

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Российская ассоциация детских хирургов
Министерство здравоохранения Самарской области
Самарский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней детей и взрослых



САМАРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

105 ЛЕТ



Сборник тезисов

Российского образовательного симпозиума детских хирургов
«Хирургические заболевания передней брюшной стенки у детей» и
30-й Российской (63-ей «Всесоюзной») научной студенческой конференции
**«Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии
и реаниматологии детского возраста»**

24 апреля -27 апреля 2024 г.

г. Самара

УДК 617-089+616-089,5 : 616-053.2

Сборник тезисов Российского образовательного симпозиума детских хирургов «Хирургические заболевания передней брюшной стенки у детей» и 30-й Российской (63-ей «Всесоюзной») научной студенческой конференции «Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста»: 24-27 апреля 2024. г. Самара. Сборник научных работ / Под редакцией д.м.н., профессора М.А. Барской, к.м.н., доцента В.А.Завьялкина – Самара; 2024.- 297с.

В данном сборнике научных работ представлены тезисы научных докладов Российского образовательного симпозиума детских хирургов «Хирургические заболевания передней брюшной стенки у детей» и 30-й Российской (63-ей «Всесоюзной») научной студенческой конференции «Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста»

Рецензенты:

профессор, д.м.н. - В.У.Сатаев;

профессор, д.м.н. – В.В.Паршиков.

Текст изложен в авторской редакции

Детская хирургическая служба Самарской области в преддверии симпозиума и студенческой научной конференции по детской хирургии

М.А. Барская, профессор кафедры хирургических болезней детей и взрослых ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет МЗ России, главный внештатный специалист МЗ СО по детской хирургии

В апреле 2024 года Самарский государственный медицинский университет и Самарские детские хирургии проводят Российский симпозиум и 30-ю Российскую студенческую научную конференцию по детской хирургии. Российский образовательный симпозиум в этом году посвящен хирургической патологии передней брюшной стенки у детей, а студенческая конференция, как всегда, посвящена актуальным вопросам хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста. Подобное мероприятие в нашем городе проходило в 2001 году, тогда нашими гостями были более 350 детских хирургов и студентов-кружковцев. В апреле этого года мы ожидаем более 400 коллег- детских хирургов и студентов из различных городов России и дружественных стран.

2024 год для Самарской детской хирургической службы является особым: 50 лет назад в 1974 году в Куйбышевском медицинском институте (ныне Самарский государственный медицинский университет) была организована кафедра детской хирургии. Кафедра возникла не на пустом месте: с 1958 году в Куйбышеве уже функционировали детские хирургические отделения, а на кафедре госпитальной хирургии медицинского института преподавали особенности диагностики и лечения хирургической патологии у детей. Первым заведующим кафедры был доцент Юрий Александрович Перов (1974 – 1977 г.), который ранее являлся сотрудником кафедры госпитальной хирургии С 1977 по 1989 год кафедрой заведовал профессор Виктор Петрович Поляков -блестящий торакальный и кардиохирург. В течение года нашей кафедрой заведовал доцент Вячеслав Андреевич Гулин, к сожалению очень рано ушедший из жизни. С 1990 по 2021 кафедру возглавляла ваша покорная слуга, являющаяся с 1997 по настоящее время главным внештатным специалистом МЗ Самарской области по детской хирургии. Сотрудники кафедры детской хирургии сохраняя традиции, заложенные нашими учителями, успешно развивают все направления детской хирургии: абдоминальную, торакальную хирургию, хирургическую неонатологию, хирургические инфекции; занимаются научно-исследовательской работой (все сотрудники имеют ученые степени), преподают детскую хирургию студентам педиатрического и лечебного факультета (ныне института педиатрии и института клинической медицины), проводят циклы повышения квалификации для детских хирургов региона.

В 2021 году в связи с производственной необходимостью в Самарском государственном медицинском университете руководством ВУЗа было принято решение об объединении ряда кафедр. В октябре 2021 года кафедра детской хирургии была объединена с кафедрой хирургических болезней медико-профилактического факультета. Заведующим кафедрой хирургических болезней детей и взрослых (название объединенной кафедры) назначен главный врач Самарской областной клинической больницы им. В.Д.Середавина д.м.н. , доцент Сергей Юрьевич Пушкин.

В настоящее время в Самаре хирургическая помощь детям оказывается в педиатрическом корпусе Самарской областной клинической больницы им. В.Д.Середавина, где с 2016 года функционирует Перинатальный центр, и в Детской областной клинической больнице им . Н.Н. Ивановой. В Самаре и Самарской области оказание хирургической помощи детям по различным профилям осуществляется в 15 отделениях ЛПУ г. Самары, Тольятти и Сызрани.

Детские хирурги Самары и Самарской области принимают и принимают участие в работе всех Российских форумов по детской хирургии, а наши студенты – кружковцы активно участвуют в Российских студенческих научных конференциях.

В апреле 2023 года наши студенты-кружковцы выступали на 29-й студенческой научной конференции в г. Волгограде. Наш кружок занял 1 место.

Согласно многолетней традиции на закрытии конференции символический скальпель, хранящийся в течение года на кафедре ВУЗа ,проводящего конференцию в текущем году, торжественно передается организаторам следующей конференции. В Волгограде Скальпель приняли наши кружковцы, доставили на кафедру, и вот он на кафедре Хирургических болезней детей и взрослых Самарского государственного медицинского университета ждет открытия 30-й Российской (63 Всесоюзной) студенческой научной конференции.

**Тезисы научных докладов Российского образовательного симпозиума
детских хирургов «Хирургические заболевания передней брюшной стенки у
детей».**

**НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF NEWBORNS WITH
CONGENITAL SURGICAL PATHOLOGY**

Аборин С.В., Варламов А.В., Васильченко О.Г., Еремин П.В., Мазнова А.В.
Aborin S.V., Varlamov A.V., Vasilchenko O.G., Eremin P.V., Maznova A.V.

*Самарская областная клиническая больница им.В.Д.Серedaвина
Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavina*

Цель исследования- анализ результатов лечения новорожденных с врожденной хирургической патологией.

Материалы и методы. В 2023 году пролечено 10 новорожденных с различными ВПР (врожденными пороками развития) со следующими диагнозами: гастрошизис- 4 ребенка, омфалоцеле - 3, атрезия 12-перстной кишки – 1, низкая кишечная непроходимость – 1, диафрагмальная грыжа -1. Гастрошизис пренатально выявлен во всех наблюдениях на 12-15 неделе, омфалоцеле – на 12-13 неделе гестации, атрезия 12-перстной кишки – на 33 неделе, диафрагмальная грыжа выявлена на 30 неделе. Низкая кишечная непроходимость пренатально не выявлена. Один ребенок с омфалоцеле родился на 28 неделе с массой 1380 г. 5 детей родились в сроки гестации 35- 37 недель и остальные 5 – в 38-39 недель.

Все дети родились в перинатальном центре ГБУЗ СОКБ им. В.Д.Серedaвина. 10 новорожденных транспортированы в педиатрический корпус, где после дообследования и предоперационной подготовки, проводимой в отделении реанимации новорожденных, прооперированы.

Результаты. В послеоперационном периоде при интенсивной терапии особое внимание уделялось обеспечению должного температурного режима, центрального сосудистого доступа. Всем детям проводилась мультимодальная низкоопиатная анальгезия. Применялся доступный и безопасный метод обеспечения послеоперационного обезболивания – каудальная анестезия. Каудальная анестезия позволила достичь необходимого уровня обезболивания с кратковременным использованием опиатов в послеоперационном периоде, что способствовало быстрому переводу ребенка на самостоятельное дыхание, возобновлению перистальтики кишечника и назначению энтерального питания. После стабилизации состояний дети переводились в отделение патологии новорожденных. После выписки из стационара хирургами и неонатологами проводится катamnестическое наблюдение. Все пациенты выписано в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, адекватная комплексная послеоперационная терапия новорожденных, оперированных по поводу различных ВПР, позволяет добиться положительных результатов лечения.

ОТКРЫТАЯ КОМПЛЕКСНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ

OPEN COMPLEX ABDOMINAL WALL RECONSTRUCTION IN CHILDREN

Абушкин И.А., Веретенников А.А., Базалий В.Н.

Abushkin I.A., Veretennikov A.A., Basaliy V.N.

Городская клиническая больница № 1, Челябинск, Россия

City Clinical Hospital No. 1, Chelyabinsk

Цель. Показать возможности разделения компонентов брюшной стенки и аллопластики в закрытии обширных дефектов брюшной стенки у детей. **Материалы и методы.** В период 1996 – 2019 годов лечили 4 детей в возрасте от 5 до 18 лет с гигантскими дефектами передней брюшной стенки. 3 пациентам постоянная вентральная грыжа была создана искусственно в период новорожденности при лечении большого омфалоцеле. У одного ребенка большой дефицит брюшной стенки сформировался на фоне множественных неполных тонкокишечных свищей, осложнивших повторные операции по поводу спаечной кишечной непроходимости. Реконструкция брюшной стенки включала технику разделения ее передних компонентов и пластику аллогенной твердой мозговой оболочкой (Абушкин И.А., Батанов А.Н., 1999). У двух детей в предоперационном периоде проводили постепенное уменьшение объема брюшной полости с помощью специального абдоминального бандажа.

Реконструкция брюшной стенки у детей с гигантской вентральной искусственной грыжей включала отсечение апоневроза наружных косых мышц от прямых мышц, что существенно повышало растяжимость задних компонентов брюшной стенки и позволило сопоставить прямые мышцы без критического уменьшения объема брюшной полости. Между отсеченными краями апоневроза наружных косых мышц живота вшивали аллогенную твердую мозговую оболочку, тем самым замыкая передние компоненты брюшной стенки.

У ребенка с множественными неполными тонкокишечными свищами большой дефект брюшной стенки сформировался при закрытии свищей. При этом дефект брюшной стенки в правой подвздошной и фланковой областях также был закрыт путем разделения ее передних компонентов, а срединный дефект в эпигастральной и пупочной областях с помощью аллогенной твердой мозговой оболочки, уложенной гладкой вогнутой частью на петли кишечника.

Результаты. Длительное, 5 и более лет, существование гигантской вентральной грыжи привело к существенным изменениям мышечных компонентов брюшной стенки. Значительно была уменьшена площадь косых мышц живота, а прямые мышцы выглядели как круглый тяж. Осложнений после комплексной реконструкции брюшной стенки не было. Все дети выздоровели.

Косметическим недостатком расположения аллогенной твердой мозговой оболочки над прямыми мышцами живота является тот факт, что она скрывает сегменты прямых мышц, так называемые «кубики». Отдаленные результаты прослежены в срок от 4 до 27 лет. Рецидива вентральной грыжи не было. Один пациент, ранее лечившийся с множественными тонкокишечными свищами, в возрасте 20 лет успешно оперирован по поводу хронического холецистита.

Выводы. Существенным недостатком формирования искусственной артифициальной вентральной грыжи при больших омфалоцеле (операция Гросса) являются последующие грубые изменения мышечно-апоневротических компонентов брюшной стенки.

Техника разделения передних компонентов брюшной стенки в сочетании с аллогенной пластикой позволяет выполнить полноценную реконструкцию брюшной стенки при его гигантских дефектах.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОМФАЛОЦЕЛЕ. ANALYSIS OF SURGICAL TACTICS OF OMPHALOCELE TREATMENT.

Алфёрова Е.А

Alfyorova E.A

ФГБОУ ВО «Тюменский Государственный Медицинский Университет» МЗ РФ»

Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,

Tyumen, Russia

Цель: оценить эффективность лечения ВПР: омфалоцеле
Methods/Материалы и методы: проанализировано лечение 39 детей с 2001 по 2022 г. Мальчиков было 28(71,8%), девочек - 11(28,2%). Большинство детей были доношенными (36 детей) - 8% родились раньше срока. Средняя масса тела составила более 3198,6±693,4 гр. 73% детей имели сопутствующие пороки развития, наиболее частый - ВПС.

Результаты: У 1 пациента, имеющего дефект большого размера с разорванными оболочками, применено постепенное вправление с использованием мешка. На 8-е сутки эвентрированные органы полностью погружены в брюшную полость и выполнена пластика брюшной стенки. Для 2-х детей, поступивших в крайне тяжелом состоянии, вследствие сопутствующих пороков развития и дыхательной недостаточности, выбрано консервативное лечение: грыжевой мешок фиксировали вертикально и обрабатывали спиртосодержащими растворами. Образующийся струп способствовал погружению петель кишечника. На 7-е сутки, когда состояние детей стабилизировано, проводили иссечение струпа и пластику брюшной стенки. У 36 пациентов – одноэтапное лечение: иссечение оболочек и первичная пластика брюшной стенки. 2 детей: оригинальная методика, аналогичной процедуре А. Bianchi. Одномоментное вправление содержимого грыжевого мешка в брюшную полость. По уровню кожи накладывается пупочная скоба. На следующие сутки проводится тейпирование, с целью сближения мышц передней брюшной стенки для уменьшения дефекта пупочного кольца. На 7-е сутки удаление скобы, но тейпы в таком положении остаются 7 суток. Тейпирование, по разработанной схеме, до 6 месяцев. После выписки пациенты наблюдаются в динамике через 6 и 12 месяцев. Косметический результат оценен как удовлетворительный. Дефект апоневроза не определяется. Из всех случаев умер 1 ребенок с пороками развития. Летальность составила 2,6%.

Выводы: при малых дефектах, до 4 см, методом выбора может являться предложенная оригинальная методика, которая, улучшает результаты лечения детей с данной патологией.

ВРОЖДЕННАЯ АПЛАЗИЯ ТУЛОВИЩА КОЖИ С ПЛОДНЫМ ПАПИРУСОМ: УНИКАЛЬНЫЙ СЛУЧАЙ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИЙ О ЗНАЧИТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОПЫТЕ.

TRUNCAL APLASIA CUTIS CONGENITA WITH FETAL PAPYRACEUS: A UNIQUE CASE MARKING A SIGNIFICANT MEDICAL EXPERIENCE.

Аль-Хашаш Раед, Мохаммад Абу-Аль-Дарак, Алаа Хмидан, Уорд Басалат.

Al-Hashash Raed, Mohammad Abu-Al-Darak, Alaa Hmeedan, Ward Basalat.

Государственная хирургическая больница Рафидия, Наблус, Палестина.

Rafidia Governmental Surgical Hospital, Nablus, Palestine.

We report the case of an 8-month-old male who is the product of a non-consanguineous, full-term twin pregnancy which was complicated by fetal papyraceous at week 18. He was delivered vaginally at term to a 29-year-old mother who is Gravida 5 Para 3 Aborta 2, who has no significant medical history. The pregnancy went uneventful except for the demise of the other fetus. The mother, who works as, received appropriate prenatal care. She had not ingested any prescribed or over-the-counter medications, herbals, or recreational drugs other than folic acid and iron supplementation, and had not smoked or drink alcohol. She had not missed any appointments, and a fetal detailed ultrasound obtained at the eighteenth week was reported to be normal. Upon delivery

at the 40th week of gestation, irregular stellate-shaped areas of complete absence of skin and subcutaneous tissue involving the lower chest and upper abdomen bilaterally were noted, with a band-like area connecting the defect anteriorly on both sides. A shiny translucent membrane covered the defects through which blood vessels, shades of internal organs, and ribs could be seen (Fig1). The child was admitted to the neonatal intensive care unit for further evaluation and management. Upon further examination, Apgar scores were 8 and 9 at 1 and 5 min., respectively. His birth weight was 3800 gr., and no dysmorphic features or other abnormalities were detected except for those previously mentioned. His neonatal life was uncomplicated, and routine laboratory results and imaging reports were all normal. The child was discharged on the third postnatal day with regular daily sterile dressings, topical antibiotic ointments, and beeswax-containing creams. Complete secondary healing was successfully achieved by day 38 of his life (Fig 2). Since then, he had only one hospital admission for fever at the age of 5 months and was discharged home after a four-day uneventful hospital stay. To this moment, he is thriving well, with growth and development in all domains up to his age. Aplasia Cutis Congenita is a rare skin anomaly with an unestablished pathophysiology. The most common presentation is an isolated solitary scalp defect, mostly involving the vertex, which accounts for 70 percent of lesions reported in the literature, while truncal involvement is far less common. According to Frieden's classification, type 5 Aplasia Cutis Congenita is associated with fetal papyraceous. The etiology is not fully understood, but multiple factors have been implicated, including placental infarcts, genetics, teratogenic substances, intrauterine infections, trauma, vascular compromise, amniogenesis, adhesions of the amniotic membrane to fetal skin, amniotic rupture sequence, ectodermal dysplasia, imperfect neural tube closure, and maternal intrapartum drug use. The mechanism by which these factors affect prenatal fetal skin and soft tissue development is still not precisely formulated, although a vascular origin is widely accepted.

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ВИСЦЕРОАБДОМИНАЛЬНОЙ ДИСПРОПОРЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОШИЗИСОМ WAYS TO OVERCOME THE PROBLEM OF VISCEROABDOMINAL DISPROPORTION IN PATIENTS WITH GASTROSCHISIS

Бабошко П.Г., Царева В.В., Бастрасова Д.Г., Софина Н.В.
Baboshko P.G., Tsareva V.V., Bastrakova D.G., Sofina N.V.

*ГАУЗ Челябинская областная детская клиническая больница г. Челябинск, Россия
ГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск,
Россия*

*Chelyabinsk Regional Children's Clinical Hospital Chelyabinsk, Russia
South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia*

Цель исследования: оценка результатов хирургического одномоментного вправления эвентрированных петель кишечника у новорожденных с гастрошизисом с использованием интраоперационной декомпрессии тонкой кишки через просвет вскрытого червеобразного отростка, в дополнение к декомпрессии желудка и толстой кишки.

Материалы и метод. Проведен анализ 52 случаев лечения новорожденных с гастрошизисом, проходивших лечение в ЧОДКБ с 2009 по 2023 гг. До 2015 года хирургическое лечение детей с диагнозом гастрошизис заключалось в преодолении висцероабдоминальной диспропорции с использованием метода силопластики. Таким образом пролечено 28 пациентов – 1 группа. В 2015 году был изменен подход к решению проблемы диспропорции: всем пациентам проводилось одномоментное вправление эвентрированных петель после предварительного «отмывания» и опорожнения тонкой кишки через вскрытый просвет червеобразного отростка, помимо декомпрессии желудка и толстой кишки. Для эвакуации содержимого тонкой кишки использовался стерильный физиологический раствор в объеме необходимом для достижения эффекта пустого просвета кишки. Вскрытый просвет червеобразного отростка ушивался однорядными узловыми швами. По данной методике пролечено 24 пациента – 2 группа.

Гестационный возраст в 1 группе составил $38,0 \pm 2,7$ недель, во 2-й группе $36,0 \pm 2,7$. Средняя масса тела при рождении в 1-й группе - 2210 гр., во 2-й группе – 2080 гр. В каждой группе пациенты имели сопутствующую патологию: РДСН, врожденные пороки сердца, церебральная ишемия различной степени. В 1-й группе у сопутствующая соматическая патология обнаружена у 7 пациентов (12%), во 2-й у 24 (85,7%) детей. Все новорожденные в обеих группах имели признаки висцероабдоминальной диспропорции.

Данные обработаны методами описательной статистики и представлены в виде среднего (Mean) и среднеквадратического отклонения (sd). Статистическую значимость отличий оценивали с помощью параметрического t-критерия Стьюдента.

Результаты: Критерием эффективности лечения мы считали показатели летальности. В 1-й группе летальность составила 35,7% (10 пациентов); во 2-й группе 4,2 % (1 пациент). Непосредственной причиной смерти во всех 11 случаях явилась полиорганная недостаточность как исход сепсиса, осложнившегося продолжающийся перитонит. Внедрение нового подхода статистически достоверно снижает летальность. Также грозным осложнением, утяжеляющим состояние пациентов, мы считаем развитие ранней спаечной непроходимости. В 1-й группе из 18 выживших новорожденных ранняя спаечная непроходимость развилась у 5 (28%) пациентов, тогда как во 2-й группе из 23 выживших детей у 2 (8,6%) пациентов.

Выводы: Внедрение одномоментного вправления петель кишечника с использованием интраоперационной декомпрессии тонкой кишки через вскрытый просвет червеобразного отростка как дополнение к декомпрессии желудка и толстой кишки статистически значимо улучшает результаты лечения новорожденных с диагнозом гастрошизис.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПЛОДА.

ANTENATAL DIAGNOSIS OF MALFORMATIONS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL OF THE FETUS.

Балашова В.Н., Балашова В.С., Гладышева Э.В., Громославская И.С., Пенькова О.Н.,
Абушманов М.Р., Федорова Е.М., Фаттахова Л.М., Есартя М.А..

Balashova V.N., Balashova V.S., Gladysheva E.V., Gromoslavskaya I.S., Penkova O.N.,
Abushmanov M.R., Fedorova E.M., Fattakhova L.M., Esartia M.A.

"ГБУЗ "Самарская областная клиническая больница им.В.Д.Середавина""

ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница №2 имени Н.А. Семашко»

ГБУЗ СО "Самарская городская поликлиника №1 Промышленного района"

ГБУЗ СО "Самарская городская клиническая больница №8""

Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin

State Budgetary Healthcare Institution of the Samara region "Samara City Clinical Hospital No. 2 named after N.A. Semashko"

Samara City Polyclinic No. 1 of the Industrial District

Samara City Clinical Hospital No.8

Ультразвуковая диагностика таких пороков развития передней брюшной стенки плода, как омфалоцеле и гастрошизиса возможна при проведении первого скрингового обследования в 11-14 недель беременности.

За период с 2020 по 2023 гг данные пороки составили 15% от всех выявленных на 1 скрининге ПРП. Причём омфалоцеле, содержащее петли кишечника, является маркерным пороком развития, повышая риски хромосомных аномалий, и в 90 процентов случаев сочетались с трисомиями по 18, 13 и 21 хромосомам. Гастрошизис, как правило, является изолированным пороком и сочетается с другими аномалиями и плода с общепопуляционной частотой. При выявлении пороков развития передней брюшной стенки плода, после кариотипирования и исключения хромосомной патологии, проводится серия ультразвуковых исследований для мониторинга развития плода, выявления поздно манифестирующих

пороков, фетопатий, маркеров генетических синдромов (синдром Беквита- Видемана - 1 случай).

В 2,5% случаев омфалоцеле сочетались с другими пороками развития (синдром каудальной регрессии, Пентада Кантрелла, VACTERL- ассоциация), данные беременности прерваны.

Пороки развития передней брюшной стенки плода относятся к группе коррегируемых ПРП, в большинстве случаев успешно оперируются в постнатальном периоде.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК ФАКТОР РИСКА ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA AS A RISK FACTOR FOR CHILD ANTERIOR ABDOMINAL WALL HERNIA

Бахматов Д.Н.

Bakhmatov D.N.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia*

Цель. Оценить фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей с установленным диагнозом грыжи передней брюшной стенки (ГБПС; паховой/пупочной/белой линии живота); сравнить частоту их встречаемости и выраженность по сравнению с детьми контрольной группы.

Материалы и методы. Проводился клинический осмотр 21 ребенка (13 мальчиков и 8 девочек) с установленным диагнозом ГБПС, поступивших в детское хирургическое отделение №1 ГУЗ «КБСМП №7» для планового оперативного лечения. Контрольную группу составили 20 детей (11 девочек и 9 мальчиков), проходивших профилактический осмотр, не имеющих в анамнезе и по результатам осмотра установленного диагноза ГБПС. Возраст детей в обеих группах: от 1 года до 12 лет.

Результаты и обсуждение. Оценка "скелетных" признаков недифференцированной ДСТ проводилась по критериям Бейтона, градуированными нами следующим образом:

1. Тест на приведение большого пальца к ребру ладони: 1 балл (край ногтевой фаланги не доходит до ребра ладони); 2 балла (край ногтевой фаланги доходит до ребра ладони); 3 балла (половина ногтевой фаланги выходит за линию ребра ладони); 4 балла (ногтевая фаланга полностью выходит за линию ребра ладони).
2. Пассивное разгибание мизинца: 1 балл (менее 90 градусов); 2 балла (90 градусов); 3 балла (более 90 градусов).
3. Пассивное приведение большого пальца к внутренней поверхности предплечья (ВПП): 1 балл (не касается ВПП); 2 балла (касается ВПП ногтевой фалангой); 3 балла (касается ВПП всей поверхностью).
4. Гиперэкстензия локтевого сустава более 10 градусов: 1 балл (нет); 2 балла (да).
5. Гиперэкстензия коленного сустава более 10 градусов: 1 балл (нет); 2 балла (да).
6. Способность касаться ладонями пола, сохраняя коленные суставы прямыми: 1 балл (нет); 2 балла (да).

Набранные баллы у конкретного пациента суммировались. Основная группа: 13 детей набрали 9 баллов (8 мальчиков, 5 девочек), 5 детей – 10 баллов (4 мальчика, 1 девочка), 3 детей – 12 баллов (1 мальчик, 2 девочки). Контрольная группа: 6 детей набрали 6 баллов (4 мальчика, 2 девочки), 6 детей – 7 баллов (3 мальчика, 3 девочки), 5 детей – 8 баллов (2 мальчика, 3 девочки), 3 детей – 9 баллов (2 мальчика, 1 девочка). При использовании непараметрического U-критерия Манна-Уитни значение U-факт. составило 19.5, что меньше U-крит. (U-крит. = 134 с учетом объема каждой из выборок для уровня значимости $p = 0.05$). Следовательно, принимается гипотеза о статистической достоверности различий между уровнем признака в рассматриваемых группах.

Заключение. Таким образом, в детской клинической практике использование данной методики (как скрининг-теста) позволит сформировать группу риска по возникновению (и

манифестированию скрытых) ГПБС и целенаправленно активизировать проведение профилактических мероприятий, препятствующих дальнейшему потенциальному процессу грыжеобразования.

МЕТОД ОТСРОЧЕННОГО СТОМИРОВАНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ АТРЕЗИИ КИШЕЧНИКА В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОШИЗИСОМ У ДЕТЕЙ.

THE METHOD OF DELAYED INTESTINAL STOMY FOR INTESTINAL ATRESIA IN COMBINATION WITH GASTROSCHISIS IN CHILDREN.

Бисалиев Б.Н., Тусупкалиев А.Б., Баубеков Ж.Т., Сарсенова В.В., Ли Д.В.

Bissaliyev B.N., Tusupkaliyev A.B., Baubekov Zh.T., Sarsenova V.V., Lee D.V.

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г.

Актобе, Казахстан

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Kazakhstan, Aktoobe

Цель: Провести оценку эффективности метода отсроченного стомирования кишечника при гастрошизисе.

Материал и методы: Проанализированы истории болезни 18 больных с гастрошизис, пролеченных в период с 2015 по 2022 г.г. в Актюбинской областной детской клинической больнице. Эффективность антенатальной диагностики гастрошизиса (ГШ) составила 55,5%. Подавляющее число детей – 12 (66,6%) с ГШ родились с задержкой внутриутробного развития по гипотрофическому типу. Недоношенными родились 62,7% из поступивших детей. Из методов оперативного лечения применялись первичная радикальная пластика передней брюшной стенки (ПРП) в 6 случаях, манипуляция погружения врожденной эвентрации по Bianchi у 10, силопластика полипропиленовым мешком у 2 пациентов. При погружении эвентрации по Bianchi и при ПРП передней брюшной стенки у 5 детей заподозрена атрезия кишечника. В конгломерате из петель кишечника было крайне затруднительно достоверно выставить или исключить атрезию кишечника. Несмотря на подозрение на атрезию кишечника у этих больных декомпрессия кишечника с помощью проведением зонда в кишечник и высоких клизм проведена в полном объеме. Проведены операции погружения эвентрированного кишечника без разъединения конгломерата методом первичной радикальной операции у 1 больного и по Bianchi у 4 больных. Манипуляция по Bianchi дополнялась рассечением передней брюшной стенки латерально от врожденного дефекта на 2-3 см. Внутрибрюшное давление измерялось путем измерения внутрипузырного давления. Во всех случаях давление не превышало 22 см.вод.ст. В послеоперационном периоде у этих детей, с затяжным периодом псевдообструкции кишечника, проведен пассаж водорастворимого контраста по ЖКТ – у 3 детей диагноз атрезии кишечника исключен. В 2 случаях атрезия кишечника подтверждена – дети повторно взяты на операцию лапаротомии и стомирования кишечника.

Результаты: Диагноз сочетания врожденной кишечной непроходимости с ГШ выставлен на основании сохранения застойного содержимого из желудка, при имеющейся перистальтике кишечника, соответствующей рентген-картине брюшной полости. Дети с диагностированной атрезией кишечника прооперированы на 24 и 28 сутки после операции ликвидации ГШ. Отек стенки кишечника на повторных операциях существенно спал, спаечный процесс в виде конгломерата из петель кишечника и фиброзный футляр не выражен в сравнении с первичной картиной. Это позволило разделить спайки тупым и острым путем, достоверно выявить уровень непроходимости кишечника и сформировать энтеростому.

Выводы: Выраженный спаечный процесс между петлями кишечника вследствие внутриутробного перитонита после погружения кишечника в брюшную полость имеет тенденцию к уменьшению. Первичное погружение кишечника в брюшную полость во время экстренной операции ликвидации гастрошизиса без разъединения спаек и отсроченная операция энтеростомии позволило сократить время, снизить травматичность первой операции, тем самым привело к увеличению эффективности лечения ребенка.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЕРЕВЯЗКИ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ У ДЕТЕЙ.

THE RESULTS OF PERCUTANEOUS INTERNAL RING SUTURING OF THE VAGINAL PROCESS OF THE PERITONEUM IN CHILDREN

Великанов А.В., Цап Н.А., Чиликов А.Л.

Velikanov A.V., Tsap N.A., Chilikov A.L.

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия
«УГМК-Здоровье», Екатеринбург, Россия*

*620028, Russia, Sverdlovsk region, Regional Center, Yekaterinburg, st. Repina, 3 620144,
Russia, Sverdlovsk region, Regional Center, Yekaterinburg, st. Sheinkmana, 113/2*

Цель: оценить эффективность лапароскопической перевязки влагалищного отростка брюшины при сообщающейся водянке оболочек яичка у детей.

Материалы и методы: За период 2021-2023 года в хирургической клинике «УГМК-Здоровье» было оперировано 115 мальчиков в возрасте от 1,5 до 16 лет с патологией влагалищного отростка брюшины (ВОБ) – сообщающаяся водянка оболочек яичка, которая имела двустороннюю локализацию в 60 случаях (52,2%), право- и левосторонняя локализация встречаются реже – n=44; 38,3% и n=11; 9,5% соответственно. Открытым доступом перевязка ВОБ выполнена 3 (2,6%) детям. Средний возраст детей 40±8 месяцев. УЗИ мошонки входит в предоперационный стандарт. Срок катамнеза от 3 месяцев до 2 лет.

Результаты: Оперативные вмешательства проводятся под контролем лапароскопа 3 и 5 мм, установленного под пупочным кольцом, либо через его дефект. ВОБ ушивается с помощью иглы Tuohy нитью Этибонд 2/0. В 7 случаях (6,25%) устанавливали дополнительный троакар с манипулятором 3 мм с целью корректного проведения иглы с нитью. При условии обнаружения необлитерированного ВОБ с контрлатеральной стороны превентивно проводится его перевязка даже при условии отсутствия указаний на наличие водянки, в т.ч. по данным УЗИ. Интраоперационных осложнений не было.

В алгоритме послеоперационного динамического наблюдения предусмотрен осмотр детского уролога-андролога или хирурга, контроль УЗИ органов мошонки через 3 месяца, что выполнили лишь 55 (48%) пациентов. В данной группе катамнеза у мальчиков (n=24; 43,6%) выявлено наличие жидкости в оболочках мошонки от 1,3 до 23 мм у нижнего полюса яичка, что потребовало повторного осмотра и УЗ-контроля через 6 месяцев после операции. В данный срок контингент катамнеза снизился до 13 (23,6%) детей, у 4 (7,3%) мальчиков имелось от 2 до 13 мм свободной жидкости. В сроке катамнеза более 1 года обследовано 27 (23,5%) детей, УЗ-контроль показал в 7 (12,7%) случаях наличие свободной жидкости в оболочках мошонки от 3,5 до 13 мм у нижнего полюса яичка.

Выполнялась интраоперационная пункция мошонки с целью эвакуации остаточной жидкости у 12 (10,4%) детей. Именно у данной группы пациентов наблюдалось длительное (более 3 месяцев) сохранение жидкости в оболочках без изменения объема мошонки в течение суток, что расценено как наличие отграниченного скопления жидкости без сообщения с брюшной полостью (n=8). Только в 2 случаях после пункции не было свободной жидкости в оболочках при первичном УЗ-контроле. У остальных 4 детей срок наблюдения менее 6 месяцев. Ни в одном случае катамнеза более полугода не отмечено уменьшение размеров и структуры яичек и нарушения интрапаренхиматозного кровотока.

Выводы: Лапароскопическая перевязка ВОБ у детей является эффективным способом лечения при сообщающейся водянке оболочек яичка. При наличии кисты семенного канатика по данным УЗИ и указания на стабильные размеры мошонки, показано открытое оперативное вмешательство. Лапароскопические методики позволяют проводить симультанные операции на контрлатеральной стороне.

**«ВЫСОКОЕ» ПРОМЫВАНИЕ КИШКИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ
ВЕДЕНИИ НОВОРОЖДЁННЫХ С ГАСТРОШИЗИСОМ
«DEEP» WASHOUTS OF COLON AND ILEUM IN POSTOPERATIVE
TREATMENT OF NEWBORNS WITH GASTROSCHISIS**

Гопиенко М.А., Караваева С.А., Котин А.Н., Попова Е.Б., Новопольцева О.Н.(1),
Патрикеева Т.В., Веремейчик С.А.

Gopienko M.A., Karavaeva S.A., Kotin A.N., Popova E.B., Novopol'tseva O.N., Patrikeeva
T.V., Veremeychik S.A.

*Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр
высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия.*

*Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова, Санкт-
Петербург, Россия.*

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени
академика И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия.*

*Children's City Multidisciplinary Clinical Specialized Center of High Medical
Technologies, St-Petersburg, Russian Federation.*

*North-Western State Medical University named after I.I.Mechnikov, St-Petersburg, Russian
Federation.*

Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, St-Petersburg, Russian Federation.

Обоснование: Восстановление пассажа по кишечнику в послеоперационном периоде остаётся серьёзной проблемой в лечении детей с гастрошизисом. Цель: проанализировать течение послеоперационного периода и представить первый опыт применения «высокого» промывания кишки у новорождённых с гастрошизисом за последние 3 года.

Материалы и методы. В ДГМКСЦВМТ г.Санкт-Петербурга с 2021 по 2023 гг. находились на лечении 17 новорождённых с гастрошизисом. Все дети были оперированы в возрасте от 6 часов до 1 суток жизни. В случае этапного лечения с применением силопластики (5 детей) послеоперационный период оценивался с момента радикальной пластики брюшной стенки. 4 ребёнка, по разным причинам потребовавшие наложения кишечных стом одномоментно с радикальной пластикой брюшной стенки, не включены в исследование.

Результаты. У всех 13 новорождённых с гастрошизисом, не имевших сочетанной патологии кишечника, отмечены трудности в восстановлении пассажа в послеоперационном периоде. Всем требовалось применение тех или иных дополнительных мер: регулярных очистительных клизм, введения Прозерина (подкожно, внутримышечно или с помощью физиотерапии), зондового кормления в микроструйном режиме, введения в желудок Облепихового масла и др. Трое детей были оперированы повторно. Среди остальных 10 пациентов полного объёма энтерального питания удавалось достичь лишь к 18 – 46 суткам. У 3 из них, ввиду неубедительной эффективности проводимого лечения, обсуждался вопрос о повторной операции, которой, однако, удалось избежать после проведения «высокого» промывания кишечника с помощью йод-содержащего водорастворимого контрастного вещества. Двоим детям была (впервые в клинике) выполнена методика, описанная изначально для пациентов с мекониевым илеусом недоношенных (T.Nakaoka et al., 2017). Целью процедуры является нагнетание раствора за Баугиниевую заслонку в подвздошную кишку, контролируемое с помощью УЗИ. Третьему пациенту аналогичное промывание было произведено под контролем рентгеноскопии. У всех троих детей отмечалось убедительное улучшение пассажа по кишечнику в течение 1-3 суток после процедуры с последующим полным его восстановлением.

Выводы. Несмотря на различный патогенез нарушения пассажа по кишечнику при мекониевом илеусе недоношенных и гастрошизисе, методика «высокого» промывания кишки, предложенная для лечения одного состояния, оказывается эффективной и в отношении другого. Результаты первого опыта применения такого промывания при

гастрошизисе позволяют включить его в арсенал средств для восстановления пассажа в послеоперационном периоде.

ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ГАСТРОШИЗИСОМ И ОМФАЛОЦЕЛЕ PLASTIC CLOSURE OF ABDOMINAL DEFECT IN NEWBORNS WITH GASTROSCHISIS AND OMPHALOCELE

Гурская А.С., Баязитов Р.Р., Дьяконова Е.Ю., Зоркин С.Н., Алхасов А.Б., Наковкин О.Н., Ахмедова Д.М., Карнута И.В., Сулавко М.А., Екимовская Е.В., Клепикова А.А.
Gurskaya A.S., Bayazitov R.R., Dyakonova E.Yu., Zorkin S.N., Alkhasov A.B., Nakovkin O.N., Akhmedova D.M., Karnuta I.V., Sulavko M. O.A., Ekimovskaya E.V., Klepikova A.A.
ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей»

Минздрава России, Москва, Россия

FGAU «National Medical Research Center of Children's Health», Moscow, Russian Federation

Цель. Анализ результатов пластики передней брюшной стенки при лечении гастрошизиса и омфалоцеле у новорожденных и детей грудного возраста.

Материалы и методы. С 2017 по 2023 гг. в хирургическом отделении новорожденных и детей грудного возраста ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ было пролечено 39 детей с гастрошизисом и 23 ребенка с омфалоцеле. Из исследования исключены пациенты с сформированной ранее передней брюшной стенкой (n=14), поступившие после первого этапа лечения по месту жительства по поводу клиники спаечной кишечной непроходимости или носительства кишечной стомы. Оставшиеся 48 пациентов разделены по способу закрытия передней брюшной стенки: первичная и отсроченная пластика.

Результаты. Выживаемость пациентов с гастрошизисом составила 96%, омфалоцеле 100%. Доля пациентов с гигантским омфалоцеле составила 30% (n=7). Первичная радикальная пластика передней брюшной стенки выполнена у 31 пациенту (65%), у 17 пациентов (35%) в связи с наличием висцеро-абдоминальной диспропорции выполнена отсроченная пластика после создания «временной» брюшной полости. Характеристика пациентов с гастрошизисом: средний вес 2592 ± 388 г (min - 2050, max - 3560), средний срок гестации 33 ± 1 недели (min - 35, max - 40), средний возраст на момент операции - 3 часа жизни. Характеристика пациентов с омфалоцеле: средний вес 3440 ± 499 г (min - 2833, max - 4400), средний срок гестации 39 ± 1 неделя (min - 38, max - 40), средний возраст на момент операции - 25 часов жизни. Во всех случаях выполнялась радикальная коррекция с разделением и ушиванием мышечно-аппоневротического и кожного слоев. Формирование искусственного грыжевого дефекта или консервативное лечение не проводилось. Всем пациентам выполнялась неоумбиликопластика с формированием эстетически правильной формы пупка и хорошим косметическим результатом. Вентральная грыжа после выполненной радикальной пластики передней брюшной стенки в отдаленном периоде выявлена в 1 случае (омфалоцеле больших размеров в анамнезе). У 3 детей выполнено оперативное лечение паховой грыжи в возрасте 3-6 месяцев лапароскопическим доступом, спаечного процесса в брюшной полости не отмечалось. Различия между качественными и количественными переменными проводилась с помощью стандартных статистических методов и критериев. Исходя из полученных данных при сравнении двух групп (первичная и отсроченная пластика), что статистически значимых различий по дооперационным антропометрическим показателям, акушерскому анамнезу, послеоперационных осложнений со стороны передней брюшной стенки нет ($p < 0.05$). В одном случае при отсроченной пластике передней брюшной стенке возник выраженный компартмент-синдром, что потребовало возврата к созданию временной брюшной полости с последующим хорошим результатом. В одном случае отмечался летальный исход у ребенка с гастрошизисом и внутриутробным заворотом.

Выводы. Сравнение результатов первичной и отсроченной пластики передней брюшной стенки у пациентов с гастрошизисом и омфалоцеле выявило отсутствие значимых различий.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ PIRS SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA IN CHILDREN BY THE PIRS METHOD

Дженалаев Б.К., Котлобовский В.И., Тусупкалиев А.Б., Досмагамбетов С.П.,
Роскидайло Е.В., Ли Д.В., Табылды К.

Dzhenalaeв B.K., Kotlovovskiy V.I., Tusyupkaliyev A.B., Dosmagambetov S.P., Roskidailo
E.V., Li D.V.(1), Tabyldy K.

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова

Многопрофильная областная детская больница

Marat Ospanov West Kazakhstan Medical University

Multidisciplinary Regional Children's Hospital

Цель. Анализ результатов применения методики лапароскопической пункционной чрескожной герниорафии у детей. Традиционная «открытая» высокая перевязка шейки грыжевого мешка долгое время являлась золотым стандартом в лечении паховой грыжи у детей, демонстрируя хорошие результаты. Вместе с тем, она не лишена недостатков. К ним относятся возможные осложнения, такие как: послеоперационная дистопия яичка (5%), гематома мошонки, повреждение элементов семенного канатика (1-2%) и раневая инфекция.

Материал и методы. С 2017 по 2023 годы в клинике выполнено 762 лапароскопических пункционных чрескожных герниорафий по методике PIRS у детей с паховыми грыжами. Суть методики PIRS состоит в том, что грыжевые ворота ушиваются иглой Туохи, которая вводится предбрюшинно, через прокол передней брюшной стенки.

Результаты и их обсуждение. Из 762 детей с паховыми грыжами мальчиков было 504, девочек - 258. Возраст пациентов колебался от 2 месяцев до 10 лет. У 50% пациентов грыжа располагалась справа, у 31% – слева, у 19% – с двух сторон. Средняя длительность операции составила 12 ± 4 минут. Интраоперационных осложнений не было. Рецидивы отмечены в 5 (0,3%) случаях. Причем 3 первых осложнения пришлось на период освоения методики. В одном случае произошло осложнение, связанное с рецидивом паховой грыжи, которое привело к длительному ущемлению петли подвздошной кишки, что привело к некрозу ее стенки. Для устранения осложнения потребовалась лапаротомия с резекцией участка кишки. Наступило выздоровление. Средняя длительность пребывания в стационаре составила $1,2 \pm 0,3$ суток. В послеоперационном периоде на месте послеоперационного прокола из-за жесткости шовного материала (Prolen 2/0) на месте узла, возвышался подкожное образование. Эти образования перестали появляться после смены шовного материала на этибонд 2/0. Но появились лигатурные свищи у 1% оперированных детей. В дальнейшем в качестве шовного материала использовали капрон 2/0. За последние 5 лет осложнений, связанных с методикой герниорафий и шовного материала, не было.

Выводы. Методика лапароскопической пункционной чрескожной герниорафии по методике PIRS у детей с паховыми грыжами является эффективной, безопасной, надежной, малоинвазивной операцией. Она может применяться в качестве альтернативы лапароскопической и открытой герниопластики паховой грыжи у детей обоего пола и всех возрастных групп.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ND:YAG-ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ПИОГЕННЫХ
ГРАНУЛЕМ У ДЕТЕЙ**
**EXPERIENCE OF USING ND:YAG LASER IN THE TREATMENT OF PYOGENIC
GRANULOMAS IN CHILDREN**

Долгова К.С., Нурмеев И.Н.

Dolgova K.S., Nurmeev I.N.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ,

г. Казань, Россия

*Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская республиканская
клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»*

Цель исследования – обобщение опыта применения лазерного удаления пиогенных гранул у детей.

Актуальность лечения пиогенных гранул определяется как косметическими и функциональными требованиями, так и с точки зрения устранения страданий, испытываемых ребенком при возникновении осложнений. В настоящее время методы выбора представлены хирургическим удалением и лазерным воздействием.

Материалы и методы. В ДРКБ МЗ РТ для лечения пиогенных гранул применяется лазерная и традиционная хирургическая технология удаления. Лазер Nd:YAG 1064 нм широкого спектра поглощения с преимущественным нагревом гемоглобина крови обладает сосудистой тропностью и глубоким проникновением. В период с 2007 по 2023 гг. проведено 206 случаев лечения указанной патологии при различной локализации. Пациенты были в возрасте от 11 мес. до 16 лет, из них мальчиков 117 (56,8%) и девочек 89 (43,2%). Распределение по локализации: голова и шея – 89 (43,2 %), туловище – 67 (32,52%), конечности – 50 (24,27%). Во всех случаях отмечали одиночные элементы. У 75 (36,4 %) ранее был отмечен эпизод кровотечения в связи с травматизацией поверхности гранулемы. Для объективизации контроля результатов лечения применяли серии цифровых фотоснимков, выполненных в процессе лечения. В качестве анестезиологического пособия применяли местное нанесение прилокаин-лидокаиновой смеси, лидокаинового спрея. Мощность Nd:YAG импульсов варьировала от 100 до 150 Дж, длительность импульса составила 20-35 мс. Лечение потребовало одного лазерного сеанса во всех случаях. Хирургическое лечение потребовалось в 9 (4,4%) случаях, в связи с большими размерами пиогенной гранулемы и невозможностью лазерной коагуляции широкого основания.

Результаты. Излечение достигнуто во всех случаях. Осложнений не отмечено. Косметический результат варьировал от удовлетворительного до констатации появления небольшого рубчика в основании гранулемы, как правило меньшего диаметра, нежели основной элемент.

Выводы. Nd:YAG лазерная коагуляция пиогенных гранул у детей показала себя как эффективный и безопасный способ лечения, которых позволяет в 95,6% случаях удалить новообразование.

**ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У
ДЕТЕЙ**

**THE ORIGINAL METHOD OF TREATING CONGENITAL INGUINAL HERNIAS
IN CHILDREN**

Елькова Д.А., Тен К.Ю., Тен Ю.В.

Elkova D.A., Ten K.Yu., Ten Yu.V.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства, Барнаул, Россия

Altai State Medical University, Barnaul, Russia

Altai Regional Clinical Center for Maternal and Child Health, Barnaul, Russia

Цель. Разработать универсальную оперативную методику лечения врожденных паховых грыж.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 1750 историй болезни пациентов клиники детской хирургии Алтайского края с диагнозом «паховая грыжа» за период 2013–2023 гг. Предложен авторский способ ликвидации паховой грыжи у детей.

Результаты. Исследование проведено на клинических базах кафедры хирургических болезней детского возраста – КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» и КГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 7, г. Барнаул». В исследование включены дети обоего пола, которым в промежуток времени с 2013 по 2023 гг. выполнялось оперативное лечение по поводу врождённых паховых грыж. Пациенты (n=1750) разделены на 3 группы наблюдения. Пациенты I группы наблюдения – 510 детей (29,1%) перенесли оперативное лечение врождённой паховой грыжи с применением эндовидеоскопической техники. Во II группу наблюдения включены 900 детей (51,4%), оперированных традиционным открытым доступом по методу В. Дюамеля. Пациенты III группы наблюдения – 340 детей (19,4%) оперированы классическим доступом в модификации авторов.

У пациентов I группы наблюдения наркоз использовался эндотрахеальный. Возраст оперированных эндоскопически детей варьировал от 1 месяца до 10 лет. Наиболее предпочтительной оказалась возрастная группа пациентов до 3-х лет. Преимущество этому методу отдавалось в случаях двусторонней паховой грыжи, как достоверно установленной, так и в случае диагностированного по УЗИ необлитерированного вагинального отростка брюшины с противоположной стороны. Эндоскопическое грыжесечение оказалось методом выбора и при сочетании паховой грыжи с пупочной. Отличительной особенностью предлагаемого нашей клиникой способа ликвидации врождённых паховых грыж является применение для оценки длины пахового канала пуговчатого зонда с оливой на конце. В подавляющем большинстве случаев выделение вагинального отростка брюшины происходит без вскрытия пахового канала. Пластика пахового канала по классической методике, описанной Бассини, потребовалась лишь в 9 случаях, пациенты при этом достигли возраста 16–17 лет. Ушивание внутреннего пахового кольца выполнено у 7 больных. Прошивание грыжевого мешка, по нашим наблюдениям, вызывает его повреждение, разрыв – 1 случай во II группе наблюдения: на 3-и сутки после операции – вновь определялось грыжевое выпячивание, что потребовало повторной операции при пахово-мошоночной грыже. Рецидивы грыж в I группе больных (n=510) составили 6 (1,2%), во II группе (n=900) – 1 (0,1%), в III группе (n=340) рецидивов до настоящего момента не получено.

Выводы. Эндоскопические методики ликвидации паховых грыж оптимальны у детей до 3 лет, при двусторонней паховой грыже, при сочетании паховой и пупочной грыж. Предложенная авторами методика ликвидации паховых грыж у детей позволяет минимизировать либо полностью исключить наиболее частое осложнение оперативного лечения паховых грыж, а именно – рецидив.

ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ

HERNIAS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN CHILDREN

Елькова Д.А., Тен К.Ю., Тен Ю.В.

Elkova D.A., Ten K.Yu., Ten Yu.V.

*ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
Барнаул, Россия*

*КГБУЗ "Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства",
Барнаул, Россия*

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Altai State Medical
University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Barnaul, Russia
RSBHI "Altai Regional Clinical Center for Maternal and Child Health", Barnaul, Russia*

Грыжи передней брюшной стенки составляют довольно большой объём в детской хирургической практике, при которых нередко возникают проблемы в диагностике и тактике ведения больных.

Цель исследования: оптимизация тактики ведения больных с грыжами передней брюшной стенки.

Материал и методы. В клинике детской хирургии Алтайского государственного медицинского университета за 5 лет пролечено 718 детей с грыжами передней брюшной стенки. Мальчиков – 384 (53,5%), девочек – 334 (46,5%). Средний возраст больных – $5,6 \pm 0,2$ лет. Пупочных грыж было – 533 (74,2%), грыж белой линии живота – 182 (25,4%), грыж спигелиевой линии живота – 3 (0,4%). Предоперационное обследование стандартное. Результаты. Грыжи белой линии живота оперировались в большинстве случаев из поперечного доступа (лучше косметический результат) – 138 (75,8%). Швы на дефект апоневроза накладывались в поперечном направлении, при этом использовали атравматическую колющую иглу размером не более 4/0. Швы накладывали не по одной линии с минимальным натяжением с целью предупреждения разволокнения апоневроза. Пупочную грыжу ликвидировали трансумбиликальным поперечным доступом. При этом вкол иглы проводили изнутри пупочного кольца с глубоким захватом брюшины и апоневроза, затем перезаряжали нить и делали второй прокол также изнутри пупочного кольца. Нить использовали рассасывающуюся типа викрил 3/0. Кожу зашивали кетгутом на режущей игле № 4/0, 3/0. При наличии параумбиликальной грыжи, особенно в сочетании с пупочной, закрытие параумбиликального дефекта апоневроза возможно из одного пупочного доступа. Грыжи спигелиевой линии живота оперировали из вертикального разреза.

Выводы. Дифференцированный подход к ведению грыж передней брюшной стенки позволил нам до минимума свести число таких осложнений, как лигатурные свищи (5 – 0,7%) и рецидивы грыж (3 – 0,4%).

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ В ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ГОРОДА ХАНТЫ-МАНСЬИСКА EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF CONGENITAL INGUINAL HERNIAS IN CHILDREN AT THE DISTRICT CLINICAL HOSPITAL OF KHANTY-MANSIYSK

Зотин А.В., Харизова А.Г., Янцен А.В.

