции.

Ключевые слова: сочетанная травма; открытый перелом; аппарат наружной фиксации; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Сравнение внутренней и наружной ротации кавернозных тел при классической экстрофии мочевого пузыря: количественная оценка длины покрытия уретры

Демин Н.В., Николаев В.В., Ладыгина Е.А., Ронкильо М.З.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошаля, Москва, Россия

Актуальность. Ремонт эписпадии при классической экстрофии мочевого пузыря остается одной из наиболее технически сложных реконструктивных операций. Несмотря на широкое распространение методик неполной разборки полового члена с внутренней ротацией кавернозных тел, многие пациенты сохраняют риск остаточной дорсальной курватуры, укорочения ствола и формирования уретрокожных свищей. Наружная ротация кавернозных тел рассматривается как перспективная альтернатива, однако объективных количественных сравнений ее преимуществ долгое время не хватало.

Цель — количественно сравнить длину покрытия уретры кавернозными телами после внутренней и наружной ротации при первичном ремонте эписпадии у пациентов с классической экстрофией.

Методы. Выполнен ретроспективный анализ 29 пациентов в возрасте 11–59 месяцев, перенесших закрытие экстрофии ранее и последующую первичную коррекцию эписпадии. Кавернозные тела полностью мобилизовали от бульбарного отдела уретры с обязательной диссекцией сосудисто-нервных пучков для увеличения ротационной свободы. В каждом случае последовательно выполняли внутреннюю и наружную ротацию с парным интраоперационным измерением длины покрытия уретры между проксимальным и дистальным межкавернозными швами при нейтральном положении полового члена без тракции и искусственной эрекции. Статистический анализ включал парный *t*-тест и корреляцию Спирмена для оценки связи возраста с приростом покрытия.

Результаты. Наружная ротация обеспечила достоверно большее покрытие уретры по сравнению с внутренней: средняя разница составила 9,79 мм ($p < 0,0001$). Средняя длина покрытия уретры при внутренней ротации — 26,6±2,8 мм, при наружной — 36,4±4,9 мм. Отмечена умеренная положительная связь между возрастом пациента и приростом покрытия (rho = 0,6182; $p = 0,0004$), что указывает на более выраженный эффект наружной ротации у старших детей. Частота уретрокожных свищей составила 6,9% (2 случая), при этом в одном наблюдении свищ закрылся самостоятельно. Признаков ишемии тканей и сосудистых осложнений не выявлено, полная коррекция дорсальной курватуры достигнута у 86% пациентов.

Заключение. Наружная ротация кавернозных тел после полной мобилизации обеспечивает статистически и клинически значимое увеличение покрытия уретральных швов и способствует удлинению ствола полового члена по сравнению с внутренней ротацией. Полученные данные поддерживают использование наружной ротации как предпочтительной опции при ремонте эписпадии у пациентов с классической экстрофией, при условии достаточной длины уретральной пластинки и адекватной мобилизации тканей.

Ключевые слова: экстрофия; эписпадия; фаллопластика; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Удаление инородного тела грудной клетки с использованием робот-ассистированного торакоскопического доступа: клинический случай

Джурабаев И.И.[2], Козлов Ю.А.[1,2,3], Рожанский А.П.[1,2], Сапухин Э.В.[1], Марчук А.А.[1], Гасанов А.Г.[1], Тещук Р.А.[1], Савин И.Н.[2]

[1] Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

[2] Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

[3] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Иркутск, Россия

В отличие от сообщений об инородных телах, находящихся внутри просвета сосуда, сообщения об ИТ грудной клетки, расположенных вне просвета сосуда, являются исключительно редкими явлениями, описание которых в детском возрасте практически отсутствуют.

Описание клинического случая. Пациент — мальчик 17 лет был доставлен в отделение неотложной помощи в одну из районных больниц в нестабильном состоянии с признаками тупой травмы живота. Травма возникла во время занятий горнолыжным спортом в результате столкновения с деревом на большой скорости во время скоростного спуска с горнолыжной трассы. Ребенок был экстренно доставлен в приемный покой районной больницы с признаками шока смешанной этиологии — травматического и геморрагического (эритроциты — 2 млн, гематокрит — 0,15, гемоглобин — 55 г/л). Параметры жизненных функций находились на критических значениях — сниженная до 80% сатурация и низкое артериальное давление 60/40 мм рт. ст. Пациенту в отсроченном периоде после реконструкции поврежденных органов было проведено робот-ассистированное торакоскопическое удаление инородного тела — проводника-струны сосудистого катетера, оказавшегося в грудной клетке после трудной катетеризации подключичной вены в остром периоде травмы. Хирургическое вмешательство состояло в поиске инородного тела, рассечении париетальной плевры, захвате оторванного сегмента струны-проводника атравматичным зажимом и извлечении его из тканей заднего средостения. В область хирургического вмешательства была установлена дренажная трубка. Процедура была успешно выполнена без каких-либо осложнений во время операции и без перехода к стандартной торакоскопии или открытой хирургии (торакотомии). Длительность операции составила 60 минут, из которых 15 минут ушло на стыковку робота, а 45 минут — на выполнение основного этапа операции. Пациент был экстубирован в операционной и возобновил пероральный прием пищи в этот же день. Контрольная рентгенография грудной клетки, проведенная через 1 час после операции, продемонстрировала отсутствие ИТ и обнаружила умеренное расширение тканей, расположенных в верхнем средостении справа без признаков скопления воздуха и патологической жидкости. Дренаж был удален через одни сутки после выполненной операции. Пациент был выписан из больницы на 7-й день после хирургического вмешательства без признаков нарушения газообмена и пищеварения. Дальнейшее наблюдение за пациентом на протяжении 6 месяцев после операции не обнаружило существенных нарушений в его жизнедеятельности.

Заключение. В нашем исследовании было подтверждено, что роботизированные хирургические вмешательства, направленные на удаление инородных тел, расположенных в грудной клетке, осуществимы, но требуют дополнительной оценки с позиций применимости во всех клинических ситуациях.

Ключевые слова: робот-ассистированная хирургия; торакоскопия; грудная клетка; инородное тело; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Парамезонефральные кисты как причина перекрута придатков матки у детей: клинические наблюдения

Донской Д.В.[1,2], Алимова О.А.[2], Вилесов А.В.[2], Ахматов Р.А.[2,1],
Коровин С.А.[1], Соколов Ю.Ю.[1,2]

[1] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;
[2] Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия

Парамезонефральные кисты (ПМК), формирующиеся из остатков мезонефральных или парамезонефральных протоков, принято относить к вариантам анатомии маточных труб. Их точная распространенность неизвестна из-за бессимптомного течения. ПМК часто диагностируются интраоперационно, во время лечения других хирургических заболеваний органов брюшной полости. Клинические проявления возникают в случае больших размеров кисты, а также при осложнениях, таких как кровоизлияние, разрыв или перекрут, и сопровождаются острой болью в животе. По данным литературы, изолированный перекрут пузырчатого привеска или маточной трубы (ИПМТ) — это подтип перекрута придатков матки, при котором происходит только вращение гидатиды или маточной трубы без вовлечения яичника, с сохранением его кровоснабжения. Это неотложное гинекологическое состояние, поскольку оно может привести к ишемии маточной трубы и повлиять на будущую фертильность в половозрелом возрасте.

Описание наблюдений. В основу нашего исследования легли наблюдения за 4 девочками с ИПМТ, 2 девочками с перекрутом гидатид Моганьи, а также 5 пациентками с диагностированными неосложненными ПМК, в возрасте от 5 до 17 лет, находившимися на лечении в ДГКБ св. Владимира с 2015 по 2025 г. Дети поступали в клинику с подозрением на острый аппендицит. Всем пациенткам выполнялось ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза с допплеровским картированием. В 4 наблюдениях определялось нарушение кровотока в придатках матки (2 слева и 2 справа). При лапароскопии определяли изолированный перекрут маточной трубы с кистой, без вовлечения собственной связки яичника. Кровоток в яичниках был сохранен. После деторсии восстановление кровотока в маточных тубах не определялось. У 1 пациентки выполнена энуклеация кисты в надежде на восстановление кровоснабжения в деторсированных тканях, которое не привело к ожидаемому результату. Всем детям выполнена сальпингэктомия с удалением ПМК. У двух пациенток выявлен изолированный перекрут пузырчатых привесок, которые были удалены. В 3 наблюдениях ПМК размерами до 1,5 см были случайной находкой при диагностической лапароскопии. Все кисты энуклеированы. У двух девочек произведено удаление неизмененных гидатид Морганьи, размером более 10 мм, на длинной ножке.

Таким образом, наши наблюдения показали, что парамезонефральные кисты могут служить предиктором перекрута придатков матки и приводить к серьезным последствиям для будущей фертильности. Операции, выполняемые из лапароскопического доступа при неизмененных ПМНК и пузырчатых привесках, легко выполнимы, не влияют на репродуктивную систему девочек и позволяют предупредить возможные тяжелые осложнения.

Ключевые слова: парамезонефральные кисты; дети; перекрут; лапароскопия; лечение.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Особенности хирургического лечения и послеоперационного выхаживания новорожденных с множественной атрезией кишечника

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Молоканов Г.А., Горелова П.А., Толкачёва Е.М., Джумаева А.Э., Будаева Т.А., Буров А.А., Никифоров Д.В.

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва, Россия

Обоснование. Множественная атрезия кишечника представляет проблему выбора хирургической тактики в связи с необходимостью сохранения максимальной длины кишечника и трудностей по восстановлению функции органа при создании нескольких межкишечных анастомозов.

Цель — обобщение опыта лечения новорожденных детей с множественной формой атрезии кишечника: изучить частоту выявления среди пациентов с врожденной атрезией тонкой кишки, анатомические формы, провести анализ способов хирургической коррекции и исходов лечения.

Методы. Ретроспективное исследование медицинской документации 91 новорожденного пациента с атрезией тонкой кишки в отделениях хирургии и реанимации Центра в течение последних 10 лет.

Результаты. Среди всех пациентов с атрезией тонкой кишки множественные формы встретились у 23 детей (23/91; 25%). Дополнительные зоны атрезии в отводящем отделе кишечника интраоперационно выявляли как при простом осмотре, так и при промывании отводящих отделов кишечника с целью подтверждения проходимости последних. Наиболее часто наблюдали множественную атрезию только тощей кишки (11/23; 52%), реже — тощей и подвздошной (4/23), тощей и толстой (3/23), только подвздошной (2/23), многоуровневые комбинации с вовлечением двенадцатиперстной кишки и прямой кишки (3/23). У пациентов с поражением только тощей кишки проксимальную атрезию чаще обнаруживали на расстоянии 15–20 см от связки Трейца, в остальных наблюдениях — от 30 до 80 см. Количество «слепых» с двух сторон фрагментов тонкой кишки варьировало от 1 до 8, а их длина — от 1 до 40 см, дополнительные атрезии толстой кишки чаще носили характер внутрипросветных мембран. Явления слипчивого перитонита встретились только у 2 пациентов. В ходе операции удалено от 1 до 8 фрагментов кишки с наложением от 1 до 5 межкишечных анастомозов отдельными узловыми серозно-мышечными швами в один ряд, длина сохраненной тонкой кишки от 40 до 160 см, у всех сохранены илеоцекальный угол и толстая кишка. В 16 случаях применяли методику интраоперационной интубации кишечника — антеградной через гастростому по Кадеру (10) и ретроградной через анус и колостому (4), в 2 случаях проведена двойная интубация. Антеградную интубацию использовали для раннего интестинального кормления, особенно важного в случаях выраженной дискинезии верхних отделов ЖКТ, ретроградную — для разгрузки приводящего расширенного отдела кишечника. Наблюдали одно послеоперационное осложнение в виде стеноза еюно-еюноанастомоза вследствие его ишемизации у ребенка с атрезией типа «яблочной кожуры» на единственном сосуде брыжейки, ликвидирована на повторной операции путем резекции стенозированного участка и восстановления проходимости. Выписаны домой все дети, транзиторные явления мальабсорбции не требовали включения в программы долгосрочного парентерального питания, в катамнезе от 6 месяцев до 10 лет — рост и развитие пациентов по возрасту.

Заключение. Множественная атрезия кишечника может быть представлена различными анатомическими вариантами, для исключения дополнительных локусов атрезии целесообразно

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

выполнять интраоперационное промывание на всем протяжении. Объем резекции определяется в каждом случае индивидуально, с учетом общей длины кишечника, количества и длины промежуточных «слепых» участков. Интраоперационная интубация помогает избежать осложнений и повторных операций.

Ключевые слова: атрезия тонкой кишки; множественная атрезия кишечника; новорожденный; кишечная непроходимость; межкишечный анастомоз.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Спонтанный разрыв двенадцатиперстной кишки — редкая причина острого пневмоперитонеума у новорожденного

Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Молоканов Г.А., Горелова П.А., Филиппова Е.А., Толкачева Е.М., Никифоров Д.В.

Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва, Россия

Актуальность. Пневмоперитонеум у новорожденных детей возникает вследствие перфорации полого органа чаще на фоне воспалительных заболеваний, врожденных пороков развития, при ишемии и лекарственной терапии стероидами, реже — вследствие ятрогенного воздействия. Спонтанные (идиопатические) перфорации являются редкостью, однако представляют клинический интерес в связи с острой манифестацией и жизнеугрожающим течением.

Описание клинического случая. Доношенная девочка у матери 30 лет от II беременности, протекавшей на фоне низкой плацентации, гестационного сахарного диабета и ОРВИ без температурной реакции. Роды I, своевременные, путем операции кесарева сечения в связи со слабостью родовой деятельности. Родилась без асфиксии, с нормальными весо-ростовыми показателями. Находилась под наблюдением неонатологов в физиологическом отделении в палате совместного пребывания с матерью, питание усваивала, стул регулярный. В возрасте 2 суток 14 часов жизни отмечено острое ухудшение состояния ребенка: выраженное беспокойство, болезненный раздраженный крик, гримаса боли, кожный покров мраморный с акроцианозом. При осмотре выявлено резко выраженное вздутие живота, болезненность при пальпации, притупление звука над всей поверхностью, невозможность пальпации печени и селезенки. Аускультативно перистальтика кишечника сохранена, ослаблена, стул отходит окрашенный, без патологических примесей, ребенок мочится. По данным обзорной рентгенографии — неизмененный газовый пузырь желудка, неравномерное газонаполнение петель кишечника и массивный пневмоперитонеум. Установлен желудочный зонд — прозрачное отделяемое с молочными хлопьями, без примеси желчи. Выполнен лапароцентез и дренирование брюшной полости — много воздуха и мутный желтый выпот с желтыми включениями кишечного содержимого. УЗИ — петли кишечника спавшиеся, с маятникообразной перистальтикой, желудок заполняется жидкостью без утечки, отечные стенки двенадцатиперстной кишки. После предоперационной подготовки в течение 6 часов с предварительным диагнозом дуоденальной перфорации выполнена диагностическая лапароскопия, выявлен обильный мутный выпот в латеральных каналах, массивные отложения фибрина в подпеченочном пространстве, отечные стенки дуоденум и предположительный край перфорационного отверстия. Произведена конверсия на лапаротомию, выявлен поперечный разрыв передне-верхней стенки первой порции двенадцатиперстной кишки на половину окружности, выполнена назоинтестинальная интубация начальных отделов тощей кишки, разрыв стенки ушит в поперечном направлении отдельными узловыми швами в один ряд. Дренирование подпеченочного пространства и малого таза, брюшная полость ушита наглухо.

Послеоперационный период гладкий, пассаж по дуоденум восстановился на 6 п/о сутки, энтеральное питание с постепенным расширением усваивала, интестинальный зонд удален на 14 п/о сутки. Катамнез 1 год, питание возрастное, рост и развитие по возрасту.

В связи с отсутствием у ребенка в анамнезе и при интраоперационной ревизии факторов возникновения разрыва двенадцатиперстной кишки ему присвоен статус спонтанного.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. По литературным данным дуоденальные перфорации у новорожденных сопровождаются высокой летальностью, однако ранняя диагностика, стабилизация состояния ребенка и своевременное хирургическое вмешательство позволяют выполнить первичную реконструктивную операцию с благоприятным исходом.

Ключевые слова: неонатальная дуоденальная перфорация; пневмоперитонеум; спонтанная перфорация; новорожденный; острый живот.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Кишечные свищи после аппендэктомии у детей с воспалительными заболеваниями кишечника: закономерность или казуистика?

Дьяконова Е.Ю., Бекин А.С., Гусев А.А.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Актуальность. Кишечный свищ после аппендэктомии у ребенка обычно рассматривается как редкое послеоперационное осложнение. Однако при поражении илеоцекальной области болезнь Крона может протекать под маской острого аппендицита, а формирование свища отражать активное трансмуральное воспаление. Повторные ревизии раны без исключения воспалительного заболевания кишечника приводят к задержке диагноза и отсрочке терапии.

Цель — оценить частоту верификации болезни Крона и клинические особенности детей с кишечными свищами после аппендэктомии.

Методы. Проведен ретроспективный анализ 18 детей, госпитализированных в 2020–2026 гг. после аппендэктомии с последующим формированием кишечного свища. Оценивали возраст, пол, сроки и характер свища, наличие дооперационных симптомов воспалительного заболевания кишечника, сроки верификации болезни Крона, объем хирургического лечения и последующую терапию.

Результаты. Включены 18 пациентов: 12 мальчиков и 6 девочек. Медиана возраста составила 15 лет (7–17 лет). У всех детей кишечный свищ сформировался после аппендэктомии; медиана срока его появления — 9 дней (3–18 дней). Болезнь Крона верифицирована у 14 из 18 пациентов (77,8%); у всех этих детей диагноз установлен впервые уже после осложненного послеоперационного течения. Медиана срока от аппендэктомии до постановки диагноза составила 32,5 дня (18–65 дней). До первичной операции ни один ребенок с последующей верификацией болезни Крона не получал специфического лечения. У 9 пациентов до аппендэктомии отмечались симптомы ВЗК: периодическая лихорадка, неустойчивый стул, снижение массы тела или повторные боли в животе. Преобладали наружные свищи послеоперационного рубца с источником в области купола слепой кишки или терминального отдела подвздошной кишки; у части пациентов выявлялись множественные наружные и внутренние межкишечные свищи. Всем детям с болезнью Крона выполнена резекция пораженного сегмента кишки с илеостомией; после операции назначена генно-инженерная биологическая терапия. У 12 пациентов выполнено закрытие стомы, 2 ребенка продолжали этапное лечение со стомой.

Заключение. В представленной группе кишечный свищ после аппендэктомии у большинства детей оказался связан не с изолированным послеоперационным осложнением, а с ранее не диагностированной болезнью Крона. Повторяемость сценария «аппендицитоподобная картина — аппендэктомия — ранний кишечный свищ — отсроченная верификация болезни Крона» позволяет рассматривать такие случаи не как казуистику, а как клинически значимый вариант поздно распознанного трансмурального воспаления. При формировании кишечного или длительно незаживающего свища после аппендэктомии у ребенка необходимо целенаправленно исключать болезнь Крона.

Ключевые слова: болезнь Крона; воспалительные заболевания кишечника; дети; аппендэктомия; кишечный свищ; острый аппендицит; терминальный илеит.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Клинико-морфологическая характеристика гонад при абдоминальном крипторхизме у детей старшей возрастной группы

Екимов М.Н.[1,2], Комарова С.Ю.[1,2], Цап Н.А.[1,2], Валамина И.Е.[1], Петрунина Е.М.[3]

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия;

[3] Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Несмотря на общепринятые международные стандарты проведения орхипексии в возрасте до 18 месяцев, в реальной клинической практике значительная часть детей с абдоминальной формой крипторхизма (АФК) подвергается оперативному лечению в более поздние сроки, что связано, вероятно, с несвоевременностью профосмотров. Фундаментальные исследования по ультраструктурному строению длительно находящегося в брюшной полости яичка являются требованием времени.

Цель — на основе морфометрического и ультраструктурного анализа установить патологические изменения ткани яичка у детей старшего возраста при высокой и низкой абдоминальной форме крипторхизма.

Методы. В нашем исследовании мы прицельно изучили группу мальчиков старше 3 лет. Задержка хирургического лечения в этой группе позволила объективно оценить реальные последствия длительного нахождения яичка вне мошонки. Проведено исследование биоптатов яичек 21 ребенка. Пациенты разделены на 2 группы по критерию расстояния яичка от внутреннего пахового кольца (ВПК): 1-я группа — высокое (>2 см, n = 10 (47,6%); 2-я группа — низкое (<2 см, n = 11 (52,4%)). Средний возраст детей в первой группе составил 3,8 года, во второй — 5,9 лет. Для гистологического исследования материал фиксировали в 10% нейтральном формалине, проводили через спирты и заливали в парафин. Срезы толщиной 3–4 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. Количественную морфометрию проводили с помощью светового микроскопа Olympus CX-41 и программного обеспечения LC-Micro (5.2) при увеличении ×200. Оценивали площадь интерстиция, площадь семенных канальцев и их диаметр. Для трансмиссионной электронной микроскопии (микроскоп Morgagni 268) образцы фиксировали в 2,5% растворе глутарового альдегида с дофиксацией в 1% растворе тетраоксида осмия. Ультратонкие срезы контрастировали цитратом свинца. Изучали состояние базальной пластинки, митохондриального аппарата и ядер клеток.

Результаты. Морфометрический анализ выявил различия в структурной организации гонады в зависимости от высоты ее расположения относительно ВПК. При высокой АФК установлено выраженное преобладание стромального компонента: площадь интерстиция составила в среднем 62,6%, в то время как семенные канальцы занимали 37,4% площади при среднем диаметре 43,7 мкм. На ультраструктурном уровне в этой группе зафиксированы наиболее грубые изменения стромы: в 75% случаев определялись очаги склероза и отека интерстиция, в 62,5% — значительное утолщение базальной пластинки семенных канальцев. Во 2-й группе площадь интерстиция составила 56,4%, средний диаметр канальцев — 56,1 мкм. При относительно меньшей частоте склероза интерстиция (14,3%) в данной группе отмечена тотальная деструкция клеточного аппарата сперматогенного эпителия. У 100% пациентов выявлены критические митохондриальные нарушения: набухание митохондрий, деструкция крист и просветление матрикса. Также зафиксированы признаки глубокой клеточной атрофии: неровность контуров клеток у 85,7% и пикноз ядер с конденсацией хроматина у 42,9% детей.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Несвоевременность хирургического лечения абдоминального крипторхизма у детей старше 3 лет приводит к тяжелым и необратимым изменениям ткани яичка. При высокой АФК развивается массивный склероз стромы, нарушающий трофику органа. При низкой интраабдоминальной локализации яичка на первый план выходит тотальное разрушение митохондриального аппарата сперматогенного эпителия. Риски потери фертильности оцениваются как высокие.

Ключевые слова: абдоминальный крипторхизм; дегенеративные изменения; электронная микроскопия; морфометрия; дети старшего возраста.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Этиологическая структура и локализация патологического процесса при хроническом остеомиелите у детей

Екимов М.Н.[1,2], Цап Н.А.[1,2], Черненко Л.Ю.[2],
Шонохова Е.А.[2], Щипанов Л.М.[2]

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Исторически хронический остеомиелит в детской хирургии ассоциировался преимущественно с неблагоприятными исходами острого гематогенного процесса. Однако внедрение современных алгоритмов ранней диагностики и антибактериальной терапии на острых стадиях существенно изменило эпидемиологическую картину. Возникает необходимость объективной оценки современных тенденций, так как смещение структуры заболеваемости в сторону посттравматических и послеоперационных (спицевых) форм остеомиелита требует пересмотра подходов к профилактике. Анализ актуальной статистики позволяет оценить эффективность лечения острых форм остеомиелита и перенаправить фокус внимания хирургов на предупреждение костных инфекций в травматологии.

Цель — оценить динамику изменения этиологической структуры хронического остеомиелита у детей за 5-летний период с акцентом на уменьшение частоты клинических случаев, развившихся как вариант исхода острого гематогенного остеомиелита.

Методы. Проведен ретроспективный анализ данных историй болезней 149 пациентов с хроническим остеомиелитом, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии в период с 2021 по 2025 г. Выполнена детализированная оценка распределения больных по этиологии остеомиелита (гематогенный, посттравматический, первично-хронический, контактный, спицевой), полу и точной анатомической локализации инфекционного процесса в различных сегментах костной системы. Патологические изменения костной структуры зоны интереса, типичные для хронического остеомиелита, подтверждены современными методами лучевой визуализации (КТ, МРТ).

Результаты. По полу стабильно преобладали мальчики — 108 (72,5%) пациентов, доля девочек составила 27,5% (n = 41). Выявлена выраженная и стойкая тенденция к снижению доли хронического остеомиелита, как последствия острого гематогенного процесса: если в 2022 году этот показатель составлял 35,7%, то к 2025 году отмечено снижение до 11,5%. На фоне позитивного снижения неблагоприятных исходов острого гематогенного остеомиелита ведущей причиной развития хронического очага стали травмы: доля посттравматического остеомиелита в 2024 году достигала 54,5%. Существенно возросла роль послеоперационного (спицевого) остеомиелита, составившего 31% от всех больных в 2025 году. В структуре локализации патологического процесса доминировало поражение мелких костей: кости кисти вовлекались в процесс в 31% случаев (2025 г.), кости стопы — до 24,35%. Радикальная хирургическая санация очага — секвестрнекрэктомия — выполнена у 58 (38,9%) детей. Удаление инфицированных фиксирующих устройств потребовалось при выполнении 35 (23,5%) оперативных вмешательств. Консервативное лечение проведено 39 (26,2%) детям, курс терапии завершился выздоровлением. Динамика течения хронического остеомиелита отслеживается на амбулаторном этапе.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Результаты пятилетнего мониторинга подтверждают значительное снижение количества больных с хроническим остеомиелитом, развившимся после перенесенного острого гематогенного процесса (с 35,7% до 11,5% к 2025 году). Это свидетельствует о высокой эффективности современных методов лечения острого гематогенного остеомиелита. Основной проблемой настоящего времени становятся посттравматические и послеоперационные формы инфекции, локализующиеся преимущественно в костях кисти и стопы, что требует совершенствования мер профилактики инфекционных осложнений в детской травматологии.

Ключевые слова: хронический остеомиелит; дети; этиология заболевания; локализация очага; секвестрнекрэктомия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Торакоскопическое удаление новообразований средостения у детей

Елин Л.М.[1], Андреев Е.С.[1], Трамова Ж.Д.[1], Гуз В.И.[1], Полюдов С.А.[1]

Российская детская клиническая больница — филиал Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Актуальность. В последние годы активно внедряются минимально инвазивные методы диагностики и лечения новообразований средостения у детей. Торакоскопия является щадящей альтернативой открытым вмешательствам и позволяет снизить травматичность оперативного лечения. При торакоскопическом удалении новообразований средостения у детей существуют определенные сложности: малый объем плевральной полости, невозможность проведения однолегочной вентиляции, риск кровотечения при вовлечении крупных сосудов, а также технические трудности с извлечением опухоли из плевральной полости.

Цель — анализ результатов торакоскопических операций при новообразованиях средостения у детей.

Методы. В период с 2023 по 2025 г. было выполнено 103 (100%) хирургических вмешательства при новообразованиях грудной полости у детей в отделении реконструктивной и восстановительной хирургии грудной полости. Девочек — 60 (58,2%) и мальчиков — 43 (41,8%), в возрасте от 8 месяцев до 17 лет (средний возраст 11,7±3,3 года). Показания к операциям: myasthenia gravis — 34 (33%), бронхогенная киста — 15 (14,6%), кистозное удвоение пищевода — 8 (7,7%), лимфатическая мальформация — 8 (7,7%), мезотелиальная киста — 10 (9,7%), нейрогенная опухоль — 6 (5,8%), тератома — 6 (5,8%), липома — 6 (5,8%), целомическая киста перикарда — 4 (3,9%), лейомиома пищевода — 2 (1,9%), тимома — 1 (0,9%), шваннома — 1 (0,9%), фиброма Гарднера — 1 (0,9%), Болезнь Кастлемана — 1 (0,9%).

В 103 (100%) случаях на дооперационном этапе выполнялась компьютерная томография (КТ) с контрастным усилением, при расположении образования в заднем средостении выполнялась магнитно-резонансная томография, общеклиническое обследование с определением онкомаркеров. 34 (33%) пациента с myasthenia gravis на дооперационном этапе обследованы в отделении психоневрологии и получали консервативное лечение.

Результаты. В 98 (95,1%) случаев новообразования удалены торакоскопическим доступом, в 4 (3,8%) случаях в связи техническими сложностями выполнена конверсия на торакотомию, в 1 (0,9%) случае у ребенка с ганглионейробластомой больших размером выполнена стерноторакотомия. При выполнении торакоскопической тимэктомии в 32 (31%) случае — левосторонний доступ, в 8 (7,7%) — правосторонний доступ и 3 (2,9%) — двусторонний доступ. В 1 (0,9%) случае возникло интраоперационное кровотечение из дуги аорты у ребенка с тератомой, в 1 (0,9%) случае пересечение a. vertebralis впоследствии с развитием инсульта в раннем послеоперационном периоде. Летальный исход в 1 (0,9%) случае, у ребенка с повреждением дуги аорты. Время операции — 108±69,5 минут. Интраоперационная кровопотеря — 19,3±35,8 мл. Длительность пребывания после операции — 5,3±2,6 дня.

Заключение. Удаление объемных новообразований грудной полости у детей торакоскопическим доступом является приоритетным методом, позволяющим минимизировать травматичность, снизить болевой синдром, сократить сроки госпитализации и добиться хороших функциональных и косметических результатов. Торакоскопический доступ обеспечивает радикальное удаление новообразований средостения и является хорошей альтернативой открытому вмешательству у детей всех возрастных групп.

Ключевые слова: торакоскопия; средостение; дети; опухоль; новообразование средостения.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Хирургическое лечение врожденных паховых грыж у детей и возможные осложнения

Елькова Д.А.[1,2], Тен К.Ю.[2], Клеймёнов Е.В.[2], Зацепин Р.Д.[2], Тен Ю.В.[1,2], Бородин И.Д.[1]

[1] Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия;

[2] Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия

Актуальность. Операции по ликвидации паховых грыж являются одними из рядовых в клинике детской хирургии. Актуальность проблемы обусловлена витально опасными осложнениями при ущемлении грыжи, сложностями в ранней диагностике грыж, многообразием способов хирургического лечения и отсутствием четких алгоритмов выбора метода оперативного лечения при паховой грыже у ребенка.

Цель — проанализировать возможные осложнения при врожденных паховых грыжах у детей, оценить возможные хирургические осложнения.

Методы. За период времени с 2020 по 2025 г. в клинике детской хирургии Алтайского государственного медицинского университета пролечено и консультировано первично 996 детей с врожденными паховыми грыжами. Гендерный состав пациентов: 348 девочек (34,9%) и 648 мальчиков (65,1%), двусторонние паховые грыжи были у 89 пациентов (8,9%). Возраст детей от 1 мес. до 17 лет, 18 детей поступили с ущемлением паховой грыжи.

Результаты. Диагноз врожденной паховой грыжи у 2/3 пациентов (664) был установлен до 5-летнего возраста. У данной группы пациентов в 498 случаях выполнена лапароскопическая герниорафия по методике PIRS. Рецидивов получено 5 (1%), у 1 больного — водянка яичка. У 1 пациента, оперированного вне клиники, при постановке порта получена перфорация желудка, дефект стенки желудка ушит лапароскопически, грыжа ликвидирована. В 10 случаях в связи со сложностью катетеризации периферической вены от проведения лапароскопической герниорафии решено было воздержаться, операция выполнена открытым способом. При открытом грыжесечении операция выполнялась по авторской методике, отличающейся тем, что во избежание перевязки грыжевого мешка ниже его шейки, а значит, предотвращения рецидива, проводился пуговчатый зонд через грыжевой мешок с продвижением оливы в глубину за пределы внутреннего пахового кольца с дополнительной фиксацией зажимом и перевязыванием грыжевого мешка под оливой, чем и достигалась корректность оперативного лечения относительно уровня перевязки грыжевого мешка. Рецидивов при данной операции не имелось (456 пациентов). Один пациент обратился в клинику после ранее проведенного открытого грыжесечения, во время которого в грыжевом мешке обнаружена лимфангиома, исходящая из брюшной полости, при попытке выделить образование, произведено пересечение мочеточника, потребовавшее наложения временной уретерокутанеостомы. У другой наблюдаемой во время ликвидации скользящей паховой грыжи получена перфорация мочевого пузыря, дефект стенки пузыря впоследствии ушит. У одной пациентке 5 лет с паховой грыжей во время грыжесечения была пересечена бедренная вена, потребовавшая наложения сосудистого анастомоза. Среди 18 детей с ущемленными паховыми грыжами у 15 детей произведено консервативное вправление, грыжа ликвидирована отсрочено, у 2 детей грыжевым содержимым являлся аппендикулярный отросток, что потребовало симультанной аппендэктомии, у одной девочки произошел некроз ущемленной пряди сальника, которая удалена под лапароскопическим контролем. Надо отметить, что ранее девочка была оперирована с противоположной стороны по поводу паховой грыжи, контралатеральная грыжа при лапароскопии на тот момент не обнаружена. Летальных исходов не было.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Врожденные паховые грыжи в некоторых случаях остаются сложны для диагностики. Ущемленные паховые грыжи зачастую требуют симультанных операций. При диагностике врожденный паховой грыжи у ребенка требуется индивидуальный подход к методике ее ликвидации с учетом возраста ребенка, возможных осложнений.

Ключевые слова: врожденная паховая грыжа; грыжесечение; герниорафия; ущемление грыжи; некроз сальника; серома; гематома.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Хирургическое лечение детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Емашова Н.Р., Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Задвернюк А.С.

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

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у детей является распространенным заболеванием и может иметь различные клинические проявления, что усложняет постановку диагноза. Консервативная терапия может давать положительный эффект, но в большинстве случаев симптомы заболевания возвращаются после ее отмены. На данный момент существует несколько вариантов хирургической коррекции ГЭРБ, но достоверно неизвестно, какая из техник дает лучшие результаты.

Цель — сравнить две хирургические техники лечения ГЭРБ у детей по эффективности и безопасности на двух группах пациентов, в каждой из которых включено по 50 детей от 1 до 17 лет.

Методы. В исследовании приняли участие 100 детей с ГЭРБ, наблюдающихся в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова, у которых отсутствовал эффект от проводимой консервативной терапии. Пациентов разделили на две равные группы:

• группа 1 — операция методом лапароскопической фундопликации по Ниссену с использованием однорядной фундопликационной манжеты;

• группа 2 — операция методом лапароскопической фундопликации по Ниссену с использованием двурядной фундопликационной манжеты.

В ходе работы оценивали:

• длительность операции;

• интраоперационные осложнения;

• послеоперационные осложнения и время их возникновения;

• необходимость в повторном оперативном лечении;

• длительность нахождения в стационаре в послеоперационном периоде;

• изменения клинической картины, результатов инструментальных методов исследования через полгода и год;

Результаты.

• По длительности операции группа 1 показала в среднем более короткие сроки, чем группа 2.

• Число ранних послеоперационных осложнений оказалось ниже в группе 1: там они встречались редко и были в основном легкими. В группе 2 осложнения возникали чаще и иногда требовали дополнительного лечения.

• Через год после операции рецидивы симптомов отмечались реже у пациентов из группы 1. В группе 2 доля рецидивов была заметно выше.

• Улучшение качества жизни наблюдалось в обеих группах, но в группе 1 оно было более заметным.

Заключение. Лапароскопическая фундопликация по Ниссену с использованием однорядной фундопликационной манжеты дает лучшие результаты: меньшее время операции, меньшее число осложнений и рецидивов, что позволяет рассматривать данную методику как основной вариант хирургической коррекции ГЭРБ у детей. Дальнейшие наблюдения помогут уточнить долгосрочные результаты и выявить дополнительные показаний и противопоказания для выполнения данной операции.

Ключевые слова: гастроэзофагеальный рефлюкс; антирефлюксные операции; лапароскопическая фундопликация.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Диафрагмальные грыжи у детей старше одного года

Еремин Д.Б., Ампар Ф.Б., Цапкин А.Е., Гацуцын В.В., Абдуллаев А.М.

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

Актуальность. Диафрагмальные грыжи у детей старше года представляют собой разнородную группу патологий, включающую врожденные истинные и ложные грыжи, грыжи Ларрея–Морганьи, посттравматические дефекты диафрагмы, а также релаксацию купола и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Несмотря на сравнительно редкую встречаемость (по данным литературы — 1 случай на 3000–5000 новорожденных, у старших детей — менее 10% всех диафрагмальных дефектов), данная патология сохраняет высокую клиническую значимость из-за диагностических трудностей и риска жизнеугрожающих осложнений. У детей старше года диафрагмальные грыжи часто проявляются неспецифическими симптомами — хроническим кашлем, рецидивирующими пневмониями, абдоминальной болью, снижением толерантности к физической нагрузке. Вследствие этого нередко отмечается поздняя диагностика, в том числе при релаксации купола диафрагмы и паракардиальных образованиях, ошибочно расцениваемых как опухоли или кисты. Однако ключевую роль в постановке окончательного диагноза и выборе тактики лечения играет интраоперационная верификация.

Методы. На базе ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского проведено хирургическое лечение 6 детей старше года с различными формами диафрагмальных грыж. Во всех случаях диагностика включала рентгенографию органов грудной клетки, мультиспиральную КТ, при необходимости — контрастное исследование желудочно-кишечного тракта. Хирургическая коррекция выполнялась видеоторакоскопическим доступом с пластикой дефекта диафрагмы с использованием аутопластики и укреплением собственными тканями.

Результаты. Применение малоинвазивных технологий во всех 6 случаях позволило значительно снизить травматичность вмешательств, улучшить визуальный контроль анатомических структур и добиться оптимальных косметических и функциональных результатов. Средний срок госпитализации составил до 6 суток. Рецидивов и послеоперационных осложнений не отмечено. Анализ наблюдений показал, что использование видеоторакоскопии является методом выбора у детей старше года, включая пациентов с сочетанными пороками развития и паллиативным статусом. Важными аспектами являются мультидисциплинарный подход и возможность симультанных вмешательств при сочетанной патологии.

Заключение. Диафрагмальные грыжи у детей старшего возраста представляют диагностически сложную, но хорошо прогнозируемую патологию при своевременном выявлении и хирургическом лечении. Применение современных методов визуализации и малоинвазивной торакальной хирургии обеспечивает высокую эффективность и безопасность лечения. Видеоторакоскопическая пластика диафрагмы с использованием собственных тканей является методом выбора, обеспечивая минимальную инвазивность, короткий восстановительный период и хорошие функциональные результаты.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа; торакальная хирургия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Инородные тела торакальной локализации: клинические случаи

Еремин Д.Б, Ампар Ф.Б, Абдуллаев А.М., Цапкин А.Е.

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н.Сперанского, Москва, Россия

Актуальность. Проблема диагностики и лечения инородных тел (ИТ) торакальной локализации у детей остается одной из актуальных задач современной детской хирургии. По данным литературы, до 80% всех случаев аспирации ИТ происходит у детей младше 5 лет, а летальность при развитии осложнений достигает 3–7%. Несмотря на совершенствование эндоскопических и лучевых методов, частота поздней диагностики и связанных с ней бронхолегочных осложнений остается высокой. Длительно находящиеся ИТ могут приводить к морфофункциональным изменениям органов грудной клетки и жизнеугрожающим состояниям. Оптимальные результаты лечения достигаются при ранней диагностике и оказании помощи в специализированных центрах, где обеспечен доступ к высокотехнологичной торакальной хирургии.

Клинические наблюдения. Случай 1. Мальчик, 11 лет. Минно-взрывная травма, диагноз: проникающее торакоабдоминальное осколочное ранение справа, повреждение правого легкого, правой доли печени, диафрагмы. Выполнен ряд этапных вмешательств: торакоцентез, лапаротомия с ушиванием ран, дренирование, последующее удаление инородных тел мягких тканей грудной клетки и конечностей. После стабилизации состояния ребенок переведен в ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского. При КТ выявлено инородное тело правой паравертебральной области (9×6×7 мм). 23.05.2024 выполнена видеоторакоскопия — удаление ИТ без технических трудностей. Выписан на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Случай 2. Мальчик, 2 мес. Диагноз: инородное тело верхней трети пищевода. Состояние осложнено острым посттравматическим медиастинитом. Выполнена ригидная эзофагоскопия, коллярная медиастинотомия по Разумовскому, эзофаготомия, удаление ИТ, ушивание пищевода и дренирование параэзофагеального пространства. На 5-е сутки контрольная эзофагография — проходимость пищевода восстановлена. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Случай 3. Мальчик, 2 года 8 мес. Длительно стоящее инородное тело дыхательных путей. Изначально диагностированы двусторонняя пневмония и ателектаз левого легкого. При бронхоскопии выявлены сужение и деформация бронха. Повторное вмешательство — удаление неорганического ИТ (фрагментцветной фольги). Послеоперационный период без осложнений, выписан на 8-е сутки.

Заключение. Представленные клинические наблюдения демонстрируют разнообразие клинических проявлений и необходимость междисциплинарного подхода при лечении данной категории пациентов. Эффективность терапии напрямую зависит от раннего обращения, качественной визуализационной диагностики и выполнения малоинвазивных вмешательств в условиях специализированных детских центров.

Ключевые слова: инородные тела; торакальная локализация; диагностика; лечение.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Дренирование мочевых путей при мочекаменной болезни в неотложном порядке у детей

Жаксалыков А.С.[1,2], Цап Н.А.[1,2], Комарова С.Ю.[1,2], Основин П.Л.[2], Сысоев С.Г.[2], Аржанников А.А.[2], Дедюхин Н.А.[2]

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница№ 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. У детей основной причиной почечной колики в 80–90% случаев является мочекаменная болезнь (МКБ). Обструкция мочевыводящих путей конкрементом вызывает развитие нарушения функции почки, повышает риск почечной недостаточности, требует экстренного ее купирования, что чаще базируется на консервативных методиках. Современные эндоскопические технологии стентирования мочевых путей позволяют эффективно восстановить отток мочи, ликвидировать боль.

Цель — представить дифференцированную лечебную тактику оказания неотложной помощи детям с мочекаменной болезнью при почечной колике в зависимости от уровня поражения мочевыделительной системы.

Методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 77 детей, поступивших в неотложном порядке с болевым синдромом на фоне МКБ, что составило 49,6% от всех детей, пролеченных с МКБ за 2025 год. Распределение клинического материала по возрасту: до 3 лет — 1 (1,3%) детей, в группе 4–7 и 8–10 лет по 2 (2,6%) и 11 (14,3%) детей соответственно, с 11 до 14 лет — 11 (14,3%) человек и в группе старше 14 лет — 52 (67,5%) пациентов. Всем детям в неотложном порядке выполнялись: комплекс лабораторной диагностики, УЗИ почек и мочевого пузыря, КТ-урография, которые позволили оценить локализацию и размеры конкремента и функциональные нарушения в мочевыводящих путях (МВП), определить дальнейшую тактику лечения больного. В зависимости от расположения конкремента выделено 5 клинических групп, что позволило оценить тактику лечения детей с почечной коликой: I гр. — локализация конкремента в почке — 8 (10,4%) детей, из них 5 (62,5%) пролечено консервативно, 3 (37,5%) оперативно; II и III гр. — с локализацией конкремента в верхней и средней трети мочеточника — 15 (19,5%) и 4 (5,2%) больных соответственно, всем детям (100%) оказана оперативная помощь; IV гр. — конкремент в нижней трети мочеточника — 49 (63,6%) детей, у 22 (45%) больных проведено консервативное лечение, и 27 (55%) детям выполнено хирургическое лечение в неотложном порядке; в V группу — локализация конкремента в мочевом пузыре — включен 1 (1,3%) ребенок, которому была оказана хирургическая помощь в виде контактной лазерной литотрипсии.

Результаты. Локализация конкремента, степень тяжести обструктивных изменений МВП и отсутствие эффекта от консервативного лечения имели решающее значение в определении показаний к оперативному восстановлению оттока мочи. В группах I и IV отмечается значительный эффект от проведения консервативной терапии (62,5% и 45%). Всем детям с локализацией конкрементов в верхней и средней трети мочеточника (II и III гр.) выполнена хирургическая помощь в объеме дренирования верхних мочевых путей мочеточниковым стентом. Сроки выполнения оперативного лечения практически не отличались в группах исследования. Дренирования МВП до 24 часов показано детям, у которых наблюдалась полная обструкция верхних мочевых путей с нарушением функции почки. Отсроченное оперативное лечение выполнялось у больных с частичной обструкцией мочеточника, но с прогрессированием расширения ЧЛС, либо больным без снижения функции, но с сохранением выраженного болевого синдрома.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Почечная колика при мочекаменной болезни чаще возникает у детей старше 14 лет (67,5%). Предупреждение гибели паренхимы почки при обструкции мочеточника конкрементом путем выполнения дренирования (стентирования) мочевых путей позволяет эффективно купировать почечную колику в подавляющем большинстве случаев.

Ключевые слова: дренирование мочевых путей; почечная колика; лечение; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Техника закрытия разгрузочной колостомы при лапароскопических вмешательствах по поводу болезни Гиршпрунга и аноректальных мальформаций

Журило И.П.[1], Аболмасов А.В.[2]

[1] Медицинский центр «Точка опоры», Орел, Россия;

[2] Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова, Москва, Россия

Обоснование. В тех клинических случаях, когда у детей с болезнью Гиршпрунга (БГ) или аноректальными мальформациями (АРМ) на начальном этапе хирургического лечения осуществляется наложение разгрузочной колостомы, выполнение одномоментного радикального оперативного вмешательства лапароскопическим методом становится достаточно сложным. У таких пациентов технические проблемы в процессе выполнения лапароскопических операций связаны с одномоментным решением двух задач — мобилизации низводимого участка кишечника и закрытия разгрузочной колостомы.

Цель — разработка и внедрение в клиническую практику оригинальной техники закрытия разгрузочной колостомы, которая может применяться в процессе выполнения лапароскопических реконструктивных операций при БГ или АРМ у детей.

Методы. За период с 2015 по 2019 г. в хирургическом отделении НКМЦ им. З.И. Круглой было оперировано 3 детей с врожденными пороками развития толстой кишки (БГ, АРМ). Мальчиков было 2 (ректо-сигмоидная форма БГ, атрезия прямой кишки с ректоуретральным свищом), 1 девочка (атрезия анального отверстия, ректовестибулярный свищ). Всем пациентам предварительно была наложена разгрузочная колостома. Больные госпитализированы для проведения радикального оперативного вмешательства в возрасте от 1 года 2 месяцев до 1 года 7 месяцев. В качестве рабочей модели нами была предложена следующая схема оперативного вмешательства:

1) лапароскопическое выделение зева колостомы и пересечение непосредственно у передней брюшной стенки несущей петли кишки с помощью линейного сшивающего аппарата;

2) лапароскопическая мобилизация брыжейки участка кишки подлежащего низведению (при БГ);

3) выполнение промежностного реконструктивного этапа (в зависимости от характера основного заболевания);

4) лапароскопический контроль на гемостаз;

5) иссечение и удаление наружного зева колостомы с послойным восстановлением целостности брюшной стенки.

Результаты. По предложенной технике оперированы 3 пациента с БГ и АРМ с предварительно наложенными разгрузочными колостомами. У больного с ректо-сигмоидной формой БГ после лапароскопичесекого закрытия стомы и мобилизации низводимого участка выполнен промежностный этап. Осуществлена демукоизация прямой кишки до уровня переходной складки и обеспечен доступ в брюшную полость, с последующим низведением толстой кишки вплоть до зоны закрытия стомы. Затем выполнена резекция низведенного участка кишки с наложением прямого колоректального анастомоза. У 2 пациентов с АРМ, после лапароскопического закрытия стомы, выполнены аноректопластика с закрытием ректо-уретрального свища и аноректопластика с ликвидацией ректовестибулярного свища. В процессе выполнения оперативных вмешательств интраоперационных осложнений не было. Ближайший послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко. Отдаленные результаты изучены в сроки от 5 до 11 лет после выполнения оперативных вмешательств и оценены как хорошие. Функциональных нарушений у пациентов не выявлено.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Предложенная лапароскопическая техника закрытия разгрузочной колостомы может быть с успехом использована у пациентов с болезнью Гиршпрунга и аноректальными мальформациями в процессе выполнения радикальных реконструктивных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: разгрузочная колостома; лапароскопическая техника закрытия; болезнь Гиршпрунга; аноректальные мальформации.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Роль метода гиперспектральной визуализации в диагностике инфантильных гемангиом у детей

Журило И.П.[1], Шуплецов В.В.[2], Горюнов И.А.[2], Потапова Е.В.[2], Дунаев А.В.[2], Дрёмин В.В.[2]

[1] Медицинский центр «Точка опоры», Орел, Россия;

[2] Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева, Орел, Россия

Обоснование. Инфантильные гемангиомы (ИГ) характеризуются возраст-зависимой динамикой пролиферации и инволюции, однако объективная инструментальная оценка их функционального состояния в клинической практике остается ограниченной. Гиперспектральная визуализация (ГВ) очень перспективна для решения данной задачи, поскольку метод позволяет неинвазивно регистрировать параметры кровенаполнения и тканевой оксигенации, которые весьма точно отражают показатели гемодинамической активности сосудистого новообразования.

Цель — оценить эффективность использования метода ГВ для дифференциации стадий развития ИГ по рассчитываемым параметрам кровенаполнения и тканевой сатурации, а также обеспечить возможность прогнозирования временных сроков инволюции сосудистых новообразований этого типа.

Методы. За период с февраля 2023 по май 2026 года на базе медицинского центра «Точка опоры» обследованы 42 ребенка в возрасте от 1,5 месяцев до 4 лет с ИГ различных локализаций и клинических форм. Мальчиков было 14 (%), девочек — 28 (%). Одиночные образования отмечены у 24 детей (57,14%), множественные — у 18 (42,86%). Доминировали смешанные формы ИГ — 26 наблюдений (61,91%). Созданная диагностическая установка ГВ включала в себя широкополосный источник излучения, волоконно-кольцевой осветитель и гиперспектральную камеру с возможностью регистрации диффузного отражения в диапазоне 400–1000 нм. В каждом конкретном случае рассчитывались диагностические карты объемной доли крови и тканевой сатурации с использованием разработанного нейросетевого подхода. Все пациенты были разбиты на 3 группы в зависимости от их возраста на момент проведения исследования. I группу (стадия прогрессии) были включены 14 пациентов в возрасте от 0 до 180 дней; II группу составили 15 детей возраста 181–300 дней (стадия стабилизации) и III — 13 больных старше 300 дней (стадия регрессии). Для каждого периода, по рассчитанным диагностическим параметрам, определяли среднее значение, среднее квадратичное отклонение (СКО) и диапазон отклонений ±3*СКО. Дополнительно рассчитывали индекс прогрессии (ИП), определяемый как отношение индивидуального значения диагностического параметра к среднему значению по всему соответствующему периоду.

Результаты. Межпериодный анализ показал выраженные различия распределений диагностических параметров по соответствующим стадиям. Так, для параметра тканевой сатурации средние значения составляли: ~95% в I группе (0–180 дней), ~96% во II (180–300 дней) и ~98% в III (старше 300 дней). В каждой группе пациентов выявлены единичные результаты измерений, выходящие за пределы диапазона ±3*СКО, что указывает на наличие в отдельных клинических случаях индивидуально выраженных отклонений гемодинамического состояния. Показатель ИП менее единицы интерпретировали как относительное снижение диагностических параметров у конкретного пациента по сравнению с групповой нормой периода. Напротив, значения выше единицы отражали более высокий уровень оксигенации и потенциальное приближение к фазе регресса.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Полученные данные подтверждают эффективность оценки стадий развития гемангиом методом ГВ. Предложенный ИП может использоваться как дополнительный количественный критерий для персонализированного мониторинга динамики трансформации ИГ.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Российского научного фонда № 25-25-00482.

Ключевые слова: гиперспектральная визуализация; инфантильные гемангиомы; диагностические параметры; неинвазивный мониторинг.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Опыт симультанных операций при компрессионном стенозе чревного ствола

Зейналзаде А.Т.[1], Разумовский А.Ю.[1,2], Митупов З.Б.[1,2]

[1] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия;
[2] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Обоснование. Лечение заболеваний комплекса пищевод–желудок–двенадцатиперстная кишка, включающего гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) и хроническую дуоденальную непроходимость (ХДН), изучено довольно подробно. Однако в клинике мы сталкиваемся с сочетанием патологий стеноза чревного ствола или синдром Данбара и гастродуоденальной патологии. Тактика лечения подобных клинических случаев не изучена.

Цель — определение хирургической тактики у детей с синдромом Данбара и сочетанной гастродуоденальной патологией.

Методы. Лечение детей при компрессионом стенозе чревного ствола изучено в ДГКБ имени Н.Ф. Филатова за период с 2019 по 2025 год. Было проведено лапароскопически 126 изолированных диссекций чревного ствола с достижением положительного результата. У 59 пациентов со стенозом чревного ствола при дообследовании были выявлены сопутствующие патологии. Диагностика компрессионного стеноза чревного ствола выполненялась при УЗИ аорты и висцеральных ветвей с оценкой скорости кровотока и при ангиографии (брюшная аортография, мезентерикография). Дополнительное обследование включало обязательное выполнение ФЭГДС и рентгеноскопическое исследование верхних отделов ЖКТ с контрастным веществом. Основными критериями для постановки диагноза ХДН были следующие признаки при рентгеноскопии:

1) наличие 2 горизонтальных уровней, относящихся к желудку и ДПК;
2) замедление времени эвакуации бария из ДПК;
3) маятникообразная перистальтика;
4) гастроптоз и расширение ДПК более 3 см.

Золотым стандартом диагностики ГЭРБ также является проведение рентгенконтрастного исследования. При сопутствующих патологиях была выполнена лапароскопическая диссекция чревного ствола, фундопликация по Ниссену и завершающим этапом наложение обходного дуоденоеюноанастомоза на первой петле тощей кишки бок-в-бок у 14 пациентов.

Результаты. При сопутствующих патологиях было проведено одномоментное оперативное лечение. У всех детей после симультанной операции (3 в 1) в послеоперационном периоде скорость кровотока в системе чревного ствола была снижена до нормальных значений, а также клинически удалось добиться купирования болевого синдрома. На данный момент в катамнезе были обследованы 4 ребенка, у которых наблюдалась положительная динамика относительно абдоминального болевого синдрома, а также субъективно отмечают повышение аппетита. Однако сохраняются периодические жалобы на тошноту и вздутие после приема пищи.

Заключение. При диагностическом поиске по поводу абдоминального болевого синдрома не стоит забывать о компрессионном стенозе чревного ствола и возможных сопутствующих патологиях. Несмотря на благоприятные исходы после одномоментной операции, стоит отметить, что у некотрых детей в катамнезе наблюдались жалобы в основном диспепсического характера. Поэтому необходимо выбирать правильную тактику хирургического лечения сочетанной патологии для каждого пациента индивидуально.

Ключевые слова: синдром Данбара; ГЭРБ; сочетанные патологии; патологии верхнего этажа брюшной полости.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Опыт лечения гипоспадии в сочетании с крипторхизмом

Золотухин Д.С.[1,2], Павлова О.С.[1], Грунин А.В.[1,2], Филатов И.А.[1], Зайцева Е.Н.[1]

[1] Челябинская областная детская клиническая больница ,Челябинск, Россия;

[2] Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

Введение. Неопущение яичка, также известное как крипторхизм, и гипоспадия считаются двумя распространенными урогенитальными пороками развития у мальчиков. Частота гипоспадии и сопутствующего крипторхизма составляет около 6% и 31,6% соответственно. Современные рекомендации по лечению заключаются в том, что хирургическое вмешательство должно быть выполнено в возрасте от 6 до 18 месяцев. Проксимальная гипоспадия и крипторхизм сочетаются с нарушениями полового развития и эндокринными проблемами и требуют мультидисциплинарного подхода.

Цель — оценить результаты хирургического лечения гипоспадии в сочетании с крипторхизмом.

Методы. Данное проспективное исследование проводилось на базе детского урологического отделения Челябинской областной детской больницы с 2018 по 2024 г. В исследование были включены 40 случаев гипоспадии с одно- и двухсторонним крипторхизмом, которым было проведено этапное хирургическое вмешательство. Всех пациентов осматривали эндокринолог, генетик, детский уролог. Пациентам назначалось кариотипирование. Первым этапом выполнялось низведение яичек, следующим этапом не ранее чем через 6 месяцев проводилась коррекция гипоспадии.

Результаты. Средний возраст пациентов на момент операции составил 3,6±1,4 года, большинство 38 (95%) пациентов после кариотипирования имели XY кариотип, у остальных детей отмечено нарушение формирование пола 2 (5%), это пациенты с адреногенитальным синдромом, им в дальнейшем потребовалась клиторопластика. Сопутствующие аномалии почек отсутствовали в 81,4% случаев, симптоматические аномалии почек отмечены в 7% случаев, выраженное искривление полового члена наблюдалось в 28 (70%). Грыжа с крипторхизмом присутствовала в 6 (15%) случаев. Низведение яичек в большинстве случаев выполнялось открыто 33 (82,5%), но в части наблюдений использовалась лапароскопия 7 (17,5%). У детей с выраженным искривлением полового члена выполнялась этапная коррекция гипоспадии. Первый этап — выпрямление полового члена и создание уретральной площадки из крайней плоти, второй этап — уретропластика. Искривление полового члена было скорректировано у 35 (87,5%) пациентов, а мочеиспускание через головку полового члена наблюдалось в 33 (82,5%) случаев, рецидива крипторхизма не отмечено ни у одного пациента.

Заключение. Мы установили, что этапное хирургическое вмешательство является простым, безопасным и эффективным методом лечения пациентов с гипоспадией и крипторхизмом, обеспечивающим удовлетворительные функциональные результаты, нормальное физическое состояние здоровья, улучшение качества жизни.

Ключевые слова: гипоспадия; крипторхизм; нарушение формирования пола.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Оценка преимущества выполнения некоторых методов дренирования верхних мочевых путей у детей

Зоркин С.Н., Шахновский Д.С.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Актуальность. При урологических операциях отведение мочи посредством мочеточниковых стентов чревато техническими и инфекционными осложнениями.

Цель — оценка результатов дренирования верхних мочевых путей у детей при выполнении лапароскопической пиелопластики.

Методы. Анализу подвергся период наблюдения с 2016 по 2026 г. За этот период было выполнено 567 оперативных вмешательств детям с обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента в различных возрастных группах. Детей до года было 219, от 1 года до 5 лет — 242, от 5 до 10 лет — 69 и от 10 до 17 лет — 37. Мальчики встречались чаще — 348, девочек было меньше — 219. Поражение чаще фиксировалось слева: 432 и справа — 135. Для дренирования полостной системы почки применялся метод внутреннего стентирования — 56 детям устанавливались мочеточниковые double J-стенты 5–6 Ch ретроградно непосредственно перед оперативным лечением — 32, у 24 стенты устанавливались интраоперационно после наложения первого шва в месте анастомоза мочеточника и лоханки (стент на проводнике заводился в брюшную полость через иглу Вереша с извлеченным обтуратором), 18 детям деривация мочи осуществлялась с помощью комбинированного стента-пиелостомы, который также подавался через иглу Вереша, и 493 детям интраоперационно устанавливалась пиелостома (использовалась нефростома, предназначенная для чрескожной пункционной установки 6–8 Ch). Мочеточниковые стенты удаляли в среднем через 1 месяц, а пиелостомический дренаж — на 7–12-е сутки.

Результаты. На основании нашего опыта мы можем утверждать, что использование нефростомы, предназначенной для чрескожной пункционной установки, обладает рядом существенных преимуществ по сравнению с другими способами. В отличие от различных видов внутреннего стентирования, установка пункционной пиелостомы не составляет большого труда. Процедура безопасна, проводится под достаточным визуальным контролем, не травмирует зону анастомоза, надежно фиксируется в полости лоханки, удаляется без применения анестезиологического пособия.

Заключение. Как нам известно из физики, жидкость течет по линии наименьшего сопротивления. Диаметр пиелостомы создает наилучшие условия для отведения мочи, препятствуя подтеканию мочи через линию анастомоза. Дренаж легко промывается при необходимости. Нахождение пиелостомы в течение 7–12 суток в непосредственном контакте с брюшной полостью не вызывает осложнений с ее стороны. При использовании отведения мочи с помощью мочеточниковых стентов возможно много проблем, начиная от технических сложностей (невозможность пройти лоханочно-мочеточниковый сегмент, его травмирование, обтурацию кровяными сгустками или частицами слизистой мочеточника, удаление с использованием наркоза и прочее).

Ключевые слова: стент; стома; пиелопластика.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

К оценке результатов хирургической коррекции гипоспадии у детей одномоментным способом "TUBULARIZED INCISED PLATE(TIP)"

Ибрагимов Ж.Х., Рахмонов А.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Хирургическое лечение проксимальных форм гипоспадии представляет собой сложную и проблемную, в плане осложнений, часть детской урологии — андрологии. По данным литературы, универсальной методики коррекции проксимальных форм гипоспадии не существует. Для лечения гипоспадии в последние пятилетия стали широко применять различные методы хирургической коррекции. Несмотря на это встречаются различные виды осложнений, как в раннем послеоперационном, так и в отдаленном периодах.

Цель — оценка результатов операций при различных формах гипоспадии у детей.

Методы. Обследованы 35 мальчиков с различными формами гипоспадии. Они распределились по возрасту: от 1 года до 3 лет — 6 человек (17,1%), 4–6 лет — 11 (31,4%), 7–10 лет — 9 (25,7%) и старше 10 лет — 9 (25,7%). По форме: головчатая — 8 (22,8%), венечной борозды — 8 (22,8%), стволовая — 17 48,5%), пено-скротальная — 1 (2,85%), «гипоспадия без гипоспадии» — 1 (2,85%). Все дети обследованы на наличие сочетанных аномалий, проведены общеклинические исследования. Все дети оперированы одномоментным способом "TUBULARIZED INCISED PLATE(TIP)". При тяжелых формах гипоспадии прибегали к созданию артефициальной уретры по Duplay. В качестве «укрывающего лоскута» использовали кожно-слизистые ткани на ножке из вентральной поверхности полового члена. В качестве шовного материала использовали PDS 6.0 (Polydioxanone), который является ареактивным и не вызывает воспалительные реакции. Всем пациентам на дооперационном этапе выполнялось ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, общепринятые клинико-лабораторные исследования перед проведением плановой операции (общий анализ крови, общий анализ мочи, иммуноферментный анализ на ВИЧ, Hbs-Ag, гепатит С), урофлоуметрия, по показаниям — рентгенологические методы исследования почек и мочевых путей, уретроцистоскопия. Цитогенетическое обследование (определение кариотипа, консультация генетика) проводилось больным при сочетании средних и дистальных форм гипоспадии с одно- или двусторонним крипторхизмом.

Результаты. Результаты операции в послеоперационном периоде оценивали по количеству осложнений и параметрам уродинамического исследования, выполненного через 1, 3 и 6 месяцев после операции У всех детей результаты признаны хорошими, кроме 3 больных. У них сформировались уретральные свищи. Причинами этого, на наш взгляд, являются выраженное рубцевание и недостаток кожи.

Заключение. Таким образом, одномоментный способ хирургической коррекции гипоспадии методом "TUBULARIZED INCISED PLATE(TIP)", с использованием сохраненной уретры, способствует улучшению трофики, благодаря чему удается сохранить адекватное питание кожи, а также позволяет избежать кольцевых анастомозов.

Ключевые слова: гипоспадия; отдаленные результаты; хирургическое вмешательство.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Результаты усовершенствования хирургической тактики при инвагинационной кишечной непроходимости у детей до года на примере Андижанской области

Ибрагимов Ж.Х., Исроилов Ш.Ш., Рахмонов А.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Инвагинационная кишечная непроходимость (ИК) у детей в возрасте до одного года является одной из наиболее распространенных форм острой хирургической патологии у детей грудного возраста. Несмотря на развитие диагностических технологий и внедрение малоинвазивных вмешательств, проблема выбора оптимальной тактики лечения остается актуальной.

Методы. В исследование включены 148 годовалых детей с подтвержденной инвагинационной кишечной непроходимостью (ИКН), находившихся на лечении в отделении детской хирургии Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра и Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2020 по 2025 год. В зависимости от периода наблюдения и примененной хирургической тактики больные были разделены на две группы. Группа сравнения (n = 71, 2020–2022 гг.) — лечение проводилось по общепринятым стандартам, с преобладанием лапаротомических вмешательств. Основная группа (n = 77, 2023–2025 гг.) — разработанная дифференцированная тактика с акцентом на малоинвазивные методы (лапароскопия, гидро-и пневморедукция), а также модифицированная техника инвагинационного анастомоза. Распределение хирургических вмешательств в группе сравнения (n = 71) было следующим. Резекция кишечника и лапаротомия с наложением анастомоза — у 21 (29,6%) больного. Использовались различные типы анастомозов: “конец-конец подвздошный” — 6 (8,5%), “подвздошно-подвздошный” — 8 (11,3%), инвагинационный — 2 (2,8%). Лапаротомия с формированием илеостомы — 14 (19,7%). Аналогичная тактика была выбрана при выраженной ишемии и некрозе стенки кишечника, множественных инвагинациях и невозможности формирования безопасного анастомоза.

Результаты. Эффективность метода ограничена случаями раннего наступления и отсутствием выраженных осложнений. Консервативная редукция инвагинации (гидро-или пневморедукция) была успешной у 17 детей (23,9%). Этот метод чаще всего применялся у детей старше 6 месяцев на относительно коротком сроке заболевания. Применение алгоритма позволило значительно увеличить долю малоинвазивных вмешательств: лапароскопические операции проведены 53 больным (68,9%). Среди них: лапароскопическая резекция с наложением модифицированного инвагинационного анастомоза — 36 (46,8%), лапароскопическая редукция без резекции — 17 (22,1%). Успешная гидро- или пневморедукция 23 (29,8). В основной группе (n = 77) хирургическая тактика была оптимизирована с учетом возраста ребенка, сроков поступления, клинической формы и наличия осложнений. Применение алгоритма позволило значительно увеличить долю малоинвазивных вмешательств: лапароскопические операции проведены 53 больным (68,9%).

Заключение. Анализ ближайших результатов хирургического лечения показал, что внедрение лапароскопических технологий и модифицированного инвагинационного анастомоза при инвагинационной кишечной непроходимости у детей первого года жизни обеспечивает значительное снижение частоты послеоперационных осложнений (с 22,5% до 2,6%).

Ключевые слова: инвагинация кишечника; дети; лапароскопия; анастомоз; осложнения; хирургическое лечение.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Абсцедирующий неспецифический мезаденит у ребенка 8 лет

Казаков А.Н.[1], Кузнецов В.Н.[1], Румянцева Г.Н.[2], Горшков А.Ю.[2], Буйнова М.Д.[2]

[1] Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия;

[2] Тверской государственный медицинский университет, Тверь, Россия

Актуальность. Острый неспецифический мезаденит (ОНМ) — это воспалительное заболевание, поражающее мезентериальные лимфатические узлы, а клиническая картина нередко имитирует острый аппендицит. ОНМ вызывает особый интерес среди детских хирургов и педиатров из-за малой изученности заболевания, трудной дифференциальной диагностики с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Чаще встречается у детей в возрасте 5–13 лет из-за развитой лимфоидной ткани брыжейки.

Описание клинического случая. Пациентка О., 8 лет, 17.03.2026 г. поступила в ГБУЗ ДОКБ г. Тверь с жалобами на умеренные боли в правой подвздошной области в течение 3 суток, субфебрилитет. Рвоты, жидкого стула не было. При осмотре живот правильной формы, симметричный, пальпаторно мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области, где определяется плотно-эластическое умеренное болезненное, неподвижное образование размером 4×5 см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Клинический анализ крови и общий анализ мочи в пределах возрастной нормы, незначительное повышение СРБ до 10,100 мг/л. Эхографически обнаружено в правой подвздошной области эхоразнородное образование с нечеткими контурами, размерами 35×24×27 мм, состоящее из 3 лимфатических узлов, максимальным размером 11,7×7,2 мм. Образование отграничено петлями кишечника с утолщенными стенками, в центре которого измененный лимфатический узел размерами 9,5×6,5 мм. Ребенок госпитализирован во 2-е хирургическое отделение по экстренным показаниям с основным диагнозом: K66.9 Воспалительный инфильтрат брюшной полости и сопутствующим: I88.0 Неспецифический брыжеечный лимфаденит. Назначен бакперазон. На КТ 18.03.2026 г. признаки правостороннего подвздошного инфильтративного лимфаденита с формированием единичного абсцесса в структуре инфильтрата. Свободная жидкость в малом тазу. За время нахождения в стационаре 23.03.2026 г. у ребенка отмечается отрицательная динамика в виде усиления болей в животе, сохранения инфильтративного образования в брюшной полости, нарастания системной воспалительной реакции. Нельзя исключить формирование деструктивного мезаденита, осложненного формированием воспалительного инфильтрата брюшной полости. Под интубационным наркозом 24.03.2026 г. проведена лечебно-диагностическая лапароскопия. Визуализирован неизмененный червеобразный отросток. В полости малого таза прозрачный серозный выпот объемом до 10 мл. Купол слепой кишки рыхло фиксирован к париетальной брюшине боковой стенки живота, сращения разделены. На латеральной поверхности купола caecum участок выбухания с положительными признаками флюктуации, тупым путем ткани разведены, в месте наибольшего размягчения вскрылась гнойная полость, из которой санировано 5 мл гноя светлого желтого цвета сливкообразной консистенции (взят на бакпосев, стерильный). В области илеоцекального перехода из группы гипертрофированных мезентериальных лимфатических узлов выполнена экстирпация одного из них размером 2×2 см. Гистологически — ткань лимфатического узла с увеличенными лимфоидными фолликулами с выраженными герминативными центрами и мантийными зонами, паракортикальной лимфоидной гиперплазией, лимфостазом. Другой патологии в брюшной полости не выявлено. 01.04.2026 г. выписана с выздоровлением.

Заключение. ОНМ — распространенное заболевание детского возраста. Представленный клинический случай демонстрирует редкое осложнение мезаденита — абсцедирование, выявленное эхографически и ликвидированное из лапароскопического доступа.

Ключевые слова: мезаденит; абсцесс; дети; клинический случай.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Малоинвазивное этапное лечение холедохолитиаза у младенцев как альтернатива эндоскопической папиллосфинктеротомии: клинический случай

Казибекова Я.И.[1], Аванесян Р.Г.[2], Михайлов Г.А.[1], Файзуллаев В.Х.[1]

[1] Детская городская клиническая больница № 5 им Н.Ф. Филатова, Санкт-Петербург, Росссия;

[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет, Санкт-Петербург, Росссия

Актуальность. В настоящее время стремительно растет число пациентов с желчнокаменной болезнью среди детского населения. Это вызывает серьезную озабоченность у врачей разных специальностей, поскольку заболевание раньше считалось преимущественно взрослой проблемой. Помимо увеличения количества случаев, значительно вырос и процент осложненных форм болезни — по некоторым данным статистики, он вырос в два раза за последние годы. Несмотря на наличие так называемых «золотых стандартов» лечения осложненных форм желчнокаменной болезни, применение этих методов у детей зачастую оказывается крайне затруднительным ввиду раннего возраста, особенностями анатомии и физиологии, а также необходимостью последующего длительного и сложного послеоперационного восстановления.

Цель — продемонстрировать возможность малоинвазивного двухэтапного лечения холедохолитиаза у младенцев при невозможности эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Описание наблюдения. Ребенок 7 месяцев с диагнозом желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха. Проведены следующие исследования для установления диагноза: УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, магнитно-резонансная холангиопанкреатография. В связи с невозможностью выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии из-за отсутствия аппарата нужного размера решено воздержаться от травматической открытой холангиотомии и предпринята попытка малоинвазивного лечения. Было выполнено двухэтапное лечение желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом, холангитом, механической желтухой. Первый этап заключался в чрескожной чреспечночной чреспузырной холангиостомии в возрасте 7 месяцев. В дальнейшем проводились регулярные промывания желчных путей. В возрасте 9 месяцев выполнена реканализация терминального отдела общего желчного протока, его баллонная дилатация, антеградная литоэкстракция — контраст свободно поступал в двенадцатиперстную кишку, конкремент был эвакуирован. В результате лечения произведена декомпрессия желчных путей, купировались холангит и механическая желтуха. Вторым этапом лечения в возрасте 10 месяцев выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Заключение. Мы столкнулись с ситуацией, когда применить стандартные подходы лечения холедохолитиаза в виде эндоскопической папиллосфинктеротомии оказалось технически невозможно ввиду раннего возраста ребенка. При возникновении технических трудностей с выполнением папиллосфинктеротомии у пациентов младенческого возраста данный метод может рассматриваться как альтернативный вариант лечения.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; холедохолитиаз; младенчество; лечение.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Опыт эндоскопической диагностики и лечения химических ожогов пищевода у детей за 2023–2025 годы

Карпова И.Ю.[1,2], Тулокина А.А.[1], Рукевич С.Г.[1,2]

[1] Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия;
[2] Детская городская клиническая больница № 1, Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Химические ожоги пищевода (ХОП) у детей остаются тяжелой проблемой неотложной детской хирургии и гастроэнтерологии. Основные причины — случайное проглатывание кислот, щелочей, концентрированных растворов марганцовки, лимонной кислоты и других едких веществ. Ранняя эндоскопическая диагностика позволяет оценить степень поражения и определить тактику ведения пациента. Однако в последние годы наблюдается изменение этиологической структуры и частоты формирования рубцовых стенозов, что требует обновления данных.

Цель — проанализировать результаты эндоскопической диагностики и лечения детей с химическими ожогами пищевода в возрасте от 5 месяцев до 5 лет за период 2023–2025 гг. на базе ГБУЗ НО ДГКБ № 1.

Методы. За три года (2023–2025) обследовано 124 ребенка с подозрением на химический ожог пищевода после употребления прижигающих веществ. Эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) проводили аппаратом Pentax EG-2490 K (диаметр рабочей части 7,8 мм, процессор EPK-3000) в первые 3 суток, далее на 7–10-е и 21–23-и сутки в обычном свете и узкоспектральном режиме (i-scan). Степень тяжести ожога оценивали по классификации Zargar, 1991 г. Статистическая обработка проведена с использованием описательных методов.

Результаты. Из 124 пациентов диагноз химического ожога пищевода эндоскопически подтвержден в 79 наблюдениях (63,7%). В 45 случаях (36,3%) выраженных изменений слизистой не обнаружено. Ожоги I степени по классификации Заргара составили: в 2023 г. — 16, 2024 г. — 7, 2025 г. — 10 случаев. Ожоги II–III степени диагностированы у 12, 12 и 9 пациентов соответственно. Тяжелые поражения возникали после проглатывания 70% раствора уксусной кислоты или растворов щелочи, легкие — после марганцовки, лимонной кислоты и бытовой химии. При контрольной ЭГДС на 7–10-е сутки у всех пациентов с ожогами II–III степени выявлено усиление сосудистого рисунка в узкоспектральном режиме как признак начинающейся эпителизации. У 5 детей с ожогом III степени визуализированы зоны, лишенные сосудов в слизистом и подслизистом слое. Фибринозные наложения препятствовали полноценному осмотру в режиме i-scan у 25 пациентов. На 21–23-и сутки полная эпителизация отмечена у 19 детей. Постожоговые рубцовые стенозы пищевода сформировались в 6 случаях (4,8% от всех обследованных, 7,6% от подтвержденных ожогов): по 2 пациента ежегодно. Стенозы локализовались в средней и нижней трети пищевода, при узкоспектральном режиме зоны стриктур были лишены сосудистого рисунка. Дилатацию начинали с бужирования «по струне» под эндоскопическим контролем. Двум пациентам с рефрактерными стенозами потребовалось более 5 эндоскопических дилатаций. Эндоскопический контроль проводили не реже 1 раза в 3 месяца.

Заключение. Химический ожог пищевода эндоскопически подтверждается в 63,7% случаев при подозрении на проглатывание прижигающих веществ. Частота формирования рубцовых стенозов за 2023–2025 гг. составила 4,8% от первично обследованных. Узкоспектральный режим (i-scan) повышает диагностическую точность при оценке зон, лишенных сосудов, и улучшает визуализацию рубцов. Раннее бужирование под эндоскопическим контролем позволяет снизить число рефрактерных стриктур.

Ключевые слова: химический ожог пищевода; дети; эзофагогастродуоденоскопия; узкоспектральная эндоскопия; рубцовый стеноз; бужирование.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Редкий клинический случай множественных трихобезоаров желудка и тонкой кишки у ребенка с синдромом Рапунцель

Кацупеев В.Б.[1], Бабич И.И.[2], Лукаш Ю.В.[2], Лейга А.В.[1], Карагезян Р.Л.[1], Арутюнов А.Р.[1], Асриянц А.В.[1]

[1] Городская клиническая больница № 20, Ростов-на-Дону, Россия;

[2] Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Трихобезоары, или «волосяные шары», которые образуются в просвете ЖКТ в результате заглатывания волос, встречаются чаще у девочек, имеющих привычку жевать волосы, особенно у лиц с нарушенной психикой. По данным литературы, у детей, страдающих выдергиванием собственных волос, лишь у трети наблюдается трихофагия, а трихобезоары образуются лишь в 1% случаев от страдающих трихофагией. Однако частота данной патологии по публикуемым данным имеет тенденцию к росту, что обусловливает актуальность проблемы.

Описание наблюдения. В детское хирургическое отделение обратилась девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, периодическую рвоту, содержащую волосяные комки, снижение аппетита. Во время осмотра патологических образований в брюшной полости пальпаторно не определялось. При выполнении ФГДС выявлены инородное тело желудка в виде трихобезоара более 5 см и зияющий привратник округлой формы. Ребенку выполнены лапаротомия, гастротомия, в полости желудка обнаружен трихобезоар размером 16,0×8,0×8,0 см, плотной консистенции, что не позволило выполнить его фрагментацию. После удаления трихобезоара при ревизии полости желудка был обнаружен и удален еще один трихобезоар аналогичного размера и консистенции. В послеоперационном периоде сохранялось вздутие живота на фоне отхождения газов и ежедневного скудного стула и жалобы на периодическую отрыжку воздухом, снижение аппетита. На седьмые сутки после операции состояние резко ухудшилось — появились резкие боли в животе спастического характера, сопровождающиеся рвотой. Ребенку выполнена СКТ органов брюшной полости: в просвете дистального отдела сигмовидной кишки (?) обнаружено неоднородное образование размерами 2,8×6,4×3,4 см, обтурирующее просвет кишки. Однако при колоноскопии ни в просвете толстой кишки, ни в начальном отделе подвздошной кишки патологических образований не найдено. Во время релапаротомии в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружен плотный, несмещаемый трихобезоар, полностью обтурирующий просвет кишки и вызывающий непроходимость. Выявление трихобезоара тонкой кишки во время первой операции было затруднено из-за выраженного вздутия петель кишок, которое было интерпретировано хирургом как последствие инсуффляции воздуха при гастроскопии и отсутствием клинических проявлений низкой кишечной непроходимости на момент поступления в стационар. В данном случае, на наш взгляд, гастротомия и извлечение трихобезоаров из полости желудка сопровождались миграцией части пучков волос в дистальные отделы кишечника, что привело к увеличению диаметра еще одного трихобезоара, находящегося в просвете подвздошной кишки, спровоцировав острую кишечную непроходимость за счет полной обтурации ее просвета.

Заключение. Предпочтительными для удаления безоаров большого размера являются открытая мини-лапаротомия, гастротомия или энтеротомия. Оперативное вмешательство обязательно должно сопровождаться тщательной ревизией всех отделов ЖКТ.

Ключевые слова: безоар; трихобезоар желудка; синдром Рапунцель; детская хирургия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Лечения пациента с шизофренией по поводу множественных инородных тел в желудочно-кишечном тракте: клинический случай

Ким К.О.[1], Ермухан Н.Ж.[1], Смагулова Д.У.[1], Турсунов К.Т.[1,] Толебек Б.Е.[2]

[1] Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан;
[2] Центр детской неотложной медицинской помощи, Алматы, Республика Казахстан

Обоснование. Проглатывание инородных тел остается частой причиной обращения к детскому хирургу экстренной хирургии. Согласно мировым данным, дети от 3 месяцев до 3 лет являются наиболее уязвимой группой. Также в группу риска попадают дети, страдающие от заболеваний психического профиля. Зачастую инородные тела самопроизвольно и без каких-либо жалоб эвакуируются вместе с каловыми массами, однако в некоторых случаях, при показаниях, проводится оперативное лечение.

Описание клинического случая. Данный клинический случай уникален количеством и разнообразием инородных тел на протяжении всего ЖКТ. Подросток 16 лет, воспитанница детского дома, доставлена в приемный покой ЦДНМП г. Алматы с жалобой на проглатывание иглы за несколько часов до обращения. Из анамнеза жизни известно наблюдение у психиатра с диагнозом F20.8 Детская шизофрения. Непрерывный тип течения с олигофренными изменениями до легкой умственной отсталости. Состояние при поступлении стабильное, жизненные показатели в пределах нормы. Лабораторно выявлен лейкоцитоз (15,5×10^9/л). По данным рентгенографии — множественные инородные тела в проекции ЖКТ.

Учитывая стабильное состояние пациентки, первично проведена фиброгастродуоденоскопия. При ревизии: в верхней трети пищевода обнаружена и удалена игла; в желудке визуализированы многочисленные инородные тела (фрагменты карандашей, ручек, пластика). Ввиду технической невозможности удаления всех ИТ эндоскопическим путем, разнообразного характера предметов и высокого риска осложнений, принято решение о проведении операции.

Пациенту выполнена срединная лапаротомия с последующей ревизией органов брюшной полости. Гастротомия — удалено 84 единицы инородных тел различного характера: 52 палочек (деревянные и пластиковые от леденца), фрагменты полиэтиленовой пленки (2 ед.), 10 частей сломанных ручек, частей карандашей (24). Аппендэктомия с удалением карандашей (13), частей ручек (4), через культю аппендикса. Колотомия — в сигмовидной кишке выявлены игла (1) и болт (1). Все инородные тела удалены, произведены ревизия, санация брюшной полости, дренирование малого таза и ушивание разреза. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Ребенок выписан на 16-е сутки.

Заключение. Представленный случай является клинически значимым ввиду большого количества и разнообразия инородных тел, выявленных на протяжении всего ЖКТ. Он подтверждает, что даже при удовлетворительном состоянии пациента показания к оперативному лечению могут быть расширены при наличии потенциально опасных предметов. Комплексный подход, включающий хирургическое лечение и психиатрическое сопровождение, является ключевым для достижения благоприятного исхода.

Ключевые слова: инородные тела; лапаротомия; гастротомия; аппендэктомия; колотомия; дети; психические расстройства.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Хирургическая коррекция сколиоза IV степени на фоне спинально-мышечной атрофии с использованием малоинвазивного дорсального доступа

Киселёва О.А.[1], Шавырин И.А.[2], Сажнев М.Л.[2], Кешишян Р.А.[1,2,3]

[1] Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия;

[2] Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва, Россия;

[3] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Обоснование. Нервно-мышечный сколиоз у детей представляет собой тяжелую деформацию позвоночника, возникающую на фоне различных патологий, в частности, спинально-мышечной атрофии (СМА). При этом сколиоз является одним из наиболее частых ортопедических проявлений СМА и встречается у 60–90% пациентов, особенно при 2-м типе заболевания. Для сколиоза при СМА характерны: раннее начало, неуклонное прогрессирование и высокая резистентность к консервативным методам лечения. При этом, достигая III–IV степени, сколиоз перестает быть только ортопедической проблемой. Он приводит к целому каскаду жизнеугрожающих последствий, поэтому хирургическая коррекция сколиоза у данной категории пациентов направлена на сохранение жизненно важных функций и улучшение качества жизни.

Описание клинического случая. Пациентка 13 лет, наблюдалась по месту жительства с диагнозом СМА 2-го типа с раннего детства. При поступлении предъявляла жалобы на искривление позвоночника, выраженный болевой синдром в спине и невозможность самостоятельной вертикализации в положении сидя. Индекс массы тела составлял всего 9 кг/м^2. Отмечались признаки рестриктивных нарушений функции внешнего дыхания. Также из анамнеза известно, что пациентка проходила курсы реабилитации, применялись консервативные методы лечения, но с кратковременным эффектом. Последние 2 года отмечено прогрессирование деформации. По результатам лучевых методов диагностики визуализировалась левосторонняя С-образная сколиотическая деформация грудопоясничного отдела позвоночника, угол Кобба составлял 85°. Во время хирургического вмешательства было выполнено два кожных разреза на разных уровнях по линии остистых отростков грудного и поясничного отделов позвоночника длиной по 10 см. Послойно скелетированы остистые и поперечные отростки на указанных уровнях справа. Под контролем педикулярного шила и ЭОП установлены 8 полиаксиальных транспедикулярных винтов на уровнях Th2–Th5 и L2–L5. Смонтированы 2 стержня. Под нейрофизиологическим контролем выполнена коррекция деформации с последующей фиксацией конструкции. Важно отметить, что скелетирование проводилось преимущественно с вогнутой стороны деформации, что позволило снизить кровопотерю (200 мл) и сократить время операции (3 часа). В результате хирургической коррекции угол Кобба снизился с 85° до 40°, восстановлен фронтальный и сагиттальный баланс туловища, улучшились показатели функции внешнего дыхания на 20%.

Заключение. Таким образом, использование малоинвазивных технологий является перспективным направлением, позволяющим снизить хирургическую травматичность, улучшить функциональные результаты и качество жизни ребенка.

Ключевые слова: сколиоз; спинально-мышечная атрофия; малоинвазивная хирургия; дорсальный доступ; вертебрология.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Травматические повреждения поджелудочной железы у детей: обоснование органосохраняющей хирургической тактики с применением панкреатоеюноанастомоза

Кисленко А.А.[1,2], Разумовский А.Ю.[1,2], Митупов З.Б.[1,2], Задвернюк А.С.[1,2], Шоминова А.О.[2], Зайнулабидов Р.А.[2], Чумакова Г.Ю.[2]

[1] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Актуальность. Травматические повреждения поджелудочной железы (ПЖ) у детей являются редкой, но клинически значимой патологией, сопровождающейся высоким риском развития осложнений при повреждении главного панкреатического протока. В современной зарубежной практике отмечается тенденция к расширению показаний к консервативному лечению, которое признано эффективным при повреждениях I–II степени по классификации AAST у гемодинамически стабильных пациентов. В то же время при травмах III–IV степени, сопровождающихся нарушением протоковой системы, консервативная тактика нередко приводит к формированию посттравматических осложнений, включая псевдокисты и свищи, что обуславливает необходимость хирургического вмешательства. Отсутствие единого подхода к лечению данной категории пациентов определяет актуальность разработки органосохраняющих методов хирургической коррекции, направленных на обеспечение адекватного оттока панкреатического секрета при максимальном сохранении паренхимы поджелудочной железы.

Цель — обосновать эффективность панкреатоеюноанастомоза как органосохраняющего метода хирургического лечения травматических повреждений поджелудочной железы у детей.

Методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 15 детей с травматическими повреждениями ПЖ, находившихся на лечении в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова в 2016–2026 гг. В исследование включены преимущественно пациенты с повреждениями III–IV степени по классификации AAST, сопровождающимися разрывом паренхимы и повреждением главного панкреатического протока. Значительная часть пациентов поступала отсроченно, на стадии сформировавшихся осложнений (посттравматический панкреатит, псевдокисты). Диагностика включала клинико-лабораторные и инструментальные методы (УЗИ, КТ, при необходимости МРТ). Хирургическая тактика включала выполнение панкреатоеюноанастомоза «конец в бок» на изолированной петле по Ру в зоне повреждения поджелудочной железы, санацию и дренирование брюшной полости; при необходимости дополнительно формировалась энтеростома для раннего энтерального питания.

Результаты. Панкреатоеюноанастомоз выполнен у 15 пациентов с травматическими повреждениями поджелудочной железы III–IV степени по классификации AAST. Послеоперационное течение в большинстве наблюдений характеризовалось благоприятной динамикой с возможностью раннего начала энтерального питания (с 3 суток после операции). Длительность дренирования брюшной полости, как правило, составляла 7–10 суток. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 2 пациентов (13,3%). В структуре осложнений отмечены панкреатические свищи, ассоциированные с аррозивным кровотечением, потребовавшим повторного оперативного вмешательства. По данным динамического наблюдения, в отдаленном периоде признаков атрофии ПЖ, расширения протоковой системы и патологических жидкостных скоплений не выявлено. Клинически значимые проявления экзокринной и эндокринной недостаточности отсутствовали.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Панкреатоеюноанастомоз является патогенетически обоснованным методом хирургического лечения травматических повреждений ПЖ III–IV степени у детей, обеспечивающим внутренний отток панкреатического секрета. Применение органосохраняющей тактики позволяет избежать резекционных вмешательств и сопровождается приемлемым уровнем послеоперационных осложнений. Полученные результаты подтверждают целесообразность использования панкреатоеюноанастомоза в лечении данной категории пациентов.

Ключевые слова: травмы поджелудочной железы; панкреатит; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Робот-ассистированная пиелопластика у детей

Козлов Ю.А.[1,2], Марчук А.А.[1], Рожанский А.П.[1], Сапухин Э.В.[1], Страшинский А.С.[1]

[1] Детская областная клиническая больница, Иркутск, Россия;

[2] Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

Введение. Робот-ассистированная хирургия в детской урологии развивается наиболее стремительно среди других хирургических дисциплин в направлении от простых до сложных реконструктивных вмешательств, включая операции на различных отделах мочеточников.

Цель — представить современные возможности роботической хирургии при выполнении хирургических процедур на верхних мочевых путях у детей.

Методы. Научное исследование выполнялось в ОГАУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница» в период с декабря 2022 по декабрь 2025 г. За весь период выполнено 56 робот-ассистированных пиелопластик. Роботизированные операции производились с использованием новой роботической платформы Versius компании CMR (Cambridge Medical Robotics, Великобритания). Все хирургические процедуры были выполнены в соответствии с одними и теми же принципами и по образцу, который мы приняли с самого начала приобретения опыта работы с системой Versius. Во всех случаях использовалось три роботических порта: один 12-мм троакар для оптики (вводится на уровне пупка открытым способом) и два 5-мм троакара для роботических манипуляторов. Дополнительно устанавливался 5-мм лапаропорт для работы ассистента в ходе роботической операции. В ходе исследования регистрировали периоперативные параметры пациентов, связанные с демографическими данными, деталями операции, а также ранними и отдаленными последствиями.

Заключение. Первоначальный опыт выполнения робот-ассистированных операций подтвердил, что робототехника может безопасно и эффективно применяться у детей с патологией мочеточников.

Ключевые слова: робот-ассистированная хирургия; детская урология; мочеточник; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Опыт лечения осложненных форм воспалительных заболеваний кишечника у детей

Койнов Ю.Ю.[1,2],Грамзин А.В.[1,2],Трушин П.В.[1,2], Кривошеенко Н.В.[1], Павлушин П.М.[1,2], Цыганок В.Н.[1], Глазков А.А.[1,2], Охотина А.А.[1], Тратонин А.А.[1,2], Хорошман Н.Е.[2]

[1] Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия;

[2] Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Обоснование. В настоящее время наблюдается тенденция к росту частоты воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) у детей, в частности — болезни Крона, где распространенность приблизительно составляет 20–58 случаев на 100 000 детей и подростков. Заболеваемость ЯК у детей колеблется от 1 до 4 случаев на 100 000 детей. Прогрессирующее течение заболевания у детей с болезнью Крона приводит к развитию кишечных осложнений у каждого второго. При невозможности радикального лечения и наличия неоднократных оперативных вмешательств увеличивается риск развития синдрома короткой кишки.

Цель — оценить результаты лечения детей с осложненными формами воспалительных заболеваний кишечника.

Методы. С 2020 по 2025 г. в Новосибирской областной клинической больнице наблюдались 86 детей с первично установленным диагнозом воспалительного заболевания кишечника (ВЗК). Язвенный колит (ЯК) установлен в 58 случаях (67,4%), 28 детей (32,6%) наблюдались с болезнью Крона (БК). Мальчиков — 46 (53,5%), девочек — 40 (46,5%). Средний возраст дебюта заболевания составил 12 лет, OIR [9–15,7], минимальный возраст — 1 год. При язвенном колите тотальное поражение толстой кишки наблюдалось в 31 (50,9%) случае, левостороннее поражение толстой кишки в 23 (38,6%). Терминальный илеит наблюдался у 25 (29,5%) детей с БК, у 3 (3,5%) колит, у 5 — с поражением желудка. Воспалительная форма — 14 детей (16,3%), пенетрирующая форма — 2(2,3%), стриктурирующая — 9 (10,5%), стриктурирующая и пенетрирующая форма у 3 (3,5%) детей. Оперативное вмешательство выполнено у 9 детей с БК. В 5 случаях выполнена резекция илеоцекального угла, по 1 случаю правосторонней и левосторонней гемиколэктомии, и по 1 случаю резекции участка тонкой и нисходящей ободочной кишок. У 2 детей с забрюшинными абсцессами выполнялось дренирование абсцесса с наложением превентивной кишечной стомы. Гормонозависимость наблюдалась у 20 (23,3%) пациентов с ВЗК. 19 (20,1%) детей с ВЗК получали генно-инженерный биологический препарат. Самое раннее начало терапии — 7 лет. Внекишечные проявления (стоматит, увеит, артрит, перианальные поражения, дерматит) наблюдались у детей с ЯК — 36 (62,1%), у детей с БК-5 (17,8%). 1 ребенку с первичным склерозирующим холангитом и БК выполнена трансплантация печени.

Результаты. Дебют ЯК наблюдался в среднем в 13 л., БК — 12 л. У детей с ЯК осложнений заболевания, требующего оперативного вмешательства, не было. 9 (32,1%) из 28 детей с болезнью Крона оперированы: 7 — с клиникой кишечной непроходимости, 2 — забрюшинный абсцесс. Трем детям выполнено наложение первичного анастомоза, у 6 выполнялась экономная резекция пораженного участка кишки с формированием превентивной стомы. У 1 ребенка в раннем послеоперационном периоде возникла кишечная непроходимость. Ликвидация стомы выполнялась в период ремиссии. Осложнений не было.

Заключение. Своевременное оперативное вмешательство улучшает прогнозы заболевания. Применение экономной резекции пораженного участка кишечника у детей с ВЗК показывает хорошие результаты в аспекте предотвращения развития синдрома короткой кишки.

Ключевые слова: болезнь Крона; язвенный колит; забрюшинный абсцесс; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Результаты лечения детей с атрезией тонкой кишки с применением энтеропластики

Койнов Ю.Ю.[1], Грамзин А.В.[1,2], Кривошеенко Н.В.[1], Павлушин П.М.[1,2], Цыганок В.Н.[1], Глазков А.А.[1,2], Охотина А.А.[1], Тратонин А.А.[1,2], Трушин П.В.[1,2]

[1] Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия;
[2] Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Обоснование. Атрезия тонкой кишки, как причина врожденной кишечной непроходимости, встречается от 1,3 до 2,8 случаев на 10 000 новорожденных и сопровождается диспропорцией приводящего и отводящего сегментов кишки. Серьезные трудности вызывает вариант атрезии с нарушением брыжейки и уменьшением длины кишечника, с высокой вероятностью развития синдрома короткой кишки. Нередко после первичного анастомоза отмечается расширение приводящего отдела тонкой кишки со снижением его функциональности и развитием гастроинтестинальной недостаточности. Подобное состояние требует пластических вмешательств на приводящем отделе тонкой кишки, в частности, выполнении тейпирующей или плицирующей энтеропластики.

Цель — улучшить результаты лечения детей с атрезией тонкой кишки.

Методы. С 2019 по 2025 г. в детском хирургическом отделении Новосибирской областной клинической больницы наблюдались 38 детей с атрезией тонкой кишки. Атрезия двенадцатиперстной кишки встречалась в 17 случаях, тощей — 11, атрезия подвздошной кишки — 10 (сочетание с гастрошизисом — 2) и атрезия тонкой и толстой кишки — 1. При атрезии ДПК выполнялось наложение дуоденодуоденоанастомоза. Формирование превентивной стомы при атрезии тощей и подвздошной кишки (в том числе по Bishop–Koop) — 13 детей, первичный анастомоз выполнен в 8 случаях. Средний срок гестации составил 36,6 недель (QIR 36,1–37,2), средняя масса при рождении — 2733 гр. (QIR 2533,6 — 2932,7). Детей весом менее 2700 гр. — 18. Длительность антибактериальной терапии 23,5 сут. (QIR16–40,5). Длительность нахождения в реанимации — 16 сут. (QIR 12–25,2). Длительность госпитализации — 44,1 сут. (QIR 36,7–51,5). Тейпирующая или плицирующая энтеропластика применена у 15 новорожденных: в 8 случаях во время первичного оперативного вмешательства, у 7 детей — на фоне сформировавшихся мегадуоденума и мегаеюнума. Летальный исход у 1 ребенка с тяжелой сопутствующей патологией.

Результаты. У всех детей, которым применялась энтеропластика, наблюдались быстрое восстановление пассажа по кишечнику после наложения первичного анастомоза и купирование симптомов гастроинтестинальной недостаточности после оперативного лечения мегадуоденума и мегаеюнума. Однако при сравнении групп детей, которым выполнялась энтеропластика, и детей, которым выполнялся первичный анастомоз без энтеропластики, в первой группе отмечается более длительный курс антибактериальной терапии (p <0,007), длительное нахождения в отделении реанимации (p <0,003), и более длительная госпитализация (p <0,004).

Заключение. Применение тейпирующей и плицирующей энтеропластики у детей с атрезией тонкой кишки при выраженной диспропорции проксимального и дистального участков позволили уменьшить калибр приводящего отдела тонкой кишки, с повышением ее функциональности и купированием гастроинтестинальной недостаточности.

Ключевые слова: атрезия тонкой кишки; энтеропластика; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Состояние нейронов в стенке кишки, ближайшей к аганглионарному сегменту, и в восходящей кишке при болезни Гиршпрунга

Колесникова Н.Г., Сварич В.Г., Сапарбеков А.А., Тлупова М.З.

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

Актуальность. Частота запоров после коррекции болезни Гиршпрунга остается высокой и составляет 8–81% (исключая дефекты выполнения операции: оставленную зону аганглиоза, обструкцию в анальном канале).

Цель — изучить количество нейронов и клеток Кахаля в стенке кишки над зоной аганглиоза и в восходящей кишке при ректосигмоидной и субтотальной формах болезни Гиршпрунга.

Методы. В работу включены 18 пациентов (11 пациентов с ректосигмоидной формой болезни Гиршпрунга и 7 детей с субтотальной формой). Были исследованы результаты биопсии в стенке кишки, ближайшей к аганглионарному сегменту, и в восходящей кишке. На основании данных литературы и наших работ считали, что для нормальной моторики кишки необходимо не менее 40 нейронов в 1 см мышечной стенки кишки, в восходящей кишке — 20 нейронов в 1 см и 14–44 клеток Кахаля в 1 см кишки, и это считали нормоганглиозом кишки.

Результаты. Гипоганглиоз в сегменте проксимальнее зоны дилатации при ректосигмоидной и субтотальной формах болезни Гиршпрунга был выявлен в 25% случаев. Также было выявлено отсутствие клеток Кахаля в сегменте проксимальнее патологической зоны и в восходящей кишке при ректосигмоидной форме болезни Гиршпрунга в 20% случаев. Не было выявлено гипоганглиоза восходящей кишки при субтотальной форме болезни Гиршпрунга в нашей серии исследований.

Заключение. При наиболее распространенной форме болезни Гиршпрунга — ректосигмоидной, часто выявляются гипоганглиоз и отсутствие клеток Кахаля в левой гемиколон и восходящей кишке. Это может быть причиной возникновения запоров после коррекции этой формы болезни Гиршпрунга.

Ключевые слова: нейроны толстой кишки; болезнь Гиршпрунга; клетки Кахаля; запор.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Анатомические особенности крипторхированного яичка

Комарова С.Ю.[1,2], Цап Н.А.[1,2], Екимов М.Н.[1,2], Шнайдер И.С.[1,2], Тимошинов М.Ю.[2], Гайдышева Е.В.[2], Смирнова С.Е.[2], Кошелева Ю.А.[2]

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. В настоящее время остается нерешенным вопрос о степени нарушения фертильности пациентов, оперированных по поводу крипторхизма в детском возрасте, несмотря на опыт успешного хирургического лечения. Ранняя хирургическая коррекция крипторхированного яичка не может предотвратить бесплодие при тяжелой гипоплазии и нарушенных анатомических структурах, ведущих к снижению функционального состояния сперматогенного эпителия.

Крипторхизм является фактором риска развития нарушения фертильности, гипогонадизма и рака яичка. Известно, что данный порок развития в 50–70% случаев осложнен гипоплазией тестикулярной ткани, включая нарушение созревания и снижение числа половых клеток, снижение клеток Лейдига и фиброз яичка. По данным российских и зарубежных исследований, имеются сведения о выявленной корреляции между интерстициальным фиброзом и фертильностью у пациентов с крипторхизмом во взрослом возрасте.

Цель — изучить анатомические, ультрасонографические особенности, гистологические и ультраструктурные характеристики крипторхированного яичка у детей.

Методы. Оперативное лечение крипторхизма за период 2023–2025 гг. выполнено 436 детям. По стороне поражения: справа 267 (61,2%), слева 165 (37,8%), возрастной диапазон: 6 мес. 1 год — 79 (18,1%) мальчиков, 2–3 года — 122 (27,9%), 4–6 лет — 83 (19,1%) ребенка, 7–10 лет — 99 (22,7%) и старше 11 лет — 53 (12,2%) мальчиков. Всем мальчикам проводилось клинико-сонографическое исследование до и после оперативного лечения. Паховая ретенция установлена у 399 (91,5%) детей, брюшная у 35(8%) мальчиков, у 2 детей промежностная эктопия. Оперативное лечение проводилось по стандартным методикам: Петривальского — 397 (91%), Бьянчи — 19 (4,4%), лапароскопическая мобилизация яичка — 20 (4,6%).

Результаты. Дооперационное обследование проводили по алгоритму, внедренному в работу клинико-диагностической поликлиники. Оно включало изучение анамнеза, клиническое обследование и обязательное ультразвуковое сканирование органов мошонки с определением объема яичка, придатка, магистрального и тканевого кровотока яичка. По результатам орхиометрии до операции и с последующим подтверждением во время хирургического лечения крипторхированного яичка гипоплазия установлена у 392 (89,9%) мальчиков. Наличие гипоплазии яичка, установленной до оперативного лечения крипторхизма, является важным прогностическим критерием фертильности. Признаки гипоплазии тестикулярной ткани легкой степени с учетом морфометрических показателей выявлены в 6 (16,7%) случаях, гипоплазии средней степени — в 17 (47,2%) случаях, тяжелой степени — в 13 (36,1%) случаях. При электронно-микроскопическом исследовании в герминогенном эпителии семенных канальцах определяются клетки со светлой и темной цитоплазмой, дистрофические изменения в клетках выражены от незначительных до выраженных.

Заключение. Клиническим маркером, имеющим прогностическое значение для возможных нарушений репродуктивной функции, является установленная до и во время оперативного лечения гипоплазия крипторхированного яичка. Морфологическое исследование биоптатов яичка у детей с крипторхизмом выявило, что при увеличении степени гипоплазии в тестикулярной ткани нарастают патоморфологические изменения на светооптическом и ультраструктурном уровне. Клинико-сонографический мониторинг, особенно в период полового развития, позволит установить изменение объема яичка и прогнозировать сохранение или потерю фертильности.

Ключевые слова: крипторхизм; дети; гипоплазия яичка.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Первичный спонтанный пневмоторакс у детей: к проекту клинических рекомендаций

Кондратьева Е.И.[1,2], Лошкова Е.В.[1,3], Морозов Д.А.[4,5], Айрапетян М.И.[4,5], Елагина В.И.[1], Михайленко Д.С.[1,5], Куцев С.И.[1]

[1] Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова, Москва, Россия;

[2] Научно-исследовательский клинический институт детства, Московская обл., Россия;

[3] Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

[4] Московский многопрофильный клинический центр “Коммунарка”, Москва, Россия;

[5] Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Обоснование. Отсутствие клинических рекомендаций по пневмотораксу в педиатрической практике приводит к неоднозначности терминологии, отсутствию единой классификации и разногласиям в выборе консервативной или оперативной тактики у детей. Большинство заболеваний, проявляющихся пневмотораксом, генетически детерминированы, однако системный подход к их диагностике и лечению отсутствует. Это создает необходимость в подготовке обзора литературы и выработке экспертного консенсуса.

Цель — подготовить обзор литературы для создания проекта клинических рекомендаций по первичному спонтанному пневмотораксу у детей, а также обозначить точки зрения экспертов на сложные и дискуссионные вопросы, включая классификацию, диагностику (в том числе молекулярно-генетическую) и терапевтическую тактику. Исследование не ставило целью проверку статистической гипотезы, а носило аналитический и обзорный характер.

Методы. Изучены и проанализированы 88 литературных источников за последние 20 лет. Проведен анализ терминологии, отечественных и зарубежных классификаций, методов лучевой (рентгенография, КТ, УЗИ) и молекулярно-генетической диагностики (секвенирование экзома и генома, FLCN-тестирование), а также подходов к консервативному (наблюдение, кислородотерапия, пункция) и хирургическому лечению (торакоскопическая резекция, плеврэктомия, плевродез). Статистическая обработка данных в классическом виде не применялась, так как работа представляет собой обзор литературы с элементами экспертного соглашения.

Результаты. Предложена этиопатогенетическая классификация спонтанного пневмоторакса у детей с акцентом на наследственные формы (синдромы Марфана, Элерса–Данло, Лойса–Дитца, туберозный склероз, дефицит α1-антитрипсина и др.). Разработана клиническая классификация по кратности, степени коллапса, локализации, осложнениям и размеру булл. Показано, что КТ является «золотым стандартом» диагностики, а УЗИ обладает высокой чувствительностью (70–90%) и специфичностью (98–100%). Установлено, что при малом ненапряженном пневмотораксе возможно наблюдение, при рецидиве метод выбора — торакоскопическая резекция с плеврэктомией (уровень рецидивов около 1%). Химический плевродез у детей не применяется.

Заключение. В ходе работы подтверждена необходимость создания унифицированных клинических рекомендаций, включающих уточненную классификацию, алгоритмы молекулярно-генетической диагностики и дифференцированный подход к лечению. Консервативная тактика оправдана у стабильных пациентов с малым объемом пневмоторакса, торакоскопическая резекция с париетальной плеврэктомией является методом выбора при рецидивах. Работа создает основу для дальнейшего обсуждения и внедрения рекомендаций в практику.

Ключевые слова: первичный спонтанный пневмоторакс; дети; наследственные заболевания легких; диагностика; терапия; классификация; клинические рекомендации.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Эндоскопические методы в лечебно-диагностическом процессе у пациентов с термическими ожогами

Корнилова А.Б.

Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. По данным литературы, термическое поражение составляет 10–50% бытового травматизма у детей, смертность от термических травм занимает 3-е место среди всех травматических факторов после утоплений и ДТП, что является серьезной медико-социальной проблемой. Поражение дыхательных путей встречается в 30% случаев тяжелой ожоговой травмы, что влияет на течение ожоговой болезни, повышает летальность до 33–82%. В 20–25% отмечается эрозивно-язвенное поражение желудочно-кишечного тракта с риском развития желудочно-кишечного кровотечения (язвы Курлинга). Течение ожоговой болезни сопровождается высоким риском инфекционных осложнений, сепсиса.

Методы. Полиорганность поражения требует применения различных методов диагностики для обеспечения лечебного процесса. Неинвазивные инструментальные методы (рентгенологические, ультразвуковые) ограничены разрешающей способностью и не позволяют в ряде случаев оценить наличие и степень тяжести поражения, а также оказать лечебное воздействие. В такой ситуации методом выбора является применение внутрипросветных эндоскопических методик.

Результаты. Ежегодно в нашем стационаре получают лечение до 340 детей с термическими ожогами, в том числе дети раннего возраста. По степени тяжести ожоги II ст. составляют до 44%, III ст. до 55%. Площадь поражения до 100%. С момента госпитализации пациента эндоскопический метод активно применяются прежде всего при подозрении на термоингаляционную травму (с 2005 г. обследовано 107 пациентов). Бронхоскопия явилась основным методом диагностики для определения степени и распространенности термоингаляционного поражения, выполнялась в первые часы поступления пациента, а также проводилась в динамике для лечения эндобронхита, диагностики и лечения осложнений (рубцовый стеноз гортани). Бронхоскопия также выполнялась при подозрении на аспирацию, при трудной интубации на фоне отека тканей лица. На этапах оперативного лечения эндоскопическая ассистенция применялась для интубации или трахеостомии (на фоне тяжелых рубцовых процессов). У пациентов с тяжелым поражением отмечены поражения желудочно-кишечного тракта: моторные нарушения желудка (парез), поражения слизистой от поверхностной гастропатии до эрозивно-язвенных поражений. В этом случае проведение эзофагогастродуоденоскопии явилось диагностическим и лечебным методом (эндоскопическое обеспечение энтерального доступа — зонд, гастростомия; эндоскопический гемостаз).

Заключение. Анализ работы за 20-летний период продемонстрировал важность и необходимость применения эндоскопических методов в комплексном лечении пациентов с ожоговой травмой как в остром периоде, так и на последующих этапах. Наличие эндоскопов различного диаметра позволяет проводить необходимые эндоскопические вмешательства пациентам практически всех возрастных категорий.

Ключевые слова: термические ожоги; термоингаляционная травма; бронхоскопия; эндоскопическая диагностика; интубация; энтеральный доступ.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Клинический случай девочки с EEC-синдромом и передней клоакой

Костюченко А.С.[1,2], Писклаков А.В.[1,2], Павленко Н.И.[1,2], Дука М.В.[1,2], Пустовецкая Е.С.[1,2]

[1] Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;
[2] Областная детская клиническая больница, Омск, Россия

Обоснование. Синдром эктродактилии-эктодермальной дисплазии-расщелины губы и/или неба (EEC-синдром) — редкая генетическая патология, отличающаяся клиническим полиморфизмом и генетической гетерогенностью. Характеризуется аутосомно-доминантным типом наследования. Выделяют три генетических варианта синдрома — EEC1 (ген локализован на длинном плече 7-й хромосомы), EEC2 (19-я хромосома), EEC3 (3-я хромосома). Продукт дефектного гена — тумор протеин p63, гомолог одного из опухолевых супрессоров.

Белок p63 является фактором транскрипции, который регулирует геном эпидермиса, энхансеры кератиноцитов. В электронной базе Pubmed 248 источников по запросу “EEC syndrome” с 1972 года по настоящее время, по запросу “EEC syndrome urogenital” 17 источников с 1974 года по настоящее время. В базе eLibrary 5 источников по запросу “EEC синдром”. Клинические случаи EEC-синдрома в сочетании с передней клоакой не описаны.

Описание клинического случая. Девочка К., 15 лет, из анамнеза известно, что девочка наблюдается у генетика с EEC-синдромом, при рождении осматривалась гинекологом ОДКБ. Выставлен диагноз: атрезия девственной плевы. Менструации с 12 лет, по 3–7 дней, нерегулярные. В июле 2023 года обратились к гинекологу в поликлинику ОДКБ, при осмотре наружные половые органы сформированы неправильно, в верхней трети промежности определяется единственное отверстие. С 28.08.2023 по 04.09.2023 г. проходила лечение в IV хирургическом отделении, выполнена цистоуретроскопия, на момент осмотра эндоскопической патологии не выявлено. 02.07.2024 г. стала отмечать кровь в моче. Обратились в приемное отделение ОДКБ. Цистоскопия от 03.07.2024: аномалия развития женских половых органов. Атрезия нижней трети влагалища. Вагино-уретральный свищ (в шейку мочевого пузыря)? УЗИ органов малого таза от 16.07.2024 года: Заключение: УЗ-признаки аномалии развития матки: двурогая матка (рудиментарный левый рог?), урогенитальный синус? МРТ малого таза от 10.07.2024 г.: шейка матки расширена до 16×17×32 мм до шейки матки, заполнена метаболитами крови. Далее в дистальном направлении это расширение переходит в тяжистую структуру (свищ?), которая прослеживается практически до шейки мочевого пузыря по задней поверхности парасагиттально справа. Заключение: аномалия развития тазовых органов: атрезия влагалища; гематоцервикс. Копчиковая киста.

Основной диагноз: аномалия развития женских половых органов. Атрезия нижней трети влагалища. Вагино-уретральный свищ (в шейку мочевого пузыря)? Сопутствующий диагноз: сСиндром EEC. Аномалия развития мочевыводящих путей: гипоплазия правой почки. Врожденная патология гортани. Аномалия развития обеих кистей и стоп. Синдактилия. 24.09.2024 года выполнено оперативное лечение: лапаротомия, экстирпация матки, цистотомия, удаление шеек маток.

Заключение. Клинические проявления EEC-синдрома являются сочетанием множественных пороков развития. Также характерны врожденные пороки развития мочевой и половой систем, такие как: агенезия почки, гидронефроз, уретерогидронефроз, удвоение почки, гипоплазия половых органов, крипторхизм, стриктуры мочевыводящей системы, поликистоз почки, уретероцеле.

Порок развития мочевой и половой систем при EEC-синдроме может быть представлен передней клоакой. Сохранение репродуктивной функции в данном случае не всегда возможно ввиду сложных анатомических взаимоотношений рядом расположенных органов и высокого риска повреждения органов мочеотделительной системы с нарушением их функции.

Ключевые слова: множественные пороки развития; EEC-синдром; передняя клоака.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Анализ осложнений 100 континентных везикостом у детей

Красильников Д.Е., Осипов И.Б., Сарычев С.А.,
Лебедев Д.А., Соснин Е.В.

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

Обоснование. Континентная везикостомия по принципу Митрофанова является необходимой для пациентов, которые не могут выполнять самостоятельно периодическую трансуретральную катетеризацию. Частота осложнений, связанных с континентной везикостомой, может составлять более 50%.

Цель — оценить частоту специфических осложнений после континентной везикостомии.

Методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 100 детей, оперированных в клинике СПбГПМУ с 2010 по 2025 гг., которым формировалась континентная везикотома по принципу Митрофанова. Среди оперированных пациентов детей с нейрогенным мочевым пузырем было 84, с экстрофией мочевого пузыря — 11, другой патологией — 5. Для создания везикостомы в 81 случае использовался аппендикс, сегменты кишки (методики Young–Monti, Spiral Young–Monti и продольно суженный) в 18 и мочеточник — в 1. Первично с созданием континентной стомы в 16 случаях выполнена аугментационная кишечная цистопластика, различные операции на шейке и уретре — у 32. У 70 детей стома выведена в пупок, у 10 (с экстрофией мочевого пузыря) — в искусственно сформированную пупочную ямку, у 20 — в гипогастральную область, в основном, в правую подвздошную. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета Statistica 12 (StatSoft, USA). Вычисляли размер эффекта по отношению шансов (OR) и разницы рисков (RD) с расчетом 95% доверительного интервала (ДИ), значимым значением *p*-value считали <0,05.

Результаты. Медиана возраста пациентов составила 11,3 лет [1,8; 18]. Из них мальчиков было 56, девочек — 44. Медиана времени наблюдения — 22 месяца [6; 211]. Осложнения со стороны стомы развились у 40% пациентов. Затруднения при катетеризации (стенозы кожного отдела, непроходимость внутреннего отдела) отмечены у 20 детей, у 6 из них в сочетании с трансстомической инконтиненцией, изолированная трансстомическая инконтиненция у 20. При оценке результатов выявлено, что шанс развития стеноза кожного отдела стомы возрастает в 2,9 раза при расположении стомы не в пупке (OR = 2,9 с 95% ДИ [1,02; 8,29]). Использование аппендикса снижает риск стеноза в 0,73 раза (OR = 0,73 с 95% ДИ [0,21; 2,56]). Имплантация катетеризируемого канала в кишечную часть аугментированного/артифициального мочевого пузыря снижает риск инконтиненции на 19,17% (RD = 19,17 с 95% ДИ [1,22; 37,13]), имплантация в собственный мочевой пузырь увеличивает шанс транстомического недержания в 4,41 раза (OR = 4,41 с 95% ДИ [0,53; 36,37]). Использование аппендикса уменьшает шанс инконтиненции в 0,33 раза (OR = 0,33 95% с ДИ [0,11; 0,97]). Повторные операции для коррекции непроходимости стомы успешно выполнены в 18 случаях. Для коррекции транстомической инконтиненции аугментационная кишечная цистопластика потребовалась 11 пациентам.

Заключение. Континентная везикостомия по принципу Митрофанова обеспечивает эффективный способ периодической катетеризации мочевого пузыря. Стенозы кожного отдела стомы и трансстомическая инконтиненция являются достаточно частыми осложнениями при долгосрочном наблюдении. Наилучшие функциональные результаты получены при выведении стомы в область естественной пупочной ямки, а также использования аппендикса в сочетании с аугментационной кишечной цистопластикой.

Ключевые слова: принцип Митрофанова; аппендиковезикостомия; Young–Monti; нейрогенный мочевой пузырь; экстрофия мочевого пузыря.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Восстановление энтерального питания у новорожденных с атрезией тонкой кишки: технические аспекты

Кузьминых С.В., Подкаменев А.В., Сырцова А.Р., Ти Р.А., Дворецкий В.С., Аджамоглян А.А., Мурашова О.А., Грицай Е.А., Мызникова И.В.

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

Актуальность. Атрезия тонкой кишки сопровождается высокой частотой послеоперационных нарушений моторики. Согласно современным гистологическим исследованиям, патологические изменения при атрезии затрагивают не только зону непроходимости, но и участки кишки, расположенные выше и ниже уровня обструкции. Существующие методы коррекции направлены прежде всего на раннее восстановление энтерального питания.

Цель — оценить влияние типа атрезии тонкой кишки, объема резекции (приводящего и отводящего отделов) и выполнения пликации на сроки начала энтерального питания, а также выхода на полное энтеральное питание у новорожденных. Определить, существуют ли корреляции между указанными хирургическими параметрами и темпами восстановления моторики в послеоперационном периоде.

Методы. Проведен ретроспективный анализ 18 пациентов с атрезией тонкой кишки. Оценивали длину резецированных отделов тонкой кишки. Анализировали сроки начала энтерального питания, время выхода на полный объем энтерального питания, а также корреляцию между нарушением моторно-эвакуаторной функции и типом хирургического вмешательства. Дополнительно оценивали влияние раннего начала энтерального питания (в сроки 24–72 часа) на послеоперационные исходы.

Результаты. Тип атрезии влияет на сроки восстановления энтеральной нагрузки, что коррелирует с мировыми данными. Наиболее позднее начало энтерального питания и самый медленный выход на полный объем наблюдаются при IV типе (множественная атрезия). Самый быстрый выход — при II типе (14,5 суток), однако выборка по II типу мала (n = 2).

По нашим данным, резекция приводящего и отводящего отделов статистически значимо не коррелирует ни со сроками начала кормления, ни со сроками выхода на полный объем. Также установлено, что пликация ассоциирована с более ранним началом энтерального питания (на 2,3 суток раньше), но более поздним выходом на полный энтеральный объем (34,8 против 17,2 суток), что, вероятно, объясняется исходной тяжестью состояния (IV тип), а не самой процедурой пликации.

Не выявлено зависимости степени послеоперационных нарушений перистальтики и выживаемости от длины резецированного сегмента кишечника. Пациенты с резекцией >10 см не имели систематически худших показателей по сравнению с резекцией <5 см. Раннее начало ЭП (2–3-и сутки) достигнуто у 22% пациентов, что не привело к явным осложнениям в данной выборке. Соотношение диаметров приводящего и отводящего отделов 4:1 не является показанием к формированию Т-образного анастомоза или стомы. Предпочтительным является создание энтеро-энтероанастомоза.

Заключение. Пликацию кишечника следует рассматривать как предпочтительный метод хирургического лечения атрезии тонкой кишки вместо выполнения массивной резекции. Даже при соотношении диаметров приводящего и отводящего отделов более 4:1 возможно выполнение анастомоза. Раннее начало энтерального питания рекомендуется в качестве рутинной клинической практики.

Ключевые слова: хирургия новорожденных; атрезия тонкой кишки; анастомоз; раннее энтеральное питание.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Наш опыт хирургического лечения травм поджелудочной железы

Лепихов И.П.[1], Щербинин А.В.[2], Харагезов А.М.[1]

[1] Республиканская детская клиническая больница, Донецк, Россия;
[2] Донецкий государственный медицинский университет, Донецк, Россия

Актуальность. На долю травматических поражений поджелудочной железы приходится от 1 до 10% всех повреждений брюшной полости. Подобные травмы ассоциированы с высокой летальностью, до 11–60%, и крайне высоким риском послеоперационных осложнений — 60–100%. Актуальной задачей современной хирургии остаются разработка и внедрение более эффективных методов лечения.

Цель — обсуждение выбора метода хирургического лечения при травмах поджелудочной железы.

Методы. За период с 2019 по 2025 г. на базе ГБУ ДНР «РДКБ» г. Донецка находились на лечении 8 детей с повреждением поджелудочной железы. По возрасту пациенты были распределены следующим образом: 2 детей 8 лет (25%), 4 детей — от 14 до 15 лет (50%) и 2 детей возрастом — 17 лет (25%). Из них только у 2 (25%) имелась изолированное повреждение. У 6 имелось сочетанное повреждение поджелудочной железы, а именно с повреждением селезенки, двенадцатиперстной кишки и с переломом костей таза. Временные промежутки составляли: 2 часа — 3 детей; 4 часа — 2 детей и 5 часов — 3 детей.