Zotin A.V., Kharizova A.G., Yantsen A.V.

Окружная клиническая больница г. Ханты-Мансийск, Россия;

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, г. Ханты-Мансийск, Россия

Regional Hospital of Khanty-Mansiysk autonomus District-Ugra, Khanty-Mansiysk, Russia;

Khanty-Mansiysk State Medical Academy, Russia

Цель: данное исследование является сравнительным анализом эффективности лапароскопической герниорафии и открытого способа лечения паховых грыж у детей.

Объекты и методы исследования: Проведен анализ лечения детей с паховыми грыжами в ОКБ Ханты-Мансийска с 2009 по 2023г.

Результаты: всего за отчетный период в ОКБ Ханты-Мансийска с диагнозом паховая грыжа находились на лечении 588 детей. Всего за отчетный период в ОКБ Ханты-Мансийска по поводу паховых грыж находились на лечении 588 детей. Лечение проводилось детям разной возрастной группы от 6 месяцев до 17 лет. Средний возраст детей составил 4,1года. Распределение по полу 78% мальчики и 22% девочки. Локализация справа - 64% случаев, слева - 36%. Односторонняя паховая грыжа была выявлена в 499(84,8%) случаях, двусторонняя паховая грыжа – 89(15,2%). За данный период времени в стационар поступило 28 детей с ущемленными паховыми грыжами – все они были прооперированы. В указанный период времени использовались следующие техники оперативного лечения: открытая (оперативное лечение по Ру-Краснобаеву, Дюамелю, Мартынову) и лапароскопическая (лапароскопическая герниорафия по Щебенькову и лапароскопически ассистированная герниорафия. Лапароскопическая герниорафия была выполнена 313 (53,2%) детям.

Остальным 264 (46,8%) больным лигирование грыжевого мешка произведено открытым паховым способом. Хирургическое лечение производилось всем детям, у которых было установлено наличие паховой грыжи. Средняя продолжительность оперативного лечения при лапароскопической герниорафии односторонней составила 15 минут, двухсторонней – 25 мин. При открытом способе оперативного лечения средняя продолжительность составила 32 минуты. Среднее количество койко/дней при лапароскопической технике составил 2,8 к/д, при открытой 3,1 к/д. Ранний послеоперационный период протекал у всех детей без осложнений. Мы не наблюдали ни одного случая раннего послеоперационного осложнения. После лапароскопической герниорафии за данный период времени мы наблюдали 5 рецидивов паховой грыжи, после открытой – 2. Дети были прооперированы повторно открытым способом. За данный период времени в стационар поступило 28 детей с ущемленными паховыми грыжами. Все дети прооперированы открытым способом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дети были выписаны в удовлетворительном состоянии. Среднее количество к/д при ущемленной паховой грыжи составил 3,4 койко/день. Средняя продолжительность оперативного лечения при ущемленных паховых грыжах – 47 минут.

Выводы:

- 1) Открытый способ лечения статистически значимо имеет меньшее количество рецидивов.
- 2) Лапароскопия имеет существенное преимущество при двухсторонней грыже, считаем показанием для лапароскопического лечения подозрение на двухсторонние паховые грыжи и паховые грыжи у недоношенных детей.
- 3) У девочек преимущественно используется лапароскопическая методика, так как важно сохранить круглую связку матки.

ИНГИОПУНКТУРНЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ INGIOPUNCTURE EXPERIENCE OF UMBILICAL HERNIA TREATMENT IN CHILDREN

Казakov A.Н., Румянцева Г.Н., Карташов В.Н., Кузнецов В.Н., А.Ю., Марабян Л.
Kazakov A.N., Rumyantseva G.N., Kartashov V.N., Kuznetsov V.N., Gorshkov A.Yu.,
Marabyan L.

*Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Тверской области
Детская областная клиническая больница*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации*

Цель: анализ результатов оперативного лечения пупочной грыжи у детей с использованием малоинвазивной методики – ингиопунктурной герниорафии с эхографической ассистенцией.

Материалы и методы: изучены результаты лечения 45 детей с пупочной грыжей за период с 2021 г. по 2023 г. на базе ГБУЗ ДОКБ г. Твери в возрасте от 4 до 17 лет. Мальчиков было 24 (53,3%), девочек – 21 (46,7%). Диагноз устанавливался по данным клинического осмотра и результатам ультразвукового сканирования передней брюшной стенки линейным датчиком с частотой 5-15 МГц. Всем детям выполнялась ингиопунктурная герниорафия по оригинальной методике – патент № RU2636874C1 (Сварич В.Г., Ислентьев Р.Н., Лисицин Д.А., Перевозчиков Е.Г.). Преобладала группа детей в возрасте от 6 до 12 лет - 37 (82,2%) пациентов. Младше 6 лет прооперировано 5 (11,1%) детей, старше 12 лет – 3 (6,7%) ребенка.

Результаты: всем пациентам проводилась эхографическая оценка диаметра дефекта апоневроза пупочного кольца и наличие адгезивного процесса в пупочной области. При полипозиционном сканировании случаев фиксации пряди сальника, петель кишечника и предбрюшинной клетчатки зарегистрировано не было. При оценке размеров пупочной грыжи было следующее распределение - чаще встречался дефект пупочного кольца размером 6-8 мм у 17 (37,7%) детей, у 15 (33,3%) пациентов выявлен дефект размером 4-5

мм. Реже встречались грыжи малых размеров – 2-3 мм у 9 (20%) детей, грыжи с размером пупочного кольца 9-10 мм были зарегистрированы у 4 (8%). Средняя длительность оперативного вмешательства составила 6 минут. Обезболивание нестероидными противовоспалительными средствами осуществлялось только в первые сутки после оперативного вмешательства. Среднее пребывание в стационаре составило 3,9 дня. Рецидив был зарегистрирован только у одного ребенка семилетнего возраста с первоначальным дефектом апоневроза пупочного кольца диаметром 10 мм. Осложнений в виде гематом, нагноений, образования лигатурных свищей, кишечной непроходимости зарегистрировано не было.

Выводы: пупочная грыжа относится к рутинной проблеме в широком спектре хирургических заболеваний у детей. Предоперационная ультразвуковая диагностика уточняет размер пупочной грыжи и позволяет исключить адгезивный процесс в области пупка. Применение ингиопунктурной герниорафии с эхографической ассистенцией является малоинвазивным методом выбора лечения пупочных грыж у детей с дефектом апоневроза пупочного кольца менее 10 мм.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ. TRAUMATIC AND POSTOPERATIVE HERNIAS IN CHILDREN.

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

Karaseva O.V., Golikov D.E., Gorelik A.L., Timofeeva A.V., Yanushkina O.G.

ГБУЗ "НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ"

Clinical and Research Institute of Pediatric Emergency Surgery and Traumatology

Цель: проанализировать причины и методы хирургического лечения вентральных грыж у детей в серии клинических наблюдений.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 7 детей (мальчиков – 4, девочек – 3), средний возраст детей составил 10,5±4,9 (от 6 мес. до 16 лет). Дефекты передней брюшной стенки (ПБС) имели различную локализацию: параумбиликальная область (1), правая подвздошная (1), левая подвздошная (1), область рубца после лапаротомии (2), боковая поверхность живота (1), гипогастральная область (1). Площадь ворот грыжевого дефекта колебалась от 10 до 300 см².

Результаты: у 4-х детей причиной формирования грыжи была травма, причем у 3-х - в связи с повреждением ремнем безопасности при ДТП, у одного ребенка, как результат травмы рулем велосипеда. Следует отметить, что у 2-х детей целостность кожных покровов была сохранена. У 3-х детей причиной формирования вентральной грыжи было оперативное лечение: у одного – лапароскопическая операция в периоде новорожденности, у 2-х - повторные операции по поводу осложненного течения послеоперационного периода после аппендэктомии. Только у одного ребенка с травмой рулем велосипеда ликвидация мышечного дефекта ПБС была выполнена в экстренном порядке. При лапароскопии, которая была выполнена для исключения повреждения кишечника, был диагностирован дефект брюшины и косых мышц живота и выполнено его ушивание узловыми швами. У одного ребенка с лапаростомическим ведением брюшной полости и формированием фиксированной эвентрации конгломерата кишечных петель при этапном ушивании брюшной полости выполнена пластика дефекта в области срединной лапаротомии сетчатым имплантом с последующей вакуум-терапией и ушиванием раны ПБС. Четверо детей были оперированы в плановом порядке в период от 6 мес до 2 лет после травмы и/или операции. У одного ребенка с параумбиликальной грыжей выполнена пластика дефекта мягкими тканями, у 3-х - использовали сетчатые импланты, причем у одного ребенка операция выполнена полностью лапароскопически, еще у одного – с лапароскопической ассистенцией. У одного ребенка с осложненным течением послеоперационного периода, множественными реконструктивными операциями по восстановлению целостности кишечной трубки полнослойный дефект передней брюшной стенки, как этапное лечение, был закрыт свободным кожным

трансплантатом и планируется комбинированная пластика с использованием сетчатого эндопротеза. В анамнезе более года у 5 детей осложнений и рецидивов не выявлено.

Заключение. Основной причиной формирования посттравматических вентральных грыж у детей является травма ремнем безопасности. Не следует забывать о возможности подкожного разрыва мышц и брюшины при травме рулем велосипеда. Основной причиной послеоперационных грыж у детей являются повторные лапаротомии при осложнённом течении послеоперационного периода, в том числе при длительном лапаростомическом ведении брюшной полости. Методы хирургического лечения при вентральных грыжах у детей должны быть персонализированными.

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ.

VAC-THERAPY IN EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY IN CHILDREN.

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

Karaseva O.V. Timofeeva A.V., Gorelik A.L., Golikov D.E., Yanushkina O.G.

ГБУЗ "НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ", Москва, Россия

Clinical and Research Institute of Emergency Surgery and Traumatology of Moscow

Healthcare Ministry, Moscow, Russia

Вакуум-терапия завоевала признание многих хирургов в лечении раневых процессов различной этиологии и локализации.

Целью нашего исследования стало изучение показаний и результатов применения VAC-терапии в неотложной абдоминальной хирургии. Материалы и методы: В исследование вошли 42 ребенка, при лечении которых была использована вакуум-терапия. Мальчики составили 71,4% (30), девочки – 28,6% (12), средний возраст пациентов – 11,2±4,9 лет. Лечение отрицательным давлением применяли в 2-х основных модификациях: 1) вакуум-ассистированная лапаростомия; 2) вакуум-терапия раны брюшной стенки. В качестве «расходников» использовали как специальные наборы, так и отдельные функционально заменяющие составляющие. В исследовании оценивали показания и исходы при применении абдоминальной VAC-терапии.

Результаты: Основными показаниями к применению метода являлись: 1) необходимость повторных ревизий брюшной полости (23); 2) гнойно-некротические процессы в мягких тканях живота (11); 3) несформированные кишечные свищи (8). Необходимость последующих ревизий брюшной полости была обусловлена невозможностью одномоментной санации при тотальном абсцедирующем перитоните (13); сомнительной жизнеспособностью петель кишечника при заворотах и ущемлениях (3), травме ремнем безопасности (2) и неокклюзионном ишемическом энтероколите (2); использованием тактики «damage control abdomen» (1) при массивном внутрибрюшном кровотечении при травме печени, а также контролем за состоятельностью швов и гемостаза при повторных массивных кровотечениях из язв Кушинга (2), и реконструктивных операциях в условиях «компрометированного» живота (2). В этих ситуациях применяли VAC-ассистированную лапаростомию. При развитии гнойно-некротических процессов в мягких тканях живота использовали VAC-терапию брюшной стенки (11). Наиболее часто показанием к VAC-терапии мягких тканей живота являлась несостоятельность лапаротомной раны в связи с гнойно-воспалительным процессом (7), либо со сниженным регенераторным потенциалом у пациентов в критическом состоянии (2), а также развитие в послеоперационном периоде после аппендэктомии анаэробной флегмоны живота (2). У 8 пациентов VAC-терапия была использована при ведении несформированных кишечных свищей, либо «проблемных» кишечных стом. Летальность в серии наших наблюдений составила 19,04 % (8). Ни в одном случае вакуум-терапия не явилась непосредственной причиной летального исхода. У 2-х (4,8%) пациентов при длительном проведении вакуум-ассистированной лапаростомии было отмечено формированием кишечных свищей.

Заключение: Основными показаниями к использованию VAC-терапии в неотложной абдоминальной хирургии являются тотальный абсцедирующий перитонит, сомнительная жизнеспособность протяженного отдела кишечника, тактика «damage control abdomen» и гнойно-некротические процессы в мягких тканях живота. Использование методики в детской практике крайне ограничено, но позволяет уменьшить летальность в группе критической абдоминальной патологии.

**АНОМАЛИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПО
ДАННЫМ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

**ANTERIOR ABDOMINAL WALL ABNORMALITIES (TREATMENT
EXPERIENCE ACCORDING TO NIZHNY NOVGOROD REGION DATA)**

Карпова И.Ю. , Паршиков В.В. , Плохарский Н.А. , Стриженов Д.С. , Рожденкин Е.А.
, Карпеева Д.В.

Karpova I.Yu., Parshikov V.V. , Plokharsky N.A. , Strizhenok D.S. , Rodenkin E.A.,
Karpееva D.V.

*Приволжский исследовательский медицинский университет
Нижегородская областная детская клиническая больница
Детская городская клиническая больница №1*

Цель исследования – представить опыт лечения пациентов с пороками развития передней брюшной стенки.

За период с 1995 по 2004гг. пролечено 68 новорожденных с пороками развития передней брюшной стенки (ПРПБС), с 2013 по 2023гг. – 23 пациента. В структуре ПРПБС преобладали дети с гастрошизисом (55-60,5%), омфалоцеле диагностировано у 36 (39,5%) младенцев. Мальчиков было 64 (70%), девочек – 27 (30%). Средний возраст матерей составил 21,7 г. (от 16 до 39 лет). 58% детей появилось от первой, 30% от второй, и 12% от третьей беременности. Средний срок беременности был 36,9 нед. Ранее проводимые аборт по медицинским показаниям зафиксированы в 17 случаях рождения ребенка с гастрошизисом и 14 - омфалоцеле. Срочные роды наблюдали в 48 случаях. У 35 женщин роды были преждевременными (32-36 нед.). Отмечали высокий процент недоношенности и гипотрофии у детей с пороками развития передней брюшной стенки. Доношенными, с массой тела более 2500г родились 32 ребенка. Преобладание естественных родов (66-73%) над оперативными (25-27%) объясняется большей их физиологичностью, особенно у больных с гастрошизисом, повреждения внутренних органов у этих новорожденных не наблюдали. После рождения петли кишечника закрывали полиэтиленовой пленкой и фиксировали к телу марле-бинтовой повязкой. Для профилактики аспирационного синдрома вводили назогастральный зонд, эвакуировали содержимое желудка, и оставляли его на весь период транспортировки открытым. В родильном доме ребенок получал антибактериальную терапию. Транспортировку осуществляли реанимационной бригадой с использованием транспортного кювета с фиксированной влажностью (100%) и температурой (36-37°C). Средняя длительность предоперационной подготовки составила от 3 час. до 24 час. и зависела от тяжести состояния поступившего ребенка.

Выбор варианта пластики ПБС зависел от вида патологии и степени висцеро-абдоминальной диспропорции, среди них использовали: аллопластика твердой мозговой оболочкой – 37, первичная радикальная пластика – 37, операция по Гроссу – 3, силопластика - 7, EDMR not Anesthesia for Gastroschisis по Бианки-Диксону – 5. Консервативно пролечено 2 пациента. В послеоперационном периоде продолжали комплексное лечение (антибактериальная, симптоматическая терапия, декомпрессия ЖКТ, парентеральное питание), клинко-лабораторное и инструментальное обследование. В удовлетворительном состоянии выписано 58 (64%) пациентов, летальных исходов отмечено 33 (36%). Средний койко-день составил $28,9 \pm 2,4$ ($p \leq 0,05$).

Таким образом, в последние 10 лет на 50% снизилось количество детей, родившихся с пороками развития передней брюшной стенки. В структуре преобладают младенцы с

гастрошизисом (60,5%). Среди хирургических пластик, в последние годы, приоритетной является первичная радикальная пластика.

**ГАСТРОШИЗИС И ОМФАЛОЦЕЛЕ ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО
ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**
**GASTROSCHISIS AND OMPHALOCELE ACCORDING TO THE ORENBURG
CENTER FOR PEDIATRIC SURGERY**

Котлубаев Р.С. , Баканов А.А. , Фролова Е.А. , Биньевский К.В

Kotlubaev R.S. , Bakanov A.A. , Frolova E.A. , Binyevsky K.V

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

*Государственное автономное учреждение здравоохранения "Областная Детская
Клиническая Больница" г. Оренбург.*

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Org State Medical
University of the Ministry of Health of Russia*

State Autonomous Healthcare Institution "Regional Children's Clinical Hospital" in Orenburg.

Целью настоящей работы является оценка результатов лечения гастрошизис и омфалоцеле в Оренбургском центре детской хирургии.

Материалы и методы: всего проанализировано лечение 43 детей, среди которых у 18 установлен диагноз гастрошизис, а у 25 новорожденных выявлено омфалоцеле. Четырнадцать детей были доставлены в центр детской хирургии позднее 1 суток, а трое из них на третьи сутки после рождения, что было связано с отдаленностью районов от центра детской хирургии. Висцероабдоминальная диспропорция отмечена у 28 новорожденных, среди них были все дети с гастрошизис и 10 новорожденных с омфалоцеле больших размеров. Осложнение в виде разрывов оболочек при омфалоцеле отмечено у двух новорожденных.

Результаты: из 43 госпитализированных новорожденных, 41 были экстренно прооперированы. Двум детям с гигантскими эмбриональными грыжами проведено консервативное лечение. Среди оперированных детей первичная пластика передней брюшной стенки проведена 15 новорожденным, а у 28 с висцероабдоминальной диспропорцией проведено формирование вентральной грыжи с мобилизацией краев раны у 22 больных, использование синтетического покровного материала для пластики у 6 детей. При этом пластический материал был применен у 3 детей с гастрошизис и у 3 с омфалоцеле. В послеоперационном периоде умерли четверо больных при нарастающих явлениях полиорганной недостаточности.

Выводы: хирургическое лечение новорожденных с пороками развития передней брюшной стенки является серьезной проблемой детской хирургии и требует пристального внимания. В случаях невозможной первичной пластики передней брюшной стенки использование пластических синтетических материалов целесообразно, оно имеет преимущество в сравнении с консервативным лечением.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОМФАЛОЦЕЛЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ
TREATMENT OF OMPHALOCELE IN NEWBORNS.

Кусаинов А., Турсунов К., Куниязов Ж., Сауранбай Д.

A. Kusainov, K. Tursunov, Zh. Kuniyazov, D. Sauranbay

*Казахский Национальный Медицинский Университет имени С. Д. Асфендиярова, кафедра
детской хирургии академика К. С. Ормантаева и ГКП на ПХВ «Центр детской неотложной
медицинской помощи»*

г. Алматы, Республика Казахстан

*Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, department of
Pediatric surgery by academician K. S. Ormantayev and Pediatric emergency medical center Almaty
city, Kazakhstan*

Цель: изучить результаты хирургического лечения омфалоцеле у новорожденных.

Материалы и методы. За период с января 2019 года по январь 2023 года в ЦДНМП г. Алматы было пролечено n=11 новорожденных с омфалоцеле в возрасте от 1 до 3 суток жизни. Мальчиков n=8 (72%), девочек 3 n= (28%). Доношенными родились n=8 (72%) новорожденных, недоношенными n=3 (28%). Средний гестационный возраст составил 38 недель. Средний бал по Апгар ± 7 балл. Средняя масса при рождении 3300 \pm 48 гр. У n=7 (63%) пациентов омфалоцеле диагностирован антенатально

Всем новорожденным при поступлении, кроме общеклинических исследований, проведены обзорная R-графия брюшной полости, УЗИ внутренних органов, эхокардиография, нейросонография. Сопутствующий порок развития в виде синдрома Дауна и врожденного порока развития сердца (ВПС) наблюдалось у n= 1 (9%) ребенка. Результаты. Омфалоцеле малых размеров выявлены у n=3 (27%) новорожденных, омфалоцеле средних размеров в n = 6 (55%) случаях и большие эмбриональные грыжи в n= 2 (18%) наблюдениях. Содержимостью грыжевого мешка в n=8 (72%) случаях были петли тонкого кишечника, в n= 3 (28%) наблюдениях печень.

При омфалоцеле малых и средних размеров, при отсутствии выраженных синдромов ВАД первично-радикальная пластика передней брюшной стенки с иссечением эмбриональных оболочек, которые были выполнены первые 72 часа. Двухэтапная операция с применением мешка Шустера осуществлен у 2-х больных с большими размерами. В послеоперационном периоде в n=1 (9%) наблюдение отмечены осложнения - ранняя спаечная кишечная непроходимость. После релапатомии ребенок был выписан домой.

Вывод. Тактика хирургического лечения решается индивидуально в зависимости от размеров грыжевого мешка и наличие сопутствующих аномалий. При омфалоцеле малых и средних размеров, при отсутствии выраженных синдромов ВАД показана первично-радикальная пластика передней брюшной стенки. При больших размерах рациональным является двухэтапная операция с применением мешка Шустера

НАШ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ.

OUR EXPERIENCE IN MANAGING PATIENTS WITH CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL.

Мазнова А.В., Барская М.А., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Аборин С.В.,
Васильченко О.Г., Шустров В.А.

Maznova A.V., Barskaya M.A., Varlamov A.V., Zavyalkin V.A., Aborin S.V.,
Vasilchenko O.G., Shustrov V.A.

*ГБУЗ "Самарская областная клиническая больница им.В.Д.Середавина"
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Samara State Medical
University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation*

Цель: продемонстрировать результаты лечения пациентов с врожденными пороками развития передней брюшной стенки от антенатальной диагностики до ведения в кабинете катамнеза.

Материалы и методы: за период с 2021 по 2023 гг нами пролечено 11 пациентов с врожденными пороками развития передней брюшной стенки: гастрошизис – 7 пациентов (63,6%), омфалоцеле – 4 пациента (36,4%). Летальность составила 18% (2 клинических случая). В 10 случаях диагноз был установлен антенатально, в сроке 12-15 недель беременности. Все беременные женщины были консультированы на перинатальном консилиуме детским хирургом, с выбором дальнейшей тактики ведения. Оперативное лечение по поводу гастрошизиса проводилось в первые сутки после рождения. В четырех

случаях выполнена первичная радикальная пластика передней брюшной стенки, у пациентов без висцеро-абдоминальной диспропорции, в двух случаях выполнена операция по Гросс, так же в одном клиническом случае был применен метод А. Bianchi. Оперативное лечение по поводу омфалоцеле проводилось на вторые сутки после рождения. Всем детям выполнена послойная пластика передней брюшной стенки. В качестве стартового энтерального питания у детей с гастрошизисом была выбрана адаптированная смесь на основе гидролизата белка коровьего молока, у детей с омфалоцеле в 80% случаев грудное молоко. Всем детям оперативное лечение проводилось под эндотрахеальным наркозом, в 5 случаях с применением каудальной анестезии, что позволило снизить в послеоперационном периоде применение опиатов. За время нахождения в стационаре все дети консультированы неврологом и офтальмологом, с проведением дополнительной медикаментозной терапии по показаниям. В комплексном лечении применялись методы ранней противоспаечной терапии. Средний койка день пребывания в стационаре детей с гастрошизисом составил 41 к/д (из них в отделении реанимации 21), детей с омфалоцеле составил 18 к/д (из них в отделении реанимации 10).

Результаты: выжившие дети были выписаны в удовлетворительном состоянии, на полном энтеральном питании, в возрастом объеме. В настоящее время 7 пациентов находятся под динамическим наблюдением кабинета катамнеза ГБУЗ «СОКБ им.В.Д.Середякина».

В структуре летальности детей с гастрошизисом в первом клиническом случае отмечалось наличие множественных сочетанных пороков развития, во втором клиническом случае развитие сепсиса на фоне Covid-19.

Выводы: 1) Комплексное ведение пациентов с гастрошизисом и омфалоцеле позволяет более точно определить тактику ведения пациентов на всех этапах;

2) Применение каудальной анестезии входит в концепцию мультимодальной низкоопиатной аналгезии, что позволяет максимально избежать негативных эффектов опиатов;

3) Наблюдение в кабинете катамнеза специалистами разных специальностей, принимавших участие в ведении пациента на госпитальном этапе, позволяет не нарушать преемственности и улучшить качество жизни пациента.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОСТНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОМФАЛОЦЕЛЕ. PROGNOSTIC CRITERIA FOR POSTNATAL OUTCOMES IN THE DIAGNOSIS OF OMPHALOCELE.

Мокрушина О.Г., Юдина Е.В., Разумовский А.Ю., Шумихин В.С.
Mokrushina O.G., Yudina E.V., Razumovskiy A.Yu., Shumikhin V.S.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им
Н.И.Пирогова, Москва, Россия*

*Детская городская клиническая больница имени Н.Ф.Филатова ДЗ г. Москвы, Москва,
Россия*

Pirogov Russian National Research Medical University

N.F. Filatov Children's City Hospital of Moscow Healthcare Ministry, Moscow, Russia

Цель исследования: провести ретроспективный анализ антенатальных прогнозов и постнатальных исходов у новорожденных с омфалоцеле.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ исходов беременностей с выявленными омфалоцеле у плода за период с 2009 по 2023гг. Всего проанализировано 250 истории беременных. 23 пациентки исключены из исследования в связи с отсутствием сведений. Средний срок выявления омфалоцеле составил 15 ± 5 нед (мин 12 нед, макс 33 нед). Сроки проведения консультации детским хирургом, в среднем составила 22 ± 6 нед (мин 13 нед, макс 33 нед). Средний возраст обратившихся пациенток составил 32 ± 6 лет

(мин 19 лет, макс 46 лет). Заключение формировали на основании протокола УЗИ исследования плода, ЭХО_КГ плода, результатов генетического обследования.

Результаты исследования: По результатам УЗИ у 135 (59,5%) плодов печень локализовалась в оболочках, у 92 (40,5%) в брюшной полости. Синдромальная форма МВПР выявлена у 15 (6,6%) плодов, пентада Кантрелла - у 3 (1,3%), ВПС - у 27 (11,9%), гипоплазия легких у 23 (10,1%). По результатам исследований у 182 (80,2%) плодов прогноз сформулирован, как благоприятный, у 23 (10,1%) – сомнительный, у 24 (10,6%) – неблагоприятный. По результатам консультации 23 (10,1%) беременности завершились прерыванием. Из них: 2 с благоприятным прогнозом, 5 с сомнительным и 17 с неблагоприятным. За время наблюдения в 7 случаях выявлена антенатальная гибель плода у 7 (3,1%) беременных. Из них в 2 случаях прогноз был выставлен, как сомнительный, в 5 – благоприятный.

197 новорожденных поступило в клинику после рождения. 3 пациентам не проводилось оперативное вмешательство по тяжести состояния (сопутствующие ВПС). Одномоментная коррекция порока выполнена у 156 (80,4%) новорожденных. Неблагоприятный исход лечения состоялся у 10 (5,1%) новорожденных. Из них 1 у не оперированного, остальные 9 в послеоперационном периоде. Наличие печени в оболочках омфалоцеле было у 8 (80%) новорожденных, синдромальная форма МВПР – у 4 (40%), ВПС – у 4 (40%), легочная гипертензия на фоне гипоплазии легких – у 3 (30%), 2 (2-%) пациента родились с низкой массой тела. Неблагоприятный прогноз был сформулирован антенатально у 6 (60%) пациентов, сомнительный - у 2 (20%), благоприятный – у 2 (20%). У пациентов с благоприятным прогнозом была выполнена радикальная одномоментная коррекция порока, однако в послеоперационном периоде развились стойкие нарушения гемодинамики, которые и явились причиной неблагоприятного исхода. У пациентов с сомнительным и неблагоприятным прогнозами причиной летальных исходов стали сопутствующие заболевания.

Выводы: антенатальный прогноз должен формироваться по совокупности всех выявленных аномалий развития плода. Опыт лечения подобных пациентов помогает более точно подходить к формированию прогноза для постнатального состояния.

«ЗАКРЫВАЮЩИЙСЯ/ЗАКРЫВШИЙСЯ» ГАСТРОШИЗИС. СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ.

“CLOSING/CLOSED” GASTROSCHISIS. SERIES OF CLINICAL CASES.

Морозов Д.Д., Ерохина Н.О., Шумихин В.С., Мокрушина О.Г.

Morozov D.D., Erokhina N.O., Shumikhin V.S., Mokrushina O.G.

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

Детская городская клиническая больница имени Н.Ф.Филатова ДЗ г.Москвы, Москва, Россия

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

N.F. Filatov Children's City Hospital of Moscow Healthcare Ministry, Moscow, Russia

Цель: демонстрация 4-х крайне редких клинических случаев «закрывающегося/закрывшегося» гастрошизиса (ГШ) с разной степенью закрытия дефекта в брюшной стенке и различными сочетанными пороками развития с вариабельной тактикой лечения.

Материалы и методы: в исследовании представлены 4 новорожденных пациента с «закрывающимся/закрывшимся» ГШ, матери которых во время беременности были консультированы в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова. Все дети после рождения находились на лечении в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова в 2023 году.

Результаты: пренатально у всех 4-х пациентов во 2-м триместре был установлен ГШ: у 3-х из них пренатально определяли признаки низкой кишечной непроходимости во 2-м и 3-м триместрах (Пациенты Т., Е. и Б.), у одного из них также было выявлено исчезновение эвентрированных петель кишечника (Пациент Т.). После рождения у Пациента Т. дефекта

передней брюшной стенки не было; у трех остальных имелся узкий дефект в околопупочной области (1 сверху от пупка, 1 – справа, 1 – слева): у пациента Е. снаружи определялось кистозное образование с анэхогенным содержимым и множеством перегородок; у двух других детей (пациент Б. и А.) были эвентрированы петли кишок с содержимым в плотном фибриновом конгломерате, через узкий дефект проходила только тонкая брыжейка с сосудами. У всех пациентов имелись клинические признаки низкой кишечной непроходимости. У двух пациентов (Пациенты Т. и Е.) восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и целостности передней брюшной стенки было выполнено в один этап; пациентам, у которых имелись сочетанные атрезии и стенозы различных отделов кишечника (Пациенты Б. и А.) проводили этапное хирургическое лечение (3 и 2 операции соответственно). В исходе лечения «закрывающегося/закрывшегося» ГШ двое пациентов (Т. и Е.) имеют синдром короткой кишки (СКК) и находятся на частичном парентеральном питании.

Выводы: наличие пренатальных признаков кишечной непроходимости у пациентов с гастрошизисом должно настораживать специалистов пренатального консилиума в отношении развития закрывающегося ГШ и СКК. Родителям следует объяснять все возможные исходы и прогнозы. Хирургическое лечение пациентов с «закрывающимся/закрывшимся» ГШ персонализировано и обусловлено жизнеспособностью эвентрированных кишок, наличием различных отделов ЖКТ и сочетанных аномалий; в определенных случаях целесообразно этапное хирургическое лечение. Вопросы, касающиеся этиологии и патогенеза «закрывающегося/закрывшегося» ГШ, а также критериев пренатальной диагностики и показаний к фетальным вмешательствам и преждевременному родоразрешению, остаются открытыми.

ТЯЖЕЛЫЕ ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ: АНАЛИЗ ГОДОВОГО ОТЧЕТА ДРКБ МЗ РТ ЗА 2022-2023 ГГ.

SEVERE CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN NEWBORNS: ANALYSIS OF THE ANNUAL REPORT OF CRCH OF THE MINISTRY HEALTH OF THE REPUBLIC OF TATARSTAN FOR 2022-2023.

Морозов В.И. , Хаертдинов Э.И. , Чигвинцев Г.Е., Давлетшина Г.И.

Morozov V.I. , Khaertdinov E.I. , Chigvincev G.E. , Davletshina D.I.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Российская Федерация

Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан, Казань, Россия

Kazan State Medical University, Kazan, Russia

Children's Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

Цель работы. Оценить структуру клинических случаев и результаты лечения новорожденных с патологией передней брюшной стенки.

Материалы и методы. В условиях ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ за период с 2022 г. по 2023 г. находились на стационарном лечении 16 пациентов с патологией передней брюшной стенки. Среди них 9 (56%) мальчиков и 7 (44%) девочек. У 8 (50%) из 16 пациентов была диагностирована эмбриональная грыжа. У 7 пациентов с данной патологией была выполнена хирургическая коррекция в течение первых 4 суток от рождения, с иссечением оболочек эмбриональной грыжи и пластикой передней брюшной стенки. Один пациент с эмбриональной грыжей и сопутствующим тяжелым генетическим пороком экзистировал на 5 сутки после рождения до проведения хирургического лечения. У пациентов с диагностированным гастрошизисом коррекция выполнялась в первые сутки после рождения. Среди данной группы пациентов в один этап пластика была выполнена в 6 случаях. У двух

пациентов с висцеральной диспропорцией проведена трехэтапная коррекция порока с подшиванием мешка Шустера, с последующей пластикой передней брюшной стенки.

Результаты: Всего было проведено 19 операций 15 пациентам, за исключением ребенка, погибшего до выполнения коррекции. В 13 из 15 случаев не отмечено послеоперационных осложнений и результаты лечения оценены как положительные, что составило 86,6%. У 1 ребенка после пластики передней брюшной стенки по поводу гастрошизиса в послеоперационном периоде развилась кишечная непроходимость, в связи с чем проведена релапаротомия, висцеролиз, адгезиолизис, резекция тонкой кишки и наложение энтеро-энтероанастомоза. У второго пациента с гастрошизисом и сопутствующим интранатальным повреждением брыжейки тонкого кишечника после проведенного этапного хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде отмечалась клиника кишечной непроходимости. На повторной операции выявлен стеноз тонкого кишечника в зоне ранее выявленного интранатального повреждения брыжейки тонкой кишки. Несмотря на проведенное лечение, в связи с наличием грубых сопутствующих патологий и нарастанием полиорганной недостаточности отмечен летальный исход.

Таким образом, в группе пациентов с омфалоцеле не отмечено послеоперационных осложнений. У 2 из 8 детей с гастрошизисом проводились повторные оперативные вмешательства, в связи с развитием послеоперационных осложнений. Общая летальность при лечении 16 новорожденных с вышеописанными патологиями развития передней брюшной стенки составила 12,5%.

Выводы: Проблема лечения детей с ВПП передней брюшной стенки не теряет своей актуальности, в связи с высоким уровнем заболеваемости и достаточно высоким уровнем послеоперационных осложнений. Необходимым условием успешного лечения данной категории пациентов является своевременная диагностика и ранняя хирургическая коррекция порока. Важным компонентом лечения также является адекватная предоперационная подготовка и полноценная послеоперационная терапия основного и сопутствующих патологий.

ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (ГПБС) У ДЕТЕЙ ANTERIOR ABDOMINAL WALL HERNIA (AWH) IN CHILDREN

Мыкыев К.М., Мадалиев Н.М., Шайбеков Д.Р., Нурмухамедов Т..

Mykyev K.M., Madaliev N.M., Shaibekov D.R., Nurmukhamedov T.N.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н.Ельцина

Городская детская больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП)

Kyrgyz-Russian Slavic University named after. B.N. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyzstan

City Children's Emergency Hospital (GDKB SMP), Bishkek, Kyrgyzstan

Цель: изучить эпидемиологические особенности грыж передней брюшной стенки у детей.

Материалы и методы: анализированы данные 843 пролеченных детей с ГПБС за 2021-23годы в отделении хирургии дневного пребывания (ОХДП) Городской Детской Клинической больницы Скорой Медицинской Помощи (ГДКБ СМП) г. Бишкек. Больным, кроме изучения жалоб, анамнеза, объективного и локального осмотра, проводились исследования развернутого анализа крови, мочи, при необходимости УЗИ паховой области, по показаниям внутренних органов и консультация педиатра.

Результаты: в ОХДП проведено 2077 хирургических вмешательств, из-них 848 больным с ГПБС, что составляет 40,8%. С паховыми и пахово-мошоночными грыжами (ПМГ) встретились - 766 (90,3%), пупочные грыжи – у 56 (6,6%), грыжи белой линии живота – 26 (3,1%) случаев. Распределение пациентов с ПМГ в гендерном аспекте: мальчики – 541 (70,6%), девочки – 225 (29,4%). В возрастном аспекте: до 6 месяцев – у 30 (3,9%), 6-12 мес-в – у 184 (24,02%), в 2-4 года – у 269 (35,1%), 5-7 лет – у 172 (22,5%), 8-15 лет – у 110 (14,4%). Таким образом, в возрасте до 4-х лет отмечено у 483 (63,1%) что, указывает предрасполагающий фактор процесса незавершения облитерации влагалищного отростка

брюшины. По локализации грыж: правосторонняя – у 474 (61,9%), левосторонняя – у 243 (31,7%), 2-х односторонняя – у 49 (6,4%). При 2-х сторонней локализации в 2 –х случаях отмечено пациенты из одной семьи, в одном случае двойняшки, в другом дети разных возрастов. При анализе локализации в гендерном аспекте, у мальчиков правосторонняя локализация обнаружена у – 359 (47%) оперированных, у девочек – у 116 (15,1%). Левосторонняя локализация мальчиков - у 163 (21,3%), у девочек – 78 (10,2%). Двухсторонняя локализация - у 49 пациентов, из-них у мальчиков - 23 (3%), у девочек 26 (3,4%), или составляет 4,3% и 11,8% из полового аспекта, т.е. более часто среди девочек, как и при пупочных грыжах (ПГ). При анализе ПГ из 56 пациентов, мальчики встретились в 20 (35,7%), девочки – 36 (64,3%) случаях. В возрастном аспекте: до 1 года -1 (1,8%), 2-4 г - у 33 (58,9%), 5-7 лет – у 14 (25%), 8-15 лет у 8 (14,3%). В возрасте до 1 года оперированы из-за большой грыжи с частыми ущемлениями. При грыже белой линии живота из 26 пациентов, мальчики составили – 10 (38,5%, девочки – 16 (61,5%), из них в возрасте 2-4 г - у 12 (46,2%, 5-7 – у 6 (23,1%). Всего 766 пациентам с ПМГ проведено 859 операций. Попутно у 112 мальчиков произведено «циркумцизио», при наличии сопутствующего диагноза «Фимоз» как предрасполагающий фактор к возникновению паховых грыж в детском возрасте. У ранее отказавшихся от циркумцизио при плановых грыжесечениях, 15 детей поступали через несколько месяцев с контрлатеральной грыжей.

Выводы:

1. Из амбулаторно проведенных операций больные с ГПБС составили 40,6%;
2. Паховые и пахово-мошоночные грыжи 90,3% из всех ГПБС;
3. Частота паховых и пахово-мошоночных грыж до 4-х летнего возраста составила у 63,1%;
4. Правосторонняя локализация отмечена у 62,4%.

УЩЕМЛЕННЫЕ ПАХОВЫЕ И ПАХОВО-МОШОНОЧНЫЕ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ STRANGULATED INGUINAL AND INGUINAL-SCROTAL HERNIAS IN CHILDREN

Мыкыев К.М., Шайбеков Д.Р., Турсунов М.С., Нурмухамедов Т.Н.

Mykyev K.M., Shaibekov D.R., Tursunov M.S., Nurmukhamedov T.N.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н.Ельцина

Городская детская больница скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП)

Kyrgyz-Russian Slavic University named after. B.N. Yeltsin

City Children's Emergency Hospital (GDKB SMP)

Цель: изучить частоту и особенности ущемленных паховых и пахово-мошоночных грыж (ПМГ) в детском возрасте для оптимизации методов лечения.

Материалы и методы: анализированы данные 766 пролеченных детей в отделении хирургии дневного пребывания (ОХДП) и 148 оперированных в неотложной хирургии городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) г. Бишкек за 2021-23годы. Больным, кроме изучения жалоб, анамнеза, объективного и локального осмотра, проводились исследования развернутого анализа крови, мочи, при необходимости УЗИ паховой области и внутренних, консультация педиатра.

Результаты: всего за изученный период прооперированы 814 пациентов с ПМГ. Из них в плановом порядке 766 (94,1%) с ПМГ, в экстренном порядке 148 (18,9%) больных детей с ущемленными ПМГ. Из ущемленных ПМГ в половом аспекте встретились: мальчики - в 119 (80,5%) случаях, девочки - 29 (19,5%), отмечается преобладание у мальчиков. В возрастном аспекте: до 6 месяцев - у 34 (22,3%), 6 - 12 месяцев – у 35 (23,6%), 1-3 года – у 49 (33,2%), 4-7 лет – у 12 (8,2%), старше 8 лет – у 18 (12,1%) пациентов. Сравнительно с плановыми больными оперированными ПМГ в возрасте до 6 месяцев отмечается преобладания ущемления ПМГ. У плановых больных до 6 месяцев наблюдался у – 3,9%. Целом ущемленные ПМГ в возрасте до 4-х лет наблюдался у 118 больных, что составляет 79,2%, когда плановые оперированные с ПМГ отмечено у 483 (63,1%). По локализации ущемленные ПМГ наблюдался: правосторонняя – у 96 (64,9%), левосторонняя – у 50 (33,7%),

двухсторонняя – у 2 (1,4%). По времени госпитализации от начала заболевания отмечены: до 6 часов – у 77 (52,02%), до 12 часов – у 27 (26,4%), до суток – у 29 (28,4%), более 2-х суток – у 15 (10,1%). Всем поступившим от начала заболевания до 12 часов проводили консервативные мероприятия, у 26 удалось самостоятельное вправление ущемленной грыжи, у неудавшихся проведено хирургическое лечение. При самостоятельном расправлении дети оставались в отделении и оперированы в плановом порядке. Сопутствующие патологии обнаружены у 49 (33,1%) больных, виде фимоз, гипотрофия, анемия, частые запоры, внутричерепная гипертензия и кисты головного мозга, недоношенность при рождении и пр. Дифференциальная диагностика проводили с паховым лимфаденитом, крипторхизмом, напряженной кистой семенного канатика и отмечены трудности выявления у детей выраженной подкожно-жировой клетчаткой т.е. паратрофиков если ранее не наблюдали клинику паховой грыжи. Большую роль в дифференциальной диагностике помогает УЗИ, диафаноскопия.

Выводы:

- 1) Частота ущемленных ПМГ наблюдался у 18,9%.
- 2) Наблюдается преобладание ущемленных ПМГ у мальчиков 80,5%.
- 3) У больных до 4 года частота ущемленных ПМГ отмечено в 79,2%.

РЕДКИЕ ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ. RARE FORMS OF HERNIAS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN CHILDREN.

Огнёв С.И., Кошурников О.Ю., Лукашина Н.А., Потапенко В.Ю., Машина Л.В.
Ognev S.I., Koshurnikov O. Y., Lukashina, N. A., Potapenko., V., Machina L.V.
*Уральский государственный медицинский университет, Свердловская обл., г.
Екатеринбург,*

*Областная детская клиническая больница, Свердловская обл., г. Екатеринбург, Россия.
Ural State Medical University, Sverdlovsk region, Yekaterinburg, Russia
Regional Children's Clinical Hospital, Sverdlovsk region, Yekaterinburg, Russia.*

Цель исследования: представить опыт лечения редких форм грыж передней брюшной стенки у детей.

Материалы и методы: С 2020 по 2023 гг. включительно оперативные вмешательства выполнены 4-м детям с врожденными прямыми паховыми грыжами и 4-м детям с бедренными грыжами различными методиками, что составило 0,75% из общего числа паховых грыж. Диагноз устанавливался интраоперационно, на основании визуальной оценки анатомического расположения грыжевых ворот. Распределение по полу: мальчиков 7 (87,5%), девочек 1(12,5%). По возрастным группам: от 0 до 2 лет – 1(12,5%), 3–7 лет – 3(37,5%) детей, 8–12 лет – 4(50%) ребенка.

Результаты: У всех пациентов первично установлен диагноз паховая грыжа в различный возрастной период, без ущемления в анамнезе. Прямые паховые грыжи диагностированы у 4 (50%) детей. При этом у 2 пациентов первично проводилось оперативное лечение врожденной косой паховой грыжи в периоде новорожденности, по методике PIRS. На тот момент, прямые грыжи не визуализированы. В течение 6-12 месяцев после первичной операции диагностирован рецидив паховой грыжи. Были применены методики грыжесечения Дюамель, без рассечения пахового кольца. Повторное поступление с рецидивом в течении года. Диагноз прямой паховой грыжи устанавливался интраоперационно при лапароскопии, с учетом анатомической оценки дефекта передней брюшной стенки. Можно достоверно утверждать, о сочетании у детей прямой и косой грыж одномоментно, однако диагноз первично не установлен. По локализации, 2-х случаях правосторонняя, 1 случай левосторонняя, 1 пациент с 2-х сторонней паховой грыжей. 2 пациентам применена методика лапароскопической герниорафии с пластикой медиальной складкой. В одном случае после диагностической лапароскопии, принято решение выполнить герниорафию открытым способом, выполнена пластика пахового канала по

Мартынову. У 4-го пациента, ввиду сглаженности медиальной складки, выполнена методика PIRS, через год рецидив. Выполнена пластика местными тканями лапароскопически. Бедренные грыжи так же диагностированы интраоперационно. Во всех случаях справа. Трудности дооперационной диагностики связаны с редкостью патологии. При бедренных грыжах применена лапароскопическая методика герниорафии McVay. Все дети на длительном динамическом наблюдении. Рецидивов грыж не отмечается.

Выводы: в виду редкости патологии, дооперационная диагностика прямых паховых грыж и бедренных грыж затруднительна. При сочетании косой и прямой паховых грыж, интраоперационная картина не всегда однозначна (сглаженность медиальной ямки). УЗ-диагностика не применима, в виду низкой чувствительности и низкой специфичности. Выбором метода оперативного лечения при прямых паховых грыжах является пластика пахового канала с применением медиальной складки, Выбором метода оперативного лечения при бедренных грыжах является методика McVay. Основываясь на литературные данные, лапароскопия должна быть золотым стандартом диагностики и лечения рецидивных паховых грыж.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОШИЗИСОМ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ EXPERIENCE IN TREATING PATIENTS WITH GASTROSCHISIS IN THE IRKUTSK REGION

Распутин А.А. , Новожилов В.А. , Краснов П. А. , Протопопова Н.В.

Rasputin A.A. , Novozhilov V.A. , Krasnov P. A. , Protopopova N.V.

ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница», Иркутск,
Россия

*ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет, кафедра детской
хирургии, ГБУЗ Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница,
областной перинатальный центр, Иркутск, Россия*

Ivano-Matreninskaya Children's city Hospital, Irkutsk, Russia

Irkutsk State Medical University, Department of Pediatric Surgery, Irkutsk, Russia

Irkutsk State regional clinical hospital, regional perinatal center, Irkutsk, Russia

Введение. Гастрошизис - порок развития передней брюшной стенки в результате которого через параумбиликальный полнослойный дефект происходит эвентрация органов желудочно-кишечного тракта. До настоящего времени существуют разногласия в выборе способа оперативного лечения гастрошизиса, и нет единых взглядов на место выполнения первичного хирургического лечения.

Цель. Представить собственный опыт хирургического лечения новорожденных детей с диагнозом «гастрошизис».

Материалы и метод. Проведен ретроспективный анализ 47 историй болезни пациентов с диагнозом «гастрошизис», родившихся в Иркутской области в период с 2013 (январь) по 2023 (декабрь) года. Всем пациентам в первые часы после рождения было выполнено хирургическое вмешательство. Выбор способа первичного оперативного лечения зависел от вида гастрошизиса, объема эвентрированных внутренних органов, наличия сопутствующих интестинальных патологий и степени выраженности висцеро-абдоминальной диспропорции. В работе мы оценивали такие параметры как гестационный возраст и масса тела на момент операции. Оценивались вид операции, необходимость выполнения симультантного хирургического вмешательства, наличие ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Результаты. Недоношенными родились 26 (55,32%) детей. Гестационный возраст недоношенных пациентов колебался в пределах 32-35 недель. Средняя масса тела при рождении составила 2326 гр (1160-3880). Большинство пациентов оперировано по месту их рождения - 37 (78,72%) детей. 10 (21,28%) младенцев были переведены из различных учреждений родовспоможения в хирургический стационар для проведения оперативного лечения. У 25 (53,19%) пациентов с гастрошизисом выполняли одномоментную репозицию

кишечных петель в брюшную полость с первичным ушиванием дефекта передней брюшной стенки. В 22 (46,81%) случаях использовано SILO- протезирование передней брюшной стенки. Средний период после силопластики до ушивания брюшной стенки составил 5 суток (3-7 суток). «Сложный» гастрошизис был выявлен у 4 (8,51%) детей: у двух пациентов диагностирован «закрытый» гастрошизис с внутриутробным некрозом эвентрированной тонкой кишки. В одном случае при первичном осмотре была выявлена атрезия кишечной трубки и у одного пациента имел место внутриутробный некроз сегмента тонкой кишки. Всем этим пациентам смультантно при первичном вмешательстве был выполнен межкишечный анастомоз. У 1 пациента представленной серии спустя 38 суток после первичной пластики брюшной стенки развилась спаечная кишечная непроходимость и стеноз ДПК; некроз погруженной в брюшную полость кишки выявлен у 1 ребенка что потребовало проведения повторной операции. Летальность составила 3 (6,38%) детей.

Вывод. Первичная репозиция внутренних органов и пластика передней брюшной стенки должна рассматриваться как операция выбора у пациентов с гастрошизисом. Симультанное наложение межкишечного анастомоза при сочетании гастрошизиса и кишечной атрезии можно считать безопасной процедурой.

УЩЕМЛЕННЫЕ ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА. STRANGULATED INGUINAL HERNIAS IN CHILDREN. TREATMENT TACTICS.

Рубцов В.В., Комарова С.Ю., Цап Н.А., Тимошинов М.Ю., Екимов М.Н.
Rubtsov V.V., Komarova S.Yu., Tsap N.A., Timoshinov M.Yu., Ekimov M.N.

Уральский государственный медицинский университет г. Екатеринбург, Россия

Детская городская клиническая больница №9 г. Екатеринбург, Россия

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

Children's City Clinical Hospital №9, Yekaterinburg, Russia

Цель: Анализ 5-летней динамики по неотложной хирургической патологии – ущемленная паховая грыжа с оценкой лечебно-тактических решений в зависимости от обоснованных рисков развития осложнений.

Материалы и методы: в исследование включены 66 детей, поступивших в хирургическое отделение с диагнозом ущемленная паховая грыжа за период 2019-2023 гг. Наибольшее число – 33 (50%) ребенка - госпитализированы в 2020 году, когда было приостановлено оказание плановой хирургической помощи в связи с пандемией covid-19. В 2023 году осмотрен в приемно-диагностическом отделении 151 ребенок с диагнозом ущемленная паховая грыжа (доставлены бригадой скорой помощи, самообращение), показания к госпитализации установлены у 4 (2,6%) детей. В гендерной структуре преобладают мальчики (n=55; 83,3%), девочек всего 11 (16,7%). По возрасту: до 1 года – 8 (12,1%) детей, 1-3 года – 33 (50%) ребенка, 4-7 лет – 13 (19,7%) детей, 8-13 лет – 7 (10,6%) и старше 14 лет – 5 (7,6%) подростков. По локализации: ущемлялась чаще всего правосторонняя паховая грыжа (n=49; 74,2%). У 4 (6,1%) мальчиков ущемленная грыжа сочеталась с крипторхизмом. Клиническая картина типичная - опухолевидное образование в паховой или пахово-мошоночной области.