Результаты. Всем детям, поступившим в стационар, проводились осмотр, определение уровня амилазы крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, а в сомнительных случаях применялась диагностическая лапаротомия (ургентной КТ нет). По степени тяжести дети с травмой поджелудочной железы были распределены следующим образом: 4 детей (50%) со II степенью и 4 детей (50%) с I степенью. Дети с III, IV и V степенью повреждения поджелудочной железы в нашей клинике не наблюдались. При оценке локализации повреждения выявлено, что головка поджелудочной железы была повреждена у всех детей. В нашей клинике, при повреждении поджелудочной железы, проводили хирургическое вмешательство только в объеме дренирования сальниковой сумки. Данный вид оперативного вмешательства был обусловлен тем, что общее состояние поступивших было тяжелым. В связи с этим мы применяли только дренирование сальниковой сумки. Все дети госпитализировались в отделение реанимации, где после проведения обследования ребенку проводилась комплексная медикаментозная терапия. Через 2 часа проводилось оперативное вмешательство: диагностическая лапаротомия, гемостаз, дренирование сальниковой сумки двумя дренажными трубками соответствующего диаметра. Далее ребенок переводился в отделение реанимации, где проводилось дальнейшее лечение и динамическое наблюдение, а также лечение сочетанных травм. Суть методики сводится к соблюдению принципа «минимальная активность по отношению к ткани железы — максимальная активность по отношению к дренированию зоны повреждения». Исход данного лечения заключался в том, что у всех детей, пролеченных данным способом, на месте повреждения образовывалась посттравматическая киста, которую дальше мы лечили в плановом порядке.

Вывод. Предложенный алгоритм позволяет обосновать и упростить выбор метода оперативного лечения при повреждениях поджелудочной железы, суть которого заключается в обеспечении адекватного дренирования поврежденной зоны.

Ключевые слова: травма поджелудочной железы; сальниковая сумка; дренажная трубка.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Значение 3D магнитно-резонансной холангиопанкреатографии для хирургии кистозных расширений желчных протоков у детей

Луковкина О.В.[1], Соколов Ю.Ю.[1,2], Шолохова Н.А.[1,2], Зыкин А.П.[1,2]

[1] Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия;

[2] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Актуальность. С широким внедрением минимально инвазивных вмешательств в гепатобилиарной хирургии детского возраста особую актуальность приобретает этап предоперационного планирования, основанный на использовании технологий трехмерной визуализации структур билиарного тракта. В настоящее время лучшим методом неинвазивного изучения анатомии желчных и панкреатических протоков является магнитно-резонансная холангиопанкреатикография (МРХПГ).

Цель — оценить возможности 3D-МРХПГ в планировании лапароскопических вмешательств у детей с кистозным расширением желчных протоков.

Методы. 3D-МРХПГ выполнена 73 детям с КРЖП (средний возраст 6±4 года (M±σ)) на МР-томографе Excelart Vantage Atlas-X с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл (Toshiba, Япония). С помощью программного обеспечения, предустановленного на МР-томографе, и программы Radiant DICOM Viewer проводили построение 3D-реконструкций с использованием инструмента 3D VR (рендеринг объема) в интерактивном окне. Всем пациентам выполнено лапароскопическое иссечение кистозно-измененных внепеченочных желчных протоков и холецистэктомия с формированием билиодигестивного анастомоза. Для статистической обработки данных использовали программу Jamovi Версия 2.3.

Результаты. По результатам 3D-МРХПГ шарообразный тип КРЖП выявлен у 30 (41,1%) детей, веретенообразный — у 43 (58,9%). Построение 3D-реконструкций по сравнению со стандартным МРХПГ исследованием позволило избежать проекционного наложения анатомических структур билиарного тракта, эффективнее оценить типы конфлюенса печеночных протоков (85%, $\chi^2 = 34$, $p < 0{,}001$), анатомические варианты расположения пузырного протока (78%, $\chi^2 = 46$, $p < 0{,}001$), наличие и вариант панкреатикобилиарного соустья (34,2%, $\chi^2 = 19$, $p < 0{,}001$).

В соответствии с данными 3D-МРХПГ у 20 (27,4%) детей с трифуркацией печеночных протоков при формировании билиодигестивного анастомоза в область соустья включали как долевые протоки, так и аберрантный проток правого сектора. В 3 (4,1%) наблюдениях при стенозе устья печеночных протоков для расширения области билиодигестивного анастомоза выполнили дуктопластику. 3D-МРХПГ у 2 (2,7%) больных помогла заподозрить аберрантную правую печеночную артерию, что позволило избежать повреждения последней в ходе реконструктивной операции.

Заключение. В предоперационном планировании лапароскопических вмешательств у детей с КРЖП необходимо проводить МРХПГ с дополнительным построением 3D-реконструкций полученных изображений желчных и панкреатических протоков. Трехмерная визуализация расширяет диагностические возможности стандартного исследования, позволяя избежать проекционного наложения анатомических структур и провести интерактивную оценку зоны интереса, что минимизирует риск развития интра- и послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: 3D-магнитно-резонансная холангиопанкреатография; кистозные расширения желчных протоков; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Оценка отдаленных результатов хирургической коррекции послеожоговых рубцовых контрактур локтевого и плечевого суставов у детей

Мадазимов М.М., Кетмонов А.Г., Гафуров А.А., Нематжонов Ф.З.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Профилактика и лечение послеожоговых рубцовых контрактур в области суставов — актуальная проблема комбустиологии.

Цель — оценить отдаленные функциональные и эстетические результаты хирургической коррекции послеожоговых рубцовых контрактур плечевого и локтевого суставов у детей для определения эффективности применяемых методов реконструктивно-пластических операций.

Методы. Под нашим наблюдением находились 98 детей в возрасте от 3 до 17 лет с послеожоговыми рубцовыми контрактурами плечевого и локтевого суставов, за период с 2018 по 2024 гг.

Результаты. В сравнительной группе чаще выполняли одномоментное устранение контрактур плечевого и локтевого суставов — в 35 (74,5%) случаях. В 2 (4,2%) случаях одномоментно устраняли контрактуры обоих плечевых суставов, в 12 (19,1%) в несколько этапов. Всего у 47 детей данной группы было выполнено 59 оперативных вмешательств, Z-пластика выполнена у 19 (40,4%) пациентов; трапециевидная пластика кожно-жировым лоскутом — у 5 (10,6%); свободная пересадка кожи — у 16 (34,1%).

В основной группе хирургическая тактика дифференцировалась в зависимости от степени контрактуры. Наиболее часто использовалась «двугорбая» пластика кожно-жировым лоскутом — у 21 (41,2%) пациентов при I степени контрактуры — в 2 (4,0%) случаях, при II — в 17 (33,3%), при III — в 2 (4,0%). Полнослойная кожная пластика выполнена у 17 (33,3%) детей (I степень — 10, II — 6, III — 1 случай). При выраженном дефиците непораженных тканей применялась комбинированная пластика — у 13 (25,5%) пациентов, преимущественно при III степени контрактуры в 9 случаях (17,6%).

В отдаленные сроки после операции в сравнительной группе оценивали косметический и функциональный результаты хирургического лечения послеожоговых рубцовых контрактур плечевого и локтевого суставов. Эстетический результат отмечен у 20 (42,5%), функциональный — у 27 (57,5%) детей.

При этом в сравнительной группе отличные и хорошие результаты составили 9 (19,1%) и 11 (23,4%). Группу больных с удовлетворительным результатом составили 16 (34,0%) детей, когда отмечали неполное устранение рубцовой деформации. Неудовлетворительные результаты наблюдались, когда операция не приносила желаемого эффекта: отмечались эпизоды обострения контрактур.

В основной группе отличные результаты достигнуты у 21 (41,2%) пациентов, хорошие результаты констатированы у 26 (50,9%) детей, что практически в три раза больше, чем в группе сравнения.

Удовлетворительный результат отмечен у 4 (7,9%) детей с послеожоговыми рубцовыми контрактурами плечевого и локтевого суставов. Внедрение разработанных способов пластики при ПОРК плечевого и локтевого суставов у детей позволило увеличить частоту отличных и хороших результатов с 42,5% до 92,1%, значительно уменьшить удовлетворительные результаты с 34,0% до 7,9% и сократить долю неудовлетворительных результатов с 23,4% до 0%.

Заключение. Применение разработанного дифференцированного лечебно-тактического алгоритма привело к повышению эффективности хирургического лечения, что обеспечило полное восстановление функциональной активности в плечевом и локтевом суставах.

Ключевые слова: контрактура; Z-пластика; сустав; кожно-жировой лоскут.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Трансуретральная литотрипсия у детей: первый опыт лечения

Марчук А.А.[1], Козлов Ю.А.[1,2], Сапухин Э.В.[1], Рожанский А.А.[1], Тещук Р.А.[1], Старашинский А.С.[1], Яковченко С.Н.[1]

[1] Иркутская государственная областная детская клиническая больница», Иркутск, Россия;

[2] Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск, Россия

Актуальность. При отсутствии эффекта консервативного лечения мочекаменного болезни возникает необходимость оперативного удаления сформировавшихся камней.

Методы. В Иркутской областной детской клинической больнице с 2023 по 2025 г. 21 ребенку с камнями мочевыводящих путей различной локализации выполнена трансуретральная лазерная литотрипсия. Детей было 8 мальчиков и 13 девочек, соотношение мальчиков и девочек составило 1:1,5. Из клинических симптомов наблюдались боль, гематурия или рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей. В рамках предоперационного обследования всем детям проведена нативная мультиспиральная компьютерная томография.

Результаты. Выявлены конкременты различных локализаций: у 5 (24%) детей в чашечно-лоханочной системе почки, у 8 (38,5%) — в верхней трети мочеточника, у 2 (9%) — в средней трети мочеточника, у 5 (24%) — в нижней трети мочеточника. У одного ребенка (4,5%) конкремент находился в полости мочевого пузыря. 20 детям с мочекаменной болезнью верхних мочевыводящих путей перед уретероскопией выполнено стентирование лоханочно-мочеточникового сегмента. Стент устанавливался на 7–14 дней с целью расширить мочеточник, прежде чем предпринималась попытка провести уретероскоп. Использовался тулиевый лазерный хирургический аппарат FiberLase U3 (производство РФ), а также ригидный уретеронефроскоп K.Storz диаметром 7 шр 43 и 34 см или видеоуретеронефроскоп K. Storz диаметром 9 Шр. При необходимости применяли корзинку из нитинола для удаления фрагментов и мочеточниковые стенты (стент Double-J, который подбирался в соответствии с возрастом). Формула расчета стента: 10 см + возраст ребенка + 2 см. Использование проводника зависело от эластичности мочеточника, размера камня и предпочтений хирурга. Фрагмент камня отправляли на кристаллографический анализ.

Заключение. Трансуретральная литотрипсия с предварительным стентированием лоханочно-мочеточникового сегмента эффективна при удалении конкрементов.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь; трансуретральная лазерная литотрипсия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Эндоскопические методики в лечении разрыва двенадцатиперстной кишки с повреждением холедоха у ребенка 15 лет

Меркулова А.О.[1], Карасева О.В.[1], Харитонова А.Ю.[1], Шавров А.А.[1], Фролов Е.А.[1], Мельников И.А.[1], Голиков Д.Е.[1], Недолужко И.Ю.[2]

[1] Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошаля, Москва, Россия;

[2] Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова, Москва, Россия

Обоснование. Дуоденальная травма относится к редким видам абдоминальных повреждений и составляет от 2 до 10% всех травм живота у детей. Изолированные разрывы двенадцатиперстной кишки (ДПК) встречаются редко, а сочетанные повреждения с отрывом холедоха описаны в единичных публикациях, где в лечении применены реконструктивные операции. Данное клиническое наблюдение демонстрирует возможности малоинвазивных эндоскопических методов в комплексном лечении разрыва ДПК с повреждением холедоха у ребенка 15 лет.

Описание клинического наблюдения. Мальчик 15 лет переведен в НИИ НДХиТ с закрытой травмой груди и живота, ушибом правого легкого, разрывом нисходящего отдела ДПК, травмой печени, почки и поджелудочной железы на 9-е сутки после тяжелой сочетанной травмы, полученной при падении с велосипеда. В первичном стационаре выполнены лапаротомия с ушиванием разрыва ДПК, санация и дренирование брюшной полости. На 3-и сутки после операции произошла несостоятельность швов с формированием забрюшинной флегмоны. При поступлении состояние ребенка тяжелое, по наружному дренажу из зоны разрыва ДПК — желчное отделяемое. По данным компьютерной томографии органов живота выявлена забрюшинная флегмона вследствие повторной перфорации ДПК. По данным магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) обнаружено конусовидное сужение холедоха с его полным отрывом на уровне ретродуоденального отдела и отсутствие видимости интрапанкреатической части. При эзофагогастродуоденоскопии визуализирован крупный дефект медиальной стенки бульбодуоденального перехода, ведущий в отграниченную забрюшинную полость. Выполнена внутрипросветная установка вакуум-системы: 2 смены каждые 3 дня. Отмечены снижение маркеров воспаления, очищение и грануляция полости, уменьшение ее размеров, на 12-е сутки прекратилось отделяемое по наружному дренажу. К 74-м суткам достигнута полная эпителизация перфорации без стеноза ДПК. В области раны сформировалось свищевое отверстие 3 мм, выполняющее роль «неососочка», из которого поступала прозрачная желтая желчь. Пациент выписан домой. Через 3 месяца мальчик был повторно госпитализирован с абдоминальным болевым синдромом. На МРХПГ выявлена билиарная гипертензия, лабораторно — печеночная ферментемия. Выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: селективная канюляция холедоха папиллотомом по струне через свищевое отверстие, ведущее в патологическую полость, сообщающуюся с холедохом. Выполнена баллонная дилатация стеноза холедоха до 8 мм, билиодуоденальное протезирование холедоха 2 пластиковыми стентами 10Fr — 5 см. Билиарная гипертензия разрешилась, абдоминальный синдром купирован, ребенок лабораторно компенсирован. При контрольном обследовании через 3 месяца — без отрицательной динамики, выполнена смена стентов. Еще через 4 месяца определено, что по стентам сформирована дистальная часть холедоха, стенты были удалены. В катамнезе состояние пациента удовлетворительное, без рецидива обструкции на протяжении полугода.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Данное наблюдение демонстрирует малоинвазивную органосохраняющую стратегию при редком и тяжелом осложнении дуоденальной травмы — несостоятельности ушитой перфорации ДПК с формированием забрюшинной флегмоны, повреждением и посттравматическим стенозом холедоха. Применение в комплексном лечении эндоскопических методов, включающих вакуум-ассистированную терапию и последующую реканализацию с протезированием холедоха, позволило избежать повторных операций и обеспечить полное восстановление ДПК и билиарного тракта.

Ключевые слова: разрыв двенадцатиперстной кишки; отрыв холедоха; эндоскопическая вакуум-терапия; билиодуоденальное стентирование.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Осложнения перкутанной эндоскопической гастростомии (ПЭГ) у педиатрических пациентов

Мешков А.В., Кузнецова Ю.В.

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

Актуальность. В работах последних трех десятилетий обоснована целесообразность раннего начала гастростомного питания у детей с неврологической патологией и оральными моторными дисфункциями. Доставка пластических веществ через гастростому порождает каскад вторичных нарушений, а в некоторых случаях и осложнений после постановки питательной трубки. Частота осложнений варьирует от 5 до 45%.

Цель — оценить частоту осложнений после гастростомии у детей, выявить факторы, влияющие на возникновение осложнений.

Методы. В исследование включено 107 детей в возрасте от 1 года до 17 лет (средний возраст 8,08±4,56 лет), мальчиков — 62, девочек — 45. Дети находились на стационарном лечении в ДГБ № 5 г. Санкт-Петербурга или в клинике Педиатрического университета в период с 2020 по 2024 г. Для статистической обработки данных с нормальным распределением использовались показатели среднего арифметического и среднего квадратического отклонения. Для оценки непараметрических показателей использовался критерий хи-квадрат Пирсона.

Результаты. Ведущими причинами постановки гастростомических трубок были: неврологические заболевания — у 92 больных, заболевания пищевода (атрезия пищевода, инородное тело пищевода) — у 9 больных, заболевания ЛОР-органов (ларингомаляция, трахеомаляция, расщелина гортани, твердого неба) — у 6 детей.

94 (87,9%) пациентам выполнялась первичная pull-методика, в том числе под контролем лапароскопии — 9, и 13 (12,1%) манипуляций с использованием push-методики. Осложнений возникли у 21 (19,6%) пациентов (малые — 10 (9,3%), большие — 11 (10,3%). Длительность госпитализации пациентов варьировала от 1 суток до 267 дней, в среднем 19,8±9,52 дней. Зависимости наличия осложнений от длительности госпитализации в ходе статистической обработки не выявлено ($p \geqslant 0,05$). У мальчиков частота осложнений после гастростомии была достоверно выше, чем у девочек ($p < 0,05$). Корреляции частоты осложнений в зависимости от возраста детей отмечено не было. Однако гастростомы малого диаметра 14–16 Fr, установленные 47 детям младшего возраста, сопровождались статистически значимым увеличением частоты осложнений — у 12 (25,5%) детей. Среди осложнений преобладали малые (гипергрануляции — 7). Большие осложнения представлены бампер-синдромом — 3, кровотечением — 2, самоудаление трубки — 1, гастропарез — 1. Постановка трубок большего диаметра (18–20–24 Fr) выполнена 56 пациентам, в 7 (12,5%) наблюдениях выявлены осложнения. Из них подтекание желудочного содержимого и появление грануляций — у 3 больных, бампер-синдром — в 3 случаях, кровотечение — в 1, миграция баллона — в 1, перитонит в п/о периоде в 1 наблюдении.

Заключение. Высокая частота осложений после гастростомии у мальчиков, вероятно, связана с их более высокой двигательной активностью, непреднамеренной тракцией трубки с последующим расширением гастростомического отверстия, а иногда и самоудалением. Более частое возникновение осложнений при установке трубок малого диаметра может быть связано с непреднамеренной их травматизацией детьми младшего возраста. Таким образом, дефекты ухода за гастростомическими трубками в послеоперационном периоде у активных детей и детей младшего возраста являются значимой причиной возникновения осложнений.

Ключевые слова: бампер-синдром; перкутанная эндоскопическая гастростомия; осложнения.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Некротизирующий энтероколит у недоношенных новорожденных

Минаев С.В.[1], Герасименко И.Н.[1,2], Бутусова С.П.[1,2], Обедин А.Н.[1,2], Багдасарян М.С.[1], Афанасова А.И.[1,2], Лайпанов Р.С.[1]

[1] Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия;

[2] Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1, Ставрополь, Россия

Обоснование. Несмотря на развитие неонатальной хирургии, летальность при тяжелых формах некротического энтероколита (НЭК) у глубоко недоношенных новорожденных сохраняется на уровне 15–40%. Отсутствие единых подходов к хирургическому лечению пациентов с обширным некрозом кишечника указывает на необходимость оптимизации лечебной тактики в перинатальных центрах.

Цель — проанализировать структуру многоэтапных хирургических вмешательств и оценить непосредственные исходы лечения новорожденных с тяжелым НЭК, а также проверить гипотезу о том, что применение программируемых релапаротомий (clip and drop) и увеличение числа хирургических этапов ассоциировано со снижением летальности у данной категории пациентов.

Методы. Проведено одноцентровое ретроспективное когортное исследование у 35 пациентов, перенесших хирургическую стадию некротического энтероколита на базе Ставропольского краевого клинического перинатального центра № 1. В исследование вошли пациенты с гестационным возрастом от 22–37 недель и массой тела при рождении менее 2000 г. Статистический анализ выполнен с использованием программы StatTech версия 3.1.2 (ООО «Статтех», Россия). Пороговый уровень статистической значимости (p) принят равным 0,05.

Результаты. Выполнено 72 оперативных вмешательства, в среднем приходилось 2,1±1,1 оперативных вмешательств на пациента. На первом хирургическом этапе ведущими вмешательствами были лапаротомия с резекцией некротизированного участка кишки (71,4%) и энтеростомия (65,7%). Тактика clip and drop (программируемые санационные релапаротомии с временным закрытием брюшной полости) применена в 8 случаях тотального некроза кишечника. Частота несостоятельности первичного анастомоза составила 14,3% (5/35), что сопоставимо с мировыми данными (10–20%). Общая летальность в когорте — 17,1% (6 пациентов). Все летальные исходы обусловлены тяжелой сопутствующей патологией и полиорганной недостаточностью, без прямой связи с хирургической патологией. Сравнение одноэтапного и многоэтапного подхода (≥2 вмешательств) статистически значимых различий не имело (точный критерий Фишера: p = 0,653, OR = 1,80 [95% ДИ: 0,30–13,2]).

Заключение. НЭК составляет 39% в структуре хирургических вмешательств у новорожденных с экстремально и очень низкой массой тела. Многоэтапные хирургические вмешательства у 62,9% пациентов. Полученные данные обосновывают необходимость стандартизации алгоритмов многоэтапного хирургического лечения НЭК и разработки объективных критериев определения сроков реконструктивных вмешательств.

Ключевые слова: некротический энтероколит; недоношенные; программируемые релапаротомии; clip and drop; экстремально низкая масса тела.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Применение 3D-реконструкции на основе искусственного интеллекта при торакоскопической эхинококкэктомии: клинический случай

Минаев С.В.[1], Рубанова М.Ф.[1], Герасименко И.Н.[1,2], Бутусова С.П.[1,2], Багдасарян М.С.[1]

[1] Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия;

[2] Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1, Ставрополь, Россия

Обоснование. Эхинококкоз легких у детей остается актуальной проблемой в эндемичных регионах России, в том числе на Северном Кавказе. Традиционные открытые операции сопряжены с высокой травматичностью и риском бронхоплевральных свищей. Внедрение 3D-технологий позволяет детально планировать объем вмешательства, однако данные об их применении в детской торакальной хирургии при эхинококкозе единичны.

Описание клинического случая. Пациентка 11 лет поступила в плановом порядке с диагнозом: киста базальных сегментов левого легкого. Заболевание выявлено год назад при флюорографии, первоначально расценено как врожденная непаразитарная киста. За месяц до госпитализации отмечено двукратное увеличение образования (до 41×30 мм по данным КТ). Иммуноферментный анализ на антитела к эхинококку отрицательный. Для предоперационного планирования выполнена 3D-реконструкция легких, бронхиального дерева и сосудов с использованием программного комплекса HoloDoctor AR.VR. Уточнено субплевральное расположение кисты в S8, ее отношение к сегментарным бронхам и сосудам, отсутствие крупных бронхиальных свищей. Выполнена многопортовая торакоскопическая атипичная резекция задних базальных сегментов с кистой с помощью линейного сшивающего аппарата (кассеты 60 и 45 мм). Удаление осуществлено через расширенный доступ в эндоскопическом мешке. Длительность дренирования — 2 суток. Гистологически подтвержден жизнеспособный однокамерный эхинококк. Ребенок выписан на 5-е сутки. Через 6 месяцев по данным контрольной КТ рецидива нет.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует, что предоперационная 3D-реконструкция позволяет точно определить локализацию и взаимоотношение паразитарной кисты с элементами корня легкого, что делает возможным выполнение торакоскопической атипичной резекции у детей. Данный подход обеспечивает раннюю активизацию пациента, короткий дренажный период и минимальный риск бронхоплевральных осложнений.

Ключевые слова: эхинококкоз легких; дети; 3D-реконструкция; торакоскопия; атипичная резекция.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Комплексный подход в ведении пациентов с высоким риском образования рубцов

Минаев С.В.[1,2], Владимирова О.В.[1], Герасименко И.Н.[1,2], Ивченко А.А.[2]

[1] Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия;

[2] Детская краевая клиническая больница, Ставрополь, Россия

Обоснование. Несмотря на достаточно большое количество методик профилактики развития и лечения патологических рубцов, до настоящего времени оптимального подхода в данной области детской хирургии не существует. На сегодняшний день становится все более актуальной роль профилактики и консервативного лечения рубцов в сравнении с хирургическим лечением и реконструктивными операциями.

Цель — оценить эффективность инвазивно-профилактического лечения пациентов, входящих в группу риска развития избыточных патологических рубцов.

Методы. В исследование эффективности ранней профилактики развития патологических избыточных рубцов включено 168 пациентов. Все пациенты входили в группу риска развития избыточных патологических рубцов. Основная группа — 87 (51,8%), контрольная группа 81 — (48,2%). В основной группе с инвазивно-профилактическим лечением приводилась методика комплексного применения ОТА с холодным плазменным потоком и последующим использованием поликомпонентного противорубцоввого средства Контратубекс.

Результаты. В исследуемой группе формирование патологического рубца происходило реже (у 12 (14,0%) против 36 (44,0%). Приведенные различия являлись статистически значимыми ($p < 0,001$) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона). Методы проведения ранней профилактики развития патологических избыточных рубцов в группе риска с применением обогащенной тромбоцитами аутоплазмы и обработки раны потоком холодной плазмы во время и после оперативного вмешательства позволяет снизить частоту развития избыточных рубцов, уменьшить сроки заживления ран, сократить сроки стационарного лечения и периода восстановительного лечения.

Заключение. Методы проведения ранней профилактики развития патологических избыточных рубцов в группе риска с применением обогащенной тромбоцитами аутоплазмы и обработки раны потоком холодной плазмы во время и после оперативного вмешательства позволяет снизить частоту развития избыточных рубцов, уменьшить сроки заживления ран, сократить сроки стационарного лечения и периода восстановительного лечения.

Ключевые слова: лечение рубцов; противорубцовая терапия у детей; лечение патологических рубцов.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Сравнительный анализ результатов лечения новорожденных с проксимальной атрезией тощей кишки

Мокрушина О.Г.[1,2], Шумихин В.С.[1,2], Халафов Р.В.[1,2], Левитская М.В.[2], Петрова Л.В.[2], Ерохина Н.О.[2], Морозов Д.Д.[2]

[1] Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, Москва, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Обоснование. Лечение атрезии тощей кишки, расположенной в проксимальном отделе, является одной из сложных задач хирургии неонатального периода.

Цель — сравнить результаты лечения в зависимости от типа атрезии.

Методы. С 2003 по 2025 год в ДГКБ им Н.Ф. Филатова поступило 92 пациента с атрезией тощей кишки в проксимальном отделе. Исключены 9 пациентов с неполным набором данных для анализа. Сформировано две группы: 1-я группа 50 пациентов с атрезией только тощей кишки (тип 1, 2), 2-я группа — 33 пациента, у которых проксимальная атрезия была компонентом более сложных типов (тип 3а, 3б, 4). Группы сопоставимы по гестационному сроку 37±3 недель в первой группе, против 36±2 недель во второй (p = 0,079), весу при рождении 2879±688 грамм в первой группе против 2680±499 во второй (p = 0,051), гендерному составу (p = 0,788), и частоте антенатального выявления (p = 0,411).

Результаты. Диаметры приводящего и отводящего отделов в обеих группах не различались. Диаметр проксимального конца составил 38 мм в первой группе и 35 мм во второй (p = 0,523); диаметр дистального конца — 5 мм в обеих группах. Прямой анастомоз выполнен у 25,5% в первой, 19,4% — второй группы пациентов, прямо-косой у 60,8% в первой, у 77,4% — во второй, пластика тощей кишки у 13,7% в первой группе, у 3,2% — во второй группе. Различия статистически незначимы (p = 0,193). У 3 пациентов второй группы выведена кишечная стома. Обуживание проксимального конца для создания конгруэнтности в 3 раза чаще выполнено у пациентов второй группы (p = 0,057). Однорядный шов во второй группе в 6 раз чаще выполняли, чем в первой (p = 0,018). Первый стул в послеоперационном периоде в обеих группах появился на 4-е сутки после операции (p = 0,829). Появление первого стула не зависело от вида операции, который был выполнен при анастомозировании кишки (p = 0,464) и от выполнения однорядного или двухрядного шва (p = 0,306). В 1-й группе ЭН начинали на 8-е п/о сутки, во 2-й группе на 9-е, различия статистически незначимы (p = 0,483). Не выявлено различия в старте ЭН в зависимости от вида операции (p = 0,149) и одно- или двухрядного шва (p = 0,126). Обуживание кишки также не влияло на старт ЭН (p = 0,073). Однако потребность в поведении парэнтерального питания значимо длительнее оказалась во 2-й группе — 34 п/о дня, против 20 п/о дней в 1-й (p = 0,014). Соответственно сроки пребывания в стационаре так же значимо длиннее во 2-й группе 39 суток, против 22 в 1-й (p = 0,003). Частота повторного оперативного вмешательства была сопоставима в обеих группах и составила 42,9% в первой и 57,1% во второй (p = 0,077). Средний срок проведения повторной операции в 1-й группе значимо меньше, чем во 2-й (p = 0,011). Он составил 19 и 39 п/о сутки соответственно. Не выявлено зависимости от вида проведенного вмешательства при повторной операции. Однако при выполнении двухрядного шва повторную операцию выполняли в 4,45 раза чаще, чем при однорядном (p = 0,032). Наиболее частой причиной выполнения повторной операции был недостаточный диаметр анастомоза 10 (48%), СКН 9 (43%), по одному случаю причиной повторной операции были некроз дистального сегмента кишки и продолжающееся кровотечение у 2 (9%).

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Повторная операция закончилась реанастомозированием у 13 (62%), выведением стомы у 6 (29%), адгезиолизис у 2 (9%).

Заключение. Результаты лечения зависят от техники и диаметра выполнения анастомоза, пациенты требуют длительного наблюдения, необходимо дальнейшее изучение проблемы.

Ключевые слова: новорожденный; атрезия тонкой кишки; тощая кишка; кишечный анастомоз.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Результаты лечения новорожденных с экстрофией мочевого пузыря

Мокрушина О.Г.[1,2], Шумихин В.С.[1,2], Левитская М.В.[2], Ерохина Н.О.[2,3], Петрова Л.В.[2], Сат А.В.[2], Нагорная Ю.В.[2,3], Халафов Р.В.[1,2], Морозов Д.Д.[2], Поморцев Н.В.[1]

[1] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

[3] Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы (НИИОЗММ ДЗМ), Москва, Россия

Обоснование. Комплекс "экстрофия мочевого пузыря — эписпадия" — редкий порок развития органов мочеполовой системы, костей таза и мышц передней брюшной стенки. Встречается у 1 из 30 000–40 000 новорожденных (Ringert RH et al.). Является пороком с большим количеством осложнений и трудной социальной адаптацией вследствие высокой частоты развития недержания мочи. В настоящее время нет единого мнения ни о оптимальных сроках коррекции порока, ни об объеме первичного оперативного вмешательства. В настоящем исследовании представлен опыт коррекции экстрофии мочевого пузыря (МП) в период новорожденности.

Цель — проанализировать результаты лечения детей с экстрофией МП, оперированных в периоде новорожденности и первых месяцев жизни.

Методы. В ДГКБ имени Н.Ф. Филатова с 2010 по 2025 год первичная пластика МП местными тканями при экстрофии выполнена 30 детям первого года жизни (20 мальчиков, 10 девочек). 23 ребенка (76,67%) прооперированы в течение первой недели жизни, остальные 7 детей в возрасте до 1 года. Масса тела при рождении 3273±619,6 г. Диаметр площадки 3,8±1,1 см. Пяти детям в детрузор вводился ботулинический токсин: 3 — предоперационно, 2 — интраоперационно. В двух случаях у детей, оперированных старше возраста новорожденности, интраоперационно выполнялись остеотомия, наложение стержневого аппарата, 14 детям проводилось сведение костей лона путем сшивания из между собой узловыми швами. Иммобилизация вначале периода выполнялась путем наложения пластырной повязки (11), в более поздние сроки — наложением гипсового корсета (9), срок иммобилизации составил 17,8±7,2 дн. Всем детям проводилась интубация мочеточников в послеоперационном периоде на срок от 10 до 21 дней (14,9±5,7), уретральный катетер удалялся через 18,5±5,4 дня. Цистостома была установлена 11 детям, сроки ее удаления 15,8±8,78 дня.

Результаты. У 16 детей (53,3%) операция прошла без осложнений, у 8 из 13 детей без сведения костей лона отмечались ранние послеоперационные осложнения в виде частичного расхождения краев послеоперационных ран (5), мочепузырных свищей (2), полной несостоятельности МП (1). Среди детей со сведенными костями осложнения произошли у 5 из 14 детей (расхождение 4, несостоятельность мочевого пузыря 1). При контрольном обследовании объем МП составлял от 5 до 20 мл, отмечалась нейрогенная дисфункция мочевого пузыря по гиперрефлекторному типу, а также недержание мочи у 9 из 13 отслеженных в катамнезе детей, с положительным эффектом от длительной консервативной терапии и комплексной реабилитации. Обращает на себя внимание выявление пузырно-мочеточникового рефлюкса в послеоперационном периоде у всех детей, кому была проведена цистография (17), из них у 10 с двух сторон, у 7 с одной стороны.

Выводы. Полученные нами результаты не противоречат данным общемировой статистики, таким образом, экстрофия МП остается пороком с высоким процентом послеоперационных осложнений. Требует тщательной реабилитации в послеоперационном периоде и подборе социализирующих операций при невозможности коррекции осложнений.

Ключевые слова: экстрофия; мочевой пузырь; новорожденные.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Десятилетний опыт лечения плевральных осложнений у детей с деструктивной пневмонией

Молотов Р.С.[1], Еремин Д.Б.[1], Батаев С.М.[2], Чащухина А.Б.[1], Тукабаев Г.П.[1], Зурбаев Н.Т.[1]

[1] Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия;

[2] Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства, Москва, Россия

Актуальность. Деструктивная пневмония у детей представляет собой тяжелое инфекционно-воспалительное заболевание легких, характеризующееся некрозом и гнойным расплавлением легочной ткани. Значительную угрозу несут ее плевральные осложнения (эмпиема плевры, фибриноторакс, пиопневмоторакс), которые без своевременного и радикального лечения приводят к жизнеугрожающим состояниям, хроническим функциональным нарушениям и повышению летальности. Одной из актуальных задач является поиск оптимального малоинвазивного метода лечения при данной патологии.

Цель — определить эффективность различных методов лечения детей с плевральными осложнениями деструктивной пневмонии.

Методы. Проведен анализ 257 больных с плевральными осложнениями деструктивной пневмонии в 2015–2025 гг. В зависимости от стадии и характера плевральных осложнений, количества плеврального выпота, наличия осумкованных полостей по данным инструментальных методов исследования определялась тактики хирургического лечения.

Всем 257 детям применялись хирургические методы лечения: у 193 (75%) дренирование плевральной полости, из них с фракционным промыванием плевральной полости физиологическим раствором — у 48 (25%) пациентов; торакоскопическая санация плевральной полости — у 72 (28%), гидрохирургическая санация плевральной полости — у 17 (7%), ультразвуковая кавитация плевральной полости — у 2 (1%). Всем детям проведены предоперационное инструментальное обследование плевральных полостей и лабораторное обследование в динамике. Диагностирование осумкованных полостей при эмпиеме плевры являлись показанием к проведению различных методов торакоскопической санации плевральной полости.

Результаты. На ранних стадиях начала внутриплевральных осложнений при деструктивной пневмонии дренирование, как окончательный метод лечения, было применено у 137 пациентов (70% от всего числа дренирований плевральной полости). При сохранении дыхательной недостаточности, сохранении высоких лабораторных маркеров воспаления, наличия фибриноторакса по данным инструментальных методов исследования 120 детям (47%) применялись различные торакоскопические методы санации плевральной полости. У детей, которым выполнялось хирургическое лечение, лучшие исходы в виде купирования лихорадки, дыхательной недостаточности и болевого синдрома были достигнуты при применении дренирования плевральной полости с ее фракционным промыванием и гидрохирургической санацией, что позволило быстрее достигнуть реэкспансии легкого на 3,4±2,0 дня и сократить пребывание пациентов в стационаре на 6,0±2,2 дня по сравнению с больными, которым применялось традиционное дренирование плевральной полости или торакоскопическая санация.

Заключение. Данные свидетельствуют, что при тяжелых формах внебольничных пневмоний с развитием внутриплевральных осложнений различные хирургические методы санации плевральной полости являются единственным оптимальным решением достижения стойкой реэкспансии легкого и купирования воспалительного процесса. Гидрохирургическая санация плевральной полости, применяемая у больных с тяжелым течением заболевания, показывает лучшие результаты лечения по сравнению с традиционной торакоскопией и позволяет добиться более ранней активизации пациента и сокращения койко-дней на 20%.

Ключевые слова: деструктивная пневмония; эмпиема плевры; торакоскопическая санация; гидрохирургическая санация; дренирование плевральной полости.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Осложненное течение острого аппендицита у ребенка 6 лет: клинический случай

Морозов Д.А.[1], Айрапетян М.И.[2], Айрян Э.К.[1], Хадонов С.О.[2], Проплеткина К.Д.[2]

[1] Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

[2] Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка», Москва Россия

Обоснование. Острый аппендицит у детей нередко дебютирует с рвоты и лихорадки, имитируя кишечную инфекцию, что ведет к поздней диагностике и развитию тяжелых, жизнеугрожающих осложнений. Представленное наблюдение иллюстрирует крайне тяжелое течение гангренозно-перфоративного аппендицита, осложненного некрозом тощей кишки, разлитым гнойно-каловым перитонитом, септическим шоком и формированием множественных кишечных свищей. Анализ подобных случаев необходим для повышения хирургической настороженности врачей первичного звена и совершенствования тактики ведения детей с абдоминальным синдромом.

Описание клинического случая. Пациент 6 лет поступил в стационар 27.01.2025 г. в крайне тяжелом состоянии с клиникой острой кишечной непроходимости и разлитого перитонита. Заболевание манифестировало 15.01.2025 многократной рвотой, 17.01 — фебрильной лихорадкой (39,5 °С). Участковым педиатром был выставлен диагноз «ротавирусная инфекция», назначено симптоматическое лечение. Несмотря на терапию, состояние ребенка прогрессивно ухудшалось: нарастали вялость, адинамия, угнетение сознания вплоть до отсутствия контакта. По экстренным показаниям выполнена КТ брюшной полости, выявившая каловый камень в малом тазу (инородное тело вне просвета кишки), массивный свободный газ и жидкость, подпеченочный абсцесс, а также выраженную тонкокишечную непроходимость. Проведена лапаротомия: при ревизии обнаружены гангренозно-перфоративный аппендицит, некроз сегмента тощей кишки с перфорацией, спаечная непроходимость, разлитой гнойно-каловый перитонит. Выполнены адгезиолизис, резекция некротизированной тощей кишки, аппендэктомия, удаление калового камня, наложение двухствольной энтеростомы, санация и дренирование брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде развился септический шок с тяжелой анемией, гемодинамической нестабильностью, что потребовало продленной ИВЛ, вазопрессорной поддержки, гемотрансфузий, массивной антибактериальной и нутритивной терапии. Диагностированы два тонкокишечных свища. Пациенту проведены этапные реконструктивные вмешательства: дренирование абсцесса, реконструкция энтеростомы, релапаротомия с ушиванием свищей и проведением интестинального зонда дистальнее зоны повреждения, и закрытие энтеростомы с формированием энтеро-энтероанастомоза. Важной оказалась тактика «зондового питания» дистальнее свищей, позволившая постепенно расширить энтеральную нагрузку на фоне продолжающегося парентерального питания и высокой стомой. Катамнез в течение 1 года — без послеоперационных осложнений и повторных госпитализаций.

Заключение. Представленный случай наглядно демонстрирует, что поздняя диагностика острого аппендицита у ребенка, трактовка абдоминального синдрома как кишечной инфекции при отсутствии хирургического осмотра может привести к катастрофическим осложнениям: перфорации, некрозу кишки, разлитому перитониту, септическому шоку и формированию множественных свищей. Только этапная хирургическая тактика, агрессивная интенсивная терапия и своевременное начало энтерального питания через интестинальный зонд дистальнее свищей позволили добиться полного восстановления. Необходимо повышение хирургической настороженности в педиатрической практике при любом абдоминальном болевом синдроме, особенно на фоне инфекционной симптоматики.

Ключевые слова: осложненный аппендицит; дети; перитонит; септический шок; кишечные свищи; энтеростома; каловый камень; этапные хирургические вмешательства.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Адаптированная шкала диагностики острого аппендицита у детей

Морозов Д.А., Айрян Э.К., Айрапетян М.И., Артамонова А.А.

[1] Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

[2] Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка», Москва, Россия

Обоснование. Классическая шкала PAS основана только на клинических симптомах и не учитывает лабораторные маркеры воспаления, ультразвуковые признаки деструктивных изменений червеобразного отростка и возрастные особенности течения аппендицита у детей. Это ограничивает ее диагностическую ценность, особенно в «серой зоне» (4–6 баллов). Кроме того, в условиях приемного отделения критически важно сократить время от поступления до постановки окончательного диагноза, чтобы своевременно начать лечение и снизить риск осложнений.

Цель — оценить эффективность адаптированной шкалы диагностики острого аппендицита у детей, включающей клинические симптомы, лабораторные данные (лейкоцитоз, нейтрофилез, С-реактивный белок), УЗИ-признаки и возрастной критерий. Гипотеза: применение адаптированной шкалы позволяет установить диагноз в течение 4 часов с момента поступления в стационар с высокой чувствительностью и специфичностью, минимизируя диагностические ошибки.

Методы. Проспективное исследование проведено на базе приемного хирургического отделения детской клиники. Проанализированы данные 500 пациентов в возрасте от 1 до 17 лет (средний возраст 9 лет) с подозрением на острый аппендицит. Всем детям наряду с классической шкалой PAS проводили адаптированную оценку, включающую: клиническую картину, лабораторные данные, УЗИ-данные, возрастной критерий. Для каждого признака присваивались баллы (суммарный диапазон 0–15). Фиксировали время от момента поступления в приемное отделение до постановки клинического диагноза (с использованием адаптированной шкалы). Конечный диагноз подтверждался интраоперационно и гистологически.

Результаты. Из 500 пациентов острый аппендицит подтвержден при операции у 151 (30,2%). Среди них у 142 (94%) сумма баллов по адаптированной шкале составила ≥10 (высокая вероятность), у 9 (6%) — 7–9 баллов (средняя вероятность, потребовалась динамическая оценка). Ложноположительных результатов при баллах ≥10 не зарегистрировано. У 349 пациентов без аппендицита адаптированная шкала дала ≤5 баллов (аппендицит исключен). В группе «серой зоны» классической PAS (4–6 баллов) адаптированная шкала позволила правильно стратифицировать 87% пациентов за счет добавления УЗИ и лабораторных маркеров. У 35 детей с кишечной инфекцией и баллами 6–8 по классической PAS адаптированная шкала показала ≤6 баллов, что позволило избежать необоснованных госпитализаций. Время от момента поступления в стационар до постановки окончательного диагноза с использованием адаптированной шкалы составило не более 4 часов во всех случаях. Диагностических ошибок (ложноотрицательных или ложноположительных) не отмечено.

Заключение. Гипотеза подтвердилась. Адаптированная шкала, включающая клинические, лабораторные, ультразвуковые и возрастные критерии, обеспечивает постановку диагноза острого аппендицита у детей в течение 4 часов с момента поступления при 100% чувствительности и специфичности (при пороговом значении ≥10 баллов). Инструмент позволяет избежать диагностических ошибок, сократить время до операции и снизить число неоправданных госпитализаций.

Ключевые слова: острый аппендицит; дети; шкала PAS; диагностика; приемное отделение; эффективность.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Молекулярно-цитогенетическое исследование тканеспецифичной геномной нестабильности у детей с вариантами крипторхизма

Морозов Д.А.[1], Юров И.Ю.[1,2], Куринная О.С.[1,2], Карпачев Е.С.[1,2], Гасанов К.Э.[1], Подгорный А.Н.[1], Комлев А.А.[1]

[1] Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

[2] Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Актуальность. Крипторхизм является наиболее частой врожденной патологией половой системы у мальчиков. У большинства пациентов этиология остается неустановленной. Роль соматического хромосомного мозаицизма в нарушении опускания яичка изучена недостаточно: классическое генетическое обследование ограничивается анализом периферической крови, тогда как ткани паховой области не исследовались.

Цель — сравнить уровень соматического хромосомного мозаицизма в периферической крови и в операционных биоптатах тканей пахового канала у детей с крипторхизмом. Определение наиболее подходящей ткани-мишени для молекулярно-генетического анализа при крипторхизме.

Методы. Обследованы 54 мальчика с крипторхизмом в возрасте от 10 мес. до 17 лет. Односторонняя форма выявлена у 31 пациента, двусторонняя у 23. Изолированный крипторхизм установлен в 16 случаях, сочетание с другими заболеваниями в 38. В крови определяли морфологические изменения, структурные аномалии, анеуплоидии и хромосомную нестабильность. Интраоперационные материалы тканей-эффекторов исследовали с помощью метода интерфазной флуоресцентной гибридизации *in situ* (FISH) с ДНК-зондами на хромосомы: 1/16, 8/17 (аутосомы) и X/Y (гоносомы) после обработки коллагеназой.

Результаты. У 17 пациентов выявлена хромосомная нестабильность; структурные аномалии и анеуплоидии встречались редко. Между группами изолированного и сочетанного крипторхизма по маркерам крови выраженных различий не получено. При сопоставлении одно- и двусторонней форм отмечена бóльшая частота структурного подтипа нестабильности у пациентов с односторонним крипторхизмом. В операционных биоптатах выявлена тканевая специфичность мозаицизма: наибольшие значения получены в губернакулюме, до 13,3% клеток были анеуплоидны по паре хромосом 1/16; в других тканях значения значительно ниже. Отдельно стоит отметить 2 случая с уровнем мозаицизма свыше 10% по отдельной паре хромосом и оба относились к двусторонней форме. При объединении данных по тканям выявлено, что мозаицизм по аутосомам превышал гоносомный.

Заключение. Соматический хромосомный мозаицизм при крипторхизме у детей обладает тканевой специфичностью: уровень тканевого мозаицизма в губернакулюме выше, чем в других тканях. Нестабильность генома затрагивает преимущественно аутосомы, а не половые хромосомы. Таким образом, роль соматического хромосомного мозаицизма в патогенезе крипторхизма остается критически недооцененной. Игнорирование анализа тканей паховой области и яичка может приводить к гипердиагностике генетических синдромов при случайных находках в крови и, что более опасно, к пропуску истинной причины нарушения вирилизации, риска бесплодия и злокачественной трансформации, что подтверждает необходимость параллельного цитогенетического исследования крови и интраоперационного материала. Губернакулюм может служить тканью-мишенью для интраоперационной диагностики этиологии крипторхизма.

Ключевые слова: крипторхизм; соматический хромосомный мозаицизм; интерфазная флуоресцентная гибридизация *in situ*; губернакулюм; детская урология; цитогенетика.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Атипичное отхождение левой подвздошной артерии у пациента с абдоминальной формой крипторхизма: клинический случай

Морозов К.Д.[1,2], Шмыров О.С.[1]

[1] Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;

[2] Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия

Частота ятрогенных повреждений магистральных сосудов (подвздошной артерии, бедренной артерии) при оперативных вмешательствах в области пахового треугольника составляет, по данным различных авторов, от 1,5 до 3,8%. Такие осложнения крайне опасны ввиду риска массивного кровотечения, гематом, тромбоза, ишемии нижней конечности и даже летального исхода. Одной из ведущих причин подобных повреждений служат аномалии анатомо-топографического соотношения структур, включая магистральные сосуды, их ветвление, ход и расположение относительно соседних органов. Представленное клиническое наблюдение иллюстрирует «опасный» вариант аномального строения общей подвздошной артерии, обнаруженный интраоперационно во время планового этапного лечения абдоминальной формы крипторхизма у ребенка раннего возраста.

Описание наблюдения. Мальчик в возрасте 2 лет поступил для продолжения этапного оперативного лечения по поводу абдоминальной формы крипторхизма слева. Лечение проводилось на базе урологического отделения Морозовской детской городской клинической больницы. Ранее ребенку был выполнен первый этап по методике Fowler–Stephens. Второй этап заключался в лапароскопическом низведении яичка в мошонку с сохранением артерии, сопровождающей семявыносящий проток. Во время второго этапа операции визуализирован атипично расположенный сосуд с выраженной пульсацией, предположительно артериальный. Сосуд располагался над левым мочеточником, уходя в медиальную паховую ямку и формируя изгиб в виде широкой петли. Диаметр сосуда составлял около 5 мм. Благодаря оптическому увеличению и прецизионной работе, обеспечиваемой лапароскопическим доступом, левое яичко было мобилизовано и низведено в мошонку без повреждения аномального сосуда. В раннем послеоперационном периоде ребенку выполнено ультразвуковое исследование подвздошных областей и малого таза. На небольшом протяжении в проекции дистального отдела левого мочеточника (слева от мочевого пузыря) визуализирована тубулярная структура диаметром 5 мм с четкими ровными стенками. В режиме цветового допплеровского картирования получена артериальная допплерографическая кривая. С целью окончательной верификации аномалии проведена компьютерная томография сосудов брюшной полости и малого таза с внутривенным болюсным контрастированием. Установлена комплексная аномалия развития сосудов: дистопия отхождения левой общей подвздошной артерии, локальная дилатация и койлинг (патологическая извитость), изолированное отхождение левой пояснично-подвздошной артерии от брюшной аорты с кинкингом в дистальном отделе и последующим конфлюэнсом с левой внутренней подвздошной артерией. Послеоперационный период протекал гладко, без признаков нарушения кровообращения нижней конечности. Ребенок выписан на третьи послеоперационные сутки под амбулаторное наблюдение. По данным контрольного УЗИ органов мошонки, выполненного через 1 месяц, левое яичко находится в мошонке, имеет типичные размеры и эхоструктуру, кровоток сохранен. Ребенок продолжает находиться под совместным динамическим наблюдением уролога и сосудистого хирурга.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. При оперативных вмешательствах в паховой области хирург обязан помнить о возможности аномального строения и нетопографичного расположения магистральных сосудов. Лапароскопический доступ обеспечивает оптимальную визуализацию за счет увеличения, позволяет выполнить прецизионную диссекцию и избежать ятрогенных сосудистых осложнений даже при сложных анатомических вариантах.

Ключевые слова: сосудистая аномалия; лапароскопия; крипторхизм; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Перекрут яичка у ребенка 9 месяцев: клинический случай

Мохаммад Башир[1], Давлицаров М.А.[1], Цыбин А.А.[2], Дегтярев П.Ю.[1]

[1] Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина, Тула, Россия;
[2] Тульский государственный университет, медицинский институт, Тула, Россия

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

Перекрут яичка — патологическое состояние, заключающееся в повороте яичка относительно его нормального положения (вокруг вертикальной или горизонтальной оси), что приводит к сдавливанию сосудов и нервов, проходящих в составе семенного канатика. Без экстренного лечения данная патология приводит к развитию ишемических изменений в яичке, вплоть до необратимых нарушений функций железы и ее омертвления (некроза).

Описание клинического наблюдения. Под нашим наблюдением в апреле 2026 на базе ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина находился ребенок А., 9 месяцев с диагнозом: Перекрут левого яичка. Орхоэпидидимит. Мальчик поступил в ДХО с жалобами матери на боли в области левого яичка, гиперемию кожи и увеличение мошонки, больше слева, периодическое беспокойство. Из анамнеза известно, что болеет с 11.04.2026, когда появились боли в левой паховой области, затем гиперемия кожи и увеличение мошонки, тошноты и рвоты не было. 13.04.2026 отмечалось повышение температуры до 37,0 градусов, боли в области левого яичка сохранялись. Доставлен КСМП — госпитализирован в ДХО по экстренным показаниям. Растет и развивается по возрасту. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные. Температура при поступлении в норме. По внутренним органам и системам без особенностей. Физиологические отправления в норме. Локальный статус: мошонка увеличена, больше слева, кожа мошонки гиперемирована. При пальпации правое яичко в мошонке, безболезненно; в области левой половины мошонки — ткани с выраженным отеком, при пальпации определяется плотное (деревянистое) резко болезненное яичко. Симптом Прена резко положительный слева. Обследован: ОАК — лейкоцитоз (14×10^9/л), ускоренная СОЭ (24 мм/ч), ОАМ без особенностей. Выполнено УЗИ органов мошонки, на котором выявлен перекрут яичка слева. УЗИ органов мошонки в динамике от 17.04.2026 — состояние после оперативного лечения. Утолщение оболочек левого яичка. УЗ-признаки эпидидимита слева.

Проведенное лечение: антибиотикотерапия, симптоматическая терапия, ЛОК. Операция от 13.04.2026 — ревизия органов мошонки слева, деторсия левого яичка, гидатидэктомия, дренирование мошонки слева.

Заключение. Перекрут яичка достаточно часто встречается в последнее время, но в возрасте до года, на наш взгляд, является редкостью. Данный случай подтверждает мысль о том, что своевременное оперативное лечение является залогом сохранения органа.

Ключевые слова: яичко; перекрут; орхоэпидидимит; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Случай двухстороннего орхоэпидидимита с абсцессом придатка слева

Мохаммад Башир[1], Давлицаров М.А.[1], Цыбин А.А.[2], Дегтярев П.Ю.[1]

[1] Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина, Тула, Россия;
[2] Тульский государственный университет, медицинский институт, Тула, Россия

Актуальность. Острые воспалительные заболевания органов мошонки — распространенное заболевание среди больных урологического профиля и являются причиной госпитализации 4–5% всех урологических больных. Несвоевременное или неадекватное лечение острого орхоэпидидимита может привести к нагноению органа, что чревато потерей важного репродуктивного органа, или хронизации процесса.

Описание наблюдения. Под нашим наблюдением в марте 2026 на базе ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина находился ребенок Д., 14 лет, с диагнозом: двухсторонний орхоэпидидимит. Абсцесс придатка слева. Мальчик поступил в ДХО с жалобами на боли, отек, покраснение, увеличение левой половины мошонки. Из анамнеза известно, что болеет с 4 марта, когда ребенок отметил увеличение шейных лимфатических узлов справа без катаральных явлений. 5 марта появились боли в левой половине мошонки, позже — покраснение, отек, увеличение левой половины мошонки. За медпомощью не обращался. 10 марта осмотрен хирургом частного медицинского центра — направлен в ДХО, где после осмотра хирургом приемного покоя был госпитализирован. Растет и развивается по возрасту. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно влажные. Температура при поступлении в норме. По внутренним органам и системам без особенностей. Физиологические отправления в норме. Локальный статус: наружные половые органы по мужскому типу, яички в мошонке. Правая половина мошонки интактна. Левая половина мошонки увеличена в размерах за счет жидкостного содержимого, гиперемирована. При пальпации — резкая болезненность. Кремастерный рефлекс сохранен с обеих сторон. Обследован: ОАК от 10.03.2026, от 16.03.2026 — ускоренная СОЭ (37 мм/час и 27 мм/час соответственно). ОАМ от 10.03.2026 — без патологии. УЗИ органов мошонки от 10.03.2026 — нельзя исключить перекрут гидатиды слева. УЗ-признаки эпидидимита с двух сторон. УЗИ органов мошонки в динамике от 16.03.2026 — состояние после оперативного лечения. УЗ-признаки эпидидимита слева.

Гистологическое исследование биопсийного материала: 1) в биоптате фрагменты оболочек яичка с выраженной инфильтрацией лимфоцитами, мононуклеарами с участками некрозов, лизированными эритроцитами, фибрином. Заключение: орхит неспецифический; 2) в тканях привеска отек, выраженная инфильтрация лимфоцитами, мононуклеарами, в сосудах — полнокровие, стазы. Заключение — перекрут гидатиды яичка.

Проведенное лечение: антибиотикотерапия, симптоматическая терапия, ЛОК. Операция от 10.03.2026 — ревизия органов мошонки слева, гидатидэктомия, вскрытие гнойника придатка, биопсия яичка, дренирование мошонки.

Вывод. Данный случай острого орхоэпидидимита с двух сторон подтверждает мысль о том, что выполненное оперативное лечение является адекватным решением и приводит к хорошим результатам.

Ключевые слова: орхоэпидидимит; яичко; абсцесс.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Эпидермальная киста семенного канатика у ребенка 2 лет

Мохаммад Башир[1], Цыбин А.А.[2], Дегтярев П.Ю.[1], Крук Н.Н.[1], Нагуманов И.А.[2], Онищенко Д.Д.[2]

[1]Тульская государственная клиническая больница скорой медицинской помощи им Д.Я. Ваныкина, Тула, Россия;
[2]Тульский государственный университет, медицинский институт, Тула, Россия

Актуальность. Эпидермальные кисты редкой локализации у детей в возрастном периоде, в частности в области элементов семенного канатика, представляют значительные трудности для дооперационной диагностики в детской хирургии. Частота диагностических ошибок на догоспитальном этапе по данным различных источников в зависимости от локализации варьируется 10–33%, при этом патология наиболее часто проявляется в виде паховой грыжи или кисты семенного канатика.

Клинический случай. Под нашим наблюдением 04.06.2025г на базе ДХО ГУЗ «ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина» находился мальчик 2 лет с диагнозом: паховая грыжа справа. Поступил в плановом порядке с жалобами (со слов мамы) на периодическое выпячивание в паховой области справа, наблюдавшееся в течение 2–3 месяцев у детского хирурга в поликлинике месту жительства. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Активный. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. По органам грудной клетки без особенностей. Живот правильной формы, не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Физиологическое отправление в норме. Локальный статус: при осмотре половое развитие по мужскому типу, по возрасту. Яички находятся в мошонке. В паховой области справа пальпируется образование безболезненный при пальпации, частично вправляется в брюшную полость. По данным УЗИ мягких тканей паховой области справа выявлено образование овальной формы размерами 4,0–4,5×1,0–1,5 см. Заключение: нельзя исключить паховую грыжу справа. Киста? 05.06.2025 г. операция в плановом порядке: интраоперационно при ревизии пахового канала справа выявлено образование (киста?) в составе элементов семенного канатика, паховый канал облитерирован. Вышеуказанное образование интимно спаяно с элементами семенного канатика, остро и тупо выделено, другой патологии не выявлено. При макроскопическом исследовании на разрезе определялась полость с пристеночными смазкообразными массами светло-серого цвета. Послеоперационный период протекал гладко. Проведены симптоматическая терапия, перевязки. Швы сняты на 7-е сутки. Заживление раны первичным натяжением. Яички свободно находятся в мошонке, безболезненные при пальпации. При выписке выполнен контрольный УЗИ — патологических образований не выявлено. ОАК и ОАМ — в норме. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдением детского хирурга в поликлинике по месту жительства. Гистологическое заключение: картина наиболее соответствует эпидермальной кисте.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует, что эпидермальная киста семенного канатика может клинически протекать под маской паховой грыжи. На современном этапе, для более точной диагностики, профилактики послеоперационных осложнений и определения адекватной тактики оперативного лечения на догоспитальном этапе нужно выполнять УЗИ мягких тканей паховой области и органов мошонки с допплерографией.

Ключевые слова: эпидермальная киста; паховый канал; семенной канатик; грыжа.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Роль нового подхода в лечении костных кист способом длительного непрерывного аспирационного дренирования в детской практике

Мохаммад Башир[1,2], Верцанова В.В.[1], Вайс А.В.[3], Даильнева К.В.[1], Меликян Р.В.[1]

[1] Тульский государственный университет, медицинский институт, Тула, Россия;

[2] Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина, Тула, Россия;

[3] Тульская областная детская клиническая больница, Тула, Россия

Актуальность. Фиброзно-кистозная дисплазия костной ткани (ФКДКТ) является опухолеподобным заболеванием, в основе которого лежит замещение костной ткани на волокнисто-соединительную вследствие нарушения остеобластического процесса. Данная патология приводит к тяжелым осложнениям (патологические переломы, деформация костей и т.д.). Существует большое количество методов лечения ФКДКТ у детей. Одним из новых методов является способ длительного непрерывного аспирационного дренирования костного очага (ДНАДКО, Цыбин А.А. с соавт., 2019 г.).

Цель — оценка роли нового подхода в лечении костных кист способом ДНАДКО в детской практике.

Методы. Хирургическое лечение проведено у 23 пациентов (девочки — 9, мальчики — 14) в возрасте от 2,5 до 15 лет с моноостальной локализацией: плечевая кость, бедренная, большеберцовая, малоберцовая, ключица. Период наблюдения за пациентами от 6 месяцев до 3 лет. Краевая резекция в области кистозного образования, хирургическая санация с последующим формированием наружного аспирационного дренирования проводились под общим обезболиванием. Непрерывно действующее разрежение в дренажной системе создавалось в интервале от 0,2 до 0,35 мм рт. ст. После снятия швов пациенты выписывались через 10–14-й день.

Результаты. В основе патогенеза ФКДКТ лежит локализованное нарушение остеогенеза с формированием кистозной полости и внутрикостной гипертензией (ВКГ). Основной концепцией лечения было использование методики ДНАДКО, зарекомендовавшей себя как эффективный способ стимуляции собственных возможностей репаративного остеогенеза в деструктивной кости после ее санации. Поэтому главным в лечении было: хирургическая санация очага и устранение ВКГ на весь период лечения для стимуляции остеогенеза до полной оссификации в зоне дефекта.