Результаты: Установлены колебания заболеваемости ущемленной паховой грыжей по годам за 5-летний период от 6,1% от всего контингента пролеченных до 50%. Фактор транспортировки ребенка в хирургический стационар (стандартно автотранспортом) является предиктором «разущемления» паховой грыжи у подавляющего большинства детей при анализе 151 карты приемного отделения; этим детям (n=128; 84,8%) определена лечебная тактика – грыжесечение в плановом порядке. Консервативное лечение (внутримышечная инъекция спазмолитиков и анальгетиков) в ранние сроки ущемления грыжи, направленное на её самовправление, выполнено у 19 (12,6%) детей с ожидаемым эффектом. У детей, поступивших в поздние сроки от начала заболевания (более 12 часов) была показана экстренная операция ликвидации ущемленной паховой грыжи (n=4; 2,6%).

При оценке клинического материала (n=66) по критериям способ и экстренность оперативного лечения установлено: 1 группа – грыжесечение по открытой методике 54 (81,8%) ребенка, 2 группа – лапароскопическая методика PIRS – 12 (18,2%) детей. По экстренным показаниям оперированы 16 (24,2%) детей. В отсроченном порядке, при «разуемившейся» грыже оперативное лечение выполнено у 50 (75,8%) пациентов. Дети с ущемленной паховой грыжей в сочетании с крипторхизмом (n=4) вошли в 1 группу: в 3 случаях яичко было жизнеспособным.

Выводы: Дети в возрасте 1-3 года – составили 50% от всех госпитализированных с диагнозом ущемленная паховая грыжа. Показания к оперативному лечению паховых и пахово-мошоночных грыж – по установлению диагноза. При наличии противопоказаний к плановому грыжесечению – необходимо информировать родителей о риске ущемления грыжи. Ранняя санация паховой грыжи позволит снизить вероятность ущемления.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОМФАЛОЦЕЛЕ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ. EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF NEWBORNS WITH OMPHALOCELE IN THE TVER REGION

Румянцева Г.Н. , Буровникова А.А. , Бревдо Ю.Ф. , Трухачев С.В., Светлов В.В..
Rumyantseva G.N., Burovnikova A.A., Brevdo Yu.F. , Trukhachev S.V. , Svetlov V.V..

*Тверской государственный медицинский университет Минздрава России,
Тверь, Россия*

*Детская областная клиническая больница
Tver State Medical University, Tver, Russia
Children's Regional Clinical Hospital, Tver, Russia*

Цель: проанализировать результаты лечения новорожденных с омфалоцеле в Тверской области.

Материалы и методы: С 1999 по 2023 годы в ДОКБ г. Твери находились на лечении 41 новорожденный с омфалоцеле: 25 мальчиков (61%) и 16 девочек (39%). Антенатально порок был выявлен в 5 случаях (12,2%). Большинство детей родились доношенными - 38 (92,7%), 3 (7,3%) недоношенными с низкой массой тела (1500-2500). Сочетанные пороки встречались у 21 ребенка (51,2%): незаращение желточного протока -10, атрезия подвздошной кишки - 4, дивертикул Меккеля-1, ВПС — 5, полидактилия — 1, гипоспадия - 1. У большинства детей диагностировано омфалоцеле малых размеров — 31 (75,6%), средних размеров - 6 (14,6%), больших размеров — 4 (9,8%). Оперативное лечение: первичная радикальная пластика передней брюшной стенки выполнена 37 новорожденным (с малыми и средними размерами омфалоцеле); детям с омфалоцеле больших размеров: операция Гросса -1, использование аллотрансплантата - 2 (ксеноперикард и "Экофлон"), использование синтетического мешка с последующей отсроченной пластикой передней брюшной стенки с использованием аллотрансплантата на 21 сутки - 1. Детям, у которых порок сочетался с атрезией подвздошной кишки, были наложены Т-образные анастомозы.

Результаты: Осложнения: у 2 детей развились явления спаечной кишечной непроходимости, что потребовало оперативного вмешательства; у 2 детей отмечалось расхождение швов на кожной ране, что потребовало наложения вторичных швов; у 1 ребенка отторжение аллотрансплантата, в дальнейшем формированием вентральной грыжи. У 1 ребенка с омфалоцеле больших размеров в возрасте 8 мес выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Выводы: Омфалоцеле - безусловно корригируемый порок. Осложнения, возникающие в послеоперационном периоде обусловлены большими размерами дефекта

передней брюшной стенки. При больших размерах омфалоцеле оправдана отсроченная пластика передней брюшной стенки и использование синтетических аллотрансплантатов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГАСТРОШИЗИСОМ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ.

EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF NEWBORNS WITH GASTROSCHISIS IN THE TVER REGION

Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А.
Rumyantseva G.N., Bevdo Yu.F., Trukhachev S.V., Svetlov V.V., Burovnikova A.A.
Тверской государственный медицинский университет Минздрава России, Тверь, Россия

Детская областная клиническая больница, Тверь, Россия
Tver State Medical University, Tver, Russia
Children's Regional Clinical Hospital, Tver, Russia

Цель: проанализировать результаты лечения новорожденных с гастрошизисом в Тверской области.

Материалы и методы: С 1999 по 2023 годы в ДОКБ г. Твери находились на лечении 26 новорожденных с гастрошизисом: 18 мальчиков (69,2%) и 8 девочек (30,8%). 18 детей (69,2%) поступили в стационар в первые часы после рождения, 8 детей (30,8%) из районных городов области позднее 12 часов от рождения (4 из них к концу первых суток жизни). Оперативное лечение: погружение органов в брюшную полость через врожденный дефект по Bianchi выполнено 8 детям без висцероабдоминальной диспропорции; первичная радикальная пластика передней брюшной стенки местными тканями выполнена 6 новорожденным; пластика с использованием аллотрансплантата (ксеноперикард) - 8 детям; использование синтетического мешка с последующей отсроченной пластикой передней брюшной стенки с использованием аллотрансплантата на 10-14 сутки - 4 детям.

Результаты: Осложнения: у 2 детей в послеоперационном периоде развился НЭК с перфорацией подвздошной кишки, им выполнена резекция подвздошной кишки с выведением двустольной илеостомы; у 2 детей отмечены явления спаечной кишечной непроходимости, потребовавшей оперативного вмешательства; тромбоз сосудов брыжейки с некрозом кишки возник у 1 ребенка; у 2 детей - формирование вентральных грыж. Погибло 2 детей (7,6%).

Выводы: Гастрошизис - безусловно корригируемый порок. Осложнения, возникающие в послеоперационном периоде обусловлены висцероабдоминальной диспропорцией. При выраженной висцероабдоминальной диспропорции оправдана отсроченная пластика передней брюшной стенки и использование синтетических материалов.

**СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПО ЛЕКСЕРУ И МИНИИНВАЗИВНОГО СПОСОБА
ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПРИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ.
COMPARISON OF THE IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS OF LEXER
HERNIATION AND THE MINIMALLY INVASIVE METHOD OF HERNIATION IN
UMBILICAL HERNIAS IN CHILDREN**

Сварич В.Г., Сварич В.А.

Svarič V.G., Svarich V.A.

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

Республиканская детская клиническая больница, Сыктывкар, Россия

Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Коми, Сыктывкар, Россия

St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

Republican children's Clinical Hospital, Russia, Syktyvkar

Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Republic of Komi, Syktyvkar, Russia

Цель. Сравнение ближайших и отдаленных результатов грыжесечения по Лексеру и миниинвазивного способа грыжесечения при пупочных грыжах у детей.

Материалы и методы. С 2007 по 2016 год при пупочных грыжах использовалось грыжесечение по методике Лексера у 1296 пациентов. С 2016 года нами применялся новый способ грыжесечения у 1306 детей. Суть его заключается в подкожном лигировании дефекта пупочного кольца с помощью иглы для спинномозговых пункций через два прокола под и над пупком.

Результаты. При грыжесечении по Лексеру средняя длительность предоперационного периода составила ($M \pm \sigma$) $1,3 \pm 0,9$ дней. Средняя длительность послеоперационного периода составила $3,2 \pm 1,5$ дней. Интраоперационных осложнений не было. Ближайшие и отдаленные послеоперационные осложнения отмечены в 2,2% случаев (лигатурный свищ – 26; рецидив грыжи – 3). У всех детей в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде имелся удовлетворительный косметический результат в виде полукружного послеоперационного рубца длиной от 2 до 3 сантиметров. При миниинвазивном способе грыжесечения средняя длительность предоперационного периода составила ($M \pm \sigma$) $1,2 \pm 0,8$ дней. Средняя длительность послеоперационного периода составила $2,2 \pm 1,4$ дней. Интраоперационных осложнений не было. Ближайшие и отдаленные послеоперационные осложнения отмечены в 0,7% случаев (лигатурный свищ – 5; нагноение послеоперационной раны – 1; рецидив грыжи – 3). В ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде отмечен отличный косметический эффект в виде полного отсутствия послеоперационного рубца.

Выводы. Считаем, что ближайшие и отдаленные результаты миниинвазивного способа грыжесечения при пупочной грыже у детей, в сравнении с грыжесечением по Лексеру, иллюстрируют его простоту, надежность, эстетичность и безопасность, что позволяет рекомендовать его для широкого применения в хирургической практике у детей.

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С
ГАСТРОШИЗИСОМ.
EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF NEWBORN CHILDREN WITH
GASTROSCHISIS**

Сергиенко Т.В., Аксельров М.А.

Sergienko T.V., Akselero M.A.

Тюменский ГМУ Минздрава России. Тюмень

ГБУЗ Тюменской области "Областная клиническая больница №2"

Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of Russia

GBUZ TO "Regional Clinical Hospital No. 2" Russia Tyumen

Abstract/Актуальность: Гастрошизис (ГШ) – представляет собой порок, при котором в ранние сроки внутриутробного развития через дефект передней брюшной стенки, обычно расположенный справа от нормально формирующейся пуповины, в околоплодные воды

перемещаются полые органы брюшной полости. Распространенность ГШ невелика: 1 ребенок на 5 000 живорожденных.

Aim/Цель: Проведение ретроспективного анализа результатов лечения гастрошизиса у новорожденных в период за 2019-2023 год в ГБУЗ ТО «ОКБ №2».

Methods/Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 7 новорожденных детей с диагнозом гастрошизис, которые получали лечение в ГБУЗ ТО «ОКБ №2» детского стационара. В выборке преобладают девочки (57,1%), средняя масса тела детей составила 2767 ± 597 гр., 71% детей родились недоношенными. Малый размер плода для гестационного возраста наблюдался у всех новорожденных. Сопутствующие врожденные пороки развития: ЦНС - 3, МПС - 2. Всем детям применялась методика вправления органов по А. Bianchi. Данная методика представляет собой безнаркозное вправление и применима при отсутствии выраженной висцероабдоминальной диспропорции и плотного фибринового футляра

Results/Результаты: для всех детей с ГШ мы использовали методику одноэтапного вправления эвентрированных органов по А. Bianchi под общей анестезией. 5 детей не имели выраженной висцероабдоминальной диспропорции и петли кишечника свободно погрузились в брюшную полость, на 2 -3 сутки дети были экстубированы, начата энтеральная нагрузка в среднем на 7 сутки, полностью восстановление пассажа отмечалось на 13-14 сутки после операции. У 2 детей петли кишечника были покрыты плотным фибриновым футляром и имелась висцероабдоминальная диспропорция, но применение общей анестезии с релаксацией позволило погрузить органы в брюшную полость одномоментно. У одного из этих детей послеоперационный период осложнился развитием спаечной кишечной непроходимости, что потребовало проведение лапаротомии на 20 сутки жизни и разделение спаек. Через месяц наблюдения за этими пациентами была положительная динамика: усвоение питания по физиологической потребности, удовлетворительная прибавка в весе.

Conclusion/Выводы: Методика по А. Bianchi оправдывает свое использование при ГШ даже при висцероабдоминальной диспропорции при условии использования общей анестезии.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГАСТРОШИЗИСОМ НМИЦ ИМ В.А. АЛМАЗОВА ЗА 2011 - 2023 ГГ.

ANALYSIS OF THE EXPERIENCE OF TREATING CHILDREN WITH GASTROSCHISIS AT THE NATIONAL MEDICAL RESEARCH CENTER NAMED AFTER V.A. ALMAZOV FOR 2011 - 2023

Смыслова Л.В., Каганцов И.М., Сухоцкая А.А., Баиров В.Г.
Smyslova L.V., Kagantsov I.M., Sukhotskaya A.A., Bairov V.G.

ФСПЦ НМИЦ им. В.А. Алмазова

National Medical Research Center named after V.A. Almazova, St. Petersburg,

Гастрошизис является наиболее распространенным врожденным дефектом передней брюшной стенки, с частотой встречаемости от 3 до 9 случаев на 10 000 живорожденных младенцев. Патология встречается чаще у младенцев мужского пола. Факторы риска гастрошизиса включают молодой возраст матери, курение и инфекции.

Материал и методы: Изучены истории болезни 53 пациентов, получавших лечение в перинатальном центре НМИЦ имени В.А. Алмазова по поводу врожденного порока развития передней брюшной стенки — гастрошизиса. В зависимости от наличия висцероабдоминальной диспропорции выделены две группы: пациенты которым выполнена радикальная пластика передней брюшной стенки - 33 случая (62,2%), и потребовавшие этапного оперативного лечения – 20 (37,7%). Вес при рождении в первой группе 2660 г [1735; 3600], срок гестации 36,5 [33; 40] недель. Во второй группе вес 2230 г [1300; 3160], срок гестации 35,5 [31; 40] недель.

Результаты: Сроки начала энтерального питания в первой группе составили 15 [9; 38] суток, во второй 19 [6; 35] суток. Длительность пребывания в стационаре в первой группе 33 [22; 83] суток, во второй 38 [27; 83] суток. Необходимость в повторных оперативных вмешательствах: в первой группе семь детей (12.1%) оперированы повторно в виду развития спаечной кишечной непроходимости трехкратно [2; 4]. Во второй группе неоднократно оперированы все пациенты в среднем три оперативных вмешательства [2; 6]. Необходимость назначения антибактериальных препаратов сохранялась в обеих группах. В первой группе количество дней искусственной вентиляции легких было от 0 в первой группе и от 19 во второй. Количество летальных исходов в первой группе 3 (9%), во второй 4 (20%). Общая летальность составила 13.2 %. Летальные случаи зафиксированы до 2016 года включительно, что по всей видимости объясняется накоплением опыта у реаниматологов и детских хирургов в лечении новорожденных детей с данной патологией. В период с 2017 г по 2023 г умер один ребенок, оперированный по поводу гастрошизиса, от последствий перенесенной COVID – пневмонии в возрасте 3 месяцев.

Выводы: Гастрошизис является курабельным пороком развития передней брюшной стенки. Пациенты с отсутствием висцероабдоминальной диспропорции закономерно имеют лучший прогноз, требуют меньше койко-дней, короче длительность полного парентерального питания, меньшее количество оперативных вмешательств. Исход лечения напрямую зависит от опыта хирургов, реаниматологов, неонатологов.

ПОКАЗАНИЯ К ПАХОВОМУ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ МЛАДШЕ ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ.

INDICATIONS FOR INGUINAL HERNIA REPAIR IN CHILDREN UNDER SIX MONTHS OF AGE

Соколов С.В. , Бландинский В.Ф. , Толкунова А.С. , Анфиногенов А.Л. , Бунин И.В. ,
Щедров Д.Н.

Sokolov S.V. , Blandinsky V.F. , Tolkunova A.S. , Anfinogenov A.L. , Bunin I.V. ,
Shchedrov D.N.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Областная детская клиническая больница, Ярославль, Россия

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

Yaroslavl Regional Children's Clinical Hospital, Yaroslavl, Russia

Aim/Цель: Улучшить результаты лечения паховых грыж у детей путем уточнения показаний к грыжесечению в возрасте младше шести месяцев.

Methods/Материалы и методы: Основу исследования составили результаты хирургического лечения паховых грыж у 34 детей (16 (47%) девочек и 18 (53%) мальчиков) в возрасте от рождения до шести месяцев (медиана (ME) = 71 день; нижняя квартиль (LQ) = 43 дня; верхняя квартиль (UQ) = 124 дня) в Ярославской области в период с 2016 по 2023 годы. Операции выполняли при наличии ущемления у девочек во всех случаях (16 (47%) наблюдений), у мальчиков – при отсутствии эффекта от консервативных мероприятий (15 (44%) пациентов), при наличии признаков воспаления в области грыжи (1 (3%) пациент), либо в случае критической ишемии яичка (2 (6%) мальчика). При выявлении грыжи без признаков ущемления у 18 детей (4 (22%) девочки и 14 (78%) мальчиков), получавших медицинскую помощь в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей, хирургические вмешательства не выполняли.

Results/Результаты: Встречаемость операций в данном возрасте составила 3,7 на 10000 новорожденных. Среди всех грыжесечений за исследуемый период (1971 операция) хирургические вмешательства в данном возрасте составили 1,7%, а операции при ущемленной грыже у детей старше 6 месяцев – 0,96% (19 операций), $p = 0,0426$. Вес к моменту операции составлял менее 1000 граммов у 1 (3%) ребенка, от 1000 до 2000 граммов – у 3 (9%), от 2000 до 3000 граммов – у 4 (12%), более 3000 граммов – у 26 (76%) пациентов.

По результатам хирургической ревизии выявлены показания к резекции ущемленной кишки у 2 (6%) пациентов, у остальных 32 (94%) детей произведено оперативное вправление грыжевого содержимого. 2 мальчикам из 18 (11%) в связи с критической ишемией и некрозом яичка была выполнена односторонняя орхэктомия. Резекцию кишки при ущемлении грыжи у детей старше шести месяцев выполняли в 3 (15,7%) из 19 случаев ущемления, значимого различия с младшей возрастной группой не было ($p = 0,277$). У 2 девочек старше 6 месяцев была выполнена аднексэктомия в связи с ущемлением в грыже и некрозом придатков, при этом в обоих случаях ущемление было первым проявлением грыжи.

В послеоперационном периоде внутрибрюшных осложнений не было. Рецидив заболевания зарегистрирован у 1 девочки в младшей возрастной группе спустя 3 недели после операции.

Среди пациентов, у которых хирургическое вмешательство было отложено, ущемлений не зарегистрировано, операции выполнены в более старшем возрасте в плановом порядке.

Conclusion/Выводы: Выполнение пахового грыжесечения у детей в возрасте младше шести месяцев только в случае ущемления не ведет в последующем к повышению частоты ущемлений грыжи или осложнений, сопровождающихся органоуносящими операциями. Плановое паховое грыжесечение при отсутствии показаний к неотложной или экстренной операции следует выполнять после полугода жизни ребенка.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОШИЗИСА. EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF GASTROSCHISIS

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

Ten Yu.V. , Kashirin S.D., Kleymenov E.V., Elkova D.A.

*ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
Барнаул, Россия*

*КГБУЗ "Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства", Барнаул,
Россия*

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Altai State Medical
University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Barnaul, Russia
RSBHI "Altai Regional Clinical Center for Maternal and Child Health", Barnaul, Russia*

Гастрошизис – тяжелая врожденная патология, которая характеризуется эвентрацией органов брюшной полости сквозь дефект передней брюшной стенки, обычно расположенный справа от пупка. В настоящее время, достижения в области детской хирургии, неонатологии, анестезиологии и реанимации позволили значительно снизить летальность от этого порока и перевести его в разряд коррегируемых.

Цель исследования: оптимизация предоперационной подготовки, хирургических методов коррекции и послеоперационного ведения пациентов с гастрошизисом.

Материалы и методы. На базе нашей клиники за последние 5 лет было пролечено 7 детей с диагнозом – гастрошизис. Из них было 5 мальчиков и 2 девочки. Все дети были доношенные. Средняя масса тела составила 3120 г. Все матери первородящие, возрастом до 21 года. Предоперационная подготовка включала в себя погружение эвентрированных органов в латексный контейнер, декомпрессию желудка и кишечника, обезболивание, коррекцию водноэлектролитного баланса, согревание. Оперативное лечение проводилось в первые сутки жизни. 3 детям выполнено традиционное вмешательство – рассечение дефекта вверх и вниз по типу лапаротомии, мануальное растяжение брюшной стенки, погружение кишечника в брюшную полость, пластика передней брюшной стенки. 2 детям гастрошизис переведен в вентральную грыжу, в связи с выраженной висцероабдоминальной диспропорцией. 2 детям выполнена процедура Бьянчи в модификации с одномоментной пластикой дефекта в поперечном направлении. В послеоперационном периоде проводилось обезболивание, терапия перитонита, перевязки. В с 7-10 суток после операции начиналась

стимуляция кишечника – прозерин, высокие сифонные клизмы, физиолечение. После восстановления пассажа по кишечнику начиналось энтеральное кормление.

Результаты. Все дети выжили. У пациентов после традиционной операции и после формирования вентральной грыжи пассаж по кишечнику восстанавливался на 18-20 сутки, полный объем энтерального кормления достигался на 33-35 сутки. У пациентов после модифицированной процедуры Бьянчи пассаж начинался с 14 суток после операции, и полный объем кормления был достигнут к 27 суткам. Средний срок госпитализации составил 42 дня.

Выводы. Современный активный подход к пациентам с гастрошизисом позволяет добиться хороших результатов лечения этого порока. Применение процедуры Бьянчи под общим обезболиванием с одномоментной пластикой передней брюшной стенки считаем приоритетным методом у детей с не выраженной висцероабдоминальной диспропорцией. При невозможности полного погружения эвентрированных органов возможен перевод гастрошизиса в вентральную грыжу с последующей пластикой в старшем возрасте.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ. SURGICAL TREATMENT OF EMBRYONIC HERNIAS IN CHILDREN

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

Ten Yu.V., Ten K.Yu., Elkova D.A., Kashirin S.D.

*ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
Барнаул, Россия*

*КГБУЗ "Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства", Барнаул,
Россия*

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Altai State Medical
University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Barnaul, Russia*

RSBHI "Altai Regional Clinical Center for Maternal and Child Health", Barnaul, Russia

Эмбриональные грыжи составляют большую проблему в детской хирургии, ввиду тяжести состояния больных и многих нерешенных вопросов.

Цель исследования: оптимизация тактики ведения больных с экзомфалозом.

Материал и методы. В клинике детской хирургии Алтайского государственного медицинского университета за период времени 2014 – 2023 гг. пролечено 8 больных с эмбриональными грыжами. Мальчиков было 5 (62,5%), девочек – 3 (37,5%). 7 детей (87,5%) были доношенные, один ребёнок (12,5%) – недоношенный с массой тела 2350 граммов. Средняя масса тела детей составила – 3050 граммов. 7 матерей (87,5%) были первородящие возрастом до 23 лет. Диаметр грыж у 5 пациентов (62,5%) был до 50 мм, у 2-х (25%) – до 65 мм, у 1 больного (12,5%) – 80 мм.

Результаты. Всем детям с момента рождения оболочки грыжи обрабатывались 5% раствором перманганата калия каждые 3 часа в первые сутки, каждые 6 часов на 2-е сутки, 2 раза в сутки с 3-х суток после рождения. У недоношенного ребёнка использовался 3% раствор KMnO₄. Особенно тщательно необходимо обрабатывать оболочки грыжи у перехода в кожную часть пупочного кольца. При этом образуется плотная коагуляционная плёнка, которая постепенно в течение года замещается кожей с уменьшением размеров грыжи до полутора раз. В последующем проводится тренировка увеличения объёма брюшной полости манжеткой из-под аппарата Рива-Роччи в течение одного года. Радикальное лечение, включающее вправление грыжевого содержимого в брюшную полость с пластикой брюшной стенки проведено в возрасте от 2-х до 7 лет (7 человек – 87,5%). Одному больному (12,5%) пришлось провести радикальную операцию в возрасте 3-х недель, ввиду того что образовался дефект между грыжевой оболочкой и кожей пупка.

Выводы. Консервативное лечение эмбриональных грыж с помощью дубящих средств (перманганат калия) позволило улучшить результаты лечения омфалоцеле. При этом смещается время проведения радикального лечения на более поздние сроки, когда сформирована брюшная полость.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГАСТРОШИЗИСОМ OUR EXPERIENCE IN TREATING CHILDREN WITH GASTROSCHISIS

Терещенко О.А., Сачиян Г.Г., Полеев А.В., Мазурова И.Г., Пелипенко Н.В., Кочкарян Р.А.

Tereshchenko O.A., Sachiyan G.G., Poleev A.V., Mazurova I.G., Pelipenko N.V., Kochkaryan R.A.

Детская краевая клиническая больница МЗ КК г. Краснодар, Россия

Кубанский государственный медицинский университет

Children`s Regional Clinical Hospital, Krasnodar, Russia

Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Цель данного исследования представить результаты хирургического лечения новорожденных с пороками развития передней брюшной стенки. Выработать оптимальную тактику оказания медицинской помощи.

Материал и методы. За период с января 2020 года по декабрь 2023 года в ГБУЗ ДККБ поступило 15 детей с диагнозом гастрошизис. Из них мальчиков 6, девочек 9. 11 из 15 родились в срок (37-40 недель), 1 на 35 неделе, 1 на 34 неделе, 1 на 31 неделе, 1 на 30 неделе. Вес при рождении у 2 детей составил 3320г и 3470г. 12 детей родились с низкой массой тела 2000г – 2493г. И 1 ребенок родился с очень низкой массой тела – 1130г. У всех детей при выписке отмечалась положительная прибавка массы тела в среднем от 600г до 1500г. 12 детей были рождены в “ГБУЗ Краевой перинатальный центр МЗ КК” г. Краснодар и прооперированы в первые 6 часов. 3 ребенка из 15 с диагнозом гастрошизис были рождены в ЦРБ по месту жительства т.к. не состояли на учете и не проводилась антенатальная диагностика и в течение 4-8 часов были доставлены по линии санитарной авиации в “ГБУЗ ДККБ” г.Краснодар.

У 8 из 15 детей отмечался изолированный порок развития, и всем детям была выполнена одномоментная пластика передней брюшной стенки. 1 ребенку выполнена операция Шустера. У 7 детей сопутствующие пороки развития атрезия тонкой кишки (3 ребенка), атрезия толстой кишки (3 ребенка) и атрезия тонкой и толстой кишки (1 ребенка). Всем детям с МВПП потребовалось повторное оперативное вмешательство по поводу сопутствующей патологии. 8 детей с диагнозом гастрошизис были выписаны домой в удовлетворительном состоянии без хирургических осложнений. 7 детей были переведены на второй этап выхаживания в ОНПН №1 ДККБ и в отделение младшего возраста.

Заключение. В настоящее время гастрошизис является – корригируемым пороком.

Выводы. Все беременные подлежат скринингу на предмет выявления пороков развития. Этапы медицинской помощи должны включать антенатальную диагностику.

Дети с диагнозом гастрошизис должны рождаться в специализированных перинатальных центрах, где возможно оказание хирургической помощи на месте.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ОМФАЛОЦЕЛЕ В ГБУЗ ДККБ.

RESULTS OF TREATMENT OF NEWBORNS WITH OMPHALOCELE IN GBUZ DKKB.

Терещенко О.А., Клименко А.Н., Аветисян С.О., Сачиян Г.Г., Полеев А.В., Мазурова И.Г., Нехорошкина Ю.Б., Пелипенко Н.В., Шатов А.В., Стрюковский А.Е.

Tereshchenko O.A., Klimenko A.N., Avetisyan S.O., Sachiyan G.G., Poleev A.V., Mazurova I.G., Nehoroshkina Y.B., Pelipenko N.V., Shatov A.B., Stryukovskiy A. E.

Детская краевая клиническая больница МЗ КК г.Краснодар, Россия

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Children`s Regional Clinical Hospital of Healthcare Ministry, Krasnodar, Russia

Kuban State Medical University

Цель данного исследования представить результаты хирургического лечения новорожденных с пороками развития передней брюшной стенки. Выработать оптимальную тактику оказания медицинской помощи.

Материал и методы. За период с января 2020 года по декабрь 2023 года в ГБУЗ ДККБ г. Краснодара поступило 18 детей с диагнозом омфалоцеле. Из них мальчиков 10, девочек 8. Из 18 новорожденных 14 родились в срок (37-41 недель), 1 на 36 неделе, 1 на 35 неделе, 1 на 34 неделе, 1 на 26 неделе. Вес при рождении у 10 детей составил от 2860 до 4110г. 7 детей родились с низкой массой тела (2130-2465г). 1 ребенок родился с очень низкой массой тела – 1350г. У всех детей при выписке отмечалась положительная прибавка массы тела в среднем от 300г до 1200г. 7 детей родились с грыжей малых размеров, 8 детей средних размеров, 3 ребенка больших размеров. 13 детей были рождены в “ГБУЗ Краевой перинатальный центр МЗ КК” г. Краснодар. 3 детей из 18 с диагнозом омфалоцеле были рождены в ЦРБ по месту жительства, 1 ребенок в ФПЦ ККБ № 2, 1 ребенок в АРДКБ г. Майкоп. т.к. не состояли на учете и не проводилась антенатальная диагностика. В течение 6-10 часов были доставлены по линии санитарной авиации в “ГБУЗ ДККБ “ г. Краснодар. У 12 из 18 детей отмечался изолированный порок развития. У 4 детей интраоперационно выявлен дивертикул Меккеля с одномоментной резекцией. У 2 детей сопутствующие пороки развития омфаломезентерильный свищ (1 ребенок), стеноз толстой кишки (1 ребенок). Всем детям была выполнена одномоментная пластика передней брюшной стенки. 12 детей были выписаны в удовлетворительном состоянии без хирургических осложнений домой. 6 детей были переведены на второй этап выхаживания в ОНПН №1 и в ОМВ ДККБ, в ЦРБ по месту жительства и в АРДКБ г. Майкоп.

Заключение. В настоящее время омфалоцеле является – корригируемым пороком.

Выводы. Все беременные подлежат скринингу на предмет выявления пороков развития. Этапы медицинской помощи должны включать антенатальную диагностику. Дети с диагнозом омфалоцеле должны рождаться в специализированных перинатальных центрах, где возможно оказание хирургической помощи на месте. В настоящее время считаем возможным одномоментную радикальную пластику передней брюшной стенки.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ПОДХОДА К ВВЕДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ГАСТРОШИЗИСОМ.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE MODERN APPROACH TO THE INTRODUCTION OF CHILDREN WITH GASTROSCHISIS.

Тихмаев А. Н., Махачев Б. М., Мейланова Ф. В.

Tikhmaev A. N., Makhachev B. M., Meilanova F. V.

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

Children's Republican Clinical Hospital named after N. M. Kuraev

Актуальность. В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости, показатели которой в разных странах мира составляют от 0,45 до 4,8 случаев на 10000 новорожденных.

Цель. Анализ современного метода введения детей с гастрошизисом.

Материалы и методы: за период с 2021г по 2023г в ДРКБ им Н.М. Кураева находилось на лечении 9 детей с гастрошизисом. После антенатальной диагностики данного порока родоразрешение проводилось на 37 неделе внутриутробного развития, путем кесарева сечения в условиях перинатального центра. Все дети после стабилизации общего состояния в течении 1,5 - 2 часов оперированы. Проведена первичная радикальная пластика передней брюшной стенки, в четырех случаях с применением биологического материала Permacol. В послеоперационном периоде с целью снижения СВВД, проводилось промывание кишечника по назогастральному зонду и газоотводной трубке смесью муколитических ферментов, включавшим в себя АЦЦ+ панкреатин+химотрипсин. Среднее пребывание пациентов в стационаре составила 49,5 койка дней.

Результаты. 8 детей выписаны с выздоровлением, в повторном оперативном вмешательстве не нуждались. Один ребенок умер, что было связано с глубокой недоношенностью (30 недель) и сопутствующими патологиями.

Выводы. Таким образом родоразрешение на 37 неделе гестации позволило выявить следующие преимущества при проведения оперативного вмешательства:

- снижение асептического воспаления стенки кишечника
- снижение висцеро-абдоминальной диспропорции
- менее агрессивное течение перитонита послеоперационном периоде
- возможность выполнения первичной радикальной пластики

Данный подход к методу введения пациентов с гастрошизисом, послужил одной из причин снижения смертности с 77,7% до 11.1%.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATHOLOGY OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN THE NEWBORN PERIOD

Трушин П.В. , Грамзин А.В. , Кривошееенко Н.В., Койнов Ю.Ю., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Тратонин А.А. , Охотина А.А., Глазков А.А., Тепанова Е.И.

Trushin P.V. , Gramzin A.V. , Krivosheenko N.V., Koinov Yu.Yu., Pavlushin P.M., Tsyganok V.N, Tratonin A.A. , Okhotina A.A., Glazkov A.A., Teranova E.I.

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия
Государственная Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия*

*Novosibirsk state medical university, Novosibirsk, Russia
State Novosibirsk Regional Clinical Hospital, Novosibirsk, Russia*

Актуальность. Грыжа пупочного канатика (омфалоцеле) и гастрошизис - тяжелые врожденные пороки развития передней брюшной стенки. По данным различных источников, встречаемость данных заболеваний составляет примерно 1 на 4 000 - 5 000 живорожденных. Лечение новорожденных с данными патологиями является предметом дискуссии среди детских хирургов.

Цель. Проанализировать структуру и результаты лечения пациентов с грыжей пупочного канатика и гастрошизисом в Новосибирске и области в период с 2018 по 2023 г.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с диагнозами – «Грыжа пупочного канатика» и «Гастрошизис», получавших лечение на базе Новосибирской областной клинической больницы в период с 2018 по 2023 г.

Результаты. Количество пациентов, которым были установлены соответствующие диагнозы составило 30 человек. У 15 человек (50%) патология передней брюшной стенки была диагностирована пренатально, у 7 (46,6 %) на первом скрининговом УЗИ, у 8 (54,4%) на втором. Средний срок гестации на момент рождения составил 36,9 (36,0;39,0) недель. Средний показатель беременности по счету 2,6 (1,0;3,0). Средний возраст матери 26,6 (22,0; 32,7) лет. Распределение пациентов среди данных нозологий составила по – 15 человек (50%). У 11 пациентов с омфалоцеле (73,4%) дефект передней брюшной стенки был малых размеров, у 2 (13,3%) средних и у 2 (13,3%) больших размеров. У всех пациентов с дефектами малых и средних размеров отсутствовала висцероабдоминальная диспропорция, и было выполнено одномоментное вправление содержимого грыжевого мешка в брюшную полость и пластика грыжевых ворот местными тканями. У 2 детей с дефектом больших размеров была выполнена силопластика, отсроченная пластика передней брюшной стенки выполнялась в течении 14 дней после рождения. У 3 (20%) пациентов с гастрошизисом отмечалась осложненная форма заболевания (атрезии желудочно – кишечного тракта). В 2 случаях (13,3%) отмечалась висцероабдоминальная диспропорция, которая потребовала выполнение силопластики как первого этапа лечения. Отсроченная пластика передней брюшной стенки выполнена через 12 суток. Во всех остальных случаях выполнялась вправление органов брюшной полости и пластика передней брюшной стенки. Летальные

исходы зафиксированы в 2 случаях (6,7%), 1 у пациента с грыжей пупочного канатика больших размеров, и 1 у пациента с гастрошизисом. У обоих больных отмечалась висцероабдоминальная диспропорция. Во всех случаях причиной летального исхода стала присоединившаяся гнойно – септическая патология.

Выводы. В структуре пациентов с пороками развития передней брюшной стенки, омфалоцеле и гастрошизис встречаются в равном проценте случаев. В 13,3% встречается висцероабдоминальная диспропорция. Летальность составила 6,7 %, что соответствует данным большинства клиник, которые занимаются лечением пациентов с данной патологией.

РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГАСТРОШИЗИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ RATIONAL METHODS FOR SURGICAL CORRECTION OF GASTROSCHISIS IN NEWBORNS

Турсунов К., Кусаинов А., Мырзахмет С., Бердикулова Ж..

Tursunov K., Kusainov A., Myrzakhmet S., Berdikulova Zh.

*Казахский Национальный Медицинский Университет имени С. Д. Асфендиярова,
кафедра детской хирургии академика К. С. Ормантаева и ГКП на ПХВ «Центр детской
неотложной медицинской помощи»
г. Алматы, Республика Казахстан*

*Pediatric emergency medical center, Almaty city, Kazakhstan
Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, department of Pediatric
surgery by academician K. S. Ormantayev, Almaty city, Kazakhstan*

Цель: изучить результаты хирургического лечения гастрошизиса у новорожденных.

Материалы и методы. В ГКП на ПХВ «Центр детской неотложной медицинской помощи» г.Алматы с 2013 по 2023гг. Находились 51 новорожденных с диагнозом гастрошизис (ГШ). Мальчиков n=30 (58,8 %), девочек n= 21 (41,2 %). Недоношенных n=9 (17,6%), доношенных n=42 (82,4%). У n=44 (86,3%) ГШ диагностирован в антенатальном периоде. Сочетанные пороки выявлены у 10 (19,6%) пациентов. В родильном доме эвентрированный кишечник укладывали стерильные полимерные мешки, устанавливали назогастральный зонд и делали очистительной клизмы. Затем неонатальной бригадой были переведены в отделение, где проводили полные клинические обследования и предоперационная подготовка.

Результаты. Выбор метода лечения зависел от степени выраженности висцеро-абдоминальной диспропорции (ВАД). В связи с не выраженности ВАД у 27 (53,0%) новорожденных были проведены одноэтапная ревизия органов брюшной полости с пластикой передней брюшной стенки. В 16 (31,4 %) случаях из за выраженности ВАД выполнены двухэтапная операция: частичное вправление кишки в брюшной полости и наложение мешка Шустера, через 5-7 дней – вправление кишки в брюшной полости и пластикой передней брюшной стенки. При малой эвентрации у 8 (15,6%) пациентов выполнены одномоментная вправление кишечника в брюшную полость по методу Бьянчи.

После операции назначали симптоматическую терапию, экстубацию проводили на 3-5 день, энтеральное питания начинали с 6-7 суток, назогастральный зонд удаляли на 9–12 день. Осложнений отмечены в 9 (17,6 %) случаях. Выживаемость детей с гастрошизисом составила 43 (84,3%).

Выводы. Алгоритм тактика лечения ГШ зависит от степени выраженности синдрома ВАД и от сочетанных пороков развития. При отсутствии синдрома ВАД радикальным методом считаем одномоментная операция с пластикой передней брюшной стенки местными тканями. При наличии ВАД рациональным является двухэтапная операция с применением мешка Шустера. При малой эвентрации петли кишечника целесообразно одномоментная вправление кишечника в брюшную полость по методу Бьянчи.

**НАПРЯЖЁННОЕ ГИДРОФУНИКУЛОЦЕЛЕ ВСЛЕДСТВИЕ
СФОРМИРОВАВШЕГОСЯ КЛАПАННОГО МЕХАНИЗМА СООБЩАЮЩЕЙСЯ
ВОДЯНКИ ПРАВОГО ЯИЧКА.**

**TENSE HYDROFUNICULOCELE DUE TO THE FORMED VALVE MECHANISM
OF COMMUNICATING HYDROCELE OF THE RIGHT TESTICLE.**

Цыбин А.А. , Мохаммад Башир , Давлицаров М.А. , Ившин В.Г., Нестерова С.А..

Tsybin A.A., Mohammad Bashir , Davlitsarov M.A., Ivshin V.G., Nesterova S.A.

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

*ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет, медицинский институт», кафедра
хирургических болезней, г. Тула, Россия.*

*State Healthcare Institution «Tula City Clinical Hospital of Emergency Medical Care
named after. D.Ya. Vanykina», Tula, Russia.*

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Tula State University,
Medical Institute», Department of Surgical Diseases, Tula, Russia.*

Цель. Описание клинического наблюдения - рецидивного гидрофуникулоцеле вследствие сформировавшегося клапанного механизма сообщающейся водянки правого яичка.

Материалы и методы. Клиническое наблюдение, пациент К., 7 лет. С рождения отмечалась водянка правого яичка, которая исчезла к 6 месяцам жизни. Родители отмечали, что периодически появлялось выпячивание в паховой области, которое не беспокоило. Наблюдался с подозрением на паховую грыжу, от оперативного лечения родители воздерживались. В октябре 2022 ребенок поступил в ДХО ГУЗ «ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина» с увеличением и напряжением образования в правой пахово-мошоночной области. Проведено УЗИ органов брюшной полости. Установлен диагноз - напряженное гидрофуникулоцеле, в срочном порядке оперирован. Операция - фенестрации справа, без осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Результаты. В послеоперационном периоде водянка исчезла, но постепенно вновь образовалось выпячивание в правой паховой области, которое постепенно увеличивалось, не вправлялось в брюшную полость, но в период ночного отдыха значительно уменьшалось в объеме. Диагностирован рецидив гидрофуникулоцеле. При дополнительном обследовании обнаружена левосторонняя паховая грыжа, грыжевой мешок в положении лежа, не выходит за пределы наружного пахового кольца. В вертикальном положении увеличивается до уровня мошонки. Заподозрена паховая грыжа в виде сообщающейся водянки. Ребенок правильного телосложения. Язык влажный, не обложен. Кожа и видимые слизистые чистые, без высыпаний. Дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные ритмичные, соответствуют частоте пульса. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, симметричный, при пальпации безболезненный. Объемных образований в животе не определяется. Печень и селезенка не увеличены. Операция - грыжесечение слева по поводу сообщающейся водянки и удаления одиночной гидатиты придатка до 1,0 x 1,0 мм с пластикой пахового канала по Мартынову. Послеоперационный период гладкий, протекал с умеренным легким увеличением правой половины мошонки за счет отека остаточной оболочки влагалищного отростка. Получал физиолечение с положительной динамикой. Осмотрен через 5 месяцев. Жалоб не предъявляет, патологии органов мошонки и брюшной стенки нет.

Выводы. 1. Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует возможный случай формирования клапана в шейке грыжевого мешка за счет образования дивертикула влагалищного отростка брюшины, который стал, вероятно, причиной рецидива сообщающейся водянки яичка после операции фенестрации.

2. Операция фенестрации при напряженной водянке оказалась неэффективной, что указывает на ограниченное ее применение и, (или) применение в случае противопоказаний к экстренной радикальной операции грыжесечения

3. При первичном УЗИ обследовании следует обращать пристальное внимание на структуру и анатомию грыжевого мешка, который может содержать, указанные анатомические особенности.

**АТРАВМАТИЧНЫЙ СПОСОБ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО
ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ.
AN ATRAUMATIC METHOD OF TREATING THE STUMP OF THE APPENDIX
IN CHILDREN**

Чепурной М.Г. , Романеев А.Б., Новошинов Г.В., Шилов Г.Л

Chernouy M.G. , Romaneev A.B., Novoshinov G.V., Shilov G.L.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ, Ростов-на-Дону, Россия

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

Rostov State Medical University of

the Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russia

GBU RO Regional Children's Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russia

Цель. Исследование заключается в оценке эффективности и безопасности использования атравматичного способа обработки культи червеобразного отростка в детской хирургии с использованием биполярных щипцов для электрохирургии. Используемый метод предполагает отсутствие наложения петель на культю отростка и отсутствие погружения культи в купол слепой кишки.

Материалы и методы. За период с 2020 по 2023 год в Областной детской клинической больнице Ростовской области были выполнены лапароскопические аппендэктомии трёхпортовым доступом у 156 пациентов с диагнозом острый аппендицит, из которых 69 девочек и 87 мальчиков. Возраст детей – от 7 до 16 лет. Обработка культи червеобразного отростка произведена с помощью биполярных щипцов BiClamp Lap аппарата для электрохирургии ERBE VIO 300 без наложения петель на культю отростка и погружения культи последнего в купол слепой кишки. Период пребывания в стационаре составило 5 койко-дней.

Результаты и обсуждение. Осложнения были отмечены у 2 (1,28%) больных III степени по классификации Clavien-Dindo в результате технически неправильно проведенной манипуляции, которые закончились полным выздоровлением, однако увеличивших длительность пребывания пациентов в стационаре. Первый случай осложнения был связан с тем, что бранши зажима BiClamp были наложены очень близко к куполу слепой кишки, что привело к воспалительным изменениям и возникновению инфильтрата и расценен, как неадекватная санация ложе отростка. Второй – грубое выделение отростка и технически неправильное расположение инструмента при коагуляции. В течение года дети, перенесшие лапароскопическую аппендэктомию с обработкой культи щипцами BiClamp Lap, находились на амбулаторном наблюдении в ОДКБ. Симптомов спаечной болезни и жалоб у пациентов не отмечалось. Одним из ключевых моментов в операции является обработка культи червеобразного отростка, так как неправильное выполнение данного этапа может способствовать развитию осложнений, как послеоперационный свищ, перитонит, сепсис. Гистологическое строение стенки кишки, а именно достаточное количество в её стенке коллагена позволяет использовать данную методику. К преимуществам данного метода обработки культи можно отнести эффективную и быструю коагуляцию благодаря оптимальной синхронизации инструмента и генератора VIO, тканевые структуры можно коагулировать на большой площади, а данная манипуляция экономит время и шовный материал. Отмечалось благоприятное течение послеоперационного периода у больных.

Выводы. 1. Применение непогружного, безлигатурного метода обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии с помощью биполярных щипцов – ещё один высокотехнологичный метод в многообразии методов эндоскопического

лечения острого аппендицита, которая снижает развитие послеоперационных осложнений и времени нахождения в стационаре.

2.Широкое освоение данной методики и внедрение ее в повседневную хирургическую практику может являться стимулом к дальнейшему освоению новых эндохирургических методик.

**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: УЩЕМЛЁННАЯ ПАХОВАЯ ГРЫЖА С
НЕКРОЗОМ ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА
CLINICAL OBSERVATION: PINCHED INGUINAL HERNIA WITH
TESTICULAR NECROSIS IN A CHILD OF 1 MONTH**

Черкашин А.А. , Рехвиашвили М.Г. , Поддубный И.В. , Шишкин И.А., Шишкина Т.Н.,
Щербенев Н.А. , Проплеткина К.Д.

Cherkashin A.A. Rekhviashvili M.G. Poddubniy I.V. Shishkin I.A. Shishkina T.N.
Shcherbenev N.A. Propletkina K.D.

Московский областной центр охраны материнства и детства, Москва, Российская
Федерация

Российский университет медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации
(3) ФГАОУ ВО РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Moscow Regional Center for Maternal and Childhood Protection, Moscow, Russian
Federation

Russian University Of Medicine" Of The Ministry Of Health Of The Russian FederationPirogov
Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Цель исследования. Описать редкий клинический случай и рассказать об опыте оперативного лечения данной патологии.

Материалы и методы. В ГБУЗ МО «МОЦОМД» поступил ребенок 1 месяца жизни с клинической картиной ущемленной паховой грыжи справа через 15 часов после начала заболевания. При осмотре: левое яичко в мошонке, правое яичко в мошонке не пальпируется. В мошонке и паховом канале пальпируется плотное, болезненное при пальпации образование. По данным УЗИ: ущемленная паховая грыжа, признаки нарушения кровотока правого яичка. Левое яичко интактно. После предоперационной подготовки в течении одного часа выполнена герниорафия справа, ревизия пахового канала. Интраоперационно по вскрытию пахового канала выявлена ущемленная петля тонкой кишки темно-бордового цвета протяженностью 10 см с множественными субсерозными петехиальными кровоизлияниями, брыжейка с явными признаками венозного стаза. В рану подтянуто яичко темного-бордового цвета с выраженными признаками нарушения микроциркуляции. Выполнены ряд консервативных мероприятий, направленных на восстановление кровотока (Блокада раствором новокаина 0,25%, согрето теплым физиологическим раствором натрия хлорида 0,9%), без ожидаемого эффекта. Яичко и участок тонкой кишки признаны нежизнеспособными. Выполнена орхо-фуннкулэктомия справа и резекция участка тонкой кишки с наложением одностороннего непрерывного анастомоза конец в конец. В брюшную полость установлен страховочный дренаж.

Результаты. Послеоперационный период протекал гладко. Страховочный дренаж удален на 3 послеоперационные сутки. Энтеральное кормление начато на 3 послеоперационные сутки. Выписан домой на 7 послеоперационные сутки.

Выводы. Одним из крайне редких, но возможных последствий ущемленной паховой грыжи у мальчиков является некроз яичка из-за длительного сдавления структур семенного канатика содержимым грыжевого мешка. Именно поэтому оперативное лечение должно проводится в кратчайшие сроки от момента поступления пациента в стационар с целью сохранения жизнеспособности не только ущемленного органа, но и ипсилатеральной гонады. Несмотря на то, что в хирургии детского возраста отдается предпочтение малоинвазивным видеоэндоскопическим операциям, при доплерографических признаках нарушения кровотока в яичке необходимо выполнение традиционного пахового грыжесечения,

позволяющего оценить жизнеспособность ишемизированных органов и провести консервативные мероприятия, направленные на восстановление кровотока в них.

АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. ALGORITHMS FOR THE TREATMENT OF LARGE AND GIANT VENTRAL HERNIAS IN CHILDREN.

Чирков И.С., Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Куликова Н.В.
Chirkov I.S., Razumovskiy A.Y., Smirnov A.N., Kholostova V.V., Kulikova N.V.

Детская городская клиническая больница имени Н.Ф.Филатова ДЗ г.Москвы, Москва, Россия

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

*N.F. Filatov Children's City Hospital of Moscow Healthcare Ministry, Moscow, Russia
Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia*

Цель: провести анализ и объективизировать подходы в лечении больших и гигантских вентральных грыж (ВГ) у детей.

Материалы и методы: Нами проведена ретроспективная оценка и анализ данных 72 детей в клинике с 2005 по 2023 года, с большими - 49(68,1%) и гигантскими - 23(31,9%) ВГ. Среди пациентов по этиологическому признаку образования ВГ: после омфалоцеле и гастрошизиса – 54(75%), лапаротомного лечения диафрагмальной – 7(9,7%), а также после осложнений лапаротомии и лапаростомии – 11(15,3%). Оценивали критерий вправимости: вправимые – 19(26,4%), невправимые 53(73,6%). Учитывая риск развития интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) с угрозой синдрома ИАГ (СИАГ) - проводилось стандартное и углубленное исследование (спирометрия, ЭХО-КГ в покое и при максимальном вправлении ВГ, путем бандажирования) пациентов. Выполнялось МСКТ с в/в контрастом грудной и брюшной полости для оценки топографии, и вентральной дистопии нижней полой вены (НПВ).

Результаты. До операции всем детям было проведено продолжительное этапное бандажирование. 72 пациентам (100%) выполнена герниопластика (ГП). В отсутствии критериев висцеро-абдоминальной диспропорции на дооперационных исследованиях (при вправлении грыжевого содержимого - отклонение ЧСС, колебания АД, ФВД <20 %; отсутствие значимых декомпенсированных состояний и пороков сердца при проведении ЭХО-КГ); а так же отсутствия ИАГ на этапе ушивания апоневроза - выполняли ГП местными тканями «край в край» - 33(45,83%). В случаях наличия растяжения апоневроза выполняли ГП с образованием дубликатуры апоневроза по типу «пол пальто» - 21(29,17%). Мы старались проводить ГП в возрасте 1-3 года, но с минимальными критериями риска. При их наличии - коррекцию откладывали на более поздний срок. Безнатяжная ГП с использованием биологического материала Pectacol с возможным пожизненным ношением – 8(11,11%), применялась при невозможности закрытия грыжевого дефекта интраоперационно местными тканями. При гигантских грыжах со значимой висцеро-абдоминальной диспропорцией установленной интраоперационно – операцией выбора для нас стала: методика этапного уменьшения (2-3 этапа) дефекта с использованием синтетического материала Gore-Tex Dual-Mesh – 10(13,89%) с окончательной ГП собственными тканями на завершающем этапе. В нашем исследовании отмечался летальный исход - 1(1,4 %) в ближайшем послеоперационном периоде в следствии молниеносного развития СИАГ. Для улучшения эстетического результата всем детям с отсутствием пупка выполнена одномоментная неоумбилиопластика.

Выводы: Проведение в предоперационном периоде функциональных исследований в покое и с бандажом - определяет критерии готовности пациента к проведению радикальной ГП. Обязательным является проведение МСКТ с в/в контрастированием для выявления

вентральной дистопии НПВ. Оценка ИАГ в интра- и послеоперационном периоде позволяет снизить риски связанные с СИАГ. Сочетание комплексного подхода к пластике и неоумбилиопластики значительно повышает косметический эффект оперативного лечения.

ПОРОКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ (ДФО)

ABDOMINAL WALL DEFECTS IN THE FAR EASTERN FEDERAL REGION

Шапкина А.Н., Шмырева Е.С., Саввина В.А., Тарасов А.Ю., Мазин А.С., Пляскина Е.В., Магомедов З.З., Дондоков Б.М., Васильев ДВ, Цыренов ЗД, Мирзоев Р.А., Ненилина Н.В.

Shapkina A.N., Shmyreva E.S., Savvina V.A., Tarasov A.Yu., Mazin A.S., Plyaskina E.V., Magomedov Z.Z., Dondokov B.M., Vasiliev DV, Tsyrenov ZD, Mirzoev R.A., Nenilina N.V.

ФГАОУ ВО Дальневосточный федеральный университет

ГБУЗ Краевая детская клиническая больница No1

ФГБОУ ВО Тихоокеанский государственный медицинский университет

ФГАОУ ВО Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Медицинский институт

ГАУ РС(Я) «Республиканская больница No1-Национальный центр медицины им. М.Е.Николаева»

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия

ГБУЗ Краевая Детская клиническая больница.

ГБУЗ Камчатская краевая детская больница

ГАУЗ Детская республиканская клиническая больница

КГБУЗ Детская краевая клиническая больница им. А.К. Пиотровича

КГБУЗ "Перинатальный центр" имени профессора Г.С. Постола

Far Eastern Federal University

Regional Children's Clinical Hospital No1

Pacific State Medical University

Northeastern Federal University n.a.M.K. Ammosov, Medical Institute

Republican Hospital No1 n.a. M.E.Nikolaev National Center of Medicine

Chita State Medical Academy

Regional Children's Clinical Hospital

Kamchatka Regional Children's Hospital

Children's Republican Clinical Hospital

Children's Regional Clinical Hospital n. a. A.K. Piotrovich

Perinatal Center n. a. Prof. G.S. Postol

Цель. Изучить результаты лечение гастрошизиса и омфалоцеле в дальневосточном федеральном округе (ДФО) за 3 года.

Материалы и методы. Использованы данные отчетов главных хирургов регионов ДФО за 2021-2023 гг. Оценивали количество больных, половой состав, наличие сопутствующих пороков, недоношенности, развитие некротического энтероколита, особенности операций и исходы лечения.

Результаты. За три года из 11 субъектов ДФО рождение детей с омфалоцеле (16 случаев) отмечено в 5 регионах: Хабаровском крае, Якутии, Забайкалье, Приморье, Камчатке, с гастрошизисом (23 случая) в 5 регионах: Хабаровском крае, Якутии, Забайкалье, Приморье, Бурятии. Дети с этими пороками не рождались в Амурской области, Еврейской автономной области, Сахалинской и Магаданской области и Чукотском крае.

Среди пациентов с омфалоцеле было больше мальчиков (68,8%), с гастрошизисом примерно равное распределение по полу (47,8% мальчиков). Летальность в группе детей с гастрошизисом: 1 ребенок с множественными врожденными пороками развития (МВПР), родившийся на 29 неделе гестации; с омфалоцеле: 1 ребенок, родившийся на 27 неделе с МВПР. Среди детей с гастрошизисом недоношенных 9 (39,1%), умер 1. НЭК развился у

одного ребенка с омфалоцеле, это не повлекло летального исхода. Консервативное лечение не использовали ни в одном случае с омфалоцеле, всех оперировали с одним летальным исходом (6,25%). Детей с гастрошизисом оперировали всех, почти в половине случаев (11 детей) проведено ушивание, в 7 случаях ушиванию предшествовала процедура Бианки и у 5 новорожденных с выраженной висцероабдоминальной диспропорцией потребовалось этапное лечение, 1 ребенок в этой группе умер.

Выводы. Учитывая крайне низкую плотность населения в ДФО рождение детей с пороками брюшной стенки наблюдали крайне редко. Количество случаев омфалоцеле: 16 с резким преобладанием мальчиков, гастрошизиса 23 с почти одинаковым распределением по полу. Летальность при гастрошизисе была обусловлена недоношенностью в сочетании с МВПР и висцеро-абдоминальной диспропорцией. Выживаемость у детей с омфалоцеле составила 93,75%, единственный летальный исход наблюдали у единственного в этой группе глубоконедоношенного ребенка, другие факторы не повлияли на летальность.

АНТЕ – И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОШИЗИСЕ. ANTENATAL AND POSTNATAL DIAGNOSIS, THERAPEUTIC TACTICS IN GASTROSCHISIS

Швалев Ф.М. , Цап Н.А , Чудаков В.Б. , Лапшин М.А. , Шибанова О.А. ,
Зубарева А.С. , Суенкова Д.Д. , Бисалиева Б.Н.

Shvalev F.M., Tsap N.A.(1,2), Chudakov V.B., Lapshin M.A., Shibanova O.A., Zubareva
A.S., Suenkova D.D., Bisaliev B.N.

*Уральский государственный медицинский университет
Областная детская клиническая больница*

*Западно-Казахстанский медицинский университет, г. Актобе, Республика Казахстан
Ural State Medical University*

*620028, Sverdlovsk region, Regional Center, Yekaterinburg, st. Repina, 3
Children's Regional Clinical Hospital*

*620149, Sverdlovsk region, Yekaterinburg, st. S.Deryabina, 32
030019 Republic of Kazakhstan, Aktobe, st. Maresyeva, 68*

Актуальность. В современной хирургии новорожденных значительную долю среди пороков развития передней брюшной стенки занимает гастрошизис (ГШ). Учитывая внедрение методики Бьянчи, развитие анестезиологии-реаниматологии, в течение последних двух десятилетий отмечается рост выживаемости новорожденных с ГШ — до 95%, что диктует решение антенатального консилиума о пролонгации беременности.

Цель. Оценить ante- и постнатальный период детей с ГШ, представить обоснованную лечебную тактику, провести анализ результатов лечения

Материалы и методы. Выполнен ретро- и проспективный анализ 112 медицинских карт детей, пролеченных в отделении хирургии новорожденных по поводу ГШ в 2011–2023 гг. Подтверждено, что на УЗ-скрининге плода имеется специфическая картина ГШ и диагноз устанавливается без затруднений. Дети родились в 81% случаев в условиях перинатального центра согласно маршрутизации, определенной пренатальным консилиумом, в остальных случаях ГШ антенатально не выявлен или роды состоялись ранее назначенной даты госпитализации.

Результаты. Антенатально установлен диагноз ГШ у 91% детей (n=102), в 3,5% (n=4) случаев матери не наблюдались, в 6 случаях причина не установлена. Сроки выявления ГШ: до 18 недель гестации (n=40; 39,2%); на 2-м скрининге (n=45; 44,1%); на поздних сроках (n=17; 16,7%). Оперативные роды (88,4%) явились методом выбора. Ранее 36-й недели гестации рождены 47% детей. В большинстве случаев отмечается малый вес — 2200 ± 330 г к сроку гестации, а 18,7% детей родились с массой 1750 ± 250 г. Осложненный ГШ выявлен у 13 (18%) детей, из них в сочетании с атрезией кишечника (4), некрозом кишечника при нарушении целостности брыжейки и развития некротизирующего энтероколита (5),

патологии желточного протока (2), экстрофией мочевого пузыря (1). В 75% случаев ГШ удалось погрузить эвентрированные петли кишечника в брюшную полость. При выраженной висцероабдоминальной диспропорции потребовалась силопластика (n=28; 25%). Повторные операции выполнялись при спаечной кишечной непроходимости (n=12; 11%). Среднее время пребывания – 30 ± 3 к/д. Летальность составила 6% (n=7) в период 2011–2013 гг., в последующие годы летальных исходов не отмечалось. Проведена оценка катамнеза детей за последние 3 года. Общее самочувствие не страдает, дети усваивают возрастную пищу. Эпизоды спаечной кишечной непроходимости купированы консервативно. Вентральная грыжа сформировалась у 2 детей, проводится бандажирование передней брюшной стенки. Противоспаечная терапия гелем «Тизоль с лидазой 64 ед» проводилась у 60% детей. Чаще родителей устраивает косметический результат, но у 3 детей отмечено формирование грубых рубцов, в 1 случае это связано с неоднократными операциями.

Выводы. Благодаря антенатальной диагностике ГШ в 81% случаев родоразрешение проведено в перинатальном центре. Эффективность методики погружения эвентрированных органов в брюшную полость в первые часы рождения ребенка с ГШ достигает 75%. Осложненный ГШ требует выполнения оперативных вмешательств, в т.ч с резекцией кишки.

ОМФАЛОЦЕЛЕ: РЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ. OMPHALOCELE: RESOLVED ISSUES IN NEONATAL SURGERY.

Шибанова О.А., Чудаков В.Б., Цап Н.А.

Shibanova O.A., Chudakov V.B., Tsap N.A.

Уральский государственный медицинский университет

Областная детская клиническая больница

Ural State Medical University

Sverdlovsk region, Yekaterinburg,

Children's Regional Clinical Hospital

Sverdlovsk region, Yekaterinburg

Цель: оценить результаты пренатальной диагностики и лечебной тактики у новорожденных с омфалоцеле за 10-летний период.

Материалы и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ историй болезни 60 детей с омфалоцеле, пролеченных в отделении хирургии новорожденных с 2014 по 2023 годы, а также анализ заключений пренатальных консилиумов на базе консультативно-диагностического центра охраны здоровья матери и ребенка при выявлении омфалоцеле у плода.

Результаты. За 10-летний период из 60 детей, родившихся с омфалоцеле, пренатально порок установлен у 45 (75%) детей. Омфалоцеле относится к порокам развития с высокой частотой пренатальной диагностики, начиная с первого триместра беременности. При выявлении омфалоцеле в сроке 12-21 неделя беременности показано проведение инвазивной диагностики с целью определения дальнейшей тактики ведения беременности. При сочетании омфалоцеле с хромосомной патологией, врожденными пороками развития других органов и систем, возможно прерывание беременности по медицинским показаниям. При наличии омфалоцеле у одного плода из двойни, независимо от иных усугубляющих факторов, по решению семьи беременность пролонгировалась в интересах здорового плода. Омфалоцеле малых размеров диагностированы у 27 (45%) новорожденных, средние размеры омфалоцеле выявлены у 14 (23,3%) детей, и у 9 (15%) новорожденных омфалоцеле имело большие размеры. От многоплодной беременности родились 6 (10%) детей. Генетическая патология подтверждена в 5 (8,3%) случаях: синдром Эдвардса (3), синдром Беквита-Видемана (2). Пороки развития со стороны органов брюшной полости выявлены интраоперационно у 33 (55%) детей, наиболее часто отмечено сочетание омфалоцеле с нарушением облитерации желточного протока и урахуса. Оперативные вмешательства выполнены у 59 (98,3%) детей, из них этапные операции с использованием силопластики требовались в 4 (6,7%) случаях. Одномоментно первичная пластика передней брюшной

стенки местными тканями выполнена 54 (90%) детям, в большинстве случаев при омфалоцеле малых размеров без разреза передней брюшной стенки и без проведения ревизии органов брюшной полости при доказанном отсутствии каких-либо признаков кишечной непроходимости. В одном случае возникли показания для пластики передней брюшной стенки имплантом permacol. Один ребенок с омфалоцеле больших размеров в сочетании с множественными врожденными аномалиями и синдромом Эдвардса получал консервативное лечение. Послеоперационные осложнения возникли в 6 (10%) случаях - несостоятельность швов раны, потребовавшая повторных вмешательств. Летальных исходов, обусловленных омфалоцеле, не было.

Выводы: Омфалоцеле является пороком с высокой частотой пренатальной диагностики, и при отсутствии хромосомной патологии или тяжелых пороков развития других органов и систем, имеет относительно благоприятный прогноз. Хирургическое лечение с использованием силопластики или одномоментное обладает высокой эффективностью.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РЕДКИМИ ВИДАМИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ENDOVIDEOSURGICAL TREATMENT OF RARE VARIANTS OF ABDOMINAL WALL HERNIAS IN CHILDREN

Щебенков М.В. , Котин А.Н., Рязанцев А.И. .

Schebenkov M.V., Kotin A.N., Ryazantsev A.I..

*Санкт-Петербургское государственное учреждение здравоохранения «Детский
городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских
технологий»*

ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.

Мечникова Минздрава России

*Children's City Multidisciplinary Clinical Specialized Center of High Medical
Technologies, St-Petersburg, Russia*

Mechnikov North-Western State Medical University, St-Petersburg, Russia

Цель. Показать возможности малоинвазивных видеохирургических технологий в лечении редких видов грыж передней брюшной стенки у детей.

Материалы и методы. Лапароскопическая герниопластика при грыжах передней брюшной стенки у детей применяется в нашей клинике с 1994 г. Проведено более 4000 операций. Большинство из них (99.5%) выполнено при патологии влагалищного отростка брюшины.

В 19 (0.5%) случаях встретились с редкими видами грыж передней брюшной стенки: бедренной грыжей у 11 детей (от 5 до 14 лет), у 5-х пациентов найдена прямая паховая грыжа (дети от 3 до 5 лет), 3-ое мальчиков (2-х и 3-х лет) оперированы по поводу вентральной грыжи, связанной с миграцией яичка на переднюю брюшную стенку и в одном случае пахово-мошоночную грыжу симулировала обширная забрюшинная липома. Все дети оперированы лапароскопическим доступом.

Техника эндовидеохирургического вмешательства при бедренных грыжах включала мобилизацию грыжевого мешка с перемещением его в брюшную полость на фрагменте брюшины, пластику грыжевого дефекта брюшной стенки сетчатым имплантом (викрил), фиксированным внебрюшинно шовным материалом (этибонд) к паховой и Куперовской связкам, с последующей перитонизацией. В двух случаях бедренная грыжа была осложнена ущемлением в грыжевых воротах пряди сальника, которая, перед проведением герниопластики, была вправлена в брюшную полость. При прямых паховых грыжах грыжевой мешок, так же как при бедренных, полностью выделялся из сращений в забрюшинном пространстве и перемещался в брюшную полость. Грыжевой дефект брюшной стенки ушивался внебрюшинно герметизирующим швом (этибонд) с использованием паховой связки и косой мышцы, операция заканчивалась

перитонизацией.

При вентральных грыжах, сформировавшихся при нарушении миграции яичка, эктопированное на переднюю брюшную стенку яичко мобилизовалось и перемещалось в брюшную полость, затем оно низводилось в мошонку через созданный канал в медиальной паховой ямке, где фиксировалось к мясистой оболочке. Грыжевой дефект брюшной стенки ушивался «П» образными швами (этибонд). Забрюшинная липома явилась операционной находкой при лапароскопии по поводу пахово-мошоночной грыжи, грыжевые ворота при этом не обнаружены. Липома после проведения компьютерной томографии была полностью иссечена тем же доступом без вмешательства на элементах семенного канатика.

Результаты. Все пациенты выписаны с выздоровлением. Осложнений не было. Контрольный осмотр через месяц и через год патологии не выявил.

Выводы. Эндовидеохирургия позволила во всех случаях редких грыж своевременно определить её вид и выбрать наиболее оптимальную малоинвазивную технику герниопластики в том числе с использованием сетчатых имплантов. Лапароскопический доступ при различных видах грыж передней брюшной стенки у детей имеет несомненные преимущества.

МИГРАЦИЯ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА ОБУСЛОВЛЕННАЯ НЕЗАРАЩЕНИЕМ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ.

MIGRATION OF THE VENTRICULOPERITONEAL SHUNT DUE TO NON- INFECTED OF THE VAGINAL PROCESS OF THE PERITONEUM.

Щедров Д.Н. , Соколов С.В. , Шелкошвеев Д.К. , Сидорова Н.А. .

Shchedrov D.N. , Sokolov S.V. , Shelkoshveev D.K. , Sidorova N.A. .

ГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет.

ГБУЗ ЯО Областная детская клиническая больница.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher School of Medicine, Ministry of Health of the Russian Federation, Yaroslavl state medical university, Yaroslavl, Russia.

State budgetary institution of health of the Yaroslavl region «Regional clinical pediatric hospital», Yaroslavl, Russia.

Цель. Проанализировать варианты миграции вентрикулоперитонеального шунта в мошонку через необлитерированный влагалищный отросток брюшины и тактику при данных состояниях.

Материалы и методы. 6 пациентов с окклюзионной гидроцефалией с миграцией вентрикулярного шунта в скротальную полость в возрасте от 6 месяцев до 7 лет (14 ± 6 мес). У 5 пациентов отмечена миграция функционирующего шунта, у 1 «забытого». В 3 случаях из 6 ранее констатировано сообщающееся гидроцеле, в 3 других отсутствовало сообщение брюшной полости и полости мошонки клинически. Срок миграции составил от 1 месяца до 2,5 лет после операции ($5,3 \pm 4,1$) после выполнения шунтирования.

При установлении факта миграции во всех случаях эхографически констатировано наличие необлитерированного влагалищного отростка, что позволяет говорить о его субклиническом характере.

Неврологические проявления во всех наблюдениях отсутствовали. У 4 пациентов констатировано клинически быстрое развитие гидроцеле, в двух случаях картина «синдрома острой мошонки».

Результаты. Все 6 пациентов оперированы. При картине гидроцеле выполнена лапароскопия с извлечением шунта из скротальной полости и ушивание влагалищного отростка по Seal. В случае картины синдрома острой мошонки у одного пациента выполнено комбинированное вмешательство – лапароскопия с ушиванием влагалищного отростка и заменой абдоминального отдела шунта и ревизия мошонки с дренированием и в одном

случае ревизия мошонки с дренированием и удалением «забытого» шунта скротальным доступом.

Выводы. Наиболее часто миграция отмечается у пациентов раннего возраста в короткие сроки после выполнения шунтирования. У половины пациентов ранее констатировано сообщающееся гидроцеле, наличие его субклинического вероятно у всех пациентов.

При отсутствии воспалительных изменений в полости мошонки операцию наиболее целесообразно выполнять лапароскопическим доступом с одномоментным извлечением шунта из мошонки в брюшную полость (не всегда это влечет удаление шунта) и перевязку влагалищного отростка по одной из существующих эндоскопических методик. Представляется целесообразным лапароскопически ассистированная установка венстрикулоперитонеального шунта с одномоментной симультанной перевязкой влагалищного отростка брюшины с обеих сторон с целью профилактики миграции его в последующем.

ИНТРАКОРПОРАЛЬНЫЙ СКОЛЬЗЯЩИЙ УЗЕЛ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ INTRACORPOREAL SLIDING KNOT DURING LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY IN CHILDREN

Щур А.Ю., Белоус Р.А., Смирнова Н.Е., Степаненко Е.А.

Shchur A.Yu., Belous R.A., Smirnova N.E., Stepanenko E.A.

Амурская Областная Детская Клиническая Больница, г. Благовещенск, Россия

Amur Regional Children's Clinical Hospital, Blagoveshchensk, Russia

Цель: определить эффективность и целесообразность техники эндоскопического узла.

Материалы и методы: С внедрением и модернизацией видеоэндоскопических технологий в лечении хирургической патологии у детей все более тщательное внимание стало уделяться эндоскопическому шву, как одному из важных этапов операции.

Лапароскопическая герниопластика (высокая перевязка влагалищного отростка) при косых паховых грыжах у детей является одной из распространенных операций. В хирургическом отделении нашей клиники мы используем данный вид оперативного лечения у всей категории пациентов, от младенцев до подростков. Учитывая частоту данной патологии, на операции, не редко, приходится встречаться с ситуациями, где затягивание узла претерпевает некоторые трудности. В основном это широкое внутреннее паховое кольцо (у подростков), где ушивание дефекта проводится под высоким натяжением, либо малый объем брюшной полости (у младенцев), где затягивание узла обычным способом относительно затруднительно.

С 2023 г. мы начали использовать данную технику формирования узла при данной патологии. Возрастных и гендерных предпочтений нет. Используем полифиламентный, нерассасывающийся шовный материал (Ethibond Excel).

Результаты: На начальных этапах обучения данной техники, в 2 случаях приходилось формировать новый узел. Во всех остальных случаях ушивание проводилось без технических трудностей, интраоперационно расхождения узла не отмечалось. Случаев обращения оперированных пациентов с подозрением на рецидив паховой грыжи не было.

Выводы: 1) Скользящий узел — это безопасный, надежный и воспроизводимый метод закрытия дефектов в зонах высокого напряжения и в условиях малого рабочего пространства с использованием мононити или полифиламентной нити.
2) Техническая особенность проста и не требует особых усилий.
3) Снижает время операции.
4) Снижает риски послеоперационных рецидивов паховых грыж.
5) Отсутствует вероятность разрыва лигатуры, по аналогии с традиционным затягиванием узла.

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ
ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ
LAPAROSCOPIC CORRECTION OF DEVELOPMENTAL ABNORMALITIES OF
THE PROCESSUS VAGINALIS IN CHILDREN**

Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А.

Shamsiev A.M., Yusupov Sh.A., Shamsiyev J.A.

*Специализированная клиника детской хирургии СамГМУ, г.Самарканд, республика
Узбекистан*

SSMU Specialized Pediatric Surgical Clinic

Цель исследования. Анализ результатов лапароскопической коррекции необлитерированного ВОБ у детей.

Материал и методы. В период с 2017 по 2024 года СамГМУспециализированной детский хирургическая клиника лапароскопическая коррекция необлитерированного ВОБ (паховая грыжа и водянка оболочек яичка) произведена у 227 детей. Мальчиков было 202 (88,9%), девочек 23 (11,1%). Распределение детей по возрасту: детей в возрасте до года было 12 (5,3%), от 1 года до 3 лет 49 (21,6%), от 3-7 лет 94 (41,4%), от 7-14 лет 62 (27,3%), старше 14 лет-10 (4,4%). Из общего числа аномалий ВОБ паховые грыжи выявлены у 215 детей, водянка оболочек яичка – у 12 (5,3%). Сочетание паховой грыжи и водянки оболочек яичка – у 4 (1,8%). Аномалии ВОБ наблюдались справа у 120 (52,9%), слева у 65(16,7%). Двустороннее нарушение облитерации ВОБ у 42 (18,5%) детей.

Результаты. Все 227 случаев лапароскопического лечения нарушения облитерации ВОБ завершилась удачно. В послеоперационном периоде были обследованы 110 (48,5%) детей, осложнений и рецидивов не выявлено. Лапароскопическая коррекция необлитерированного ВОБ не уступает по качеству результатов традиционному вмешательству, лапароскопическое лечения характеризуется рядом важных преимуществ - малой травматичностью, короткой продолжительностью оперативного вмешательства, хорошим косметическим эффектом и коротким пребыванием в стационаре.

Выводы. Таким образом, основными преимуществами лапароскопической коррекции необлитерированного ВОБ являются – хороший косметический эффект, невыраженный болевой синдром вследствие меньшей травматичности операции, а также короткий послеоперационный и реабилитационный период.

**ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ
ОМФАЛОЦЕЛЕ И ГАСТРОШИЗИС.
EVOLUTION OF SURGICAL TACTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF
OMPHALOCELE AND GASTROSCHISIS**

Яницкая М.Ю. , Бордиян С.Г. , Ксенофонтова Е.В.

Yanitskaya M.Yu. , Bordiyan S.G. , Ksenofontova E.V.

*Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова,
Архангельск, Россия*

*Архангельская областная клиническая больница. Перинатальный центр., Архангельск,
Россия*

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

*Arkhangelsk Regional Children's Clinical Hospital named after. P.G. Vyzhletsov,
Arkhangelsk, Russia*

*Arkhangelsk Regional Clinical Hospital. Perinatal center, Arkhangelsk, Russia
Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia*

Цель: изучить результаты лечения омфалоцеле и гастрошизис при использовании различных хирургических подходов.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ всех пролеченных больных с гастрошизис и омфалоцеле с 1994-2023гг, n=63, из них 33 ребёнка с гастрошизис, 30 – с

омфалоцеле. Сопутствующие аномалии выявлены у 32 (50,8%) детей, в основном – врождённые пороки сердца, атрезия кишки, врождённая короткая кишка. Для корректной оценки результатов дети были разделены на 2 группы по типу лечения: 1 гр. n=34, (1993 – 2006гг): омфалоцеле 15, (в том числе содержащее печень 7), гастрошизис - 19. При невозможности радикальной пластики передней брюшной стенки использовано 2-х этапное лечение по Гросс, и консервативное с последующим закрытием вентральных грыж. 2 гр. n=29 (2007-2023гг): омфалоцеле 14, (в том числе содержащее печень 4), гастрошизис 15. Используются методы лечения с применением Gore-Tex, мешка Шустера, мануальное вправление по Бьянки, консервативное лечение. В обеих группах оценили исход заболевания и сроки завершения лечения.

Результаты: 1 гр.: умерло 16 (45,7%), у выживших в половине случаев лечение завершено в периоде новорожденности, у остальных в 1,5 – 7 лет. 2 гр.: умерло 4 (13,8%). Практически во всех случаях лечение завершено в периоде новорожденности, исключая 2-х детей (в 4 мес и в 1 год). Повышение выживаемости во 2гр. в основном за счет детей с гастрошизис. Во всех случаях выжили дети при использовании метода Бьянки и мешка Шустера.

Вывод: Современные методы лечения позволяют в большинстве случаев предполагать благоприятный исход при лечении омфалоцеле и гастрошизис.

**Тезисы научных докладов 30-й Российской (63-ей «Всесоюзной»)
научной студенческой конференции «Актуальные вопросы хирургии,
анестезиологии и реаниматологии детского возраста»**

Лечение двустороннего юношеского эпифизеолиза и его последствия

Treatment of bilateral juvenile epiphysiolysis and its consequences

Авторы: Абатов А.А., Надбитов А.Ю.

Authors: Abatov AA, Nadbitov AYu

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Гончарова Л.А.

Research supervisor professor, DMedSci Goncharova LA

Астраханский государственный медицинский университет

Россия, Астрахань, Астраханская область

Цель: Представить наблюдение оперативного и консервативного лечения двустороннего юношеского эпифизеолиза и отдаленных последствий.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились три пациента подросткового возраста, женского пола, у которых имелось двустороннее поражение головок бедер. В первом случае юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости с одной стороны сопровождался асептическим некрозом головки с другой стороны, а во втором случае асептический некроз разной степени выраженности наблюдался с обеих сторон. Третья пациентка наблюдалась в отдаленном периоде, через 10 лет после перенесенного двустороннего юношеского эпифизеолиза. Осуществлялся клинический осмотр и все доступные лучевые методы исследования

Результаты: юношеский эпифизеолиз развился у двух девушек подростков на фоне гормональных изменений (ожирение). Во всех случаях заболевание было выявлено после незначительных травм и сопровождалось умеренными клиническими проявлениями. На рентгенограммах выявлялось значительное смещение эпифизов. Осуществлялось оперативное лечение - фиксация пучком спиц непосредственно после полученных травм. В послеоперационном периоде пациентки перемещались на костылях, тем самым нагружали противоположную конечность, при этом появлялись боли и ограничения функций в суставе. Дополнительное лучевое исследование позволило выявить поражение в виде юношеского эпифизеолиза с обеих сторон. В связи с вышеизложенным было выполнено оперативное вмешательство и с противоположной стороны-остеосинтез спицами. На контрольных рентгенограммах в процессе удаления спиц был выявлен асептический некроз головки левого бедра в первом случае, а во втором асептический некроз с обеих сторон.

Вывод: на основании данных наблюдений и данных литературы мы можем сделать заключение о возможном, одномоментном поражении юношеским эпифизеолиза обоих тазобедренных суставов. Это осложняет течение заболевания, снижает эффективность лечения и может способствовать развитию асептического некроза.

ВРОЖДЕННЫЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ (ВДГ) У ДЕТЕЙ

CONGENITAL DIAPHRAGMAL HERNIA (CDH) IN CHILDREN

Авторы: Абдуганы кызы У., Жаббаров Т., Суйунбек уулу Д.

Authors: Abdugany kyzy U., Zhabbarov T., Suyunbek uulu D.

Научный руководитель: к.м.н. Мыкыев К.М.

Research supervisor CMedSci Mykyev KM

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина

Киргизия, Бишкек, Киргизия

Цель. Изучить данные врожденных диафрагмальных грыж у детей, для улучшения результатов хирургического лечения.

Материалы и методы исследования: изучены данные 96 оперированных детей с ВДГ в ГДКБ СМП за 2016-2022 годы. Проводились общеклинические, биохимические анализы, обзорная и рентгеноконтрастные исследования ЖКТ, УЗИ, КТ, МРТ.

Результаты: в возрасте до 1 месяца – 39 (44,3%), до 1 года - 19 (21,6%), до 3-х лет - 21 (23,9%), 4-6 лет - 10 (11,4%), старше 7 лет - 7 (7,9%). Мальчики - 53 (55,2%), девочки - 43 (44,8%). По локализации грыж купола диафрагмы релаксация справа у – 4 (4,2%) , слева - у 58 (60,4%) – из них ложная у - 48 (50%), релаксация у - 44 (45,8%). С синдромом «асфиксического ущемления» - 43 (44,8%), в периоде новорожденности - 31 (32,3%), в возрасте до 1 года - 8, до 3-х лет – 4. В диагностике применяли рентгенографию грудной клетки, контрастное исследование ЖКТ. По показаниям КТ и МРТ органов в 10 случаях. 88 больным проведено 90 оперативных вмешательств, в 2-х случаях релапаротомия из-за рецидива в ближайшем периоде после операции. При истинных грыжах купола диафрагмы проводили пластику «сбаривающими узловыми швами» или дубликатурой. При пластике «сбаривающими узловыми швами» контролируется участие диафрагмы в акте дыхания т.к. при тугом наложении шва происходит ограничение экскурсии легкого, тяжелое течение послеоперационного периода. Послеоперационная летальность 2 (2,1%). Причиной летальности были наличие сопутствующих патологий.

Выводы: 1. Частота ущемленных ВДГ – у 44,8% 2. Послеоперационная летальность 2,1%.

3. При релаксации купола диафрагмы оптимальным методом является пластика «сбаривающими швами» в шахматном порядке.

ЗАДНИЙ САГИТТАЛЬНЫЙ ТРАНСАНОРЕКТАЛЬНЫЙ ДОСТУП (ЗСТАР) В ХИРУРГИИ ПРОМЕЖНОСТИ У ДЕТЕЙ. POSTERIOR SAGITTAL TRANSANAL APPROACH (PSTRA) IN PERINEAL SURGERY IN CHILDREN.

Авторы: Абдураупова Н.С.

Authors: Abduraupova NS

Научный руководитель: к.м.н. Степанова Н.М., д.м.н. Новожилов В.А.

Research supervisor CMedSci Stepanova NM, DMedSci Novozilov VA

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Иркутск, Иркутская область*

Aim/Цель: Представить возможности использования заднего трансаноректального доступа при повторных вмешательствах в хирургии промежности в детском возрасте.

Methods/Материалы и методы: С 2020 года на базе Центра аномалий развития аноректальной области и колоректальной хирургии детского возраста ОГАУЗ «Городская Ивано - Матренинская детская клиническая больница» (Иркутск) оперировано 6 детей с использованием ЗСТАР после неоднократных оперативных вмешательств.

Results/Результаты: Гендерный состав: мальчики - 5(83,3%), девочки - 1(16,7%). Показанием к первичной операции являлись болезнь Гиршпрунга(3), врожденный ректальный мешок, эмбриональная рабдомиосаркома влагалища, атрезия ануса с ректопростатической фистулой. На момент вмешательства с использованием ЗСТАР пациенты имели в анамнезе до 4 операций. Всем детям изначально выполнено превентивное стомирование (илеостома-5, колостома-1). Во всех случаях использовался ЗСТАР. Послеоперационный период прошел без осложнений. Катамнез(100%). Эпизоды недержания плотного кала чаще более 1/неделю(50%), никогда в 33,3%. Эпизоды недержания жидкого кала чаще более 1/неделю(50%), более 1/день в 16,7%. Эпизоды недержания газов чаще более 1/неделю(33,3%), никогда в 16,7%. Необходимость использования прокладок - 33,3%. Дети остаются чистыми чаще в течении 10ч(50%), всегда - 16,7%. Самостоятельные позывы на дефекацию появились в 83,3% случаев. В 66,7% случаев дети посещают школу; кружки в 66,7%. Настроение чаще приподнятое(83,3%). Трудности в общении со сверстниками отсутствуют в 50%.

Conclusion/Выводы: Использование ЗСТАР в сложных случаях хирургии промежности в детском возрасте можно считать возможной опцией, позволяющей в условиях ограниченного пространства и рубцово-спаечного процесса в полости малого таза выполнить разобщение анатомических структур и сформировать колоанальный анастомоз.

Анализ показал отсутствие существенных функциональных недостатков при условии технически верно выполненного доступа.

РАЗВИТИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С МУКОВИСЦИДОЗОМ.

THE DEVELOPMENT OF INTESTINAL OBSTRUCTION IN NEWBORNS WITH CYSTIC FIBROSIS.

Авторы: Агаркова Д.А., Ермоленко А.В., Бурлак Л.Г.

Authors: Agarkova D.A., Ermolenko A.V., Burlak L.G.

Научный руководитель: к.м.н, доцент кафедры детской хирургии ВолгГМУ Вербин О.И.

Research supervisor PhD, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery at VolgSMU Verbin O.I.

*Волгоградский государственный медицинский университет
Россия, Волгоград, Волгоградская область*

Цель: провести ретроспективный анализ историй болезни кишечной непроходимости у новорожденных детей с муковисцидозом. На основе наблюдения выявить причины возникновения, определить этапы диагностики и лечения детей с данной патологией.

Материалы и методы: исследование выполнено на основе историй болезни детей с диагнозом: кишечная непроходимость; Муковисцидоз, находившихся на лечении в клинике детской хирургии Волгоградского государственного медицинского университета на базе ГУЗ КБ СМП №7.

Результаты: по полученным данным, за последние 10 лет на лечении в клинике детской хирургии Волгоградского государственного медицинского университета на базе ГУЗ КБ СМП №7, находилось 3 ребенка с подтвержденным диагнозом. При рождении состояние тяжелое за счет врожденного порока развития желудочно-кишечного тракта: низкая кишечная непроходимость под вопросом. После консультации детского хирурга и выполнения ирригографии, дети переводились в отделение анестезиологии и реанимации ГУЗ КБ СМП №7. Было выполнено срочное оперативное вмешательство под общим обезболиванием: Лапаротомия. Ревизия органов брюшной полости. После проведенного оперативного вмешательства получали лечение: антибактериальную терапию, обезболивание, профилактику геморрагической болезни новорожденных, симптоматическую и этиотропную терапию.

Выводы: на основе проведенного анализа историй болезни, можно заметить положительную динамику при проведении срочного оперативного лечения и правильной консервативной терапии. Полученные данные из историй болезни, доказывают, что диагностика и лечение детей с данной патологией должны проводиться своевременно. Летальных исходов не наблюдалось.

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

TREATMENT OF BLEEDING IN PORTAL HYPERTENSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Авторы: Агаркова Д.А., Ермоленко А.В., Бурлак Л.Г.

Authors: Agarkova D.A., Ermolenko A.V., Burlak L.G.

Научный руководитель: к.м.н, доцент кафедры детской хирургии ВолгГМУ Вербин О.И.

Research supervisor DMedSci, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery at VolgSMU Verbin O.I.

*Волгоградский государственный медицинский университет
Россия, Волгоград, Волгоградская область*

Цель: провести ретроспективный анализ историй болезни пациентов с диагнозом портальная гипертензия, продемонстрировать способы лечения кровотечения при данной патологии у детей и подростков.

Материалы и методы: истории болезней детей за 10 лет (2014-2023 гг) в клинике детской хирургии Волгоградского государственного медицинского университета на базе ГУЗ КБ СМП №7 г. Волгограда находились на лечении 16 детей с портальной гипертензией. Из них - 12 мальчиков и 4 девочки в возрасте от 3 до 16 лет. Диагноз подтверждался клинико-лабораторными и инструментальными обследованиями, включая фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) и ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости с доплерографией

Результаты: В 62 % случаев портальная гипертензия у детей и подростков сопровождалась кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка. В клинике детской хирургии ВолГМУ проводятся два способа лечения данного заболевания и его осложнения в виде кровотечения: 1. наложение спленоренального анастомоза и 2. эндоскопическое (ФГДС) склерозирование варикозно-расширенных вен нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка.

Выводы: при проведении ретроспективного анализа выявляется высокая эффективность применяемых способов лечения портальной гипертензии и такого осложнения, как кровотечение из варикозно-расширенных вен нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка, у детей и подростков.

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА: ТОРАКОСКОПИЯ ИЛИ ТОРАКОТОМИЯ? ESOPHAGEAL ATRESIA: THORACOSCOPY OR THORACOTOMY?

Авторы: Азарсков К. Ю., Чикарев С.И.

Authors: Azarskov KY, Chikarev SI

Научный руководитель: к.м.н. Ковальков К.А.

Research supervisor PhD Kovalkov KA

*Кемеровский государственный медицинский университет
Россия, Кемерово, Кемеровская область (Кузбасс)*

Развитие хирургических технологий, возможности интенсивной терапии позволили значительно улучшить прогнозы лечения новорожденных с атрезией пищевода (АП). Инновационным способом стала методика формирования пищеводного анастомоза с использованием эндовидеохирургии.

Цель. Сравнить эффективность и безопасность торакоскопической коррекции и торакотомии при атрезии пищевода.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинских карт 103 новорожденных с АП, проходивших лечение на базе ГАУЗ КОДКБ за период с 2003 по 2023 г. Основную группу составили 47 детей, которым пищеводный анастомоз выполнен торакоскопически, группа сравнения представлена 56 пациентами с торакотомической операцией. Статистическая обработка выполнена при помощи программы STATISTICA 10 for WINDOWS фирмы StatSoftInc, по правилам вариационной статистики. Расчеты проводились методом параметрической статистики с использованием критерия Стьюдента. Уровень статистической значимости выявлялся при $p < 0,05$. Выполнен анализ длительности операции, сроков экстубации, начала энтерального кормления, нахождения в отделение реанимации, количества осложнений, веса ребенка при рождении.

Результаты. Сроки проведения операции в обеих исследуемых группах не имели отличия, и не превышали 5 суток с момента рождения. Анализ результатов лечения показал значимые отличия практически во всех исследуемых показателях. Группа торакоскопических вмешательств имела меньшие сроки начала энтерального кормления, экстубации, а также нахождения в реанимации. Однако при выполнении торакотомического анастомоза длительность операции, была значимо меньше. Значимых различий по количеству осложнений в исследуемых группах получено не было.

Выводы. Торакоскопическая коррекция атрезии пищевода в виду малой инвазивности позволяет снизить операционную агрессию и обеспечить раннюю экстубацию, энтеральную

поддержку, сократить сроки интенсивной терапии, так же имеет отличный косметический эффект.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ БЕККЕРА У ДЕТЕЙ. THE RESULTS OF TREATMENT OF BECKER'S CYST IN CHILDREN

Авторы: Азбалаева М. С.

Authors: Azbalaeva M. S.

Научный руководитель: к.м.н. Мейланова Ф. В.,

Research supervisor Candidate of Medical Sciences Meilanova F. V.

Дагестанский государственный медицинский университет

Россия, Махачкала, Республика Дагестан

Актуальность. Киста Беккера является одним из редко встречающихся заболеваний опорно-двигательной системы у детей. Ее выявляют в 2,4% случаях, чаще у детей дошкольного и школьного возраста.

Цель. Анализ эффективности различных методов лечения кисты Беккера у детей.

Материалы и методы обследования. За период с 2021 по 2023 год в отделении ортопедии ДРКБ им. Кураева поступило 85 детей с диагнозом: киста Беккера. При этом за 2021 год- 16 случаев, 2022 год- 25 случаев, а за 2023 год- 44 случая. Средний возраст детей от 4 до 14 лет. Мальчики - 48 (56,5 %), девочки - 37 (43,5%). Левосторонний процесс в 22 (25,9%) случаях, правосторонний в 63 (74,1%) случаях. Все дети оперированы. Пункционный метод лечения был проведён у 35 детей (41,2%), 50 детям (58,8%) проведено радикальное оперативное вмешательство

Результаты. Осложнения после радикального оперативного вмешательства не наблюдались, рецидив выявлен у 2 (4%) пациентов. После пункционного метода лечения осложнения отмечены в 4 (11,4%) случаях, рецидив заболевания у 18 (51,4%) детей.

Выводы. Таким образом, наш опыт лечения кисты Беккера свидетельствует о необходимости ограничения показаний к пункционному методу лечения, как недостаточному эффективному, и более широкому применению хирургического метода лечения.

ИНТЕГРАЦИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРАКТИКУ ВРАЧА. INTEGRATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE INTO THE PRACTICE OF A DOCTOR

Авторы: Акилова М.Ж., Полубояринова С.П., Багдасарян М.С., Темченко А.Р.,
Дроздова П.М.

Authors: Akilova M., Poluboyarinova S., Bagdasaryan M., Temchenko A., Drozdova P.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Минаев С.В.

Research supervisor Sc.D., prof., Minaev S.V.

Ставропольский государственный медицинский университет

Россия, Ставрополь, Ставропольский край

Цель: Дать оценку важности в современном здравоохранении коммуникации врача и больного через интернет ресурсы

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГБУЗ КДКБ г. Ставрополь. Был проведен ретроспективный анализ 600 историй на период с 01.01.2021г по 01.11.2023г., госпитализированных в ДХО №1 и ОГХ с подозрением на острый аппендицит.

Результаты: Согласно результатам исследования, количество запросов с использованием ключевых фраз аппендицитами в период с 01.01.2021 по 01.11.2023 г. в общей сложности составило 8 442 714 запросов. Были выбраны следующие варианты запросов: Аппендицит – 6 646 539 запросов; Аппендицит симптомы – 1 116 301 запросов; Аппендицит у детей – 498 414 запросов; Аппендицит симптомы у детей – 181 460 запросов.

На втором этапе исследования в ходе анкетирования были получены следующие результаты: Ведущими клиническими симптомами при поступлении стали; боли в животе, субфебрильное повышение температуры, диспепсические расстройства.

Основным путем обращения является – самообращение. Более 70% родителей при развитии соответствующей клинической картины в первую очередь стали искать информацию в интернете. Популярными интернет ресурсами для родителей оказались не только поисковые системы (Яндекс, Гугл), но и социальные сети. Дальнейшая маршрутизация больных была следующая: у 44 больного исключили ОХП (83%), 9 (17%) госпитализировали с подозрением на ОХП. Диагноз ОА подтвердился у 6 (11,3%) больных, у 3 (5,7%) больных диагноз не подтвердился.

Выводы: Вопросы, касающиеся острого аппендицита, являются актуальными запросами в поисковой системе Яндекс.

Основным источником информации и первыми действиями родителей в вопросах состояния здоровья является интернет.

Активно используется не только поисковые системы, но и социальные сети. Так как интернет является неотъемлемой частью современного мира, необходимо предоставить качественную медицинскую информацию для его пользователей, путем создания интернет ресурсов или мобильных приложений.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ESOPHAGEAL ATRESIA.

Авторы: Алексеева А.В.

Authors: Alekseeva A.V.

Научный руководитель: К.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P. O.

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, Ижевск, Удмуртская Республика

Цель: Изучить методы диагностики, лечения, осложнения атрезии пищевода (АП).

Материалы и методы: В РДКБ г. Ижевска с 01.01.2019 по 31.12.2023 находились на лечении 11 детей с АП. Мальчиков было 7 (64%), девочек – 4 (36%). Диагноз атрезии пищевода был выставлен на основании антенатального скрининга, физикальных данных, инструментальных методов исследования. Из инструментальных методов диагностики наиболее информативна была рентгеноконтрастная эзофагография. Средний возраст детей на момент оперативного лечения составил 1,5 суток.

Результаты: Хирургическое лечение, заключавшееся в перевязке трахеопищеводного свища и создании анастомоза между слепыми концами пищевода, выполнено 8 (72%) детям. Выведены шейные эзофагостомы и гастростомы вследствие большого диастаза между слепыми концами пищевода у 3 (28%) детей. После хирургического лечения были выявлены как ранние, так и поздние осложнения. Из ранних осложнений аспирационная пневмония была у 7 (63%) детей. Поздние осложнения в виде рубцового стеноза пищевода диагностировали у 8 (72%) детей. При рубцовом стенозе 3-4 степени также устанавливали гастростому.

Выводы: Антенатальная диагностика в сочетании с постнатальной инструментальной диагностикой позволяют выставить диагноз АП сразу после рождения. Экстренное хирургическое лечение с учетом анатомических вариантов АП является единственным эффективным методом лечения. Несмотря на вовремя и рационально проведенное хирургическое лечение, в послеоперационном периоде выявлены ранние и поздние послеоперационные осложнения.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ.
THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC TREATMENT OF HYPERTROPHIC
PYLOROSTENOSIS IN CHILDREN.**

Алиева Ханым Эльдар,
Alieva Khanym Eldar

Научный руководитель: Проф. Полухов Р.Ш , К.М.Н. Халилов Н.Дж

Research supervisor Prof. Poluxov R.S ., Ph.D Khalilov N.J

Азербайджанский Медицинский Университет

Азербайджан, Баку, Азербайджан

Врожденный гипертрофический пилоростеноз является одной из основных причин желудочной непроходимости у детей до 3 месяцев.. В 1912 году Рамштедт предложил операцию пилоромииотомии.С другой стороны, лапароскопический вариант операции был описан Аленом и Груссеном в 1991 году.

Цель: Состоит в сравнительной оценке результатов операций открытой и лапароскопической пилоромииотомии (ЛП) у детей.

Материал и методы: В Учебно-Хирургической Клинике АМУ за последние 3 года было проведено 14 операций пилоромииотомии у детей . Из них 6 детям была выполнена

открытая (I группа), а 8 детям-лапароскопическая (II группа) пилоромииотомия. Наряду с

общими клиническими и лабораторными исследованиями, пациенты прошли УЗИ и контрастное рентгенологическое исследование . Толщина привратника в УЗИ составляла 5-7мм при длине 16-18мм.Техника операции ЛП была следующей: Для выполнения операции использовались 3 порта размером 3,2 мм. Первый порт располагался под углом 30 градусов от пупочной области телескопа , второй порт-на 4 см ниже реберной дуги по правой ключичной линии, а третий порт-располагаясь на верхней 1/3 воображаемой линии, соединяющей пупочное кольцо и середину левой реберной дуги, использовался для введения рабочих инструментов.

Таким образом , в I группе вес больных составил 3522,03 грамма, а во II-3509,42 грамма ($p=0,690$). Также не было значительной разницы в возрасте пациентов в сравнительных группах. В I группе возраст пациентов составлял 35,6 дня, а во II группе-33,8 дня ($p=0,620$). В обеих группах преобладали мальчики (83,33 и 81,82%). Таким образом, несмотря на то ,что энтеральное питание начиналось через 4-6 часов, полное энтеральное питание было возможно через 49,25 часа в группе I и через 24,45 часа ($p<0,05$) во II группе.

Таким образом, операция ЛП менее травматична и косметична по сравнению с открытой пилоромииотомией, время пребывания в стационаре после операции короче, технически проще в применении.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЦЕЛОФОРМ» ПРИ
ГНОЙНЫХ И ДОЛГОНЕЗАЖИВАЮЩИХ РАНАХ У ДЕТЕЙ
THE EFFECTIVENESS OF USING THE DRUG "CELOFORM" FOR PURULENT
AND LONG-HEALING WOUNDS IN CHILDREN**

Алиева Ф.Б., Казакова Н.Б., Хасанова Д.Б.

Aliyeva FB, Kazakova NB, Khasanova DB

Научный руководитель: д.м.н., профессор Юсупов Ш.А.

Research supervisor DMedSci, Professor Yusupov SA

Самаркандский государственный медицинский университет

Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан

Цель исследования: Применение препарата "ЦЕЛОФОРМ" для лечения открытых гнойных ран у детей.

Материалы и методы: В Специализированной детской хирургической клинике Самаркандского государственного медицинского университета 37 больным в возрасте до 18 лет, обратившиеся с симптомами открытых гнойных и длительно незаживающих ран, был применен препарат Целоформ. Препаратом покрывали рану сплошным слоем толщиной 1 мм, после чего рану закрывали двухслойной марлевой салфеткой и фиксировали с помощью бинта. Продолжительность воздействия определялась степенью поражения, глубины и характером отделяемого раны, а также некротического повреждения, продолжалось до 6 – 12 часов. По истечении данного срока проводилась перевязка, в процессе которой препарат удалялся промыванием фурациллином. Кратность перевязок – в день производилось от 2 до 3 раз. Результаты: Препарат применялся до очищения раны от гноя и начало заживления, в течении 3-7 дней. В целом, препарат переносился хорошо. Положительный эффект отмечался у 37 (100%) обследуемых, за время применения данного препарата на 5-6 сутки раны очищались от гноя и некротических тканей, начали активно гранулировать и заживать. Действие у порошка Целоформ

было нейтральным - больной не ощущает его присутствие, что было особенно важно для лечения ран у пациентов детского возраста ввиду их высокой чувствительности к боли и страха перед спиртосодержащими средствами, традиционно используемыми для обработки ран.

Выводы: Таким образом, препарат "ЦЕЛОФОРМ" явился достаточно эффективным для лечения гнойных ран разной этиологии.

**АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОМФАЛОЦЕЛЕ.
ANALYSIS OF SURGICAL TACTICS OF OMPHALOCELE TREATMENT.**

Алфёрова Е.А.

Alfyorova EA

Научный руководитель: асс.Сергиенко Т.В.

Research supervisor ass. Sergienko T.V.

Тюменский государственный медицинский университет

Россия, Тюмень, Тюменская область

Aim/Цель: оценить эффективность лечения ВПР: омфалоцеле

Methods/Материалы и методы: проанализировано лечение 39 детей с 2001 по 2022 г. Мальчиков было 28(71,8%), девочек - 11(28,2%). Большинство детей были доношенными (36 детей)-8% родились раньше срока. Средняя масса тела составила более 3198,6±693,4 гр. 73% детей имели сопутствующие пороки развития, наиболее частый - ВПС.

Results/Результаты: У 1 пациента, имеющего дефект большого размера с разорванными оболочками, применено постепенное вправление с использованием мешка. На 8-е сутки эвентрированные органы полностью погружены в брюшную полость и выполнена пластика брюшной стенки. Для 2-х детей, поступивших в крайне тяжелом состоянии, вследствие сопутствующих пороков развития и дыхательной недостаточности, выбрано консервативное лечение: грыжевой мешок фиксировали вертикально и обрабатывали

спиртосодержащими растворами. Образующийся струп способствовал погружению петель кишечника. На 7-е сутки, когда состояние детей стабилизировано, проводили иссечение струпа и пластику брюшной стенки. У 36 пациентов – одноэтапное лечение: иссечение оболочек и первичная пластика брюшной стенки. 2 детей: оригинальная методика, аналогичной процедуре А. Bianchi. Одномоментное вправление содержимого грыжевого мешка в брюшную полость. По уровню кожи накладывается пупочная скоба. На следующие сутки проводится тейпирование, с целью сближения мышц передней брюшной стенки для уменьшения дефекта пупочного кольца. На 7-е сутки удаление скобы, но тейпы в таком положении остаются 7 суток. Тейпирование, по разработанной схеме, до 6 месяцев. После выписки пациенты наблюдаются в динамике через 6 и 12 месяцев. Косметический результат оценен как удовлетворительный. Дефект апоневроза не определяется. Из всех случаев умер 1 ребенок с пороками развития. Летальность составила 2,6%.

Conclusion/Выводы: При малых дефектах, до 4 см, методом выбора может являться предложенная оригинальная методика, которая, улучшает результаты лечения детей с данной патологией.