При динамическом клиническом и рентгенологическом контроле пациентов отмечено постепенное закрытие костной полости регенератом нормализующейся костной структуры в сроки от 3 до 12 месяцев (в зависимости от величины и структуры кистозной полости). В ходе лечения наблюдалось оживление костеобразования (периостальная реакция), проявляющееся на рентгенограмме и по данным исследования циторепаративных мазков-отпечатков из дренажа, установленного в костную полость. За все время лечения наблюдалось асептическое воспаление без нагноения раны, поэтому антибиотикотерапия не применялась. Иммобилизация и реабилитация не требовались.

Заключение. Новый способ ДНАДКО является перспективным в тактике лечения ФКДКТ у детей, в том числе осложненной патологическим переломом, что подтверждено клиническими, цитологическими и рентгенологическими исследованиями.

Ключевые слова: костные кисты; аспирационное дренирование; репаративная регенарация; остеогенез.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Инородные тела в нижних дыхательных путях при затяжном и хроническом кашле у детей: клинические случаи

Мыкыев К.М.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Первого Президента России Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. Лечение детей с длительно протекающим кашлем остается одним из наиболее актуальных вопросов современной педиатрии, переросшим фактически в социально значимую проблему, так как приводит к «хроническим» больничным листам матерей, ухудшению психологической обстановки в семьях и снижению общего состояния здоровья детского населения, которое является стратегическим ресурсом будущего страны.

Описание клинического случая 1. Пациент, 18.01.2018 г.р., жалобы на кашель с отхождением гнойной мокроты. Болен более 2 лет, неоднократно получал лечение по месту жительства, из-за отсутствия эффекта от терапии направлен в нашу клинику. Ранее проводились обзорная рентгенография и КТ органов грудной клетки, направлен с подозрением на ателектаз и аномалию левого легкого. Перкуторно: слева определяется сплошное укорочение легочного звука, в нижних отделах — притупление; сердечный толчок смещен на 2–2,5 см влево от соска. Аускультативно: дыхание жесткое, слева практически не проводится, выслушиваются сухие хрипы. После подготовки 20.01.2023 г. под общим наркозом с миорелаксацией (дитилин), тубус 6,2 (Storz), проведена бронхоскопия. При осмотре левый главный бронх обтурирован густым гнойно-фибринным содержимым, выполнена санация трахеобронхиального дерева. После санации в левом нижнедолевом бронхе обнаружено инородное тело темно-серого цвета. С техническими трудностями вместе с тубусом удалось удалить часть игрушки 2×0,5 см. В последующем бронхоскопия проводилась 3 раза. Пациент находился на диспансерном наблюдении, дважды с интервалом 6 месяцев выполнялась бронхоскопия. По данным КТ грудной клетки, сохранялись явления ателектаза нижней доли с бронхоэктазами, в связи с чем была произведена нижнедолевая лобэктомия левого легкого.

Описание клинического случая 2. Пациент, 28.06.2013 года рождения, поступил 27.09.2017 г. с жалобами на кашель с гнойной мокротой. Болен в течение 2 лет, лечился по месту жительства трижды, неоднократно получал антибиотики. В анамнезе, со слов соседских детей, 2 года назад в поле поперхнулся колосом травы. Педиатры не обратили внимания на этот факт и лечили с диагнозом «пневмония». На рентгенограмме грудной клетки от 25.09.2017 г. слева в нижних отделах отмечается картина гиповентиляции и линейного ателектаза легкого и высокое стояние купола диафрагмы. 28.09.2017 г. проведена бронхоскопия под общим наркозом с миорелаксацией (дитилин 2%), тубус № 6,7 (Storz). Трахея и правый бронх свободно проходимы, слизистые чистые. В левом нижнедолевом бронхе — гной. При эвакуации содержимого стал отходить гной с примесью крови. Из-за кровоточивости просвет нижнедолевого бронха плохо визуализируется. Внутривенно введен этамзилат. Во время эвакуации содержимого левого нижнедолевого бронха в просвете тубуса бронхоскопа обнаружено инородное тело. Щипцами удален колос размером 2×1 см. Повторно, до выписки, бронхоскопия проведена дважды. На рентгенограмме перед выпиской отмечается положительная динамика. При контрольном осмотре спустя 7 лет жалоб у ребенка нет, за эти годы не болел. На рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено. 23.05.2025 г. пациент был продемонстрирован на Международном конгрессе «Инновационные технологии в педиатрии, детской хирургии и акушерстве-гинекологии».

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Таким образом, при затяжном или рецидивирующем течении бронхолегочного процесса у детей необходимы тщательный сбор анамнеза и проведение рентгенографии грудной клетки на ранних этапах, а при неэффективности стандартной терапии — раннее направление на диагностическую бронхоскопию.

Ключевые слова: затяжной и хронический кашель; инородные тела бронха; кашель; бронхоскопия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Затяжной и хронический кашель у детей с позиции детского хирурга

Мыкыев К.М.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Первого Президента России Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. Лечение детей с затяжным и хроническим кашлем остается сложной проблемой в педиатрической практике и, по данным разных авторов, составляет от 7,7 до 83% случаев. Согласно большинству руководств, хроническим считают кашель, который длится более 8 недель. Этиология кашля многофакторна. Выделяют следующие причины: трахеомаляция, первичная цилиарная дискинезия, аспирационный синдром, аномалии глотки, бронхиальная астма, рефлекс Арнольда и привычный кашель. По некоторым данным, насчитывается около 40 причин. Многочисленными исследованиями доказано, что хронический кашель влияет на сон и качество жизни детей, их способность играть, а также оказывает отрицательное влияние на семьи из-за пропущенных школьных дней и многократных визитов к врачу.

Цель — выявить причины длительного кашля у детей с применением бронхоскопического исследования для проведения целенаправленного лечения и снижения частоты осложнений.

Методы. В отделении торакальной хирургии Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) в период 2017–2025 гг. пролечены 143 пациента в возрасте от 2 до 16 лет, которые ранее неоднократно проходили лечение в различных детских лечебных учреждениях. Распределение больных по возрасту: до 3 лет — 52 (36,4%), 4–10 лет — 59 (41,3%), 11–15 лет — 32 (22,4%). Из сельской местности — 85 (59,4%) детей, из городской — 58 (40,6%). Мальчиков — 83 (58%), девочек — 60 (42%). Длительность заболевания до начала лечения составляла от 1 года до 6 лет. Ранее проходили лечение по 2 раза — 25 пациентов, 3–4 раза — 89, более 5 раз — 32. Перед проведением бронхоскопии проводили подробный сбор анамнеза, рентгенографию органов грудной клетки в 2 проекциях, общеклинические, по показаниям — биохимические исследования, осмотр оториноларинголога и педиатра. Дополнительно при необходимоси анализ крови на внутриутробные инфекции, КТ и МРТ грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания (ФВД). Бронхоскопию проводили под общим наркозом с применением миорелаксантов, использовали жесткий бронхоскоп фирмы Karl Storz.

Результаты. Из 143 пациентов бронхоскопия проведена у 123. Выявлены: гнойно-фибринозный эндобронхит — у 79, инородные тела в нижних дыхательных путях — у 28 (23,9%), ателектаз легких и аномалии бронхов — у 8 (6,8%), бронхоэктазы — у 6 (5,1%), аденома бронха — у 2 (1,7%). Повторные бронхоскопии (66) проводились больным с двусторонним диффузным гнойно-фибринозным эндобронхитом, ателектазом легких на фоне длительного пребывания инородных тел в бронхах с хроническими перифокальными изменениями и бронхоэктатической болезнью.

Обсуждение. Из 28 детей с инородными телами нижних дыхательных путей в возрасте до 3 лет было 8 (28,6%), 3–5 лет — 14 (50%), старше 6 лет — 6 (21,4%). По характеру инородных тел: частицы ореха, семечки, семена кукурузы, колос пшеницы — у 18 (64,3%), детали игрушек — у 7 (25,0%), колпачки от авторучек — у 3 (10,7%).

Выводы. В анамнезе детей с затяжным и хроническим кашлем (особенно младшего возраста) эпизод поперхивания инородным телом может быть не зафиксирован. В наших наблюдениях в 2 случаях пациенты неоднократно лечились на протяжении более 2 лет. В одном случае развились ателектаз и бронхоэктатическая болезнь, что потребовало удаления доли легкого (лобэктомии). При длительном кашле у детей необходимы подробный сбор анамнеза и проведение бронхоскопии для своевременной диагностики инородных тел и иной патологии нижних дыхательных путей.

Ключевые слова: затяжной и хронический кашель; инородные тела дыхательных путей; гнойно-фибринозный эндобронхит; бронхоскопия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Замещение обширных раневых дефектов мягких тканей методом дозированного тканевого растяжения

Налбандян Р.Т., Мединский П.В. Громова А.А.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошаля, Москва, Россия

Обоснование. Обширные раневые и рубцовые дефекты мягких тканей головы, туловища и конечностей у детей сопровождаются выраженным функциональным и эстетическим дефицитом, а классические методы закрытия не всегда позволяют одномоментно закрыть раневой дефект. Дозированное тканевое растяжение с применением баллонных эндоэкспандеров создает резерв полнослойных кожно-фасциальных лоскутов, максимально приближенных к утраченной области.

Цель — оценить эффективность дозированного тканевого растяжения при замещении обширных дефектов мягких тканей головы, туловища и конечностей у детей.

Методы. За 8 лет в НИИДХиТ пролечены 34 ребенка с обширными посттравматическими дефектами мягких тканей: 18 — с повреждением покровных тканей волосистой части головы, 4 — с дефектами мягких тканей туловища, 12 — с дефектами верхних и нижних конечностей. Использовали силиконовые погружные эндоэкспандеры объемом от 50 до 300 мл, устанавливая их в подапоневротическое или подфасциальное пространство в непосредственной близости от дефекта с учетом зон роста волос и топографии магистральных сосудисто-нервных пучков. Наполнение экспандеров стерильным физиологическим раствором выполняли 1 раз в 2 дня до исчезновения флюктуации и появления умеренного напряжения тканей, не вызывающего выраженной болевой или психоэмоциональной реакции ребенка; при необходимости для нивелирования негативной реакции ребенка привлекали психолога. После достижения целевого объема создавали интервал 2–4 недели для стабилизации адаптационно-репаративных процессов в лоскуте, затем выполняли удаление экспандера и реконструкцию сформированными полнослойными лоскутами с учетом архитектоники сосудов по данным ультразвукового картирования и диафаноскопии. У 5 пациентов перфузию растянутых тканей контролировали методом транскутанной лазерной флоуметрии.

Результаты. Во всех наблюдениях удалось добиться замещения раневых дефектов местными тканями без применения свободной кожной пластики. У большинства пациентов с дефектами мягких тканей головы выполнено одноэтапное восстановление полноценных кожных покровов с сохранением или восстановлением волосяного покрова; в трех наблюдениях на голове потребовались многоэтапные вмешательства с повторной экспансией. Заживление после окончательной реконструкции во всех наблюдениях происходило первичным натяжением, признаков критической ишемии и некроза лоскутов, в том числе при объективном контроле перфузии, не отмечено. Инфекционных осложнений в зоне имплантации экспандеров не наблюдали.

Заключение. Дозированное тканевое растяжение с использованием баллонных эндоэкспандеров является эффективным и безопасным методом замещения обширных дефектов мягких тканей головы, туловища и конечностей у детей, позволяющим использовать качественные полнослойные местные ткани с сохраненным ростом волос, восстановить контуры анатомических областей и улучшить функциональные и эстетические результаты лечения.

Ключевые слова: дети; обширные раневые дефекты; экспандер; дозированное тканевое растяжение; реконструктивно-пластическая хирургия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Диагностика и тактика лечения нейрососудистых нарушений при чрезмыщелковых переломах плечевой кости у детей: клинические случаи

Неверов А.В.[1], Рябых С.О.[2], Айрапетян М.И.[1]

[1] Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка»,Москва, Россия;

[2] Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Обоснование. Чрезмыщелковые переломы составляют до 60% всех переломов области локтевого сустава у детей и занимают лидирующее положение в структуре тяжелых внутрисуставных повреждений данной локализации, достигая 10–17% в общей статистике переломов этой области. Анатомическая сложность данной зоны и непосредственная близость сосудисто-нервных пучков обусловливают высокий риск нейрососудистых осложнений: от 3,2 до 14,3%. Выжидательная тактика при «розовой, но беспульсовой» конечности сопряжена с риском развития компартмент-синдрома, тромбоза и ишемической контрактуры Фолькмана, что диктует необходимость совершенствования лечебно-диагностических алгоритмов.

Описание клинических случаев. На базе многопрофильного стационара разработан и внедрен протокол ранней диагностики нейрососудистых нарушений на этапе приемного отделения. Протокол включает стандартизированную клиническую оценку иннервации и перфузии конечности (помимо рентгенологической оценки степени смещения отломков), а также обязательный интраоперационный контроль кровоснабжения после репозиции и остеосинтеза. Проанализированы исходы лечения трех детей с чрезмыщелковыми переломами, протекавшими с нарушением кровоснабжения:

1. Пациент мужского пола, 9 лет. Клинический диагноз: S42.41. Открытый (Gustilo–Anderson тип IIIC) чрезмыщелковый перелом правой плечевой кости со смещением. Интраоперационно верифицировано полное поперечное пересечение нижней трети правой плечевой артерии. В приемном отделении выполнена пульсоксиметрия: на правой верхней конечности устойчивый пульсоксиметрический сигнал отсутствовал, SpO_2 не определялась; на контралатеральной конечности показатели SpO_2 оставались в пределах референсных значений. Выполнены шов правой плечевой артерии, открытая репозиция и остеосинтез спицами. После восстановления магистрального кровотока оценивали пульсацию и перфузию дистальных отделов конечности с помощью УЗИ.

2. Пациентка женского пола, 6 лет. Клинический диагноз: закрытый чрезмыщелковый перелом плечевой кости со смещением, Gartland IV. При поступлении пульсация на a. radialis не определялась; кожные покровы дистальных отделов верхней конечности были обычной окраски, температура не снижена. В приемном отделении SpO_2 на пораженной конечности не регистрировалась вследствие отсутствия устойчивого сигнала; на контралатеральной конечности SpO_2 — в пределах референсных значений. Интраоперационно выполнена ревизия сосудисто-нервного пучка в области локтевой ямки, устранение интерпозиции плечевой артерии между отломками плечевой кости, открытая репозиция и металлоостеосинтез спицами.

3. Пациентка женского пола, 6 лет. Клинический диагноз: закрытый чрезмыщелковый перелом плечевой кости, Gartland IV. При поступлении кожные покровы верхней конечности обычной окраски, температура не снижена; SpO_2 на пораженной конечности не определялась, на контралатеральной — в пределах референсных значений. В период предоперационной подготовки отмечены бледность кожных покровов и снижение температуры верхней конечности, что расценено как нарастание нарушения перфузии. Выполнено экстренное оперативное вмешательство в объеме закрытой репозиции и остеосинтеза спицами, после вмешательства пульсация восстановлена.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. Внедрение протокола ранней активной диагностики и хирургической ревизии при признаках сосудистой недостаточности у детей с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости позволяет своевременно устранить компрессию сосудисто-нервного пучка, минимизировать риск развития ишемической контрактуры Фолькмана и улучшить исходы лечения.

Ключевые слова: чрезмыщелковый перелом; дети; плечевая артерия; нарушение кровоснабжения; ревизия сосуда; тромбэктомия; компартмент-синдром; контрактура Фолькмана.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Развития дивертикула пищевода и стеноза трахеи на фоне длительно стоящего инородного тела пищевода у ребенка: клинический случай

Недид С.Н.[1], Белоус Р.А.[2], Смирнова Н.Е.[2], Вдовин О.Б.[1]

[1] Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск, Россия;

[2] Амурская областная детская клиническая больница, Благовещенск, Россия

Актуальность. проблемы инородных тел пищевода у детей обусловлена высокой частотой подобных случаев и характером возможных осложнений.

Описание наблюдения: ребенок 1 год 10 мес. направлен в хирургическое отделение с жалобами на шумное дыхание, хрипы, затруднение при глотании, периодическое слюнотечение, поперхивание. Со слов матери данные жалобы в течение 10 мес. С 1 года появились шумное дыхание, хрипы. Позже стали отмечать дисфагию, периодическое слюнотечение, поперхивание. Наблюдался педиатром по месту жительства, получал лечение по поводу бронхита. В течение недели перед госпитализацией ухудшение состояния — одышка, повышение температуры тела.

Ребенок поступил в тяжелом состоянии, обусловленном дыхательными, метаболическими нарушениями. Вялый, адинамичный. Кожа бледная. Дыхание шумное. На расстоянии выслушиваются хрипы на вдохе. Грудная клетка цилиндрической формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания; на вдохе — втяжение межреберий. Межреберные промежутки не расширены. Аускультативно дыхание жесткое, выслушиваются проводные хрипы. ЧД — 30 в мин. SpO_2 — 94–96%. При обследовании выявлена анемия тяжелой степени; по результатам КТ ОГК — множественные включения в средней трети пищевода, с признаками эзофагита, с наличием дополнительной полости (возможно дивертикул) с сужением просвета трахеи (более 70%), регионарная лимфаденопатия. ФГДС: на 14 см от резцов выявлено внедрившееся в слизистую инородное тело плоской неправильной формы 1,5×2 см. С техническими трудностями инородное тело удалено эндоскопически. В дальнейшем, в связи с выраженными дыхательными нарушениями, ребенок требовал респираторной поддержки. Проводилась мед. седация, респираторная поддержка — ИВЛ в течение 9 суток, антибактериальная, антисекреторная терапия. На 3-и сутки выполнено контрастное исследование пищевода: на уровне Th 1 дивертикул пищевода 8×5 мм; КТ — протяженное, циркулярное утолщение стенки пищевода с сужением просвета трахеи в нижнем отделе до 2 мм. Контроль ФГДС на 12-е сутки: на расстоянии 12 см от резцов имеется дивертикул пищевода до 1,0 в основании, без признаков воспаления. Таким образом, у ребенка сформировался тракционный глоточно-пищеводный дивертикул. Учитывая размер дивертикула, пациент выписан в удовлетворительном состоянии без дисфагии, дыхательных нарушений. Через 5 мес. ребенок поступает повторно с инородным телом пищевода. При эндоскопии имеет место эрозивный эзофагит, компенсированный стеноз с/3 пищевода, на 12 см от передних резцов дивертикул 0,4 см в диаметре, протяженностью 1,5 см. Выписан с рекомендациями планового оперативного лечения через 3 мес. При поступлении эндоскопическая картина эзофагита. Проводилась противовоспалительная терапия. Операция: на шее косым доступом по Разумовскому, выделен пищевод, по задне-боковой его стенке дивертикул в виде мешка 2,5×1,3×1,0 см. Последний резецирован с ушиванием стенки непрерывным швом. В послеоперационном периоде кормление через зонд, на 4-е сутки появились признаки протечки зоны ушивания пищевода, которые купировались самостоятельно к 10-му дню. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. ФГДС перед выпиской — признаки компенсированного стеноза пищевода.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заключение. длительное нахождение инородного тела в пищеводе привело к развитию эрозивного эзофагита, дивертикула пищевода и выраженного стеноза трахеи. Данный случай подчеркивает важность своевременной диагностики и мультидисциплинарного подхода при ведении детей с подозрением на инородное тело пищевода и его осложнения.

Ключевые слова: инородное тело пищевода; дивертикул пищевода; стеноз трахеи; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Этиологический компонент и лечебно-диагностическая тактика при пневмотораксе у детей

Некрасова Е.Г.[1,2], Цап Н.А.[1,2], Колесникова И.С.[2], Оленина Н.В.[2], Мликова Т.В.[2]

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;
[2] Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Одним из угрожающих заболеваний в торакальной хирургии является развитие у ребенка пневмоторакса (ПТ), особенно напряженного, с развитием острой дыхательной недостаточности, с частичным или полным коллапсом легкого, что чревато риском неблагоприятного исхода. ПТ требует экстренной госпитализации и оказания неотложной хирургической помощи для купирования внутригрудного напряжения. Последующая лечебно-диагностическая тактика предусматривает уточнение причин развития ПТ и предупреждение рецидивов.

Цель — представить этиологию и опыт лечения детей разных возрастных групп с пневмотораксом.

Методы. В отделении торакальной хирургии за период 2015–2025 гг. пролечено 139 детей с развитием «спонтанного пневмоторакса», в т.ч. перевод из медицинских организаций Свердловской области. В этом контингенте больных у 8 (5,8%) детей в анамнезе отмечены рецидивы ПТ. Преобладала возрастная группа больных от 14 до 18 лет — 91 (64%) ребенок. Дети младшей возрастной группы до 7 лет составили 15% (*n* = 20), от 7 до14 лет — 21% (*n* = 28). Клиническая картина ПТ: боли в области грудной клетки у 126 (91%) детей, одышка у 94 (67%), сухой навязчивый кашель у 76 (55%). Полный и достоверный диагноз устанавливали на основании клинических и лучевых методов обследования. R-графия органов грудной клетки в экстренном порядке выявила напряженный ПТ у 108 (77,7%) детей, парциальный ПТ у 31 (22,3%) ребенка.

Результаты. Этиологический компонент ПТ имеет различия в возрастных группах. В младшей возрастной группе (до 7 лет) причиной развития ПТ явились: катетеризация подключичной вены (*n* = 8; 40%), реанимационные мероприятия (*n* = 4; 20%), обструктивный бронхит, бронхиальная астма (*n* = 8; 40%). Иные этиология ПТ у детей от 7 до 14 лет: бронхообструктивный синдром на фоне бронхиальной астмы, обструктивного бронхита, муковисцидоза (*n* = 11; 39,3%), травма грудной клетки (*n* = 5; 17,9%), спонтанный ПТ (*n* = 12; 42,8%). Наиболее частая причина ПТ и значимая по риску развития рецидива выявлена в возрастной группе детей от 14 до 18 лет — буллезная болезнь (*n* = 83; 91,2%). Незначительное место занимает у подростков бронхообструктивный синдром (*n* = 8; 8,8%). Экстренное дренирование или плевральная пункция при ПТ — обязательные способы оказания хирургической помощи в любом лечебном учреждении, в т.ч. и для эвакуации ребенка в отделение торакальной хирургии. При наличии парциального ПТ у 15 (10,8%) детей проводились плевральные пункции, но у 10 пациентов в дальнейшем ПТ сохранялся, что потребовало дренирования плевральной полости. В 5 (3,6%) случаях пункционное лечение эффективно. По поводу выявленной на КТ буллезной болезни проведено 83 оперативных вмешательства: торакоскопическая атипичная резекция легкого (*n* = 76;92%), электрокоагуляция булл с герметизацией биодеградируемым медицинским клеем (*n* = 7; 8%). Удаление дренажа из плевральной полости проводилось на 2–3-и сутки после операции. Все дети на длительном динамическом наблюдении торакального хирурга.

Заключение. Экстренное дренирование плевральной полости остается абсолютным показанием для спасения жизни ребенка и эффективным методом устранения внутригрудного напряжения при пневмотораксе. Наиболее частой причиной развития ПТ у детей старшей возрастной группы является буллезная болезнь. После купирования пневмоторакса необходимо проведение КТ органов грудной клетки для выявления этиологического фактора.

Ключевые слова: пневмоторакс; этиология; диагностика; дренирование плевральной полости; торакоскопия; дети.

ЭКО • ВЕКТОР
Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Полностью утопленный половой член после остеотомии и сведения лонных костей у пациента с экстрофией: клинический случай

Николаев В.В., Демин Н.В., Ладыгина Е.А.

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

Актуальность. Остеотомия со сведением лонных костей широко применяется при закрытии экстрофии мочевого пузыря. Изменение геометрии переднего отдела таза меняет пространственные взаимоотношения мочевого пузыря, уретры и кавернозных тел. При этом влиянию аппроксимации лонных костей на положение и наружную экспозицию полового члена уделяется значительно меньше внимания. В доступной нам литературе мы не встретили описаний формирования полностью утопленного полового члена непосредственно после остеотомии и сведения лонных костей. Механизм этого осложнения, возможности его профилактики и тактика лечения остаются неясными.

Описание клинического наблюдения. Мальчик 2 лет с комплексом экстрофия–эписпадия поступил в нашу клинику после хирургического лечения, выполненного в другом учреждении. В возрасте 1,5 лет пациенту была произведена остеотомия таза со сведением лонных костей. До операции половой член находился снаружи и был доступен наружному осмотру. После сведения лонных костей возникла выраженная ретракция с практически полным погружением полового члена в окружающие ткани. Избыточной массы тела у ребенка не было, что не позволяет объяснить возникшую деформацию выраженной надлобковой жировой клетчаткой. Непосредственная временная связь между аппроксимацией таза и развитием ретракции позволяет предполагать, что изменение пространственного положения кавернозных тел после сведения лонных костей могло играть существенную роль в формировании осложнения.

Дополнительно нами обследованы еще два мальчика с комплексом экстрофия–эписпадия в возрасте 7 и 10 лет, которым остеотомия со сведением лонных костей была выполнена соответственно в возрасте 2 и 4 лет. У обоих также наблюдался полностью утопленный половой член. В отличие от основного наблюдения, оба пациента имели избыточную массу тела; у 10-летнего ребенка был диагностирован гипотиреоз. Надлобковая жировая клетчатка могла дополнительно усиливать степень скрытия полового члена, однако наличие аналогичной деформации у младшего пациента без избыточной массы тела указывает, что ожирение не является обязательным условием ее возникновения.

Все первичные реконструктивные вмешательства выполнялись в других учреждениях, поэтому установить точные технические причины формирования осложнения по имеющимся данным невозможно.

Заключение. Полное утопление полового члена после остеотомии и сведения лонных костей может представлять ранее практически неизученное осложнение хирургического лечения детей с комплексом экстрофия–эписпадия. Представленное наблюдение позволяет предположить, что изменение пространственных взаимоотношений кавернозных тел при аппроксимации таза может быть одним из механизмов его формирования, тогда как избыточная масса тела способна дополнительно усиливать степень деформации. Тактика коррекции подобных состояний в настоящее время не определена. Необходимо совместное изучение проблемы детскими урологами и ортопедами с оценкой техники и степени сведения лонных костей и их влияния на положение кавернозных тел, прежде всего с целью профилактики данного осложнения.

Ключевые слова: комплекс экстрофия–эписпадия; остеотомия таза; сведение лонных костей; утопленный половой член; ретракция полового члена.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Инновационные технологии — перспективный путь в хирургии гигантских невусов у детей

Нишонов Д.К.[1], Рохоев М.А.[1,2], Савлаев К.Ф.[1], Шароев Т.А.[3,4],Алпатов В.Ю.[1]

[1] Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

[3] Национальный медицинский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Москва, Россия;

[4] Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Обоснование. Хирургическое лечение гигантских невусов у детей до настоящего времени остается серьезной проблемой, требующей решения. Основным моментом, сдерживающим активность при хирургическом иссечении невуса, является необходимость устранения обширного раневого дефекта. Вопрос не только в удалении опухоли — учитывая большую площадь поражения кожи, иссечение приходится проводить поэтапно, но и в реальной угрозе трансформации невуса в меланому. Учитывая большую площадь поражения кожи, иссечение приходится проводить поэтапно. Значительная площадь иссечения требует закрытия раневого дефекта каким-либо материалом. В качестве такового может использоваться кожа близлежащих непораженных областей по методикам ротационного лоскута или лоскута на ножке. Применение композитной коллагеновой матрицы “NEVELIA” позволяет одномоментно провести эффективное иссечение участков гигантского меланоцитарного невуса большой площади с последующей пересадкой эпидермального аутотрансплантата. Все это суммарно позволяет сократить сроки оперативного лечения, снизить риск малигнизации ткани невуса.

Цель — изучение возможности удаления невусов большой площади с закрытием раневой поверхности коллагеновой матрицей с последующей кожной пластикой, ускорения заживления с минимальным образованием рубцовой ткани, сокращения сроков лечения и рисков злокачественного перерождения.

Методы. В исследование были включены 12 детей, проходившие лечение с 2020 по 2026 гг. в онкологическом отделении № 1 ГБУЗ «НПЦ спец. мед. помощи детям ДЗМ». Возраст пациентов составил от 3 мес. до 17 лет. Впервые в России начато использование композитной коллагеновой матрицы “NEVELIA” при хирургическом лечении гигантских пигментных невусов у детей.

Результаты. У 5 из находившихся на лечении 12 детей удалось полностью удалить обширные невусы. Из них двоим потребовалось проведение лишь одного двухэтапного блока хирургического лечения. У двоих — проведено 2 и у одного пациента — 3 двухэтапных блока лечения. Остальные 7 детей на момент представления работы находятся в процессе лечения.

Заключение. Применение данного метода позволяет одномоментно провести эффективное иссечение участков гигантского меланоцитарного невуса большой площади, а использование коллагеново-силиконового импланта с последующей пересадкой эпидермального аутотрансплантата — обеспечить быструю эпителизацию послеоперационной раневой поверхности. Основываясь на нашем опыте, можно сделать вывод о том, что функциональные и косметические результаты данной технологии при лечении гигантских невусов у детей лучше при комбинированном применении различных методов пластики. Применение композитной коллагеновой матрицы в хирургическом лечении гигантских невусов у детей, являясь инновационным методом, требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: гигантский невус; невус; коллагеновая матрица; кожная пластика; пластическая хирургия; композитная матрица; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Когда нужна стома пациенту с воспалительными заболеваниями кишечника?

Новожилов В.А.[1,2], Степанова Н.М.[1,2], Звонков Д.А.[1], Семенюта А.А.[1,2], Монгуш Н.Н.[1]

[1] Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия;
[2] Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Актуальность. Тяжелое, агрессивное течение воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) у детей ассоциировано с высоким риском развития жизнеугрожающих состояний (токсический мегаколон, перфорация, профузное кровотечение, непроходимость). В условиях неэффективности консервативной терапии своевременное проведение стомирующих операций на кишечнике выступает критически важным элементом хирургической тактики, требующим точного определения показаний и этапности лечения.

Цель — определить тактические и патогенетические показания формирования кишечных стом в комплексной терапии тяжелых форм воспалительных заболеваний кишечника у детей.

Методы. Проведен ретроспективный анализ 108 историй болезни пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска, 2020–2025 гг.). В общей структуре преобладал язвенный колит — 75% (n = 81), болезнь Крона верифицирована в 25% случаев (n = 27). В исследовании оценивали локализацию воспалительного процесса, форму заболевания, характер осложнений, послуживших показанием к формированию кишечной стомы, тип сформированной стомы и результаты лечения.

Результаты. Формирование кишечной стомы потребовалось 5 пациентам (4,6%) с непрерывно-рецидивирующим тотальным (80%) и левосторонним (20%) поражением толстой кишки. В исследуемой группе из 5 пациентов (n = 5) были все мальчики. Дебют заболевания у 3 (60%) больных произошел в возрасте до 10 лет, у 2 (40%) — в возрасте 10–16 лет. Показаниями к оперативному вмешательству послужили: кишечная непроходимость на фоне стеноза (n = 3; 60%) и прикрытая перфорация кишки при свищевой форме (n = 2); 40%). Выполнялось наложение терминальной (n = 3; 60%), петлевой (n = 2; 40%) илеостомы.

Обсуждение. Анализ показал, что кишечное стомирование при воспалительных заболеваниях кишечника реализует три ключевые цели: как инструмент неотложной помощи при перфорации, кишечной непроходимости; создание состояния функционального покоя для облегчения клинической симптоматики, клинико-эндоскопической ремиссии и сохранения жизнеспособности пораженного сегмента на фоне консервативной терапии; как опция для стабилизации нутритивного статуса и соматического состояния ребенка для безопасного проведения последующих плановых реконструктивно-восстановительных вмешательств с целью восстановления непрерывности ЖКТ.

Заключение. Наложение кишечной стомы при детском воспалительном заболевании кишечника — редкое, зачастую, жизненно необходимое вмешательство. Кишечная стома не устраняет этиологический фактор болезни, однако временное прекращение пассажа содержимого является лечебным фактором, открывающим путь к органосохраняющей этапной хирургии.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника; дети; кишечная стома.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Выбор метода деривации мочи у детей первых месяцев жизни при обструктивном уретерогидронефрозе

Охотина А.А.[1], Тратонин А.А.[1,2], Грамзин А.В.[1,2], Кривошеенко Н.В.[1], Павлушин П.М.[1,2], Цыганок В.Н.[1], Глазков А.А.[1,2], Койнов Ю.Ю.[1], Трушин П.В.[1,2], Миронова А.А.[1]

[1] Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия;

[2] Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Обоснование. Частота встречаемости обструктивного уретерогидронефроза составляет 1:10 000 новорожденных. Прогрессирущая дилатация полостной системы почки и мочеточника с истончением паренхимы в первую неделю жизни при доказанном отсутствии рефлюкса без обструкции является показанием для дренирования полостной системы почки.

Цель — выбрать оптимальный метод дренирования полостной системы почек у детей первых месяцев жизни при обструктивном уретерогидронефрозе.

Методы. С 2021 по 2025 г. в детском хирургическом отделении Новосибирской областной клинической больницы зарегистрировано 60 новорожденных с уретерогидронефрозом III и IV стадии, потребовавших дренирования в первые месяцы жизни. Большинство пациентов (47) — мальчики. У 52 обструкция носила односторонний характер, у 8 — двусторонний. У 5 зарегистрирована рефлюкс-обструкция, у 8 — прочие аномалии развития почек (6 с удвоением полостной системы, 1 с тазовой дистопией, 1 с подковообразной почкой). В 29 случаях дренирование осуществлено в периоде новорожденности, в 31 — в первые месяцы жизни. В большинстве случаев (39) изначальным выбором стала трансуретральная катетеризация мочеточника, 13 пациентам выполнена нефростомия под УЗ-навигацией, 6 — терминальная уретерокутанеостомия, 1 — стентирование, 1 — лапароскопическая пиелостомия.

Результаты. 37 пациентам в перспективе понадобилось радикальное оперативное лечение (34 — неоимплантация мочеточника, 3 (у которых обструкция сочеталась с удвоением полостной системы почек) — наложение межмочеточникового анастомоза (2) и геминефруретерэктомия. В 20 случаях наблюдалось значимое сокращение полостной системы почки и мочеточника с увеличением толщины паренхимы, позволявшее воздержаться от радикальной операции. 3 пациента продолжают дренирование. При рассмотрении отдельных видов вмешательств: большинству пациентов после катетеризации (34 человека) выбран аналогичный способ дренирования со сменой катетера каждые 3–4 недели, а у 4 применено стентирование, показавшее неудовлетворительный результат в виде дисфункции катетера вследствие инкрустации солями (3) или миграции дистальных концов стентов в мочеточники (1), одному пациенту после миграции катетера выполнена терминальная уретерокутанеостомия. Из 13 детей после нефростомии у 5 произошла миграция утройств, потребовавшая ренефростомии (2) или других методов дренирования (2) или радикального лечения (1). Пациенты с уретерокутанеостомами, в основном наблюдались амбулаторно вплоть до радикального лечения. Атаки пиелонефрита у пациентов после дренирующих вмешательств наблюдались в 22 случаях и были ассоциированы с наличием инородных тел в мочевыводящих путях.

Заключение. Среди методов дренирования полостной системы почек при обструктивном уретерогидронефрозе у детей первых месяцев жизни наиболее эффективными следует считать катетеризацию и нефростомию. Уретерокуатнеостомия обладает преимуществами в виде удобства в уходе и отсутствия атак пиелонефрита, однако не дает шанса для самопроизвольного выздоровления в отличие от прочих методов дренирования. Стентирование мочеточников нецелесообразно вследствие возможных дисфукций и риска миграции дистальных концов стента в мочеточник.

Ключевые слова: уретерогидронефроз; дренирование; катетеризация; нефростомия; уретерокутанеостомия; стентирование.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заболевания наружных половых органов у девочек как междисциплинарная проблема

Павленко Н.И.[1,2], Писклаков А.В.[1,2], Дука М.В.[1,2], Пустовецкая Е.С.[1,2]

[1] Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;
[2] Областная детская клиническая больница, Омск, Россия

Введение. Воспалительные процессы вульвы и влагалища, аллергические реакции и дистрофические изменения (лейкоплакия, крауроз) — наиболее частые причины обращения девочек к врачу — акушеру-гинекологу. Однако в последнее время все чаще встречаются редкие заболевания наружных половых органов у девочек, что в части случаев сопровождается диагностическими затруднениями и, как следствие, несвоевременным оказанием квалифицированной помощи.

Цель — провести анализ случаев редких заболеваний наружных половых органов у девочек на территории Омской области за последние 10 лет и оценить результаты лечения этих пациентов.

Материалы. В клинике Омского государственного медицинского университета за последние 10 лет пролечено 311 девочек в возрасте от 1 года до 17 лет с патологией в области наружных половых органов, требующей совместного ведения врачом — детским хирургом и врачом — акушером-гинекологом.

Результаты. По результатам осмотра пациенток врачом акушером-гинекологом и врачом — детским хирургом установлено, что в 80% случаев (250 пациенток) причиной обращения за медицинской помощью явилась травма наружных половых органов, в том числе в 2,4% случаев (у 6 пациенток) — с повреждением прямой кишки или уретры, в 9% случаев (28 пациенток) — аногенитальные кондиломы, в 8% случаев (24 пациентки) — острая язва Липшютца–Чапина, в 3% случаев (9 пациенток) — выпадение слизистой уретры. При обследовании пациенток с острой язвой Липшютца–Чапина подтверждена вирусная этиология данного заболевания. Проведение некрэктомии и противовирусное лечение позволили сократить время пребывания пациенток в стационаре и улучшить результаты их лечения. Новый подход в терапии аногенитальных кондилом позволил избежать оперативного лечения у данной группы пациенток с удовлетворительным клиническим результатом и отсутствием рецидива в течение 5,0 (3,0; 6,3) лет. Выпадение слизистой уретры клинически проявляется кровянистыми выделениями в области вульвы, что первично ошибочно диагностируется как гинекологическая патология. Осмотр таких пациенток совместно с врачом — детским хирургом позволяет поставить правильный диагноз и определить тактику лечения.

Заключение. При осмотре девочек с редкой патологией в области наружных половых органов обязательно участие врача — детского хирурга, что позволит своевременно диагностировать патологию смежных органов и адекватно ее устранить, в том числе с применением оперативного лечения. Информированность врачей-акушеров-гинекологов, врачей — детских хирургов о специфике данной патологии улучшает качество лечения юных пациенток.

Ключевые слова: выпадение слизистой уретры; острая язва Липшютца–Чапина; аногенитальные кондиломы.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Оперативное лечение посттравматических псевдокист поджелудочной железы у детей: клинические случаи

Павлушин П.М.[1,2], Грамзин А.В.[1,2], Миронова А.А.[2], Койнов Ю.Ю.[1,2], Дробязгин Е.А.[1,2], Добров С.Д.[2], Трушин П.В.[1]

[1] Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия;

[2] Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия

Актуальность. Травматические повреждения поджелудочной железы у детей — редкая патология, которая в большинстве случаев сопровождается контузией железы без последующих осложнений. Однако наиболее частым хирургическим осложнением является формирование псевдокист, требующих выбора оптимальной тактики лечения.

Цель — продемонстрировать опыт применения различных методов внутреннего дренирования посттравматических псевдокист ПЖ у детей.

Случай 1. Пациентка 3 года. Тупая травма живота вследствие падения тяжелого предмета (телевизор) на живот. При дообследовании диагностирован разрыв поджелудочной железы с развитием распространенного ферментативного перитонита. На первом этапе выполнены диагностическая лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости. В дальнейшем выявлено формирование крупной парапанкреатической псевдокисты, которая дренирована на 11-е посттравматические сутки посредством цистогастроанастомоза из лапаротомного доступа. Послеоперационный период без особенностей.

Случай 2. Пациент 7 лет. Тупая травма живота получена вследствие падения с велосипеда. В раннем посттравматическом периоде сформировалась больших размеров парапанкреатическая псевдокиста, проводилась консервативная терапия на протяжении 1,5 месяцев, однако у ребенка сохранялись элевация панкреатических ферментов в крови и кистозное парапанкреатическое образование, которое распространялось вплоть до нижнего полюса левой почки. Далее ребенок переведен в ГНОКБ, и выполнена эндоскопическая цистогастростомия под ультразвуковым контролем с постановкой двух Double-pigtail стентов. Послеоперационный период протекал без осложнений, стенты удалены через 6 месяцев.

Оба ребенка получали стандартную терапию острого панкреатита в объеме спазмолитической, гастропротективной, антисекреторной терапии.

В обоих случаях достигнута элиминация псевдокисты, нормализация ферментативной активности поджелудочной железы, сохранены ее экзокринная и эндокринная функция.

Заключение. Дети с травматическим повреждением поджелудочной железы являются сложной и редкой когортой пациентов, которая требует специфических знаний, компетенций и должна быть сконцентрирована в центрах, имеющих опыт и необходимое оснащение для лечения этих пациентов. Эндоскопическая цистогастростомия является приоритетным методом лечения персистирующих парапанкреатических псевдокист.

Ключевые слова: посттравматический панкреатит; псевдокиста; цистогастроанастомоз; эндоскопическая цистограстостомия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Магнитно-резонансная томография в ранней диагностике острого гематогенного остеомиелита у детей

Петров Е.М.[1], Дубасова Н.М.[1], Милюкова Л.П.[2], Мороз С.В.[1], Халтанова Д.Ю.[1], Кунц М.Л.[1], Ангархаева Л.В.[1], Саловарова М.П.[1], Круталевич Ю.М.[1], Бельский Е.С.[1]

[1] Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

[2] Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Актуальность. Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) у детей, несмотря на снижение заболеваемости в последние десятилетия, остается значимой причиной сепсиса с высокими цифрами летальности. Своевременная диагностика заболевания, особенно при сложной анатомической локализации очага, нередко затруднена, что приводит к задержке начала лечения. Даже при использовании современных протоколов терапии сохраняется высокий процент перехода заболевания в хроническую форму с частым развитием ортопедических осложнений.

Цель — определить оптимальный метод ранней диагностики ОГО у детей в интрамедуллярной стадии воспаления.

Методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 55 детей с ОГО в возрасте от 0 до 17 лет, находившихся в отделении экстренной хирургии ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска в 2021–2025 гг. Оценивали: клинические данные, локализацию очагов, результаты бактериологического исследования, информативность ультразвукового сканирования (УЗИ), стандартной рентгенографии, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Результаты. Мальчики преобладали над девочками в соотношении 2:1. Возрастная структура: до 2 лет — 31% (17), 3–10 лет — 40% (22), 11–17 лет — 29% (16). Хирургическое лечение выполнено 53 пациентам (96,4%), консервативное — 2 (3,6%). Летальных исходов не зарегистрировано. Наиболее часто поражались кости нижних конечностей — в 68,5% случаев, преимущественно бедренная кость — в 28,1%. Среди костей верхних конечностей чаще вовлекалась плечевая кость — в 19,3%, среди костей таза — подвздошная кость — в 5,3%. Многоочаговое поражение выявлено у 2 пациентов. Золотистый стафилококк выделен в 58,2% наблюдений. Проведение диагностической остеоперфорации, при отсутствии гноя в костно-мозговом канале, выявило субъективность в оценке степени внутрикостной гипертензии в качестве маркера ОГО. Цитология костно-мозгового пунктата в целом не повышала диагностической ценности исследования. УЗИ выполнено в 74,5% случаев, рентгенография — в 87,3%, МСКТ — в 29,1%, МРТ — в 27,3%. УЗИ, стандартная рентгенография и МСКТ показали низкую информативность на ранней, интрамедуллярной стадии ОГО. Чувствительность и специфичность МРТ составили 96% и 92% соответственно. Основными МРТ-признаками ОГО были отек костного мозга пораженной кости и прилежащих мягких тканей, наиболее отчетливо выявляемые в режимах T2 STIR с жироподавлением.

Заключение. Оптимальным сроком подтверждения диагноза ОГО и начала лечения следует считать первые сутки с момента поступления ребенка в стационар. МРТ является методом выбора для ранней диагностики ОГО у детей и должна быть включена в стандарт обследования при подозрении на данную патологию.

Ключевые слова: острый гематогенный остеомиелит; дети; ранняя диагностика; магнитно-резонансная томография.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Лечение осложненной декубитальной язвы на фоне грубой деформации позвоночника у паллиативного ребенка

Петров Е.М.[1], Милюкова Л.П.[2], Обарчук О.Г.[1], Кунц М.Л.[1], Саловарова М.П.[1], Мороз С.В.[1], Халтанова Д.Ю.[1], Ангархаева Л.В.[1], Круталевич Ю.М.[1], Бельский Е.С.[1]

[1] Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

[2] Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Актуальность. Лечение глубоких трофических нарушений мягких тканей у детей с неврологическим дефицитом остается сложной задачей. Особую хирургическую проблему представляют пациенты с сочетанными деформациями осевого скелета. У таких больных анатомически измененные зоны выступают постоянными атипичными точками опоры, что приводит к быстрому формированию обширных пролежней с высоким риском развития жизнеугрожающих гнойно-септических осложнений.

Клиническое наблюдение. В ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска в 2025 году поступила пациентка 16 лет с паллиативным статусом. Преморбидный фон: МВПР, МАК 2-й тип, spina bifida Th8-S5, менингомиелоцеле ГПОП, гиперлордоз нижнегрудного с гиперкифозом поясничного отдела на фоне конкресценции позвонков, нижняя параплегия, тазовые нарушения, нейрогенные вывихи бедер. Из-за тяжести двигательного дефицита именно вершина деформации позвоночника являлась для пациентки основной точкой опоры, что в условиях недостаточного ухода привело к развитию глубокой декубитальной язвы. Ввиду инконтиненции и близости к анальному отверстию произошла контаминация раны кишечной микрофлорой с быстрым развитием обширной гнойно-некротической флегмоны (фасциита) с бактериологической верификацией Streptococcus pyogenes + Staphylococcus aureus. Из-за позднего обращения пациентка поступила в клинику в критическом состоянии. По данным МСКТ выявлена эмфизема пояснично-крестцовой области и ягодичных мышц, что потребовало исключения анаэробной газообразующей флоры. Состояние осложнилось инфекционно-токсическим шоком, сепсисом и острым преренально-ренальным повреждением почек. На первом этапе по жизненным показаниям выполнены радикальная некрэктомия и широкое дренирование флегмоны. Оперативное вмешательство и местное лечение были технически сопряжены с выраженной скелетной деформацией. В условиях ОАРИТ проводилась агрессивная терапия: вазопрессорная поддержка, антибактериальная, волемическая терапия, заместительные гемотрансфузии, экстракорпоральная детоксикация. На 7-е сутки, после купирования шока и очищения раны гиперосмолярными повязками, выполнена вторичная хирургическая обработка с ушиванием раны. Достигнута выраженная положительная динамика: регресс явлений шока, восстановление диуреза, снижение маркеров системного воспаления. На 10-е сутки девочка в стабильном состоянии переведена в профильное хирургическое отделение, а на 24-е сутки от момента поступления выписана с выздоровлением по хирургическому статусу.

Заключение. Наличие грубых костных деформаций, формирующих атипичные точки опоры у спинальных пациентов, диктует необходимость тщательного ухода и особого контроля ввиду риска развития нейро-трофических язв. В осложненных случаях, с развитием гнойно-некротического фасциита, требуется неотложное, радикальное хирургическое вмешательство из-за высокого риска развития молниеносного сепсиса.

Ключевые слова: декубитальная язва; деформация позвоночника; атипичная точка опоры; некротический фасциит; газовая гангрена; септический шок; Spina bifida; детская хирургия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Тактика лечения повреждений Монтеджи у детей в зависимости от сроков давности травмы

Петрухин И.А.[1], Тарасов Н.И.[1], Выборнов Д.Ю.[1,2], Трусова Н.Г.[1], Коротеев В.В.[1], Исаев И.Н.[1], Лозовая Ю.И.[1,2], Семенов А.В.[1,2], Гришин А.А.[1], Ти-Мин-Чуа Д.В.[1]

[1] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

[2] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Обоснование. Повреждения Монтеджи у детей характеризуются высокой частотой диагностических ошибок на первичном этапе оказания медицинской помощи (до 20–50%). Ошибки в постановке диагноза приводят к развитию стойких контрактур, укорочению локтевой кости и деформации плечелучевого сустава. Выбор лечебной тактики, варьирующей от закрытой репозиции до многоплоскостных реконструкций,зависит от давности травмы, однако единый алгоритм дифференцированного подхода остается предметом дискуссий.

Цель — определить оптимальную хирургическую тактику лечения повреждений Монтеджи у детей на основе анализа клинических исходов в зависимости от сроков давности травмы. Научная гипотеза: строго дифференцированный подход от закрытой репозиции и малоинвазивного остеосинтеза в остром периоде до комбинированных реконструкций с аппаратной дистракцией при застарелых формах позволяет достичь высоких функциональных результатов и минимизировать риск релюксации головки лучевой кости независимо от давности повреждения.

Методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 72 пациентов с повреждениями Монтеджи, находившихся на лечении в условиях отделения травматологии и ортопедии Детской городской клинической больницы имени Н.Ф. Филатова с 2019 по 2026 год. Выделены 3 группы в зависимости от давности травмы. Группа 1 (острые, до 2 нед., $n = 55$): выполнялась закрытая репозиция, в том числе с применением интрамедуллярного остеосинтеза. Группа 2 (сросшиеся/консолидированные, 2 нед. — 2 мес., $n = 12$): выполнялась корригирующая остеотомия локтевой кости с восстановлением кольцевидной связки местными тканями. Группа 3 (застарелые, более 2–6 мес., $n = 14$): применялась остеотомия с пластикой связки аутотрансплантатом (из трицепса), а в наиболее запущенных случаях (свыше 6 мес., $n = 6$) реализован комбинированный двухэтапный подход с предварительной аппаратной дистракцией локтевой кости и последующим открытым вправлением головки лучевой кости.

Результаты. В 1-й группе отличные результаты достигнуты в 94% случаев, рецидивов не отмечено. Во 2-й группе для анатомичной репозиции потребовалось выполнение корригирующей остеотомии локтевой кости, что позволило стабилизировать сустав у 90% пациентов. В 3-й группе, характеризовавшейся диспластическими изменениями головки лучевой кости, одноэтапная реконструкция сопровождалась высоким натяжением тканей. Использование комбинированного подхода с аппаратным удлинением локтевой кости у пациентов с давностью травмы более 6 месяцев позволило постепенно низвести головку лучевой кости без избыточной компрессии мыщелка плечевой кости, избежать неврологических осложнений и достичь стабильной центрации сустава.

Заключение. Результаты исследования подтверждают выдвинутую гипотезу. Тактика лечения повреждений Монтеджи должна строго регламентироваться сроками: от закрытой репозиции и малоинвазивной фиксации в остром периоде до многоэтапных реконструкций при застарелых формах. Использование предварительной дистракции в аппарате внешней фиксации при давности вывиха более 6 месяцев является высокоэффективным методом, позволяющим физиологично компенсировать укорочение локтевой кости и минимизировать риск релюксации головки лучевой кости.

Ключевые слова: повреждение Монтеджи; дети; сроки лечения; застарелый вывих; корригирующая остеотомия; аппарат внешней фиксации.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Дериваты мюллеровых протоков у пациента с абдоминальным крипторхизмом: клинический случай

Петрухина Ю.В.[1,2,3], Коварский С.Л.[1], Меновщикова Л.Б.[1], Захаров А.И.[2], Блох С.П.[2], Текотов А.Н.[1], Бетанов З.В.[1], Струянский К.А.[2], Кузнецова М.С.[1], Склярова Т.А.[2], Пепеляева И.М.[1]

[1] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

[3] Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия

Обоснование. Нарушение формирования пола — состояние, связанное с клинико-биохимическим проявлением несоответствия между генетическим, гонадным и фенотипическим полом ребенка, требующего детального обследования для окончательного выбора половой принадлежности.

Описание клинического случая. Мальчик П. в возрасте 1 года, поступил в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова с направляющим диагнозом «Крипторхизм слева, абдоминальная форма». При осмотре половые органы сформированы по мужскому типу. Правое яичко в мошонке, левое яичко в мошонке, паховом канале не определяется. При проведении УЗИ левое яичко достоверно не визуализировалось. Ребенку с мужским строением наружных половых органов была проведена диагностическая лапароскопия, на которой обнаружено образование, напоминающее матку, и гонада, напоминающая яичник, расположенная в маточной трубе. Выполнена биопсия гонады, принято решение о дообследовании ребенка. При гистологическом исследовании гонады морфологическая картина соответствовала strek (гонада со стромой яичника без фолликулов). Кариотипирование методом FISH показало хромосомные нарушения — мозаицизм 46XY/45X (83% и 17%). По результатам гормонального обследования основные показатели соответствовали нормальным значениям. Антимюллеров гормон — 140 нг/мл. Отмечалось некоторое повышение эстрадиола до 73,4 (0,0–51,0). Проведена трехдневная проба с ХГЧ, на котором отмечалось повышение тестостерона до 14,95 нмоль/л. По результатам проведенного обследования у ребенка был сформулирован диагноз: хромосомное НФП 45X/46XY, смешанная дисгенезия гонад. Было проведено хирургическое лечение: лапароскопическое удаление стрек-гонады, дериватов мюллеровых протоков.

Заключение. При обнаружении производных мюллеровых протоков у детей с мужским строением наружных половых органов необходимо проведение детального обследования: биопсия гонад, консультация генетика, эндокринолога, кариотипирование, гормональное обследование. При выявлении хромосомного НФП 45X/46XY, смешанной дисгенезии гонад рекомендовано проведение удаление streak и производных мюллеровых протоков, учитывая риск их малигнизации.

Ключевые слова: дериваты мюллеровых протоков; крипторхизм; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Континентное отведение мочи у детей с экстрофией мочевого пузыря и эктрофией клоаки

Петрухина Ю.В.[1,2,3], Даренков С.П.[4], Коварский С.Л.[1], Меновщикова Л.Б.[1], Захаров А.И.[2], Текотов А.Н.[1], Бетанов З.В.[1], Шумихина М.В.[2], Струянский К.А.[2], Кузнецова М.С.[1], Склярова Т.А.[2], Пепеляева И.М., Пинчук И.С.[4]

[1] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

[3] Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента, Москва, Россия;

[4] Центральной государственной медицинской академии УДП, Москва, Россия

Обоснование. Недержание мочи является характерным осложнением и проявлением экстрофии мочевого пузыря и экстрофии клоаки. Несмотря на проводимое лечение, у части больных сохраняется частичное или полное недержание мочи вследствие малого объема мочевого пузыря и недоразвития сфинктерных механизмов. Для увеличения емкости мочевого пузыря выполняют расширяющую цистопластику сегментом тонкой или толстой кишки на брыжеечной ножке или формируют артифициальный мочевой пузырь с созданием континентной катетеризационной стомы.

Цель — оценить результаты гетеротопического континентного отведения мочи у детей с экстрофией мочевого пузыря и экстрофией клоаки.

Методы. В ДГКБ им Филатова Н.Ф. с 2018 года по настоящее время проведено 4 операции по формированию гетеротопического мочевого пузыря у детей с экстрофией мочевого пузыря и экстрофией клоаки и 1 операция — расширяющая цистопластика. Трем пациентам с экстрофией мочевого пузыря проведены операции по созданию гетеротопического мочевого пузыря по методике Mainzpouch 1, одному пациенту с экстрофией клоаки проведено формирование гетеротопического мочевого пузыря из тонкой кишки, другому — аугментационная цистопластика с созданием континентной эфферентной стомы по модифицированной методике Монти.

Результаты. Катамнез составил 7 лет. В настоящее время 4 пациента находятся на самокатетеризации мочевого пузыря, катетеризация свободная. Емкость резевуара составляет 300–500 мл, дети сухие. Дети и родители удовлетворены результатами операции, социально адаптированы. У одного ребенка с экстрофией мочевого пузыря в раннем послеоперационном периоде было отмечено нарушение проходимости удерживающей стомы, что потребовало проведение оперативного лечения с хорошим результатом. У одного ребенка с экстрофией клоаки после операции возникла несостоятельность аутлет-механизма, что проявлялось подтеканием мочи. Ребенку было проведено оперативное лечение — коррекция удерживающего механизма, удержание мочи достигнуто. У второго ребенка с эктрофией клоаки отмечено нарушение проходимости удерживающей стомы, планируется оперативное лечение. Состояние верхних мочевых путей без отрицательной динамики сохраняется у всех детей.

Заключение. Гетеротопическое континентное отведение мочи является операцией выбора у детей с микроцистисом и недержанием мочи, после проведения других способов коррекции. Отмеченные осложнения соответствуют данным мировой литературы.

Ключевые слова: экстрофия; недержание мочи; артифициальный мочевой пузырь.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Профилактика имплант-ассоциированных рисков при коррекции сколиозов у детей

Пимбурский И.П., Челпаченко О.Б., Жердев К.В., Бутенко А.С

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Актуальность. Задняя полисегментарная фиксация транспедикулярными винтами является основным методом коррекции тяжелых сколиотических деформаций у детей. Вместе с тем применение транспедикулярных винтов сопряжено с риском их мальпозиции. Остаются нерешенными вопросы стандартизации оценки рисков, выбора технологии и алгоритмов действий при мальпозиции, несмотря на развитие навигационных и аддитивных методов.

Цель — оптимизировать тактику спондилосинтеза при хирургической коррекции сколиотических деформаций у детей на основе профилактики имплант-ассоциированных рисков.

Методы. Проанализированы результаты лечения 120 детей со сколиотическими деформациями за 2010–2025 гг. Оценено положение 2193 транспедикулярных винтов. Пациенты были распределены на 3 группы: техника free-hand, 45 пациентов, 696 винтов; аддитивные технологии с 3D-печатными моделями позвоночника, 30 пациентов, 572 винта; интраоперационная КТ-навигация, 45 пациентов, 925 винтов. Проводили предоперационное лучевое обследование и послеоперационную КТ. Мальпозиции оценивали по направлению перфорации и клинической значимости. В группе free-hand дополнительно анализировали фронтальный наклон, ротацию инструментируемого позвонка, уровень установки и сторону деформации. Статистический анализ включал корреляционный анализ и логистическую регрессию.

Результаты. В группе free-hand частота мальпозиций составила 21,3%: незначительные 10,8%, сомнительные 6,6%, опасные 3,9%. Частота мальпозиций имела сильную прямую связь с исходной величиной основной дуги по Cobb (r = 0,784; p <0,001) и ротацией апикального позвонка (r = 0,648; p <0,001). Наибольшая частота мальпозиций отмечена в верхнегрудном отделе Th3-Th6. Медиальные мальпозиции чаще локализовались в апикальной зоне и возрастали при увеличении ротации, латеральные были связаны с фронтальным наклоном инструментируемого позвонка.

В группе аддитивных технологий частота мальпозиций составила 6,1%, в группе КТ-навигации 4,97%. В обеих технологических группах преобладали незначительные и сомнительные мальпозиции, доля опасных составила 0,1%. Значимых различий между аддитивными технологиями и КТ-навигацией не выявлено. КТ-навигация позволила нивелировать влияние ротации апикального позвонка на риск мальпозиции (r = 0,057; p = 0,709).

По данным логистической регрессии, увеличение фронтального наклона инструментируемого позвонка на 1° повышало шансы мальпозиции на 2,7%, увеличение ротации на 1° на 5,0%. Модель была статистически значимой (p <0,001), AUC составила 0,682. При сочетании фронтального наклона и ротации позвонка более 20° значимо возрастал риск мальпозиции на данном уровне.

Заключение. Аддитивные технологии и интраоперационная КТ-навигация значимо снижают частоту мальпозиций транспедикулярных винтов при коррекции сколиозов у детей по сравнению с техникой free-hand. Предоперационная стратификация риска по фронтальному наклону и ротации инструментируемого позвонка позволяет обоснованно выбирать технологию имплантации, избегать установки винтов в опасных зонах или использовать альтернативные варианты фиксации.

Ключевые слова: сколиоз; транспедикулярная фиксация; КТ-навигация; аддитивные технологии; мальпозиция винтов; нейромониторинг.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Предварительное отведение мочи при обструктивных уропатиях у детей раннего возраста

Писклаков А.В.[1], Мороз С.В.[2], Павленко Н.И.[1], Шевляков А.С.[2], Костюченко А.С.[2], Григоренко А.В.[2], Конова А.В.[3]

[1] Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия;

[2] Областная детская клиническая больница, Омск, Россия;

[3] Краевое патологоанатомическое бюро, Красноярск, Россия

Цель — сравнительная оценка эффективности методов предварительного отведения мочи при обструктивных уропатиях у детей раннего возраста.

Методы. Произведен анализ историй болезней 68 детей до 1 года с обструктивными мегауретерами и 66 с гидронефрозами 4 ст. (по Onen), проходившими лечение в Центре хирургии новорожденных ОДКБ и отделении урологии ГДКБ № 3 за 2019–2025 годы.

Все дети с гидронефрозами были новорожденными. Им были установлены пункционные нефростомы в возрасте в среднем 12,3±4,4 суток жизни. Показание для установки стомы — выраженное истончение почечной паренхимы на стороне поражения до 2–3 мм. В зависимости от вида производимого оперативного вмешательства дети с мегуретерами были разделены на 4 подгруппы: бужирование устья мочеточника с установкой низкого стента — 35 детей, бужирование устья мочеточника с установкой высокого стента — 3 детей, пункционная нефростомия с последующим или одновременным бужированием устья мочеточника — 17, наложение уретерокутанеостомы с последующим закрытием стомы и открытой операцией на уретеровезикальном соустье — 13.

Группа детей с гидронефрозами и последние 2 подгруппы детей с мегауретерами и были предметом анализа.

Результаты. У детей с гидронефрозами длительность дренирования лоханок с помощью нефростом составила в среднем 3,1±0,3 мес. При этом толщина паренхимы почки у 45 детей (68,2%) достаточно быстро увеличилась до 7–8 мм, также улучшились показатели кровотока. В дальнейшем 64 детям произведена операция пиелоуретеральной пластики с хорошим и удовлетворительным результатом. У 2 детей функция почки не восстановилась и им были произведены лапароскопические нефрэктомии. В группе детей с мегауретерами на фоне предварительного отведения мочи у 1 ребенка 3-й подгруппы возникло обострение пиелонефрита (6%). У 14 детей из 3-й подгруппы лечение произведено эндоскопически с хорошим и удовлетворительным результатом (82%). 2 детям произвести эндоскопическое стентирование не удалось, они успешно прооперированы открыто — операция Коэна (18%). Длительность функционирования нефростомы составила 3,5±0,7 мес.

У детей с мегауретерами в 4-й подгруппе обострение пиелонефрита имелось у 1 ребенка (8%). Радикально оперированы 11 — операция Коэна и закрытие уретерокутанеостомы (85%). Двое детей по-прежнему являются носителями стом из-за отсутствия положительной динамики в размерах мочеточника (15%). Длительность функционирования уретерокутанеостом составила 9,7±1,2 мес.

Выводы. Пункционная нефростома обеспечивает достаточное дренирование верхних мочевых путей, является малоинвазивным методом наружного дренирования и не требует повторной операции для своего закрытия. При необходимости длительного наружного отведения мочи при обструктивном мегауретере предпочтение необходимо отдавать уретерокутанеостоме.

Ключевые слова: гидронефроз; мегауретер; дети; отведение мочи.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Эффективность стентирования верхних отделов мочевыделительной системы при обструктивных уропатиях у детей

Подгорный А.Н.[1], Морозов Д.А.[1], Айрян Э.К.[2], Полещук Л.А.[1]

[1] Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии имени академика Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

[2] Московский многопрофильный клинический центр Коммунарка ДЗМ, Москва, Россия

Обоснование. Улучшение качества жизни детей, предотвращение почечной недостаточности является актуальной задачей в лечении пациентов с обструктивными уропатиями. Своевременная, в т. ч. антенатальная диагностика, адекватное хирургическая (нефрологическая), педиатрическая тактика, восстановление уродинамики — важнейшие критерии успеха в хирургическом лечении.

Цель — определить место малоинвазивных методов лечения пациентов с обструктивными уропатиями.

Методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 40 пациентов с гидронефрозом и 38 пациентов с обструктивным мегауретером. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнено рентген-урологическое обследование. При гидронефротической трансформации пациентам до 1 года выполнялись цистоскопия, бужирование пиело-уретерального сегмента и последующее стентирование собирательной системы почки под ультразвуковым контролем. При обструктивном мегауретере лечение включало выполнение цистоскопии, бужирования уретеро-везикального соустья и установку стента в мочеточник или собирательную систему почки. Длительность стентирования определялась динамикой сокращения размеров собирательной системы и мочеточника, купированием воспалительного процесса и в среднем составляла 2,5 мес. После удаления стента проводился УЗ-мониторинг. Критериями эффективности лечения являлись: уменьшение размера лоханки при гидронефрозе, уменьшение диаметра мочеточника и лоханки, оценка площади паренхимы почки и ее дефицита, оценка воспалительного процесса, степени микроальбуминурии, результаты статической нефросцинтиграфии.

Результаты. Хороший и удовлетворительный результат достигнут в 78% случаев при гидронефрозе и 88% пациентов с мегауретером. Выполнение пиелопластики или реимплантации мочеточника у соответствующих групп пациентов не потребовалось. У пациентов с отсутствием положительной динамики выполнено этапное хирургическое лечение, а стентирование собирательной системы почки рассматривалось как этапная подготовка к пиелопластике, что особенно актуально у пациентов с небольшим размером мочеточника. Данный подход позволил сократить как время пиелопластики, так и улучшить отдаленные ее результаты. Схожие результаты у пациентов с обструктивным мегауретером позволили также избежать более травматичного оперативного пособия. Важным аспектом являются не только изначальные ультразвуковые параметры органов мочевыделительной системы, но и их динамика в постнатальном периоде, т.к. развитие рефлюкс-нефропатии не всегда напрямую зависит от степени ультразвуковых или рентген-урологических изменений.

Заключение. Таким образом, в раннем возрасте тактика ведения детей с подозрением на «обструктивные уропатии» не должна быть выжидательной! При нарастании размеров лоханки, появлении дефицита паренхимы почки, ухудшении результатов нефросцинтиграфии показана активная малоинвазивная хирургическая тактика, которая является вариантом выбора способа хирургического лечения.

Ключевые слова: гидронефроз; мегауретер; стентирование.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Лечение детей с паховыми грыжами в условиях стационара одного дня

Поддубный Г.С.[1], Иманалиева А.А.[1,2], Сиднев А.Х.[1], Корочкин М.В.[1], Манжос П.И.[2]

[1] Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;

[2] Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия

Обоснование. Паховые грыжи представляют собой одно из наиболее распространенных хирургических заболеваний у детей. Операции по поводу паховых грыж составляют около 40% всех плановых хирургических вмешательств, выполняемых в детском возрасте. В современной детской хирургии приоритетным направлением является развитие стационарозамещающих технологий. Организация лечения пациентов с паховыми грыжами в условиях стационара одного дня нивелирует риск госпитальной инфекции, устраняет психологический стресс от разлуки с родителями и способствует быстрой реабилитации ребенка в домашних условиях.

Цель — оценка результатов лечения детей с паховыми грыжами в условиях стационара кратковременного пребывания.

Методы. За период с 2017 по 2025 г. в стационаре кратковременного пребывания (СКП) Морозовской ДГКБ оперированы 3899 детей с односторонней (n = 3509) и двусторонней (n = 390) паховой грыжей. Средний возраст пациентов составил 5,5 лет (от 1 года до 18 лет). 3029 пациентов оперированы открытым доступом, 870 пациентов — лапароскопическим доступом, из них лапароскопическая герниорафия путем наложения интракорпорального кисетного шва выполнена 833 пациентам, а 37 пациентам была выполнена лапароскопическая герниопластика по методике PIRS, которую стали применять в отделении с 2025 г. Лапароскопические операции применяли преимущественно у девочек, особенно при наличии двусторонней паховой грыжи, в том числе скрытых (субклинических) формах. Выполнение лапароскопических операций в условиях стационара одного дня стало возможным благодаря разработанному в отделении оригинальному алгоритму безопасного анестезиологического пособия с применением надгортанного воздуховода типа I-GEL. Госпитализация, операция и выписка пациентов из стационара происходили в течение одного дня. Контроль послеоперационных осложнений производился в период нахождения пациентов в стационаре и во время повторных визитов к хирургу после выписки из стационара.

Результаты. Средняя продолжительность традиционного грыжесечения составила 14 минут (при односторонней локализации — 10 минут, при двусторонней — 19 минут), продолжительность лапароскопической герниорафии составила 16 минут (при односторонней локализации — 12 минут, при двусторонней — 18 минут), лапароскопической герниопластики по методике PIRS — 10 мин. Интраоперационных осложнений не отмечено. Восстановление самостоятельной двигательной активности пациентов после оперативного вмешательства происходило через 1,5–2 часа после операции. Среднее время пребывания пациентов в отделении после операции составило 5,5 ч (4–8 ч). В раннем послеоперационном периоде гематома мошонки отмечена у 5 пациентов, оперированных открытым способом. У 14 (0,4%) пациентов отмечен рецидив грыжи (у 10 пациентов после открытой операции, у 4 — после лапароскопической герниорафии).

Заключение. Накопленный опыт демонстрирует безопасность и эффективность хирургического лечения детей с паховыми грыжами в условиях стационара одного дня.

Ключевые слова: паховая грыжа; стационар одного дня; лапароскопия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Лапароскопические операции при варикоцеле в условиях стационара одного дня

Поддубный Г.С.[1], Корочкин М.В.[1], Иманалиева А.А.[1,2], Сиднев А.Х.[1], Манжос П.И.[2]

[1] Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;

[2] Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия

Обоснование. Варикоцеле — одно из наиболее распространенных урологических заболеваний у детей и подростков, потенциально приводящее к нарушению фертильности. В последние годы лапароскопические операции стали предпочтительным методом лечения благодаря малой инвазивности, снижению болевого синдрома и быстрому восстановлению. Несмотря на успешный зарубежный опыт, в России применение лапароскопических операций при варикоцеле у детей в условиях стационара одного дня пока ограничено.

Цель — оценить эффективность лапароскопических операций у детей с варикоцеле в условиях стационара кратковременного пребывания (СКП).

Методы. В СКП Морозовской ДГКБ в период 2017–2025 гг. оперированы 2709 пациентов с левосторонним варикоцеле. Средний возраст пациентов составил 15,5 лет. Всем пациентам была выполнена лапароскопическая перевязка яичковых сосудов по методике Паломо. Перед вмешательством проводился комплексный отбор пациентов с оценкой физического статуса ребенка, наличия соматической патологии, способной повлиять на анестезиологическое обеспечение и ход операции. Для проведения лапароскопических операций в СКП были сформулированы четкие критерии отбора: отсутствие хронических патологий сердечно-сосудистой и дыхательной систем, текущих респираторных заболеваний, психических расстройств и анатомических деформаций лицевого скелета и шеи. Ключевым фактором внедрения операций в условиях СКП стал специально разработанный в отделении алгоритм анестезиологического сопровождения с использованием надгортанного воздуховода I GEL без интубации трахеи, благодаря которому удалось исключить использование наркотических анальгетиков и миорелаксантов во время лапароскопии и обеспечить оптимальные условия для работы хирургической бригады.

Результаты. Интраоперационных осложнений не отмечено. Средняя длительность операции — 18 минут. Восстановление самостоятельной двигательной активности через 1,5–2 часа после вмешательства. Средняя продолжительность нахождения в отделении после операции составила 5 часов (4–8 часов). Ранняя выписка допускалась при соблюдении следующих условий: отсутствие послеоперационных осложнений, стабильная компенсация сопутствующих заболеваний, восстановленная двигательная активность, контролируемая послеоперационная боль, купируемая пероральными анальгетиками. Катамнестическое наблюдение осуществлено у 1104 пациентов со сроком от 1 до 24 месяцев (в среднем — 12 месяцев). В группе катамнестического наблюдения частота осложнения составила: гидроцеле — у 47 детей (4,3%), орхоэпидидимит — у 24 пациентов (2,2%), рецидив варикоцеле — у 31 (2,8%). Иных осложнений в ходе наблюдения не выявлено.

Заключение. Внедренный в отделении алгоритм безопасного анестезиологического обеспечения доказал свою эффективность для проведения лапароскопических операций при варикоцеле в условиях стационара одного дня. Полученные результаты свидетельствуют о безопасности методики и ее сопоставимости по эффективности с лечением в условиях круглосуточного стационара.

Ключевые слова: варикоцеле; стационар кратковременного пребывания; лапароскопия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Кишечное кровотечение при воспалительных заболеваниях кишечника: клинические случаи

Подлипаева С.Г., Петров Д.А., Цимбалова Е.Г.

Российская детская клиническая больница, филиал РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Обоснование. Классические проявления воспалительных заболеваний кишечника у детей в 80% случаев включают ректальные кровотечения вследствие эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки кишечника. Однако около 1–2% детей из этой группы кишечное кровотечение (КК) носит массивный характер, объем кровопотери за сутки может превысить 1–2 объема циркулирующей крови. Именно такая клиническая картина определяет тяжесть состояния пациента и требует немедленного хирургического участия в лечении ребенка.

Описание клинических случаев: Представлены два клинических случая ВЗК с дебютом КК. В первом случае девочка 15 лет госпитализирована в тяжелом состоянии в реанимационное отделение федерального центра с жалобами на потерю веса 12 кг за месяц, частый жидкий стул с кровью. По результатам дообследования выявлено тотальное эрозивно-язвенное поражение толстой кишки с продолжающимся кровотечением из всех отделов, рубцовый стеноз привратника. В связи с продолжающимся кишечным кровотечением, не купируемым консервативными методами, протяженным поражением толстой кишки определены показания к тотальной колэктомии с формированием терминальной илеостомы. Послеоперационный период без хирургических осложнений, с положительной динамикой. Выставлен диагноз болезнь Крона с сочетанным поражением верхних отделов ЖКТ и толстой кишки. Получала антицитокиновую терапию, глюкокортикостероиды. Однако через год диагноз был пересмотрен. Учитывая клинические данные (кишечное кровотечение в дебюте заболевания), диффузное поражение толстой кишки по данным эндоскопического обследования, отсутствие гранулематозного воспаления желудочно-кишечного тракта по данным морфологического исследования в дебюте заболевания и за период наблюдения за пациентом, наличие поражения верхних отделов пищеварительного тракта было расценено как стрессовое. Таким образом, диагноз был пересмотрен в сторону тотальной формы язвенного колита умеренной степени активности. Получала биологическую терапию с положительным эффектом. В дальнейшем целостность кишечника была восстановлена наложением илеоректального анастомоза.

Вторая пациентка 12 лет поступила с жалобами на боли в животе, частый жидкий стул с примесью крови. В ходе дообследования гистологически был подтвержден диагноз болезни Крона. Получала гормональную терапию с положительным эффектом по клинико-лабораторным данным. Однако развилось острое КК с потерей сознания и развитием клиники геморрагического шока. В экстренном порядке была выполнена эндоскопия, источник кровотечения не визуализирован. В связи с продолжающимся кровотечением была выполнена экстренная мини-лапаротомия с интестиноскопией. Выявлено поражение подвздошной кишки с активным кровотечением из язв при болезни Крона. Кровотечение остановлено комбинированным гемостазом. В послеоперационном периоде назначена эскалация терапии ВЗК. Выписана в стабильном состоянии.

Заключение. Представленные клинические случаи подтверждают, что пациенты с диагнозом ВЗК и нетипичным КК должны быть обследованы в срочном порядке с проведением эндоскопии для установления источника кровотечения и выбора способа экстренного гемостаза, а также для подтверждения диагноза. Ведение таких пациентов требует мультидисциплинарного подхода с привлечением гастроэнтеролога, детского хирурга и эндоскописта.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника; осложнения; кишечное кровотечение; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Случай успешного хирургического лечения ребенка с полным травматическим отрывом бронха

Поклад А.А.[1], Симонов А.В.[1], Кузнецов С.А.[1], Шаршов Ф.Г.[1], Бабич И.И.[2]

[1] Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия;

[2] Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Кататравма относится к одним из наиболее тяжелых видов детского травматизма.

Ребенок 10 лет был травмирован вследствие падения с высоты. На 1-е сутки получил срочную медицинскую помощь по месту жительства в объеме: дренирование правой плевральной полости. На 2-е сутки ребенок по линии санавиации транспортирован в Областную детскую клиническую больницу. При поступлении выполнено КТ ГМ, ШОП, ОГК, ОБП, МТ. Выставлен диагноз: сочетанная травма, закрытая травма органов грудной клетки с переломом грудины, пневмомедиастинум, правосторонний пневмоторакс, двусторонний ушиб легких, ушиб сердца, обширная подкожная эмфизема. При поступлении в ОАР № 1 состояние тяжелое, уровень сознания — оглушение 1, дыхание спонтанное через ВДП, с дополнительной респираторной поддержкой увл. O_2 через лицевую маску. Аускультативно: дыхание ослаблено по всей поверхности, справа практически не выслушивается, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. По всей поверхности от подбородка до бедер пальпаторно определяется крепитация. Лицо одутловато. На 3-и сутки отмечается отрицательная динамика в виде нарастания дыхательной недостаточности, нарастания эмфиземы в области шеи. В связи с этим выполнена интубация трахеи, ребенок переведен на ИВЛ. Выполнена диагностическая бронхоскопия, на которой обнаружено: короткая культя правого главного бронха; полость средостения неправильной формы, в полости определяется бронхиальная группа правого легкого. Диагностирован посттравматический полный отрыв главного бронха правого легкого в области корня с диастазом. В телефонном режиме состояние ребенка согласовано с торакальными хирургами, рекомендовано проведение экстренного оперативного вмешательства в объеме торакотомии с интраоперационным принятием решения о проведении пульмонэктомии. Интраоперационно эндоскопически произведена однолегочная интубация. В 4-м межреберье справа выполнена торакотомия. Легкое сдвинуто книзу, вскрыта медиастинальная плевра, визуализирован правый главный бронх. На расстоянии 2 см от бифуркации определяется полный линейный отрыв правого главного бронха с диастазом 5 см и полным разрывом одного бронхиального кольца. Дистальный и проксимальные концы бронха мобилизованы. Рана не выглядела септически пораженной: плевральный выпот прозрачный, посторонних запахов не было. Принято решение о наложении анастомоза. Поврежденное бронхиальное кольцо удалено, наложен прямой циркулярный анастомоз без натяжения однорядным швом. Швы дополнительно укреплены герметизирующим фибриновым клеем. Плевральная полость санирована, дренирована через дополнительный разрез. Дренаж фиксирован, рана послойно ушита. Ребенок переведен в ОАР № 1 на однолегочной вентиляции. В терапии добавлен 3-й антибиотик. На 3-и сутки после операции выполнена бронхоскопия, швы бронха состоятельны, ребенок переведен на двулегочную вентиляцию. На 10-е сутки ребенок экстубирован. На 14-е сутки переведен в профильное хирургическое отделение № 1. На 17-е сутки удалены дренажи из плевральной полости. На 20-е сутки сняты швы в 4-м межреберье, на 21-е сутки ребенок переведен для дальнейшего наблюдения по месту жительства.

Заключение. Несмотря на то, что после травмы прошло более 3 суток, адекватно проводимая антибиотикотерапия позволила сохранить легкое путем наложения анастомоза с использованием герметизирующего фибринового клея.

Ключевые слова: травматический отрыв бронха; торакотомия; герметизирующий клей.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Современный выбор хирургического лечения у детей с портальной гипертензией

Разумовский А.Ю.[1,2], Рачков В.Е.[1], Митупов З.Б.[1,2], Чумакова Г.Ю.[2], Зайнулабидов Р.А.[2]

[1] Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;
[2] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Актуальность. Портальная гипертензия (ПГ) может быть причиной фатального кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. По мере накопления данных о развитии и/или усугублении печеночной энцефалопатии у пациентов с этой патологией после сосудистого шунтирования (за исключением мезопортального шунтирования (МПШ)), подход к выбору хирургического вмешательства кардинально изменился. Современная хирургия ПГ имеет целью сохранение максимально возможной портальной перфузии, что сводит к минимуму проявления энцефалопатии и улучшает качество жизни детей с данной патологией.

Методы. С 201 по 2025 г. в отделении торакальной хирургии ДГКБ им. Н.Ф. Филатова находилось на лечении 539 пациентов с ПГ. Средний возраст составил 9,5 лет. Всем пациентам с внепеченочной ПГ выполняется ревизия левой ветви воротной вены (ЛВВВ) с целью создания МПШ. В случаях, когда выявляется непроходимость ЛВВВ и в анамнезе были кровотечения ЖКТ, выполняется спленоренальный бок-в-бок (СРШ). С целью улучшения портальной перфузии при СРШ в дальнейшем выполняется лигирование селезеночной вены для перевода его в дистальный СРШ. В случаях отсутствия риска кровотечения ЖКТ (варикозное расширение вен I–II степени) выполняется только ревизия ЛВВВ или гастротомия с прошиванием вен кардии.

Результаты. За последние 10 лет детям с ПГ выполнено 539 операций. Из них 315 операций включали ревизию ЛВВВ у детей с внепеченочной формой ПГ. МПШ выполнен у 129 детей (40,95% от числа ревизий). У 53 (16,82%) пациентов выполнена только ревизия или ревизия с гастротомией с прошиванием вен кардии, остальным 133 (42,23%) пациентам была выполнен СРШ либо мезокавальный шунт (МКШ).

Тромбоз МПШ в раннем послеоперационном периоде был диагностирован в 15 (11,6%) случаев. У 10 пациентов была выполнена тромбэктомия и шунт сохранен. У 4 пациентов выполнен СРШ и у 1 пациента — прошивание вен кардии. Таким образом, МПШ было успешным у 125 (96,89%) пациентов. У 182 пациентов выполнен СРШ. С 2020 года 59 пациентам выполнена реконструкция СРШ в дистальный СРШ. Для оценки эффективности вмешательства используются диагностическая ангиография, эхокардиография, измерение уровня аммиака в крови.

Выводы. Единственным достоверным методом диагностики проходимости ЛВВВ у детей с внепеченочной формой ПГ является ее ревизия. В случае тромбоза МПШ в раннем послеоперационном периоде экстренная тромбэктомия позволяет сохранить функцию шунта. Детям с внепеченочной ПГ при непроходимости ЛВВВ портосистемный шунт необходим только при риске кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Реконструкция СРШ у детей в дистальный спленоренальный значимо улучшает портальную перфузию и, следовательно, минимизирует проявления печеночной энцефалопатии.

Ключевые слова: портальная гипертензия; мезопортальное шунтирование; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Опыт робот-ассистированных торакоскопических вмешательств у детей

Рожанский А.П.[1,2], Козлов Ю.А.[1,2,3], Сапухин Э.В.[1], Марчук А.А.[1], Гасанов А.Г.[1], Тещук Р.А.[1], Муравьев С.А.[1], Джурабаев И.И.[2], Савин И.Н.[2]

[1] Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

[2] Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

[3] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Иркутск, Россия

Обоснование. За последние несколько десятилетий робот-ассистированная хирургия постепенно приобрела популярность во всех областях хирургии и позволила выполнять более сложные вмешательства минимально инвазивным методом.

Цель — демонстрация опыта использования робот-ассистированной торакоскопической хирургии у детей.

Методы. Работа представляет из себя одноцентровое ретроспективное неконтролируемое исследование демографических и периоперационных данных пациентов и оперативных вмешательств, выполненных с использованием роботизированного хирургического комплекса Versius (CMR, Великобритания) у детей с патологией грудной клетки на базе ГБУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница в период с декабря 2022 года по декабрь 2025 года. Анализу подвергались демографические данные пациентов, периоперационные показатели, а также катамнестические данные.

Результаты. Всего было прооперировано 7 пациентов. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро–Уилка. Количественные показатели, выборочное распределение которых соответствовало нормальному, описывались с помощью средних арифметических величин (*M*) и стандартных отклонений (*SD*). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (*Me*) и нижнего и верхнего квартилей (Q_1–Q_3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений, процентных долей и 95% доверительного интервала.

Вмешательства были распределены следующим образом: удаление нейрогенной опухоли заднего средостения: 2 пациента; пластика грыжи Морганьи: 1 пациент; резекция кисты тимуса: 1 пациент; энуклеация кисты пищевода: 1 пациент; пластика посттравматического дефекта диафрагмы: 1 пациент; удаление инородного тела средостения: 1 пациент.

Средний возраст пациентов на момент операции составил 13,57±3,74 лет. Средний вес больных на момент операции составил 64,86±15,57 кг. Среднее время операции составило 140,00±34,52 мин. Операции не сопровождались интраоперационными осложнениями, такими как кровотечение, перфорация органов, травма соседних анатомических структур. Все опухоли были удалены в пределах границ здоровых тканей. Средняя длительность пребывания пациентов в палате интенсивной терапии составила 18,86±5,01 часов. Средняя длительность госпитализации составила 7,0 (7,0; 7,5) сут. В отдаленном периоде после операций не было отмечено сколько-нибудь значимых осложнений в виде рецидива симптомов заболевания, инфекции плевральной полости, деформаций грудной клетки.

Заключение. Роботизированная торакоскопическая хирургия может рассматриваться как безопасный и осуществимый подход для лечения широкого спектра заболеваний органов грудной клетки у детей.

Ключевые слова: робот-ассистированная хирургия; торакоскопическая хирургия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Редкая, рецидивирующая злокачественная опухоль из клеток сертоли-лейдига правого яичника у ребенка 11 лет: успешное сочетание хирургии и химиотерапии

Рохоев М.А.[1,2], Шароев Т.А.[3,4], Юрченко М.Ю.[1] Алпатов В.Ю.[1]

[1] Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

[3] Национальный медицинский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Москва, Россия;

[4] Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Обоснование. Опухоли из клеток Сертоли–Лейдига (SLCT) составляют <0,5% всех опухолей яичников, у детей встречаются крайне редко. Наследственные формы ассоциированы с мутациями в гене DICER1, предрасполагающими к развитию редких новообразований (синдром DICER1). Рецидивы SLCT устойчивы к стандартной терапии и имеют неблагоприятный прогноз. Описания успешного излечения пациентов с тремя и более рецидивами SLCT в литературе единичны.

Описание клинического случая. Пациентка Л., 11 лет: девочка, дебют в декабре 2018 года с болей в животе, доставлена бригадой СМП в ДККБ г. Краснодар. Первый хирургический этап (29.12.2018): выполнена диагностическая лапароскопия с переходом на нижнесрединную лапаротомию с удалением опухоли. Первичное гистологическое заключение — незрелая тератома. После пересмотра материала в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» диагноз уточнен как гранулезоклеточная опухоль, в связи с чем рекомендована повторная операция. Госпитализирована в отделение онкологии № 1 НПЦ спецмедпомощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенцкого. Второй хирургический этап (12.02.2019): выполнены нижнесрединная лапаротомия, ревизия малого таза и правосторонняя овариоэктомия. Окончательное гистологическое заключение — умеренно дифференцированная опухоль из клеток Сертоли–Лейдига с гетерологичными элементами и прорастанием в стенку мочевого пузыря. В послеоперационном периоде проведено 6 курсов ПХТ по протоколу MAKEI-2005. Третий хирургический этап (01.12.2021) — первый рецидив: через 2,5 года у пациентки появились выделения из половых путей и выпадение образования из влагалища. Выполнено удаление опухоли влагалища. Проведено 6 курсов противорецидивной ПХТ по схеме VeIP. Генетическое исследование: методом экзомного секвенирования выявлена патогенная гетерозиготная мутация в гене DICER1 c.5521delC. Подтвержден наследственный характер заболевания. Четвертый хирургический этап (26.09.2023) — второй рецидив: на фоне роста ингибина В (277 нг/мл) выполнено удаление рецидивной опухоли справа с биопсией левого яичника. Пятый хирургический этап (08.11.2023) — третий рецидив: выполнена лапароскопическая аднексэктомия справа, подтверждено метастатическое поражение левого яичника. Для противорецидивного лечения выбрана схема карбоплатин + паклитаксел, проведено 6 курсов ПХТ. После завершения лечения и контрольного обследования признаков прогрессии не выявлено. Программное противорецидивное лечение завершено. Пациентка находится в устойчивой ремиссии под динамическим наблюдением.

Заключение. В представленном клиническом случае, несмотря на три рецидива и прорастание опухоли в стенку мочевого пузыря, благодаря последовательной комбинированной тактике — пяти радикальным хирургическим вмешательствам (включая повторные циторедукции

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

и лапароскопическую аднексэктомию) в сочетании с тремя линиями полихимиотерапии (MAKEI-2005, VeIP, карбоплатин/паклитаксел) — достигнута устойчивая клиническая ремиссия. Выявление герминальной мутации DICER1 подтвердило наследственный характер. Данный случай доказывает, что даже при многократно рецидивирующем течении DICER1-ассоциированной SLCT у ребенка возможно излечение при условии агрессивной хирургической стратегии и гибкого подхода к выбору схем химиотерапии.

Ключевые слова: онкология; яичники; клетки Сертоли–Лейдига; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Функциональные основы деривации мочи в лечении пациентов с двусторонним мегауретером

Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю.

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Россия

Обоснование. Лечение пациента с двусторонним мегауретером представляет собой многоэтапный процесс, в котором деривация мочи является одним из основных этапов и задач. Известны и разработаны методики дренирования на различных уровнях — нефростомия, пиелостомия, различные виды уретерокутанестомии, цисто- и везикостомия, трансуретральная катетеризация мочевого пузыря, а также стентирование мочевых путей, финальной задачей которых является сохранение или восстановление функции почки, при этом сохранение/восстановление функции мочевых путей не всегда учитывается.

Цель — оценить применяемые методы дренирования у пациентов с двусторонним мегауретером (МУ), влияние их на функцию почек и состояние верхних и нижних мочевых путей.

Методы. Проспективный анализ 200 пациентов с двусторонним МУ, катамнез наблюдения за которым составил до 15 лет. Оценены методы деривации, применяемые на этапах лечения, этапность выполнения, результаты в восстановлении функции почек и мочевых путей. Методы деривации подразделялись по уровню (верхние/нижние мочевые пути), на дренажные/бездренажные, континентные/инконтинентные, постоянное/интермиттирующее отведение, а также временные и пожизненные.

Результаты. На этапах лечения уретерокутанеостомия применялась у 78 пациентов, в 44 случаях в двустороннем варианте, стентирование мочеточника у 66 больных, нефростомия у 32 пациентов, континентная везикостомия у 23, цистостомия у 12, продленная уретральная катетеризация у 18. Восстановление функционального состояния почки обеспечивается любым методом при условии адекватного дренирования и купированимя воспалительного процесса. Анатомо-функциональное состояние мочевых путей значимо отличается в зависимости от применяемой методики. Уретерокутанеостомия имела значимое преимущество сокращении дилатации ВМП по сравнению с нефростомией или стентированием.

Пациенты с двусторонним дренированием ВМП (нефростомия, уретерокутанеостомия или стентирование) требовали особого внимания в восстановлении функции мочевого пузыря, но имели преимущества по сравнению с дренажными вариантами отведения мочи на уровнее НМП (цистостома, катетеризация).

Заключение. В лечении пациента с двусторонним мегауретером необъодимо учитывать и планировать применение методов деривации мочи не только в зависимости от исходной клинической картины, но и с учетом финальной задачи — будет ли это временное отведение для восстановления/сохранения функции почки с полным восстановлением уродинамики верхних и нижних мочевых путей, либо пациенту понадобится пожизненное дренирование. Единственным методом, используемым пожизненно, должна быть континентная везикостомия. Методы и технологии должны быть фунциесберегающими.

Ключевые слова: двусторонний мегауретер; уретерокутанеостомия; везикостома; нефростома; стентирование мочеточника.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Синдромальный крипторхизм у пациентов с пороками развития органов мочевыделительной системы — иные механизмы патогенеза

Сабирзянова З.Р., Павлов А.Ю., Романюк Д.С.

Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва, Россия

Обоснование. Анатомо-функциональная связь между мочевой и репродуктивной системами у мужчин обусловлена общностью их эмбрионального происхождения, когда развитие дистальных отделов мочеточников и структур репродуктивной системы происходит в тесной пространственной и временной связи, что объясняет возможность коморбидной патологии. На сегодняшний день определены генетические факторы, отвечающие непосредственно за процесс внутриутробной миграции яичек, а также гены, влияющие через другие пути развития на формирование синдромальных форм крипторхизма.

Цель — изучить сочетание крипторхизма с различными формами CAKUT-синдрома, а на основании данных полноэкзомного секвенирования установить генетические факторы, влияющие на его развитие.

Методы. В рамках исполнения государственного задания «Метод прогнозирования дисфункций почек при сочетанной врожденной аномалии почек и мочевыводящих путей (Cakut-syndrom) у детей» (QMTB-2025-0001) проведен проспективный анализ 133 мальчиков с клинически верифицированной двусторонней обструктивной уропатией (в сочетании с крипторхизмом у 23 из них), выполнены полноэкзомное секвенирование и биоинформационный анализ полученных данных.

Результаты. Несмотря на клиническое разнообразие урологического порока (мегауретер, ПМР, гидронефроз) сочетание с крипторхизмом чаще всего установлено у пациентов с двусторонним мегауретером (19 из 23). Выявлены мутации в 33 генах, 15 из которых (KMT2D, FRAS1, NOTCH2, FREM2, SALL1,GRIP1, NPHP3, ACE, ROBO2, DHCR7,GREB1L, HOXA13, BMP4, KDM6A, WNT5A) на настоящий момент описаны в синдромах и механизмах развития аномалий яичек и уретры.

Частота встречаемости мутаций ни в одном гене не имела достоверных различий у пациентов с крипторхизмом по сравнению с пациентами с изолированным Cakut-синдромом. При этом у пациентов с сочетанным крипторхизмом не было выявлено мутаций в тех генах, которые на сегодняшний день считаются главными в механизме внутриутробной миграции гонады и развитии крипторхизма — TREM2, INSL3 и RXFP2 и AR — ген рецепторов андрогенов.

Заключение. Таком образом необходимо выделять изолированные и синдромальные формы крипторхизма, механизмы развития которых отличаются. Клиническая группа пациентов с сочетанным пороком в виде двустороннего мегауретера с крипторхизмом является перспективной в дальнейшем изучении эпигенетических и молекулярно-генетических механизмов развития обоих заболеваний. Пациенты с сочетанными аномалиями должны иметь иные механизмы их развития, не связанные с классическими эндокринными путями крипторхизма, а универсальные — как для гонады, так и для мочеточника, а соответственно и иные методы их персонифицированного лечения.

Ключевые слова: крипторхизм; двусторонний мегауретер; Cakut-syndrom; полноэкзомное секвенирование.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Органосохраняющее хирургическое лечение при опухолях костей у детей

Савлаев К.Ф.[1], Рохоев М.А.[1,2], Алпатов В.Ю.[1], Иванова Н.М.[1]

[1] Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Обоснование. Злокачественные опухоли костей у детей встречаются редко, однако имеют высокую медико-социальную значимость из-за агрессивного течения и риска инвалидизации. За последние десятилетия достигнут значительный прогресс: мультидисциплинарное лечение с применением полихимиотерапии и улучшенной хирургической техники превратило органосохраняющие операции из исключения в стандарт — более 90% детей с остеосаркомой, саркомой Юинга или хондросаркомой могут быть пролечены без ампутации. При соблюдении онкологических принципов (широкие R0-резекции) сохранение конечности путем эндопротезирования и реконструктивно-пластических операций не ухудшает отдаленные результаты по сравнению с ампутацией, тогда как функциональные и психосоциальные исходы существенно лучше.

Цель — улучшение результатов хирургического лечения детей, больных злокачественными опухолями костей путем эндопротезирования и реконструктивно-пластических операций.

Методы. В настоящее исследование были включены 87 детей: 48 мальчиков и 39 девочек в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст — 11 лет), проходивших лечение с 2011 по 2026 год в онкологическом отделении № 1 ГБУЗ «НПЦ спецмедпомощи детям ДЗМ». Поражение дистального эпиметадиафиза бедренной кости было у 31 детей, проксимального эпиметадиафиза большеберцовой кости — у 17 пациентов, у 1 ребенка отмечалось дистальное поражение большеберцовой кости, 13 больных были с поражением проксимального эпиметадиафиза плечевой кости, 8 пациентов с поражением проксимального эпиметадиафиза бедренной кости, 3 детей с поражением диафиза бедренной кости, 1 девочка с поражением диафиза лучевой кости, 1 больной с поражением дистального эпиметадиафиза лучевой кости, 1 больной с опухолью III пястной кости, 1 девочка с опухолью X ребра, 5 детей с опухолями подвздошных костей, 1 девочка с опухолью лопатки, 1 мальчик с опухолью L 2 позвонка, 1 ребенок с опухолью рукоятки грудины. Эндопротезирование из них выполнено 76 пациентам. Удлиняющиеся эндопротезы имплантированы 55 пациентам от 4 до 16 лет, из них 31 имплант не требовал дополнительного хирургического вмешательства для дистракции, которая осуществлялась за счет воздействия электромагнитного поля, 5 пациентам выполнены реконструктивно-пластические операции: сегментарная резекция проксимального метадиафиза лучевой кости и пластикой аутокостью; резекция IX–XI ребер с пластикой викрил-проленовой сеткой; резекция лучевой кости с транспозицией локтевой кости; экстирпация III пястной кости правой кисти с пластикой аутокостью; резекция тела и рукоятки грудины с пластикой пластиной Пермакол.

Результаты. В настоящее время 16 пациентов погибли от метастазов и прогрессирования болезни, 71 живы и находятся в ремиссии, ортопедический результат хороший и удовлетворительный. В оперированных суставах достигнут объем движений, близкий к физиологическому, достаточный для выполнения рутинных действий. Оценка по MSTS составила в среднем: для верхней конечности — 86,4, для нижней конечности — 76,5.

Заключение. Органосохраняющее лечение путем эндопротезирования и реконструктивно-пластических операций является приоритетным направлением детской онкоортопедии, что имеет большое значение с деонтологических и социальных позиций, поскольку может существенно повысить результаты лечения и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: злокачественные опухоли; кости; дети; эндопротезирование.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Мобилизация основной дуги деформации при хирургическом лечении идиопатического сколиоза у детей: показания и критерии выбора

Самохин К.А.[1,2], Челпаченко О.Б.[3], Котлубаев Р.С.[2], Пимбурский И.П.[3], Глухова Т.В.[1,2], Нсанбаев Б.С.[1,2]

[1] Оренбургский областной клинический центр хирургии и травматологии, Оренбург, Россия;

[2] Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия;

[3] Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. В последние годы все больше хирургов предпочитают одноэтапное лечение тяжелых сколиозов из дорсального доступа, сочетая его с различными методами мобилизации позвоночника. Исследования показали, что остеотомии позвоночника помогают сократить сроки лечения и избежать двухэтапных операций с вентральным релизом. В настоящее время среди специалистов нет единого мнения о том, какие методы мобилизации позвоночника являются оптимальными при различных техниках хирургической коррекции и стабилизации тяжелых форм идиопатического сколиоза.

Цель — повысить эффективность и качество жизни хирургического лечения детей с идиопатическим сколиозом за счет оптимизации методов мобилизации деформации позвоночника.

Методы. Изучены клинико-рентгенологические данные 94 пациентов, подвергшихся хирургическому лечению по поводу идиопатического сколиоза. По методу лечения пациенты распределены на 3 группы: 1-я (контрольная; $n = 30$) — одноэтапная дорсальная коррекция с G1-остеотомией; 2-я ($n = 31$) — двухэтапное хирургическое лечение с передним релизом; 3-я ($n = 33$) — одноэтапная дорсальная коррекция с апикальными G2-остеотомиями. Группы сформированы на основе величины угла сколиотической дуги и мобильности деформации (индекс мобильности и индекс стабильности по А.И. Казьмину). Пациенты были репрезентативны по полу, возрасту, типу деформации по L. Lenke. В каждой группе выделено 3 подгруппы в зависимости от исходной величины грудного кифоза. Проведена оценка качества жизни 88 пациентов при помощи неспецифического опросника качества жизни PedsQL до и спустя год после оперативного лечения.

Результаты. Применение технологии Cotrel–Dubousset продемонстрировало высокую эффективность в коррекции сколиотических деформаций позвоночника с величиной угла 49,5±1,8° при исходно мобильных деформациях (с индексом стабильности по А.И. Казьмину 0,7±0,02 и индексом мобильности, имеющим среднее значение 57,7±2,18). Передний релиз сколиотической дуги показал значимую эффективность у пациентов второй группы. Особенно заметные результаты были в подгруппах с грудным гипокифозом (p <0,01) и нормокифозом (p <0,05). У пациентов с гиперкифозом наиболее значимую коррекцию (p <0,01) обеспечило одноэтапное лечение с G2-остеотомией по методике F. Schwab. Выбор метода мобилизации позвоночника, основанный на степени выраженности грудного кифоза, значительно повысил качество жизни детей после оперативного лечения, так как по данным опроса исследуемых с применением неспецифического опросника PedsQL выявлен значимый прирост баллов по шкалам эмоционального, социального и ролевого функционирования (p <0,01).

Заключение. При определении показаний к мобилизации основной дуги деформации нужно ориентироваться на ее параметры и подвижность. Для этого нужно учитывать величину деформации основной дуги во фронтальной плоскости, индекс стабильности по А.И. Казьмину и индекс мобильности. Ключевым критерием при выборе метода мобилизации позвоночника является исходная величина грудного кифоза. Это подтверждается изменениями в клинико-рентгенологической картине и качеством жизни пациентов в долгосрочной перспективе.

Ключевые слова: идиопатический сколиоз; остеотомии G1 и G2 по F. Schwab; грудной кифоз; передний релиз; качество жизни.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Анализ эффективности двухэтапного хирургического лечения сколиоза у пациентов с использованием видеоассистированной торакоскопии

Самохин К.А.[1,2], Челпаченко О.Б.[3], Пимбурский И.П.[3], Котлубаев Р.С.[2], Глухова Т.В.[1,2], Нсанбаев Б.С.[1,2]

[1] Оренбургский областной клинический центр хирургии и травматологии, Оренбург, Россия;

[2] Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия;

[3] Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. Торакоскопические техники в последние годы все чаще используются в хирургии деформаций позвоночника. Использование видеоассистированной торакоскопии для переднего релиза позвоночника при деформациях существенно снизило количество осложнений по сравнению с открытым передним релизом. Дискуссионным остается вопрос о результативности и целесообразности сочетания переднего релиза с задним спондилодезом по сравнению с одноэтапным хирургическим лечением.

Цель — оценить эффективность многоуровневого торакоскопического переднего релиза и уточнить показания к его проведению при двухэтапном хирургическом лечении идиопатического сколиоза у детей.

Методы. Проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения 48 пациентов с идиопатическим сколиозом грудного отдела позвоночника в возрасте от 12 до 17 лет, с грудной дугой более 60°. Для определения стабильности деформации применялся индекс стабильности по А.И. Казьмину. В I группу вошли 27 пациентов, прооперированных в один этап без переднего релиза, и во II группу — 21 пациент в два этапа, с предварительным торакоскопическим релизом. Средний возраст пациентов составил в 1 группе 14,4±1,8, во 2 группе — 15,2±1,56. Пациенты также были распределены в соответствии с тестом Риссера и типом деформации по L. Lenke.

Результаты. В первой группе средний угол деформации по Коббу был 71,8°, а индекс стабильности — 0,8. Во второй группе эти показатели составили 69,7° и 0,82 соответственно. После операции в первой группе средний угол по Коббу снизился до 27,8°, что соответствует коррекции в 63,39%. Во второй группе угол деформации уменьшился до 17,4%, а коррекция составила 76,26%. Мы обнаружили статистически значимое увеличение послеоперационной коррекции при использовании комбинированного переднезаднего подхода на 12,87% (p <0,05). В ходе анализа исследуемых групп не было выявлено ни осложнений, связанных с оперативным вмешательством, ни специфических осложнений, характерных для торакоскопической техники.

Заключение. Выполнение торакоскопической многоуровневой мобилизации позвоночника при средне-тяжелых относительно мобильных сколиотических деформациях (>60° и <85° по Коббу, индекс по А.И. Казьмину: 0,75–0,85) позволило значимо повысить степень послеоперационной коррекции грудной сколиотической дуги (p <0,01). Это позволяет снизить степень хирургической агрессии и минимизировать интра- и постоперационные осложнения. Многоуровневая дискэктомия позволяет устранить клиновидность межпозвоночного диска, связанную со смещением пульпозного ядра в выпуклую сторону деформации, выполнить деструкцию ростковой зоны с выпуклой стороны деформации, что способствует ликвидации ассиметричного роста тел позвонков на вершине деформации, а также создать условия формирования спондилодеза на 360° на вершине деформации, что, в свою очередь, является мерой профилактики нестабильности металлоконструкции в отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: идиопатический сколиоз; торакоскопия; передний релиз; индекс А.И. Казьмина; угол по Коббу.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Редкий случай острого гематогенного остеомиелита мыщелка затылочной кости у 13-летней девочки: клиническое наблюдение

Самохин К.А.[1,3], Котлубаев Р.С.[2,3], Кремин А.С.[2], Казюлин Д.А.[2], Чарухов Б.Э.[2], Ерохина О.А.[2], Поснов А.А.[2]

[1] Оренбургский областной клинический центр хирургии и травматологии, Оренбург, Россия;

[2] Областная детская клиническая больница, Оренбург, Россия;

[3] Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

Обоснование. Диагностика остеомиелита нетипичной локализации, в частности в области краниовертебрального перехода, может задерживаться из-за неспецифических симптомов, включая головную боль и дисторсию шейного отдела позвоночника, вторичную кривошею, которую можно ошибочно принять за мышечное напряжение. В ходе анализа поисковых интернет-систем мы не нашли клинических случаев остеомиелита мыщелка затылочной кости у детей.

Описание клинического случая. Девочка, 13 лет, заболела остро 12.08.2021 с появления боли в области шеи слева, субфебрильной температуры, общей слабости, однократной рвоты. 15.08.2021 ребенок доставлен бригадой скорой помощи в инфекционную больницу, где находился на стационарном лечении по 28.08.2021 с диагнозом: вирусно-бактериальная инфекция неуточненная, тяжелой степени тяжести, менингизм, болевой синдром. На фоне антибактериальной терапии состояние ребенка улучшилось. Выписана на амбулаторное лечение. Боли в шейном отделе позвоночника, общая слабость и головная боль у ребенка сохранялись. 08.09.2021 ребенок был направлен в ОДКБ и госпитализирован в травматологическое отделение с диагнозом: подвывих С I позвонка. Травма шейного отдела позвоночника исключена. Проведен врачебный консилиум, проведена МСКТ и МРТ головы, шейного отдела позвоночника. Обнаружен очаг деструкции левого мыщелка затылочной кости, артрит атланто-окципитального сустава. 10 сентября состояние больной ухудшилось: усилилась септическая интоксикация, появлялись дыхательные расстройства и синдром полиорганной недостаточности. В связи с этим 10 сентября ребенок переведен на искусственную вентиляцию легких в отделении реанимации. Несмотря на комплексное лечение, состояние больной ухудшилось, по данным МСКТ головы воспалительный процесс распространился на кости черепа, нарастали воспалительные изменения в легких. В связи с отрицательной динамикой принято решение о проведении малоинвазивного вмешательства — трепанобиопсии левого атланто-окципитального сустава трансоральным доступом. 14.09.2021 под ЭОП-контролем выполнена трепанобиопсия мыщелка затылочной кости иглой Ямшиди. Проведен посев на флору, выявлен метициллин-резистентный золотистый стафилококк. Костной ложкой выполнена секвестрнекрэктомия мыщелка (результат — некротизированная костная ткань). После операции состояние пациентки заметно улучшилось. 29 сентября 2021 года выписана на амбулаторное лечение. Через четыре года после болезни у пациента не выявлено двигательных нарушений в краниовертебральном переходе, хотя МСКТ показала артроз левого атланто-окципитального сустава второй стадии.

Заключение. Необходимо проявлять высокую настороженность в отношении острого гематогенного остеомиелита у детей нетипичной локализации. Ранняя диагностика и оперативное лечение в сочетании с этиотропной антибактериальной терапией связаны с благоприятным исходом заболевания и предотвращением осложнений в отдаленном периоде. В связи с крайне тяжелым состоянием нашего пациента трепанобиопсия с помощью малоинвазивного способа оказалась наиболее подходящим хирургическим решением.

Ключевые слова: инфекционные заболевания; остеомиелит; боли в спине; кривошея; биопсия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Робот-ассистированная лапароскопическая фундопликация Nissen у детей: описание серии случаев

Сапухин Э.В.[1], Козлов Ю.А.[1,2,3], Рожанский А.П.[1,2], Марчук А.А.[1], Гасанов А.Г.[1], Тещук Р.А.[1], Муравьев С.А.[1], Колчина А.А.[1], Джурабаев И.И.[2], Савин И.Н.[2]

[1] Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

[2] Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

[3] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Иркутск, Россия

Обоснование. В настоящем исследовании продемонстрирована первая в Российской Федерации серия случаев лечения пациентов детского возраста с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, которым была выполнена робот-ассистированная фундопликация по Nissen.

Цель — продемонстрировать данные опыта выполнения робот-ассистированной фундопликации по Nissen у детей на основе серии случаев, а также представить данные литературы по теме.

Методы. Работа представляет собой одноцентровое ретроспективное неконтролируемое исследование демографических и периоперационных данных пациентов и оперативных вмешательств, выполненных с использованием роботизированного хирургического комплекса Versius (CMR, Великобритания) у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Все операции были выполнены на базе ГБУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница в период с декабря 2022 года по декабрь 2025 года. Анализу подвергались демографические данные пациентов, периоперационные показатели, а также катамнестические данные.

Результаты. Всего было прооперировано 24 пациента. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро–Уилка. Количественные показатели, выборочное распределение которых соответствовало нормальному, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q_1–Q_3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений, процентных долей и 95% доверительного интервала. Средний возраст на момент операции составил 8,9±3,0 лет (медиана — 9,0 [6,0; 11,0] лет), а средний вес — 38,8±21,0 кг (медиана — 34,5 [19,0; 61,0] кг). Наименьший вес составил 15 кг, максимальный — 69 кг. Среднее время операции составило 90,0±31,2 мин (медиана — 80,0 [75,0; 90,0] мин), из них консольное время занимало 77,2±30,9 мин (медиана — 70,0 [65,0; 70,0] мин), а время стыковки — 12,7±3,8 мин (медиана — 10,0 [10,0; 15,0] мин). Средняя длительность госпитализации составила 3,3±0,48 дня (медиана — 3,0 [3,0; 4,0] дня), из них время нахождения в отделении реанимации составляло 23,1±0,91 часа (медиана — 23,5 [22,0; 24,0] часа). Операции не сопровождались интраоперационными осложнениями, такими как кровотечение, перфорация пищевода, травма соседних анатомических структур. Также не регистрировались конверсии в лапароскопические или открытые хирургические вмешательства. В отдаленном периоде после операций не было отмечено сколько-нибудь значимых осложнений в виде рецидива симптомов заболевания. В течение периода наблюдения на протяжении 6 месяцев пациенты демонстрировали отсутствие проблем с пищеварением.

Заключение. Робот-ассистированные операции при гастроэзофагеальном рефлюксе у детей — перспективное направление, сочетающее преимущества лапароскопии с повышенной точностью роботических инструментов. Однако решение о выборе метода лечения принимается индивидуально с учетом возраста ребенка, тяжести заболевания и возможностей клиники.

Ключевые слова: робот-ассистированная хирургия; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; фундопликация Nissen; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Клиническое наблюдение стрептококковой деструкции легкого у двухлетней девочки

Сатывалдаев М.Н.[1], Бойко Д.А.[1], Аксельров М.А.[2,3], Бродер И.А.[2]

[1] Областная больница № 3, Тобольск, Россия;

[2] Областная клиническая больница № 2, Тюмень, Россия;

[3] Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

Стрептококковая деструкция легких — это тяжелое инфекционное заболевание, при котором под воздействием агрессивных бактерий происходят некроз и гнойное расплавление легочной ткани. Частота стрептококковой деструкции легких у детей составляет примерно 7–15% от всех случаев деструктивных пневмоний. Несмотря на то, что бактериальная деструкция легких чаще ассоциируется со стафилококком, в последние годы отмечается рост роли Streptococcus pneumoniae в развитии гнойно-деструктивных осложнений. Данные бактерии выделяют токсины и ферменты, которые повреждают сосуды легких. Это приводит к тромбозам, прекращению кровотока в очаге воспаления и последующему распаду ткани. Чаще всего страдают дети до 5 лет, особенно около 2 лет, из-за незрелости иммунитета и особенностей строения дыхательных путей. Практическая значимость и непреходящий интерес к данной патологии в Тюменской области подтверждаются многолетним клиническим опытом: за период с 2004 по 2026 г. на базе одного из хирургических стационаров Тюмени оперативное лечение потребовалось 30 детям с различными формами деструктивной пневмонии.

Описание клинического наблюдения. На 5-е сутки заболевания обратилась мама с девочкой Т., 2 лет, с жалобами на повышение температуры тела до 39,0 градусов, «сухой» кашель, слабость. При поступлении дыхание ослаблено слева в базальных отделах. Уровень С-реактивного белка 408 мг/л. При рентгенографии ОГК — инфильтрация в нижнем поле левого гемиторакса. По КТ ОГК — тотальный гидроторакс слева с полным компрессионным ателектазом левого легкого. Выполнена видеоторакоскопия слева. В плевральной полости серозный выпот с наложениями фибрина объемом 250 мл, которые дефрагментированы и удалены. В послеоперационном периоде отмечено формированием полости деструкции, занимающей почти весь объем, нижней доли левого легкого. При фибробронхоскопии — локальный слизисто-гнойный эндобронхит нижнедолевого бронха слева. Микробиологическое исследование бронхиолоальвеолярного лаважа — Streptococcus haemolyticus-a 10^5 КОЕ. Послеоперационный период осложнился появлением сброса воздуха по дренажу на 11-е сутки и появлением гнойного отделяемого, что можно трактовать как прорыв деструктивного процесса в плевральную полость. При рентгенологическом контроле грудной клетки на фоне пассивного дренирования плевральных осложнений не выявлено, в динамике отмечено уменьшение размеров полости деструкции легкого. На 26-е сутки дренаж удален. Контрольные снимки КТ через 3 месяца показали формирование в S10 левого легкого пневматоцеле размерами 20×12 мм, жалоб по самочувствию нет. Ребенок находится на учете, планируется КТ ОГК с целью контроля через 3 месяца.

Заключение. Активная хирургическая тактика, включающая раннюю диагностику, санационную торакоскопию, является наиболее эффективным методом лечения стрептококковой деструкции легких, характеризующейся быстрой деструкцией. Пневматоцеле является характерным этапом репаративных процессов при стрептококковой деструкции легких, характеризующимся в большинстве случаев доброкачественным течением и спонтанной инволюцией.

Ключевые слова: стрептококковой деструкции легкого; торакоскопия; пневматоцеле.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Клиническое наблюдение спонтанного пневмоторакса у подростка

Сатывалдаев М.Н.[1], Бойко Д.А.[1], Аксельров М.А.[2,3], Бродер И.А.[2]

[1] Областная больница № 3, Тобольск, Россия;

[2] Областная клиническая больница № 2, Тюмень, Россия;

[3] Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс у детей до 18 лет относится к редким патологиям. Резкий рост заболеваемости начинается после 12–14 лет с пиком в 15–17 лет. В этот период частота среди мальчиков достигает 4 случаев на 100 000, а среди девочек — 1,1 случая на 100 000. Продленный сброс воздуха среди данной категории наблюдается у 10–13% пациентов.

Описание клинического случая. Пациент С., 17 лет, первично обратился с жалобами на боль в левой половине грудной клетки, которая началась 2 суток назад на фоне полного благополучия, и одышку при умеренной физической нагрузке (подъем на 2-й этаж). При поступлении левая сторона визуально отстает в акте дыхания, аускультативно слева дыхательные шумы не проводятся. При рентгенографии ОГК — тотальный пневмоторакс слева без смещения средостения. При поступлении в экстренном порядке выполнено дренирование плевральной полости. В течение 12 дней достичь аэростаза на фоне чередования пассивного и активного дренирования не удалось. По КТ ОГК — сохраняется пристеночный пневмоторакс слева и выявлена булла в S1–2 левого легкого до 8 мм в диаметре. Выполнена видеоторакоскопия слева без раздельной интубации с созданием карбокситоракса с давлением 10 см вод. ст. На легком в S1–2 выявлена булла 1×1 см, при гидропробе подтвержден сброс воздуха. Выполнен доступ до 4 см в 3-е межреберье на уровне средней аксилярной линии, аппаратом УО-40 выполнена атипичная резекция S1–2 легкого с буллой. С целью герметизации и продолжения операции доступ герметизирован салфеткой и выполнена субтотальная плеврэктомия от апертуры до 6-го ребра. Сразу после операции аэростаз достигнут. При рентгенографии ОГК — легкие расправлены, свободного газа в плевральных полостях нет. На 4-е сутки дренаж удален. Гистологически диагноз буллезной эмфиземы подтвержден. Ребенок находится на диспансерном учете у торакального хирурга, рецидива и прогрессирования заболевания не отмечено.

Заключение. Данный случай подчеркивает необходимость раннего выполнения торакоскопии до развития осложнений (бронхоплевральный свищ, эмпиема плевры). Сочетанный подход (удаление булл + облитерация плевральной полости) является патогенетически обоснованным и обеспечивает долгосрочный благоприятный прогноз, существенно повышая качество жизни больных с буллезной трансформацией легких.

Ключевые слова: пневмоторакс; видеоторакоскопия; плеврэктомия; буллезная эмфизема легких; спонтанный пневмоторакс.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Эффективность системной реабилитации при болезни Гиршпрунга у детей

Сварич В.Г., Подкаменев А.В.

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

Актуальность. В последнее время реабилитации придается большое значение. На наш взгляд, ее проведение особенно актуально при болезни Гиршпрунга у детей, так как только операцией достичь нужного эффекта невозможно.

Цель — определить эффективность системной реабилитации при болезни Гиршпрунга у детей.

Методы. Проведено проспективное и ретроспективное исследование. Наблюдались 129 детей в возрасте от 4 до 17 лет с различными формами болезни Гиршпрунга. Всем пациентам при поступлении, а также через двенадцать месяцев после завершения этапа лечения и проведения курсов реабилитации проведено обследование, включавшее ирригографию с барием с исследованием рентгенометрических данных и профилометрию. Все пациенты были разделены на две неоднородные по количеству, но пропорциональные по возрасту и гендерной принадлежности группы. Первая группа состояла из 47 пациентов, не получавших реабилитации в послеоперационном периоде. Вторая группа включала 82 пациента. В этой группе всем пациентам после этапа лечения, в течение года были проведены реабилитационные мероприятия. Последние состояли из базовой и индивидуальной части. Базовые мероприятия включали диету № 3, минеральную воду, витамины группы В, М-холиномиметики, магниторезонансную терапию по биологически активным точкам. Индивидуальные реабилитационные мероприятия назначались в зависимости от клинической картины. Пациенты с запором получали накожную электростимуляцию толстой кишки, очистительные клизмы, сегментарный массаж живота в стимулирующем режиме. В группе с запорами и инконтиненцией переполнения применялись эндоректальная электростимуляция, тренировочные клизмы, массаж ягодичных мышц, биологическая обратная связь. Статистическая обработка полученных результатов исследования включала проверку выборок на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова–Смирнова и сравнительный анализ данных с помощью критерия Стьюдента для независимых выборок при уровне значимости 0,05.

Результаты. До реабилитации у детей первой и второй группы объективные исследуемые показатели в среднем были примерно одинаковы: диаметр прямой кишки 7,8 ±1,1 см; диаметр ободочной кишки 4,5±0,9 см; ректоободочный индекс 1,8; ширина ретроректального пространства 0,24±0,15 см; давление анального канала в покое 36,2±8,2 мм рт.ст.; волевое усилие наружного сфинктера 125,0±11,5 мм рт. ст. После лечения через 12 месяцев объективные исследуемые показатели первой группы изменились незначительно, с сохранением исходной клинической картины: диаметр прямой кишки 6,8 ±0,9 см; диаметр ободочной кишки 4,4±0,9 см; ректоободочный индекс 1,5; ширина ретроректального пространства 0,45±0,15 см; давление анального канала в покое 37,2±5,7 мм рт. ст.; волевое усилие наружного сфинктера 131,0±9,2 мм рт. ст. После реабилитации через 12 месяцев объективные исследуемые показатели второй группы имели положительную динамику также с положительной динамикой клинической картины: диаметр прямой кишки 4,3±0,6 см; диаметр ободочной кишки 3,4±0,7 см; ректоободочный индекс 1,1; ширина ретроректального пространства 0,65±0,14 см; давление анального канала в покое 31,1±7,4 мм рт. ст.; волевое усилие наружного сфинктера 146,8±7,7 мм рт. ст.

Заключение. На основании объективных исследований доказано, что после операции системная реабилитация дает положительный эффект и является абсолютно необходимой у пациентов с болезнью Гиршпрунга.

Ключевые слова: болезнь Гиршпрунга; реабилитация; рентгенометрические даннные; профилометрия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Выбор уровня фиксации транспедикулярной конструкции при хирургическом лечении юношеского идиопатического сколиоза

Семенов А.В.[1,2], Выборнов Д.Ю.[1,2], Тарасов Н.И.[2], Коротеев В.В.[2], Крестьяшин В.М.[1,2], Лозовая Ю.И.[1,2], Исаев И.Н.[2], Трусова Н.Г.[2], Бородкин И.О.[1]

[1] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия;
[2] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Обоснование. Хирургическое лечение юношеского идиопатического сколиоза (ЮИС) с применением транспедикулярных конструкций является золотым стандартом, однако в мировой литературе отсутствует единый консенсус относительно выбора оптимальной протяженности фиксации. Некорректный выбор верхнего (ВИП) и нижнего (НИП) инструментированных позвонков ассоциирован с риском потери коррекции, формирования феномена adding-on, послеоперационного плечевого дисбаланса, а также возникновения компенсаторных переходных кифозов. Чрезмерное удлинение конструкции, напротив, приводит к потере биомеханической мобильности и дегенерации смежных дисков.