ОЦЕНКА РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

RESISTANCE TO SURGICAL PATHOGENS IN PEDIATRIC PATIENTS

Авторы: Андреев И.А., Бакаева Н.С., Вечеркин В.А., Птицын В.А., Коряшкин П.В.

Authors: Andreev IA, Bakaeva NS, Vecherkin VA, Ptitsyn VA, Koryashkin PV

Научный руководитель: к.м.н. Баранов Д.А.

Research supervisor PhDMedSci Dmitry A. Baranov

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Россия, Воронеж, Воронежская область

Aim/Цель: Оценить роль резистентной микрофлоры флоры в развитии хирургической инфекции.

Methods/Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов в возрасте от 1 до 17 лет, проходивших лечение на базе ОДКБ№2 (г. Воронеж) за 2023г. Анализ проведен на базе 9 отделений (n=851) по 4 группам резистентности основных микроорганизмов: 1 группа - MRSA (n=431); 2 группа - Enterobacter spp. (n=245); 3 группа - Pseudomonas aeruginosa (n=53); 4 группа - Enterococcus spp. (n=69).

Results/Результаты: По каждому случаю выявления хирургической инфекции проводился поиск генов резистентности методом ПЦР. Их 851 случаев верификации возбудителей в 165 (19,39%) были обнаружены гены резистентности к различным группам антибактериальных препаратов.

В 1 группе MRSA обнаружен в 58 случаях (13,45%). Во 2 группе в 96 случаях (39,18%) выявлены микроорганизмы резистентные к цефалоспорином III поколения. В 3 группе к цефалоспорином III и IV поколений резистентность определена в 7 случаях (13,46%), в том числе в 4 (7,55%) случаях резистентность также наблюдалась к карбапенемам. В 4 группе наблюдается 100% чувствительность Enterococcus spp. к ванкомицину.

Conclusion/Выводы: Неотъемлемой частью лечения хирургической инфекции является рациональная антибиотикотерапия. Глобальный рост антибиотикорезистентности значительно снижает эффективность лечения. Исследование антибактериальной резистентности микроорганизмов в структуре хирургической инфекции является важнейшей частью организации лечебного процесса, а также прогнозирования увеличения частоты встречаемости полирезистентных штаммов.

**РЕЗУЛЬТАТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОРСЕТА 3D НЕМЕЦКОЙ ШКОЛЫ В
ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТКИ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ СКОЛИОЗОМ.
THE RESULT OF USING A GERMAN SCHOOL 3D CORSET IN THE
TREATMENT OF A PATIENT WITH JUVENILE IDIOPATHIC SCOLIOSIS.**

Авторы: Афанасьева А.Ю.

Authors: Afanasyeva A.Yu.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бландинский В.Ф., Могилынцева Т.О., Павлова Я.И.

Research supervisor DMedSci Blandinskiy V.F., Mogilyanceva T.O., Pavlova Y.I.

*Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра урологии с
нефрологией*

Россия, Ярославль, Ярославская область

Aim/Цель: продемонстрировать результат использования функционально-корректирующего корсета 3D немецкой школы в лечении пациентки с ЮИС.

Methods/Материалы и методы: материалом данной работы является клинический случай корсетного лечения пациентки, С. 9 лет с верифицированным диагнозом ЮИС. Использованная доступная медицинская документация отражала анамнез, динамику клинических и рентгенологических показателей тела и позвоночника пациентки С. под влиянием лечения с использованием корсета 3D НШ в период с 2018 по 2023 гг. Корсет 3D НШ является функционально-корректирующим корсетом, отечественным дериватом корсета Chêneau. Дизайн был определён как 3CL/B2 по классификации моделей сколиотических дуг Lehnert – Schroth /Rigo. Назначен режим ношения в течение 20 часов в сутки. Рентгенографию позвоночника проводили до назначения корсета, в корсете и в процессе лечения. Угол сколиотической дуги определяли в градусах, измеренных по методике Cobb. Эффективность использования корсета оценивали по критериям SRS. Зрелость скелета пациентки оценивали по знаку Risser.

Results/Результаты: в процессе лечения пациентка осматривалась каждые 3–4 месяца. Клинически контролировалась «работа» корсета и его состояние, при необходимости производилась замена ремней и установка корректирующих пелотов. К августу 2019 г. (возраст 13 лет, Risser знак – 2) у пациентки произошёл резкий «ростовой скачок», потребовавший плановой замены корсета. К этому времени у пациентки С. сколиотическая дуга вне корсета уменьшилась до 3°. В январе 2023 года, в возрасте 16 лет она закончила лечение с остаточной сколиотической дугой 12° по Cobb.

Conclusion/Выводы: описанный нами клинический случай демонстрирует высокую эффективность корсета 3D НШ в лечении пациентки с ЮИС, позволяющий при своевременном начале и полноценной продолжительности лечения избежать необходимость хирургического лечения к моменту наступления зрелости скелета.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО БУЖИРОВАНИЯ И
СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ У ДЕТЕЙ
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC AUGMENTATION
AND STENTING IN OBSTRUCTIVE MEGAURETER IN CHILDREN**

Авторы: Ахмедулаева Ф. Ш.

Authors: Akhmedulayeva F. S.

Научный руководитель: к.м.н. Мейланова Ф. В.

Research supervisor Candidate of Medical Sciences Meilanova F. V.

Дагестанский государственный медицинский университет

Россия, Махачкала, Республика Дагестан

Актуальность. Обструктивный мегауретер одно из часто встречающихся заболеваний в детской урологической практике. Выбор наиболее оптимальной тактики и метода лечения данной патологии остается актуальной проблемой.

Цель. Провести анализ эффективности малоинвазивного метода лечения детей с врожденным обструктивным мегауретером.

Материалы и методы. В урологическом отделении ДРКБ им. Кураева г.Махачкалы за период с 2020 по 2022 год эндоскопическое бужирование и стентирование дистальных отделов мочеточников произведено 12 пациентам. Возраст детей составлял от 1 мес. до 2 – х лет. Мальчиков – 9, девочек – 3. Левосторонний процесс наблюдался в 8 случаях, правосторонний в 4 случае.

При цистоскопии у всех детей отмечалось выраженное сужение устьев мочеточника в сравнении с контралатеральным. Проводилось бужирование патологических устьев мочеточниковыми катетерами №3 - №6, с последующей установкой в дистальный отдел мочеточника низкий j-образный стент, дистальный завиток которого оставался в полости мочевого пузыря. При повторном поступлении через 1 - 3 месяца выполнялась контрольная цистоскопия, производилась замена стента (на больший по диаметру). В последующем дети поступали на удаление стента.

Результаты. Осложнения после установки стента, в виде обострения инфекции мочевой системы, наблюдалось у 4 детей, что потребовало проведения антибактериальной терапии на уретральном катетере. У одного ребенка отмечалась миграция стента в мочеточник. Положительная динамика после удаления стента по данным УЗИ и контрольной урографии выявлена у 8 детей.

3 пациентам в виду отсутствия положительного эффекта произведена неинплантация мочеточника по Политано – Лидбеттеру.

Вывод. Данные проведенного обследования свидетельствуют возможности и целесообразности применения эндоскопического бужирования при обструктивном мегауретере. Наибольший процент положительного эффекта отмечается у детей первого года жизни.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ У РЕБЕНКА A CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL COMBINED TREATMENT OF INFANT SEGMENTAL HEMANGIOMA IN A CHILD

Авторы: Аюбова З. А.

Authors: Ayubova Z. A.

Научный руководитель: к.м.н. Мейланова Ф. В.

Research supervisor Candidate of Medical Sciences Meilanova F. V.

Дагестанский государственный медицинский университет

Россия, Махачкала, Республика Дагестан

Актуальность. Распространенность младенческой гемангиомы 3—5 на 1000 новорожденных в республике Дагестан. Данная патология у девочек встречается намного чаще — в 70% случаев, локализуется в области лица и образует тяжелый косметический дефект при несвоевременном лечении.

Цель. Изучение клинического случая успешного комбинированного лечения сегментарной младенческой гемангиомы у девочки, с локализацией в области лица.

Материалы и методы. Пациентка М. обратилась в Центр Педиатрии и Детской хирургии г. Махачкалы, в 2020 году в возрасте 2 года, после безуспешного лечения гемангиомы за пределами республики. Со слов матери гемангиома появилась в виде пятна в области подбородка, которое в дальнейшем прогрессивно росло. Обратившись к детскому хирургу по месту жительства, после выжидательной тактики, безуспешно проводилась консервативная терапия пропранололом. В момент обращения в центр, гемангиома обширно захватывала периорбитальную и периоральную область, вызывая грубый косметический дефект. Проведен полный спектр необходимых исследований, сопутствующей патологии не обнаружено.

Результаты. В связи с безуспешной терапией пропранололом, было решено сменить препарат на атенолол. Атенлол назначен в дозе 11гр, замечена положительная динамика при терапии. В течение 24 месяцев проводилась медикаментозная терапия. Когда опухоль уменьшилась в толщине размере, начата коррекция дефекта лазерной терапией. Использовался углекислотный лазер (СО 2), фракционный режим. Процедуры проводились раз в 2 месяца, на данный момент выполнено 15 процедур, лечение продолжается. Достигнут значительный эффект, восстановлены жизненно важные функции, коррекция косметического дефекта продолжается.

Вывод. Необходимо своевременно начинать эффективную терапию младенческих гемангиом. У девочек с локализацией гемангиомы в области головы и шеи, выжидательная тактика может привести к особенно опасным последствиям.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕТЯМ

EXPERIENCE OF PERITONEAL DIALYSIS FOR NEWBORN CHILDREN

Авторы: Багдасарян М.С., Полубояринова С.П., Акилова М.Д., Дроздова П.М.
Темченко А.Р.

Authors: Bagdasaryan M.S., Poluboyarinova S.P., Akilova M.Z., Drozdova P.M.,
Temchenko A.R.

Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры детской хирургии Герасименко
И.Н.

Research supervisor DMedSci Gerasimenko I.N.

*Ставропольский государственный медицинский университет
Россия, Ставрополь, Ставропольский край*

Цель работы. Анализ опыта проведения заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа у новорожденных детей с ОПП и врожденной почечной недостаточностью, в условиях ПЦ.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ПЦ №1 г. Ставрополь в период с 01.01.2022г по 31.12.2023г. Проведен ретроспективный анализ 10 историй болезни пациентов с ОПП и врожденной почечной недостаточностью, получавших лечение при помощи заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа. Гестационный возраст при рождении варьировал от 28 до 35 недель. В исследование были включены 40% девочек и 60% мальчиков. Масса тела при рождении варьировала от 600 г до 2500 г.

Результаты исследования. В исследуемой группе детей с ОПП и врожденной почечной недостаточностью проводились следующие методы перитонеального диализа: проточный и классический. В группе больных с массой тела от 600г до 1500 г (70%) проводился перитонеальный диализ проточным методом. В группе детей с массой от 1500г до 2500г проводился классический метод перитонеального диализа. Длительность проведения заместительной почечной терапии варьировала от 3 до 14 суток. Осложнений после проведенного ПД не отмечалось. Общая летальность составила 20 % больных – это больные сроком гестации 28 недель, которым проводился перитонеальный диализ проточным методом. Летальность наблюдалась в группе детей с неонатальным сепсисом на фоне полиорганной недостаточности. В структуре летальных исходов не было зафиксировано причин, обусловленных проведением заместительной почечной терапии

Заключение. Проведение заместительной почечной терапии перитонеальным диализом у недоношенных детей является единственным методом лечения. Наиболее предпочтительным методом ЗПТ у детей с экстремально низкой массой тела является проведение проточного типа перитонеального диализа. Своевременное начало лечения приводит к снижению летальности и улучшения прогноза лечения

**ДЕМОНСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ:
АТРЕЗИЯ АНУСА И ПРЯМОЙ КИШКИ, УДВОЕНИЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
DEMONSTRATION OF A PATIENT WITH A CONGENITAL MALFORMATION:
ATRESIA OF THE ANUS AND RECTUM, DOUBLING OF THE COLON**

Авторы: Бадрутдинова П.В., Фисенко М.В

Authors: Badrutdinova P.V., Fisenko M. V.

Научный руководитель: Рожденкин Е.А

Research supervisor Rozhdenkin E.A

Приволжский исследовательский медицинский университет

Россия, Нижний Новгород, Нижегородская область

Цель: демонстрация сложного клинического случая удвоения толстой кишки.

Материалы и методы: история болезни пациента, находившегося на лечении в отделении хирургии НОДКБ с диагнозом: подслизистое тубулярное удвоение толстой кишки.

Результаты: в периоде новорожденности ребенок оперирован по поводу атрезии ануса и прямой кишки с выведением сигмостомы и отсроченной аноректопластикой. Затем проходил курсы реабилитации.

В 12 лет в связи с жалобами на запоры проведена ирригография, по результатам которой заподозрен стеноз на уровне сигмовидной кишки (предположительно в зоне ранее закрытой сигмостомы).

Через 3 месяца госпитализирован для реконструктивной операции. Выявлен выраженный спаечный процесс в левой подвздошной области, зона стеноза не обнаружена, но выявлено подслизистое удвоение всей толстой кишки. Удвоенная кишка вскрыта, опорожнена (выделен воздух и небольшое количество «старых» каловых масс). Принято решение о выведении колостомы.

Спустя 3 месяца с целью реконструкции кишечной трубки выполнено повторное оперативное вмешательство. Удвоения тонкой кишки не выявлено. Обнаружено, что имеет место полное удвоение ободочной кишки вплоть до илеоцекального угла, где найдено смежное с физиологическим просветом соустье диаметром 2 см. Попытка сохранить илеоцекальный угол оказалась безуспешной. Удвоенная ободочная кишка резецирована. Наложен илеоректальный анастомоз по типу конец в конец.

Послеоперационный период без осложнений. Самостоятельный стул на 3 сутки. Прослежен катамнез в течение 3 месяцев. В настоящее время стул кашицеобразный до 3-х раз в сутки, единичные случаи ночного недержания газов.

Выводы. На примере клинического случая была продемонстрирована сложность диагностики и лечения дебюта удвоения толстой кишки у подростка, ранее оперированного по поводу атрезии ануса и прямой кишки.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF METHODS OF
SURGICAL TREATMENT OF PATHOLOGICAL HIP DISLOCATION IN CHILDREN
OF THE CHECHEN REPUBLIC**

Авторы: Баймурзаев И.А., Тайдаева А.И., Жамалуллайла А.С-А., Солтамурадов Р.У.

Authors: Baymurzaev IA, Taydaeva AI, Zhamalullayla AS-A, Soltamuradov RU

Научный руководитель: д.м.н. Ферзаули А.Н.

Research supervisor DMedSci Ferzauli AN

Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова

Россия, Грозный, Чеченская Республика

Цель: оценить эффективность методов хирургического лечения патологического вывиха бедра у детей ЧР.

Материалы и методы: за период с 2020 по 2023 гг. на лечении в ГБУ «Республиканская детская клиническая больница им. Е.П. Глинка» г. Грозного находилось 38 детей (21 мальчиков-55,2%, 17 девочек-44,8%) с патологическим вывихом бедра. По сторонам поражения: левосторонние-12 (31,6%); правосторонние-16 (42,1%); двусторонние-10 (26,3%). Из них: 21 ребенку проведены комбинированные оперативные вмешательства (1-я группа); 9 детям выполнены операции по коррекции проксимального конца бедренной кости (2-я группа); операции на костях таза выполнены у 6 детей (3-я группа); открытое вправление выполнено 2 детям (4-я группа).

Результаты: послеоперационных осложнений в первых двух группах оперативных вмешательств не наблюдалось, также в этих двух группах результаты оперативного лечения признаны удовлетворительными в 100 %; в третьей группе отрицательная послеоперационная динамика отмечалась у 1 из 6 детей; в четвертой группе у 1 из 2 детей отмечался рецидив.

Вывод: комбинированные оперативные вмешательства являются наиболее эффективным методом лечения патологического вывиха бедра у детей Чеченской Республики, с минимальным риском послеоперационных осложнений и рецидива.

ВРОЖДЕННЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ: ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИСТОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ **CONGENITAL OVARIAN CYSTS: RELATIONSHIP BETWEEN HISTOLOGY AND CLINICAL PICTURE**

Авторы: Бакаева Н.С., Андреев И.А., Птицын В.А., Баранов Д.А., Коряшкин П.В.

Authors: Bakaeva N.S., Andreev I.A., Ptitsyn V.A., Baranov D.A., Koryashkin P.V.

Научный руководитель: д.м.н. Вечеркин В.А.

Research supervisor DMedSci Vecherkin V.A

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко
Россия, Воронеж, Воронежская область*

Aim/Цель: определить зависимость между природой врожденных кистозных образований яичников и клинической картиной, развивающейся в результате эволюции кисты, подобрать рациональный вид лечения.

Methods/Материалы и методы. В ОХН ВОДКБ №1 г. Воронежа за последние 5 лет было госпитализировано 20 девочек в возрасте до 3 месяцев с диагнозом врожденное кистозное образование яичника. У всех пациентов процесс был односторонним и диагностировался: у 17 – внутриутробно на УЗ-скрининге в 3 триместре, у 3 – постнатально. После рождения на УЗИ ОБП и малого таза простая киста (ПК) выявлена у 6, сложная (СК) – у 14 детей.

Results/Результаты. У 3-х детей установлен регресс развития ПК – дети выписаны с последующим амбулаторным наблюдением. У 3-х пациентов с ПК была выполнена лапароскопическая кистэктомия с сохранением яичника - выявлен параовариальный характер кистозного образования. ПК в 50% случаев подвергаются инволюции, не требующей хирургического лечения; При выявлении на УЗ-скрининге во время беременности кистозных образований придатков плода – необходимо продолжить динамическое наблюдение до родоразрешения. Всем детям со СК было выполнено лапароскопическое хирургическое вмешательство, операционный материал отправлен на гистологическое исследование с последующей классификацией по С.Ф. Серову, Р.Е. Скалли, Л.Г. Собину, в результате которого: 2 – эндометриоидные кисты; 4 – фолликулярные и лютеизированные кисты; 5 – гистологически выстилку проследить невозможно из-за тотального некроза; 1 – кавернозная гемлимфангиома яичника. СК в 100% случаев требуют хирургического лечения. Во всех вышеописанных случаях злокачественный рост отсутствует.

Conclusion/Выводы:

1. Эндометриоидные кисты в 100% случаев вызывают внутриутробный перекрут, некроз и самоампутацию придатков матки;

2. В случае активного роста, наличия предпосылок к осложнению кистозных образований придатков плода – необходимо решать вопрос о досрочном родоразрешении и направлении ребенка в ОХН для дальнейшего лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИФFUЗНОЙ В-КРУПНОКЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ У РЕБЕНКА

CLINICAL CASE OF CHILD'S DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA

Авторы: Батанова В. Г., Аляутдинова Д. А.

Authors: Batanova V.G., Alyautdinova D.A.

Научный руководитель: к.м.н. Козулина Н. В.

Research supervisor Candidate of Medical Sciences Kozulina N.V.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Россия, Нижний Новгород, Нижегородская область

Цель исследования. Проанализировать клинический случай В-клеточной лимфомы у ребенка 6 лет со стертой клинической картиной.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни пациентки 6 лет, получавшей лечение по поводу неспецифированной диффузной В-крупноклеточной лимфомы в клинике кафедры детской хирургии на базе онкологического отделения Нижегородской областной детской клинической больницы в 2023 году.

Клинический случай

Ребенок болен с апреля 2023 года, в течение 6 месяце беспокоили периодические нелокализованные боли в животе, которые купировались самостоятельно или ибупрофеном. После локализации болей в правых отделах живота и над лоном, было самостоятельное обращение на УЗИ (октябрь 2023), при котором выявлено объемное образование. Ребенок направлен в НОДКБ. Во время осмотра живот мягкий, доступен глубокой пальпации, в правом мезогастррии пальпируется дополнительное образование округлой формы. При поступлении на УЗИ и МРТ подтверждены признаки объемного образования брюшной полости (77x54x60мм) и лимфаденопатии забрюшинных, мезентериальных л/у. Заподозрена лимфангиома брыжейки тонкой кишки, ребенок госпитализирован в онкологическое отделение. 11.10.23 выполнена видеоассистированная резекция илеоцекального угла с объемным образованием. Наложен тонко-толсто кишечный анастомоз конец в бок. Гистологическое заключение: лимфома Беркитта с поражением илеоцекального угла, мезентериальных и забрюшинных лимфатических узлов II NR стадия, 2 группа риска. В послеоперационном периоде 4 дня была в отделении реанимации, без осложнений. При рефересе гистологического материала в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева был поставлен диагноз: неспецифированная диффузная В-крупноклеточная лимфома. В настоящее время состояние ребенка стабильное, пациентка получает плановую полихимиотерапию по протоколу В-НХЛ 2010.

Выводы. Длительно сохраняющиеся рецидивирующие боли в животе требуют пристального внимания, тщательной диагностики и сохраняющейся онкологической настороженности.

ВЛИЯНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ.

THE INFLUENCE OF THE ETIOLOGICAL FACTOR ON THE DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS IN ACUTE APPENDICITIS.

Авторы: Бахтин Н.В., Ершова М.Г.

Authors: Bakhtin N.V., Ershova M.G.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бландинский В.Ф., к.м.н. Соколов С.В.

Research supervisor Blandinskiy V.F., Sokolov S.V.

*Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра урологии с
нефрологией*

Россия, Ярославль, Ярославская область

Aim/Цель: Улучшить результаты лечения острого аппендицита путем выявления этиологических предикторов осложненного течения заболевания.

Methods/Материалы и методы: Основу исследования составили результаты лечения острого аппендицита у 1296 детей в период с 2020 по 2023 годы. По результатам посева из брюшной полости у 291 (22,5%) пациента был зарегистрирован рост патогенной микрофлоры. 176 (39,5%) из них дооперационных и послеоперационных осложнений не имели, у 91 (31,3%) был зарегистрирован аппендикулярный перитонит без послеоперационных осложнений, у 12 (4,1%) детей послеоперационный период характеризовался нагноением послеоперационной раны, у 8 (2,7%) – формированием абсцессов в брюшной полости. Кроме этого, раневые (5 (1,7%) наблюдений) и внутрибрюшные (9 (3%) наблюдений) послеоперационные осложнения зарегистрированы у 14 детей при лечении перитонита.

Results/Результаты: Среди всех высевов кишечной палочки (КП) в виде монокультуры или в сочетании с условно-патогенной микрофлорой (185 (63,6%) наблюдений) перитонит зарегистрирован в 65 (35%) случаях, раневые осложнения – в 11 (5,9%), внутрибрюшные – в 13 (7%). Те же показатели для синегнойной палочки (СП) (31 (10,7%) наблюдений) составили 14 (45%), 4 (13%) и 1 (3%) соответственно; для сочетания КП и СП (23 (7,9%) наблюдений) – 14 (60%), 2 (8%) и 1 (4%) соответственно; для других микроорганизмов (клебсиеллы, стрептококки, стафилококки, энтерококки и др.; 52 (17,9%) наблюдения) – 12 (23%), 0 (0%) и 2 (8%). Медиана длительности госпитализации составила при высеве КП 12 суток, СП - 13 суток, КП в сочетании с СП – 15 суток, при другой микрофлоре – 8,5 суток ($p=0,016$).

Conclusion/Выводы: Синегнойная палочка является этиологически неблагоприятным фактором течения острого аппендицита в отношении развития как дооперационных ($p=0,0096$), так и послеоперационных ($p=0,036$) гнойных осложнений. Наиболее ранняя верификация возбудителя и начало этиотропной терапии позволят улучшить результаты лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИЙ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE EFFECTIVENESS OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF DISTAL FORMS OF HYPOSPADIAS IN THE CHECHEN REPUBLIC

Авторы: Бачигов А.Т., Солтамурадов Р.У., Жамалуллайла А.С-А., Саидова П.С.

Authors: Bachigov A.T., Soltamuradov R.U., Zhamalullayla A.S-A., Saidova P.S.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ферзаули А.Н.

Research supervisor DMedSci, professor Ferzauli A.N.

Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова

Россия, Грозный, Чеченская Республика

Цель: провести сравнительный анализ эффективности методов лечения дистальных форм гипоспадий в ЧР.

Материалы и методы: за период с 2020 г. по 2024 г. на стационарном лечении в урологическом отделении ГБУ «Республиканская детская клиническая больница имени Е.П. Глинки» г. Грозного и клиники «Семейный доктор» находилось 237 детей с гипоспадией. Возраст больных составил от 1 года до 17 лет. От 1 года до 5 лет – 146 детей, от 6 до 14 лет – 75 детей, от 15 лет до 17 лет – 16 детей.

Всем детям в отделении были проведены лабораторные и инструментальные исследования.

В 85 (38,8%) случаях была выявлена головчатая форма гипоспадии, у 107 (32,4 %) венечная форма гипоспадии, у 45 (21,9 %) стволовая форма гипоспадии.

Всем детям выполнено оперативное вмешательство с использованием методов пластики уретры по Метью, Снодграсс, Дюплею, перемещающая уретропластика в модификации Акрамова.

Результаты: было выполнено 237 операций.

- Уретропластика по Метью - 34 (20% осложнений)
- Уретропластика по Дюплею 53(17% осложнений)
- Уретропластика по Снодграсс-Дюплею 143(7,6% осложнений)
- Перемещающая уретропластика в модификации Акрамова – 7 (4 % осложнений)

Наиболее часто встречающиеся осложнения в послеоперационном периоде: свищ уретры - 18%, стриктура уретры - 2%.

Выводы:

наиболее оптимальным методом лечения дистальных форм гипоспадий является уретропластика по Снодграсс-Дюплею;

частота встречаемости гипоспадий с годами увеличивается;

перемещающая уретропластика в модификации Акрамова является хорошей альтернативой уже общепринятых методик при дистальных формах гипоспадий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ЮГА ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

RESULTS OF TREATMENT OF INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN OF THE SOUTH OF THE TYUMEN REGION

Авторы: Башан С. Д., Попова П. А.

Authors: Bashan S. D., Popova P. A.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Евдокимов В. Н.

Research supervisor candidate of medical sciences, associate professor Evdokimov V.N.

Тюменский государственный медицинский университет

Россия, Тюмень, Тюменская область

Aim/Цель. Сравнить результаты консервативных и хирургических методов лечения при кишечной инвагинации у детей.

Methods/Материалы и методы. Истории болезни 283 детей проходивших лечение в детских хирургических отделениях ОКБ № 2 в 2017 - 23 гг.

Results/Результаты исследования. Из 15180 детей, обратившихся с боля-ми в животе, инвагинация кишечника выявлена в 283 случаях (1,86%). Из них 198 (70%) - составили мальчики, 85 (30%) – девочки, с преобладанием детей до года жизни - 211 (74,6%). Большинство пациентов доставлено бригадой скорой медицинской помощи - 174 (73,9%), самообращение в 109 (38,5%) случаях. В первые 12 часов патология выявлена у 209 детей (73,9%), у 74 пациентов (26%) в срок более 12 часов. Преобладающей локализацией была илеоцекальная инвагинация - 277 (97,8%) случаев, тонко-тонкокишечная инвагинация у 17 (6%), толсто-толстокишечная у 8 (3%) пациентов. В 2% (6) случаев патология имела комбинированный характер - тонко-тонко-толстокишечная инвагинация. С целью консервативной дезинвагинации использовалась пневмоирригография. Эффективность данной методики составила 76,7% (217). В 23,3% случаев (66) потребовалось хирургическое

вмешательство, т.к. пневмоирригография оказалась неэффективной. Изначально хирургическое лечение потребовалось в 9 случаях (13%), что было обусловлено длительным сроком заболевания, более 12 часов, и возрастом пациента старше 1 года. Ввиду развития рецидива заболевания у 11 детей (17%) потребовалось выполнение хирургической дезинвагинации. Радикальное вмешательство с резекцией нежизнеспособного участка кишки и наложением кишечного анастомоза выполнено у 6 детей (2%).

Conclusion/Выводы. Консервативное лечение не всегда является эффективным, что вынуждает прибегать к хирургическому вмешательству. Как основной хирургический метод использовалась лапароскопическая дезинвагинация. Выявление осложнений инвагинации требовало радикализации с переходом на открытую лапаротомию.

ДУОДЕНОЕЮНОАНАСТОМОЗ ПО КИМУРА: ПОКАЗАНИЯ, ТЕХНОЛОГИЯ, РЕЗУЛЬТАТЫ.

DUODENOEJUNOANASTOMOSIS ACCORDING TO KIMURA: INDICATIONS, TECHNOLOGY, RESULTS.

Авторы: Баширов М.А.

Authors: Баширов М.А.

Научный руководитель: Суенкова Д.Д.

Research supervisor Suenkova D.D.

*Уральский государственный медицинский университет
Россия, Екатеринбург, Свердловская область*

Aim/Цель: изучить особенности формирования дуоденоеюноанастомоза по Кимура лапароскопическим и лапаротомным способами, оценить восстановление проходимости верхних отделов желудочно-кишечного тракта в ближайший послеоперационный период.

Methods/Материал и методы: проведено ретроспективное исследование 13 историй болезни детей, находившихся на лечении в отделении хирургии новорожденных ОДКБ с 2019 по 2021 годы, им выполнялись оперативные вмешательства по поводу пороков развития: атрезия двенадцатиперстной кишки (ДПК) - 8 (61,5%) новорожденных, стеноз ДПК - 4 (30,8%) детей, мембрана ДПК выявлена в 1 (7,7%) случае. При распределении по половому признаку незначительно преобладали мальчики - 7 (54%) и 6 девочек (46%).

Results/Результаты: Врожденный порок развития ДПК был диагностирован антенатально у 10 (77%) детей, а после рождения у 3 пациентов (23%). Диагностический этап и предоперационная подготовка составляли 1,5±0,7 суток от момента госпитализации в стационар. Оперативные вмешательства по восстановлению проходимости порочной ДПК выполнялись лапароскопически у 5 (43%) детей, а лапаротомный доступ использовался у 8 (57%) новорожденных. При формировании межкишечного анастомоза по технологии Кимура предпочтение отдано дуоденоеюноанастомозу - 12 (92%), и только в 1 (8%) случае создан дуоденодуоденоанастомоз. Начало энтерального кормления при открытом доступе возникает на 7,3±1 сутки, при лапароскопическом - 6,4±1 сутки. Появление стула при лапаротомии наблюдалось на 1,2±1 сутки, а при лапароскопии - 2,2±1 сутки. Интра- и послеоперационный период протекали без хирургических осложнений, летальных исходов не было выявлено.

Conclusion/Выводы: формирование дуоденоеюноанастомоза по Кимура и открытым, и малоинвазивным способом позволяет полноценно восстановить анатомическую проходимость и моторно-эвакуаторную функцию ДПК.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УКУШЕННЫХ РАН ЛИЦА У ДЕТЕЙ EXPERIENCE IN TREATING FACIAL BITE WOUNDS IN CHILDREN

Авторы: Безрукавников Д. А.

Authors: Bezrukavnikov D. A.

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Карпова И.Ю.

Research supervisor Professor, DMedSci Karpova I.Yu.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Россия, Нижний Новгород, Нижегородская область

Цель. Изучить структуру укушенных ран лица и представить опыт их лечения.

Материалы и методы. На базе отделения челюстно-лицевой хирургии Нижегородской областной детской клинической больницы с 2019 по 2023гг. пролечено 691 детей с ранами лица. Среди госпитализированных мальчиков было 56%, девочек 44%. Пик заболеваемости составил 5,73 года. Давность от момента получения травмы до госпитализации в стационар варьировала от 1-2 часов до 1,5 суток. В структуре патологии отмечается сезонный пик, так в период с мая по сентябрь в стационар за помощью обратились 78% больных. В группе мальчиков наибольший уровень травматизма отмечен в возрасте 6-9 лет (36%), у девочек – 3-6 лет (27%). По локализации увечья чаще выявляли в области щек (26%), губ (23%), периорбитальных областей (8%).

Для диагностики тяжести повреждений использовали: ультразвуковое обследование, рентгенографию, мультиспиральную компьютерную томографию, бактериологическое исследование.

Результаты. При госпитализации состояние пациентов расценивали как тяжелое или средней степени тяжести. Проводили оценку общего состояния больного: наличие сознания, работу сердечно-сосудистой (ЧСС, PS), дыхательной (ЧД), пищеварительной систем (рвота, стул). Параллельно осмотру выполняли забор общего анализа крови, группы крови, резус фактора.

Исследование травмированных зон лица базировалось на выявлении множественности повреждений, количестве ран, их размеров, глубины. При необходимости данные по пациенту дополняли инструментальными методами обследования.

Всем пациентам проводили антирабическую профилактику с последующей первичной хирургической обработкой раны, объем операционной коррекции зависел от тяжести дефекта.

Заключение

Таким образом, только ответственное отношение к содержанию и дрессировке домашних питомцев, а также родительский контроль сделают возможным сократить число увечий у детей. А своевременное обращение в стационар позволит уменьшить количество посттравматических осложнений.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDREN WITH FOREIGN OBJECTS IN THE RESPIRATORY TRACT

Авторы: Белокрылова У.В., Каракулина Д.К.

Authors: Belokrylova U.V., Karakulina D.K.

Научный руководитель: к.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P.O.

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, Ижевск, Удмуртская Республика

Цель: изучить диагностику, методы и результаты лечения инородных тел дыхательных путей у детей.

Материалы и методы: В 2023 году в хирургическое отделение РДКБ было госпитализировано 13 детей с диагнозом инородное тело дыхательных путей в возрасте от 11 месяцев до 16 лет. Из них до 1 года был 1 (7,7%) ребёнок, от 1 года до 3 лет - 7 (53,8%) детей,

старше 3 лет - 5 (38,5%) детей. Диагностику инородного тела проводили на основании анамнеза, объективных, рентгенологических, эндоскопических методов исследования. Окончательно диагноз устанавливается при проведении диагностической бронхоскопии. После бронхоскопии применяли бронхолитики, глюкокортикостероиды и антибактериальные препараты.

Результаты: При проведении бронхоскопии было выявлено наличие инородного тела в дыхательных путях у 11 (85,6%) пациентов. У 4 (36,4%) детей инородное тело было локализовано в левом главном бронхе, у 3 (27,3%) – правом главном бронхе, у 2 (18,1%) – в долевых бронхах, у 1 (9,1%) – ребенка в трахее и у 1 (9,1%) в верхних дыхательных путях. У 2 детей (15,4%) инородное тело не было выявлено. Медикаментозное лечение было следующим: 3 детям (23,1%) были назначены бронхолитики, 7 детям (53,8%) глюкокортикостероиды и 4 (30,8%) антибактериальные средства. Выводы: Диагностическая бронхоскопия является самым информативным методом диагностики инородных тел у детей. Комплексное лечение, включающее удаление инородного тела при помощи бронхоскопии, ингаляции бронхолитических препаратов на основе глюкокортикостероидов, а также антибактериальная терапия привело к выздоровлению всех пациентов.

РАННЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА EARLY PERITONEAL DIALYSIS INITIATION IN INFANTS' PATIENTS AFTER CARDIAC SURGERY

Авторы: Беляева А. И.

Authors: Belyaeva A. I.

Научный руководитель: к.м.н. Кулемин Е. С.

Research supervisor CMedSci Kulemin E. S.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область*

Aim/Цель: Оценить влияние раннего начала перитонеального диализа (ПД) на исходы лечения кардиохирургических пациентов грудного возраста.

Methods/Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование результатов лечения 62 детей, которым проводилась процедура ПД в послеоперационном периоде после коррекции врождённых пороков сердца. Медиана возраста составила 8 суток, массы тела 3200 г, длины 50 см; длительности искусственного кровообращения – 220 минут, а времени пережатия аорты – 78 минут. В зависимости от времени начала проведения диализа дети были разделены на 2 группы: к 1-й отнесены пациенты, которым процедуру диализа начали в первые 6 часов после окончания операции, во 2-ю группу – более 6 часов. Количественные показатели представлены в виде медианы, 25 и 75 квартилей; сравнение качественных показателей проводилось при помощи t-критерия Вилкоксона.

Results/Результаты: Сравнимые группы отличались по длительности нахождения ребёнка в отделении реанимации ($p=0,003$) и проведения искусственной вентиляции лёгких ($p=0,001$). Энтеральное питание в группе раннего начала перитонеального диализа начиналось на 5 сутки, в группе позднего – на 6 сутки ($p=0,005$). Длительность проведения ПД в первой группе составила 3,5 дня, а во второй – 13 дней ($p=0,012$). При этом максимальный уровень лактата в первой группе достигал 9,5 ммоль/л, а во второй 5,5 ммоль/л ($p=0,046$). Частота развития осложнений перитонеального диализа в сравниваемых группах статистически не различалась ($p=0,125$) и составила 7,7% – в первой группе и 22,2% – во второй. Наиболее часто встречались такие осложнения, как хилоперитонеум и диализ-ассоциированный перитонит. Показатели летальности в обеих группах статистически не различались ($p=0,728$).

Conclusion/Выводы: Раннее применение перитонеального диализа у детей грудного возраста после кардиохирургических вмешательств способствует улучшению результатов лечения и не приводит к увеличению частоты, ассоциированных с проводимой процедурой, осложнений.

**РЕЦИДИВЫ ВОСПАЛЕНИЯ В ЧЕРВЕОБРАЗНОМ ОТРОСТКЕ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ
КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
RECURRENCE OF INFLAMMATION IN THE APPENDIX IN CHILDREN AFTER
CONSERVATIVE TREATMENT**

Авторы: Белякова М.И.

Authors: Belyakova M.I.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бландинский В.Ф., к.м.н. Соколов С.В.,
Андреев А.И., Андреева А. Ю.

Research supervisor DMedSci Blandinskiy V.F., CMedSci Sokolov S.V., Andreev A.I.,
Andreeva A.Yu.

*Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра урологии с
нефрологией*

Россия, Ярославль, Ярославская область

Aim/Цель: Формирование тактики при рецидиве воспаления в червеобразном отростке у детей. Выявить долю рецидивов воспаления в червеобразном отростке после консервативного лечения.

Methods/Материалы и методы: Результаты наблюдения за 92 пациентами, которым ранее проводили консервативное лечение воспаления червеобразного отростка. Рецидив регистрировали в случае абдоминального болевого синдрома в сочетании с воспалительными изменениями аппендикса по данным УЗИ, либо при Pediatric appendicitis score (PAS) ≥ 8 баллов. 13 (14,1%) детям выполнена аппендэктомия. У 7 (7,6%) пациентов повторно проведено консервативное лечение, оказавшееся безуспешным у 4 (57,1%) из них, что также потребовало выполнения оперативного вмешательства.

Results/Результаты: Частота рецидивов составила 21,7% (20 из 92 детей). В результате анализа клинических, лабораторных и ультрасонографических результатов, полученных при первом эпизоде воспаления, не выявлено достоверных прогностических параметров рецидива ($p > 0,28$). Длительность наблюдения у пациентов без рецидива составила от 1 до 79 месяцев (Me = 35 месяцев).

Conclusion/Выводы: Результаты исследования демонстрируют невысокую долю рецидивов воспаления аппендикса. Консервативное лечение при рецидиве воспаления червеобразного отростка также может быть проведено, но является менее эффективным, в сравнении с первичным эпизодом воспаления.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СПОСОБОВ
ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ
THE EFFECTIVENESS OF USING MODERN METHODS OF HEMOSTASIS
DURING LAPAROSCOPIC OPERATIONS**

Авторы: Белялов А.М., Рахмонов Ф.З., Мухитдинова С.М.

Authors: Belyalov AM, Raxmonov FZ, Muxitdinova SM

Научный руководитель: к.м.н., доцент Данияров Э.С.

Research supervisor PhD Daniyarov ES

*Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан*

Цель. Исследовать эффективность применения инновационной гемостатической губки в сравнении с традиционными методами гемостаза при лапароскопических операциях.

Материалы и методы: Операция проводилась на 11 пациентах с диагнозом лапароскопическая эхинококкэктомия в Самаркандском государственном медицинском университете. Для контроля кровотечения использовалась инновационная гемостатическая губка, которая была внедрена в процесс хирургического вмешательства в соответствии с традиционными методами лапароскопии. Оценка эффективности проводилась путем анализа времени гемостаза, объема потери крови и частоты возникновения осложнений.

Результаты: Кровотечение было успешно остановлено с помощью гемогубки, покрывшей раневую поверхность вязким гелем. Этот эффект наступал в течение 2-3 минут, обеспечивая мгновенную остановку капиллярного кровотечения. Важно отметить, что при активном кровотечении из сосудов диаметром более 1 мм использовалась точечная электрокоагуляция. После вмешательства проводился контрольный осмотр ложа.

Также применение инновационной гемостатической губки при лапароскопической эхинококкэктомии снизило время гемостаза на 30%, сократило объем потери крови на 20% и уменьшило частоту осложнений в послеоперационном периоде на 15% по сравнению с традиционными методами гемостаза.

Вывод. На основании проведенного исследования можно сделать вывод о высокой эффективности и безопасности применения инновационной гемостатической губки при лапароскопических операциях, включая лапароскопическую эхинококкэктомию. Использование данного метода гемостаза позволяет существенно сократить время операции, минимизировать кровопотерю и предотвратить развитие осложнений, что делает его предпочтительным вариантом для практического применения в клинической практике.

АТРЕЗИЯ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ DUODENAL ATRESIA IN NEWBORNS

Авторы: Бердикулова Ж, Толебек Б

Authors: Berdikulova Zh., Tolebek B.E.

Научный руководитель: проф. Турсунов К.Т., Куатбеков Д.Ж.

Research supervisor: Tursunov K.T., Kuatbekov D.Zh.

Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова

Казахстан, Алматы, Алматинская область, Казахстан

Цель: изучить сравнительных результатов лечения атрезии 12-перстной кишки у новорожденных.

Материалы и методы: в ГКП на ПБХ «Центр детской неотложной медицинской помощи» г.Алматы с 2019 по 2023 гг. оперирован 25 новорожденных с атрезией 12-перстной кишки. Мальчиков $n=17$ (68%), девочек $n=8$ (32%). При поступлении $n=24$ (96%) новорожденных средний возраст составил $1,375 \pm 1,49$. Доля недоношенных детей составила $n=17$ (68%), доношенных $n=8$ (32%). Средняя масса при рождении $2545,52 \pm 628$ г (максимальная низкая масса была 1650 до 3988г.) Средний балл по Апгар $6,84 \pm 0,74$. В одном случае новорожденный был госпитализирован только на 21 сутки рождения. Сочетание с другими пороками развития $n=3$ случаях (12 %), из которых с синдромом Дауна $n=2$ (8%), Тетрадо Фалло $n=1$ новорожденный (4 %).

Результаты: после операционная классификация: атрезия 12 кишки мембранозная форма было обнаружено у $n=4$ (16%), атрезия 12 кишки I типа у $n=9$ (36%), атрезия 12 кишки II типа у $n=1$ (4%), атрезия 12 кишки III типа у $n=2$ (8%), кольцевидная поджелудочная железа у $n=9$ (36%). Обходной ромбовидный дуодено-дуодено (ДД) анастомоз «конец в бок» по Кимура наложен $n=18$ (72%) случаях, дуоденотомия, иссечение мембраны $n=4$ (16%) случаях, дуодено-юно (ДЕ) анастомоз «конец в бок» по Кимура наложен $n=3$ (12%). Все анастомозы наложены однорядным швом OPTIME 5.0.

Осложнения наблюдались $n=4$ (16%) случаях. После операционная летальность отмечано в $n=2$ (8%) случаях из-за сопутствующего тяжелого порока, таких как ВПС Тетрадо Фалло, полиорганной недостаточности.

Выводы. Обходной ромбовидный ДД анастомоз по методу Кимура является наиболее эффективным хирургическим методом лечения атрезии 12-п-кишки, который позволял начать энтеральное питание в более ранние сроки и дает возможность в более ранние сроки восстановление пассажа по кишечнику. Осложнения наблюдалось в $n=4$ (16%) случаях, летальность $n=2$ (8%) случаях.

**АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**
ABNORMALITIES OF GENITAL DEVELOPMENT IN PEDIATRIC PRACTICE

Авторы: Бикиева Д.Р., Короткова А.В., Головня А.А.

Authors: Bikieva D.R., Korotkova A.V., Golovnya A.A.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Галимов И.И.

Research supervisor Ph.D assoc. Galimov I.I.

*Башкирский государственный медицинский университет
Россия, Уфа, Республика Башкортостан*

Aim/Цель исследования. Анализ результатов диагностики и лечения врожденных пороков развития половых органов у девочек.

Methods/Материалы и методы исследования. На базе гинекологического отделения ГБУЗ РДКБ г. Уфа с 2021 по 2024 год были пролечены 53 пациентки в возрасте от 1 года до 18 лет.

Results/Результаты. При поступлении пациентки предъявляли следующие жалобы на: боли в нижней части живота - 39 случаев, отсутствие менструации - 21, нарушения менструального цикла - 15, диспептические расстройства - 17, дискомфорт и боли при мочеиспускании - 5. Все больные были подвергнуты комплексному клиническому обследованию, которое включало сбор анамнестических данных, гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза. По показаниям проводилось МРТ, КТ органов малого таза и брюшной полости, а также оперативное вмешательство с последующим контролем с помощью ультразвуковых методов в послеоперационном периоде. Из 53 пациенток были прооперированы 45, в результате были выявлены: 16 (30,2 %) случаев врожденных аномалий влагалища; 11 (20,7%) врожденного отсутствия влагалища; 6 (11,3%) удвоения тела матки с удвоением шейки матки и влагалища; 4 (7,5 %) девственной плевы, закрывающая вход во влагалище; 3 (5,6 %) агенезии и аплазии матки; 3 (5,6%) врожденного ректовагинального свища; 2 (3,8 %) других удвоений матки; 2 (3,8 %) агенезии и аплазии шейки матки; 2 (3,8 %) женщин с 46,XY – кариотипом, по 1 случаю кистозной аномалии развития яичника (1,9 %), других врожденных аномалий яичника (1,9 %), двурогой матки (1,9 %) и удвоения влагалища (1,9 %).

Conclusion /Выводы. При оценке и выборе лечебной стратегии для пациенток с аномалиями развития половых органов критически важно придерживаться междисциплинарного подхода. Ключевыми элементами для выявления дефектов являются клинические признаки, результаты гинекологического обследования и ультразвукового исследования органов малого таза.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE TESTICULAR DISEASES IN CHILDREN

Авторы: Бобкова Ф.С.

Authors: Bobkova F.S.

Научный руководитель: к.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P.O.

*Ижевская государственная медицинская академия
Россия, Ижевск, Удмуртская Республика*

Цель: провести анализ методов диагностики и лечения острого заболевания яичка у детей.

Материалы и методы: за 2023 год в уроandroлогическом отделении РДКБ г. Ижевска находились на лечении 327 пациентов, госпитализированных с острым заболеванием яичка (ОЗЯ). Детей от рождения до года было 3 (1,0%), от 1 до 3 лет – 11 (3,4%), 4-7 лет – 51 (15,6%), 7-10 лет – 84 (25,7%), 10-14 лет – 160 (48,8%), 15-18 лет – 18 (5,5%). Диагноз был установлен на основании анамнеза, объективных данных и ультразвукового исследования. Хирургическое лечение проведено 307 (93,9%) детям, не оперированы – 20 (6,1%).

Результаты: Интраоперационно были установлены следующие диагнозы: перекрут гидатиды 108 (33%) пациентов, перекрут гидатиды, осложненный вторичным эпидидимитом – 123 (37,6%), первичный эпидидимит 43 (13,1%), орхэпидимит 5 (1,5%), перекрут яичка 19 (5,8%), перекрут кисты придатка 1 (0,3%), ушиб мошонки у 3 (1,0%) детей, 5 (1,5%) – другие заболевания. Оперативное лечение выполняли в виде ревизии органов мошонки, гидатидэктомии, при необходимости – дренирование оболочек яичка, в 5 (1,5%) случаях выполнена орхэктомия из-за некроза яичка вследствие перекрута. Из тех детей, которым не потребовалось хирургическое лечение, 17 (5,2%) пациентам был выставлен диагноз «Наблюдение при подозрении на заболевание или состояние неуточнённое» (Z03.9), аллергический отек мошонки – 3 детей (1,0%).

Результаты: острое заболевание яичка – собирательный диагноз, предполагающий в большинстве случаев оперативную тактику для установления диагноза и выбора метода лечения.

Вывод: анамнез и данные объективного исследования в сочетании с УЗИ-диагностикой органов мошонки позволяет выставить диагноз ОЗЯ на ранней стадии заболевания. Окончательный диагноз устанавливается на операции. Вид хирургического лечения определяется индивидуально, на основании данных полученных интраоперационно.

КОЛИЧЕСТВО ГАНГЛИОНАРНЫХ КЛЕТОК В НИЗВЕДЕННОЙ КИШКЕ – ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА THE NUMBER OF GANGLION CELLS IN THE REDUCED COLON - INFLUENCE ON THE CLINICAL OUTCOME OF TREATMENT OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

Авторы: Бондаренко Е.А., Мочалова А.Д., Шабанова Ю.В.

Authors: Bondarenko EA, Mochalova AD, Shabanova YuV

Научный руководитель: к.м.н. Колесникова Н.Г.

Research supervisor CMedSci Kolesnikova NG

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область*

Aim/Цель: Изучить количество ганглионарных клеток в низведенной кишке при коррекции болезни Гиршпрунга (БГ) и определить, влияет ли их количество на клинический результат.

Methods/Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ 59 медицинских карт стационарных больных и анализ количества ганглионарных клеток в гистологическом

препарате низведенной кишки у детей с диагнозом БГ, находящихся на лечении в ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ в период с ноября 2015 по июнь 2023гг. Критерии включения в исследование: ректальная и ректосигмоидная форма БГ, корректная оценка биопсийного материала. В контрольную группу включены 4 пациента.

Results/Результаты: По клиническому эффекту пациенты разделены на 3 группы: I группа - пациенты с нормальной функцией дефекации; II группа - пациенты с сохраняющимися маловыраженными запорами до 3 дней и каломазанием; III группа - пациенты с длительными запорами, которые разрешаются при использовании клизмы для того, чтобы не было переполнения кишечника. Контрольная группа – пациенты, которым делали операцию по закрытию стомы, не связанной с БГ. В I группу вошли 66,1% пациентов (n=39), в низведенной кишке в мышечном слое у данных пациентов выявлено $48,3 \pm 7,6$ /см ганглионарных клеток, в подслизистом слое $42,7 \pm 4,3$ /см ганглионарных клеток. Во II группе - 23,7% (n=14) пациентов, при обработке результатов гистологического исследования низведенной кишки в мышечном слое у них выявлено $26,1 \pm 6,6$ /см клеток, в подслизистом слое $24,8 \pm 4,8$ /см клеток. В III группу вошли 10,2% (n=6) пациентов, у которых в низведенной кишке в мышечном слое $8,3 \pm 1,3$ /см ганглионарных клеток, в подслизистом слое $6,3 \pm 1,8$ /см клеток. При анализе гистологических препаратов интактной кишки IV группы (n=5) выявлено 40-100/см ганглионарных клеток.

Conclusion/Выводы: Для хорошего функционирования кишки необходимо 40 ганглионарных клеток в 1 сантиметре кишки, что соответствует полученным результатам гистологии контрольной группы пациентов со здоровым сегментом кишки.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ЗАКРЫТИИ ЭНТЕРОСТОМ У ДЕТЕЙ. THE COMPARATIVE EVALUATION OF METHODS FORMING INTER- INTESTINAL ANASTOMOSIS IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH ENTEROSTOMES.

Авторы: Бори Б.Т., Маратов А.Р., Жумаш Г.О., Камбар Н.А., Табылды К.А.

Authors: Bori B.T., Maratov A.R., Zhumash G.O., Kambar N.A., Tabyldy K.A.

Научный руководитель: PhD Бисалиев Б.Н.

Research supervisor PhD Bissaliyev B.N.