Цель — определить оптимальные проксимальный и дистальный уровни фиксации транспедикулярной конструкцией у пациентов с ЮИС. Научная гипотеза исследования: выбор меньшего, но достаточного количества фиксированных позвонков обеспечивает надежные клинико-рентгенологические результаты, сохраняет мобильность смежных сегментов и минимизирует риски потери баланса в отдаленном периоде.

Методы. Проведено сравнительное ретроспективное исследование по типу «случай-контроль». В анализ включены подростки в возрасте 12–17 лет с ЮИС, прооперированные в условиях многопрофильного стационара. Пациенты были стратифицированы на подгруппы: для оценки проксимального уровня — в зависимости от положения ВИП (выше, ниже или на уровне модифицированной линии Шиншу — MSLV); для оценки дистального уровня — в зависимости от положения НИП (выше, ниже или на уровне стабильного позвонка — СП). До хирургического вмешательства и спустя 1 год оценивались углы Кобба, инклинация НИП, ключичный угол, угол наклона Th1, разностояние плеч и глобальные параметры сагиттального баланса (PI, PT, SS, LL, TK, SVA). Статистический анализ выполнялся в программе StatTech (*t*-критерий Стьюдента, критерий Краскела-Уоллиса, $p < 0,05$).

Результаты. Анализ проксимального уровня показал, что фиксация ВИП ниже уровня MSLV статистически значимо улучшает восстановление центрального фронтального баланса (по углу наклона Th1, $p = 0,003$). При этом фиксация выше MSLV демонстрирует лучшие результаты коррекции периферического баланса (ключичный угол). Анализ дистального уровня продемонстрировал, что установка НИП на уровне СП и выше обеспечивает лучшие показатели сохранения угловой коррекции через год (сохранение более 71% от первичной коррекции дуги), хотя по углу инклинации НИП статистически значимой разницы между группами не зафиксировано. Дополнительный анализ показал, что успешная «длинная» коррекция не гарантирует улучшения глобального сагиттального баланса, а необоснованно «короткая» фиксация несет риски его потери.

Заключение. Выдвинутая гипотеза подтвердилась частично. Использование меньшего объема фиксируемых позвонков (ВИП ниже MSLV и НИП на уровне или выше СП) является целесообразным подходом, обеспечивающим удержание коррекции при сбережении подвижности позвоночника. Для формирования итогового протокола профилактики нарушений сагиттального баланса требуется расширение выборки.

Ключевые слова: юношеский идиопатический сколиоз; транспедикулярная фиксация; выбор инструментированного позвонка.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Современные возможности лечения детей с врожденной непроходимостью тонкой кишки

Скопец А.А.[3], Караваева С.А.[2], Котин А.Н.[1], Новопольцева О.Н.[3], Патрикеева Т.В.[3], Попова Е.Б.[3], Веремейчик С.А.[1], Гаджиева А.М.[3]

[1] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия;

[2] Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия;

[3] Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. Врожденная непроходимость тонкой кишки относится к курабельным порокам развития, но требует длительного и терпеливого лечения. Большинство пациентов выздоравливает с дальнейшим хорошим качеством жизни. Однако часть детей может иметь анатомические варианты, которые делают прогноз для жизни ребенка сложным.

Цель — представить опыт лечения детей с врожденной тонкокишечной непроходимостью в городском центре патологии новорожденных Санкт-Петербурга (Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий).

Методы. С 2021 по 2025 г. в Детском городском многопрофильном клиническом специализированном центре высоких медицинских технологий (ДГМКСЦВМТ) лечились 28 пациентов с пороками развития тонкой кишки, что составило 3% от всех детей с врожденными пороками развития, поступивших в центр патологии новорожденных, и 16% среди пациентов со всеми пороками развития органов брюшной полости.

Результаты. Антенатально тонкокишечная непроходимость была диагностирована в 72% случаев. У 24% (n = 7) детей были диагностированы сложные варианты порока развития тонкой кишки и генетические заболевания: множественные атрезии и мембраны тонкой кишки (n = 2), синдром «яблочной кожуры» (n = 1), муковисцидоз (n = 4). В 3 случаях атрезия тонкой (подвздошной) кишки осложнилась внутриутробной перфорацией с развитием фиброадгезивной формы мекониевого перитонита (n = 2), а у 1 ребенка — в виде кистозной формы. У 18 детей были “неосложненные” формы атрезии тонкой кишки: у 6 — тощей, у 12 — подвздошной.

Все дети потребовали срочного хирургического лечения после предоперационной подготовки. Пациентам с осложненными вариантами атрезии тонкой кишки (n = 10) после резекции патологического сегмента были наложены кишечные стомы. У 18 детей оперативное вмешательство закончено формированием кишечного анастомоза: «конец в конец» — 10, наложение Т-образного кишечного соустья с выведением разгрузочного кишечного свища — 8.

Выжили 24 ребенка (86%). Погибли 4 малыша (14%): 2 — с тяжелой формой мекониевого перитонита, 1 — с атрезией тощей кишки и муковисцидозом, 1 — с множественными атрезиями тонкой кишки и синдромом «яблочной кожуры».

Заключение. Современные возможности лечения детей с неосложненными формами атрезии тонкой кишки позволяют добиться хороших результатов со 100% выживаемостью. В группе «осложненных» вариантов порока прогноз зависит как от характера заболевания, на фоне которого возникла атрезия кишки (например, муковисцидоз), так и от тяжести самого анатомического порока (синдром «яблочной кожуры»).

Ключевые слова: атрезия тонкой кишки; перинатальная медицина.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Эндоскопическое бужирование пищевода у детей

Смирнов А.К.[1], Каширин С.Д.[1], Герасименко К.И.[3], Хазиев А.Т.[2]

[1] Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия;
[2] Детская городская клиническая больница № 7, Барнаул, Россия;
[3] Детская городская поликлиника № 9, Барнаул, Россия

Обоснование. Эндоскопическое бужирование пищевода в настоящее время является эффективным способом разрешения стеноза пищевода. Актуальность проблемы внутрипросветной дилатации пищевода обусловлена отсутствием четких алгоритмов в отношении частоты и максимально возможного количества бужирований, разрозненностью подходов в различных клиниках, возможными фатальными осложнениями.

Цель — оценить эффективность эндоскопического бужирования пищевода при различных заболеваниях у детей.

Методы. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 78 детей со стенозами пищевода, получавших лечение на клинических базах Алтайского государственного медицинского университета г. Барнаула за период времени с 2022 по 2025 г. Методы диагностики включали в себя опрос и осмотр, выявлявшие признаки дисфагии, общелабораторные методы, рентгеноскопию пищевода с контрастированием.

Результаты. За трехлетний период в клинике проведено 987 эндоскопических бужирований пищевода у 79 детей. Возраст детей варьировал от 2 недель (стенозы эзофагоэзофагоанастомозов после торакоскопического наложения прямого анастомоза пищевода, 2 ребенка) до 17 лет. По причине возникновения сужений пищевода пациенты разделены на следующие группы: коррозивные стенозы — 69 детей (87,34%), из них изначально ожоги щелочью — 44 ребенка, уксусной кислотой — 15 детей, концентрированным перманганатом калия — 2 пациента, иные — 8, постхирургические — 7 (8,86%), из них стенозы эзофагоэзофагоанастомоза — 5, эзофагоколоанастомоза — 2, врожденные сужения пищевода — 1 (1,27%), пептические стенозы — 2 (2,53%), вызванных буллезным эпидермолизом, опухолью не встретилось. Эндопросветная дилатация пищевода осложнилась перфорациями пищевода у группы пациентов с постожоговыми стриктурами в 2-х случаях, у одного пациента заживление микроперфорации консервативно, в другом случае потребовалось наложение гастростомы с последующим бужированием пищевода за нить. В группе детей с постхирургическими стриктурами пищевода эндоскопическое бужирование пищевода по проводнику протекало без осложнений, но в ряде случаев потребовало эндотрахеального наркоза. У больных с пептическими стенозами пищевода эндопросветное бужирование, сопровождающееся адекватной гастроэнтерологической терапией основного заболевания, заключалось в единичных гладко протекающих сеансах. У 1 ребенка, первично обратившегося в школьном возрасте с неясным анамнезом сужения пищевода, с длительной клиникой дисфагии (более 5 лет), предположительно врожденном стенозе, при попытке эндоскопического бужирования получена протяженная перфорация пищевода, медиастенит, при этом гастростомия и консервативное лечение оказались неэффективны, потребовалась экстирпация пищевода с последующей тотальной колоэзофагопластикой.

Заключение. Эндопросветная дилатация пищевода — оптимальный и эффективный способ лечения стенозов пищевода у детей, однако требует тщательной диагностики и верификации причины стеноза пищевода. При приобретенных сужениях пищевода эффективность эндоскопического бужирования пищевода достигает практически 100%, при врожденных стенозах внутрипросветная дилатация пищевода может сопровождаться витально опасными осложнениями.

Ключевые слова: эндопросветная дилатация пищевода; рубцовый стеноз пищевода; стеноз эзофагоколоанастомоза; врожденный стеноз пищевода; перфорация пищевода; медиастинит.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Редкий клинический случай пациента с множественными аномалиями развития

Смирнова Н.Е. Белоус Р.А., Недид С.Н., Щур А.Ю., Фоминский А.А.

Амурская областная детская клиническая больница, Благовещенск, Россия

Обоснование. Ассоциация VACTERL — группа сочетанных аномалий развития. Название VACTERL составлено из первых букв пороков, входящих в состав синдрома: V (англ. Vertebral anomalies) — аномалии позвоночника (70 %), A (англ. Anal atresia) — атрезия ануса (55 %), C (англ. Cardiovascular anomalies) — дефекты перегородок и другие пороки сердца (75 %), TE (англ. Tracheo-esophageal fistula) — трахеопищеводный свищ с атрезией пищевода (70 %), R (англ. Renal defects) — аномалии почек (50 %) — агенезия, дисплазия, гидронефроз; единственная пупочная артерия. L (англ. Limb defects) — дефекты лучевой кости — гипоплазия I пальца или лучевой кости, преаксиальная полидактилия и синдактилия (70 %). VACTERL ассоциации встречаются относительно редко, требуют мультидисциплинарного подхода, сложной диагностики, индивидуального подхода к лечению, при этом сочетание множественных пороков у одного пациента представляет особый интерес для клинической медицины.

Описание клинического случая. В Амурскую областную детскую клиническую больницу был переведен новорожденный пациент с клиникой атрезии пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом. При поступлении состояние пациента тяжелое, на рентгенографии органов брюшной полости выявлено два газовых пузыря, занимающих фактически всю брюшную полость, клинически при этом отмечается резкое вздутие живота. При осмотре перианальной области имеет место аноректальная мальформация, свищ открывается в волокна должного ануса, электромиостимуляция определяет центр ануса ниже свища на 5 мм. При очистительной клизме через свищ получено большое количество мекония, при этом отмечено значительное уменьшение вздутия живота. Выполнена повторная рентгенография органов брюшной полости, по данным которой на фоне двух газовых пузырей отмечается равномерное газонаполнение петель кишечника. Данные рентгенологические изменения исключили диагноз атрезии 12-перстной кишки, пациент подготовлен на операцию с диагнозом: множественные аномалии развития: атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом, кистозное удвоение кишечника, аноректальная мальформация с промежностной фистулой, крипторхизм. Первым этапом выполнены торакоскопическое разобщение трахеопищеводного свища и лапаротомия, при которой выявлено локальное кистозное расширение кишечника. Данная киста занимает фактически всю брюшную полость, размерами 15×15 см. Интерес представляет в данном случае киста, которая имеет структуру расширенного участка кишки без дубликатуры. Приводящий отдел тонкой кишки не расширен до 0,5 см, далее равномерное расширение кишечника по типу кисты, с кишечным содержимым, и далее отводящий отдел тонкой кишки, также не расширенный до 0,5 см. Данная структура не соответствует структуре удвоения кишечника, выполнены резекция кисты и тонкокишечный анастомоз. Также выполнена гастростома, так как тяжесть состояния пациента не позволила выполнить одномоментно эзофаго-эзофагоанастомоз. В послеоперационном периоде у пациента реализация ВУИ с развитием правосторонней пневмонии. После купирования пневмонии выполнен эзофаго-эзофагоанастомоз. Далее планируется поэтапное оперативное лечение аноректальной мальформации, заключительным этапом лечение крипторхизма.

Заключение. В данном случае интерес представляло именно кистозное образование, представляющее собой локальное однокамерное расширение кишечника больших размеров, в которое впадали спавшиеся приводящий и отводящий отделы подвздошной кишки. Морфологически слизистая кистозного образования представлена тонко-кишечным эпителием с отеком, гиперплазией, участками некроза, мышечный слой истончен с воспалением.

Ключевые слова: VACTERL ассоциации; кистозное удвоение кишечника.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Травма поджелудочной железы у детей: результаты многоцентрового исследования

Соколов Ю.Ю.[1], Карасева О.В.[2], Пинигин А.Г.[3], Бакулина А.М.[4]

[1] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

[2] НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия;

[3] Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия

Актуальность. Травматические повреждения поджелудочной железы (ПЖ) относят к наиболее тяжелому виду абдоминальной травмы. До сих пор нет четко выработанной хирургической тактики у детей при тяжелых повреждениях ПЖ с нарушением целостности главного панкреатического протока (ГПП).

Цель — оценить подходы к хирургическому лечению травмы ПЖ у детей на основе анализа результатов многоцентрового исследования.

Методы. Проведен анализ анкет, полученных из 24 центров детской хирургии Российской Федерации.

Результаты. В исследование включены 169 детей (средний возраст — 9 лет). Мальчиков было 111 (65,7%), девочек — 58 (34,3%). При поступлении внутрибрюшное кровотечение имелось у 16 (9,5%) детей, псевдокиста ПЖ диагностирована у 68(40,2%) детей, панкреонекроз выявлен у 8 (4,7%) пострадавших. По степени повреждения ПЖ пострадавшие распределились следующим образом: II — 89 (52,7%), III — 42 (24,9%), IV — 38 (22,5%). Множественные повреждения органов брюшной полости встретились у 80 (47,3%) детей, из них травма селезенки была у 18(10,7%), печени — у 35 (20,7%), желудка и двенадцатиперстной кишки — у 14 (8,3%), толстой и тонкой кишки — у 41 (24,5%), почки — у 12 (7,1%). Сочетанная травма головы, груди, конечностей и таза диагностирована у 22(13,1%) больных. Из диагностических методов на первом этапе применяли ультразвуковое исследование у 158 (91,5%), компьютерную томографию — у 108 (63,9%), магнитно-резонансную томографию — у 43 (25,4%), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию — у 8 (4,7%). Оперированы были 144 (85,2%) пострадавших, всего им выполнено 196 оперативных вмешательств. При поступлении оперированы 92 (63,9%) ребенка, отсроченные и повторные операции выполнены 40 (23,7%) больным. Оперативные вмешательства включали: санацию и дренирование брюшной полости/сальниковой сумки — 134 (79,2%), шов паренхимы ПЖ — 26 (15,4%), шов ГПП — 4 (2,4%), дистальную резекцию ПЖ — 13 (7,7%), панкреатодуоденальную резекцию — 2 (1,2%), эндоскопическое стентирование ГПП — 7 (4,2%). Симультанные вмешательства на смежных органах выполнены 63 (43,8%) больным. Лапаротомный доступ применен у 87 (60,4%) детей, лапароскопический — у 41 (28,5%), внутрипросветный — у 7 (4,8%). Конверсия потребовалась в 7 (17,1%) наблюдениях. Взрослые хирурги участвовали в операциях в 9 (6,7%) случаях. Послеоперационные осложнения развились у 71 (49,3%) детей. Летальный исход отмечен в 3 (1,8%) случаях. Отдаленные результаты прослежены у 52 (30,7%) больных.

Заключение. Необходимо уточнение наиболее информативных лучевых методов диагностики травматических повреждений ПЖ у детей. Отсутствуют четкие критерии выбора консервативного и оперативного подхода в лечении травмы ПЖ. Детскими хирургами недостаточно активно применяются органосохраняющие вмешательства — такие, как дистальный панкреатоеюноанастомоз и шов ГПП. Необходимо изучение отдаленных последствий травмы ПЖ в зависимости от выбранной тактики лечения.

Ключевые слова: травма поджелудочной железы; дистальная резекция поджелудочной железы; панкреатоеюноанастомоз; дренирование сальниковой сумки.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Оптимизация хирургической тактики у детей с младенческими гемангиомами с применением мониторинга цифровой визуализации

Сомсиков Г.А.[1,3], Соколов Ю.Ю.[1,3], Игнатьев Е.А.[2]

[1] Детская городская клиническая больница святого Владимира Москва, Россия;

[2] Детская городская поликлиника № 125 Москва, Россия;

[3] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Москва, Россия

Актуальность. Младенческая гемангиома (МГ) — самая частая доброкачественная сосудистая опухоль у детей раннего возраста. Отсутствие унифицированных протоколов (хирургия, лазер, бета-блокаторы) создает трудности в определении тактики лечения.

Цель — разработать алгоритм мониторинга МГ методом цифровой визуализации, создать систему дистанционного наблюдения и оценить ее возможности с помощью программного комплекса Stop-Hemangioma AI.

Методы. Исследование в три этапа. 1-й этап: тестирование комплекса на 600 фото одной МГ (площадь 1,07 см^2, яркость 120 nit) с аугментацией (снижение яркости на 10, 20, 40%) — получено 2400 изображений. 2-й этап: 60 детей с плоскими МГ (0,69–2,75 см^2), две группы (по 30): с положительным эффектом от тимолола малеата 0,5% и потребовавшие смены терапии. Анализ фото до лечения и через 5 нед. Выбор топического бета-блокатора обоснован РКИ. 3-й этап: оценка течения МГ у 20 детей на фоне комбинированного лечения (0, 5, 10, 15, 20 нед).

Методы. Клинико-анамнестический, цифровая фотография, колориметрия, валидация с экспертной оценкой и шкалой IHReS. Статистика: StatTech v.4.9.3.

Результаты. 1-й этап: расхождения с истинной яркостью — менее 3%, по размеру — менее 5%, точность сопоставима с мировыми системами (95,8% детекции) [3].

2-й этап: исходно группы не различались по возрасту (33,9 и 32,6 дня), локализации, яркости. К 5-й неделе яркость значимо различалась (p <0,05). AUC = 0,99 (95% ДИ [0,94;1], p <0,001), чувствительность 0,9524, точность 0,9667. Приведены клинические примеры.

3-й этап: возможность длительного мониторинга МГ ⩾20 нед. комбинированной терапии. Цифровая фотовизуализация документирует динамику в реальном времени, что важно в пролиферативную фазу [9].

Заключение. Комплекс Stop-Hemangioma AI показал высокую точность (до 95%) при оценке динамики МГ. Результаты сопоставимы с DeepIH (95,8% детекции, 84,9% точности рекомендаций). Комплекс применим для контроля МГ в фазу пролиферации и оценки эффективности лечения. Может быть внедрен в практику, повысит качество диагностики, снизит нагрузку на врачей, особенно ценен для первичного звена и регионов с ограниченным доступом к узким специалистам, позволяя своевременно выявлять МГ с высоким риском осложнений по рекомендациям.

Ключевые слова: младенческая гемангиома; цифровая визуализация; искусственный интеллект; телемедицина; тимолола малеат; бета-блокаторы; IHReS; мониторинг.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Редкая форма секвестрации легкого: клинический случай

Стальмахович В.Н.[1,2], Страшинский А.С.[1], Шарганов К.Н.[2]

[1] Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

[2] Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Иркутск, Россия

Обоснование. Секвестрация легкого является врожденным пороком развития ткани легкого, при котором формируется патологический участок легочной ткани с самостоятельным артериальным кровоснабжением. Чаще встречается интралобарная форма (75–86%), реже — экстралобарная форма (14–25%). В нашем случае имеется редкая форма заболевания легкого, при котором вся нижняя доля легкого представлена секвестром.

Описание клинического случая. Пациент 16 лет поступил в клинику с жалобами на кашель, одышку в покое, боли в грудной клетке справа. С 5 лет наблюдается кардиологом с диагнозом дилатационная кардиомиопатия и ортопедом — с воронкообразной деформацией грудной клетки I степени. В течение последних лет дважды перенес пневмонию. В ходе обследования на мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки с внутривенным контрастным усилением выявлены: в нижней доле правого легкого участками сниженной и повышенной воздушности, в передних периферических отделах нижней доли имеются небольшие участки повышенной воздушности округлой формы размером до 11 мм. В центральных отделах нижней доли определяется бронх с расширением и деформацией цилиндрического типа, в единичных бронхах внутрипросветное содержимое. В медиальных отделах визуализируются множественные «нежные» центрилобулярные очаги и участки уплотнения легочного рисунка в виде Y-образных структур. Также нижняя доля имеет системное артериальное кровоснабжение с диаметром сосуда до 15 мм из ветви чревного ствола, венозный дренаж осуществляется через легочную вену диаметром до 10,0 мм в правую нижнюю легочную вену. Проведено оперативное лечение — переднебоковая торакотомия, нижняя лобэктомия. Интраоперационно визуализируется нижняя доля правого легкого с измененной поверхностью по типу ангиоэктазий. Медиальный край легкого с кавернозно-измененными венозными сосудами. К нижней доле легкого через диафрагму подходит артериальный сосуд до 1,5 см в диаметре, который выделен, перевязан, пересечен. Мобилизована нижняя доля легкого и произведена лобэктомия с использованием сшивающего аппарата. Размер удаленной доли 14×11×5 см. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 7-е сутки. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Результат гистологического исследования: секвестрация легкого с признаками очаговой бронхопневмонии и легочной гипертензии.

Заключение. Данный клинический случай интересен сочетанием больших размеров секвестра, который занимал всю нижнюю долю правого легкого и редким вариантом крупного артериального сосуда из чревного ствола.

Ключевые слова: секвестрация легкого; торакотомия; лобэктомия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Осложнение лапароскопической биопсии опухоли забрюшинного пространства у ребенка 17 лет: кровотечение с массивной кровопотерей

Страшинский А.С.[1], Стальмахович В.Н.[1,2], Муравьев С.А.[1], Сапухин Э.В.[1], Демченкова М.В.[1]

[1] Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

[2] Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Иркутск, Россия

Актуальность. Лапароскопическая биопсия опухолей живота у детей является необходимостью для морфологической верификации диагноза. Однако забрюшинное пространство содержит крупные магистральные сосуды, а опухоли данной локализации часто обладают развитой сосудистой сетью, что создает риск возникновения тяжелых осложнений. Анализ подобных случаев необходим для повышения безопасности эндохирургических вмешательств в детской хирургии.

Описание клинического случая. Пациент поступил в клинику с объемным образованием живота. По данным МРТ, в эпигастральной зоне и под печенью крупная опухоль, интимно прилежащая к магистральным сосудам. Была выполнена попытка лапароскопической биопсии, при этом возникло профузное кровотечение из опухоли. Эндоскопически гемостаз достигнуть не удалось. Конверсия на лапаротомию. Профузное кровотечение было из места попытки взятия биопсии. Выполнена биопсия фрагмента опухоли 2×2 см. Кровотечение продолжалось, попытка остановки кровотечения с помощью коагуляции без эффекта. Основание опухоли до 5 см в диаметре, взято на широкую хирургическую тесьму, перевязано. Сохранялось незначительное кровотечение из раны опухоли, остановлено аппликацией гемостатика — SURGICEL. Кровопотеря 1200 мл. Через 1,5 часа после перевода из операционной у пациента отмечено ухудшение состояния: выраженная бледность кожных покровов, холодный липкий пот, тахикардия до 109 уд./мин, артериальное давление снизилось до 100/71 мм рт. ст. По страховочному дренажу начала поступать алая кровь. Экстренная релапаротомия. В брюшной полости около 1 литра крови со сгустками. Источник кровотечения — дефект капсулы опухоли в месте взятия биопсийного материала. Проведена временная остановка кровотечения путем компрессии опухоли и принято решение о радикальном удалении образования. Опухоль распространялась в забрюшинном пространстве, между аортой и нижней полой веной, уходила под левую почечную вену. Магистральные сосуды мобилизованы и опухоль полностью удалена. Послеоперационный период протекал в условиях отделения реанимации. На фоне интенсивной терапии гемодинамика стабилизировалась, показатели крови восстановились. Пациент был выписан из стационара на 23-и сутки. Гистология: параганглиома.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует, что лапароскопическая биопсия опухолей забрюшинного пространства у подростков сопряжена с высоким риском развития массивного кровотечения из-за богатой васкуляризации образований и близости к крупным сосудам. Данное осложнение требует от хирургической бригады высокой бдительности, готовности к экстренной конверсии доступа и проведению гемостаза. Тщательный мониторинг витальных функций пациента в первые часы после операции является ключевым фактором для своевременной диагностики кровотечения и спасения жизни больного.

Ключевые слова: опухоль забрюшинного пространства; биопсия лапароскопическая; осложнения.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Артерио-венозная мальформация кисти (кавернозная гемангиома): клинический случай

Страшинский А.С.[1], Стальмахович В.Н.[1,2], Муравьев С.А.[1],
Сапухин Э.В.[1], Умнова С.Ю.[1]

[1] Иркутская государственная областная детская клиническая больница, Иркутск, Россия;
[2] Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Иркутск, Россия

Актуальность. Лечение артериовенозных мальформаций (АВМ), расположенных в зоне кисти, — одна из наиболее трудных задач детской хирургии. Трудности, в первую очередь, обусловлены анатомическими особенностями кисти: вовлеченностью в патологический процесс сосудов и нервов, сосредоточенных на небольшом участке, и дефицитом кожных покровов. Для хирургического лечения пациентов с артериовенозными мальформациями кисти применяются как эндоваскулярные, так и открытые оперативные вмешательства. Эндоваскулярная технология не всегда применима у детей грудного возраста. В нашем наблюдении приводятся результаты сложного радикального оперативного лечения сосудистой опухоли, поражающей более 70% кисти.

Описание клинического случая. Пациент 1 года, гражданин Таджикистана. Объемное образование, имеющее тенденцию к росту вместе с ростом ребенка заметили с рождения. По месту жительства в возрасте 3 мес. проведена биопсия. Со слов сопровождающего выставили диагноз: сосудистое образование. Терапия консервативная пропроналолом. На фоне лечения выраженная отрицательная динамика — агрессивный рост образования с деформацией кисти. Локальный статус при госпитализации в клинику: левая кисть деформирована за счет объемного образования синюшного цвета размером около 20 см. Визуально на кисти имеются деформированные пальцы 1 и 3, 4 и 5 с отведением проксимально от опухоли. МРТ — гигантское сосудистое образование левой кисти. Выполнена операция: по границе неизмененной кожи кисти сделан доступ к сосудистой опухоли, представленной конгломератом крупных сосудов и каверн. С использованием коагуляции проведено выделение сосудистой опухоли в пределах здоровых тканей. По первому пальцу сохранены мышцы тенора. По пятому пальцу без повреждений выделено сухожилие сгибателя. На третьем и четвертом пальцах сухожилия сгибателей из-за плотного срастания с тканями опухоли частично иссечены. Второй палец полностью находится в глубине опухоли с прорастанием в костную и сухожильные структуры и выделить его невозможно. Последний удален вместе с массой опухоли. Пластика раневого дефекта, занимающего всю ладонную поверхность, с использованием местных тканей. Заживление с частичным вторичным натяжением. Осмотр хирурга через 3 и 6 мес. — признаков рецидива нет. Отмечается сгибательная контрактура 3-го пальца, функция остальных не нарушена. Для дальнейшего реконструктивного этапа родители не могут привезти ребенка из Таджикистана по финансовым обстоятельствам.

Заключение. Обширные сосудистые опухоли у детей первого года жизни, как правило, не позволяют использование эндоваскулярной технологии. Радикальное лечение возможно только хирургическим путем.

Ключевые слова: артерио-венозная мальформация кисти; дети; сосудистая хирургия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Синдром отсутствия кишки (no gut syndrome) у младенцев: анализ серии из трех клинических наблюдений

Сырцова А.Р., Подкаменев А.В., Мызникова И.В., Барсукова О.А., Фоменко А.А., Исаева З.Р., Ти Р.А., Кузьминых С.В., Дворецкий В.С., Аджамоглян А.А., Мурашова О.А., Саранчёнкова Е.А., Нейдорф П.О.

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

Актуальность. Синдром короткой кишки (СКК) у детей относится к категории жизнеугрожающих состояний, сопряженных с мальабсорбцией и пожизненной зависимостью от парентерального питания. Крайней степенью тяжести СКК выступает «синдром отсутствия кишки» (no gut syndrome), предполагающий тотальную либо субтотальную утрату тонкой кишки. Ввиду редкости данной патологии у пациентов первого года жизни, сведения о ее клиническом течении и отдаленных результатах лечения остаются фрагментарными, что обусловливает необходимость обобщения практического опыта.

Цель — проанализировать особенности клинической картины, лечебной тактики и исходы у трех детей грудного возраста с полным отсутствием тонкой кишки.

Методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации трех пациентов с верифицированным «синдромом отсутствия кишки», получавших лечение на базе Перинатального центра СПбГПМУ. В ходе исследования учитывались: причина первичной катастрофы в брюшной полости, протяженность резидуальных отделов кишечника, темпы формирования IFALD (intestinal failure-associated liver disease, печеночной недостаточности, ассоциированной с кишечной недостаточностью), состояние нутритивного статуса, а также эффективность выполненных оперативных вмешательств.

Результаты. У всех наблюдавшихся новорожденных пусковым механизмом тотального некроза кишечника послужил синдром Ледда с заворотом средней кишки. Зафиксирована выраженная вариабельность клинического течения. В первом наблюдении (тотальная резекция тонкой кишки до уровня поперечной ободочной кишки) удалось стабилизировать состояние: по данным гистологии выявлены лишь начальные проявления фиброза печени (F0-1), пациентка переведена на циклический режим ПП с терапией аналогом глюкагоноподобного пептида-2. Второй случай (тотальная резекция тонкой кишки с куполом слепой кишки) продемонстрировал наиболее стремительное развитие IFALD с исходом в цирроз (F4) уже к 7-месячному возрасту, что послужило основанием для постановки вопроса о трансплантации печени. В третьем случае (культя подвздошной кишки 1 см и сохранный илеоцекальный клапан) отмечено физиологическое удлинение резидуального участка тонкой кишки до 20 см, однако это не предотвратило прогрессирование фибротических изменений печени до стадии F3, что свидетельствует о несостоятельности даже минимального объема энтеральной стимуляции в качестве гепатопротективного фактора. Во всех наблюдениях присутствовали отягощающие факторы: наследственные формы тромбофилии (включая мутацию Лейдена), выраженные расстройства фосфорно-кальциевого обмена с развитием остеопороза и патологических переломов, рецидивирующий синдром избыточного бактериального роста в кишечнике.

Заключение. «Синдром отсутствия кишки» в педиатрической популяции характеризуется непредсказуемостью прогноза, который зависит не только от анатомического субстрата (сантиметры остаточной кишки, целостность илеоцекального клапана), но и от индивидуальной скорости манифестации IFALD. Наличие даже минимального сегмента тонкой кишки не является гарантией защиты от цирротической трансформации печени. Курация таких больных требует интеграции усилий

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

мультидисциплинарной бригады, выверенной стратегии гепатопротекции, применения передовых технологий нутритивной поддержки и своевременной инициации трансплантации при рефрактерном течении заболевания.

Ключевые слова: синдром короткой кишки; no gut syndrome; новорожденные; IFALD; кишечная недостаточность.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Хирургическая коррекция идиопатического сколиоза III–IV степени у детей и подростков в условиях многопрофильного стационара: опыт лечения за 20 лет

Тарасов Н.И.[1], Выборнов Д.Ю.[1,2], Коротеев В.В.[1], Семенов А.В.[1,2], Крестьяшин В.М.[1,2], Лозовая Ю.И.[1,2], Исаев И.Н.[1], Трусова Н.Г.[1], Бородкин И.О.[1]

[1] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

[2] Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Обоснование. Тяжелые формы юношеского идиопатического сколиоза (ЮИС) III–IV степени у детей и подростков могут приводить к выраженным ортопедическим, кардиореспираторным и психологическим нарушениям. Многолетний опыт хирургической активности крупного детского многопрофильного стационара позволяет объективно оценить эффективность лечения и проанализировать отдаленные результаты коррекции тяжелых деформаций позвоночника.

Цель — обобщить и проанализировать 22-летний опыт хирургического лечения детей и подростков с идиопатическим сколиозом III–IV степени.

Методы. На базе отделения травматологии и ортопедии Детской городской клинической больницы им. Н.Ф. Филатова проводится нерандомизированное проспективное исследование хода и результатов хирургического лечения 526 пациентов детского и подросткового возраста с ЮИС III–IV степени, прооперированных в период с 2004 по 2026 год. В выборке представлены пациенты с различным типом деформации по Lenke (I–VI типы). У каждого пациента проводился анализ дооперационных и послеоперационных рентгенологических изображений по параметрам: углы Кобба, инклинация НИП, ключичный угол, угол наклона Th1, разностояние плеч и глобальные параметры сагиттального баланса, ротация апикального позвонка, тест Риссера. Во время хирургической коррекции деформации использовалась дорсальная транспедикулярная фиксация (ТПФ): у подростков с индексом Риссера 3–4; у детей с незавершенным ростом применяли скользящую крючковую конструкцию, которую, после завершения роста, меняли на ТПФ. Периодичность осмотров в послеоперационном периоде составила 6, 12, 24 и более месяцев. В настоящее время на базе отделения проводится анализ выбора уровня фиксации конструкции при ЮИС, а также влияния использования нейромониторинга, дополненного моделью машинного обучения, на качество установки транспедикулярных винтов.

Результаты. Анализ 526 клинических случаев продемонстрировал непрерывное улучшение результатов лечения по мере совершенствования хирургических технологий. Средняя степень коррекции во фронтальной плоскости составила 60%. Потеря коррекции в отдаленном периоде в когорте современных конструкций составила клинически незначимые изменения. Отмечено достоверное улучшение показателей деротации и глобального сагиттального баланса. Эволюция анестезиологического пособия и наличие мощной реанимационной базы многопрофильного стационара позволили радикально снизить средний объем кровопотери и упростить периоперационное ведение.

Заключение. Хирургическое лечение ЮИС III–IV степени является сложной задачей, решение которой должно учитывать особенности периоперационного ведения. Лечение данной категории пациентов может осуществляться на базе многопрофильных стационаров, обладающих ресурсами для комплексного мультидисциплинарного подхода, что гарантирует стойкий результат ортопедической коррекции с минимальным риском осложнений и улучшение качества жизни в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: юношеский идиопатический сколиоз; транспедикулярная фиксация; длительный опыт; мультипрофильный стационар.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Недержание мочи при удвоении почек у детей

Тен К.Ю.[2], Киптилов А.В.[1,2], Росляков Н.С.[2], Тен Ю.В.[1,2], Елькова Д.А.[1,2], Лихачева А.И.[2], Герасимчук С.Ю.[1]

[1] Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия;

[2] Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия

Актуальность проблемы обусловлена зачастую трудностью диагностики удвоения почек и технической сложностью коррекции данного порока.

Цель — улучшить диагностику и тактику ведения больных детей с жалобами на недержание мочи.

Методы. В клинике детской хирургии Алтайского государственного медицинского университета на базе Алтайского краевого клинического центра охраны и материнства и детства г. Барнаула за период времени с 2010 по 2025 г. находилось на лечении 18 детей с недержанием мочи, обусловленным эктопией мочеточника при удвоенной почке в возрасте от 3 до 15 лет. Девочек — 12, мальчиков — 6. Эктопии мочеточника: вагинальная — 7, шейка мочевого пузыря — 5, уретральная — 4, промежностная — 2. Методы обследования включали в себя общеклинические, УЗИ, рентгеноурологические, КТ с контрастированием, МРТ с контрастированием, цистоскопия, вагиноскопия цистоскопом.

Результаты. Всем детям с недержанием мочи, связанным с эктопией мочеточника на фоне удвоения почек, понадобилось оперативное вмешательство. Проводимые консервативные мероприятия, иногда годами до поступления в клинику, желаемого эффекта не дали. Характер проведенных операций: верхняя геминефроуретерэктомия — 14, уретеропиелоанастомоз — 3, уретероуретероанастомоз — 1. При этом использовался щадящий доступ по Нагамацу в 10-м межреберье без резекции ребра. Трем детям операция сделана лапароскопически. Органуносящая операция (резекция почки) производилась у больных с выраженными изменениями верхней гипоплазированной части удвоенной почки (нефросклероз). При сохранной паренхиме верхней половины удвоенной почки предпочтение отдавалось органосохраняющей операции: уретеропиелостомии, уретероуретеростомии. Последняя проведена у больного с внутрипочечной лоханкой нижней половины почки. Нужно отметить, что эктопия мочеточника наблюдалась у всех детей только верхней половины почек. При межмочеточниковых анастомозах внутренние дренажные системы не устанавливались. Послеоперационных осложнений не было. В катамнезе больные наблюдались в течение 1–10 лет. Все дети здоровы, физическое и психомоторное развитие соответствует возрастным параметрам. Воспалительных заболеваний мочевыделительной системы нет. Коллекторная система почек без патологии.

Заключение. Правильная диагностика заболевания и выбор оптимальной хирургической тактики позволяют излечить всех больных с недержанием мочи, обусловленным эктопией мочеточника при удвоенных почках. Недержание мочи, обусловленное эктопией мочеточника при удвоенной почке, всегда связано с верхней половиной органа, что нужно учитывать при выборе оперативной тактики.

Ключевые слова: недержание мочи; удвоение почки; эктопия мочеточника; геминефроуретерэктомия; нефросклероз; резекция почки.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Хирургическая коррекция сочетанной врожденной патологии: атрезии пищевода с трахеопищеводным свищем и атрезии двенадцатиперстной кишки

Тен К.Ю.[2], Самсонов А.А.[2], Донских Д.С.[2], Тен Ю.В.[1,2], Елькова Д.А.[1,2]

[1] Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия;

[2] Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия

Актуальность проблемы обусловлена витально опасными осложнениями сочетанной патологии пищевода и двенадцатиперстной кишки, отсутствием четко обозначенных алгоритмов ведения подобных больных.

Цель — улучшить результаты лечения данной группы больных, определить последовательность и характер оперативных вмешательств.

Методы. За период времени с 2012 по 2025 г. в клинике детской хирургии Алтайского государственного медицинского университета на базе Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства г. Барнаула прооперировано 3 новорожденных мальчиков с сочетанной атрезией пищевода и двенадцатиперстной кишки; из них двое недоношенных (36 недель), массой тела 1800 и 2080 граммов. Еще один ребенок был доношенный, с задержкой внутриутробного развития — весом 2380 граммов. Методы обследования включали в себя общеклинические, рентгенологические, УЗИ, нейросонографию, эхокардиографию, ЭКГ.

Результаты. Диагноз атрезии пищевода и двенадцатиперстной кишки был установлен в момент поступления 2 детям, у третьего ребенка было подозрение на атрезию двенадцатиперстной кишки, которое полностью подтверждено в послеоперационном периоде после коррекции атрезии пищевода. В первых двух случаях на рентгенограмме брюшной полости отмечено наличие 2 уровней жидкости, при «немом» животе; клинически отмечался обесцвеченный меконий. В третьем случае отчетливых уровней не отмечено, но визуализировались 2 газовых пузыря; меконий был только после клизмы, окрашенный. Оральный конец пищевода у больных находился на уровне 1 грудного позвонка у 2 больных и 2-го у третьего больного. Учитывая тяжесть больных, группу новорожденных из группы «С», двум детям произведена щадящая, с нашей точки зрения, операция: лапаротомия, трансабдоминальная перевязка трахеопищеводного свища по оригинальной авторской методике, двойная эзофагостомия, позадиободочный дуоденоеюноанастомоз на короткой петле с наложением однорядного кишечного шва. В последующем обоим больным в возрасте 1 года произведено формирование искусственного пищевода из толстой кишки. Третьему больному произведена торакоскопическая перевязка трахеопищеводного свища, наложение прямого анастомоза пищевода. Диастаз между оральным и аборальным концами пищевода был в пределах 50 мм. Через неделю отмечено нарушение проходимости смеси из желудка. При рентгенологическом обследовании диагноз атрезии двенадцатиперстной кишки подтвердился. Ребенку произведена лапароскопия, по техническим причинам — конверсия. Обнаружена атрезия двенадцатиперстной кишки на уровне перехода верхней горизонтальной ветви в нисходящее колено плюс кольцевидная поджелудочная железа. Произведено анастомозирование двенадцатиперстной кишки в обходном варианте по Кимура. Послеоперационный период без осложнений. Пассаж кишечного содержимого восстановлен. Через 1 месяц появилась клиника стеноза пищевода, что потребовало эндоскопического бужирования пищевода по проводнику. Проведено 3 сеанса бужирования, после чего стеноз ликвидирован. Ребенок выписан с выздоровлением.

Заключение. Своевременная диагностика и выбор оптимального способа коррекции пороков развития позволяют добиться желаемого результата, в том числе и у новорожденных группы «С».

Ключевые слова: атрезия пищевода; торакоскопия; атрезия двенадцатиперстной кишки; кольцевидная поджелудочная железа; торакотомия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Неэпителиальные подслизистые образования пищевода у детей

Тен К.Ю.[1], Силинский А.И.[2], Тен Ю.В.[1,2], Насонов Н.В.[2], Елькова Д.А.[1,2], Румянцев А.А.[1,2], Клеймёнов Е.В.[1]

[1] Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия;
[2] Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Актуальность проблемы обусловлена сложностью диагностики и лечения подслизистых образований пищевода в детском возрасте.

Цель — усовершенствовать тактические особенности ведения пациентов с подслизистыми образованиями пищевода.

Методы. В клинике детской хирургии Алтайского государственного медицинского университета на базе Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства г. Барнаула за период времени с 2020 по 2025 г. находилось на лечении 12 детей с подслизистыми образованиями пищевода размерами от 10 до 48 мм в диаметре. Мальчиков — 7, девочек — 5. Возраст детей составлял от 6 до 14 лет. Обследование включало в себя общеклинические методы, УЗИ, рентгенодиагностику, КТ, МРТ, ФГДС, эндосонографию.

Результаты. При фиброэзофагоскопии отмечалось выбухание слизистой в месте нахождения образования, слизистая была интактна, без вовлечения в патологический процесс, при инструментальной пальпации образование эластичное, смещается относительно слизистой. Рентгеноконтрастное исследование пищевода уточняло топику патологического процесса, деформацию пищевода, проходимость. Эндосонография позволяла уточнить структуру образования, глубину залегания, отсутствие вовлечения в процесс слизистой пищевода. Компьютерная томография с контрастированием позволяет установить структуру, размеры, жидкостное или солидное образование, локализацию. Магнитно-резонансная томография с контрастированием позволяла также установить размеры, структуру образования, накопление контраста, прорастание стенок пищевода. Четверо больных, у которых образования имели малые размеры до 15 мм в диаметре при полном отсутствии манифестации, выписаны под динамическое наблюдение. Дети, у которых были клинические проявления, диаметр образования был больших размеров и имелась тенденция к росту образования, были оперированы. Всем им произведено торакоскопическое вмешательство справа. Производилось выделение образования со стороны мышечного слоя пищевода под контролем фиброгастроскопии с целью исключения повреждения слизистой пищевода. Образование удалялось с восстановлением целостности стенки пищевода. Гистологическое исследование удаленных образований дало следующие данные: киста — 5, лейомиома — 2, липома — 1. Послеоперационных осложнений не отмечено. У одного больного через 1,5 года после операции выявлен дивертикул пищевода вне зоны вмешательства, который потребовал повторного торакоскопического вмешательства, исход — выздоровление.

Заключение. Таким образом, адекватная диагностика и выбор оптимальной тактики лечения позволяют добиться хорошего результата у всех больных с помощью малоинвазивных технологий.

Ключевые слова: подслизистые образования пищевода; эндоУЗИ; дивертикул пищевода; дисфагия; лейомиома; киста пищевода; торакоскопия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Желчекаменная болезнь у детей

Тен Ю.В.[1,2], Гурьянов А.А.[1,2], Тен К.Ю.[2], Насонов В.В.[1], Денцель А.Ф.[2], Силинский А.И.[2], Елькова Д.А.[1,2]

[1] Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия;

[2] Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия

Актуальность проблемы обусловлена увеличением частоты желчекаменной болезни у детей, тяжелыми осложнениями, сложностью лечения, отсутствием четких алгоритмов ведения детей и подростков с желчекаменной болезнью и холедохолитиазом.

Цель — улучшение результатов лечения, разработка тактики ведения больных.

Методы. В клинике детской хирургии Алтайского государственного медицинского университета на базе Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства за период времени с 2020 по 2025 г. пролечено 18 детей с желчекаменной болезнью; из них локализация процесса в желчном пузыре имела место у 12 детей (66,7%), в сочетании с холедохолитиазом больных было 6 (33,3%). Возраст детей составил от 12 до 17 лет. Девочек было 11 (61,1%), мальчиков — 7 (38,9%). Нужно отметить увеличение числа детей с камнями общего желчного протока. Методы диагностики включали в себя общеклиническое обследование с обязательным исследованием биохимического анализа крови и определением уровня общего билирубина, фракций, АЛТ, АСТ, ЛДГ, альфа-амилазы, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, при необходимости — УЗИ с желчегонным завтраком с целью определения функции желчного пузыря, компьютерную томографию для детализации топики патологического процесса, исключения сопутствующих пороков развития и заболеваний, магнитно-резонансную холангиопанкреатографию.

Результаты. Детям с камнями желчного пузыря с клиникой калькулезного холецистита проводилась операция — лапароскопическая холецистэктомия (12), конверсия не понадобилась ни в одном случае. Проблемы возникали в случае сочетания камней в желчном пузыре с холедохолитиазом. Двум детям произведена папиллосфинктеротомия с эндовидеохирургической холецистэктомией. Одному ребенку сделана лапароскопическая холецистэктомия с холедохолитотомией; еще одному больному указанный объем операции сделан открытым доступом. Двум детям произведена операция по методике «рандеву», при этом у одного пациента конкремент в дистальной части холедоха не удалось извлечь, что потребовало конверсии с дуоденотомией и извлечением камня механическим путем. Желчный пузырь с камнями был предварительно удален. Во всех случаях наступило выздоровление детей. Осложнений не было.

Заключение. Правильная диагностика и выбор оптимальной тактики лечения позволяют излечить данную тяжелую группу больных.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь; холедохолитиаз; эндоскопическая папиллосфинктеротомия; общий желчный проток; магнитно-резонансная холангиопанкреатография; холецистэктомия; холедохолитотомия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Тактика ведения детей с микросфероцитозом Минковского–Шоффара и значение добавочных селезенок

Тен Ю.В.[1,2], Румянцев А.А.[1,2], Елькова Д.А.[1,2], Тен К.Ю.[2], Нестеров Ю.Н.[2], Зацепин Р.Д.[2]

[1] Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия;

[2] Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия

Актуальность заболевания обусловлена тяжестью течения заболевания, возможными витальными осложнениями.

Цель — исследовать отдаленные результаты лечения наследственной гемолитической анемии Минковского–Шоффара у детей и роль добавочных селезенок в генезе клинического течения патологического процесса.

Методы. В клинике детской хирургии Алтайского государственного медицинского университета на базе Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства г. Барнаула за период времени с 2020 по 2025 г. пролечено 11 детей с болезнью Минковского–Шоффара в возрасте от 5 до 13 лет. Девочек было 7, мальчиков — 4. Методы обследования включали в себя общий анализ крови с ретикулоцитами, биохимический анализ крови с определением билирубина и его фракций, ферментов печени, квантитативную эритрограмму, средний диаметр эритроцитов, свободный гемоглобин плазмы, морфометрию эритроцитов, общий анализ мочи; УЗИ внутренних органов, выявление факторов наследственности, при необходимости — компьютерную томографию, МРТ; осмотр гематолога.

Результаты. Все дети оперированы, всем сделана спленэктомия, в одном случае лапароскопическая. Предпочтение отдается верхнесрединной лапаротомии. У всех больных при спленэктомии производится ревизия на предмет добавочной селезенки, последняя имела место у двух больных. Добавочные селезенки также удалялись. В дооперационном периоде всем детям проводилась вакцинация от пневмококковой, менингококковой инфекции и гемофильной палочки. С нашей точки зрения интерес представило одно наблюдение. У мальчика 11 лет с микросфероцитозом после спленэктомии на УЗИ обнаружены 3 дополнительные селезенки, что потребовало повторной операции через 4 года после первой; операционная находка — добавочные селезенки, подтвержденные гистологически. Через один год — на УЗИ вновь картина 2 дополнительных селезенок, что потребовало вновь оперативного вмешательства. Макроскопически и микроскопически — ткань селезенки. Еще через 6 месяцев на УЗИ вновь картина дополнительных селезенок. Учитывая отсутствие клиники заболевания после появления дополнительных селезенок решено от операции воздержаться. В настоящее время срок наблюдения составляет 2 года. За данный период времени никаких проявлений гемолитической анемии нет, так же, как и лабораторных проявлений. При длительном течении болезни, особенно сопровождающимся гемолитическими кризами, последняя осложняется возникновением желчекаменной болезни. У наших больных в 3 случаях понадобилась симультанная холецистэктомия.

Заключение. Оперативный метод спленэктомии — радикальный способ лечения наследственной гемолитической анемии Минковского–Шоффара, который необходимо выполнить до 7 лет. При обнаружении добавочной селезенки во время первой операции удаление ее обязательно. При появлении «новой» добавочной селезенки в послеоперационном периоде, при отсутствии клиники заболевания, от повторной операции целесообразно воздержаться.

Ключевые слова: микросфероциты; гемолитический криз; болезнь Минковского–Шоффара; добавочная селезенка; спленэктомия; желчекаменная болезнь.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Редкие формы эхинококкоза у детей

Тен Ю.В.[1,2], Тимошенская Н.В.[2], Комарова Н.А.[2], Тен К.Ю.[2],
Елькова Д.А.[1,2], Герасимчук С.Ю.[1]

[1] Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия;

[2] Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия

Актуальность проблемы эхинококкоза обусловлена непредсказуемостью клинического течения, трудностью диагностики, грозными осложнениями.

Цель — улучшить диагностику заболевания, результаты лечения.

Методы. В клинике детской хирургии Алтайского государственного медицинского университета на базе Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства г. Барнаула за период времени с 2020 по 2025 г. пролечено 11 детей с редкими формами эхинококкоза: 7 — эхинококк легкого, 1 — эхинококк яичника, 1 — селезенки, 2 — эхинококк сальника. Девочек было 5, мальчиков — 6. Возраст детей был от 7 до 17 лет. Большинство детей (9) прибыли из Республики Алтай и Казахстана. Методы диагностики включали в себя общеклинические методы, иммуногистологические, УЗИ, КТ, МРТ.

Результаты. Эхинококковые кисты яичника и селезенки были операционной находкой — во время визуализации обнаружена типичная картина: налет фибрина на поверхности органа. Произведено вскрытие фиброзной капсулы, удаление хитиновой оболочки эндовидеохирургическим способом. Два ребенка с эхинококком сальника оперированы лапароскопически. Им было произведено полное иссечение эхинококковых кист с захватом части сальника в пределах здоровых тканей. В анамнезе у них были операции на печени по поводу эхинококковых кист. При обследовании печень была интактна. Возникновение кист сальника мы трактовали как имплантационные. Наиболее частыми из редких форм эхинококкоза было поражение легких — 7, при этом 3 были рецидивными. Характер проведенных операций: торакотомия, энуклеация кисты (1); торакотомия, резекция нижней доли с кистой, так как имелся бронхиальный свищ — ранее было нагноение кисты с дренированием содержимого наружу через трахеобронхогенное дерево (1); видеоассистированная торакотомия с резекцией нижней доли с кистой — при торакоскопическом удалении кисты обнаружен бронхиальный свищ (2), у 3 детей произведено торакоскопическое удаление эхинококковых кист по Спасокукоцкому. Контрольное обследование, наблюдались в динамике в течение 1–3 лет: дети здоровы, рецидива заболевания нет.

Заключение. Таким образом, правильная диагностика, выбор оптимальной тактики лечения позволяют полностью излечить детей с редкими формами эхинококкоза. Наблюдение в катамнезе от 1 до 3 лет. При наличии кистозных образований нужно помнить о возможном эхинококковом их происхождении с целью предупреждения диссеминации процесса. В послеоперационном периоде считаем необходимым проведение профилактической специфической химиотерапии. Для постановки диагноза эхинококкоз может помочь и регион обитания детей, так называемая эндемичность распространения болезни.

Ключевые слова: эхинококкоз; фиброзная капсула; хитиновая оболочка; бронхиальный свищ; энуклеация кисты; торакотомия; торакоскопия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Грыжа Лесгафта–Грюнфельда: от анатомии до хирургической коррекции в детском возрасте: клинический случай

Тимашев И.В., Барская М.А., Варламов А.В.

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

Обоснование. Поясничные грыжи встречаются крайне редко. Согласно систематическому обзору Tasis и соавт. (2022), за период 2000–2020 гг. в мировой англоязычной литературе описано всего 85 случаев поясничных грыж у детей. Из них грыжи верхнего поясничного треугольника (Грюнфельда) составили 41,8%. Заднебоковая брюшная стенка имеет две уязвимые области — верхний (треугольник Лесгафта–Грюнфельда) и нижний (Петитов треугольник) поясничные треугольники. Границами промежутка Грюнфельда–Лесгафта являются: с верхне-латеральной стороны — XII ребро, сверху — нижний край нижняя задняя зубчатая мышца, медиально — мышца, выпрямляющая позвоночник, с нижне-латеральной стороны — край внутренней косой мышцы живота. Таким образом, на этом участке слои задней стенки живота представлены лишь апоневрозом поперечной мышцы живота, который является дном промежутка Грюнфельда–Лесгафта, и смещаемой тонкой пластинкой широкой мышцы спины. Мышцы не соприкасаются краями, и между ними остается промежуток, который не прикрыт плотными мышечными слоями.

Описание наблюдения. Девочка 16 лет обратилась в клинику жалобами на грыжевое выпячивание во время физической нагрузки в поясничной области слева. При осмотре поясничной области патологические образования не определяются. При напряжении мышц передней брюшной стенки в области треугольника Лесгафта–Грюнфельда отмечается грыжевое выпячивание 6×5 см, легко вправимое в брюшную полость. При расслаблении мышц передней брюшной стенки грыжевое выпячивание исчезает. При пальпации данной области дефект не определяется. Выполнено МРТ поясничного отдела, где было выявлен межмышечный дефект 0,5×1 см, дополнительных патологических образований не выявлено. Ребенок был прооперирован. Под широчайшей мышцей спины отмечается пролабирование апоневроза поперечной мышцы живота 6×5 см в промежутке между внутренней косой мышцей живота и мышцей, выпрямляющей позвоночник. Выполнена пластика дефекта задней стенки живота полипропиленовым сетчатым имплантатом, последний помещен под широчайшую мышцу спины над дефектом, перекрывая его края на 4 см по периметру, с фиксацией сетчатого имплантата к краям глубоких мышц. Данный тип поясничной грыжи многие авторы выделяют в отдельный тип так называемых экстраперитонеальных грыж без мешка. Последние содержат только жировую ткань или скользящие забрюшинные органы. Послеоперационный период протекал без особенностей. Срок катамнеза составляет 3 года. Рецидива заболевания нет.

Выводы. Учитывая низкую частоту встречаемости, на сегодняшний день в литературе нет описания наилучшей техники хирургического лечения таких редких видов грыж. Применение современных сетчатых имплантатов в детской хирургии оправдано при герниопластике поясничных грыж, учитывая их анатомические особенности. Выбор расположения имплантата при этом определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

Ключевые слова: поясничная грыжа; грыжа Лесгафта–Грюнфельда; грыжи у детей.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

От острого аппендицита к болезни Крона: клинический случай

Тимашев И.В., Барская М.А., Варламов А.В.

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

Обоснование. В условиях острой абдоминальной симптоматики дифференциальная диагностика между хирургической патологией и обострением болезни Крона представляет значительные сложности даже при использовании современных методов визуализации.

Описание наблюдения. Девочка 17 лет оперирована по поводу острого аппендицита (гистология: поверхностный аппендицит) во взрослом хирургическом стационаре. В послеоперационном периоде сохранялись боли в животе и повышение температуры тела до 38,1. На 15-е сутки по данным УЗИ брюшной полости выявлен абсцесс брюшной полости (операция: вскрытие и дренирование абсцесса). На 30-е сутки по данным УЗИ брюшной полости выявлен инфильтрат п/о рубца (операция: вскрытие инфильтрата п/о рубца). На 35-е сутки открылся кишечный свищ в области п/о рубца в правой подвздошной области. Пациенту выполнено ФГДС (без биопсии) — поверхностный антральный гастрит. ФКС (без биопсии) — поверхностный колит с очаговым поражением проксимального отдела восходящей кишки. На 50-е сутки выписана домой под наблюдение гастроэнтеролога и хирурга. Учитывая сохраняющийся кишечный свищ и субфебрилитет, обратились в детский хирургический стационар. Госпитализированы с целью дообследования и определения дальнейшей тактики лечения. При поступлении обращает на себя внимание п/о рубец длинной 15 см, в с/3 которого имеется трубчатый свищ диаметром 0,3 см с кишечным отделяемым. С-реактивный белок — 2,60 мг/л. Антинуклеарный фактор — 56 Ед/л. Фекальный кальпротектин — 562 мкг/г. По данным фистулографии — свищевой ход 51,3×2,8 мм в проекции мягких тканей правой подвздошной области, расположенный в каудальном направлении и с признаками затека контрастного вещества в полость кишечника. ФГДС — эрозивно-язвенные поражения отсутствуют. ФКС — слизистая во всех отделах гиперемирована, определяется кольцевидная эритема. В области купола слепой кишки визуализируется кишечный свищ диаметром 0,2–0,4 см (воспалительное сужение илеоцекального клапана?). Результат поэтажной биопсии — лимфоплазмоцитарная инфильтрация во всех биоптатах. МР-энтерография: патологические изменения слизистой оболочки тонкой кишки не обнаружено. На основании клинической картины, лабораторно-инструментальных данных выставлен диагноз: болезнь Крона, острое течение, пенетрирующая форма. Лечение: месалазин, рифамикс, преднизолон 40 мг/сут. Выписан домой в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по уходу за кишечным свищем. Результаты: катамнез — 6 месяцев. Сохраняются жалобы на приступообразные боли в животе, жидкий стул до 5 раз в день. За сутки по кишечному свищу около 3 мл кишечного отделяемого. Фекальный кальпротектин — 863 мкг/г. В настоящее время пациент проходит МСЭ с целью получения инвалидности и назначения генно-инженерной терапии.

Заключение. Дифференциальная диагностика между острым аппендицитом и терминальным илеитом при болезни Крона крайне трудна. Необходим более тщательно собирать анамнез, обращать внимание на нетипичное течение послеоперационного периода. При проведении ФКС обязательное взятие биопсии.

Ключевые слова: болезнь Крона; аппендицит; терминальный илеит.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Реконструктивные операции при переломах лицевого скелета в критическом периоде политравмы у детей

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

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошаля, Москва, Россия

Обоснование. Одной из сложностей в ведении пациентов с политравмой является вопрос о сроках и объемах оперативных вмешательствах. Вопрос ведения пациентов с травмой лицевого скелета остается дискутабельным в виду того, что существуют различные подходы к лечению, описанные в литературе.

Цель — представить тактику ведения пациентов с травмой лицевого скелета в рамках политравмы.

Методы. За три исследуемых года через ОАР прошел 251 пациент с политравмой. Переломы лицевого скелета наблюдались у 79 пациентов (31,5%).

Результаты. Мальчики превалировали — 43 (54,4%). Средний возраст детей составил 11±4,8 лет. Средний балл тяжести по ISS — 24,3±8,4 баллов. Преобладала травма лицевого скелета средней степени тяжести (AIS = 2) — 52 (65,8%), травма тяжелой степени (AIS = 3) была у 15 (19%) пациентов и легкая травма (AIS = 1) — у 12 (15,2%).

В 73,4% дети поступали переводом из других ЛПУ. С места травмы было доставлено 21 (26,6%) пациентов, из них в «золотой час» — 11 (52,4%). По механизму получения травмы: ДТП — 39 (49,4%); кататравма — 25 (31,6%); далее следует поездная травма — 5 (6,3%); минно-взрывная травма и падения с небольшой высоты — по 3 (3,8%) пациента каждая; падение тяжелого предмета и падение с самоката — по 2 (2,5%) пациента каждая. Преобладали поступления в летний и весенний периоды. Оперативные вмешательства понадобились 42 детям, из них оперировано 40 (50,6%) пациентов. По виду оперативных вмешательств: только хирургическая обработка ран мягких тканей лица и полости рта — 5 (12,5%), реконструкция лицевого скелета — 35 (87,5%). Тактика damage control CMF применялась у 8 детей. По частоте оперативных вмешательств на первом месте стоит средняя зона лица (стенки орбиты — 19 пациентов, скуловая кость — 9, верхняя челюсть — 4, кости носа — 3, небо — 1). Нижняя челюсть оперирована у 14 пациентов. Операции при травмах зубов понадобились 4 пациентам. Операции на верхней трети лица — 4 пациента. Сроки реконструкции варьируют в зависимости от состояния пациента. Наиболее часто реконструкция производилась в период с 4–10-е (5,9±3,4) сутки с момента травмы (59,1%), в период с 11–21-е сутки — 22,7%, в остром периоде (1–3-и сутки после травмы) — 18,2%. Двухэтапно оперировано 12,5% пациентов. Отдаем предпочтение использованию титановых металлоконструкций и максимально косметичных доступов (внутриротовые, трансконъюнктивальные). Средний койко-день в стационаре составил 32,3±24,6 дней, в ОАР — 9,9±8,6 дней. Летальный исход наблюдался у 5 (6,3%) пациентов с травмой лицевого скелета. Все эти пациенты поступали с травмой критической степени тяжести с ШКГ = 3 балла. Часть пациентов — 10 (25% от оперированных) нуждаются в повторной госпитализации для удаления металлоконструкций или для этапных оперативных вмешательств по реконструкции стенок орбиты с использованием индивидуальных имплантов.

Заключение. Переломы лицевого скелета встречаются у каждого третьего ребенка с политравмой. 53% пациентов с политравмой, в структуре которой есть травма лицевого скелета, нуждаются в проведении оперативных вмешательств. Средний срок выполнения оперативных вмешательств 5,9±3,4 дня с момента поступления. С учетом того, что средний койко-день в ОАР — 9,9±8,6 дней, проведение реконструкции лицевого скелета до 10 суток дает возможность пациенту при переводе из ОАР иметь законченный хирургический этап по реконструкции лицевого скелета, что психологически очень важно для больного и способствует снижению осложнений.

Ключевые слова: дети; политравма; лицо; лицевой скелет; реконструкция.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Отдаленные результаты хирургического лечения гастрошизиса у новорожденных

Тошматов Х.З., Нематжонов Ф.З., Гафуров А.А., Холбоев О.З.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Гастрошизис — относится к параумбликальному дефекту, обычно включающему все справа от нормально сформированного пупка, с эвентрацией органов брюшной полости у новорожденных. По данным авторов, частота встречаемости у новорожденных колеблется от 1:1200 до 1:21 000, в среднем — 1 случай на 6000 новорожденных. Однако в последние годы наблюдается увеличение количества выявленных дефектов (до 1:4000 и, по некоторым данным, до 1:2900). Существует множество методов хирургического лечения неосложненной формы заболевания, которые можно объединить в две группы: первичная радикальная коррекция и поэтапное погружение кишечных петель в брюшную полость с последующей пластикой брюшной полости. Каждый из методов имеет свои преимущества и недостатки.

Цель — анализ отдаленных результатов хирургического лечения гастрошизис у новорожденных.

Методы. Были обследованы 69 (100%) новорожденных, госпитализированных в отделение неонатальной хирургии Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра в период с 2010 по 2025 год и прооперированных с диагнозом гастрошизис. Все эти пациенты были новорожденными в возрасте 0–4 дней и находились в неонатальном периоде. Среди новорожденных с гастрошизисом мальчики составили 38 (55,1%), а девочки — 31 (44,9%). В позднем послеоперационном периоде проводились ультразвуковое исследование, клинико-лабораторные и рентгенологические исследования. Отдаленные результаты лечения изучены у 34 (49%) из 51 (74%) выписанных пациентов в сроки от 1 года до 3 лет.

Результаты. В отдаленном периоде послеоперационного лечения гастрошизиса у всех 14 (20,3%) больных нормализовались клинико-лабораторные показатели гомеостаза; масса тела соответствовала возрасту. Из этих 14 пациентов у 11 (78,6%) вентральной грыжи не было, а у 3 (21,4%), ожидающих следующего этапа операции, она имелась. Удовлетворительный результат в отдаленном периоде послеоперационного лечения наблюдался у 17 (24,6%) больных. При этом наблюдались частичные изменения клинико-лабораторных показателей гомеостаза: анемия легкой степени; гипотрафия II степени; желудочно-кишечная дисфункция, рецидивирующая 3–4 раза в год; симптомы спаечной болезни брюшной полости, рецидивирующие 2–3 раза в год: периодические боли в животе, рвота, запоры. Неудовлетворительный результат в отдаленном периоде послеоперационного лечения наблюдался у 6 (8,7%) больных, из них 2 (33,3%) перенесли оперативное вмешательство с поздней спаечной кишечной непроходимостью.

Заключение. Изучение отдаленных результатов лечения выявило взаимосвязь между размером грыжи и сопутствующими дефектами. Чем больше состав внутренних органов, выходящих из брюшной полости, и объем грыжи, тем неудовлетворительнее был отдаленный результат, если ребенок родился недоношенным.

Ключевые слова: гастрошизис; хирургическое лечение; новорожденный.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Факторы риска некротизирующего энтероколита у недоношенных детей

Тошматов Х.З., Нематжонов Ф.З., Гафуров А.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Наркотизирующий энтероколит (НЭК) — тяжелое заболевание неонатального периода, проявляющееся воспалением кишечной стенки и некрозом кишечника. НЭК является ведущей причиной смерти (15–30%) среди детей с очень низкой массой тела при рождении, находящихся в отделениях интенсивной терапии. Частота встречаемости составляет 1–5 случаев на 1000 живорожденных. НЭК обычно развивается у недоношенных и детей с низкой массой тела при рождении. Несмотря на установленные критерии ранней диагностики и принципы консервативного лечения, сложные клинические исходы встречаются часто. По данным авторов, смертность в этом случае достигает 20%, а в случаях обширного некроза кишечника может достигать 80–100%.

Цель — проанализировать различные факторы риска развития НЭК у недоношенных детей разного гестационого возраста.

Методы. Был проведен ретроспективный анализ данных новорожденных и матерей, родившихся на разных сроках госпитализации в 93 многопрофильных детских медицинских центрах Андижанской области в период с 2020 по 2025 год. Критерием включения в анализ было наличие диагноза наркотизирующего энтероколита. Были рассчитаны интенсивные и экстенсивные показатели.

Результаты. Исследование показало, что все матери, включенные в исследование, имели сложный акушерско-гинекологический анамнез. Наиболее распространенными осложнениями были хроническая фетоплацентарная недостаточность, токсикоз и анемия. У 65% матерей были инфекции (пиелонефрит, TORCH-комплекс и др.). Наиболее распространенный гестационный возраст для НЭК составлял 32–34 недели. Показатель смертности в этой группе новорожденных был выше. НЭК также в некоторой степени наблюдался у детей, родившихся на 35–37 неделях. Асфиксия при рождении, гипоксия и оценка по шкале Апгар 3–4 наблюдались у 30% новорожденных. Четверть недоношенных детей имеют низкий вес при рождении для своего гестационного возраста, а у 30% в анамнезе есть переливание крови. Медицинские показатели «Динамическая кишечная непроходимость» и диагноз «НЭК II стадии» регистрировались в равных пропорциях. Симптомы заболевания наблюдались в период с 5-го по 10-й день жизни. Согласно медицинским данным, 20% новорожденных были выписаны домой, 40% недоношенных детей были переведены в отделение неонатологии, 30% детей нуждались в хирургическом лечении, и операция была проведена, а в 10% случаев она привела к летальному исходу.

Выводы. В результате анализа различных факторов риска развития НЭК у недоношенных детей разного гестационного возраста была выявлена комбинация процессов, приводящих к кишечному вазоспазму, ишемии слизистой оболочки и некрозу, которая присутствовала у всех пациентов.

Ключевые слова: недоношенный ребенок; наркотизирующий энтероколит; факторы риска.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани как фактор риска спонтанного пневмоторакса у детей

Файзуллаев В.Х.[1], Муратов И.В.[1,3,4], Мельник С.И.[2]

[1] Детская городская клиническая больница № 5 им. Н.Ф.Филатова, Санкт-Петербург, Россия;

[2] Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, Санкт-Петербург, Россия;

[3] Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия;

[4] Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс (СП) — это синдром, характеризующийся скоплением воздуха в плевральной полости, не связанный с травмой легкого или врачебными манипуляциями. Группой наибольшего риска считаются лица в возрасте от 13 до 22 лет. Есть основания предполагать генетическую предрасположенность к развитию пневмотораксов. После первого эпизода манифестации заболевания риск рецидива через полгода составляет 25–50%. Выявление заболевания происходит в остром состоянии, с жалобами на боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, одышку, кашель, что делает скрининг неприменимым. Диагноз ставится на основании рентгенологических и клинических данных. Атипичная резекция легкого с индукцией плевродеза уменьшает риск, но не гарантирует от рецидива пневмоторакса. Таким образом, продолжается поиск новых способов лечения СП совместно со смежными специалистами.

Цель — оценка спонтанного пневмоторакса как частного случая системного заболевания.

Методы. В группе, включавшей 32 пациента в возрасте от 14 до 17 лет со спонтанным пневмотораксом, проведено комплексное обследование, включавшее функцию внешнего дыхания, анализ на альфа-1-антитрипсин, осмотр офтальмолога, оценка ортопедического и кардиологического статуса, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства и противорецидивное лечение. Использовались плевральная пункция, дренирование плевральной полости, химический плевродез через плевральный дренаж, хирургический плевродез.

Результаты. На основе полученных данных подтверждено наиболее эффективное лечение в объеме атипичной резекции легкого с облитерацией плевральной полости. Выявлены различные сочетания дисплазии дыхательной системы у подавляющего большинства пациентов.

Заключение. Спонтанный пневмоторакс необходимо рассматривать как частный случай системного заболевания для его прогноза, предотвращения рецидива и выявления сопутствующих патологических состояний.

Ключевые слова: детский возраст; спонтанный пневмоторакс; атипичная резекция легкого; системное заболевание.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Значение гепатобилисцинтиграфии в диагностике желчнокаменной болезни у детей

Файзуллаев В.Х.[1], Сварич В.Г.[2]

[1] Детская городская клиническая больница № 5 им. Н.Ф.Филатова, Санкт-Петербург, Россия;
[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Желчнокаменная болезнь — это дистрофическо-дисметаболическое заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и/или билирубина и характеризующееся образованием конкрементов в желчных путях. Несмотря на то, что более чем у 80% пациентов с ЖКБ клинические проявления могут так и не появиться в течение всей жизни, и конкременты в желчном пузыре обнаруживаются случайно при использовании визуализирующих методов исследования (УЗИ, компьютерная томография), проводимых по другим причинам, клинические проявления заболевания и его осложнения (острый холецистит — 10%, холедохолитиаз — 3,4–12%, холангит — 0,2%, панкреатит 4–8%) могут значительно снижать качество жизни пациента и требовать активных врачебных действий. У детей в настоящее время введены рекомендации по обязательному УЗИ органов брюшной полости при проведении диспансеризации в декретированные сроки. Что позволило выявлять бессимптомное камненосительство на более ранних сроках, до появления клинических проявлений ЖКБ. Имеется тенденция к увеличению числа детей, больных желчнокаменной болезнью и нарастанию осложненных форм заболевания. Нет единого подхода к диагностике, тактике, показаниям к оперативному лечению, срокам его выполнения.

Цель — определить место и роль гепатобилисцинтиграфии в алгоритме обследования детей с желчнокаменной болезнью. Изучить нарушения моторики желчевыводящих путей в детском возрасте методом гепатобилисцинтиграфии.

Методы. В группе, включавшей 8 детей в возрасте от 7 до 17 лет с желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, проведено комплексное обследование, включавшее, в том числе, гепатобилисцинтиграфию.

Результаты. На основе полученных данных при проведении гепатобилисцинтиграфии выявлены нарушения сократительной функции желчного пузыря по типу гипомоторной, признаки дискинезии сфинктера Одди по типу гипертонуса, позднее поступление желчи в кишечник. Полученные данные могут говорить об одной из причин формирования сладжа, а затем и конкрементов в желчном пузыре.

Заключение. Гепатобилисцинтиграфия является дополнительным методом, уточняющим характер нарушений функции гепатобилиарной системы при желчнокаменной болезни у детей. Полученные данные необходимо интерпретировать в сопоставлении с другими методами обследования и использовать при выборе тактики лечения. Однако, учитывая полученные при гепатобилисцинтиграфии результаты, встает вопрос о целесообразности наблюдения и консервативного лечения желчнокаменной болезни у детей.

Ключевые слова: детский возраст; желчнокаменная болезнь; гепатобилисцинтиграфия; дискинезия желчного пузыря.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Осложненные формы болезни Крона у детей. Хирургическое лечение

Филиппов Д.В.[1,2], Гурович А.О.[1], Зуев М.Е.[1], Бурая С.А.[1]

[1] Детская городская больница № 22, Санкт-Петербург, Россия;

[2] Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) в педиатрии имеют неуклонный ежегодный рост заболеваемости. Нередко у детей дебют заболевания сопровождается агрессивным течением с развитием хирургических осложнений основного патологического процесса, что требует определения оптимальной тактики лечения, включая хирургический этап.

Цель — определить оптимальные сроки и объем хирургического вмешательства у пациентов с осложненными формами болезни Крона (БК) с учетом мультидисциплинарного подхода в лечении данной категории пациентов.

Методы. С 2017 по 2025 год в клинике Педиатрического медицинского университета и хирургическом отделении ДГБ № 22 было проведено лечение 57 пациентов с осложненными формами БК. Возраст детей от 9 до 18 лет. Пациентам было выполнено физикальное, лабораторное, лучевое, эндоскопическое исследование, МРТ. Обсуждение тактики лечения проходило с участием детских гастроэнтерологов, врачей лучевой диагностики, эндоскопистов и хирургов-проктологов.

Результаты. Хирургический этап лечения был выполнен всем пациентам с подтвержденными необратимыми структурными изменениями кишечной стенки (стриктуры, кишечные фистулы) или при выявлении ургентных осложнений (абсцессы брюшной полости, неотграниченный перитонит, параректальные абсцессы). 52 пациентам хирургический этап лечения был выполнен в плановом порядке, на фоне неэффективности консервативного лечения. 4 пациента были оперированы по срочным показаниям из-за развития гнойных осложнений в брюшной полости и промежности. 1 ребенок был оперирован экстренно с некупируемой клиникой низкой кишечной непроходимости на фоне сформированной стриктуры терминального отдела подвздошной кишки.

Заключение. Учитывая агрессивное течение болезни Крона у детей с развитием локальных и системных осложнений ЖКТ, агрессивную пожизненную специфическую консервативную терапию с риском развития вторичных осложнений на фоне иммуносупрессии, хирургический этап лечения позволяет устранить сформированные необратимые структурные изменения в кишечнике, улучшить эффект от консервативного лечения и положительно влиять на качество жизни пациента. Хирургическое лечение показано всем пациентам с выявленными клинически значимыми необратимыми структурными изменениями ЖКТ, при невозможности достижения стойкой клинико-лабораторной и эндоскопической ремиссии основного патологического процесса. При развитии ургентных гнойных осложнений хирургическое лечение должно быть направлено на купирование системного воспалительного ответа, адекватное дренирование гнойного очага с последующим назначением системного специфического консервативного лечения. Первичное хирургическое лечение у наивных пациентов с БК может быть рассмотрено в случаях подтвержденных непротяженных локальных стриктур кишечной стенки с последующим консервативным лечением и контролем ремиссии основного заболевания. Позднее хирургическое лечение у пациентов с неадекватным ответом на консервативную терапию может привести к протяженным и повторным резекциям кишечника на фоне вторичных изменений кишечной стенки.

Ключевые слова: болезнь Крона; дети; осложнения; лечение.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Аневризма верхней брыжеечной артерии у ребенка

Филоненко А.В., Биналиев И.О., Гаспарян Р.А., Сизонов В.В., Бабич И.И.

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

Актуальность. Аневризмы висцеральных артерий — редкое опасное сосудистое заболевание. Частые причины истинных аневризм висцеральных артерий — коллагеновые, воспалительные и наследственные заболевания, такие как синдром Элерса–Данлоса (СЭД).

Ложные аневризмы висцеральных артерий связаны с травмой, ятрогенным повреждением, воспалительными процессами. Клиническое значение аневризм висцеральных артерий обусловлено их потенциальным риском разрыва или тромбоза, с чрезвычайно сложной диагностикой и лечением.

Аневризмы верхней брыжеечной артерии (АВБА) у взрослых составляют до 8% случаев висцеральных аневризм. Естественное течение АВБА приводит у 38–50% пациентов к разрыву аневризмы, с уровнем смертности 30–90%. При плановой хирургии АВБА смертность менее 10%. Статистика у детей отсутствует.

Больший размер аневризмы предполагает больший риск. Разрывы сопровождаются кровотечением, фатальным шоком и ишемией органов дистальнее аневризмы.

Существуют только общие принципы лечения. Учитывая значительную частоту разрывов и высокую смертность при лечении разорвавшихся АВБА, необходимо проводить плановое лечение — основной целью является исключение аневризмы из кровотока и реваскуляризация низлежащих органов. Чаще выполняются открытые хирургические или эндоваскулярные операции. Анализ отсроченных результатов показывает значительную долю рестенозов в области стентов и протезов, до 50% нуждаются в повторном вмешательстве.

Описание клинического случая: пациентка А. 14 лет, с СЭД, подтвержденным генетически, соответствующим габитусом. При подготовке к пластике воронкообразной грудины обнаружена АВБА. Аневризма подтверждена результатами МСКТ и МРТ ангиографии, уточнена анатомия. Несмотря на отсутствие жалоб и клинических проявлений, выбрана активная хирургическая тактика.

Показаниями явились: риск разрыва, размеры и признаки хронического расслоения. Также социальные и медицинские ограничения, связанные с аневризмой.

Рассматривалась возможность установки стент-графта. По литературным данным: стент-графт малого диаметра требует пожизненной дезагрегантной терапии, с риском окклюзии стента. Молодой возраст, женский пол, предполагаемые беременности и операции явились ограничениями метода. Реваскуляризация посредством открытой лапаротомии расценена оптимальной.

Сочетанной бригадой выполнена операция: аневризма спаяна с окружающими тканями забрюшинного пространства и поджелудочной железой. Аневризмэктомия, ушивание ВБА проксимально, реимплантация дистальной ВБА в инфраренальную аорту через окно в брыжейке двенадцатиперстной кишки. Сохранен адекватный кровоток в бассейне ВБА, исключены конфликты окружающих органов (синдром пинцета, синдром Уилки).

Восстановительный период протекал спокойно. На контрольной МСКТ через 3 месяца анастомоз и бассейн ВБА функционируют хорошо.

Заключение. Пациентам с висцеральными аневризмами показано генетическое тестирование. Базовым исследованием при подозрении на аневризму является МСКТ ангиография. Выбор объема и варианта лечения должен основываться на мультифакторном подходе, предполагающем долгосрочное восстановление здоровья. Реимплантация верхней брыжеечной артерии во внеанатомическую зону аорты является выполнимым вариантом, в случаях, неподходящих для рентген-эндоваскулярных операций.

Ключевые слова: аневризма; реимплантация; верхняя брыжеечная артерия; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Некротизирующий энтероколит: от диагностики до прогноза осложнений

Фозилжон-зода М., Шамсиев А.М., Атакулов Ж.О., Гарифулина Л.М.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Некротизирующий энтероколит (НЭК) остается одной из наиболее тяжелых патологий периода новорожденности, сопровождающейся высоким риском хирургических осложнений, сепсиса и летальности. Несмотря на совершенствование методов интенсивной терапии, ранняя диагностика и прогнозирование тяжести заболевания остаются актуальными проблемами современной неонатологии и детской хирургии.

Цель — улучшить диагностику и прогнозирование осложнений НЭК у новорожденных на основании комплексной оценки перинатальных факторов, лабораторных и инструментальных показателей.

Методы. Проведен анализ клинико-лабораторных данных 154 новорожденных с НЭК. Изучались перинатальные факторы риска, показатели индекса С-реактивного белка к альбумину (СРБ/АЛБ), внутрибрюшного давления (ВБД), ультразвуковые и рентгенологические признаки заболевания. Разработана шкала оценки прогностического потенциала осложнений НЭК.

Результаты. Установлено, что у пациентов с НЭК наиболее часто встречались внутриутробная инфекция (76%), мутные околоплодные воды (87%), респираторный дистресс-синдром (69%), гипоксия плода (54%) и фетоплацентарная недостаточность (47%). Полученные данные свидетельствуют о значимой роли перинатальной патологии в развитии заболевания. При анализе воспалительных маркеров выявлено достоверное повышение индекса СРБ/АЛБ. На 2-е сутки показатель составил 3,2, перед оперативным вмешательством — 3,6, что соответствовало выраженному воспалительному процессу и тяжелому течению НЭК. К моменту выписки наблюдалось снижение показателя до 1,3, отражающее положительную динамику лечения. Изучение внутрибрюшного давления показало его значительное повышение у пациентов основной группы. Перед операцией уровень ВБД достигал 24,8 см вод. ст., что соответствовало развитию абдоминального компартмент-синдрома и требовало неотложной хирургической коррекции.

На основании совокупности клинических, лабораторных и инструментальных критериев разработана прогностическая шкала, включающая гестационный возраст, оценку по шкале Апгар, характер вскармливания, длительность антибиотикотерапии, уровень СРБ/АЛБ, показатели ВБД, тромбоцитопению, данные УЗИ и рентгенографии. Суммарная оценка позволила выделить группы низкого, среднего и высокого риска осложнений, что способствует выбору оптимальной лечебной тактики.

Выводы. Комплексная оценка перинатальных факторов, индекса СРБ/АЛБ и внутрибрюшного давления позволяет повысить эффективность ранней диагностики НЭК и своевременно прогнозировать развитие осложнений. Разработанная шкала может быть использована в клинической практике для стратификации риска и оптимизации лечебно-диагностической тактики у новорожденных с НЭК.

Ключевые слова: некротизирующий энтероколит; внутрибрюшное давление; перфорация; прогноз.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Эндоскопическое трансгастральное дренирование острых жидкостных скоплений и псевдокист при травме поджелудочной железы у детей

Фролов Е.А.[1], Карасева О.В.[1], Шавров А.А.[1], Харитонова А.Ю.[1], Меркулова А.О.[1], Недолужко И.Ю.[2], Алексеев И.Ф.[1], Батунина И.В.[1], Мельников И.А.[1]

[1] Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошаля, Москва, Россия;

[2] Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова, Москва, Россия

Актуальность. Травма поджелудочной железы у детей, несмотря на относительно низкую частоту встречаемости по сравнению с другими видами травм, связана с высоким риском тяжелых осложнений, длительным течением заболевания и значительными затратами на лечение.

Цель — оценка эффективности эндоскопического трансгастрального дренирования острых жидкостных скоплений и псевдокист при травме поджелудочной железы у детей.

Методы. Объектом исследования стали 11 детей (8 мальчиков и 3 девочки) в возрасте от 9 до 17 лет (12±2,4 лет). Причиной жидкостных скоплений (ЖС) стали травмы поджелудочной железы с повреждением Вирсунгова протока grade III (8 чел.), grade IV (3 чел.) по AAST классификации. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с трансгастральным дренированием выполняли в условиях операционной с CO_2-инсуфляцией под интубационной анестезией. Под контролем эндосонографии (ЭУС) с допплерографией определяли бессосудистую зону контакта ЖС со стенкой желудка, выполняли пункцию с формированием цистогастрального соустья цистотомом 10 Fr. или 8,5 Fr., забор материала для биохимического исследования, устанавливали стент 10 Fr. или 8,5 Fr. Double Pig Tail по струне-проводнику.

Результаты. Длительность заболевания была от 11 до 78 дней (32±24 дня). При поступлении у всех детей отмечено повышение амилазы крови (900±380 МЕ/л) и СРБ (60±43 МЕ/л). Жалобы на снижение массы тела, боли в животе, рвоту. В комплекс обследования входили ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография или магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости, ЭГДС и ЭУС. Объем диагностированных жидкостных скоплений по данным неинвазивной диагностики колебался от 75 до 500 мл. Послеоперационный период у всех детей протекал гладко с полным купированием жалоб. В биохимическом анализе пунктата — амилаза 24514±19461 Ед/мл. По данным УЗ-мониторинга к 5-м суткам послеоперационного периода у всех детей отмечен значительный регресс ЖС, снижение уровня амилазы крови (182±62 МЕ/л) и СРБ (40,6±21 МЕ/л). Ребенку с ОПН выполняли повторное эндоскопическое вмешательство с санацией панкреатической полости и секвестрэктомией. На 7–10-е послеоперационные сутки пациенты были выписаны из стационара. При катамнестическом обследовании через 2–3 месяца у всех детей отмечено отсутствие абдоминального болевого синдрома, уровень амилазы крови и СРБ в пределах возрастной нормы. На УЗИ органов брюшной полости и МРТ полный регресс ЖС. Стент удаляли при ЭГДС под общей анестезией. При дальнейшем катамнезе у одного мальчика через 6 месяцев обострение посттравматического панкреатита с формированием псевдокисты, повышение альфа-амилазы до 687,5 МЕ/л. Ребенку выполнено повторное трансгастральное дренирование, с регрессом псевдокисты и снижением альфа-амилазы.

Заключение. Трансгастральное дренирование парапанкреатических жидкостных скоплений у детей представляет собой безопасную, современную и малоинвазивную методику.

Ключевые слова: дети; трансгастральное дренирование; эндоУЗИ; псевдокиста поджелудочной железы; панкреатит; травма поджелуждочной железы.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Первичная илеоцекальная резекция vs биологической терапии при болезни Крона у детей: сравнительный анализ исходов и рисков рецидива

Хабибуллина Л.Р.[1], Щербакова О.В.[1], Авсеенко В.И.[2]

[1] Федеральный научно-клинический центр детей и подростков, Москва, Россия;

[2] Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Актуальность. Лечение локализованной илеоцекальной болезни Крона (БК) у детей остается предметом обсуждений. Хотя биологическая терапия часто является предпочтительной на начальном этапе, роль операции у бионаивных пациентов широко обсуждается в профессиональном сообществе. В педиатрии отсутствуют рандомизированные исследования, сравнивающие непосредственные и отдаленные исходы после операции у пациентов, ранее не получавших биологическую терапию, и пациентов, перенесших операцию в связи с неэффективностью медикаментозного лечения.

Цель — сравнение послеоперационных результатов и частоты рецидивов БК.

Методы. Проведено ретроспективное сравнительное исследование 115 пациентов детского возраста, получивших хирургическое лечение в объеме илеоцекальной резекции (ИЦР) в период с 2019 по 2025 год. Пациенты были разделены на 2 группы: группа пациентов, ранее не получавших биологическую терапию (1-я группа — первичной хирургии) (n = 65), и 2-я группа — хирургического вмешательства после биологической терапии (n = 50). Для выявления независимых факторов риска ранней операции проводились унивариантный и мультивариантный анализы.

Результаты. Группы были сопоставимы по полу (p = 0,449), ИМТ (p = 0,331) и задержке роста (p = 0,165). Пациенты во 2-й группе были моложе на момент начала заболевания (p = 0,001), однако возраст на момент проведения ИЦР был схожим в группах (p = 0,541). Время от начала заболевания до проведения ИЦР значимо отличалось (p <0,001). Перианальные поражения чаще встречались во 2-й группе (24,0% против 3,1%; p <0,001). Частота послеоперационных осложнений в двух группах статистически не различалась (p = 0,136). Частота клинически значимого эндоскопического рецидива (индекс Rutgeerts > i2) при колоноскопии в течение 1 года после операции составила 8,3% в 1 группе и 24,0% во 2 группе, однако мы не достигли статистической значимости в этом параметре (ОШ 0,29; 95% ДИ 0,07–1,14; p = 0,081). Наиболее сильными факторами риска раннего хирургического вмешательства являлись интраабдоминальный инфильтрат (ОШ 7,17; 95% ДИ 2,81–18,27; p <0,001), илеоцекальная стриктура (ОШ 8,73; 95% ДИ 1,02–75,04; p = 0,048), предшествующее экстренное хирургическое вмешательство (ОШ 4,70; 95% ДИ 2,11–10,45; p <0,001).

Заключение. Мы не обнаружили значимых различий в частоте послеоперационных осложнений или эндоскопического рецидива между двумя группами. Тяжелый пенетрирующий фенотип заболевания и агрессивное течение с необходимостью проведения экстренных операций оказались факторами риска ранней илеоцекальной резекции. Для понимания места хирургии в лечении пациентов с локализованной формой болезни Крона и оценки отдаленных результатов требуются дальнейшие исследования.

Ключевые слова: болезнь Крона; илеоцекальная резекция; биологическая терапия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Типичные и атипичные резекции легких у детей

Цап Н.А.[1,2], Некрасова Е.Г.[1,2], Колесникова И.С.[2], Оленина Н.В.[2], Мликова Т.В.[2]

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;
[2] Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Дифференцированный подход к выбору метода оперативного лечения позволяет проводить органосохраняющие операции при различной патологии легких врожденной и приобретенной этиологии.

Цель — проведение анализа оперативных вмешательств на легких в зависимости от выявленных патанатомических изменений легких, их локализации и распространенности в ткани долей легкого.

Методы. В клинический материал данного исследования включены 183 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, пролеченных в отделении торакальной хирургии за период 2015–2025 гг. Критерий включения — операция типичная или атипичная резекция легкого: доступ торакоскопия — 137 (74,9%) детей, торакотомия 46 (25,1%). Дооперационная диагностика и детализация патологического процесса в легком базируются на выполнении КТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием, по показаниям с 3D-реконструкцией, что важно для выбора оперативно-технических приемов резекции легкого с превалированием принципа органосохранности.

Результаты. Торакоскопические вмешательства выполнялись по поводу: буллезной болезни легких (*n* = 128; 93,4%) — атипичная резекция верхней доли; фенестрация врожденных кист легкого (*n* = 8; 5,8%); интерстициальных изменений легких (*n* = 1; 0,7%) с целью дифференциальной диагностики атипичная резекция нижней доли (биопсия), с последующим гистологическим исследованием, позволившим установить диагноз альвеолярный протеиноз. Спектр пороков развития и заболеваний легких, при которых требовалось выполнение торакотомии, более широкий: кистозно-аденоматозная мальформация — лобэктомия (*n* = 15; 32,6%), атипичная резекция (*n* = 6; 13,1%); врожденная лобарная эмфизема — лобэктомия (*n* = 8; 17,4%), сегментэктомия (*n* = 1; 2,2%); эхинококкоз легкого — широкая фенестрация паразитарной кисты, эхинококкэктомия, обработка аргоновой плазмой (*n* = 8; 17,4%); бронхоэктатическая болезнь — лобэктомия (*n* = 3; 6,5%), билобэктомия (*n* = 2; 4,3%), резекция средней доли в сочетании с атипичной резекцией верхней доли и резекция нижней доли с атипичной резекцией язычковых сегментов (*n* = 2; 4,3%), абсцедирующая киста легкого — атипичная резекция верхней доли (*n* = 1; 2,2%). Типичные и атипичные резекции легких выполнялись с использованием механического шва и/или ультразвукового скальпеля. Завершались операции дренированием плевральной полости. Ближайший и отдаленный послеоперационный период без осложнений. На амбулаторном этапе дети находятся на длительном динамическом наблюдении торакального хирурга и пульмонолога с выполнением контрольной рентгенографии органов грудной клетки и по показаниям КТ.

Заключение. Проведение торакоскопической атипичной резекции возможно в случаях четкой визуализации границ патологически измененного участка легкого при условии достаточного объема сохранной паренхимы. Буллезная болезнь легкого является приоритетной для выполнения атипичной резекции легкого, обеспечивается герметичность легочной ткани. При кистозно-аденоматозных мальформациях легкого, при эхинококкозе и торакоскопия, и торакотомия позволяют провести органосохраняющие операции. В то же время тотальное поражение доли легкого диктует выполнение лоб — и билобэктомии, обеспечивая выздоровление ребенка.

Ключевые слова: заболевания; пороки легких; торакотомия; торакоскопия; резекция легкого; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Сложный случай сочетания врожденных дефектов передней брюшной стенки

Цап Н.А.[1,2], Суенкова Д.Д.[1,2], Шибанова О.А.[2], Чудаков В.Б.[2]

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;
[2] Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Врожденные пороки развития передней брюшной стенки (ПБС), такие как гастрошизис, омфалоцеле, и в настоящее время являются достаточно сложной патологией в хирургии новорожденных, тем более при наличии сочетанных пороков развития, требуют нередко этапного лечения, сопровождаются неутешительными показателями летальности.

Описание клинического случая. Беременность протекала на фоне дихориальной, диамниотической двойни. Антенатально ВПР ПБС у II плода (омфалоцеле) выявлен в сроке гестации 14–15 недель. Кариотип клеток хориона I плода 46 XY, кариотип клеток хориона II плода 46 XY. Проведен перинатальный консилиум, родителям дана полная информация. После рождения ребенка отмечено, что большую часть ПБС занимает грыжевое выпячивание размером до 10 см в диаметре. Стенка грыжевого выпячивания представлена плотными эмбриональными оболочками, под ними визуализируются участок печени и петли кишки. Выполнено оперативное вмешательство: иссечение оболочек эмбриональной грыжи пупочного канатика, силастопластика ПБС в связи с невозможности погружения печени в брюшную полость (БП). Течение послеоперационного периода без хирургических осложнений. Часть петель кишечника погрузилась в БП. Через 1 месяц выполнен второй этап оперативной пластики ПБС: сохраняющаяся значимая висцеро-абдоминальная диспропорция стала показанием к формированию вентральной грыжи (ВГ). Послеоперационный период протекал благоприятно. Состояние новорожденного с положительной динамикой. На 4-е сутки начато энтеральное питание. Стул самостоятельный. В пахово-мошоночной области с 2 сторон определяются грыжевые выпячивания больших размеров. Образования мягко-эластической консистенции, свободно вправляются в БП, урчат. При вправлении паховых грыж сразу же увеличивается в объеме ВГ. Проводились попытки бандажирования ВГ, фиксацию переносит плохо, что проявляется нарушением функции желудочно-кишечного тракта. От фиксации решено воздержаться. В возрасте 6 месяцев выполнено паховое грыжесечение по Дюамель-1 с обеих сторон. В ближайшем послеоперационном периоде рецидив. Учитывая отставание ребенка в физическом развитии, принято решение о ключевом моменте предоперационной подготовки — набор массы тела не менее 10 кг. В 2,5 года жизни устранена паховая грыжа справа. При дальнейшем динамическом наблюдении установлено: рецидива грыжи нет, но ВГ и левосторонняя паховая грыжа представляют собой «сообщающиеся сосуды»: компрессия одной из них сразу увеличивает размеры другой, что не позволяет эффективно проводить бандажирование ВГ и изменить параметры висцеро-абдоминальной диспропорции. *Status lokalis*: в центральной части ПБС выпячивание размером до 6 см в диаметре, кожа над ним рубцово-деформированная; при пальпации грыжевое содержимое мягко-эластичное, безболезненное, погрузить в БП полностью не удается, и при этом увеличивается паховая грыжа. Физическое развитие ребенка улучшилось, умеренно отстает от брата-двойняшки. Избрана этапная хирургическая тактика: первоначально грыжесечение слева, затем медицинская пауза с ежедневным бандажированием ВГ, при свободном погружении петель кишечника в БП будет выполнен оперативный этап устранения вентральной грыжи и пластика ПБС.

Заключение. Сочетание грыж ПБС разной анатомической локализации при малом объеме брюшной полости не позволяет одномоментно устранить все грыжи. Выбор этапной оперативной тактики позволяет снизить риски абдоминальной гипертензии и рецидива.

Ключевые слова: омфалоцеле; паховые грыжи; этапность лечения; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Микробиологическая структура остеомиелитического очага у детей

Цыбин А.А., Мишина О.Г., Мартынов М.Д., Даильнева К.В., Мохаммад Башир

Тульский государственный университет, медицинский институт, Тула, Россия

Актуальность. Для выбора оптимальной хирургической тактики, особенно в тяжелых случаях течения, и для достижения благоприятного исхода остеомиелита важна своевременная рациональная антибиотикотерапия (АБТ) в первые часы, основанная на ранней детекции возбудителя воспаления, его точной идентификации и определении уровня микробной контаминации тканей в 1 грамме. Критически важным является также срок предоставления результатов бактериологических исследований и динамики маркеров воспаления.

Цель — изучение и анализ роли микробиологической структуры остеомиелитического очага в выработке эффективной хирургической тактики при гематогенном остеомиелите у детей.

Методы. Представлены комплексные клинико-лабораторные наблюдения и исследования у 595 больных с гематогенным остеомиелитом в острой и хронической стадии. Исследовались маркеры воспаления: формула КАК, С-РБ, белки острой фазы, уровень малонового диальдегида, уровень иммуноглобулинов и другие показатели. Также проводились аппаратные и инструментальные исследования.

Результаты. У больных в острой стадии детекция стафилококка отмечена в 81,5% случаев. Последующая идентификация показала St. Epidermidis в 67% случаев. У 6,4% больных был обнаружен стрептококк, а у 5,2% — синегнойная палочка. В 14% посевов микроорганизмы в аэробных условиях не обнаружены. У больных в хронической стадии положительная детекция микроорганизмов наблюдалась в 67,5% случаев. Среди них *bacteroides* был идентифицирован в 44,4%, *prevotella* 25,9%, *fusobacterium* 22,2% и *porghyromonas* в 7,4% случаев. Результаты исследований поступали в среднем после 3–6-х суток и более, что существенно задерживает начало целенаправленной терапии. Данные многочисленных публикаций и оптимальных протоколов показывают, что общая культуральная чувствительность при исследовании хирургического неспецифического очага воспаления (ХНОВ) может не превышать 50–60%. Анаэробные микроорганизмы, выявляемые в 10–40% случаев хронических очагов, растут медленно и требуют специальных бескислородных сред. В этом отношении особого внимания заслуживают биопленки, формирующие устойчивость к антибиотикам, а исследования очага требуют применения современных методик детекции и идентификации (MALDI-ToF масс-спектрометрия, ПЦР в реальном времени), достигающих 98–100% детекции и идентификации возбудителя в очаге.

Заключение. 1. Детекция и идентификация возбудителя в ХНОВ не отвечают современным достижениям бактериологии. 2. Требуют совершенствования и внедрения современные методики и способы диагностики специализированного характера.

Ключевые слова: гематогенный остеомиелит; дети; биопленка; антибиотикотерапия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Трудный случай дифференциальной диагностики острого гематогенного остеомиелита

Цыбин А.А.[1,2], Вальгер А.О.[1], Вайс А.В.[2], Меликян Р.В.[1], Верцанова В.В.[1]

[1] Тульский государственный университет, медицинский институт, Тула, Россия;

[2] Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д.Я. Ваныкина, Тула, Россия

Актуальность. Гематогенный остеомиелит (ГО) — актуальная проблема детского возраста. Известны трудности его диагностики и лечения.

Цель — представить клиническое наблюдение трудностей дифференциальной диагностики и успешного лечения острого гематогенного остеомиелита (ОГО) у девочки 2 лет.

Описание клинического случая. Пациенка Я., 2 г., д.р. 02.10.2016 г. Анамнез не отягощен. В 1,5 года заболела ОРВИ, лечилась амбулаторно. На фоне заболевания на 3-и сутки появились боли в правом коленном суставе, припухлость, нарушение подвижности, повышение температуры тела до 39 °С. Госпитализирована в стационар 03.03.2018 г. В больнице Л. у ревматолога находилась 13 дней, рентгенография правого коленного сустава от 05.03.2018 г.: «Нечеткость, "размытость" эпифиза большеберцовой кости справа (признаки артрита)». УЗИ правого коленного сустава (12.03.2018 г.): «Боковая киста Бейкера в области медиального заворота. Реактивные изменения». 18.04.2018 г. — амбулаторное лечение в институте ревматологии, поставлен диагноз ювенильного хронического артрита, полиартикулярный вариант, активность 2-я стадия I, ФК 2. Рекомендована консультация онколога в Институте онкологии. Проведена рентгенография: предположение о воспалительном генезе данных изменений. МРТ от 03.10.2018 г.: было поставлено под вопрос наличие остеомиелита с образованием секвестров в дистальном эпиметафизе правой бедренной кости, опухолевый процесс был отвергнут, показана пункция. Пункция от 10.10.2018 г.: картина гнойного воспаления. Спустя 7 месяцев — рецидив лихорадки. Проводился дифференциальный диагноз между туберкулезом и острым гематогенным остеомиелитом. Госпитализирована в больницу В., проведена пункция под наркозом — сливкообразный густой гной 20 мл. Ревизия полости не проводилась в целях снижения травматизации. Лечение — ДНАДКГО (длительное непрерывное аспирационное дренирование костного гнойного очага). Интраоперационная диагностика: прямая бактериоскопия — картина гнойного воспаления, большое количество нейтрофилов, палочек Коха не обнаружено. Диаскин — тест через 2 недели — сомнительный. Консультация фтизиатра. Посев пункционного экссудата: Staphylococcus aureus. Отхождение дренажа через 3 недели. Под наркозом через расширенный свищ ревизия, удаление фиброзных и грануляционных масс. Редренирование полости. Гистология — фиброзная, грануляционная ткань. Повторный Диаскин-тест, консультация фтизиатра. Через 6 месяцев от начала лечения — постановки ДНАДКГО — выполнено удаление дренажа. Очаг дренировался, по результатам рентгенографии — регенерация тканей.

Заключение. Данный клинический случай подтверждает трудность дифференциальной диагностики ОГО и демонстрирует, что несмотря на позднее установление диагноза, правильно выбранная хирургическая тактика и хирургическое лечение с помощью ДНАДКГО способствовали положительному результату. Прослежен отдаленный результат через 7 лет: выздоровление пациентки.

Ключевые слова: остеомиелит; трудности дифференциальной диагностики; аспирационное дренирование; регенерация.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Ранняя диагностика и лечение фиброзно-кистозных поражений костной ткани у детей

Цыбин А.А.[1,2], Даильнева К.В.[1], Вайс А.В.[2], Мохаммад Башир[1,2], Мартынов М.Д.[1]

[1] Тульский государственный университет, Медицинский институт, Тула, Россия;

[2] Тульская областная детская клиническая больница, Тула, Россия

Актуальность. Заболевание выявляется в 80–85% случаев до 20 лет, с пиком клинической манифестации в возрасте 5–14 лет, что связано с интенсивным ростом скелета и гормональными перестройками. Первые морфологические изменения закладываются в эмбриональном периоде (4–8-я неделя гестации). Фиброзно-кистозная дисплазия диагностируется преимущественно как случайная находка, с болевым синдромом и дискомфортом в пораженном сегменте при нагрузке, а также нарушением функции конечности при патологическом переломе.

Цель — повышение эффективности ранней диагностики и лечения фиброзно-кистозной дисплазии костной ткани у детей.

Методы. Проведено проспективное исследование у 26 детей (5–14 лет) с фиброзно-кистозной дисплазией трубчатых костей. Критерии отбора: моноостальная локализация процесса и исключение опухолевой природы очага. Лечение проводилось по инновационной методике: продольная кортикальная остеотомия очага, максимальное удаление фиброзно-кистозных масс до здоровой кости, аспирационное дренирование послеоперационной полости, отказ от костной пластики (Цыбин А.А., с соавт. 2018 год). Оценивали степень интраоперационных фиброзно-кистозных изменений, сроки восстановления костного дефекта, частоту осложнений и функциональные исходы по шкале ВАШ.

Результаты. Применение методики радикальной резекции без костной пластики у 26 детей позволило достичь консолидации у 11 (42%) пациентов в сроки 3–6 месяцев. Осложнения: 1 случай серомы (4%), инфекционных осложнений и ложных суставов не зарегистрировано. Функциональные исходы: отличные — 8 (31%), хорошие — 3 (12%), удовлетворительные — 1 (4%). Срок реабилитации сокращен на 30% по сравнению с традиционной костной пластикой (p <0,05). При оперативном вмешательстве отмечено, что чем младше ребенок, тем меньше в очаге фиброзного компонента. У детей младшего возраста очаг представлял собой кистозное образование различного объема, заполненное экссудатом, что подтверждает литературные данные о диагностике фиброзно-кистозной дисплазии у новорожденных. По мере взросления нарастает компенсаторный механизм замещения костного дефекта более плотными массами соединительной ткани, что важно для сохранения функции.

Заключение. 1. Необходима скрининговая неонатальная диагностика фиброзно-кистозной дисплазии с молекулярно-генетическим подтверждением мутации GNAS в ткани очага. 2. Подобный подход позволит пересмотреть хирургическую тактику в сторону более ранней диагностики и лечения фиброзно-кистозной дисплазии у детей, что может снизить риск патологических переломов, улучшить долгосрочный прогноз и обеспечить полноценную функциональную реабилитацию.

Ключевые слова: фиброзно-кистозная дисплазия; дети; ранняя диагностика; хирургическое лечение; костная регенерация; GNAS-мутация.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Анализ методов и исходов оперативного лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости в детском возрасте

Черный С.П.[1], Гордиенко И.И.[1], Цап Н.А.[1], Марфицын А.В.[2]

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. По данным литературы, чрезмыщелковые переломы составляют 48,2% среди травм верхней конечности у детей. При повреждении структур локтевого сустава возможно развитие посттравматических деформаций, а при неадекватной тактике лечения — развитие контрактур.

Цель — анализ методов лечения и исходов чрезмыщелковых переломов в детском возрасте.

Методы. Всего было ретроспективно изучено 260 детей с чрезмыщелковыми переломами в период с 2023 по 2026 год, проходивших лечение в травматологическом стационаре на базе ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга. Среди пациентов преобладали мальчики 169 человек (65%), на долю девочек пришлось 91 человек (35%). Возраст детей варьировал от 4 лет (минимальный) до 17 лет (максимальный). Частота повреждений периферических нервов встречалась в 7% (18 человек) случаев: чаще встречалась нейропатия срединного нерва в 72%, повреждение локтевого нерва в 38%. Лечебная тактика была распределена следующим образом. В большинстве случаев проводилась закрытая репозиция с последующим малоинвазивным чрескожным остеосинтезом спицами Киршнера — 234 случаев (90%). Фиксация проводилась из медиального и латерального доступа. В 120 (51%) случаях проводилась фиксация двумя спицами с латерального доступа, в 87 (37%) случаях 2 спицами латерально и 1 спицей медиально, в 16 (7%) случаях проводились 3 спицы латерально и 1 спица медиально, и в 11 (5%) случаях 4 спицы латерально и 1 спица медиально. Закрытая репозиция проводилась в 10 случаях (4%). К открытой репозиции с последующим остеосинтезом спицей Киршнера обратились в 11 случаях (4%), 5 детям потребовался остеосинтез винтом (2%). Во всех случаях спицы оставлялись снаружи, с последующим удалением через 3 недели, и ранним началом реабилитации локтевого сустава.

Результаты. Спустя 3 недели после удаления наружно стоящих спиц начиналась активная разработка движений в локтевом суставе (230 человек — 88%). В данной группе детей отмечались отличные результаты, объем движений восстановлен полностью. В случае позднего удаления спиц (30 человек — 12%) и задержки начала реабилитации отмечалось развитие контрактур с уменьшением объема движений в среднем на 25 градусов.

Заключение. Закрытый чрескожный остеосинтез спицами Киршнера является эффективным методом лечения чрезмыщелковых переломов у детей. Нами использовался как латеральный, так и медиальный доступ. Ранняя реабилитация дает лучший результат в объеме движений по сравнении с группой детей, у которых по разным причинам реабилитация была начата после 3 недель.

Ключевые слова: дети; локтевой сустав; чрезмыщелковые переломы.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Современная тактика лечения спонтанного пневмоторакса у детей

Чумакова Г.Ю.[2], Разумовский А.Ю.[1,2], Митупов З.Б.[1,2], Зайнулабидов Р.А.[2], Шоминова А.О.[2]

[1] Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия;
[2] Детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс (СП) — неотложное состояние в детской торакальной хирургии, требующее экстренной госпитализации и хирургического лечения. До настоящего времени при СП не существует единой тактики лечения, не определен оптимальный объем оперативного вмешательства и способ профилактики рецидива заболевания.

Методы. С 2021 года по настоящее время в отделении торакальной хирургии ДГКБ им. Н.Ф. Филатова со СП находилось на лечении 125 пациентов. Средний возраст составил 15 лет. Мальчики составили 81% — 101 пациент. В 108 случаях (87%) СП возник на фоне полного здоровья, в 6 случаях (5%) — на фоне респираторного заболевания, в 4 случаях (3,3%) — вследствие травмы грудной клетки. В 65 случаях (52%) в анамнезе отмечались эпизоды рецидивирующего СП. Всем пациентам при поступлении выполняли обзорную рентгенографию грудной клетки, которая позволяла верифицировать СП. В случаях напряженного пневмоторакса выполняли дренирование плевральной полости. После дренирования и стабилизации состояния выполняли МСКТ грудной клетки, которая в 65% (81 пациент) случаев позволила диагностировать буллы на верхушке легкого. В 25% случаев (31 детей) выявлено наличие булл легких с двух сторон. У всех пациентов выполнили торакоскопическую субтотальную плеврэктомию. Положение больного на боку. Устанавливаем 3 троакара — 2 троакара диаметром 5 мм и один троакар 11 мм для оптики. Используем сшивающие аппараты EndoGIA Universal.

Результаты. В 87 случаях (70% наблюдений) плеврэктомия была дополнена атипичной резекцией верхушки легкого сшивающим аппаратом EndoGIA (3,5×45 mm). Плевральный дренаж удаляли в среднем на 4-е (2–13 суток) послеоперационные сутки. Интраоперационных осложнений не было. Среднее время оперативного вмешательства составило 42 минуты. Морфологическое исследование подтвердило диагноз буллезной эмфиземы легкого во всех случаях. Одномоментную торакоскопию выполнили у 10 пациентов (8% наблюдений). Рецидив СП возник в 1 случае после атипичной резекции верхушки легкого с плеврэктомией. Этому пациенту была выполнена повторная торакоскопия с обработкой межреберных промежутков в проекции апертуры гемиторакса аргон плазменной коагуляцией.

Выводы. Торакоскопическая плеврэктомия является операцией выбора при СП, позволяющей избежать рецидива заболевания. Атипичная резекция верхушки легкого не влияет на уровень рецидива заболевания, хотя позволяет достоверно верифицировать буллезную эмфизему легких на основании морфологического исследования ткани легкого.

Ключевые слова: спонтанный пневмоторакс; плеврэктомия; торакоскопия; буллезная эмфизема легкого.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Инновационные технологии в хирургическом лечении врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Хирургическая коррекция — единственный эффективный метод лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей, о чем свидетельствуют многочисленные исследования, констатирующие улучшение качества жизни у детей. Длительность и способы предоперационной подготовки к радикальной операции зависят от степени нарушений функционального состояния кардиореспираторной системы больного.

Цель — улучшить хирургическую коррекцию врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у детей.

Методы. В специализированной детской хирургической клинике Самаркандского Государственного медицинского университета с 2020 по 2025 г. нами успешно проведен разработанный модифицированный метод видеоторакопластики больным с воронкообразной деформацией грудной клетки у 23 больных. Техника проведения: под общим интубационным наркозом на грудную клетку прицельно на место установки прикладывается специальная, Т-образная корригирующая металлопластина, подготавливанная заблаговременно, для каждого пациента индивидуально, по специальному шаблону. Для этого использовался специально сконструированный аппарат. В отличие от традиционной торакопластики, широкий травмирующий подкожный тоннель не создавался. Необходимость в нем отпадала, поскольку с каждой стороны грудной клетки выполняли по 2 разреза: медиальный у края грудины и латеральный по среднеподмышечной линии. Длина кожных разрезов до 2,0 см. Через два латеральных прокола с обеих сторон в грудную полость устанавливали камеры торакоскопа. Латеральный и медиальный разрезы с каждой стороны соединялись подкожным туннелем. Через медиальные разрезы кожи грудные мышцы расслаивались и тупым способом прокалывали грудную стенку. Через левый медиальный разрез вводили инструмент-проводник, которым, скользя непосредственно по задней поверхности передней грудной стенки, формировали тоннель в правую плевральную полость. К концу проводника привязывали прочную нить — проводник. Инструмент-проводник извлекали. Конец пластины привязывали к нити-проводнику. Проведение пластины осуществляли через левый латеральный разрез за нить справа и поступательного движения пластины слева направо вдоль сформированного тоннеля выпуклой стороной к позвоночнику. Затем пластину переворачивали на 180°. Между концами пластины и грудной стенкой оставляли просвет 0,5–0,8 см. Концы пластины фиксировали к ребрам. Плевральные полости не дренировали. Раны послойно ушивали.

Результаты. После предложенного метода хирургической коррекции ВВДГК у детей-пациентов сократились сроки пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии, улучшился косметический эффект, а также сократилось пребывание больных в стационаре от 15 до 9 суток.

Выводы. Таким образом, модифицированный метод видеоторакопластики при хирургической коррекции воронкообразный деформации грудной клетки у детей позволяет максимально точно моделировать металлопластину для каждого пациента индивидуально, а стереовидеоторакоскопический контроль снижает риск развития интраоперационных осложнений.

Ключевые слова: воронкообразная деформация грудной клетки; коррекция; видеоторакопластика.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Инновационный метод лечения врожденного гидронефроза

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Врожденный гидронефроз является сравнительно частым заболеванием мочевыделительной системы. Проблема гидронефроза до настоящего времени остается актуальной. Обструкция пиелоуретрального сегмента и гидронефроз — наиболее частые (1:1000–2000 новорожденных) пороки развития верхних мочевыводящих путей у детей. Открытые оперативные вмешательства на органах забрюшинного пространства в настоящее время перестали отвечать требованиям современной хирургии ввиду их травматичности, что утяжеляет послеоперационный период и увеличивает риск развития осложнений. Щадящий характер эндовидеохирургических операций, позволяющих снизить степень травматичности в создании доступа, делает эти методы более актуальными в практике.

Цель — улучшение результатов хирургического лечения врожденного гидронефроза у детей эндоскопическим путем.

Методы. В Специализированной детской хирургической клинике Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2010 по 2025 г., на стационарном лечении находилось 98 детей с врожденным гидронефрозом I–III степеней, в возрасте от 1 мес. до 18 лет. Сельских жителей было 83 (84,6%), городских — 15 (15,4%). Превалировали дети в возрасте до 4 лет, их было 43 (42,3%). В возрасте 5–9 лет было 24 (30,7%), 10–14 лет — 22 (20,5%), 14–18 лет — 9 (6,4%) пациентов. В половом соотношении девочек было больше (58 (59%)), чем мальчиков (40 (41%)).

Лечение врожденного гидронефроза всем детям проведено эндоскопическим путем.

Эндохирургическое лечение гидронефроза включало в себя ретроградную катетеризацию лоханки проводником под ультразвуковым контролем с последующей установкой трансуретрального полиуретанового мочеточникового стента в двумя «свинными хвостами», длиной от 6 до 14 см, диаметром 4,8–5 Ch. Длительность дренирования чашечно-лоханочной системы у детей с гидронефрозом составляла 1–3 месяца. У всех пациентов после данной манипуляции наблюдалось восстановление адекватного мочеиспускания.

Выводы. Таким образом, применение эндоскопического метода лечения врожденного гидронефроза показало их высокую эффективность, малую травматичность, уменьшение послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре.

Ключевые слова: врожденный гидронефроз; мочеточниковый стент; эндохирургическое лечение.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Отдаленные результаты дилатационной терапии при химических ожогах пищевода у детей

Шамсиев А.М., Шахриев А.К., Халилов Г.К., Шамсиев Р.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Химические ожоги пищевода III степени у детей остаются одной из наиболее тяжелых патологий детской хирургии, сопровождаясь высоким риском формирования рубцовых стриктур, нарушением питания, снижением качества жизни и необходимостью длительного этапного лечения. Несмотря на развитие эндоскопических методов дилатационной терапии, вопросы отдаленных результатов лечения и оценки функционального состояния пищевода остаются недостаточно изученными.

Цель — изучить отдаленные результаты лечения детей с химическими ожогами пищевода III степени в зависимости от сроков начала и методов дилатационной терапии.

Методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 150 детей с химическими ожогами пищевода III степени, находившихся на лечении в специализированной детской хирургической клинике СамГМУ в 1994–2023 гг. В отдаленные сроки от 1 года до 30 лет обследовано 136 пациентов (90,7%). Выполнялись клиническое обследование, эзофагогастродуоденоскопия, оценка степени дисфагии по шкале s.g. bown (2017), эндоскопическая оценка рубцовых изменений по классификации Ю.И. Галлингера (2000), а также оценка качества жизни по опроснику PedsQL™ 4.0. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты. Наибольшее количество пациентов составили дети в возрасте 1–3 лет — 97 (71,3%). Мальчики преобладали — 85 (62,5%) случаев. Щелочные ожоги отмечены у 91 (66,9%) пациента. Раннее начало дилатационной терапии в остром периоде проведено у 64 (47,1%) детей, позднее лечение сформировавшихся рубцовых стриктур — у 72 (52,9%). Наиболее часто применялись бужирование по струне-проводнику — у 51 (37,5%) пациента и гастростомия с бужированием за нить — у 50 (36,8%). Продолжительность амбулаторной дилатационной терапии составляла от 3 до 48 месяцев. Эндоскопическое исследование показало, что у большинства пациентов при выписке просвет пищевода соответствовал I степени сужения — 121 (89,0%) случай.

Заключение. Отдаленные результаты лечения детей с химическими ожогами пищевода III степени зависят от сроков начала и регулярности дилатационной терапии. Раннее начало лечения способствует профилактике формирования тяжелых рубцовых стриктур, улучшению функционального состояния пищевода и качества жизни пациентов.

Ключевые слова: ожог пищевода; дети; дилатационная терапия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Клинический опыт и совершенствование подходов к лечению аппендикулярного перитонита у детей

Шамсиев А.М.[1], Шамсиев Ж.А.[1], Юсупов Ш.А.[1], Атакулов Д.О.[1]

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Введение. Аппендикулярный перитонит у детей — одно из тяжелых осложнений острого аппендицита, требующее неотложного хирургического вмешательства.

Цель — оценить эффективность различных методов лечения аппендикулярного перитонита на основе многолетнего опыта специализированной клиники и подчеркнуть важность лапароскопических технологий и комплексной послеоперационной терапии.

Методы. За последние 20 лет в специализированной детской хирургической клинике Самаркандского государственного медицинского университета лечили 856 детей с аппендикулярным перитонитом, среди которых мальчики преобладали. Симптоматика заболевания часто полиморфна, что затрудняет диагностику, особенно у младших детей, и приводит к позднему обращению за медицинской помощью.

Результаты. Внедрение лапароскопических технологий значительно уменьшает операционную травматичность, сокращает сроки восстановления и снижает частоту послеоперационных осложнений. За последний год 45 пациентов прошли лапароскопическую операцию, что подтвердило ее эффективность.

Комплексная интенсивная терапия в послеоперационный период, включая инфузионную и антибактериальную терапию, дезинтоксикацию и нутритивную поддержку, также играет ключевую роль. Успех лечения зависит от возраста пациента, времени обращения и сопутствующих заболеваний. Раннее обращение и современное лечение способствуют снижению летальности и осложнений, а тяжелые случаи требуют длительного наблюдения.

Заключение. Таким образом, опыт клиники подтверждает, что совершенствование лечения аппендикулярного перитонита у детей, использование лапароскопии и комплексный подход к терапии улучшают исходы и качество жизни пациентов.

Ключевые слова: аппендикулярный перитонит; дети; лечение.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Эндокоррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса в урологии детского возраста

Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М, Юсупов Ш.А., Данияров Э.С.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Введение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) является одной из частых патологий детской урологии и встречается до 2% детей в популяции. Частота порока не имеет тенденции к снижению. Учитывая прирост населения, количество пациентов ежегодно увеличивается.

Цель — анализ эффективности и исходов эндоскопической коррекции ПМР у пациентов детского возраста.

Методы. В период с 2010 по 2025 г. в отделении детской урологии Специализированной детской хирургической клиники Самаркандского государственного медицинского университета проходили стационарное лечение 88 детей с диагнозом ПМР II–IV стадий. Возраст пациентов варьировался от 8 месяцев до 15 лет. Среди них 71 (84,6%) проживали в сельской местности, 17 (15,4%) — в городе. Основную группу составили дети до 4 лет — 36 (42,3%), в возрасте 5–9 лет — 27 (30,7%), 10–14 лет — 18 (20,5%), 14–18 лет — 7 (6,4%). Среди них 51 (59%) девочка и 37 (41%) мальчиков. У 57 (66,7%) пациентов был диагностирован односторонний рефлюкс, у 31 (33,3%) — двусторонний.