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова

Казахстан, Актобе, Актюбинская область, Казахстан

Aim/Цель: Провести сравнительную оценку эффективности методов закрытия кишечных стом у детей.

Methods/Материал и методы: Проведено ретроспективное когортное исследование 42 детей с энтеростомами, пролеченных в период с 2016 по 2023 г.г. в Актюбинской областной детской клинической больнице. В общую выборку включены дети с окончательным закрытием илеостом – 27 (64,2%), колостом – 10 (23,8%), еюностом – 5 (11,9%). В основную группу вошли 22 детей с энтеростомами, которым применялся метод формирования концевобочного межкишечного анастомоза после магнитно-компрессионного межкишечного анастомоза (МКМА). Группу сравнения составили 20 детей с одноствольными энтеростомами, которым закрытие стомы проводилось традиционным способом кишечных анастомозов. Результаты лечения сравнивались по длительности полного парентерального питания, частоте осложнений, летальности и количеству койко-дней в стационаре, в отделении реанимации.

Results/Результаты: В основной группе случаев несостоятельности анастомоза не выявлено. Это обусловлено видом анастомоза, исключаящий нагрузку на швы, и формированием его между функционирующими приводящим и отводящим отделами кишок. Продолжительность полного парентерального питания в послеоперационном периоде в основной группе была меньше в среднем на 4,1 дней. Случаи несостоятельности анастомозов потребовали повторные операции выведения энтеростом, что существенным образом увеличила длительность лечения в стационаре в среднем на 18,1 дней, а в отделении

реанимации на 8,5 дней, в сравнении с основной группой. Летальный исход (1) в группе сравнения с развитием абдоминального сепсиса вследствие перитонита от несостоятельности межишечного анастомоза.

Conclusion/Выводы: Формирование конце-бокового анастомоза при окончательном закрытии энтеростомы с МКМА способствует более быстрому выздоровлению ребенка, уменьшению потребности в парентеральном питании, приводит к значительному сокращению сроков лечения в реанимации и общего числа койко-дней.

**НЕОБХОДИМОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ГАСТРОСТОМ С ПРОВЕДЕНИЕМ
НИТИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ
THE NECESSITY OF FORMING A GASTROSTOMY WITH THREAD PASSAGE
IN THE TREATMENT OF POST-BURN STRICTURES OF THE ESOPHAGUS IN
CHILDREN**

Авторы: Бори Б.Т., Табылды К.А., Маратов А.Р., Турсынхан А.С., Куанышбай Н.Н.

Authors: Bori B.T., Tabyldy K.A., Maratov A.R., Tursynkhan A.S., Kuanysbay N.N.

Научный руководитель: к.м.н. Досмагамбетов С.П.

Research supervisor Ass.prof. Dosmagambetov S.P.

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова

Казахстан, Актобе, Актюбинская область, Казахстан

Aim/Цель: Оценить необходимость гастростом с проведением нити в лечении послеожоговых сужений пищевода у детей.

Methods/Материал и методы: Проанализированы истории болезни 28 детей с рубцовыми сужениями пищевода после химических ожогов, пролеченных в период с 2014 по 2023 г.г. в Актюбинской областной детской клинической больнице. Дети с субкомпенсированным стенозом пищевода – 10 (35,7%), декомпенсированным стенозом – 18 (64,2%) вошли в выборку. Основная группа – 19 детей, которым сформирована гастростома и применялся метод бужирования пищевода за нить. Группу сравнения составили 9 детей, которым бужирование пищевода проводилось без нити под контролем эндоскопа. Критериями эффективности методов лечения служили длительность периода и частота бужирования, количество осложнений, летальности.

Results/Результаты: Продолжительность периода бужирования пищевода увеличена в группе сравнения в 1,2 раза. Перфорация пищевода при проведении бужирования пищевода без нити отмечалась в 2 (22,2%) случаях, что потребовало экстренной шейной эзофагостомии. В одном случае из которых произошел летальный исход вследствие прогрессирующего медиастинита. Кратность бужирования пищевода в группе сравнения возросло в среднем 1,7 раз за счет медленной смены размеров бужей до доведения возрастного. Осложнения в виде рестеноза пищевода развилось у 4 (44,4%) детей в группе сравнения, получающих лечение баллонной дилатацией пищевода.

Conclusion/Выводы: Слепое бужирование пищевода является опасным методом лечения рубцовых сужений пищевода. Лечение рубцовых сужений пищевода без нити требует обязательной госпитализации больного, проведения манипуляции под наркозом и постоянного эндоскопического контроля, что создает неудобства для больных. Преимуществами бужирований пищевода за нить являются более быстрое доведение размеров пищеводного бужа до возрастных размеров на госпитальном этапе, с последующим амбулаторным бужированием возрастным размером с урежением частоты бужирования.

**МИГРАЦИЯ НЕФРОАМНИАЛЬНОГО ШУНТА С ОБРАЗОВАНИЕМ
ПАРАНЕФРАЛЬНОГО ЗАТЕКА, ПЕРИАППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА
MIGRATION OF NEPHROAMNIAL SHUNT WITH FORMATION OF
PERINEPHRAL LEAK, PERIAPENDICULAR INFILTRATE**

Авторы: Боровлёва Д.С., Ерохина Н.О.

Authors: Borovlyova DS, Erochina NO

Научный руководитель: к.м.н, Шумихин В. С.

Research supervisor PhD Shumikhin V.S.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Мальчик от 2-ой беременности, 2-ых своевременных родов. На 16 неделе гестации установлен диагноз плода: гидронефроз 4 степени справа. На 27 неделе гестации выполнено нефроамниальное шунтирование. К концу беременности - дислокация шунта из амниотической полости в паранефральное пространство. В связи с внутриутробно возникшим блоком почки, на 1 сутки жизни выполнена пункционная нефростомия. На 24 сутки жизни оперирован в связи с гнойным орхитом, выполнена ревизия правой половины мошонки, вскрытие и дренирование абсцесса. В возрасте 1 месяца 21 дня ребенок госпитализирован в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова. При поступлении жалобы на повышение температуры тела, беспокойство; живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Место стояния нефростомы без изменений, нефростома функционирует. По данным лабораторных исследований: умеренная лейкоцитурия, повышение маркеров воспаления. На УЗИ: взвесь в просвете ЧЛС, паранефральная клетчатка отечна. На 2 сутки госпитализации - выраженное беспокойство ребенка. При повторном осмотре в правой подвздошной области пальпаторно определялось объемное образование плотной консистенции, слева живот мягкий, безболезненный. По данным УЗИ в правой подвздошной области отграниченная неоднородная жидкостная структура со взвесью и нитевидными включениями, окруженная петлями кишки с вовлеченным червеобразным отростком, диаметром до 5мм. В связи с подозрением на периаппендикулярный абсцесс, выполнена диагностическая лапароскопия. Предпринятая попытка разделения инфильтрата безуспешна. Была наложена илеостома. Нефроамниальный шунт удалён, выполнено дренирование брюшной полости, забрюшинного пространства. В раннем послеоперационном периоде снижение маркеров воспаления. На 1 п/о сутки ребенок переведен из ОРИТ. На 2 сутки дренажи удалены. На 9 сутки ребенок выписан из стационара. Учитывая вероятность развития жизнеугрожающих состояний вследствие выполнения фетальных операций, необходимо тщательно подходить к определению показаний к таким вмешательствам.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИСИЛОКСАНОВ В ЛЕЧЕНИИ
ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВ У ДЕТЕЙ.
ASSESSMENT OF THE EFFICACY OF POLYXILOXANES IN THE TREATMENT
OF POST-BURN SCARS IN CHILDREN.**

Авторы: Боровская А.В., Бойко В.А., Мартиросян М.А., Зайцева Е.О.

Authors: Borovskaya AV, Boyko VA, Martirosyan MA, Zaitseva EO.

Научный руководитель: д.м.н. Чепурной М.Г.

Research supervisor DMedSci Chepurnoy MG

Ростовский государственный медицинский университет

Россия, Ростов-на-Дону, Ростовская область

Цель: описание препарата, оказывающее противовоспалительное действие и глубокое проникновение в постожоговые патологические рубцы. Препаратом выбора является гель на основе тизоля, коллагеназы и папаина.

Материалы и методы: На базе ожогового отделения ОДКБ г. Ростова-на-Дону исследование проводилось нанесением препарата на основе папаина, коллагеназы и тизоля с помощью электрофореза. Терапию начинали на 21 день после заживления ран от ожогов.

1-й этап: В опытной группе пациентам дважды в сутки втирали на рубцы гель, в контрольной группе — гепаринсодержащий препарат.

2-й этап: Электрофорез необходим для улучшения биодоступности препарата в рубцовую ткань, поэтому на рубец накладывали гель, а поверх него - электрод с прокладкой раствора хлорида натрия, продолжительностью от 7 до 12 мин, от 10 до 30 процедур. Оценку на обоих этапах проводили по Ванкуверской шкале оценки рубцов, учитывая плотность, зуд, цвет.

Результаты: Участники опытной группы 1-го этапа исследования отмечали уменьшение зуда к концу 2-й недели, побледнение к концу 2-го месяца, уменьшение плотности и высоты становилось значимым к 3-му месяцу лечения, в то время, как у участников другой группы оценка параметров не изменялась на протяжении всего лечения.

Пузырей с серозным или геморрагическим содержимым и аллергических реакций не наблюдалось. Подтверждено, что при использовании геля наблюдается ранний косметический удовлетворительный эффект без зуда. У 100% детей опытной группы 2-го этапа исследования, получавшим гель с электрофорезом, отмечалось улучшение состояния после 5-й процедуры. Между свежими и старыми рубцами у пациентов разницы не наблюдалось.

Выводы: Гель на основе коллагеназы, папаина и тизоля может быть рекомендован в профилактике и лечении послеожоговых рубцов, как средство, характеризующееся высокой эффективностью за счет способности глубокого проникновения в рубцовую ткань с помощью транскутанного проводника — тизоля, оказывающего пролонгированное противовоспалительное действие.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЛИДНОЙ ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОДРОСТКА THE CASE REPORT OF A SOLID PSEUDOPAPILLARY PANCREATIC TUMOR IN ADOLESCENT

Авторы: Бородкин И.О., Гарновская С. А.

Authors: Borodkin IO, Garnovskaya SA

Научный руководитель: д.м.н. Митупов З.Б.

Research supervisor DMedSci Mitupov ZB

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Солидная псевдопапиллярная опухоль (СППО) – редкое новообразование поджелудочной железы (ПЖ), встречающееся с частотой 0,2-2,7% среди всех опухолей ПЖ, при этом локализация патологического процесса в теле составляет 11%. Основным методом лечения является радикальная резекция опухоли в пределах здоровых тканей.

Пациентка А., 14 лет. В декабре 2023 года на диспансерном обследовании при УЗИ было заподозрено, а затем подтверждено по КТ образование тела ПЖ. На момент поступления в торакальное отделение ДГКБ им. Н.Ф. Филатова через месяц у пациентки появились жалобы на редкие боли в эпигастрии. При объективном осмотре живот мягкий, болезненности при пальпации нет. При эндоскопическом УЗИ выявлены признаки кистозно-солидного образования в области тела ПЖ. На ангиографии брюшной части аорты и ее ветвей выявлено нарушение оттока по селезеночной вене вследствие сдавления образованием, прорастание опухоли в окружающие сосуды исключено. В связи с риском развития осложнений принято решение об операции.

Интраоперационно после рассечения желудочно-ободочной связки в теле ПЖ визуализируется опухоль 4х4 см. Опухоль удалена с окружающими лимфоузлами с захватом

3-5 мм от ее краёв, центральный участок ПЖ ушит. В дистальном отделе железы выявлен Вирсунгов проток, в него заведен и подшит катетер Ch 6. К дистальному отделу ПЖ подшита петля по Ру, через нее проведена на брюшную стенку вирсунгостома, сформирована энтеростома. Патоморфологическое исследование подтвердило СППО. Послеоперационный (п/о) период протекал гладко. Кормление в энтеростому начато на 1-е п/о сутки, кормление перорально начато на 7-е п/о сутки.

СППО ПЖ является редкой патологией с неспецифическими симптомами. Учитывая возможность прорастания СППО магистральных сосудов необходимо комплексное предоперационное обследование и тщательное хирургическое планирование. Локализация СППО в теле ПЖ требует обеспечения адекватного дренирования сока ПЖ наряду с максимальным сохранением ткани железы после удаления опухоли.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ У МАЛЬЧИКОВ. ETIOLOGICAL FACTORS OF HYDATID TORSION IN BOYS.

Авторы: Букин М. И.

Authors: Bukin MI

Научный руководитель: к.м.н. Столяр А. В.

Research supervisor CMedSci, Stolyar AV

*Тюменский государственный медицинский университет
Россия, Тюмень, Тюменская область*

Цель исследования. Изучить влияние климатических условий как возможный этиологический фактор, способный провоцировать развитие перекрута гидатиды у мальчиков г. Тюмени.

Материалы и методы. В исследование включено 205 медицинских карт мальчиков, оперированных на базе ГБУЗ ТО «ОКБ №2» г. Тюмень по поводу перекрута гидатиды яичка и придатка за 2023 год. Оценены климатические факторы (температура окружающей среды, атмосферное давление и влажность) за 12 часов до начала заболевания и на момент возникновения первых симптомов болезни. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.1.2. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Медиана возраста пациентов составила 11 [9,00 – 12,00] лет. Чаще диагностировался перекрут гидатиды правого яичка (66,8% против 33,2%). В зимние месяцы госпитализировано 20,1% больных, весной – 24%, летом – 21,8%, осенью 34,1%. При анализе климатических факторов за 12 часов до первых симптомов и в момент начала заболевания получены следующие результаты: температура окружающей среды повышалась - 5°C против 7°C ($p < 0,001$), атмосферное давление оставалось стабильным 755 мм.рт.ст против 754 мм.рт.ст. ($p = 0,610$), а относительная влажность наоборот снижалась 79% против 72% ($p < 0,001$). Наибольшие колебания влажности отмечались в ноябре ($p = 0,015$), июле ($p < 0,001$), августе ($p = 0,002$) и декабре ($p < 0,001$); а колебания температуры в апреле ($p = 0,014$), марте ($p = 0,026$), мае ($p = 0,002$), июне ($p = 0,005$), июле ($p = 0,001$) и августе ($p = 0,005$).

Заключение. Наше исследование впервые показало, что такие погодные явления как температура окружающей среды и относительная влажность воздуха оказывает влияние на возникновение перекрута гидатиды у мальчиков. Наиболее значимо сочетание этих факторов в июле и августе. Так же полученные нами данные не соответствуют информации в литературе об увеличенной частоте встречаемости перекрута гидатиды в зимний период.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ
RESULTS OF LAPAROSCOPIC TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN
CHILDREN**

Авторы: Бургуева А. Б.

Authors: Burgueva A. B.

Научный руководитель: Мейланова Ф. В.

Research supervisor Meilanova F. V.

Дагестанский государственный медицинский университет

Россия, Махачкала, Республика Дагестан

Актуальность. Острый аппендицит – самая распространенная патология в практике детского хирурга, требующая экстренного хирургического вмешательства. Частота этого заболевания в разных возрастных группах составляет от 3 (младший возраст) до 42%.

Цель. Анализ результатов лапароскопического лечения острого аппендицита у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 995 случаев лечения острого аппендицита у детей в период с января 2020 по декабрь 2022 включительно. Из них: катаральный аппендицит - 58 случаев, флегмонозный аппендицит - 785 случаев, гангренозный аппендицит - 53 случая, гангренозно-перфоративный аппендицит с местным перитонитом - 66 случаев, гангренозно-перфоративный аппендицит с разлитым перитонитом - 23 случая, хронический аппендицит - 10 случаев. Возраст пациентов от 3-х месяцев до 18 лет. Средний возраст пациентов составил 10-12 лет. Лапароскопическая аппендэктомия произведена у 973 детей, конверсия произведена в 22 случаях.

Результаты. В послеоперационном периоде после лапароскопической аппендэктомии у 55 детей (5,7%) возникли осложнения. Инфильтрат брюшной полости-42 случая. Послеоперационный парез кишечника -1. Ранняя спаечная кишечная непроходимость 8 случаев , из них в 3х случаях выполнена релапароскопия. Несостоятельность культи 2, абсцессы брюшной полости 2.

Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия имеет следующие преимущества:

- малую травматичность операционного доступа и манипуляций;
- отличный обзор и визуальный контроль всех этапов операции
- уменьшение послеоперационной боли, пареза кишечника;
- раннее восстановление физической активности пациента;
- сокращение сроков пребывания в стационаре;
- отличный косметический результат.
- применяемые методики позволяют значительно улучшить результаты диагностики: минимизировать диагностические ошибки.

Самым частым осложнением было возникновение послеоперационного инфильтрата брюшной полости.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ СИНДАКТИЛИИ КИСТИ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОГО
«КОРОНОВИДНОГО» ЛОСКУТА.**

CLINICAL CASE OF TREATMENT OF HAND SYNDACTYLY.

Авторы: Бурская В.С., Перевалова Н.В., Календарова М.Т., Нишонов Ш.Х.

Authors: Burskaya V.S., Perevalova N.V., Kalendarova M.T., Nishonov S.K.

Научный руководитель: д.м.н. Мурга В.В., к.м.н. Марасанов Н.С.

Research supervisor DMedSci Murga V.V., Ph.D.MedSci Marasanov N.S.

Тверской государственный медицинский университет

Россия, Тверь, Тверская область

Цель: Оценить результаты хирургического лечения пациента с синдактилией кисти новой методикой с использованием «короновидного» лоскута.

Материалы и методы: Проанализирован клинический случай пациентки, которая пребывала на стационарном лечении в травматолого-ортопедическом отделении Детской Областной Клинической Больницы г. Тверь.

Результаты: Пациентка П., 15 лет 07.04.2008г. находилась на лечении в период с 04.12.23 по 26.12.24, с диагнозом: синдактилия 3-4 пальцев левой кисти. 05.12.24 — операция: разделение 3-4 пальцев с формированием межпальцевого пространства с использованием «короновидного» лоскута по разработанной в отделении методике. На левой кисти выполнены фигурные разрезы: «короновидный» лоскут образован на ладонной стороне кисти у основания 3-4 пальцев, дугообразные разрезы на тыльной и ладонной поверхностях пальцев.

Лоскуты отсепарированы, разделены пальцы до межосевой связки, подготовленный «короновидный» лоскут перемещён в дистальном направлении, раны укрыты асептической стерильной повязкой, сформирован третий межпальцевой промежуток. Наложён гипсовый лонгет от кончиков пальцев до верхней трети предплечья в положении разведения пальцев. В послеоперационном периоде выполнялись перевязки каждые 3 дня. После снятия швов на 21 сутки, проводилась иммобилизация пластиковыми шинами. Ортезирование выполнялось круглосуточно в течение месяца, за исключением времени для выполнения гимнастики, после чего, шины применялись только во время ночного сна. Полученный результат оценивали по трём критериям: внешний вид, функция и чувствительность. Нарушение чувствительности не наблюдалось, движения пальцев в полном объёме. Косметический результат через 2,5 месяца оценён самой девочкой как хороший.

Вывод: Адекватный выбор метода операции и реабилитации позволяет достичь хорошего функционального показателя. Косметический результат, обусловлен тем, что послеоперационные рубцы располагаются в межпальцевом пространстве и не определяются визуально.

ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМА ТРАВМЫ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ МЕЖМЫШЕЧКОВОГО ВОЗВЫШЕНИЯ У ДЕТЕЙ FEATURES OF THE MECHANISM OF INJURY AND TREATMENT OF INTERSTITIAL ELEVATION FRACTURES IN CHILDREN.

Авторы: Быков В.М., Плотников А.П.

Authors: Bykov V.M., Plotnikov A.P.

Научный руководитель: Серова Н.Ю.

Research supervisor CMedSci Serova N.Yu.

*Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и
травматологии*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель: улучшить результаты лечения переломов межмышечкового возвышения у детей.

Материалы и методы: С 2017 по 2022 гг. в отделение травматологии институт пролечено 70 пациентов с повреждением межмышечкового возвышения коленного сустава (51-73% мал. и 19-27% дев.). Средний возраст составил 12±4,5 лет. По классификации Meyers and McKeever (1959) выделяют 4 группы переломов: без смещения, с незначительным смещением, со смещением и/или повреждением волокон крестообразной связки и многооскольчатый перелом со смещением. Выбор метода фиксации зависит от размера, фрагментарности и степени смещения костно-хрящевых фрагментов, установленных на КТ, и от травмы мягкотканых структур — на МРТ. Показанием к репозиции является 2 тип перелома с последующей гипсовой иммобилизацией, а смещение более 2 мм и фрагментарный характер перелома требует артроскопического вмешательства.

Результаты: Было задействовано 8 видов лечения: консервативное лечение применено у 15 детей; артроскопическая фиксация винтами — у 27; прошивание лавсановой

нитью вместе со швом мениска - у 4; использование винтов вместе с нитью и швом мениска - у 3 детей. Также изолированное прошивание нитью применялось у 3 пациентов, а фиксация винтами с ушиванием мениска - у 2, по 1 пациенту использовались угловая пластина и пластина на плато большеберцовой кости.

Все пациенты вертикализированы на 1 сутки после операции. Койко-день составил 7-8 дней. Опорную нагрузку на ногу разрешали на 30-45 день. Удаление металлоконструкций выполнено через 6 месяцев после выписки из стационара: при артроскопической визуализации отмечено удовлетворительное стояние и консолидация перелома. Осложнений не выявлено.

Выводы. Таким образом, способ фиксации подбирается индивидуально, на основании локализации и типа повреждения. Стабильная фиксация позволяет сохранить собственные структуры коленного сустава, что является наиболее прогностически благоприятным исходом для проведения ранней реабилитации, особенно при повреждениях 2-4 типов.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У НЕДОНОШЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF POSTHEMORRHAGIC HYDROCEPHALUS IN PREMATURE INFANTS IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

Авторы: Вагабова Э. Б.

Authors: Вагабова Э. Б.

Научный руководитель: Мейланова Ф. В.

Research supervisor Meilanova F. V.

Дагестанский государственный медицинский университет

Россия, Махачкала, Республика Дагестан

Актуальность. В настоящее время одной из актуальных проблем неонатологии являются внутрижелудочковые кровоизлияния с последующим развитием постгеморрагической формы гидроцефалии, которые могут привести к летальным исходам и выраженным психоневрологическим расстройствам у детей.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения недоношенных детей с постгеморрагической гидроцефалией.

Материал и методы. В НХО ДРКБ г. Махачкала по поводу постгеморрагической гидроцефалии недоношенных за период 2021-2023 гг. было прооперировано 17 детей в сроках гестации 28-34 недель и массой тела до 1500 гр. 59% составили мальчики, 41% - девочки. Из них у 5 пациентов внутрижелудочковые кровоизлияния сопровождались сопутствующей патологией развития ЦНС. Спинальный дизрафизм -2 случая, Аномалия Денди Уокера-2 случая, в 1 случае была обнаружена порэнцефалическая киста в левой затылочно-теменной области. Во всех случаях детям с обструктивной формой постгеморрагической гидроцефалии была проведена операция вентрикулосубгалеального шунтирования.

Результаты. Купирование внутричерепной гипертензии наблюдалось у всех 17 пациентов. В дальнейшем в 1(5%) случае отмечалась ликворея из послеоперационной раны. У 3-х пациентов в последующем отмечалась компенсация гидроцефалии. Шунтозависимыми оказались 14 пациентов.

Низкая масса тела, глубокая недоношенность, сопутствующая патология ЦНС и других систем, массивные внутрижелудочковые кровоизлияния привели к развитию декомпенсации органов и систем, что в 3 случаях явилось причиной летального исхода, которая составила 18%

Выводы. Изучение результатов показывает, что метод вентрикулосубгалеального шунтирования является методом выбора временного купирования гидроцефального синдрома и является решением проблемы выживаемости новорожденных с весом до 1500

гр.. При наличии показаний дальнейшее лечение при достижении веса, позволяющего объемное оперативное вмешательство направлено на методы установки вентрикулоперитонеальной шунтирующей системы.

ТРАВМА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ SPINAL INJURY IN CHILDREN

Авторы: Вакилов Ф.Ф., Короткова А.В., Головня А.А., Дьяконов Г.В., Кахрамонов А.Б.

Authors: Vakilov F.F., Korotkova A.V., Golovnya A.A., Dyakonov G.V., Kakhramonov A.B.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Гумеров А.А.

Research supervisor M.D., prof. A.A. Gumerov.

*Башкирский государственный медицинский университет
Россия, Уфа, Республика Башкортостан*

Aim/Цель исследования: Провести анализ лечения травм позвоночника у детей.

Methods/Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ 416 историй болезней детей в возрасте от 1 до 17 лет с повреждениями позвоночника и таза, находившимся на лечении в РДКБ г.Уфа в период 2010-2021 гг.

Results/Результаты: Возрастно-половой состав: повреждения позвоночника и таза мальчики получали больше - 235 (56,5%), девочки – 181 (43,5%), возраст от 7 до 11 – наиболее подвержен повреждениям этих областей – 162 случая (40%), от 1 до 3 лет – 31 случай (7,5%), 4-6 лет – 55 случаев (13,2%), 11-14 лет – 145 случаев (35%), наименее подвержен этим повреждениям возраст от 15 до 17 лет – 23 случая (5,5%). Травмы позвоночника и таза полученные во время ДТП составили – 136 случаев (32,7%), количество бытовых травм – 172 (41,3%), в результате кататравм – 108 (26%). При лечении данных травм чаще используют скелетное вытяжение - 192 случая (46%), количество открытых репозиций – 77 (18,5%), стер ап – 28 (6,5%), закрытую репозицию применяли в 39 случаях (9%).

Conclusion/Выводы: Травмам позвоночника и области спины наиболее подвержены мальчики, возраст, при котором дети чаще получают эти травмы от 7 до 11 лет, причинами данных повреждений чаще является ДТП. Наиболее часто используемый метод лечения – скелетное вытяжение.

ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА TREATMENT OF EPITHELIAL COCCYGEAL PASSAGE

Авторы: Вакилов Ф.Ф., Короткова А.В., Музафаров А.Р., Головня А.А., Ахметов А.А.

Authors: Vakilov F.F., Korotkova A.V., Muzafarov A.R., Golovnya A.A., Akhmetov A.A.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Валитов И.О.

Research supervisor Ph.D., Associate Professor Valitov I.O.

*Башкирский государственный медицинский университет
Россия, Уфа, Республика Башкортостан*

Aim/Цель исследования: Провести сравнительный анализ лечения эпителиального копчикового хода у детей.

Methods/Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ 30 историй болезней детей в возрасте от 12 до 17 лет с диагнозом «Эпителиально-копчиковый ход», находившимся на лечении в РДКБ г.Уфа в период 2019-2022 гг.

Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от возникновения рецидива: 1 группа – с наличием рецидива (n=14), вторая группа – без возникновения рецидива на момент проведения исследования (n=16).

Results/Результаты: Возрастно-половой состав групп: у пациентов первой группы возраст составил от 11 до 17 (15,4±1,3) лет, 11 мальчиков, 3 девочки. Во 2 группе возраст от

12 до 16 ($14,4 \pm 1,4$) лет, 11 мальчиков, 5 девочек. Во второй группе вторичные свищевые ходы наблюдались у двух пациентов (12,5%), в первой – у 10 (71,4%). Наличие кокцигодении в анамнезе было у одного пациента из второй группы (6,25%) и у 4 пациентов из первой группы (28,6%). Также в первой группе было 2 пациента с наличием в анамнезе перелома копчика. В первой группе срок пребывания в больнице составил 9,6 койко-дней при первом обращении и 5 дней при повторном обращении, во второй группе – 6,3 койко-дней.

Conclusion/Выводы: При обнаружении у пациента вторичных свищевых ходов вероятность возникновения рецидива у пациента больше в 5,7 раз, при наличии в анамнезе кокцигодении – в 4,6 раз.

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ У МЛАДЕНЦЕВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА THE STRUCTURE OF PATHOLOGY IN PREMATURE INFANTS WITH THE SURGICAL STAGE OF NECROTIZING ENTEROCOLITIS

Авторы: Ванян Л.А.

Authors: Vanyan LA

Научный руководитель: к.м.н. доцент Шумихин В.С.

Research supervisor CanMedSci Shoumikhin VS

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель. Проанализировать структуру патологий у недоношенных младенцев с хирургической стадией некротизирующего энтероколита (НЭК).

Материалы и методы. В период за 2022–2023 год в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова находились на лечении 32 ребенка с хирургической стадией НЭК. Средний срок гестации составил $28,72 \pm 3,78$ недель ($M \pm \sigma$). Средняя масса тела при рождении $1138 \text{ г} \pm 503 \text{ г}$ ($M \pm \sigma$). Пациенты были разделены на 3 группы, в группу А вошли пациенты с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ, $<1000 \text{ г}$) – 17 детей, в группу Б – пациенты с очень низкой массой тела (ОНМТ, $1000 \text{ г} - 1499 \text{ г}$) – 9 детей, в группу В – пациенты с низкой массой тела (НМТ, $1500 \text{ г} - 2500 \text{ г}$) – 6 детей. В каждой группе оценивались показания к операции, возраст на момент их установки, течение и форма заболевания, летальность. Также проанализирована частота и длительность предоперационного дренирования брюшной полости, которое проводилось для стабилизации тяжелого состояния пациентов с клиникой перфорации полого органа.

Результаты. В группе А: показанием к операции в 14 случаях была перфорация полого органа, в 2 случаях – кишечная непроходимость (КН) и в 1 – статичная петля (СП). Средний возраст на момент операции $13 \text{ дней} \pm 11$ ($M \pm \sigma$). У 14 детей была острая, у 3 – подострая форма НЭК. Летальный исход был отмечен у 5 пациентов, троим из которых оперативное вмешательство не проводили.

В группе Б: показанием к операции в 5 случаях была перфорация полого органа, в 2 случаях – КН и в 2 случаях – СП. Средний возраст на момент операции – $7 \text{ дней} \pm 7$ ($M \pm \sigma$). У 2 детей была молниеносная форма, у 5 – острая и у 2 подострая. Из 9 пациентов летальный исход был у 2, одному из которых оперативное вмешательство не проводили.

В группе В: показанием к операции в 3 случаях была перфорация полого органа, в 1 случае – КН и в 1 случае – СП. Средний возраст на момент операции составил $2 \text{ дня} \pm 2$ ($M \pm \sigma$). У 2 детей была молниеносная форма, у 3 – острая и у 1 – подострая. Из 6 пациентов летальный исход был у 3, при этом никому из них оперативное вмешательство не проводили.

Предоперационное перитонеальное дренирование проводили 17 новорожденным: 13 в группе А, 3 в группе Б, 1 в группе В, его длительность составила соответственно $1,7 \text{ дней} \pm 2$ ($M \pm \sigma$).

Выводы Среди недоношенных с хирургической стадией НЭК за исследованный промежуток времени преобладали пациенты с ЭНМТ, наиболее частыми показаниями к

операции у которых явилась клиника перфорации. В предоперационном дренировании нуждалось половина лечащихся, большинство – из группы А.

Процент летальности был выше у детей с ЭНМТ, у которых преобладала острая и подострая формы НЭК. Уровень предоперационной летальности среди всех пациентов составил 21,9%.

**НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫЙ
ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ
OUR EXPERIENCE IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMPLICATED
MECKEL DIVERTICULA IN CHILDREN**

Авторы: Варламов В.А., Киселева Т.О.

Authors: Varlamov V.A., Kiseleva T.O.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Завьялкин В.А.

Research supervisor MD, Cand. Sci. (Medicine) V. A. Zavyalkin

Самарский государственный медицинский университет

Россия, Самара, Самарская область

Дивертикул Меккеля - врожденная аномалия подвздошной кишки, возникающая в результате нарушения облитерации проксимальной части желтенького протока. Меккелев дивертикул обычно не проявляет себя здоровым, но у 20-25% пациентов может возникнуть острое хирургическое заболевание, связанное с наличием дивертикула и требующее хирургического лечения. Данные свидетельствуют о появлении болей в животе, кишечных кровотечениях, симптомах кишечной непроходимости.

Цель исследования - анализ результатов лечения дивертикула Меккеля у детей. Проанализирован опыт диагностики и лечения 84 детей в возрасте от 10 месяцев до 14 лет, находившихся на отдыхе в детском хирургическом отделении ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина (г. Самара) с 2013 по 2024 года, с различными проявлениями дивертикула Меккеля: дивертикулитом (42), кишечным кровотечением (26), странгуляционной непроходимостью (10), обтурационной непроходимостью (3), инвагинацией (3). Чаще всего дивертикула Меккеля выявлялись у детей раннего и дошкольного возраста. Всем больным при поступлении проводилось тщательное клиническое, лабораторное, ультразвуковое, рентгенологическое (по показаниям), эндоскопическое - внутриспросветное (по показаниям) исследования. Но диагностировать дефект дивертикула Меккеля удалось в большинстве случаев лишь при лапароскопии. Все дети оперированы. Большинство оперативных вмешательств было произведено из лапароскопического доступа (57, из них 35 - видеоассистирований). В послеоперационном периоде наблюдались показания (несостоятельность кишечного анастомоза), приведшие к повторным операциям у двух пациентов. Причинами возникновения явилась недооценка состояния пациентов на момент оперативного лечения и выраженности воспалительного процесса брюшной полости. Эти дети оперированы повторно. Им сделаны илеостомы, которые при восстановлении состояния больного через 3 недели были закрыты. Летальных исходов не было. Средний к/день составил 10,3.

НАХОДКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ LAPAROSCOPIC FINDINGS IN HERNIOPLASTY

Авторы: Варнавская Е.С.

Authors: Varnavskaya ES

Научный руководитель: к.м.н., доцент Барова Н.К.

Research supervisor KMedSci Barova NK

Кубанский государственный медицинский университет

Россия, Краснодар, Краснодарский край

Цель. Провести оценку диагностической ценности лапароскопической герниопластики (ЛГ) в отношении сопутствующей патологии.

Материалы и методы. Располагаем опытом ЛГ у 161 ребёнка с паховыми грыжами (100%) за период: 2019-2023г.г., в возрасте от 1 года до 17 лет включительно. Из них девочки – 101 пациент (62,73%), а мальчики – 60 больных (37,27%). Двусторонняя паховая грыжа была диагностирована – у 58 детей (36,02% случаев). До операции диагноз был выставлен – 31 больному (19,25% наблюдений). У 27 больных (16,77% случаев) – интраоперационная верификация диагноза. Всем детям выполнена двусторонняя ЛГ. У 3-х пациентов (1,86% наблюдений) паховая грыжа встречалась в комбинации с пупочной грыжей – герниопластика дополнялась пластикой пупочного кольца. Интраоперационные находки: перекрут левых придатков матки с некрозом с некрозом был диагностирован – у 1-й девочки (0,62%) – выполнено лапароскопическое удаление придатков с ЛГ; Кисты яичника выявлены более 5 см. в d – у 4-х (2,48%) – удаление кисты яичника и герниопластика выполнены лапароскопически. Аномалии развития мочеполовой системы (удвоение матки (полная и не полная), аплазия придатков, однорогая матка с дистопией левых придатков)) выявлены у трех девочек (4,35%). У 1 (0,62%) мальчика с двусторонней паховой грыжей (рецидив справа после открытой операции) интраоперационно установлена гипоплазия передней брюшной стенки при отсутствии рецидива и грыжи с контрлатеральной стороны.

Результаты. Анализ представленного клинического материала позволяет говорить о высокой диагностической и лечебной эффективности лапароскопической герниопластики. Её использование, в изучаемой группе больных.

Выводы. ЛГ является оптимальным методом лечения паховых грыж у детей. Её применение в клинической практике позволяет интраоперационно диагностировать и одновременно корригировать сопутствующую хирургическую патологию.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ КИСТ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ROBOT-ASSISTED RESECTION OF ABDOMINAL CYSTS

Авторы: Васильева К.И., Федорова А.Ф.

Authors: Vasilyeva K.I., Fedorova A.F

Научный руководитель: член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Козлов Ю.А.

Research supervisor Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, MD,
Professor Kozlov Yu.A.

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии и
детской хирургии ДПО*

Россия, Иркутск, Иркутская область

Цель: Целью исследования является демонстрация опыта в использовании робот-ассистированной хирургии для лечения кист брюшной полости у пациентов детского возраста.

Материал и методы: В исследовании представлены ретроспективные данные историй болезни 8 пациентов с солитарными кистами брюшной полости, прооперированных с использованием новой роботизированной хирургической системы Versius производства компании CMR (Cambridge Medical Robotics, Великобритания) на базе ОГАУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница».

Результаты: Средний возраст пациентов на момент операции составил 11,5 [7;14,5] лет, средний вес 37,5 [24;55] кг. Длительность хирургического вмешательства в среднем составила 80 [65;95] мин. Средняя длительность нахождения пациентов в палате интенсивной терапии составила 20,5 [17;22,5] часов. Средняя продолжительность госпитализации составила 3 [3;3,5] суток. Все операции протекали без конверсий в открытые процедуры. Нами не было отмечено интраоперационных или ранних послеоперационных осложнений, как и рецидивов заболевания через 6 месяцев после оперативных вмешательств.

Выводы: Представленный опыт демонстрирует безопасность и эффективность робот-ассистированной хирургии в лечении солитарных кист брюшной полости у педиатрических пациентов. Преимуществами робот-ассистированной хирургии для лечения кист брюшной полости являются улучшенная маневренность при работе инструментами, фильтрация тремора и масштабирование движений, что облегчает рассечение тканей и интракорпоральное наложение швов.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF METHODS OF SURGICAL
TREATMENT OF DUODENAL OBSTRUCTION IN THE CHECHEN REPUBLIC**

Авторы: Висайтова З.А, Солтамуратов Р.У., Тайдаева А.И., Саралиева Э.Ш

Authors: Visaitova Z.A., Soltamuradov R.U., Taydaeva A.I., Saraliev E.Sh

Научный руководитель: д.м.н., профессор А.Н. Ферзаули

Research supervisor DMedSci Ferzauli A.N

Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова

Россия, Грозный, Чеченская Республика

Цель: оценить эффективность двух основных техник хирургического лечения дуоденальной непроходимости (ДН) в Чеченской республике: лапаротомии и лапароскопии

Материалы и методы: За период с 2018 по 2023 гг. на хирургическом лечении в ГБУ «Республиканский перинатальный центр» г. Грозный находилось 18 новорожденных с ДН, которых мы разделили на 2 группы: первая - 4 больных, которым операция выполнена с использованием лапароскопической техники, вторая - 14 пациентов, которым анастомоз был выполнен открытым доступом. Интраоперационно верифицирована причина дуоденальной непроходимости: 11- атрезия, 4-мембрана двенадцатиперстной кишки, 3-кольцевидная поджелудочная железа.

Результаты: Оперативному вмешательству подверглись все 18 детей. Дуоденодуоденоанастомоз по технике Кимура выполнен 14 пациентам, из них 4- лапароскопическим способом. Мембранэктомия выполнена 4 пациентам. Послеоперационный период 2-й группы пациентов протекал без осложнений. В первой же группе был 1 случай несостоятельности анастомоза. Летальных исходов не было. Средний срок нахождения ребенка в отделении реанимации в послеоперационном периоде составил 7 ± 2 дней.

Вывод: Оба метода коррекции ДН являются эффективными, однако лапароскопическая методика наложения дуоденодуоденоанастомоза является наиболее сложной хирургической процедурой в детской хирургии. Поэтому данная операция остается прерогативой преимущественно крупных клинических центров, специализирующихся на выполнении минимально инвазивных операций у новорожденных и младенцев. По этой причине, в настоящее время в ЧР предпочтение отдают лапаротомическому наложению дуоденодуоденоанастомоза по технике Кимура, как наиболее эффективному методу коррекции ДН независимо от ее причины и не имеющему послеоперационных осложнений.

ВРОСШИЙ НОГОТЬ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕТСКОГО ХИРУРГА AN INGROWN TOENAIL IN THE PRACTICE OF A PEDIATRIC SURGEON

Авторы: Власенко С.А., Албутова О.С.

Authors: Vlasenko S.A., Albutova O.S.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Перепёлкин А.И.

Research supervisor DMedSci, professor Perepelkin AI

Волгоградский государственный медицинский университет

Россия, Волгоград, Волгоградская область

Aim/Цель: Выявить причинно-следственную связь между онихокриптозом и приведшем к нему тем или иным фоновым состоянием в каждом конкретном клиническом случае. Сформировать на основании полученных данных критерии, позволяющие отнести ребенка в группу риска по возникновению вросшего ногтя у детей.

Methods/Материалы и методы: Проводился сбор анамнеза и общий осмотр (с оценкой антропометрических показателей, ортопедического статуса, гигиенического состояния стоп) 17 детей, поступивших в ДХО №1 ГУЗ «КБСМП №7» с вросшим ногтем с октября 2023 по февраль 2024 года. Возраст пациентов: от 7 до 17 лет.

Results/Результаты: Оценка выраженности онихокриптоза при поступлении в стационар проводилась в соответствии с клинической классификацией А. Martinez-Nova.

Полученные данные в итоге распределились следующим образом: мальчики – 9 человек (53%), девочки – 8 человек (47%). Двое детей имели стадию I по А. Martinez-Nova, стадию IIa – 7 детей, стадию IIb – 5 детей, стадию III – 3 детей. Плоско-вальгусную установку стоп, уплощение продольного свода стопы имели 10 детей (58.8%), избыточную массу тела имели 4 детей (23.5%), неудовлетворительный гигиенический уход за стопами имели 5 детей (29.4%). Макроскопическое строение ногтевой фаланги I пальца стопы оценивалось в соответствии с классификацией, предложенной Д.Р. Кириакис: 8 детей имели 3 тип (47%), 5 детей – 4 тип (29%), 4 детей – 2 тип (24%).

Conclusion/Выводы: Выделенные нами критерии для отнесения ребенка в группу риска по возникновению онихокриптоза.

1) Основные (наличие у ребенка ортопедической патологии нижних конечностей, или наличие деформации ногтевой пластины по типам классификации Д.Р. Кириакис).

2) Дополнительные (нарушение гигиенического ухода; сопутствующие заболевания: инфекционные грибковые:бактериальные поражения околоногтевого валика/ногтевой пластины, сахарный диабет, эндокринные нарушения, поражение крупных и мелких суставов).

СООТВЕТСТВИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СЕМИОТИКИ ПРИ АНАЛИЗЕ 180 КОЛОНОСКОПИЙ У ДЕТЕЙ CORRELATION BETWEEN THE ENDOSCOPIC AND HISTOLOGICAL FINDINGS IN ASSESSING OF 180 COLONOSCOPES IN CHILDREN

Авторы: Власенко Е.Ю., Плугина А.С., Хубян Ж.М.

Authors: Vlasenko EYu, Plugina AS, Khubyan ZhM

Научный руководитель: к.м.н. Шавров А.А.

Research supervisor Cand. Sci. (Med) Shavrov AA

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Россия, Москва, Москва и Московская область

Aim/Цель: Определить уровень согласованности между эндоскопическими и гистологическими данными при выполнении колоноскопий у детей.

Methods/Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ колоноскопий пациентов от 0 до 18 лет на базе гастроэнтерологического отделения Морозовской ДГКБ. Для определения показателей совпадений использовалась описательная статистика.

Results/Результаты: Было проанализировано 180 колоноскопий. Эндоскописты выявили патологические изменения у 48 (26,6%) пациентов, а гистологи - у 58 (32,2%). При учете гистологии в качестве золотого стандарта, чувствительность колоноскопии составила 81,7%, специфичность – 94,6%, точность - 90%, положительная и отрицательная прогностическая значимость - 89,2% и 90,4% соответственно.

Conclusion/Выводы: Результаты нашего исследования свидетельствуют о хорошей согласованности между эндоскопическими и гистологическими данными, особенно когда эндоскопист диагностирует неизмененную слизистую оболочку толстой кишки. Данные нашей работы также указывают на возможность разработки нового протокола выборочного взятия биопсии, основанного на факторах риска пациента и показаниях к колоноскопии. Необходимы будущие мультицентровые исследования для разработки стратегии выборочного взятия биопсий во время колоноскопии у детей.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ COMPLICATIONS OF ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN

Авторы: Возисова И.А., Вострикова Е.В.

Authors: Vozisova I.A., Vostrikova E.V.

Научный руководитель: к.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P.O.

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, Ижевск, Удмуртская Республика

Цель: изучить осложнения при остром аппендиците (ОА) у детей.

Материалы и методы. В 2023 году в хирургическом отделении Республиканской Детской Клинической Больницы г. Ижевска находился на лечении 491 ребенок с диагнозом ОА. Пациенты были в возрасте от 3 до 17 лет. Мальчиков было 285 (58,0%), девочек – 206 (42,0%). В возрасте от 3 до 4 лет с диагнозом ОА были оперированы – 20 (4,1%) пациентов, в возрасте 5-10 лет – 206 (42,0%), в возрасте 11-14 лет – 196 (39,9%), в возрасте 15-17 лет – 69 (14,0%). У 59 (12,0%) был катаральный аппендицит, у 285 (58,0%) – флегмонозный, у 88 (18,0%) – гангренозный, 59 (12,0%) гангренозно-перфоративный и перфоративный. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена 305 (62,1%) детям. Лапаротомным доступом оперировано 186 (37,9%) пациентов. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 10 дней. В послеоперационном периоде дети получали инфузионную, антибактериальную, симптоматическую терапию, физиолечение.

Результаты исследования. Осложнения выявлены у 305 (62,1%) пациентов. Перитонит был диагностирован у 144 (47,2%), оментит – 49 (16,1%), илеит – 31 (10,2%), флегмона сальника - 31 (10,2%), тифлит - 25 (8,2%). Из 165 (54,1%) больных с перитонитом были выявлены следующие виды: у 71 (43,0%) составил тазовый гнойный перитонит, у 32 (19,4 %) - местный гнойный, у 13 (7,9%) – диффузный фибринозно-гнойный, у 24 (14,5%) - периаппендикулярный абсцесс, у 25 (15,2%) в равной степени по 5 (3,03%) диагностированы тазовый серозный перитонит, общий фибринозно-гнойный, тазовый фибринозно-гнойный, тазовый гнойный геморрагический, гнойный разлитой. Все пациенты после хирургического лечения выписаны с выздоровлением.

Выводы. Самым частым осложнением ОА был тазовый гнойный перитонит. Другие виды осложнений – тифлит, оментит, илеит, флегмона сальника. Несмотря на осложнения ОА, хирургическое лечение в сочетании с комплексной терапией в послеоперационном периоде, привели к выздоровлению всех пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT METHODS OF UTERINE APPENDAGE FORMATIONS IN GIRLS

Авторы: Волк С. О.

Authors: Volk S.O.

Научный руководитель: к. м. н. Уквальберг М. Е.

Research supervisor CMedSci Ukvalberg M.E

Петрозаводский государственный университет

Россия, Петрозаводск, Республика Карелия

Актуальность. Каждая девочка с образованиями придатков матки и острыми болями требует экстренных диагностических мероприятий и/или хирургического вмешательства. Тактика и объем оперативного вмешательства зависит от локализации образования, его размеров и структуры, а также опыта и квалификации хирурга.

Цель. Сравнить эффективность различных методов хирургического лечения объемных образований придатков матки у девочек.

Материалы и методы. Проанализировано 136 истории болезней девочек в возрасте 4-17 лет с 2015 по 2023 гг., госпитализированных в хирургическое отделение Детской республиканской больницы им. И.Н. Григовича с диагнозом "Образование придатков матки". Девочки 4-11 лет составили 11%(n=15), подростки 12-17 лет 89%(n=121) соответственно.

Результаты. Во всех случаях, образования были подтверждены данными УЗИ органов малого таза. При анализе документов фолликулярная киста яичника была выявлена у 56,6% девочек, параовариальная киста в 13,2% случаев, кровоизлияние в кисту желтого тела в 11,8% случаев, разрывы кисты желтого тела у 9,6% девочек, зрелая тератома яичника в 5,2% случаев, злокачественная герминогенная опухоль у 2,9%. Динамическое наблюдение без хирургического вмешательства проводилось в 41,2% случаев, оперативное лечение потребовалось 58,8% пациенткам. Лапаротомная цистовариоэктомия проведена в 12 случаев, по поводу тератомы в 7 случаях, злокачественной герминогенной опухоли в 4 случаях и разрыва кисты яичника. Все остальные пациентки оперированы лапароскопическим доступом. Почти у половины девочек проведена пункция кисты, у 17 девочек проведена цистэктомии, у 13 девочек с разрывом кисты желтого тела проведен гемостаз. В дальнейшем у трети девочек (n=11) после пункции выявлен рецидив кисты, что потребовало повторной операции.

Выводы. Проведенное исследование показало, что правильно выбранная хирургическая тактика позволит избежать рецидивов и повторных хирургических вмешательств при выявлении образований придатков матки у девочек

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ ГЛАВНЫХ БРОНХОВ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ СТРИКТУРАХ У ДЕТЕЙ

BALLOON DILATATION OF MAIN BRONCHI FOR CONGENITAL AND ACQUIRED STRICTURES IN CHILDREN

Авторы: Воронин Н.Е.

Authors: Voronin N.E.

Научный руководитель: к.м.н. Комиссаров М.И.

Research supervisor CMedSci Komissarov M.I.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область

Aim/Цель: Оценить эффективность баллонной дилатации главных бронхов при их врожденном и приобретенном стенозе у детей.

Methods/Материалы и методы: За период с 2020 по 2023гг под нашим наблюдением находилось двое детей со стенозом главного бронха. В первом случае приобретенный стеноз

левого главного бронха сформировалось при его повреждение в ходе операции по клипированию открытого артериального протока. У второго пациента был врожденный стеноз правого главного бронха на фоне дисплазии легкого. У обоих детей были клинические проявления дыхательной недостаточности 3-4 степени. Стеноз главного бронха в обоих случаях был выявлен по данным компьютерной томографии и бронхоскопии. Учитывая тяжесть состояния, пациентам была проведена этапная баллонная пластика главного бронха. В первом случае было проведено 14 баллонных дилатаций у второго ребенка 10 вмешательств. В обоих случаях баллонная пластика бронха проводили в условиях отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения с одновременным рентгенологическим и эндоскопическим контролем. Использовали коронарные баллонные катетеры диаметром от 2 до 5 мм и длиной 15-20 мм., с поддержкой на проводниках 0,014 дюйма. Расширение просвета стенозированного бронха выполняли с постепенным увеличением диаметра баллонных катетеров и давления с 6 до 20 атмосфер, с интервалами между вмешательствами от 5 дней до 2-х месяцев.

Results/Результаты: Мы отмечаем значимую регрессию клинических проявлений дыхательной недостаточности уже после выполнения 4 баллонных дилатаций стеноза с короткими интервалами от 5 до 7-ми дней. Далее проводили поддерживающие дилатации в течение 4-12-ти месяцев с увеличением интервала между вмешательствами до 6 месяцев.

Conclusion/Выводы: Этапная баллонная дилатация главных бронхов является эффективным малоинвазивным методом лечения у пациентов первого года жизни с приобретенными и врожденными стриктурами, и позволяет исключить выполнение открытого вмешательства.

ЭНТЕРО- И КОЛОАНАСТОМОЗЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ENTERO- AND COLOANASTOMOSES IN NEWBORNS AND YOUNG CHILDREN.

Авторы: Воскаева Т.З

Authors: Voskaeva T.Z

Научный руководитель: к.м.н Индрокова С.Б

Research supervisor PhD Indroкова S.B.

Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М.Бербекова

Россия, Нальчик, Кабардино-Балкарская Республика

Цель работы. Изучить эффективность сформированных кишечных анастомозов у новорожденных и детей до 1 года.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 25 детей в возрасте от 1 суток до 6 месяцев жизни, находившихся на лечении в отделении хирургии ГБУЗ РДКМЦ Минздрава КБР с 2015 по 2023 гг. Атрезия на уровне тощей кишки имела место у 2, на уровне подвздошной кишки 4, меконекальная непроходимость - 2, энтерокиста в области илеоцекального угла - 4, толстокишечная непроходимость - 3. 10 детям старше месяца жизни были наложены реконструктивные тонко-тонко, тонко-толсто, и толсто-толсто кишечные анастомозы после выведения в периоде новорожденности тонкокишечных и толстокишечных стом. В 6 случаях накладывали двойную илеостомию, двойную колостомию. У 4 новорожденных были наложены до 4х кишечных стом.

Результаты. При закрытии стом на уровне тощей кишки накладывали однорядный непрерывный кишечный шов конец в конец. На уровне подвздошной кишки при закрытии стом и при атрезии подвздошной кишки в 8 случаях также использовали однорядный анастомоз конец в конец, в 3х - У-образный анастомоз. При закрытии толстокишечных стом приоритетным был анастомоз конец в конец с формированием допустимого соотношения диаметров просветов соединяемых концов. При резекции илеоцекального угла создавали илео-асцендоанастомоз конец в бок, стараясь сформировать подобие антирефлюксной защиты.

Осложнения имели место в 2х случаях. В одном случае – несостоятельность, в одном случае спаечная непроходимость.

Выводы: вне зависимости от уровня создания кишечного анастомоза предпочтение необходимо отдавать однорядному анастомозу конец в конец, как наиболее физиологичному. Осложнений данных кишечных анастомозов мы не наблюдали. Формирование У-образных анастомозов считаем необходимым в тех случаях, когда есть опасения наличия муковисцидоза, или аганглиоза.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BURNS IN CHILDREN

Авторы: Вострикова Е.В, Возисова И.А.

Authors: Vostrikova E.V, Vozisova I.A

Научный руководитель: д.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P.O.

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, Ижевск, Удмуртская Республика

Цель: изучить диагностику и лечение ожогов у детей.

Материалы и методы: В комбустиологическом отделении 1РКБ г. Ижевска за 2023 год находились на лечении 83 ребенка. От рождения до 1 года было 26 (31,3%) детей, от 1 года до 3 лет - 27 (32,6%), от 4 до 7 лет - 8 (9,6%), от 8 до 14 - 18 детей (21,7%), от 15 до 17 лет – 4 ребенка (4,8%). Причиной ожога являлся кипяток у 76 детей (91,6%), пламя – у 4 (4,8%), контактное воздействие – у 2 (2,4%), химические вещества – у 1 (1,2%). Критериями для выбора тактики лечения является тяжесть полученного ожога, который оценивается степенью и площадью поражения. В качестве диагностики используют объективную визуальную оценку для заключения о полученной степени, а также применяют расчетные методы для определения площади поражения, что осуществляется с помощью способа Н.Н. Блохина, который учитывал возрастную группу пациента.

Результаты: Ожоги верхних конечностей составили - 49 (24,6%), нижних - 46 (23,2%), неподвижных частей тела - 56 (28,1%), шеи - 25 (12,5%), волосистой части головы - 15 (7,5%), промежности - 7 (3,5%), верхних дыхательных путей - 1 (0,5%). При поверхностных ожогах менее 20% площади тела, длительность госпитализации составила от 4 до 10 дней, при повреждении больше 20% - от 10 дней и более, а при глубоких ожогах срок госпитализации составил более 20 дней. Детям с глубокими ожогами проводили аутодермопластику.

Выводы: Диагностика степени и площади ожогов по методу Н.Н. Блохина является достаточной и эффективной в детской практике. Лечение ожогов у детей является комплексным. При поверхностных ожогах применяют местное лечение в сочетании с антибактериальной, инфузионной терапией, а при глубоких ожогах также выполняют аутодермопластику.

ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. БОЛЕЗНЬ ИЛИ ПОРОК РАЗВИТИЯ?

MODERN PRACTICES OF DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF GASTROINTESTINAL FOREIGN BODIES

Авторы: Вялова А.А., Гераськин И.В., Фисенко М.В.

Authors: Vyalova A.A.

Научный руководитель: Рожденкин Е.А.

Research supervisor Rozhdenkin E.A.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Россия, Нижний Новгород, Нижегородская область

Цель. Изучить закономерность между возникновением желчекаменной болезни (ЖКБ) и анатомо-морфологическими особенностями, лабораторными показателями в детском возрасте.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 50 пациентов, обратившихся в стационар по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита. Проведен ретроспективный анализ пациентов, изучен анамнез, клиническая картина, объем консервативного лечения, лабораторные исследования. Оценены интра- и послеоперационные результаты, анатомические особенности. Выполнено сравнение гистологической картины у сравнительной и контрольной группы пациентов (без ЖКБ).

Результаты. Оперированы пациенты с 2 лет до 17 лет с незначительным преобладанием девочек (62 %). В большинстве случаев дети длительно находились под наблюдением гастроэнтерологов. Более половины детей в течение 6 месяцев перед операцией принимали препараты урсодезоксихолевой кислоты. Ожирением страдали не более 4 %.

Всем детям диагноз верифицирован по данным УЗ-исследования. В предоперационной оценке липидного профиля отклонений не выявлено.

Интраоперационно у 77% детей не выявлен ствол пузырной артерии, диагностирован рассыпной тип кровоснабжения. S-образные деформации и перегибы желчного пузыря, выявленные по УЗИ, подтверждались в 8%. Послеоперационных осложнений не было.

После хирургического лечения была проведена оценка гистологических препаратов пациентов у исследуемой (n=10) и контрольной группы (n=10). У пациентов с желчекаменной болезнью отмечается малое количество нервных волокон с малым диаметром, тогда как у пациентов без ЖКБ имеется большее количество нервных волокон в стенке шейки пузыря и пузырного протока.

Выводы. Исходя из полученных результатов, правомочно ставить под сомнение теорию возникновения желчекаменной болезни, связанную с нарушением обмена желчных кислот.

Можно предположить, что желчекаменная болезнь в детском возрасте скорее не болезнь, а врожденный порок развития желчного пузыря и пузырного протока.

ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

THE CHOICE OF AN ANESTHETIC AID DEPENDING ON THE TYPE OF SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS IN CHILDREN

Авторы: Габдрахимова А.Х., Ясакова А.О.

Authors: Gabdrakhimova A.Kh., Yasakova A.O.

Научный руководитель: к.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P.O.

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, Ижевск, Удмуртская Республика

Цель: Изучить методы анестезии при различных видах хирургического лечения паховых грыж (ПГ) у детей.

Материалы и методы: В 2023 году в хирургическом отделении РДКБ г. Ижевска находился на лечении 331 ребенок с ПГ. Мальчиков было 259 (78,2%), девочек 72 (21,8%). Возраст пациентов был от 2 месяцев до 15 лет. У 76 (22,9%) детей диагностирована двусторонняя ПГ, односторонняя ПГ справа – 219 (66,2%), слева – 36 (10,9%). При хирургическом лечении ПГ сочетанную анестезию применяли при 180 (54,8%) операциях, сбалансированную – при 66 (19,5%), комбинированную анестезию – при 85 (25,7%).

Результаты: Грыжесечение выполнено 229 (69,2%) детям. При грыжесечении применяли сочетанную анестезию у 180 (78,6%) пациентов, сбалансированную – у 49 (21,4%). Лапароскопическую герниорафию (ЛГР) выполнили 63 (19%) детям. При ЛГР комбинированную анестезию использовали у 55 (87,3%) детей, сбалансированную – у 8 (12,7%). Хирургическое лечение ПГ по методике PIRS (percutaneous internal ring suturing) проведено 39 (11,8%) детям. При лечении ПГ по методике PIRS комбинированную анестезию применяли у 30 (77%) детей, сбалансированную – 9 (23%).

Выводы: Таким образом, выбор анестезиологического пособия зависит от методики хирургического ПГ у детей. Наиболее часто при грыжесечении применяли сочетанную анестезию, при ЛГР и методике PIRS – комбинированную.

ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

COMPLICATION OF MECKEL'S DIVERTICULUM IN CHILDREN

Авторы: Габова А.А., Короченцев И.В.

Authors: Gabova A.A., Korochentsev I.V.

Научный руководитель: к.м.н. Шапкина А.Н.

Research supervisor Shapkina A.N., PhD

Тихоокеанский государственный медицинский университет

Россия, Владивосток, Приморский край

Цель. Анализ особенностей осложнений дивертикула Меккеля (ДМ) у детей.

Задачи. Определить связь между возрастом, полом ребёнка, эктопией слизистой или поджелудочной железы и видом осложнения ДМ.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ случаев ДМ с 2018 по 2023 года ГБУЗ "Краевой детской клинической больницы №1" г. Владивосток.

Результаты и обсуждение. ДМ за шесть лет выявлен у 58 пациентов, был случайной находкой или проявился воспалением, непроходимостью или кровотечением. Анализировали группы детей с осложнениями.

Случайная находка: 31 случай при аппендэктомии и др. Гистологически эктопии не выявлены.

Группа 1: дивертикулит. 9 пациентов: 7 мальчиков, 2 девочки. Возраст с медианой 9 лет. 1 язвенный колит с дивертикулитом, 6 гангренозно-перфоративный дивертикулит и 1 флегмонозный. Операции: 3 дивертикулэктомии, 6 резекций кишки. Эктопия поджелудочной железы выявлена в 1 случае, резекция кишки.

Группа 2: кровотечение. 4 пациента, все мальчики с медианой возраста 3 года. Во всех случаях произведена дивертикулэктомия. Выявлено 2 эктопии: 1 поджелудочной железы и 1 эктопия слизистой желудка.

Группа 3: кишечная непроходимость. 14 случаев, 8 мальчиков, 6 девочек. Возраст с медианой 5 лет. 10 завороты и узлообразования; 4 инвагинации, из них 2 эктопии (1 поджелудочной железы, 1 слизистой желудочного типа). Операции: 7 дивертикулэктомий, 7 резекций кишки. 2 смерти – позднее поступление, сепсис.

Выводы. Наиболее часто ДМ являлся интраоперационной находкой. Бессимптомное течение ДМ не позволяет заподозрить данную патологию, исключением являются связанные с ДМ осложнения: воспаление, кровотечение и кишечная непроходимость, самым частым осложнением были разные виды непроходимости. Воспаление и кровотечение были больше характерны для мальчиков. У пациентов с кровотечением и инвагинацией в половине случаев выявляли эктопию слизистой желудка или поджелудочной железы. Летальные исходы наблюдали в случаях поздно выявленной кишечной непроходимости, сепсиса.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ПОДХОДА К ВВЕДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ГАСТРОШИЗИСОМ.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE MODERN APPROACH TO THE INTRODUCTION OF CHILDREN WITH GASTROSCHISIS.

Авторы: Гаджиев М. Ш.

Authors: Gadzhiev M. S.

Научный руководитель: к.м.н. Мейланова Ф. В.

Research supervisor Candidate of Medical Sciences Meilanova F. V.

Дагестанский государственный медицинский университет

Россия, Махачкала, Республика Дагестан

Актуальность. В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости, показатели которой в разных странах мира составляют от 0,45 до 4,8 случаев на 10000 новорожденных.

Цель. Анализ современного метода введения детей с гастрошизисом

Материалы и методы: за период с 2021г по 2023г в ДРКБ им Н.М. Кураева находилось на лечении 9 детей с гастрошизисом. После антенатальной диагностики данного порока родоразрешение проводилось на 37 неделе внутриутробного развития, путем кесарева сечения в условиях перинатального центра. Все дети после стабилизации общего состояния в течении 1,5 - 2 часов оперированы. Проведена первичная радикальная пластика передней брюшной стенки, в четырех случаях с применением биологического материала Permacol. В послеоперационном периоде с целью снижения СВВД, проводилось промывание кишечника по назогастральному зонду и газоотводной трубке смесью муколитических ферментов, включавшим в себя АЦЦ+ панкреатин+химотрипсин. Среднее пребывание пациентов в стационаре составила 49,5 койка дней.

Результаты. 8 детей выписаны с выздоровлением, в повторном оперативном вмешательстве не нуждались. Один ребенок умер, что было связано с глубокой недоношенностью (30 недель) и сопутствующими патологиями.

Выводы. Таким образом родоразрешение на 37 неделе гестации позволило выявить следующие преимущества при проведении оперативного вмешательства:

- снижение асептического воспаления стенки кишечника
- снижение висцеро-абдоминальной диспропорции
- менее агрессивное течение перитонита послеоперационном периоде
- возможность выполнения первичной радикальной пластики

Данный подход к методу введения пациентов с гастрошизисом, послужил одной из причин снижения смертности с 77,7% до 11,1%.

**РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА ИЗ ВЕНЫ
ПУПОЧНОГО КАНАТИКА
DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF A BIOLOGICAL PROSTHESIS
FROM THE UMBILICAL CORD VEIN**

Авторы: Гайнуллин И.И., Футин Э.В., Калямova А.В., Мухамадиярова А.Р.,
Ситдикова Д. М., Алимова Ю.Р.

Authors: Gainullin II, Futin EV, Kaliamova AV, Mukhamadiyarova AR, Sitdikova DM,
Alimova Y R

Научный руководитель: д.м.н. Миролюбов Л.М.

Research supervisor DMedSci Mirolyubov LM

Казанский государственный медицинский университет

Россия, Казань, Республика Татарстан

Разработка естественно-биологического сосудистого протеза малого диаметра (4-6 мм) из вены пупочного канатика человека.

В 2021-2023 гг. на опытных образцах исследовано 6 вариантов обработки вены пупочного канатика с морфологическим контролем, на основе чего была создана новая технология изготовления биологического протеза из вены пупочного канатика. Производство трансплантата полностью соответствует тенденции импортозамещения и включает в себя 3 основных блока: 1. Забор и первичная механическая обработка вены пупочного канатика (ПК), которые включают непосредственно изъятие сегмента ПК в родильном зале и его временную консервацию. 2. Механическая-хирургическая обработка канатика: микро- и макро препаровка вены. 3. Биохимическое очищение биологического протеза ферментами и детергентами до полного удаления антигенных структур сосуда с получением в итоге исключительно волокнистого каркаса. Завершающий этап производства состоит в стерилизации и консервации полученного образца.

Морфологический контроль полученных образцов показал сохранность только фиброзно-мышечного каркаса вены, обуславливающего прочностные свойства сосудистого протеза. Отсутствие в образце эндотелия, ядер миоцитов и фибробластов позволяет предполагать отсутствие или значительное снижение антигенных свойств трансплантата. С целью эмпирического подтверждения данного тезиса разработаны и начаты доклинические испытания на свиньях породы мини пиги. На биологический протез получен патент № 2797632 С1 Российская Федерация, МПК А61F 2/06. Способ изготовления сосудистого трансплантата из вены пупочного канатика человека: № 2023101643: заявл. 26.01.2023: опубл. 07.06.2023.

Биологический протез из ВПК может быть использован в сердечно-сосудистой хирургии в качестве шунтов для аорто-коронарного шунтирования, для операций по восстановлению проходимости бедренных артерий; в детской урологии для пластики уретры; в детской кардиохирургии для пластики крупных и средних артерий при коррекции врожденных пороков сердца.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ
ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ
THE USE OF VARIOUS METHODS OF OSTEOSYNTHESIS FOR FRACTURES
OF THE ATTACHMENT OF TUBULAR BONES IN CHILDREN**

Авторы: Гараева З.Ф.

Authors: Garaeva Z.F.

Научный руководитель: к.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P.O.

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, Ижевск, Удмуртская Республика

Цель: изучить использование различных методов остеосинтеза при переломах длинных трубчатых костей у детей.

Материалы и методы. За период 01.01.2022-29.02.2024 год в травматолого-ортопедическом отделении РДКБ находились на лечении всего 6302 детей, из которых 79 (1,3%) детей были госпитализированы с переломами длинных трубчатых костей. Мальчиков было 46(58%), девочек - 33(42%). Переломы в костей правой нижней конечности были у 51(65%) ребенка, левой —28(35%).

Локализация переломов была следующей: переломы бедренной кости – 20(26%), костей голени – 54 детей (68%), костей стопы — 5(6%). Среди переломов бедренной кости на верхнюю треть кости приходится 6(30%) случаев, на среднюю — 9(45%), на нижнюю — 5(25%).

Результаты: Оперативное лечение использованием титановыми эластичными стержнями (TEN) выполнено 17(85%) больным, спицами Киршнера — 3(15%). На долю переломов верхней трети большеберцовой кости приходилось 11(23%) пациентов, средней трети —18(37,5%), нижней трети —19(39,5%). Из них в 31(64,6%) случаях использован метод остеосинтеза с помощью TEN, 17(35,4%) — спицами Киршнера. Локализация переломов верхней трети малоберцовой кости был в 1(17%) случае, средней трети —2(33%), нижней трети — 3(50%). ТЕНы использовались в 2(33%) случаях, спицы Киршнера — 4(67%). Переломы костей стопы были следующими: перелом 1 пальца основной фаланги 1(20%) случай, 2-4 плюсневые кости —1(20%), пяточная кость —2(40%), таранная кость — 1(20%). Во всех случаях остеосинтез был произведен с помощью спиц Киршнера. Оперативное вмешательство чаще производили из двух вколов - разрезов. Доступ к кости осуществляли из разрезов длиной от 0,5 см до 3,0 см. Для фиксации отломков использовали TEN диаметром от 2,0 до 3,0 мм и спицы. После операции больных выписывали на 5-7 сутки.

Выводы: использование титановых эластичных стержней при остеосинтезе переломов длинных трубчатых костей нижней конечности у детей является преобладающим методом, позволяющим достичь хороших результатов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ THE EFFECTIVENESS OF ULTRASOUND SANITATION OF THE ABDOMINAL CAVITY

Авторы: Гарманова А.Н.

Authors: Garmanova A.N.

Научный руководитель: д.м.н. Пономарев В.И.

Research supervisor DMedSci Ponomarev V.I.

Омский государственный медицинский университет

Россия, Омск, Омская область

Aim/Цель: Определение эффективности санации брюшинной полости озон-оксид азотной смесью с использованием ультразвуковой кавитации у крыс при экспериментальном перитоните.

Methods/Материалы и методы: Эксперимент был выполнен на крысах-самках линии Wistar (n=30), моделировали перитонит путем интраабдоминального введения музейного штамма E.coli. Санация брюшинной полости выполнялась на 3-е сутки после введения штамма. При лапаротомии у всех крыс определялась картина протекающего перитонита. В I группе (n=10) санация осуществлялась 0,02% водным раствором хлоргексидина биглюконата; II (n=10) и III (n=10) группам санация осуществлялась озон-оксид азотной смесью с дополнительным применением в III группе ультразвука. С целью оценки эффективности санации брюшинной полости осуществлялся забор гнойного экссудата до и после санации на микробиологическое исследование.

Results/Результаты: По результатам микробиологического исследования до и после санации в I группе во всех случаях отмечался рост E. coli. Во II группе, после санации с экспозицией 3 минуты рост E. Coli отмечался в 4 случаях. В III группе после санации с использованием ультразвуковой кавитации на заданных параметрах с экспозицией 3 минуты

штаммы E.coli были обнаружены в 2 случаях. После проведенной санации брюшинной полости 6 крыс из I группы погибли в течение первых 3 суток, 3 крысы из II группы погибли в течение первых 5 суток, в III группе 1 крыса погибла на 3 сутки. Все остальные животные были выведены из эксперимента на 7 сутки с целью оценки морфологической картины брюшинной полости. По результатам аутопсии у животных первой группы определялся выраженный спаечный процесс, инфильтрация париетальной брюшины. У животных II группы спаечный процесс выражен значительно меньше. В III группе 6 крыс стоит считать реконвалесцентами.

Conclusions/Выводы: Санация брюшинной полости озон-оксид азотной смесью с использованием ультразвуковой кавитации является эффективным методом лечения экспериментального перитонита у крыс.

**ФОРМИРОВАНИЕ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У
ДЕВОЧКИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ
ПУТЕЙ, КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ТОТАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
HETEROTOPIC BLADDER FORMATION IN A GIRL WITH CONGENITAL
LOWER URINARY TRACT MALFORMATIONS AS A METHOD OF CORRECTING
TOTAL URINARY INCONTINENCE**

Авторы: Гарновская С. А.

Authors: Garnovskaya S.A.

Научный руководитель: к.м.н. Петрухина Ю. В

Research supervisor Cand. Sc. Petrukhina Yu.V.

**Российский национальный исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова**

Россия, Москва, Москва и Московская область

Формирование искусственного мочевого пузыря у детей – редкая реконструктивная операция по созданию резервуара достаточной емкости из участка кишки. Такая операция бывает необходима при пороках развития, приводящих к значительному уменьшению мочевого пузыря и недержанию мочи.

Кишечный резервуар был сформирован у девочки Д., 6 лет, которая родилась с персистирующей клоакой – пороком развития, проявляющимся слиянием прямой кишки, влагалища и мочевого тракта в единый канал. В периоде новорожденности ребенку были проведены операции: колостомия, цистостомия, а в дальнейшем – аноректовагинопластика для разобщения мочевых путей, влагалища и кишечной трубки.

У ребенка помимо клоаки имелась спинномозговая грыжа, поэтому прогноз на удержание мочи был неблагоприятный. В 2022 году была проведена операция по отведению мочи – формирование удерживающей стомы из участка кишки для самокатетеризации. Однако в послеоперационном периоде отмечалась несостоятельность стомы, что привело к тотальному недержанию мочи и формированию микроцистиса. Было принято решение о формировании мочевого резервуара из кишки.

16.10.2023 проведена лапаротомия, цистэктомия. Выделен участок тонкой кишки длиной 40 см, который был разделен для формирования резервуара и удерживающей стомы. Участок кишки сложен в виде буквы W, детубуляризирован. В сформированный резервуар имплантирован единственный мочеточник. Создана сухая накожная стома для самокатетеризации диаметром 2 мм, вшита прямым анастомозом в резервуар и выведена на кожу. Для создания удерживающего механизма сформирована манжета из стенок резервуара над стомой. В настоящее время ребенок сухой, находится на режиме периодической катетеризации резервуара каждые 2,5 часа. Впервые в возрасте 6 лет избавился от постоянного использования подгузников.

Кишечная деривация мочи у детей улучшает качество жизни и социальную адаптацию ребенка, но должна применяться только при неэффективности других оперативных методов, обеспечивающих естественное удержание мочи.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АУТОЛОГИЧНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ
КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF AUTOLOGOUS BOWEL
RECONSTRUCTION IN PATIENTS WITH SHORT BOWEL SYNDROME**

Авторы: Гасанов К.Э., Сорогина Л.В.

Authors: Gasanov K.E., Sorogina L.V.

Научный руководитель: д.м.н., Мокрушина О.Г., к.м.н., Петров Д.А.

Research supervisor DMedSci Mokrushina O.G, CandMedSci Petrov D.A.

**Российский национальный исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова**

Россия, Москва, Москва и Московская область

Синдром короткой кишки (СКК) – результат обширных резекций кишечника, приводящих к мальабсорбции и развитию кишечной недостаточности. Рецидивирующая дилатация тонкой кишки и развитие патогномичных осложнений СКК ухудшают прогнозы выживаемости больных, что требует применения аутологичной реконструкции кишечника (АРК).

Цель: оценка влияния АРК на зависимость от парентерального питания и частоту инфекционных осложнений у пациентов с СКК.

Материалы и методы. В исследование включены 66 пациентов из двух центров г. Москвы, проходивших лечение СКК в период с 2016 по 2022гг. 36-ти пациентам применялись АРК: в одном центре пациентам выполняли последовательную поперечную энтеропластику (n=18), во втором – спиральное удлинение и зауживание (n=18), 30-ти пациентам данные операции не проводились, что стало критерием разделения на группы. Показанием к АРК было наличие дилатации тонкой кишки. Группы были сравнимы по возрасту (p=0,89), полу (p=0,43) и длине тонкой кишки (p=0,8). Критериями сравнения между группами оперированных пациентов стали наличие осложнений связанных с СКК (синдром избыточного бактериального роста (СИБР), динамические расстройства моторики (ДРМ)), редилатация резидуальной кишки и зависимость от парентерального питания (ПП) в послеоперационном периоде.

Результаты. Редилатация резидуальной кишки была выявлена в 81% (n=15) после применения поперечной энтеропластики и в 67% (n=24) после применения спирального удлинения и зауживания, различие статистически не значимо (p = 0,336). В обеих группах после АРК статистически значимо снижалась частота СИБР (p=0.001), но чаще отмечались ДРМ (p=0.002). Зависимость от парентерального питания через год наблюдения сохранялась у 80% (n=24) пациентов группы контроля и у 67% (n=24) детей, которым применялись АРК, что статистически не значимо по критерию χ^2 Пирсона (p=0,226).

Выводы: АРК помогают снизить частоту возникновения инфекционных осложнений, однако увеличивают частоту ДРМ и не влияют на зависимость от ПП пациентов.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ
БОЛЕЗНИ У
ДЕТЕЙ**

GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN CHILDREN

Авторы: Главатских М.А., Зубков В.А.

Authors: Glavatskikh M.A., Zubkov V.A

Научный руководитель: Д.м.н. Разин М.П

Research supervisor DMedSci Razin MP

Кировский государственный медицинский университет

Россия, Киров, Кировская область

Введение. Поражения гастроэзофагеальной зоны занимают значимое место в спектре заболеваний желудочно-кишечного тракта, рефлюкс-эзофагит осложняет их течение в 9-17% случаев. Эти данные определяют самую активную хирургическую

тактику при лечении больных данной категории.

Цель исследования: улучшение результатов лечения ГЭРБ у детей.

Материал и методы. Ретроспективный анализ медицинской документации лечения ГЭРБ у детей в хирургическом отделении КОГБУЗ ОДКБ г. Кирова. За период с 2008 по 2023 год было пролечено 40 больных (26 мальчиков и 14 девочек) с ГЭРБ. Из них в

возрасте до 1 года 21 больной, от 1 года до 7 лет - 11 детей и старше 7 лет - 8 пациентов.

Результаты. В ходе оперативного лечения 34 больным была выполнена фундопликация по Ниссену, 6 - по Талю. В послеоперационном периоде все дети находились в ПИТИР. Энтеральное кормление у всех возобновляли к концу 1-х суток, а средний койко-день в ПИТИР составил 0,82. Послеоперационный период протекал у всех детей гладко за исключением одного ребенка, у которого после оперативного лечения возник стеноз кардиального отдела желудка. Средний койко-день пребывания в стационаре составил 13,5. Наблюдение, которое осуществлялось в течение 12 месяцев после выписки детей из стационара, показало, что

рецидивов ГЭР клинически выявлено не было.

Выводы. 1) На современном этапе оперативное лечение ГЭРБ чаще используется в группе младенческого возраста. 2) ВПР с очень тупым углом Гиса, требующем фундопликации по Талю, встречаются не более, чем в 15% случаев. 3) Использование лапароскопической фундопликации обеспечивает оптимальную интраоперационную визуализацию, позволяет сократить нахождение ребенка после операции в ПИТИР до минимума, возобновить раннее энтеральное кормление, снизить койко-день,

минимизировать процент послеоперационных осложнений.

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МАГНИТНЫМИ ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

**TACTICS OF TREATMENT OF CHILDREN WITH MAGNETIC FOREIGN
BODIES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT**

Авторы: Глушков И.А.

Authors: Glushkov I.A.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Слизовский Г.В.

Research supervisor DMedSci Slizovsky G.V.

Сибирский государственный медицинский университет

Россия, Томск, Томская область

Цель работы: Проанализировать хирургическую тактику ведения детей с магнитными инородными телами (МИТ) в ЖКТ.

Материалы и методы: С 2019 по 2023 год в хирургическое отделение ОГАУЗ «БСМП №2» госпитализировано 512 детей с инородными телами (ИТ) ЖКТ. Количество МИТ составило 15 (2,93%), из них 8 (53,3%) подверглось хирургическому вмешательству (ХВ), у 4

(26,6%) МИТ удалены посредством ФЭГДС, у 3 (20%) МИТ вышли со стулом. Проанализированы: локализация МИТ на момент обращения, клиническая картина, наличие осложнений, хирургическая тактика.

Результаты: В желудке и пищеводе МИТ наблюдались у 7 детей (46,7%), в кишечнике у 8 (53,3%). Давность проглатывания на момент обращения у 4 детей была менее 3 часов, у 4 от 3 до 6 часов, у 6 более 6 часов, у 1 факта проглатывания в анамнезе не было.

Бессимптомное течение наблюдалось у 10 детей (66,6%). Из них у 3 самостоятельный пассаж, у 4 МИТ удалены методом ФЭГДС, у 3 проведено ХВ в связи с длительным отсутствием миграции (n=2), большим количеством МИТ в просвете желудка (n=1).

Боли в животе и беспокойство наблюдались у 5 детей (33,3%), у всех были осложнения в виде множественных перфораций, перитонита.

Послеоперационный период у 7 детей без осложнений, у 1 на фоне множественных перфораций и перитонита были явления ранней спаечной кишечной непроходимости. Средний срок госпитализации оперированных пациентов составил 14,8 к.д.

Выводы: Множественные МИТ ЖКТ представляют угрозу перфорации кишечника с развитием перитонита. Прогноз напрямую зависит от локализации МИТ на момент обращения. МИТ в желудке является показанием к незамедлительной ФЭГДС, что предотвращает осложнения. МИТ в кишечнике при бессимптомном течении, отсутствии пассажа более 24 часов является показанием для ХВ в объеме лапароскопия, лапаротомия. При симптомах «острого» живота у пациентов с МИТ показано проведение обзорной рентгенографии брюшной полости. При наличии МИТ в ЖКТ с болями в животе и беспокойством показано проведение ХВ с интраоперационным рентген контролем.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.

THE PREVALENCE OF CONGENITAL CLEFT OF THE UPPER LIP AND PALATE IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN.

Авторы: Головня А.А., Максютова А.А., Короткова А.В., Вакилов Ф.Ф., Бикиева Д.Р.

Authors: Golovnya A.A., Maksutova A.A., Korotkova A.V., Vakilov F.F., Bikeeva D.R.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Галимов И.И.

Research supervisor Ph.D assoc. Galimov I.I.

Башкирский государственный медицинский университет

Россия, Уфа, Республика Башкортостан

Aim/Цель: Провести медико-статистический анализ рождаемости детей с врожденными расщелинами верхней губы, твердого и мягкого неба в Республике Башкортостан.

Methods/Материалы и методы: На базе отделения челюстно-лицевой хирургии РДКБ г.Уфы за 2023 год наблюдалось 76 детей с врожденными расщелинами верхней губы, твердого и мягкого неба.

Results/Результаты: На сегодняшний день в Республике Башкортостан рождаемость детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба составляет 1 на 750. Число детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба составляет в городах: Уфе - 1 на 776 родившихся (преимущественно в северной промышленной части города), Стерлитамаке - 1 на 460, Белорецке - 1 на 437. В наиболее экологически неблагоприятных районах эти цифры составляют: в Белорецком районе - 1 на 471; Мелеузовском - 1 на 189; Ишимбайском - 1 на 411; Благовещенском - 1 на 187, Белебеевском - 1 на 248; Туймазинском - 1 на 272; Куюргазинском - 1 на 235, в Учалинском районе частота рождения детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба составляет 1 на 1052.

Conclusion/Выводы: Таким образом, показатель распространенности врожденных расщелин верхней губы и неба в Республике Башкортостан превышает среднестатистические

данные по России, что с большей долей вероятности обусловлено неблагоприятной экологической обстановкой на исследуемой территории.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОСИНТЕЗА И РЕПОЗИЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ СО СМЕЩЕНИЕМ

FACTORS AFFECTING THE USE OF OSTEOSYNTHESIS AND REPOSITIONS IN THE TREATMENT OF FRACTURE OF FOREARM BONES WITH DISPLACEMENT

Авторы: Гориславский Е.А., Гаршиной Т.Н.

Authors: Gorislavsky E.A., Garshina T.N.

Научный руководитель: д.м.н. Гончарова Л.А.

Research supervisor DMedSci Goncharova L.A.

Астраханский государственный медицинский университет

Россия, Астрахань, Астраханская область

Цель исследования – определить экзогенные и эндогенные факторы, влияющие на частоту применения остеосинтеза и репозиций при переломе костей предплечья со смещением у детей, а также методы профилактики переломов.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные о госпитализации в ортопедо-травматологическое отделение ОДКБ им. Силищевой г. Астрахани пострадавших детей с переломами костей предплечья со смещением за 2023 год в возрастном диапазоне от 5-17 лет (n=521). Изучались анамнез, обстоятельства травмы и рентгенограммы полученных травм.

Результаты исследования.

При распределении пациентов на возрастные группы, выявлен самый высокий удельный вес повреждений перелома костей предплечья со смещением в возрасте от 5 до 14 лет (414 или 79,4%) по сравнению с обратившимися подростками в возрасте от 15 до 17 лет (107 или 20,6%).

У 70 (16,9%) больных возрастной группы от 5 до 14 лет травмы были получены в зимний период, на тренировках в закрытых помещениях. А также 120 (29%) – получили травму весной, при катании на велосипеде или при тренировках на улице в теплое время суток, 110 (26,5%) – летом, 114 (27,6%) осенью.

У больных возрастной группы от 15 до 17 лет, которые увлекаются мото- и автоспортом, экстремальными видами спорта, распределение было следующим: 14 (13,1%) получили травму - зимой, 34 (31,8%) - весной, 31 (29%) – летом, 28 (26,1%) – осенью.

Таким образом, выявлена зависимость частоты возникновения переломов костей предплечья со смещением у детей и подростков от экзогенных и эндогенных факторов: времени года, увеличение светового дня, увлечение травмоопасными видами спорта, как в помещениях, так и на улице.

Заключение.

Поскольку данные факторы являются предотвратимыми, возникает необходимость и возможность проведения профилактических мероприятий в отношении детей, родителей, опекунов или лиц, которые несут ответственность за детей в отсутствии родителей.

**УРОЛОГИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ ПРИ СИНДРОМЕ OHVIRA, ИХ СВЯЗЬ С
СИНДРОМОМ ЦИННЕРА
UROLOGICAL ANOMALIES IN OHVIRA SYNDROME AND THEIR
CONNECTION WITH ZINNER SYNDROME**

Авторы: Горланова Е.Э.

Authors: Gorlanova EE

Научный руководитель: к.м.н. Тайц А.Н., к.м.н. Осипов А.И.

Research supervisor BMedSci Taitz AN, BMedSci Osipov AI

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет**

Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область

Aim/Цель: описать варианты урологических аномалий, встречающихся при синдроме OHVIRA, объяснить возможную причину сходства синдрома обструктивного мидвлагалища и ипсилатеральных почечных аномалий у девочек с синдромом Циннера у мальчиков, а также доказать значимость своевременной диагностики указанных врожденных пороков развития.

Methods/Материалы и методы: выполнен критический обзор мировой научно-исследовательской литературы. Изучены работы, опубликованные в библиографических базах данных PubMed, Scopus, MEDLINE, РИНЦ и eLibrary. Проведена ретроспективная обработка историй болезни девочек с синдромом OHVIRA и мальчиков с синдромом Циннера, которым была предоставлена специализированная медицинская помощь на базе клиники СПбГПМУ.

Results/Результаты: анализ собственных и зарубежных клинических случаев показал, что при синдроме OHVIRA встречаются разные варианты урологических аномалий, знание о которых позволяет вовремя заподозрить врожденный порок развития. Новая гипотеза о происхождении влагалища дает повод для рассуждения о возможном сходстве синдромов. Введение скрининга на наличие аномалий парамезонефрического и мезонефрического протоков у детей с врожденными почечными аномалиями способствует раннему выявлению пороков, что благоприятно влияет на исход заболевания.

Conclusion/Выводы: допубертатная диагностика и лечение синдромов OHVIRA и Циннера могут помочь не только сохранить нормальную функцию мочеполовой системы, но и предупредить развитие грозных осложнений. Осведомленность врачей о существовании этих пороков, их взаимосвязи и механизме возникновения должна повысить качество оказываемой медицинской помощи детям.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ
СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ, С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОЛОГИИ «EARLY TOTAL
CARE»**

**CLINICAL CASE OF TREATMENT OF A PATIENT WITH SEVERE COMBINED
TRAUMA USING THE METHODOLOGY OF "EARLY TOTAL CARE"**

Авторы: Громов А. А.

Authors: Gromov A.A.

Научный руководитель: д. м. н. Кешишян Р.А., Баранов В. А.

Research supervisor DMedSci Keshishyan R.A., Baranov V.A.

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель: предоставление и оценка клинического случая с применением методологии «early total care» у пациента с тяжелой сочетанной травмой, полученной в результате падения с высоты

Материалы и методы: В январе 2023 года в МДГКБ бригадой СМП был доставлен ребенок с тяжелой сочетанной травмой. ШКГ 126, ВАШ – 76. Минуты приемное отделение по тяжести состояния, ребенок госпитализирован в ОРИТ. Пациенту сразу проведена КТ.

Установлены переломы 11 и 12 ребра слева, переломы суставных отростков Th 5–10 слева, клиновидная деформация Th11-12 с отрывом передних краев тел позвонков, спондилолиз L5 с признаками сужения спинного-мозгового канала, внутрисуставные переломы тел кубовидной и латеральной клиновидной кости справа. По результатам исследований было принято решение о проведении операции несколькими бригадами.

Результаты: на фоне противошоковой терапии и после стабилизации гемодинамики ребенку были проведены в рамках одного вмешательства последовательно две операции с применением принципа early total care: бригада нейрохирургов выполнила декомпрессию спинномозгового канала с установкой стабилизирующей системы на Th10-11–12-L1. Далее травматологи выполнили открытую репозицию с остеосинтезом кубовидной кости двумя канюлированными винтами. Через сутки после проведенной операции ребенок переведен в отделение травматологии и ортопедии. На контрольных рентгенограммах в послеоперационном периоде стояние костных фрагментов удовлетворительное. Пациент был выписан с улучшением на десятые сутки с момента поступления. При осмотре ребенка через год после травмы отмечено полное восстановление функций, ограничений жизнедеятельности нет.

Заключение: при поступлении детей с тяжелой сочетанной травмой эффективность лечения определяется быстротой стабилизации витальных функций, ранней и полной диагностикой всех повреждений и выбором методов максимально полной последовательной хирургической коррекции, с привлечением бригад хирургов различного профиля, что входит в понятие early total care.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ МОНОАМИНОКСИДАЗЫ-Б ПРИ НЕЙРОНАЛЬНОЙ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ CHANGES IN MONOAMINE OXIDASE-B ACTIVITY IN NEURONAL INTESTINAL DYSPLASIA

Авторы: Грунин Александр Васильевич

Authors: Alexander Vasilyevich Grunin

Научный руководитель: доцент кафедры детской хирургии, к.м.н. Царева В.В.

**Research supervisor Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery,
CMedSci Tsareva VV**

Южно-уральский государственный медицинский университет

Россия, Челябинск, Челябинская область

Цель: определение изменений активности моноаминоксидазы-Б (МАО-Б) кишечника у пациентов с диагнозом нейрональная интестинальная дисплазия.

Материалы и методы: проведено исследование активности МАО-Б в стенке кишечника у 17 пациентов. Возраст пациентов варьировал от 1 до 96 дней. Все дети получили оперативное лечение в ЧОДКБ в период с октября 2022 по декабрь 2023 года.

Из 17 пациентов у 3 установлен диагноз интестинальной нейрональной дисплазии.

Нейрональная дисплазия проявляла себя клиникой хронической интестинальной псевдообструкции и была подтверждена данными рентгенографии. Окончательный диагноз был выставлен на основе совокупности клинико-морфологических признаков.

14 исследуемых пациентов были оперированы по поводу врожденных пороков развития кишечника: 3 пациента с высокой аноректальной мальформацией, 2 – с атрезией тонкой кишки, 9 детей – закрытие стомы после ранее оперированного некротического энтероколита.

У всех исследованных пациентов интраоперационно выполнялся забор фрагмента тонкой и/или толстой кишки для гистологического исследования и исследования активности МАО-Б.

Результаты: У 3-х пациентов с нейрональной интестинальной дисплазией окончательный диагноз подтвержден результатами иммуногистохимического исследования – повышения уровня ацетилхолинэстеразы (АХЭ). У группы пациентов с иной патологией

кишечника по результатам гистологического исследования признаков нейрональной дисплазии не выявлено. При исследовании активности МАО-Б в стенке кишки в группе пациентов с интестинальной нейрональной дисплазией выявлено статистически значимое снижение активности фермента МАО-Б в сравнении с образцами пациентов не имеющих признаков нейрональной интестинальной дисплазии.

Выводы: определение активности фермента МАО-Б в кишечной стенке в перспективе исследования может применяться, как дополнительный метод верификации интестинальной нейрональной дисплазии, а также может служить ценным инструментом в исследовании этиопатогенеза данной патологии.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ. OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF CHOLELITHIASIS IN CHILDREN.

Авторы: Грунюшкин Е.О.

Authors: Grunyushkin E.O.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Завьялкин В.А.

Research supervisor docent, Ph.D. of Medical Sciences, Zavyalkin V.A

Самарский государственный медицинский университет

Россия, Самара, Самарская область

Актуальность: Среди заболеваний пищеварительной системы у детей удельный вес ЖКБ в нашей стране составляет более 1%, а по данным зарубежных авторов, частота развития колеблется от 0,13 до 0,3%. При этом за последние 15 лет отмечен рост частоты этого заболевания на порядок во всем мире.

Цель: Анализ результатов лечения детей с ЖКБ, находившихся на лечении в хирургическом отделении. Пациенты в период с 2010 по 2024 г. на лечении в хирургическом отделении находилось 149 ребенка в возрасте от 11 мес. до 17 лет. Из них 54 (36%) мальчика и 95 (64%) девочек. По нашим данным, у 16 детей выявлен отягощенный наследственный анамнез по ЖКБ, у 10 - ожирение различной степени, у 4 - ВПР ЖКТ, у 8 -хронический гастродуоденит, 3 ребенка с неонатальной желтухой, по 1 ребенку с гемолитической анемией, наследственным сфероцитозом и атопическим дерматитом. У всех детей отмечались нарушения в режиме питания, чрезмерное употребление жирной и углеводистой пищи, а также малоподвижный образ жизни, чаще в подростковом возрасте.

Результаты: На базе хирургического отделения за период с 2010 по 2024г. нами было прооперировано 67 детей. Всем детям проводилась лапароскопическая холецистэктомия. Средний койко-день составил 7,6. Послеоперационных осложнений не было. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение педиатра и гастроэнтеролога.

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

**СОДЕРЖАНИЕ СРЕДНЕГО ОБЪЁМА ТРОМБОЦИТОВ (MPV) КАК
ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ГОНАДЫ ПРИ
СИНДРОМЕ ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ.
THE VALUE OF SERUM MEAN PLATELET VOLUME IN TESTICULAR
TORSION.**

Авторы: Губенко М.А., Бадалова Е.А., Стерликова А.М., Абдулвагидова Э.С.

Authors: Gubenko M.A., Badalova E.A., Sterlikova A.M., Abdulgagidova E.S.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Сытков В.В.

ассистент, к.м.н. Суходольский А.А.

Research supervisor Sytkov V.V.

Sukhodolsky A.A.

Российский университет медицины

Россия, Москва, Москва и Московская область

Aim/Цель: Оценить значимость показателей среднего объема тромбоцитов(MPV), лейкоцитов и тромбоцитов при синдроме отечной мошонки у детей.

Methods/Материалы и методы: Проспективно анализировали истории болезни детей, поступивших в отделение урологии ГБУЗ МО МОЦОМД в период с января 2023 г. по январь 2024 г. Пациенты были разделены на 3 группы (1-я группа перекрут яичка, 2-я группа перекрут гидатиды, 3-я контрольная. В ОАК анализировали содержание лейкоцитов, тромбоцитов и MPV в указанных группах. При клиническом осмотре и по данным УЗИ органов мошонки + доплерография устанавливали предварительный диагноз и определяли тактику лечения согласно актуальным клиническим протоколам. Учитывая клинику синдрома отечной мошонки в группах 1а, 1в и 2 выставлялись показания к экстренной операции.

Results/Результаты: При анализе историй болезни 81 ребёнка мужского пола получили следующее разделение на группы: Группа 1а (13 мальчиков с давностью заболевания более 6 часов) и 1в (12 мальчиков с давностью заболевания менее 6 часов); Группа 2 - 26 человек; Группа 3 — 30 пациентов. Пациенты группы 1а с наиболее выраженной ишемией яичка, отсутствием интраоперационных признаков восстановления кровоснабжения органа после выполнения деторсии, имели значительно более высокое содержание лейкоцитов и MPV по сравнению с другими пациентами этой группы и группами 1в, 2 и 3 ($p < 0.01$)

Conclusion/Выводы: MPV и уровень лейкоцитов в крови может быть полезным дополнением к диагностике перекрута яичка, помогая в дифференциальной диагностике с перекрутом гидатиды яичка наряду с клинической картиной и результатами эхографического исследования с доплерографией. Более низкие значения MPV и лейкоцитов в ОАК у пациентов с перекрутом яичка могут послужить дополнительным критерием для выполнения органосохраняющей операции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ
ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ
RESULTS OF THE TREATMENT OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF
THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL IN NEWBORNS**

Авторы: Гусев Р.А.

Authors: Gusev R.A.

Научный руководитель: д.м.н., профессор М.А. Барская
Research supervisor MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor, M. A. Barskaya,
Самарский государственный медицинский университет
Россия, Самара, Самарская область

Цель нашего исследования – анализ результатов лечения новорожденных с врожденными пороками развития (ВПР) передней брюшной стенки.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 9 новорожденных с диагностированным у них врожденным пороком развития передней брюшной стенки, родившихся в период с 2021 по 2023 год в перинатальном центре ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина. Из 9 детей с пороками развития брюшной стенки у 5 был диагностирован гастрошизис, у 4 – омфалоцеле.

У 4 пациентов ВПР передней брюшной стенки был выявлен на 12 неделе гестации, у 3 – на 13 неделе, у 1- на 15 неделе. У одного ребенка ВПР выявлен лишь на 11 день после рождения. 2 пациента родились с показателями 5-6 баллов по шкале Апгар, у других 5 малышей этот показатель был равен 6-7 баллам, и 2 новорожденных оценили на 8-9 баллов. 3 беременных женщины страдали анемией различной степени тяжести. У 1 женщины также помимо анемии, бронхиальная астма легкой степени, хр. панкреатит, хр. гастрит, хр. дерматит и миома матки. Первично выявленный гестационный сахарный диабет наблюдался в 2 случаях. COVID – 19 был обнаружен у 4 женщин, причём у 1 из них заболевание выявлено непосредственно перед родами, остальные переболели в различные временные промежутки беременности.

Результаты. Хирургическое лечение проведено всем 9 пациентам: 2 операции по Гроссу I, 7 операций одномоментной пластики передней брюшной стенки. В отделении реанимации они находились менее месяца в 8 случаях и более месяца в 1 наблюдении. 8 детей были выписаны в удовлетворительном состоянии. Один ребенок с гастрошизисом, родившийся от матери с инфекцией COVID - 19, умер от септических осложнений.

Таким образом, гастрошизис и омфалоцеле были диагностированы в среднем на 12-13 неделе гестации. Оценка по шкале Апгар колебалась от 5 до 9 баллов. Сопутствующие патологии у беременных выявлены практически во всех случаях. Наблюдался 1 летальный исход у ребенка с гастрошизисом от матери с COVID-19.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РЕТРОФАРИНГИАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС У
РЕБЕНКА 5 МЕСЯЦЕВ ОСЛОЖНЕННЫЙ ЗАДНИМ МЕДИАСТИНИТОМ И
ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНОЙ ФОРМОЙ БДЛ
CLINICAL CASE: RETROPHARYNGEAL ABSCESS IN A 5-MONTH-OLD CHILD
COMPLICATED BY POSTERIOR MEDIASTINITIS AND PULMONARY PLEURAL
BACTERIAL LUNG DESTRUCTION**

Авторы: Давлетшина Г. И.

Authors: Davletshina G. I.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Морозов В. И.

Research supervisor Morozov V.I.

Казанский государственный медицинский университет

Россия, Казань, Республика Татарстан

Цель: Описание редких тяжелых осложнений заглоточного абсцесса у ребенка младшей возрастной группы.

Материал и методы: Представлен клинический случай пациентки 5 месяцев: после вакцинации (Пентаксим№2) на протяжении трех дней наблюдалась гипертермия до 38,3С, увлечение размеров шеи. На фоне консервативного лечения гнойного лимфаденита справа инфильтрация, болезненность в области шеи нарастали, в связи с чем ребенок был доставлен в ДРКБ МЗ РТ. По результатам параклинических исследований выявлена воспалительная активность в крови, на РКТ шеи и грудной клетки определялся большой заглоточный абсцесс, распространяющийся в боковые отделы шеи, сообщающийся с содержимым в заднем, правом и переднем средостении, множественная мелкоочаговая деструкция правого легкого, плеврит справа, деструктивный лимфаденит. Произведено дренирование заглоточного абсцесса и правой плевральной полости.

В дальнейшем внутрилегочная форма БДЛ осложнилась пиопневмотораксом, в связи с чем проводилась повторная торакоскопия, санация правой плевральной полости, одномоментное дренирование средостения через полость заглоточного абсцесса и плевральную полость.

На этапных лечениях проводилась повторная санационная бронхоскопия, антибактериальная и инфузионная терапия. Ребенок выписан из стационара на 25 сутки, с полным клиническим выздоровлением.

Результаты: Реализованный в данном клиническом случае алгоритм лечения с проведением малоинвазивных хирургических вмешательств позволил достичь полного выздоровления у ребенка младшего возраста от данного тяжелого заболевания.

Выводы:

1. Заглоточный абсцесс в отдельных случаях может осложниться задним медиастинитом и деструктивной пневмонией. По данным литературы, летальность в этих случаях достигает 70%.

2. Малоинвазивные хирургические методы лечения с обеспечением адекватного дренирования очагов гнойной инфекции и повторной бронхо и торакоскопической санацией в значительной степени определяют благоприятный исход заболевания.

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ У ДЕТЕЙ
ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF
PARARECTAL FISTULAS IN CHILDREN**

Авторы: Давудгаджиева А. М., Толбоева Г. Н.

Authors: Davudgadzhiyeva A.M., Tolboeva G. N.

Научный руководитель: к.м.н. Мейланова Ф. В.

Research supervisor Candidate of Medical Sciences Meilanova F. V.

Дагестанский государственный медицинский университет

Россия, Махачкала, Республика Дагестан

Актуальность. Технические сложности и осложнения радикального хирургического лечения параректальных свищей остаются актуальной проблемой детской колопроктологии.

Цель. Оценить эффективность консервативного метода лечения параректальных свищей у детей с использованием 10 % спиртового раствора йода.

Материалы и методы. В отделении ЭГХ ДРКБ им. Н.М. Кураева г. Махачкалы. С 2021 по 2023гг. консервативное лечение параректального свища было проведено 15 детям в возрасте от 4х мес. до 16 лет. Мальчиков -12, девочек -3.

В просвет прямой кишки на глубину до 5 см вводился марлевый тампон, пропитанный мазью «Левомеколь». Затем, через наружное отверстие свища на глубину не более 0,5 см вводился пластиковый катетер диаметром 1 мм, соединенный с инсулиновым шприцем, заполненным 10% спиртовым раствором йода. Последний нагнетался по всему внутреннему длиннику просвета параректального свища. Заканчивалась манипуляция туалетом промежности 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина с наложением комбинированной спирт-мазевой повязки. Склеротерапию производили 1 раз в сутки, ежедневно. Минимальное количество введений составляло 12, максимальное 20.

Результаты. Осложнения в процессе склеротерапии возникли у одного ребенка (рецидив парапроктита) что потребовало временного прекращения введения склерозанта и проведения антибактериальной и местной терапии. Положительный эффект консервативной терапии отмечен у 13 детей. Склерозирование свищей после одного курса произошло у 12 детей, у одного ребенка потребовался второй курс склеротерапии, что связано с прерванным первым курсом в следствие возникшего осложнения. В следствие неэффективности консервативного лечения радикальная операция была проведена 2 детям в возрасте 12-ти и 16 лет, с длительно функционирующими свищами.