Коррекция ПМР была проведена путем трансуретрального введения объемообразующего агента в уретеровезикальный сегмент для создания болюса, который служит опорой для мочеточника и способствует антирефлюксной функции, предотвращая обратный поток мочи. Процедура была выполнена 88 пациентам на 109 мочеточниках, включая 26 случаев с двусторонним рефлюксом. Продолжительность процедуры составляла от 10 до 15 минут, осложнений не наблюдалось.

Результаты. Эффективность метода была оценена через 6–9 месяцев после процедуры у всех 78 (100%) пациентов. Общая эффективность эндоскопического лечения составила 85,8%. Пациенты без начального улучшения подверглись повторному эндоскопическому лечению с положительной динамикой.

Заключение. Таким образом, трансуретральная коррекция везикоуретерального рефлюкса у детей — передовая малотравматичная и высокоэффективная технология, альтернативная классическим оперативным вмешательствам.

Ключевые слова: коррекция; эндоурология; пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Инновации в диагностике и терапии инвагинации кишечника у детей

Шамсиев Ж.А.[1], Шамсиев А.М.[1], Махмудов З.М.[1], Юсупов Ш.А.[1]

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Инвагинация кишечника — одна из основных причин острой кишечной непроходимости у детей, на нее приходится 70–80% случаев. Ранняя и точная диагностика критически важна для успешного лечения и предотвращения осложнений, таких как некроз и перфорация.

Цель — совершенствование методов диагностики и лечения инвагинации у детей.

Методы. Анализировались истории болезни 132 детей в возрасте от 2 месяцев до 10 лет. Диагностический алгоритм включал анамнез, осмотр, лабораторные исследования, рентгенографию и ультразвуковое исследование. УЗИ оказалось наиболее информативным методом для выявления инвагинации, независимо от времени поступления. Пациенты были разделены на две группы: в контрольной группе (59 пациентов) использовалась традиционная пневмоирригоскопия, в основной (73 пациента) — гидроэхоколонография под контролем УЗИ.

Результаты. Успешная консервативная редукция в контрольной группе составила 39%, а в основной — 53,4%, что подтверждает эффективность гидроэхоколонографии. Ключевым фактором в выборе лечения был срок заболевания: консервативные методы были предпочтительны при поступлении в первые 12 часов, хирургия — свыше 48 часов. Гидроэхоколонография не требует рентгенологического контроля, снижает лучевую нагрузку и позволяет визуально оценивать жизнеспособность кишечной стенки.

В результате внедрения УЗИ-контролируемой гидроэхоколонографии повысилась эффективность консервативного лечения на 20%, снизилось число операций на 10%. Большинство пациентов выписывались на 2–3-и сутки после процедуры.

Заключение. Современные малоинвазивные методы обеспечивают безопасность и комфорт для пациентов по сравнению с традиционными подходами.

Ключевые слова: инвагинация кишечника; гидроэхоколонографии; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Особенности хирургической тактики при атрезии тонкой кишки у новорожденных

Швалев Ф.М.[1,2], Цап Н.А.[1,2], Чудаков В.Б.[2]

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;
[2] Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия

Актуальность. Атрезия тонкой кишки занимает ведущее место в структуре врожденной кишечной непроходимости у новорожденных. Развитие пренатальной диагностики и неонатальной интенсивной терапии сместило сроки хирургической коррекции к первым суткам жизни и снизило летальность. При этом анатомическое разнообразие порока, частые сочетания с внутриутробным заворотом, перитонитом и множественными пороками развития сохраняют дискуссию о выборе между первичным межкишечным анастомозом, методиками с разгрузочной стомой (Bishop–Koop) и первичной энтеростомией.

Цель — оценить результаты хирургического лечения новорожденных с атрезией тонкой кишки и обосновать дифференцированный выбор тактики.

Методы. Ретроспективный анализ 47 медицинских карт новорожденных, оперированных по поводу атрезии тонкой кишки (Q41.0–Q41.2) в г. Екатеринбурге в 2015–2025 гг. Оценивались локализация атрезии, наличие осложненных форм, сочетанной патологии, первичный метод реконструкции, частота повторных вмешательств, длительность стационарного лечения и исход.

Результаты. Соотношение полов без значимых различий (мальчики 51,1%, *n* = 24; девочки 48,9%, *n* = 23). Медиана массы тела 2700 г (2220–3340), доля новорожденных рожденных с массой тела менее 2500 г — 40,4% (*n* = 19). Атрезия тощей кишки выявлена у 74,5% (*n* = 35), подвздошной — у 25,5% (*n* = 12); множественные атрезии — у 23,4%, мембранозная форма — у 19,1% (*n* = 9). Изолированная атрезия зарегистрирована у 74,5%, сочетание с другими пороками — у 25,5%. Антенатально диагноз установлен у 35 из 40 пациентов с прослеженным анамнезом (87,5%). Осложненные формы — внутриутробный заворот, перфорация, мекониевый перитонит — встречались в 40,4% наблюдений. Первичный межкишечный анастомоз выполнен у 85,1% пациентов: У-образный по типу Bishop–Koop — у 51,1% (*n* = 24), прямой «конец в конец» — у 23,4% (*n* = 11), иссечение мембраны с пластикой — у 10,6% (*n* = 5). При множественных мембранах и при сочетании с внутриутробным перитонитом предпочтение отдавали резекции пораженного сегмента с формированием У-образного анастомоза или стомированию (*n* = 4). Первичная энтеростомия применена у 14,9% (*n* = 7), преимущественно при гастрошизисе с висцеро-абдоминальной диспропорцией, перитоните и крайне низкой массе тела. Повторные вмешательства в первичную госпитализацию потребовались у 31,9% (*n* = 15) детей; в основном у детей с патологическими потерями при проксимальной кишечной стоме. Медиана общего койко-дня составила 22 (18–36) суток. Летальность в данной когорте детей не отмечена.

Заключение. Выбор тактики определяется не только анатомическим типом атрезии, но и сочетанной патологией, наличием внутриутробного перитонита, заворота и протяженностью сохранной кишки. У-образный анастомоз при сегментарной диспропорции остается методом выбора и обеспечивает раннее восстановление пассажа с низким риском осложнений. Энтеростомия как первичный этап оправдана при перитоните, некрозе и в составе многоэтапного лечения сочетанных пороков, где частота повторных вмешательств закономерно выше.

Ключевые слова: атрезия тонкой кишки; новорожденные; У-образный анастомоз; Bishop–Koop; хирургическая тактика.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Осложнения колоэзофагопластики у детей

Шмыкова А.О., Алхасов А.Б., Ратников С.А.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Россия

Обоснование. На сегодняшний день наиболее оптимальным способом воссоздания пищевода, при невозможности сохранения собственного пищевода, является пластика пищевода толстой кишкой.

Цель — оценить частоту и характер осложнений у детей после пластики пищевода толстой кишкой.

Методы. Проведено ретроспективное когортное исследование 140 пациентов, которым была выполнена пластика пищевода толстой кишкой в хирургическом торакальном отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в период с 2019 по 2026 г. Проведена оценка частоты и характера послеоперационных осложнений.

Результаты. Во всех случаях удалось восстановить целостность желудочно-кишечного тракта и обеспечить адекватное энтеральное кормление через рот возрастным объемом без соблюдения диеты. Из 140 пластик пищевода толстой кишкой 66 (47,1%) детям операция выполнена по поводу атрезии пищевода, 64 (45,7%) детям по поводу рубцового стеноза пищевода, 7 (5%) в связи с развитием рецидивирующего пептического стеноза, 2 (1,4%) детям после удаления воспалительной миофибробластической опухоли с экстирпацией пищевода. Возраст пациентов составил от 8 месяцев до 17 лет 6 месяцев. Вес от 8 до 68 кг. В ближайшем послеоперационном периоде шейный свищ сформировался в 25,6% (40 детей) случаев, у всех детей свищ самостоятельно закрылся в течение первого месяца после операции. Стеноз эзофагоколоанастомоза сформировался в 11% (15 детей) случаев. В 12 случаях стеноз был устранен методом бужирования или баллонной дилатации (от 1 до 4 процедур) в течение года после операции, а в 3 случаях выполнена реконструкция эзофагоколоанастомоза с положительным исходом. В 2,1% (3 ребенка) случаев в отсроченном периоде возникла хроническая рубцовая облитерация трансплантата вследствие хронической ишемии сегмента кишки, что потребовало повторного оперативного лечения. Одному ребенку была выполнена пластика пищевода желудком, двоим — повторная колоэзофагопластика из правых отделов толстой кишки.

Заключение. Пластика пищевода толстой кишкой является методом выбора у детей. Проблема профилактики послеоперационных осложнений сохраняет свою актуальность и требует продолжения исследований в данном направлении.

Ключевые слова: пищевод; колоэзофагопластика; дети; отдаленные результаты; рубцовый стеноз; атрезия пищевода.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Осложненное течение нейроинтестинальной дисплазии толстой кишки: клинический случай

Шнайдер И.С.[1,2], Цап Н.А.[1,2], ЧукреевА.В.[2], Тимошинов М.Ю.[2], Гайдышева Е.В.[2]

[1] Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;
[2] Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Среди кишечных дисганглиозов нейроинтестинальная дисплазия (НИД) приобретает все большее значение. Для данной нейропатии характерно субтотальное и тотальное поражение толстой кишки, нередко с осложненным течением, что требует своевременной достоверной диагностики и определения оптимальной тактики лечения.

О**писание клинического случая.** В клинику детской хирургии в неотложном порядке поступила девочка 7 лет с двойной илеостомой, явлениями гастроэнтероколита, осложненного массивным кишечным кровотечением. Из анамнеза известно, что ребенок с синдромом Дауна, родился недоношенным, в периоде новорожденности в связи с отсутствием стула пациенту выполнена двойная илеостомия, поэтажная полнослойная биопсия толстой и подвздошной кишки. Заключение морфологического исследования биопсийного материала — НИД. В послеоперационном периоде возникала неоднократно эвагинация стомы, выполнялись ручное вправление, энтеропексия и реконструкция стомы. В связи с сопутствующей патологией (синдром Дауна) от радикального лечения родители отказывались, несмотря на то, что младший ребенок имел аналогичную патологию и был оперирован.

В текущую госпитализацию кишечное кровотечение было купировано консервативными методами. Выполнено дообследование: лучевые методы (УЗИ-пневмоирригография) и колоноскопия, установлено наличие тотального мегаколона с язвенным колитом, что и являлось источником кровотечения. Тотальное поражение толстой кишки, неоднократные эвагинации илеостомы и высокий риск рецидива кишечного кровотечения явились абсолютными показаниями к оперативному лечению. Ребенку выполнены срединная лапаротомия, тотальная колэктомия, илеоректоанастомоз на стенте, ликвидация двойной илеостомы. Результаты морфологического исследования указали на качественные и количественные изменения ганглий всей резецированной толстой кишки, присущие кишечным дисганглиозам: обширные зоны выпадения нервно-мышечных ганглиев сигмовидной кишки, ганглии мелкие, диспластичные, хаотично расположенные; в остальных отделах толстой кишки нервно-мышечные ганглии гигантские, эктопированы, с резкой вакуолизацией нейронов.

Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. Стул по ректальному стенту со 2-х суток, последний удален на 4-е сутки при появлении стула помимо трубки. Энтеральное кормление со 2-х суток. Учитывая энтеральную недостаточность, на 8-е сутки ребенку установлен назоинтестинальный зонд. Объем кормления расширен, на 15-е сутки зонд удален. Девочка выписана домой на 18-е сутки. Через 4 дня ребенок поступил вновь в неотложном порядке с жалобами на беспокойство, многократную рвоту, вздутие живота. При выполнении R-скопии с пассажем контрастной взвеси по желудочно-кишечному тракту обнаружены признаки кишечной непроходимости. Выполнена релапаротомия, ревизия брюшной полости, выявлена странгуляция петли тонкой кишки спаечными сращениями без некротических изменений, произведен адгезиолизис. Илеоректоанастомоз состоятелен и проходим. Ближайший послеоперационный период протекал без хирургических осложнений.

Заключение. Нейромышечная дисплазия толстой кишки у детей остается противоречивой сущностью. Осложнения данной патологии многообразны, требуют настороженности клинициста и комплексного подхода в лечении врожденного порока развития. Результат морфологического исследования вновь ставит вопрос о рассмотрении болезни Гиршпрунга в качестве частной формы нейроинтестинальной дисплазии.

Ключевые слова: нейроинтестинальная дисплазия; язвенный колит; кишечное кровотечение; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Рецидивирующие боли в животе при хронической инвагинации кишечника у детей с синдромом Пейтца–Егерса: клинический случай

Шокуева А.Д., Шокуев Э.М., Егорова О.О., Корепанов А.А., Шкляев П.О., Кашина А.А.

Республиканская детская клиническая больница, Ижевск, Россия

Обоснование. Синдром Пейтца–Егерса — редкий наследственный синдром, характеризующийся, с хирургической точки зрения, ростом гамартомных полипов в желудочно-кишечном тракте, что может приводить к кишечной непроходимости с характерной клинической и рентгенологической картиной. Своевременная диагностика полипоза желудочно-кишечного тракта играет ключевую роль в установке окончательного диагноза и выборе тактики наблюдения за пациентом.

Клинический случай. В хирургическое РДКБ г. Ижевска обратилась девочка 12 лет с жалобами на многократную рвоту, боль в животе. Из анамнеза: периодическая боль в животе беспокоит с возраста 3 лет. В 11 лет выполнена аппендэктомия по поводу острого аппендицита. При поступлении по УЗИ и Rg-грамме органов брюшной полости признаки кишечной непроходимости. Выполнена диагностическая лапароскопия, обнаружен тонкокишечный инвагинат длиной 40 см, расправить не представляется возможным. Лапаротомия, инвагинат расправлен, причина инвагинации — образование по типу цветной капусты. Ущемленная кишка темно-вишневого цвета, перистальтика отсутствует. Произведена резекция 138 см тонкой кишки. Наложен илеоеюноанастомоз конец в конец. По гистологическому исследованию образование кишки представлено гамартомным полипом, выставлен диагноз синдром Пейтца–Егерса.

Спустя 3 года ребенок госпитализирован на контрольное обследование (в течение последнего года жалобы на кровь в стуле) — колоноскопию. Выявлено два полипа терминального отдела подвздошной кишки с полной обтурацией просвета, полипы поперечно-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишки. Полипэктомия толстой кишки — без особенностей. Ввиду технических трудностей удалить полип тонкой кишки не представлялось возможным, выполнена лапаротомия. Произведена ревизия тонкой кишки — из просвета последней удалено 3 полипа от 1,5 до 2,0 см в диаметре. На расстоянии 265 см от связки Трейца обнаружена головка тонко-толстокишечного инвагината протяженностью 23 см. Расправить инвагинат не представляется возможным. В области дистального конца инвагината выполнена колонотомия — визуализирована инвагинированная петля тонкой кишки с множественными полипами на широком основании. С техническими трудностями выполнена резекция участка тонкой кишки, произведено расправление инвагината (36 см тонкой кишки, 20 см толстой кишки). Стенка кишки розового цвета, отечна, перистальтирует. Тонкая кишка в месте резекции ушита. Согласно гистологическому исследованию, образование представлено гамартомным полипом, что не противоречит диагнозу "синдром Пейтца–Егерса".

Заключение. Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о необходимости своевременного выявления полипов кишки, как причины рецидивирующих болей в животе у детей. В постановке окончательного диагноза большое значение имеет эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: синдром Пейтца–Егерса; полип кишки; колоноскопия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний костей у детей: роль лучевых методов исследования на примере серии клинических наблюдений

Шолохова Н.А.[1,2], Зверева М.В.[2], Луковкина О.В.[2], Соколов Ю.Ю.[1,2], Беляков С.А.[3]

[1] Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

[2] Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва, Россия;

[3] Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Актуальность проблемы дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний костей у детей обусловлена высокой частотой встречаемости в популяции (1:5000). Несвоевременное выявление и лечение приводят к хронизации, сепсису и инвалидизации. Наличие зон роста, высокая степень васкуляризации метафизов, преобладание красного костного мозга и эластичность кортикального слоя формируют уникальную лучевую картину как воспалительных, так и опухолевых процессов у детей. Лучевая семиотика воспалительных заболеваний костей у детей имеет сходную картину с другими заболеваниями (ушиб кости, стресс-перелом и опухоли).

Описание клинических случаев. Проведено комплексное обследование 5 детей с данными патологиями в возрасте от 5 до 18 лет с жалобами на болевой синдром в нижней конечности. Выполнены рентгенологическое исследование, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) с динамическим внутривенным контрастированием. Первый пациент с острым гематогенным остеомиелитом. Рентгенография, выполненная на 3-и сутки с момента появления симптоматики, не выявила изменений. При повторном исследовании через 11 дней — линейный периостит, разрежение структуры костной ткани и очаг деструкции, подтвержденный на КТ. МРТ на 4-е сутки выявила трабекулярный отек костного мозга с признаками ограничения диффузии и отек мягких тканей. В более поздний период на постконтрастных МР-изображениях визуализировано кольцевидное накопление контрастного препарата в зоне некроза. При проведении рентгенографии у второго пациента с ушибом кости изменений не выявлено. По данным МРТ: зона трабекулярного отека без признаков ограничения диффузии на DWI, без дополнительных включений, исчезающие через 4 недели. На постконтрастных изображениях слабовыраженное равномерное накопление контрастного препарата.

Решающим диагностическим признаком третьего пациента со стресс-переломом явилось наличие гипоинтенсивной линии на Т1-ВИ (перелом) на фоне трабекулярного отека костного мозга. Выявление периостальной реакции по типу «луковичного периостита» у четвертого пациента по данным КТ и параоссального компонента по данным МРТ, а также наличие признаков раннего интенсивного контрастирования, позволило заподозрить злокачественное новообразование (остеосаркому). У пациента с хроническим остеомиелитом по данным рентгенографии выявлена зона склероза с участками лизиса в метафизе. КТ: детально визуализирует смешанную литически-склеротическую структуру очага, кортикальные эрозии без секвестров. При проведении МРТ всего тела выявлены дополнительные очаги другой локализации, определяющие мультифокальный характер поражения. После контрастирования очаги гомогенно слабоинтенсивно накапливали контрастный препарат.

Заключение. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний костей у детей требует комплексного подхода с использованием различных методов лучевой диагностики, в том числе, МРТ с динамическим внутривенным контрастированием и в ряде случаев МРТ всего тела.

Ключевые слова: дети; остеомиелит; стресс-перелом; ушиб кости; остеосаркома; МРТ.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Оценка диагностической эффективности общедоступных искусственных интеллектуальных моделей при остром аппендиците у детей

Шомах А.И., Перепёлкин А.И., Синицын А.Г.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Обоснование. Острый аппендицит (ОА) остается наиболее частой ургентной хирургической патологией у детей, однако его диагностика в приемном отделении сопряжена с высокой частотой диагностических ошибок (3,5–8,5% пропущенных случаев и до 10–12% отрицательных аппендэктомий). Внедрение систем поддержки принятия врачебных решений на основе искусственного интеллекта (ИИ) рассматривается как перспективное направление, однако реальная эффективность свободно доступных генеративных ИИ-моделей в педиатрической хирургической практике остается неизученной.

Цель — сравнить диагностическую точность и оценить соответствие клиническим рекомендациям решений пяти популярных общедоступных ИИ-моделей (ChatGPT, Gemini, DeepSeek, Grok, Алиса AI) при анализе клинических случаев детей с подозрением на острый аппендицит в условиях приемного отделения многопрофильного стационара.

Методы. Проведено ретроспективное сравнительное исследование 50 клинических случаев детей (возраст до 18 лет), госпитализированных с подозрением на ОА в период с 20.03.2026 по 20.05.2026. Для каждой из пяти ИИ-моделей в идентичном формате предоставлялись жалобы, анамнез, данные физикального, лабораторного и ультразвукового исследований. Моделям предлагалось оценить вероятность ОА (в %) и предложить тактику ведения. Ответы сравнивались с окончательным клиническим диагнозом (истинный ОА, динамическое наблюдение, выписка, альтернативная патология). Рассчитывались чувствительность, специфичность и общая точность.

Результаты. Подтвержденный ОА выявлен у 14 (28%) пациентов, госпитализированы под наблюдение 20 (40%), выписаны 15 (30%), выявлен перекрут придатков матки в 1 (2%) случае. ChatGPT показал чувствительность 100% при специфичности 50%; Grok — 92,9% и 58,3% соответственно; Gemini — 85,7% и 58,3%; DeepSeek — 78,6% и 63,9%; Алиса AI — 57,1% и 83,3%. Общая точность совпадения рекомендованной тактики с реальными исходами не превышала 54% ни у одной из моделей. Отмечена выраженная зависимость качества ответов от полноты вводимых данных и отсутствие способности к активному динамическому сбору анамнеза.

Заключение. Гипотеза исследования о потенциальной возможности использования общедоступных ИИ-моделей в качестве самостоятельного инструмента поддержки клинических решений при диагностике ОА у детей не подтвердилась. Выявлена умеренная диагностическая эффективность, склонность к гипердиагностике (ChatGPT, Grok) либо к недопустимо низкой чувствительности (Алиса AI), отсутствие интеграции в реальный клинический процесс и способности к динамическому наблюдению. Перспективным направлением является разработка специализированных медицинских ИИ-платформ, адаптированных к задачам детской ургентной хирургии.

Ключевые слова: острый аппендицит; дети; искусственный интеллект; диагностика; приемное отделение; хирургическая настороженность.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Хирургическое лечение сложных форм воронкообразной деформации грудной клетки у детей

Шоминова А.О., Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Игнатьев Р.О., Снегирева В.В.

Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия

Обоснование. Наряду с широким использованием операции по методу Насса в качестве хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки, возросло количество осложнений и случаев летального исхода. С целью повышения безопасности процедуры используются различные методики элевации грудины. Одним из таких методов является применение вакуумного колокола. Данный метод позволяет выполнять элевацию грудины посредством создаваемого отрицательного давления.

Цель — описывается наш опыт интраоперационного и предоперационного использования вакуумного колокола при выполнении торакопластики по Нассу в собственной модификации.

Методы. Рассматривается опыт лечения 15 пациентов в возрасте от 8 до 17 лет (средний возраст 15,0±2,6 лет), оперированных по Нассу с использованием вакуумного колокола. Показаниями к интраоперационной элевации грудины являлись случаи глубоких воронкообразных деформаций грудной клетки (индекс Галлера более 4,5 см), вариант деформации Grand Canyon и воронкообразная деформация грудной клетки после стернотомии. Также вакуумный колокол использовался в качестве предоперационной подготовки.

Результаты. У пациентов, использовавших вакуумный колокол до операции в качестве подготовки, значительно уменьшилась глубина деформации, и на момент операции средняя глубина деформации составила 6,7±4,0 против 28,0±6,0 мм до начала лечения. Отмечались уменьшение болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращение сроков использования продленной эпидуральной анестезии и приема нестероидных противовоспалительных препаратов. При интраоперационном использовании вакуумного колокола у пациентов с воронкообразной деформацией грудной клетки после стернотомии элевация грудины была подтверждена при торакоскопии. У 14 (93%) пациентов, которым применяли вакуумный колокол при торакопластике по Нассу, интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось. В одном случае у пациента, ранее перенесшего стернотомию, возникло массивное кровотечение в результате ранения сердца.

Заключение. Использование вакуумного колокола при торакопластике по Нассу показало себя как безопасный, неинвазивный и эффективный способ элевации грудины как интраоперационно, так и в качестве предоперационной подготовки.

Ключевые слова: воронкообразная деформация грудной клетки; торакопластика по Нассу; вакуумный колокол; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Случай успешного этапного лечения комбинированной травмы у ребенка с применением хронической дерматензии

Шпагин Д.Е., Ливадаров А.В., Обарчук О.Г., Ангархаева Л.В., Фомина Н.А.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия

Обоснование. Комбинированная травма, сочетающая высоковольтную электротравму и кататравму у детей, отличается высокой летальностью и тяжелыми локальными повреждениями. Подходы к маршрутизации и выбору оптимальной хирургической тактики у данной категории больных остаются предметом дискуссий.

Цель — описание клинического случая комбинированной травмы у ребенка.

Описание случая. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента И., 10 лет, получившего комбинированную травму в результате контакта с линией электропередачи и падения с высоты. Пациент доставлен в специализированный стационар на третьи сутки после травмы. Основной клинический диагноз: Комбинированная травма. Кататравма. Общая электротравма III степени. Контактный высоковольтный электроожог волосистой части головы, обеих кистей, области правого коленного сустава, левой голени III степени, *S* = 1,5% п.т. Ожоговая болезнь в стадии реконвалесценции. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Закрытая травма живота. Повреждение печени, гематома печеночно-желудочной связки. Гемоперитонеум. Закрытая травма грудной клетки. Ушиб обоих легких. Ретинальное кровоизлияние обоих глаз. Первым этапом выполнена некрэктомия в области нижней конечности с одномоментной кожной пластикой местными тканями, на своде черепа — радикальная некрэктомия мягких тканей, остеонекрэктомия теменных костей до твердой мозговой оболочки с гемостазом в области некротизированного сагиттального синуса пластинами «ТахоКомб» и пластикой дефекта надкостничным лоскутом. Временное пластическое закрытие раны осуществлено расщепленным трансплантатом. В последующем реализована программа хронической дерматензии с установкой двух эндоэкспандеров в височных областях. Финальное закрытие дефекта местными подготовленными тканями выполнено через три месяца после травмы. Спустя шесть месяцев проведено пластическое закрытие костного дефекта пластиной. Контрольная мультиспиральная компьютерная томография, выполненная через четыре месяца после костной пластики, подтвердила отсутствие признаков металлоза и остеомиелита.

Заключение. Представленный случай демонстрирует, что этапная реконструктивная тактика с применением хронической дерматензии позволяет получить удовлетворительный анатомический и функциональный результат при обширных постэлектроожоговых дефектах свода черепа у детей. Ключевыми условиями успеха являются скорейшая доставка пациента в многопрофильный стационар и мультидисциплинарное планирование лечения, что обосновывает необходимость совершенствования маршрутизации и материального обеспечения профильных отделений.

Ключевые слова: комбинированная травма; электротравма; дети; хроническая дерматензия; эндоэкспандер.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Комбинированное лечение миастении у детей

Шубин Н.В., Алхасов А.Б., Кузенкова Л.М., Куренков А.Л., Ратников С.А., Комина Е.И., Абдуллаева Л.М.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Миастения — аутоиммунное заболевание, связанное с выработкой антител к ацетилхолиновым рецепторам (АХР). Патологическая утомляемость, бульбарные и дыхательные нарушения требуют активного лечения. Ключевая роль тимуса в патогенезе делает тимэктомию патогенетически обоснованным методом при генерализованных АХР-позитивных формах.

Цель — оценить эффективность комбинированного лечения (медикаментозная терапия + торакоскопическая тимэктомия) у детей с ювенильной миастенией.

Методы. В период 2019–2025 гг. в хирургическом торакальной отделении ФГАУ НМИЦ здоровья детей РФ оперированы 19 детей (средний возраст 13,9 лет) с диагнозом «ювенильная миастения, АХР+». Генерализованная форма — у 18, глазная — у 1. Медиана длительности заболевания до операции — 1,5 года. Всем выполнена торакоскопическая тимэктомия (ТТЭ). Оценивались клинический эффект по шкале MGFA и динамика фармакотерапии.

Результаты. Длительность операции составила 20–40 мин, пребывание в ОРИТ — 1 сутки, выписка — 6,2±1,1 суток. При гистологическом исследовании у 18 пациентов выявлена лимфофолликулярная гиперплазия тимуса, у 1 — гиперплазия с кистами. В катамнезе (n = 16) улучшение по MGFA достигнуто у 93% (среднее снижение стадии на 2,4). Полная клиническая ремиссия (MGFA 0) — у 37,5% (6), минимальные проявления (MGFA I–II) — у 56% (9). При выполнении тимэктомии в первые 2 года от дебюта полная ремиссия составила 60% (6 из 10), при операции позже 2 лет — 0%. После операции полная отмена медикаментозной терапии достигнута у 25% пациентов, у 75% доза снижена. Глюкокортикостероиды отменены у 25%, доза значительно снижена у 56%. Антихолинэстеразные препараты отменены у 50% детей.

Заключение. Комбинированное лечение (медикаментозная терапия + ТТЭ) обеспечивает клиническое улучшение у 93% детей с АХР-позитивной генерализованной миастенией. Ранняя тимэктомия (в первые 2 года) — ключевой фактор достижения полной ремиссии (60%). ТТЭ является безопасным, радикальным и малотравматичным методом, позволяющим в 25% случаев полностью отменить иммуносупрессивную терапию.

Ключевые слова: миастения гравис; тимэтомия; торакоскопическая тимэктомия.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Редкая причина хронической дуоденальной непроходимости у подростка

Щебеньков М.В.[1,2], Волерт Т.А.[1,2], Калинина Д.С.[1], Корнилова А.Б.[1], Шевченко В.Е.[1], Голубева М.В.[1]

[1] Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия;

[2] Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Синдром верхней брыжеечной артерии (синдром Уилки) впервые был описан австрийским патологоанатомом Карлом фон Рокитанским (Carl von Rokitansky) в 1842 году. В 1927 году британский хирург Дэвид Уилки (David Wilkie) детально описал клинические проявления этого синдрома, после чего заболевание получило его имя. Сдавление нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки (ДПК) между аортой и верхней брыжеечной артерией у детей является редкой причиной хронической дуоденальной непроходимости. Частота встречаемости колеблется от 0,013 до 0,3%. Симптомы этого состояния неспецифичны и вариабельны, что требует клинической настороженности врачей всех специальностей.

Пациент К., 15 лет, был госпитализирован с жалобами на многократную рвоту, боли в животе, отсутствие эффекта от консервативной терапии. При поступлении осмотрен хирургом: состояние средней тяжести. Живот резко вздут, симметричный, мягкий, доступен к глубокой пальпации только в нижних отделах, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Индекс массы тела 18,0. На обзорной рентгенограмме сниженная пневматизация кишечника, определяется единичные уровни жидкости брюшной полости, данных за свободный газ нет. При ультразвуковом исследовании в брюшной полости лоцируется растянутый, значительно наполненный желудок. По заключению компьютерной томографии картина безоара желудка и проксимальных отделов тонкой кишки. При видеогастроскопии данных за безоар желудка не получено, диагностировано эрозивно-язвенное поражение слизистой желудка. Удалено более 7000 мл содержимого. Просвет желудка и двенадцатиперстной кишки расширен, в нижне-горизонтальной ветви ДПК просвет щелевидно сужен, проходим эндоскопом.

В условиях палаты интенсивной терапии консервативная терапия: установка назогастрального зонда для декомпрессии желудка, коррекция электролитных нарушений. Сохранялась рвота при энтеральной нагрузке. Для обеспечения трофического питания на 5-е сутки установлен назогастроеюнальный зонд. Выполнена компьютерная томография с внутривенным контрастированием. Выявлено значимое уменьшение аорто-мезентериального угла (7,4° при норме 38–65°) с сужением просвета горизонтальной части двенадцатиперстной кишки до 3 мм. Находка расценена, как аномальное отхождение верхне-брыжеечной артерии со сдавлением ДПК, что и явилось причиной хронической дуоденальной непроходимости. Ребенок подготовлен к оперативному лечению.

Выполнен обходной анастомоз — дуоденоеюностомия с первой петлей подвздошной кишки. Послеоперационное течение гладкое. На контрольной рентгеноскопии своевременная эвакуация контрастного вещества из желудка и ДПК. Выписан. При контрольном обследовании через 3 месяца — при видеогастроскопии признаков нарушения эвакуации нет, анастомоз широкий, без воспалительных изменений. При рентгеноскопии — своевременная эвакуация.

Описанный клинический случай подтверждает сложности в диагностике синдрома Уилки. Развитие хронической дуоденальной непроходимости на фоне длительно существующего сдавления ДПК говорит в пользу хирургических методик лечения, наиболее оптимальным вариантом является дуоденоеюностомия.

Ключевые слова: дуоденальная непроходимость; синдром верхней брыжеечной артерии; дуоденоеюноанастомоз.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Полное удвоение желчного пузыря у ребенка 1 года: клиническое наблюдение

Щебеньков М.В.[1,2], Волерт Т.А.[1,2], Рязанцев А.И.[1]

[1] Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия;

[2] Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Полное удвоение желчного пузыря встречается очень редко с частотой 1 на 3000–4000. При полном (истинном) удвоении желчного пузыря имеются два полноценно сформированных пузыря с раздельными пузырными протоками. Обычно в детском возрасте подобные врожденные аномалии не сопровождаются клиническими симптомами. Однако, когда возникают условия для застоя желчи, создаются условия для формирования сладжа с последующим образованием конкрементов.

Клинический случай. Девочка З., 1 года 2 месяцев, поступила в наш стационар для планового оперативного лечения. В анамнезе за месяц до поступления приступ печеночной колики с признаками билиарной окклюзии (иктеричность кожных покровов, гипербилирубинемия). По данным ЯМР холангиографии выявлен врожденный порок развития — полное удвоение желчного пузыря. При осмотре живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. При ультразвуковом исследовании желчевыводящих путей желчный пузырь представлен двумя структурами размером 34×7 и 34×6 мм. Стенки не уплотнены, не утолщены, однако паравезикальные ткани отечные. В полости основного и дополнительного пузырей неоднородное содержимое (сладж). Ультразвуковые признаки нарушения реологии желчи и хронического воспаления. Общий желчный проток диаметром 2 мм визуализируется на небольшом протяжении. При исследовании в режиме магнитно-резонансной холангиографии визуализируются две овальные структуры и два отдельных протока, которые впадают в общий печеночный проток. После обследования и подготовки выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Выделены четыре трубчатые структуры, идущие от холедоха: два пузырных протока и две пузырных артерии. Протоки и артерии раздельно клипированы и пересечены. Удвоенный желчный пузырь удален единым блоком. Послеоперационное течение гладкое. При патолого-анатомическом исследовании операционного материала макроскопически желчный пузырь размером 5,5×0,8×0,5 см. Определяется плотно спаянное с ним продолговатое образование размерами 2,5×0,5×0,3 см с полостью внутри. Слизистая желчного пузыря без воспаления. Прилежащее образование по гистологическому строению соответствует стенке желчного пузыря с очагами фиброза.

Заключение. Аномалии желчевыводящих путей и желчного пузыря у детей являются наиболее частой причиной хронического застоя желчи и образования конкрементов у детей и подростков. Современные возможности лучевой диагностики и видеохирургии позволяют своевременно выявить врожденные пороки билиарной системы и провести успешное малоинвазивное лечение детей во всех возрастных группах.

Ключевые слова: удвоение желчного пузыря; лапароскопическая холецистэктомия; пороки развития.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Редкий случай бронхогенной кисты абдоминального отдела пищевода у подростка

Щебеньков М.В.[1,2], Волерт Т.А.[1,2], Шевченко В.Е.[1], Голубева М.В.[1]

[1] Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия;

[2] Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Бронхогенные кисты — тип ранних эмбриональных кистозных пороков развития передней кишки, которые обычно возникают в грудной полости и редко располагаются ниже диафрагмы. Кисты варьируют в размере и могут быть расположены интрамурально. Чаще всего это тонкостенные однокамерные образования, содержащие слизистую тягучую жидкость. Интрамуральные бронхогенные кисты пищевода встречаются крайне редко. В большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно.

Описание наблюдения. Пациент А., 16 лет. При скрининговом УЗИ брюшной полости обнаружена киста, прилегающая (исходящая) из левой доли печени. Госпитализирован в плановом порядке для оперативного лечения. Жалоб не предъявляет. Проведена дополнительная диагностика. При компьютерной томографии с внутривенным контрастированием поддиафрагмально, в проекции пищеводно-желудочного перехода визуализируется дополнительное образование округлой формы, размерами 2,5×2,5 мм. Структура однородной плотности, не накапливает контрастный препарат во все фазы контрастирования. Контуры образования ровные, четкие. Образование локализуется по передней поверхности брюшной части пищевода, интимно прилежит к I и II сегментам печени без органопринадлежности к печеночной ткани. При видеоэзофагогастроскопии патологических изменений в нижней трети пищевода не выявлено. При ультразвуковом сканировании зондом с частотой 12 МГц в стенке нижней трети пищевода лоцируется гипоэхогенное гомогенное объемное образование размером 2,3×1,8×3,9 см. При пальпации датчиком не смещается. При ультразвуковом сканировании стенки пищевода зондом с частотой 20 МГц на противоположной от образования стенке слои четко дифференцированы, сохранены. Со стороны объемного образования 1–3-й слои не изменены, четвертый слой расщепляется и из него исходит образование. На основании эндоскопического ультразвукового исследования было описано солидное образование, исходящее из мышечного слоя стенки нижней трети пищевода. Операция: удаление кистозного удвоения пищевода. В области абдоминальной части пищевода визуализирована киста до 2 см в диаметре. Была выполнена лапароскопическая энуклеация образования. Тупым и острым путем киста выделена из сращений с окружающими тканями и отделена от мышечной стенки пищевода. При выделении киста вскрылась, содержимое муцинозного характера, удалено. Контроль герметичности. Мышечный дефект пищевода ушит серозной оболочкой. Гистопатологическое заключение неожиданно подтвердило наличие бронхогенной кисты в стенке пищевода.

Заключение. Диагностика бронхогенных кист пищевода обычно затруднена. Результаты гистологического исследования имеют решающее значение для установления окончательного диагноза. Лучевые методы диагностики и эндоскопия, включая эндоскопическое ультразвуковое исследование, играют важную роль в диагностическом процессе. Раннее хирургическое удаление бронхогенных кист рекомендуется в качестве диагностического лечения, для облегчения клинических симптомов и предотвращения осложнений.

Ключевые слова: бронхогенная киста; эндоскопическое ультразвуковое исследование; лапароскопическая энуклеация.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Заворот редкой опухоли большого сальника, как причина острых болей в животе у мальчика 9 лет

Щебеньков М.В.[1,2], Рязанцев А.И.[1], Селезнёва В.Р.[2]

[1] Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия;

[2] Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. Десмопластическая мелкокруглоклеточная опухоль представляет собой редкую, высокозлокачественную саркому мягких тканей с неопределенной дифференцировкой; гистологически представляя собой скопление гнезд из недифференцированных круглых клеток, окруженных плотной стромой. Впервые описана Джеральдом и Розаем в 1989 году. Заболеваемость составляет приблизительно 0,2–0,5 случаев на 1 миллион населения в год. С момента описания в литературе зарегистрировано менее 400 случаев. Опухоль преимущественно поражает детей, подростков и молодых взрослых (медиана возраста 15–20 лет; у детей — 7–13 лет). Отмечается преобладание мужского пола (соотношение 3–5:1). У педиатрических пациентов преобладают абдоминально-тазовые формы с высокой частотой. Опухоль обычно развивается из брюшины, поражение — множественное, включающее сальник, диафрагму, брыжейку тонкой и толстой кишки, ворота селезенки, тазовую брюшину. Редко встречаются внебрюшные локализации опухоли в грудной клетке, яичках, яичниках. В большинстве случаев метастазирует в печень и легкие. Как большинство интраабдоминальных опухолей, протекает бессимптомно в течение длительного периода времени и достигает достаточно больших размеров, сопровождаясь болевым синдромом, приводя к канцероматозу брюшины с развитием осложнений.

Клинический случай. Мальчик 9 лет поступил с жалобами на боли в животе в течение 4 дней. В приемном покое при осмотре живот увеличен в размерах, мягкий, умеренно болезненный в мезогастрии. Выполнено УЗИ брюшной полости имеется образование малого таза, кистозно-солидного характера, состоящие из двух “узлов” размерами 55×43×43 мм и 54×48×74 мм, с ровными, четкими контурами, спленомегалия. Госпитализирован в хирургическое отделение для дообследования. Выполнена компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза, на которой выявлено многоузловое кистозно-солидное образование, тесно прилежащее к мочевому пузырю, прямой кишке, компримирующее и оттесняющее ее влево с вероятной инвазией, также имеется увеличение паракавальных лимфоузлов до 20×9 мм. В клиническом анализе крови незначительный лейкоцитоз, в биохимическом анализе крови С-реактивный белок повышен до 15, АФП и ХГЧ в приделах нормы. Ребенок обсужден с онкологами — рекомендовано удаление образования. Выполнена диагностическая лапароскопия — визуализируется образование, состоящее из 3 узлов, располагающихся в малом тазу размерами 9×6×10 см, прилежащих к дну мочевого пузыря и прямой кишке без признаков инвазии, небольшое количество геморрагического выпота. Образование исходило из большого сальника на отдельной длинной питающей ножке с признаками заворота, последняя пересечена, образование удалено из брюшной полости через расширенный разрез в левой подвздошной области. Выпот удален. Раны ушиты.

Послеоперационный период протекал гладко. Ребенок выписан из стационара на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии под наблюдение онкологов.

Заключение. Стойкий абдоминальный болевой синдром у ребенка с признаками объемного образования может быть связан с заворотом сосудистой ножки, что может потребовать срочного оперативного вмешательства.

Ключевые слова: абдоминальный болевой синдром; заворот опухоли большого сальника; саркома мягких тканей.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Травма поджелудочной железы и острый панкреатит у детей: анализ клинических случаев

Щедров Д.Н.[1,2], Шангареева Р.Х.[3], Ковалева В.Д.[4], Сырлыбаева Р.Р.[5], Гарова Д.Ю.[2], Соколов С.В.[2], Морозов Е.В.[2], Бахтин Н.В.[2]

[1] Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия;

[2] Областная детская клиническая больница, Ярославль, Россия;

[3] Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия;

[4] Городская детская клиническая больница № 17, Уфа, Россия;

[5] Республиканская детская клиническая больница, Уфа, Россия

Обоснование. Повреждения поджелудочной железы в детском возрасте встречаются нечасто.

Цель — проанализировать особенности лечения острого панкреатита и травматических повреждений поджелудочной железы у детей.

Методы. Проведен ретроспективный анализ данных 24 пациентов, находившихся на лечении в хирургических отделениях РДКБ и ГДКБ № 17 г. Уфа и 31 пациента в ОДКБ г. Ярославль в период 2018–2025 гг. Возраст пациентов составил от 3 до 17 лет, мальчиков 28 (50,1%), девочек 27 (49,9%). Структура патологии: острый панкреатит — 39 (70,9%), травматическое повреждение — 13 (23,6%), кисты поджелудочной железы (ПЖ) 3 (5,45%). У 4 детей панкреатит развился на фоне сахарного диабета, у 5 детей билиарной этиологии на и у 1 на фоне COVID-19, у остальных — алиментарной этиологии. Травматическое повреждение поджелудочной железы у 9 детей в результате автодорожной травмы, 1 — кататравма, 3 — падение на руль велосипеда. Дети с автодорожной и кататравмой имели сочетанные повреждения с другими органами: ушиб головного мозга + разрыв диафрагмы + разрыв тела ПЖ; сотрясение головного мозга + компрессионный перелом L2 + разрыв тела ПЖ (травма ремнем безопасности); сотрясение головного мозга + разрыв 12-перстной кишки + размозжение головки ПЖ; ушиб головного мозга + подкапсульная гематома левой почки + разрыв хвоста ПЖ; ушиб головного мозга + гемопневмоторакс + ушиб ПЖ. Кисты поджелудочной железы — у 2 детей неясного генеза, у 1 после панкреонекроза.

Результаты. Клинические проявления: боли в животе — 100%, тошнота — 80%, рвота — 70%, лихорадка — 45%. Лабораторная диагностика выявила повышение амилазы крови (>115 Ед/л) у 85% пациентов (максимум 571,2 Ед/л), повышение амилазы мочи (>200 Ед/л) у 60% (максимум 3443 Ед/л). Выполнялись ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). По данным КТ, при травматическом повреждении ПЖ *ductus pancreaticus* прослеживался, отмечалось повреждение его ветвей. Хирургическое лечение потребовалось у 6 (25%) детей: лапароскопия, санация брюшной полости, дренирование сальниковой сумки — у 5 (12,8%) пациентов с панкреатитом; у 7 (54%) детей при травматическом повреждении ПЖ. У 6 пациентов проведена лапаротомия, ушивание дефекта диафрагмы, разрыва 12-перстной кишки, дренирование сальниковой сумки. Через 10–14 дней у 2 детей сформировался оментобурсит. Проведена лапароскопия, под видеоконтролем наружное дренирование оментобурсита. В одном случае выполнена резекция поджелудочной железы. Консервативная терапия проведена 6 пациентам с ушибом ПЖ. У трех пациентов развился реактивный плеврит: 2 пациентам проведена пункция плевральной полости, 1 ребенку — торакоскопическая санация плевральной полости. Консервативная терапия (инфузионная, противовоспалительная, антисекреторная) составила основу лечения у 75% пациентов.

Заключение. В структуре патологии поджелудочной железы у детей преобладает острый панкреатит различной этиологии. Консервативное лечение эффективно в большинстве случаев. Хирургические вмешательства требуются при осложнениях или тяжелой травме.

Ключевые слова: дети; острый панкреатит; травма поджелудочной железы; хирургическое лечение; консервативное лечение.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Стент-ассоциированный уролитиаз у детей

Щедров Д.Н.[1,2], Шорманов И.С.[1], Гарова Д.Ю.[2], Смирнова К.С.[1]

[1] Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия;

[2] Областная детская клиническая больница, Ярославль, Россия

Обоснование. Стент-ассоциированный уролитиаз, в детской практике встречается нечасто, преимущественно у подростков. Тактика при данном состоянии не регламентирована, носит индивидуальный характер и определяется возможностями клиники, приоритетами и мануальными навыками хирурга.

Цель — продемонстрировать частоту, причины стент-ассоциированного уролитиаза, возможные методы коррекции и профилактики.

Методы. На протяжении 2010–2025 гг. стентирование мочевыводящей системы выполнено у 329 пациентов в возрасте до 18 лет, показанием к стентированию служили врожденная обструктивная уропатия у 176 (обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента — 47 и инфравезикального сегмента мочеточника — 129), мочекаменная болезнь — 130, травма органов мочевыводящей системы — 15, гестационный пиелонефрит с обструкцией мочеточника — 2, иные состояния — 6. Во всех случаях стентирование проводилось «длинным» стентом. В подавляющем большинстве случаев стентирование проводилось с использованием стентов производства «МИТ» (Россия) размером Ch № 5. В исследование не вошли пациенты, у которых стентирование являлось не методом лечения, а средством разгрузки мочевой системы в послеоперационном периоде сроками до 15 дней.

Результаты. Из 329 выполненных стентирований с предполагаемым сроком ношения стента не менее 1 месяца в 7 случаях потребовалось его удаление ранее вследствие дисфункции. В остальных 322 случаях срок стояния стента составил от 1 до 15 месяцев (регламентированный не более 3 месяцев). Трудности с удалением возникли у 6 пациентов. В двух случаях выполнено травматичное удаление стента с выраженными налетами солей на его поверхности, в одном — удаление стента с механической литотрипсией щипцами конкремента на пузырном завитке стента и последующей цистолитоэкстракцией фрагментов корзинкой, в одном случае — лапароскопическая пиелолитотомия с удалением стента через пиелотомный доступ, в двух — комбинированные вмешательства — контактная уретеролитотрипсия конкремента на пузырном завитке и перкутанная литотрипсия конкремента на лоханочном завитке стента. Во всех случаях носительство стента сопровождалось активной мочевой инфекцией. При анализе фрагментов конкрементов у 4 пациентов из 6 преобладали соединения фосфора в структуре. У всех 6 пациентов при амбулаторном наблюдении отсутствовала какая-либо медикаментозная терапия. Возраст пациентов составил в среднем 15,8 лет (11–17,9), один пациент был возрасте 3 лет. Срок формирования уролитиаза во всех случаях более трех месяцев, у трех пациентов, потребовавших применения сложных комбинированных методов лечения, — 5, 7 и 15 месяцев. Среди причин стентирования из 5 пациентов в одном случае имел место гестационный пиелонефрит у пациентки 16 лет, в одном — обструктивный мегауретер и в четырех — мочекаменная болезнь, что являлось предпосылкой для формирования уролитиаза.

Заключение. Стент-ассоциированный уролитиаз наиболее характерен для пациентов подросткового возраста, во всех случаях его развития имеет место активная инфекция мочевыводящей системы на фоне обструкции уретеровезикального сегмента; в структуре конкрементов отмечался значительный фосфатный компонент, отсутствовала сопроводительная медикаментозная терапия и не соблюдались сроки удаления стента.

Ключевые слова: уролитиаз; стент; дети; подростки.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Экстренные операции у детей с осложненной болезнью Крона

Щербакова О.В., Хабибуллина Л.Р.

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

Актуальность. Болезнь Крона (БК) — прогрессирующее многофакторное заболевание кишечного тракта, приводящее к осложненному течению в большинстве случаев (до 90% пациентов подвергаются в течение жизни одной или нескольким операциям). БК в детском возрасте часто представлена более тяжелыми формами, чем у взрослых, с агрессивным течением. Нередко острые осложнения заболевания являются первыми проявлениями поражения кишечника и первым специалистом, к кому обращается ребенок с БК, оказывается детский хирург.

Цель — анализ лечения детей с осложненной БК с определением спектра и частоты показаний к экстренному оперативному вмешательству.

Методы. Проведено когортное ретроспективное исследование 164 детей с подтвержденной БК, мальчиков 48 (65%), оперированных в экстренном и плановом порядке. Средний возраст дебюта БК — 11,5 лет (8,8–14). Представлены основные фенотипы БК: стриктурирующая форма 74 (45%); пенетрирующая со стриктурами БК — 46 (28%) и воспалительная форма (непенетрирующая-нестриктурирующая БК — 44 (27%).

Результаты. По результатам исследования выявлено, что до верификации диагноза БК каждому второму пациенту (57%) проведены различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и/или промежности — аппендэктомия 29 (18%), диагностическая лапароскопия — 22 (13%), дренирование внутрибрюшного абсцесса или псоас-абсцесса — 11 (7%), наложение кишечной стомы — 11 (7%), лапаротомия с резекцией кишечника — 8 (5%), лапаротомия с ушиванием перфорации кишки — 4 (2%). Средний возраст первой операции — 14 лет (11–16). Интервал от первых симптомов до первого оперативного вмешательства в среднем составлял 1 год (0,3–3). Показаниями к экстренным операциям были: кишечная непроходимость — 19 (12%), кишечное кровотекровотечение — 8 (5%), внутрибрюшной инфильтрат — 37 (23%), перфорация кишечника в свободную брюшную полость с перитонитом — 2/164 (1%). Каждому третьему пациенту с БК проведено вскрытие острого парапроктита — 44 (27%). При анализе количества оперативных вмешательств выявлено, что половина пациентов перенесли три и более операций (49%), в четверти наблюдений выполнено одно (27%) или два хирургических вмешательства (24%).

Заключение. Пациентам с БК при абдоминальном болевом синдроме наиболее часто выполняли аппендэктомию или диагностическую лапароскопию. Клиническая картина наиболее ярко представлена у пациентов с пенетрирующей со стриктурами БК, когда имела место прикрытая перфорация кишечника, с формированием внутрибрюшных инфильтратов и/или кишечных свищей, либо возникала перфорация кишечника в свободную брюшную полость.

В случаях неотложных состояний и необходимости проведения экстренной операции у детей с подозрением на воспалительное заболевание кишечника следует использовать малоинвазивные и органосохраняющие хирургические методики, с учетом высокого риска послеоперационных осложнений, а также в раннем послеоперационном периоде проводить консультацию гастроэнтеролога с целью определения дальнейшей стратегии по обследованию и лечению пациента.

Ключевые слова: болезнь Крона; осложнения заболевания; экстренные операции.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Множественные неодимовые магниты кишечника у ребенка 6 лет

Щур А.Ю., Белоус Р.А., Смирнова Н.Е.

Амурская областная детская клиническая больница, Благовещенск, Россия

Обоснование. Большинство случаев проглатывания инородных тел происходит у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. В большинстве случаев о таких моментах сообщают опекуны ребенка после того, как стали свидетелем или получили сообщение о проглатывании. На 100 000 случаев проглатывания инородных тел 75% приходится на детей. Проглатывание нескольких инородных предметов и повторные эпизоды являются редкими явлениями и обычно происходят у детей с задержкой психического развития или поведенческими проблемами. Хотя смертность от проглатывания инородных тел крайне низкая, такие случаи зарегистрированы.

Описание наблюдения. Девочка Д., 6 лет, доставлена скорой помощью в приемное отделение с жалобами: боль в животе, тошнота, рвота, вздутие живота, слабость, отсутствие аппетита. Больна в течение 3 суток, когда появилась боль в правой половине живота. Самостоятельно принимали спазмолитики, обезболивающие препараты, без эффекта. В связи с сохранением жалоб вызвана скорая помощь. Факт проглатывания магнитов мама не знала, ребенок об этом не сообщал. Сопутствующие заболевания, как задержка развития или аутизм, отрицает.

При осмотре: ребенок летаргичный, контактирует неохотно, принимает вынужденное положение (ходит, держась руками за живот). Живот симметричный, вздут. При пальпации мягкий, активно напрягает в нижних отделах, болезненный по всем отделам. Симптомы раздражения брюшины положительные в нижних отделах. В плане дифференциальной диагностики выполнено:

1) УЗИ брюшной полости: свободная жидкость в нижних отделах брюшной полости;

2) рентгенография органов брюшной полости: обнаружены интенсивные округлые тени (n – 5) с четкими и ровными контурами, горизонтальные уровни жидкости, свободного газа не выявлено. Диагноз: инородные тела кишечника. Признаки кишечной непроходимости. После обследования ребенок признался, что целенаправленно, последовательно проглотил 5 сферически[магнитов. В экстренном порядке ребенок оперирован. Лечение решено начать с диагностической лапароскопии. В брюшной полости обнаружен скудный гнойный выпот по всем отделам, при ревизии тонкой кишки выявлены множественные участки локальных некрозов. Конверсия. При ревизии найдено 5 участков некрозов стенки кишечника (2 — тощая кишка, 2 — подвздошная и 1 слепая кишка). Через энтеротомические дефекты удалено 5 неодимовых сферических магнитов (d = 10 mm). Участки некрозов ушиты. Послеоперационный период без особенностей. Выздоровление.

Заключение. Только по данным обзорной рентгенографии брюшной полости выявлено наличие у ребенка множественных инородных тел кишечника (магниты). При подозрении на проглатывание мощного магнита (или магнитов) требуется срочная оценка. Действия зависят от времени, места, типа и количества магнитов. В случае с одним магнитом обычно можно действовать консервативно. Проглатывание нескольких магнитов сопряжено с высоким риском осложнений и требует оперативного лечения.

Ключевые слова: инородные тела желудочно-кишечного тракта; магниты; дети.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Аспекты диагностики и лечения детей с различными вариантами крипторхизма: опыт одного центра

Юнусов Ш.Ш., Ибрагимов Ж.Х., Рахмонов А.М.

Андижанкий государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Крипторхизм является одной из наиболее частых врожденных урогенитальных аномалий у детей, различные клинические варианты которой (инвинальная, абдоминальная, пальпируемая и непальпируемая формы) требуют индивидуализации хирургической тактики. Согласно научным данным, несвоевременная орхиопексия приводит к атрофии яичек, снижению репродуктивной функции и повышению риска возникновения тестикулярной неоплазии.

Цель — определение диагностических аспектов при различных вариантах крипторхизма и улучшение результатов хирургического лечения.

Методы. В исследовании проанализированы результаты диагностики и лечения 385 детей с крипторхизмом различных клинико-анатомических вариантов в возрасте от 1 года до 16 лет (средний возраст 5,34±1,61). Всем пациентам в плановом порядке проведено полное клинико-диагностическое обследование и оперативное вмешательство на основании установленной хирургической тактики.

В группу сравнения вошли 188 (48,8%) пациентов, получавших лечение по действующим стандартным протоколам ведения детей с крипторхизмом в течение 2021–2023 гг. В основную группу вошли 197 (51,2%) детей, получавших лечение на основе разработанного в 2024–2026 гг. тактико-лечебно-диагностического алгоритма и модифицированного метода орхиопексии. Пациенты группы сравнения использовали стандартизированные обследования. У пациентов основной группы проводились дифференцированный подход и отказ от рутинных обследований:

1) при диагностике крипторхизма, прежде всего, оцениваются анамнез и возрастные факторы (преждевременные роды, низкая масса тела, выпадение яичка ранее, снижение вероятности спонтанного выпадения после 6 месяцев) и оцениваются расположение, подвижность и объем яичка на момент осмотра;

2) у пациентов без использования рутинных исследований оценивался индекс резистентности (IR) с помощью УЗИ — допплерографии сосудов;

3) в случаях, не поддающихся пальпации, предпочтительна диагностическая лапароскопия;

4) в двусторонних или подозрительных случаях проводится гормональное обследование и в соответствии с возрастом планируется орхиопексия через 6–12 месяцев.

Результаты. В основной группе хорошие результаты были зафиксированы в 93,8% случаев, что свидетельствует о высокой эффективности по сравнению с группой сравнения. Эндокринный и морфометрический анализы свидетельствуют о патогенетической обоснованности раннего хирургического вмешательства, так как с возрастом возрастает риск гормональных нарушений и атрофии яичек. Снижение неудовлетворительных результатов до 1,6% подтверждает эффективность безопасной мобилизации яичка, сохранения кровоснабжения и послеоперационной профилактики.

Заключение. Результаты проведенного исследования показывают, что внедрение дифференцированного диагностико-лечебного алгоритма при крипторхизме значительно повышает хирургическую эффективность.

Ключевые слова: крипторхизм; орхиопексия; лапароскопия; атрофия яичка; хирургическая тактика.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0

Результаты лечения политравмы у детей в условиях травмоцентра I уровня

Янюшкина О.Г., Карасева О.В.

Институт неотложной детской хирургии и травматологии — Клиника доктора Рошаля, Москва, Россия

Обоснование. Лечение политравмы сопряжено с множеством рисков и сложностей, особенно в определении объема и сроков выполнения хирургических вмешательств, а также очередности операций. Стратегии хирургического лечения тяжелой травмы в первую очередь направлена на минимизирование рисков развития осложнений и неблагоприятного исхода политравмы.

Цель — улучшить исходы политравмы у детей за счет применения современных технологий и персонализированного подхода к хирургическому лечению в критическом периоде травматической болезни у детей.

Методы. Проведен анализ основных медико-эпидемиологических характеристик и хирургического лечения у 202 детей с тяжелой травмой, находившихся на лечении в отделении реанимации Института неотложной детской хирургии и травматологии в период с 2022 по 2024 гг.

Результаты. Группу риска составили дети-подростки 12–17 лет (64,3%). В структуре политравмы у большинства детей диагностированы различной степени тяжести черепно-мозговая травма (80,7%), травма груди (87,4%), скелетная травма (55,4%) и у половины детей — травма живота. По механизму травмы практически каждый второй (47,5%) ребенок пострадал в дорожно-транспортном происшествии, падения с большой высоты стали причиной политравмы у 33,2% детей, прочие травмы, в т. ч. ранения, составили 19,3%. В младшей возрастной группе преобладала кататравма, у подростков — ДТП. Тактика damage control при приеме пострадавшего была использована у 18,3% (37) пациентов: abdomen — 1; orthopedic — 28; CMF — 8. Большинство реконструктивных оперативных вмешательств были выполнены в период первичной адаптации в первые 72 часа после травмы с использованием малоинвазивных технологий. Окончательный остеосинтез при переломах костей конечностей и таза выполнен у 25,2% (51) пациентов, реконструкция лицевого скелета 17,3% (35). Консервативное лечение при тяжелой травме живота (n = 43) при первичном поступлении пациента в травмоцентре I уровня оказалось эффективным в 81,4% (35) наблюдений, малоинвазивное лечение потребовалось 5 (14,0%) пациентам, лапаротомия при массивном внутрибрюшном кровотечении была выполнена в 3 (4,6%) случаях. В качестве эффективных малоинвазивных технологий были использованы: селективная рентгенэндоваскулярная окклюзия сосудов верхнего полюса селезенки при формировании посттравматической артериовенозной фистулы (1); стентирование мочеточника при повреждении почки IV степени (1); эндоваскулярная тромбоаспирация, стентирование почечной артерии при травме почки V степени (1); эндоскопическое трансгастральное дренирование острого жидкостного скопления при травме поджелудочной железы III–IV степени (2). Длительность нахождения в отделение реанимации составила 9,7±7,9 (1–57) суток, койко-день в стационаре 37,4±24,6 (1–142) суток. Летальность в стационаре — 6,9% (33).

Заключение. Адаптация хирургического лечения к стабильности состояния пострадавшего и периоду травматической болезни обеспечивает закономерное течение критического периода политравмы, что позволяет выполнять реконструктивные операции в первые 72 часа после травмы без осложнений. Улучшение исходов политравмы у детей возможно на основе персонализированного подхода к реанимационно-хирургической помощи и дальнейшего изучения патофизиологии течения посттравматического периода.

Ключевые слова: политравма; операции; периоды травматической болезни; исходы травмы.

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0