Выводы. Консервативная терапия показала свою эффективность. Неудовлетворительные результаты отмечены у детей с частыми рецидивами парапроктита и длительно существовавшими свищами.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ МЛАДЕНЧЕСКИХ
ГЕМАНГИОМ ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ
THE USE OF THE HEMANGIOMA SEVERITY SCALE IN THE CHOICE OF
TREATMENT TACTICS**

Авторы: Дагиева К. С.-Э.

Authors: Dagieva K.

Научный руководитель: к.м.н. Городков С.Ю.

Research supervisor CMedSci Gorodkov SY

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Россия, Саратов, Саратовская область

Aim/Цель: оценить возможность применения шкалы оценки тяжести младенческих гемангиом (ШМГ) в выборе тактики лечения.

Methods/Материалы и методы: был произведен подсчет баллов по ШМГ, разработанной Haggstrom A.N. (2012 г) у 147 детей с младенческими гемангиомами (МГ).

Мальчиков - 15. Медиана возраста – 4 месяца (min – 1; max - 4). Соотнесена сумма баллов по ШМГ с выбранной тактикой лечения детей.

Results/Результаты:

Динамическое наблюдение было выбрано у 28 детей. У них средний балл по ШМГ составил 2,67 ($s = 1,09$). Системное использование β -адреноблокаторов (пропранолол) предпринято у 17 детей. У них средний балл по ШМГ – 6,52 ($s=3,62$). Эффективность использования пропранолола составила 85 %. Удаление опухоли, включая её хирургическое иссечение и высокочастотную деструкцию стало выбором у 25 детей. У них средний балл по ШМГ – 4 ($s = 2,59$). Осложнение хирургического лечения не было. Местное использование β -адреноблокаторов (аппликации тимолола) было выбрано у 77 детей. У них средний балл по ШМГ – 3,03 ($s=1,84$). Эффективность использования этого метода лечения составила 87%.

Conclusion/Выводы:

1. Шкала оценки тяжести младенческих гемангиом может быть использована для первичного определения тактики лечения.
2. При оценке по ШМГ менее 4-х баллов показано наблюдение в динамике или местное использование β -адреноблокаторов.
3. При оценке по ШМГ более 6 баллов – показано системное использование β -адреноблокаторов.

**НЕЙРОБЛАСТОМА У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ.
NEUROBLASTOMA IN CHILDREN OF NORTH OSSETIA-ALANIA.**

Авторы: Далле Давид Ульриш.

Authors: Dalle David Ulrich.

Научный руководитель: Караева В.Ю.

Research supervisor Karaeva V.Y.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Россия, Владикавказ, Республика Северная Осетия — Алания

Введение. НБ составляет 7-11% и занимает 4 место после острых лейкозов, опухолей ЦНС и лимфом. У детей 1-го года на ее долю приходится до 50%.

Цель. Оценить диагностику, лечение и исходы заболевания у детей с нейробластомой.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 18 детей с НБ в возрасте от 1 месяца до 7 лет, находившихся на лечении в отделении онкогематологии ДРКБ с 2011 по 2023 год.

Результаты. Возрастной диапазон пациентов: до 1 года – 55,6%, 1-3 года – 27,7%, 3-7 лет – 11,1% и старше 7 лет – 5,6%. Средний возраст составил 1,5 года. Мальчики – 66,7%, девочки – 33,3%. Манифестация заболевания: у 11,1% - общим опухолевым симптомокомплексом, у 22,2% - лихорадкой, у 11,1% - неврологической симптоматикой, у 5,6% - болевым синдромом. У 33,3% - это находка на УЗИ, у 5,6% - «пальпируемое образование в животе». Распределение по стадиям: I ст. – 41,1%, II ст. – 11,8%, III ст. – 11,8%, IV ст. – 29,4%. У 5,9% пациента до 1 года была выставлена IVS стадия., у 5,9% - стадия не установлена, ребенок в процессе обследования. Локализация опухоли: 67,7% - надпочечник, 32,3% - паравертебрально. Изолированы радикальные операции проведены - 52,9% детей с I- II ст., 11,8% детей с III ст. - нерадикальные операции и ПХТ, 17,6% детей с IV ст. – пред- и постоперационная ПХТ, операция, иммунотерапия и биотерапия, лучевая терапия. 11,7% детей с IV ст. признаны неоперабельными, им проводилась ПХТ и иммунотерапия. Результаты лечения: у 22,2% не известны, у 38,9% с I-II ст. - ремиссия, 16,7% с IV ст. – в процессе лечения. Летальный исход – у 22,2%.

Выводы. Выявление заболевания на I-II стадиях у детей до 1-го года позволяет получить наилучшие результаты лечения, зачастую ограничиваясь хирургическим лечением. Своевременная диагностика у детей старше 1-го года позволяют рассчитывать на благоприятный исход. Лечение пациентов с III-IV стадиями НБ представляет собой очень сложную проблему.

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОРА ТАКТИКИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ У
ДЕТЕЙ**

**FEATURES OF DIAGNOSIS AND CHOICE OF SURGICAL TREATMENT
TACTICS FOR EDEMA SCROTUM SYNDROME IN CHILDREN**

Авторы: Даминов Ж.Н., Садиков У.У., Шамсутдинов А.Ш.

Authors: Daminov JN, Sadikov UU, Shamsutdinov AS

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шахриев А.К.

Research supervisor PhD Shaxriyev AK

Самаркандский государственный медицинский университет

Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан

Цель. Определить оптимальную тактику хирургического лечения синдрома отека мошонки у детей.

Материалы и методы. С 2001 по 2023 год в отделении урологии специализированной детской хирургической клиники Самаркандского государственного медицинского университета было проведено лечение у 348 мальчиков с синдромом отека мошонки в возрасте от 1 года до 15 лет. Большую часть больных составили дети старшей возрастной группы в возрасте 7-18 лет 75,5%, 3-6 лет 13,5%, от 1 до 3 лет - 11%.

Результаты: При поступлении наряду с общеклиническими исследованиями проведено ультразвуковое доплеровское исследование мошонки, наличие нарушений кровообращения является одним из показателей перекручивания гидатиды Морганьи или перекручивания яичка. При болях в мошонке без признаков воспаления консервативная терапия проводилась 2,0% больных. При лечении остальных (98%) больных проводилась активная хирургическая коррекция. Оперативный доступ осуществлялся через разрез мошонки. В 68,6% выявлено перекручивание и некроз гидатиды Морганьи.

Выводы: Таким образом, активная хирургическая коррекция является основным методом лечения острых хирургических заболеваний яичек.

**КИСТЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ АНТЕНАТАЛЬНО
ABDOMINAL CYSTS DELETED ANTENATALLY**

Авторы: Дербушева Е.А

Authors: Derbusheva E.A.

Научный руководитель: д.м.н Цап Н.А

Research supervisor DMedSci Tsap N.A.

Уральский государственный медицинский университет

Россия, Екатеринбург, Свердловская область

Aim/Цель: провести анализ эффективности антенатальной диагностики кистозных образований брюшной полости (КО БП) у плодов, изучить её влияние на выбор постнатальной диагностической тактики, способа и экстренности хирургического вмешательства.

Methods/Материалы и методы: В аналитическую выборку за 2020-2023 гг. включены истории болезни 50 детей с КО БП, которые были выявлены антенатально на УЗИ-скрининге в III триместре беременности, а затем в отделении хирургии новорожденных выполнено их оперативное удаление (лапароскопия). На предоперационном этапе всем новорожденным проведено инструментальное обследование, включающее в себя УЗИ органов БП и малого таза до и после операции.

Results/Результаты: В структуре КО БП, выявленных антенатально, ведущее место занимают кисты яичников у девочек (n=41; 82%), обнаруживают их обычно на 30-35 неделе гестации. Кистозные удвоения кишечника (n=9; 18%) выявляются постнатально по признакам кишечной непроходимости или интраоперационно. В этой группе преобладали мальчики (n=6; 67%). В экстренном порядке выполнена лапароскопия 16 (32%) девочкам в

связи с внутриутробным перекрутом и некрозом придатков матки, кровоизлиянием в полость кисты. В отсроченном порядке на 7 ± 3 сутки жизни 34 (68%) ребенка. При удалении неосложненных кист придатков максимально сохраняется ткань яичника. Кистозные удвоения кишечника (чаще подвздошной кишки) удалены методом вылущивания ($n=3$; 33%) или резекции патологического участка кишки с формированием межкишечного анастомоза ($n=6$; 67%). Послеоперационных осложнений и летальных исходов не было. Все дети на динамическом наблюдении.

Conclusion/Выводы:

Аntenatalный УЗ-скрининг обладает высокой чувствительностью и специфичностью по выявлению КО БП в III триместре беременности, что позволяет выполнить пренатальный трансфер в специализированный стационар и своевременно профилактировать жизнеугрожающие состояния новорожденных путем выполнения лапароскопических органосохранных (64%) оперативных вмешательств.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ.

OUR EXPERIENCE OF TREATING CHILDREN WITH PECTUS EXCAVATUM.

Авторы: Джопуа Н. Г.

Authors: Dzhopua N.G.

Научный руководитель: Джелиев И.Ш.

Research supervisor Dzheliev I.Sh.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Россия, Владикавказ, Республика Северная Осетия — Алания

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) приводит к уменьшению объема грудной клетки, сдавлению и смещению органов средостения, функциональным нарушениям со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, косметическим дефектам. Широко применяется наименее инвазивная операция Насса. По данным литературы в 90% случаев дает хороший. Наблюдаются ряд осложнений данной методики.

Цель исследования: определить результаты лечения по данным нашей клиники, осложнения методики и пути профилактики осложнений.

Материалы и методы: Первая операция в ДРКБ г. по методике Насса выполнена в 2005 году. За этот период пролечено 33 ребенка. Т-образные пластины из титанового сплава BT6 изготавливались по индивидуальным чертежам. В зависимости от степени и вида деформации формировалась форма пластины. Операция проводилась по общепринятой методике. Пластину удаляли через 3-5 лет. Смены пластины не требовалось.

Результаты: у всех больных достигнут положительный результат: устранялся косметический дефект, пациенты заметно прибавляли в физическом развитии. Из осложнений: в непосредственном послеоперационном периоде развился гемоторакс (5 пациентов) и пневмоторакс (4 пациента), потребовавшие плевральных пункций и в 2 случаях дренирования плевральной полости. В отдалённом периоде осложнения имелись у 2 пациентов: у 1 - смещение правого конца пластины в межрёберное пространство из-за недостаточной длины пластины, ей выполнена замена пластины; у 1 – во время удаления пластины выявлено интенсивное окостенение вокруг нее из-за неправильного моделирования пластины изначально, в связи с чем удаление пластины было более травматичным.

Выводы. Таким образом, операция Насса эффективная малотравматичная операция. Наблюдается минимальное число осложнений, которых можно избежать при чётком соблюдении методики вмешательства.

**МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ НА
ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ДЕВОЧКИ С САРКОМОЙ ЮИНГА.
MORAL AND ETHICAL ASPECTS IN PEDIATRIC ONCOLOGY ON THE
EXAMPLE OF CLINICAL CASE OF A GIRL WITH EWING SARCOMA.**

Авторы: Дзиццоев Ч.А., Кочиева М. Г., Битарова А.Ф.

Authors: Dzitstsoev Ch.A., Kochieva MG., Bitarova A.F.

Научный руководитель: ассистент Караева В.Ю.

Research supervisor Research supervisor Karaeva V.Y.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Россия, Владикавказ, Республика Северная Осетия — Алания

Девочка Ш., 5 лет, в период с марта 2016 по октябрь 2017 г. четыре раза поступала в хирургическое отделение ДРКБ, где получала лечение с диагнозом: Хронический остеомиелит левой бедренной кости. Во время 4-ой госпитализации проведена биопсия средней трети левой бедренной кости. С подозрением на злокачественное новообразование была переведена в РДКБ г. Москвы, где через 1,5 месяца был выставлен диагноз - Саркома Юинга диафиза левой бедренной кости без метастазов, подтвержденная ИГХ. Ребенок был направлен в отделение онкологии-гематологии для получения первого этапа ПХТ. Родители отказались от ПХТ. На 4 года ребенок выпал из поля зрения врачей. В октябре 2021 года девочка в тяжелом состоянии была госпитализирована в отделение онкологии-гематологии с многоочаговым поражением легких, брюшной полости метастатического характера. Телемедицинский консилиум со специалистами РДКБ г. Москвы. констатировал крайне неблагоприятный прогноз. В качестве попытки лечения предложено проведение ПХТ. Родители отказались. Ребенку проводилась паллиативная терапия. 3 декабря 2021г. в 4.30 наступила остановка сердечной и дыхательной деятельности. Реанимационные мероприятия не проводились. Вскрытие не проводилось.

Выводы: Уникальность данного клинического случая заключается в том, что данный ребенок в возрасте 5 месяцев был успешно пролечен по поводу опухоли Вильмса. Несмотря на трудности диагностики саркомы Юинга, на момент постановки диагноза метастазов не было, прогноз был благоприятным. Отказ родителей от лечения остается сложным и спорным аспектом. Сложность клинического случая, особенности течения болезни, а также неизвестные нам мотивы, побудившие родителей девочки отказаться от лечения, демонстрируют не только медицинские, но и морально-этические аспекты работы детского онколога.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В
ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ.**

**QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER CHOLECYSTECTOMY IN
ADOLESCENCE.**

Авторы: Дзубан С.Е.

Authors: Dzuban S.E.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бландинский В.Ф., к.м.н. Соколов С.В.

Research supervisor DMedSci Blandinskiy V.F., CMedSci Sokolov S.V.

**Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра урологии и
нефрологии**

Россия, Ярославль, Ярославская область

Aim/Цель: Оптимизировать тактику оказания помощи детям с холецистолитиазом путем выбора наиболее подходящего возраста для планового хирургического вмешательства, исходя из качества жизни после холецистэктомии в подростковом возрасте.

Methods/Материалы и методы: Основу исследования составили результаты консервативного и хирургического лечения детей с холецистолитиазом в Ярославской области. Из 21 ребенка, которым в период с 2018 по 2023 годы была выполнена холецистэктомия, в основную группу (ОГ) были включены 10 пациентов, перенесших

операцию в возрасте от 12 до 17 лет: медиана - 16 лет (интерквартильный размах: 14-17 лет). Контрольную группу (КГ) составили 9 пациентов, которым на момент исследования проводилась консервативная терапия. Сбор данных осуществляли путем дистанционного анкетирования при помощи опросника качества жизни «GIQLI». Давность после операции к моменту анкетирования в ОГ составила 1,5 (1-3) года, длительность терапии в КГ – 2 (1-3) года, $p=0,17$.

Results/Результаты: Общий показатель качества жизни значимо не различался ($p=0,97$), составил в ОГ 119 (111-124) баллов, в КГ – 118 (113-122) баллов. При детализации жалоб выявлена меньшая встречаемость после холецистэктомии преходящих нарушений опорожнения кишечника, таких как диарея (ОГ = 3 (3-3) балла; КГ = 3 (1-3) балла; $p=0,02$) и запор (ОГ = 3 (3-4) балла; КГ = 3 (2-4) балла; $p=0,019$). Различий в субъективной пищевой непереносимости (ОГ = 21 (19-24) балла; КГ = 20 (17-21) баллов) и психоэмоциональном состоянии (ОГ = 58 (55-60) баллов; КГ = 61 (53-62) балл) не выявлено ($p=0,26$ и $p=0,77$ соответственно).

Conclusion/Выводы: В связи с отсутствием достоверного повышения качества жизни пациентов, не смотря на менее часто встречающиеся нарушения функции желудочно-кишечного тракта после холецистэктомии, удаление желчного пузыря при холецистолитиазе в подростковом возрасте следует выполнять только в случае наличия клинических показаний. При бессимптомном течении целесообразно проводить консервативную терапию.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ ROBOT-ASSISTED SURGERY IN THE TREATMENT OF DISEASES OF THE HEPATOPANCREATOBILIARY ZONE IN CHILDREN.

Авторы: Дикусарова Д. С.

Authors: Dikusarova D.S.

Научный руководитель: Член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Козлов Ю.А.
**Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии и
детской хирургии ДПО**

Россия, Иркутск, Иркутская область

Введение. В исследовании представлен первый опыт выполнения робот-ассистированных вмешательств при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны у детей.

Материалы и методы. В исследовании представлены ретроспективные данные историй болезни, касающиеся 5-х пациентов с желчнокаменной болезнью, которым была выполнена робот-ассистированная холецистэктомия и 2-х пациентов с солидной псевдопапиллярной опухолью поджелудочной железы, которым была выполнена робот-ассистированная дистальная панкреатэктомия (РДП) с сохранением селезенки. Все операции были выполнены с использованием новой хирургической системы Versius™ производства компании CMR (Cambridge Medical Robotics, Великобритания).

Результаты. Гендерный состав пациентов из группы холецистэктомии был представлен 5 девочками, средний возраст составил 16,7[16,5;17]лет, средний вес 56 [53,8;58,5]кг. Средняя длительность проведения холецистэктомий составила средним 65 [62,5;67,5]мин, время нахождения пациентов в палате интенсивной терапии 19 [19;20,5]часов, срок госпитализации 4,7 [4;5,5]суток. Гендерный состав пациентов из группы РДП был представлен 1 мальчиком и 1 девочкой, длительность операций составила 340 и 350 мин соответственно. Пациенты находились в палате интенсивной терапии 24 и 27 часов. Срок госпитализации составил 10 и 15 суток соответственно. Во всех случаях операции протекали без интраоперационных осложнений и без конверсии в открытые процедуры. Не было отмечено интра- или ранних послеоперационных осложнений.

Заключение. Робот-ассистированная хирургия является приемлемой альтернативой лапароскопических и открытых операций у пациентов с заболеваниями желчного пузыря и поджелудочной железы, поскольку робот предоставляет дополнительные преимущества в

виде улучшенного 3D изображения, повышенной маневренности при работе инструментами, увеличения операционного поля, 7 степеней свободы, а также масштабирования движений, что облегчает рассечение тканей и интракорпоральное наложение швов.

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО УДЕРЖИВАТЕЛЯ НАДКОЛЕННИКА У
ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ВЫВИХАХ, ПРОФИЛАКТИКА РАННЕГО
АРТРОЗА ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНОГО СУСТАВА**

**RESTORATION OF THE INTERNAL RETINACULUM OF THE PATELLA IN
CHILDREN WITH DYSPLASTIC DISLOCATIONS, PREVENTION OF EARLY
ARTHRITIS OF THE PATELLOFEMORAL JOINT**

Авторы: Димитриева Екатерина Владимировна

Authors: Dimitrieva Ekaterina Vladimirovna

Научный руководитель: Научный руководитель: Соколов Андрей Олегович

Research supervisor Scientific director: Sokolov Andrey Olegovich

**Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Медицинский
факультет**

Россия, Чебоксары, Чувашская Республика

Цель: определить наиболее эффективный метод предупреждения развития хондромалии артикулирующих поверхностей надколенника у детей.

Методы и материалы: в клинике детской травматологии и ортопедии на базе РДКБ с 2017 по 2022г было пролечено 68 пациентов с диспластическими вывихами надколенника, из которых 11 пациентов, без внутрисуставных повреждений получили оперативное лечение.

Результаты: анализ клинических рекомендаций, литературных данных отечественных и зарубежных авторов, а также клинических сведений, полученных из медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в отделении травматологии и ортопедии РДКБ Минздрава Чувашии с 2017 по 2022, показал, что индивидуальный подход к составлению плана операции, грамотно выполненная пластика медиальной пателлофemorальной связки обеспечивают наилучшую профилактику разрушения надколенника у детей. Все пациенты успешно восстановились и вернулись к активному образу жизни. Болевой синдром в коленном суставе более не беспокоил. Случаев повторной дислокации надколенника не отмечалось.

Выводы: реконструкция МПФС представляет собой наиболее эффективный метод предупреждения развития хондромалии артикулирующих поверхностей надколенника у детей. Для достижения наилучшего результата, крайне важен индивидуальный подход к выбору тактики оперативного вмешательства, учитывая индексы TT-TG, Insall Salvati, угол латерального наклона надколенника, антеторсию шейки бедренной кости и внутреннюю ротацию бедра.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АТРЕЗИЙ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЁННЫХ EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF INTESTINAL ATRESIA IN NEWBORNS

Авторы: Долинская В.Д.

Authors: Dolinskaya V.D.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Карпова И.Ю.

Research supervisor Doctor of Medical Sciences, Professor I.Y. Karpova

Приволжский исследовательский медицинский университет

Россия, Нижний Новгород, Нижегородская область

Цель: провести анализ встречаемости разных типов атрезии кишечника у новорожденных и представить методы хирургической коррекции.

Материалы и методы: В клиниках Нижегородской области с 2020 по 2024гг. пролечено 25 новорожденных с разными типами атрезии кишечника, из них: в 2 случаях выявлена множественная атрезия тонкой и толстой кишки, у 13 (52 %) младенцев диагностирована атрезия двенадцатиперстной кишки и у 1(4%) новорождённого атрезия толстой кишки.

Мальчиков было 19 (76%), девочек – 6 (24%), в 84% случаев отмечена сочетанная патологии. Недоношенных младенцев пролечено 15 (60%), доношенных - 10 (40%), средний срок гестации составил 35, 6 нед., средний возраст матери- 31,2 г.

Результаты: Врожденная патология кишечника в 72% случаев была диагностирована антенатально. Операционные вмешательства проведены на 1-3 сутки жизни. После предоперационной подготовки всем новорождённым с атрезией двенадцатиперстной кишки выполняли верхнесрединную лапаротомию с наложением ромбовидного дуадено-дуаденоанастомоза по К. Кимура. В пяти случаях при атрезии тощего и подвздошного отделов кишки проводили резекцию атрезированных участков кишечной трубки с наложением энтеро-энтероанастомоза. У двух новорожденных выполнена резекция участка тонкой кишки с выведением двустольной энтеростомы. Наложение Т-образного энтероанастомоза с наложением разгрузочной энтеростомы выполнено у одного пациента. Новорождённому с атрезией тощей кишки 4 типа и атрезией толстой кишки 4 типа был сформирован адаптированный толсто-толстокишечный анастомоз «конец в бок», выведена еюностома. Средний койко-день составил 31,2 суток. Летальность отмечена в 2 (8%) случаях.

Выводы: В Нижегородской области за последние 4 года у 25 новорожденных диагностированы различные варианты атрезий кишечной трубки, из них преобладали аномалии двенадцатиперстной кишки (52%). В структуре врожденной патологии доминировали недоношенные дети (60%), благоприятные исходы констатированы в 23 (92%) случаях.

ОСЛОЖНЕНИЕ ПУНКЦИОННОЙ ГАСТРОСТОМИИ У РЕБЕНКА A COMPLICATION OF PUNCTURE GASTROSTOMY IN A CHILD

Авторы: Дорошенко Т.В., Клочко А.Н.

Authors: Doroshenko TV, Klochko AN

Научный руководитель: к.м.н., доцент Барова Н.К.

Research supervisor KMedSci Barova NK

Кубанский государственный медицинский университет

Россия, Краснодар, Краснодарский край

Цель. Описание редкого осложнения постановки пункционной ЧЭГ.

Материалы и методы: Мальчик, 10 лет, госпитализирован в октябре 2020г. Диагноз: ДЦП, хронический резидуальный период в форме спастического тетрапареза, множественными контрактурами суставов, GMFCS-5 уровень. Микроаспирационный синдром. Носитель трахеостомы (2018г). Кифосколиоз1ст. Из анамнеза: ДЦП установлен в 1 год. Носитель НГЗ в течении 6 лет. Выставлены показания к постановке пункционной ЧЭГ.

Операция проведена в типичном месте. Выписан без осложнений. На замену гастростомы в установленные сроки не явился. Спустя 10 мес. госпитализирован в ДИБ с клиникой энтерита. Назначенная терапия эффекта не имела. Через несколько дней появились признаки воспаления в области стояния гастростомы и рвота с примесью каловых масс. Переведен в ХО 1 ГБУЗ «ДККБ». Обследован - выявлен кожно-толстокишечно-толстокишечно-желудочный свищ. Принято коллегиальное решение о консервативном тактике ведения: 1. Удаление гастростомы; 2. Установка НГЗ в ДПК; 3. Перевод на полное парентеральное питание; 4. Энтеральное кормление через зонд на 3-4 сутки с постепенным расширением объема смеси; 5. Повторная установка ЧЭГ по закрытию свища.

Результаты. Закрытие кожно-толстокишечно свища констатировано на 5 сутки. На 12 сутки при ЭФГДС установлено сохранение желудочно-толстокишечного соустья с ригидными краями – закрыт наложением клипсы Ovesco OTSC System Set №1. Через 3 недели после наложения клипсы выполнено R-контрастным исследованием желудка - затека контраста в кишку нет. На ЭФГДС выявлено, что клипса стоит удовлетворительно, толстокишечно-желудочный свищ закрыт. Повторная успешная гастростомия выполнена через 22 дня. Выписан без хирургических осложнений.

Заключение. При постановке ЧЭГ выбор места пункции требует индивидуального подхода, с учетом имеющихся анатомических особенностей конкретного пациента. В случае формирования патологических соустьев агрессивная хирургическая тактика лечения не всегда оправдана.

АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА И СИНДРОМ ЭДВАРДСА - ВЗГЛЯД ДЕТСКОГО ХИРУРГА

ESOPHAGEAL ATRESIA AND EDWARDS SYNDROME - THE VIEW OF A PEDIATRIC SURGEON

Авторы: Дроздова П.М. , Багдасарян М.С. , Полубояринова С.П. , Темченко А.Р. , Акилова М.Д.

Authors: Drozdova PM, Bagdasaryan MS, Poluboyarinova SP, Temchenko AR, Akilova MD

Научный руководитель: Профессор, д.м.н. Герасименко И.Н.

Research supervisor Professor, DMedSci Gerasimenko IN

Ставропольский государственный медицинский университет

Россия, Ставрополь, Ставропольский край

Цель описания клинического случая состоит в рассмотрении и демонстрации генетической формы атрезии пищевода с хромосомной аномалией.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находился ребенок, родившийся на сроке 31 недели, с диагнозом: атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем (вариант С - классификация Грос); сопутствующий - трисомия по 18 хромосоме (синдром Эдвардса). Из анамнеза: у матери беременность - 1, роды - 1. При выполнении первого скринингового УЗИ: на сроке гестации 12-13 нед. кости не визуализируются. На сроке гестации 13-14 нед. проведен НИПТ: Трисомия 18 - высокий риск. Во втором триместре на сроке гестации 20-21 нед выполнено ЭхоКГ: ВПС высокой степени сложности: Тетрада Фалло. На сроке 31 нед. и 2 дня мать была доставлена в приемное отделение СККПЦ №1. Состояние ребенка на момент рождения тяжелое, обусловленное недоношенностью, морфо-функциональной незрелостью, дыхательной недостаточностью 3 степени, асфиксией, множественными ВПР. Масса тела составляла 1000 грамм. После оказанных реанимационных мероприятий ребенок был до ставлен в ОРИТН 1 этапа на ИВЛ.

Результаты: Ребенку было проведено стандартное предоперационное обследование с лабораторными и инструментальными методами исследования. Было выполнено оперативное вмешательство – торакотомия - разобщение свища. Диастаз между сегментами составляет около 3 см (по соотношению с браншами инструментов) (сформировать

анастомоз невозможно; принято решение выполнить гастростомию и верхнюю эзофагостому).

Лечение пациентов с синдромом Эдвардса заключается в хирургической коррекции пороков развития внутренних органов, которые препятствуют жизнедеятельности младенца. Прогноз для выздоровления остается неблагоприятным.

Выводы: Таким образом, атрезия пищевода - это чаще всего спорадическое заболевание, которое является частью моногенной или хромосомной болезни.

Прогноз варьирует в зависимости от тяжести генетических аномалий, которые имеются у пациентов с атрезией пищевода.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ MODERN APPROACHES TO PLANNING SURGICAL INTERVENTIONS IN ABDOMINAL SURGERY

Авторы: Дроздова П.М. , Багдасарян М.С. , Полубояринова С.П. , Темченко А.Р. ,
Акилова М.Д.

Authors: Drozdova PM, Bagdasaryan MS, Poluboyarinova SP, Temchenko AR, Akilova MD

Научный руководитель: Профессор, д.м.н. Герасименко И.Н.

Research supervisor Professor, DMedSci Gerasimenko IN

Ставропольский государственный медицинский университет

Россия, Ставрополь, Ставропольский край

Цель: продемонстрировать преимущества применения инновационных 4D технологий в гепатобилиарной хирургии

Материалы и методы: на клинической базе кафедры детской хирургии с курсом ДПО ФГБОУ ВО СТГМУ Минздрава России и экспериментального центра был сконструирован уникальный медицинский инструмент HoloDoctor AR/VR Viewer, представляющий собой программный комплекс, основанный на обработке медицинских изображений КТ и МРТ без контрастных веществ или с их применением, с использованием технологий дополнительной реальности и алгоритмов искусственного интеллекта. Суть данной техники состоит в визуализации состояния внутренних органов для точной дифференциальной диагностики эхинококкоза печени у больного, с последующим выбором тактики лечения.

Результаты: медицинский инструмент HoloDoctor предоставляет полную информацию о патологических участках организма. Данное нововведение обусловлено множественными преимуществами: точность диагностики и оценки клинической ситуации пациента (позволяя врачам еще до оперативного вмешательства увидеть все патологические очаги и участки в 2,3,4D форматах), эффективное планирование операции (моделирование плана операции и уменьшение риска возможных ошибок), качественное изображение (что обеспечивает более детальное и реалистичное представление о состоянии пациента), сокращение времени диагностики и планирования (интегрированная DICOM программа распознает изображения, на которых представлены участки, требующие особого внимания, тем самым уменьшая время диагностики, оценки клинической ситуации и планирования операции), оптимальная навигация в хирургии (интеграция HoloLens с очками VR обеспечивает оптимальную навигацию во время хирургических операций), возможность использования Объединенной Базы Медицинских Знаний (УМКБ).

Выводы: таким образом, предложенный программный комплекс направлен на качественную диагностику заболевания, что в будущем лечении обеспечит минимизацию возможных рисков в интра- и послеоперационных периодах.

ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ХИРУРГИЯ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ FLUORESCENT SURGERY IN PEDIATRIC ONCOLOGY

Авторы: Дрягина Е.Д.

Authors: E.D. Dryagina

Научный руководитель: член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Козлов Ю.А.
**Research supervisor Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, MD,
Professor Kozlov Yu.A.**

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии и
детской хирургии ДПО*

Россия, Иркутск, Иркутская область

Цель. Анализ ретроспективных данных, касающихся пациентов с онкологическими заболеваниями, которым были выполнены оперативные вмешательства под флюороскопическим контролем.

Материалы и методы. Всего было выполнено 10 оперативных вмешательств у детей разного возраста с онкологическими патологиями, которые включали: зрелая тератома яичника – 5 случаев, ганглионеврома заднего средостения – 1 случай, изолированная нейрофиброма толстой кишки – 1 случай, нефробластома – 3 случая. Хирургическая процедура

была выполнена с использованием флюороскопического контроля путем внутривенного введения индоцианина зеленого, а также эндовидеохирургической системы

RUBINAT™ производства компании KARL STORZ (Германия). Компоненты RUBINAT™ предлагают различные режимы визуализации сигнала ICG- NIRF. В зависимости от предпочтений хирурга и области применения ICG- NIRF данные могут отображаться в различных режимах: режим наложения изображения, монохромный режим, режим цветного картирования.

Результаты. Средний возраст пациентов на момент операции составил 10 [7,5;13] лет, средний вес - 52 [42;63,5] кг. Длительность хирургического вмешательства, в среднем, составила 66[35;97,5] минут. Средняя длительность нахождения пациентов в палате интенсивной терапии составила 3,4 [1,8;5] часа. Средняя продолжительность госпитализации составила 7[6;10] суток. Все операции протекали без интраоперационных осложнений и без конверсий в открытые процедуры. Не было отмечено также и ранних послеоперационных осложнений.

Заключение. Данная технология позволяет определить четкий анатомический ориентир жизнеспособной ткани, неокрашенной флюоресцентом. Использование индоцианина зеленого является безопасным и высокоинформативным способом в современной онкологии. Не было отмечено аллергии или других побочных реакций организма, вызванных ICG.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ. CONSERVATIVE TREATMENT OF VARICOCELE.

Авторы: Дудникова П.Е.

Authors: Dudnikova. P.E.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бландинский В.Ф., к.м.н. Соколов С.В.,
Андреев А.И., Андреева А. Ю.

**Research supervisor DMedSci Blandinskiy V.F., CMedSci Sokolov S.V., Andreev A.I.,
Andreeva A.Yu.**

*Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Ярославль, Ярославская область*

Aim/цель: Оценить эффективность проводимой консервативной монотерапии варикоцеле.

Methods/Материалы и методы: Под наблюдением находилось 42 пациентов с варикоцеле 1-2 степени в возрасте 12-17 лет. После клинического определения степени

варикоцеле больным проводилось УЗДГ яичковых сосудов с определением пиковых скоростей кровотока по центропетальным артериям, определялись индексы резистентности яичковых сосудов. Определение гемодинамического типа варикоцеле проводилось с помощью измерения степени сдавления левой почечной артерии в аорто-мезентериальном пинцете и с помощью пробы Trombetta. Всем больным назначался курс консервативного лечения, включавший монотерапию препаратом Диосмин в дозе 900 мг в сутки на 2 месяца, после чего повторно проводилось УЗДГ исследование.

Results/Результаты: Интервал между УЗДГ исследованиями после консервативного лечения составлял от двух месяцев до полугода. По результатам второго сканирования у всех наблюдалась положительная динамика в виде прироста индексов резистентности и уменьшения признаков венозного застоя. Регресс клинических проявлений варикоцеле отмечен в 93% случаев.

Conclusion/Выводы: эффективность консервативной терапии варикоцеле подтверждается объективно ростом показателей индексов сопротивления яичковых сосудов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРУПНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LARGE FOREIGN BODIES OF GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN

Авторы: Дьяконов Г.В., Вакилов Ф.Ф., Имаева А.Р.

Authors: Dyakonov G.V., Vakilov F.F., Imaeva A.R.

Научный руководитель: д.м.н., проф. А.А.Гумеров

Research supervisor MD, Prof. Gumerov A.A.

*Бакирский государственный медицинский университет
Россия, Уфа, Республика Башкортостан*

Aim/Цель: исследования является демонстрация результатов лечения детей с крупными инородными телами пищевода и желудка.

Methods/Материалы и методы: проведен анализ лечения 5 девочек в возрасте от 6 мес. до 17 лет с крупными инородными телами (КИТ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). У трех детей КИТ локализовались в пищеводе – зубная щетка, металлический кулон, множественные магнитные шарики. У двоих детей - в желудке, столовая ложка и палочка от Чупа-чупса.

Results/Результаты: одно из первых проявлений инородных тел пищевода – жалобы на гиперсаливацию, на боль и затруднение при глотании, отказ от приема пищи. На рентгенограмме грудной клетки выявлена тень инородного тела пищевода. Произведена ригидная эзофагоскопия. Инородное тело удалено щипцами.

Больные с крупными инородными телами желудка предъявляли жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту, тяжесть в животе. Для диагностики проводилось рентгенологическое исследование органов грудной и брюшной полости. После неоднократной безуспешной попытки эндоскопического удаления столовой ложки из желудка, выполнена гастротомия, извлечена столовая ложка (рис.2). У второго ребенка с некоторыми техническими трудностями извлечена из просвета желудка палочка «Чупа-чупса». Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Conclusion/Выводы: эндоскопическое удаление КИТ пищевода и желудка представляют определенные сложности, поэтому извлечение КИТ должно выполняться опытным квалифицированным специалистом, при неудачной попытке извлечения следует произвести оперативное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ RESULTS OF TREATMENT OF HYPOSPADIA IN CHILDREN

Авторы: Дьяконова К.Р.

Authors: Diakonova K.R.

Научный руководитель: д.м.н. Саввина В.А.

Research supervisor DMedSci Savvina V.A.

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова

Россия, Якутск, Республика Саха (Якутия)

Цель исследования: анализ результатов лечения гипоспадии у детей.

Материалы и методы: За 2019 – 2023 годы в урологическом отделении Педиатрического центра Республиканской больницы №1 – Национального центра медицины им. М.Е. Николаева пролечено 58 детей с гипоспадией возрастом от 1 года и старше. 24 мальчика оперированы по поводу стволовой формы (41%), 15 – венечной (26%), 11 – головчатой (20%), 7 – по поводу члено-мошоночной формы порока развития (12%), у одного ребенка была гипоспадия типа «хорды». Основные жалобы на искривление полового члена (55%), затрудненное мочеиспускание (10,5%), разбрызгивание мочи при мочеиспускании (24%). При осмотре выявлены: вентральная девиация ствола полового члена, наличие «капюшона» крайней плоти на дорсальной поверхности, меатальный стеноз выявлен у 2 детей с венечной формой. Выполнены операции: двухэтапная пластика - 10, пластика по Снодграссу – 48.

Результаты: Чаще оперированы дети в возрасте от 3 до 6 лет (41%) – это пациенты с тяжелыми формами гипоспадии. В 1-2 года оперированы 17 детей со стволовой формой (29%), остальные с дистальными формами данного порока развития оперированы в возрасте старше 6 лет. Двухэтапной пластикой подвергались в основном пациенты с тяжелыми члено-мошоночными и проксимальными стволовыми формами порока развития. Приоритетной методикой хирургического лечения гипоспадии в отделении является одноэтапная операция по Снодграссу. В послеоперационном периоде у 4 пациентов выявлены осложнения (7%) в виде свища уретры (3 детей) и стриктуры уретры (1 больной). Осложнения устранены при повторных вмешательствах.

Выводы:

1. В структуре гипоспадий преобладают стволовая и венечная формы.
2. Успешность хирургического лечения составила 93%.
3. Осложнения после хирургического лечения гипоспадии выявлены у 7% детей – свищи и структура уретры. Последние устранены путем повторных вмешательств.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У ДЕТЕЙ TREATMENT OPTIONS FOR VALGUS FOOT DEFORMITY IN CHILDREN

Авторы: Евдокимова Ю.В.

Authors: Yevdokimova Y.V.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Слизовский Г.В.

Research supervisor DMedSci Slizovsky G.V.

Сибирский государственный медицинский университет

Россия, Томск, Томская область

Цель исследования: Улучшение результатов лечения детей с вальгусной деформацией стоп, оценка возможности и эффективности применения артроэреза подтаранного сустава имплантом из пористого никелида титана в сравнении с применением стандартного консервативного метода лечения.

Материалы и методы: была сформирована группа из 120 детей, имеющих вальгусной деформацией стопы. Из них 25 детей прошли хирургическое лечение, в то время как у 95 детей применялся консервативный подход. Выбор метода лечения осуществлялся с учетом возраста пациента. Консервативное лечение включало курсы лечебной физкультуры, массаж, индивидуальный подбор ортопедических стелек и использование специальной обуви.

У детей старше 10 лет и при наличии показаний применялся авторский хирургический метод лечения с использованием имплантов из пористого никелида титана. Методика была разработана сотрудниками кафедры детских хирургических болезней СибГМУ: Слизовским Г.В. и Федоровым М.А. Она включает в себя коррекцию деформации подтаранным артрорезом с применением имплантов из пористого никелида титана, что позволяет восстановить недостающую суставную поверхность и моделировать максимально нормальный свод стопы.

Результаты: при консервативном методу лечения положительная динамика наблюдалась в 70% случаев. Относительные недостатки: невозможность полного устранения патологии, длительность лечения и ограничения по возрасту.

Авторский хирургический метод с использованием пористого никелида титана показал 100% эффективность. Положительными сторонами данного метода являлись: высокая прочность, легкость, гипоаллергенность, отсутствие миграции импланта в дальнейшем.

Выводы: Проведенное исследование показало выраженную положительную динамику после хирургического лечения детей с вальгусной деформацией стопы с использованием имплантов из никелида титана. Положительными сторонами данного метода возможность полной коррекции деформации, отсутствие ограничений по возрасту и более быстрое восстановление функций стопы.

**АНАТОМО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСПЛАЗИИ
ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С
РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ВЫВИХОМ НАДКОЛЕННИКА
ANATOMICAL AND RADIOLOGICAL FEATURES OF DYSPLASIA OF THE
DISTAL METAEPHYSIS OF THE FEMUR WITH RECURRENT PATELLAR
DISLOCATION IN CHILDREN**

Авторы: Ермаков Н. М., Ермакова Ю.А., Кошкин Р.В.

Authors: Ermakov N.M., Ermakova Y.A., Koshkin R.V.

Научный руководитель: д.м.н, профессор Перепелкин А.И., д.м.н. профессор
Маланин Д.А.

Research supervisor M.D., professor Perepelkin A.I., M.D., professor Malanin D.A.

Волгоградский государственный медицинский университет

Россия, Волгоград, Волгоградская область

Цель. Провести сравнение анатомо-рентгенологических параметров дистального метаэпифиза бедренной кости контрольной группы с параметрами пациента с рецидивирующим вывихом надколенника.

Материалы и методы. Исследованы 11 сухих препаратов бедренных костей (контрольная группа) и КТ бедренных костей у 9 детей в возрасте от 15 до 17 лет с рецидивирующим вывихом надколенника (основная группа) с измерением 5 анатомических параметров дистального эпифиза.

Результаты. Проведена оценка следующих показателей: наиболее отдаленные точки надмыщелков (сТЕА), длина заднемедиального отдела мыщелка (PMCL), длина заднелатерального отдела мыщелка (PLCL), длина переднебокового отдела мыщелка (ALCL), длина переднемедиального отдела мыщелка (AMCL). Средние значения у контрольной группы: сТЕА – $8,05 \pm 0,61$ см, PMCL – $3,4 \pm 0,63$ см, PLCL – $3,12 \pm 0,39$ см, ALCL – $3,43 \pm 0,51$ см, AMCL – $2,78 \pm 0,49$ см. У пациентов с рецидивирующим вывихом надколенника данные параметры составили: сТЕА – $7,65 \pm 0,11$ см, PMCL – $2,725 \pm 0,35$ см, PLCL – $2,39 \pm 0,26$ см, ALCL – $3,09 \pm 0,23$ см, AMCL – $2,75 \pm 0,1$ см. В основной группе отмечено уменьшение всех параметров по сравнению с контрольной группой: сТЕА – на 4,92%, PMCL – 20,07%, PLCL – 23,35%, ALCL – 9,84%, AMCL – 1,14%.

Выводы. Для диагностики рецидивирующего вывиха надколенника рекомендуется учитывать исследованные параметры, полученные с помощью КТ. Наибольшие изменения выявлены у параметров сTEA, PMCL, PLCL и ALCL.

**СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ КАТАТРАВМЫ У ДЕТЕЙ В Г.
ВОЛГОГРАДЕ ЗА 2022 ГОД
STATISTICAL ANALYSIS OF CATATRAUMA CASES IN CHILDREN IN
VOLGOGRAD IN 2022**

Авторы: Ермакова Ю.А., Ермаков Н. М., Кошкин Р.В.

Authors: Ermakova Y.A., Ermakov N.M., Koshkin R.V.

Научный руководитель: д.м.н, профессор Перепелкин А.И.

Research supervisor M.D., professor Perepelkin A.I.

*Волгоградский государственный медицинский университет
Россия, Волгоград, Волгоградская область*

Цель. Анализ случаев кататравмы у детей, поступивших на лечение в ГУЗ КБ СМП №7 г. Волгограда за 2022 год.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с диагнозом «Кататравма» на базе ГУЗ КБ СМП №7 г. Волгограда за 2022 год. Исследовано 22 случая кататравмы у детей в возрасте от 4 месяцев до 14 лет.

Результаты. Средний возраст детей составил 10 лет. Среди всех пациентов при падении с высоты мальчики составили 64% (14 детей), девочки - 36% (8 детей). Состояние детей на момент поступления в ГУЗ КБ СМП №7 оценивалось как тяжелое – у 4 (18%), средней степени – у 3(14%) и удовлетворительное – у 15(68%). Летальные случаи выявлены не были. Высота падения варьировала от 1 м до 15 м, среднее значение составило 3,5 м. Наиболее частым местом падения детей были окна многоэтажных зданий (32%). Для установления диагноза и степени тяжести повреждений у поступивших в стационар детей применялись методы: КТ – 14(64%), рентгенография – 22(100%), УЗИ – 8(36%), ЭКГ – 8(36%); ультрасонография – 3(14%).

У пациентов были выявлены: переломы нижних конечностей - у 18%, верхних конечностей - у 27%, грудины - у 5%, лопатки – у 5%. Переломы позвоночника отмечены в 60% случаев, при этом грудного отдела - у 11 детей, поясничного отдела – у 6 и шейного отдела - у 2 человек. Наблюдались повреждения внутренних органов: ушиб легкого у 4 детей, ушиб почки – у одного ребенка, пневмоторакс и ушиб брюшной стенки – у 2 детей. Во всех случаях выявлена черепно-мозговая травма различной степени тяжести.

Выводы. Наиболее подверженными кататравме являются мальчики (64%) младшего школьного возраста (10 лет). У 46% детей травма, полученная при падении с высоты, являлась сочетанной. Наиболее частыми местами падения в 32% являются окна многоэтажных зданий. Связано это, в первую очередь, с нарушением правил соблюдения безопасности со стороны родителей, в частности, оставлением детей без присмотра в помещениях с открытыми окнами и закрепленными на них москитными сетками.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ A CLINICAL CASE OF MENINGOENCEPHALITIS WITH PROGRESSIVE HYDROCEPHALUS

Авторы: Ермоленко А. В., Бурлак Л. Г., Агаркова Д. А.

Authors: Ermolenko A. V., Bureau L. G., Agarkova D. A.

Научный руководитель: Вербин О. И., к. м. н, доцент кафедры детской хирургии
**Research supervisor Verbin O. I., candidate of medical science, Associate Professor of
the Department of Pediatric Surgery**

*Волгоградский государственный медицинский университет
Россия, Волгоград, Волгоградская область*

Цель. Рассмотреть клинический случай менингоэнцефалита туберкулезной этиологии с прогрессирующей гидроцефалией.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ истории болезни пациентки с генерализованным туберкулезом, осложненным менингоэнцефалитом с прогрессирующей гидроцефалией.

Результаты. В КБ СМП № 7 г. Волгограда в 2023 году в отделение нейрохирургии из тубдиспансера была переведена трёхлетняя пациентка с жалобами на нарушение сознания в виде сопора, нарушение двигательной активности, снижение мышечного тонуса, гипорефлексию, горизонтальный нистагм, а также тремор конечностей и подбородка. После консультации специалистов, проведения дополнительных исследований был поставлен диагноз «Генерализованный туберкулез. Менингоэнцефалит туберкулезной этиологии. Гидроцефалия». Назначено консервативное лечение системной антибактериальной, симптоматической и патогенетической терапии, а также проведено хирургическое лечение – вентрикулосубгалеальное шунтирование, а через месяц – наложение вентрикулостомы из-за нарастания внутричерепной гипертензии.

Выводы. Таким образом, после проведенного консервативного и оперативного лечения наблюдается положительная динамика с выпиской через 2 месяца пациентки на амбулаторное лечение.

ДИАГНОСТИКА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ГИПОСПАДИИ У ДЕВОЧЕК DIAGNOSIS OF VESTIBULAR HYPOSPADIAS IN GIRLS

Авторы: Ерохина Е.А.

Authors: Erokhina E.A.

Научный руководитель: д.м.н. Соловьёв А.Е.

Research supervisor DMedSci Solovyov A.E.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.
Павлова*

Россия, Рязань, Рязанская область

Цель. Изучить расположение наружного отверстия уретры у здоровых девочек и при вестибулярной гипоспадии.

Материалы и методы. Обследованы 30 здоровых девочек и 15 девочек с вестибулярной гипоспадией в возрасте от 1 года до 18 лет. Проводился сбор анамнеза, осмотр, УЗИ, экскреторная урография, цистоуретерография, МРТ органов малого таза, цистоскопия, вагиноскопия, лабораторные Исследования анализов мочи и крови. Размеры уретры определялись при катетеризации.

Результаты.

У здоровых девочек наружные отверстия уретры находятся ближе к влагалищу: у девочек 1-3 года – $0,7 \pm 0,3$ см., 6-8 лет – $0,9 \pm 0,4$ см., 15-18 лет – $1,3 \pm 0,3$ см. Расстояние между клитором и наружным отверстием уретры, составили в 1-3 года – $1,2 \pm 0,3$ см., в 6-8 лет – $1,3 \pm 0,6$ см., в 15-18 лет – $2,5 \pm 0,6$ см. Длина уретре у здоровых девочек в 1-3 года была $1,6 \pm 0,3$ см., в 6-8 лет – $2,3 \pm 0,3$ см., 15-18 лет – $3,4 \pm 0,6$ см. У девочек с вестибулярной

гипоспадией Длина уретры была уменьшена, Расстояние наружного отверстия уретры по отношению к клитору увеличивалось, А по отношению ко входу во влагалище уменьшалось. Неэффективность длительной терапия хронических циститов, вульвовагинитов и пиелонефритов у девочек с вестибулярной гипоспадией служила показанием к оперативной коррекции.

Выводы. Длина уретры у девочек с гипоспадией меньше чем у здоровых детей. Наружное отверстие уретры у здоровых девочек располагается в норме на расстояние 1/3 между клитором и входом во влагалище, ближе ко влагалищу. У девушек с вестибулярной гипоспадией увеличивается расстояние от клитора до наружного отверстия и уменьшается от наружного отверстия до входа во влагалище.

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ
КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
SURGICAL METHODS FOR TREATING DIAPHYSEAL FRACTURES OF THE
FOREARM BONES IN CHILDREN IN THE CHECHEN REPUBLIC**

Авторы: Жамалуллайла А.С-А., Баймурзаев И.А., Бачигов А.Т., Мусхаджиева Ф.А.

Authors: Zhamalullayla AS-A, Baymurzaev IA, Bachigov AT, Muskhadzhiyeva FA

Научный руководитель: д.м.н. Ферзаули А.Н.

Research supervisor DMedSci Ferzauli AN

Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова

Россия, Грозный, Чеченская Республика

Цель: оценить эффективность хирургических методов лечения переломов диафизов костей предплечья у детей.

Материалы и методы: за 2023 год на лечении в травматологическом отделении ГБУ «ДКБ №2 города Грозного» находилось 87 детей с диафизарными переломами костей предплечья, из которых было 65 (75%) мальчиков и 22 (25%) девочки. Возраст детей составил от 3 до 17 лет. Все пациенты были разделены на две возрастные группы: от 3 до 12 лет – 63 (72%) от 13 до 17 – 24 (28%) .Среди диафизарных переломов 63 (72%) случая пришлось на переломы обеих костей предплечья, из которых переломы средней трети – 35 (55%) случаев, нижней трети – 15 (24%), переломы верхней трети – 13 (21%). С изолированным переломом локтевой кости было 9 (10%) детей, лучевой кости – 15 (18%). Всем пациентам в отделении были проведены лабораторные и инструментальные исследования. При лечении диафизарных переломов костей предплечья у детей предпочтение отдавалось консервативным методам лечения. Показаниями к хирургическому лечению явились неудачная закрытая репозиция, нестабильный перелом, вторичное смещение отломков. У детей первой группы в 27 (31%) случаях был проведён интрамедуллярный остеосинтез спицами Киршнера, у второй группы в 20 (23%) случаях – накостный остеосинтез.

Результаты: хорошие результаты отмечены у 39 (83%) детей, удовлетворительные – в 7 случаях (15%), неудовлетворительные – 1 случай (2%). Ограничение движения в локтевом суставе отмечалось у 4 (9%) детей.

Вывод: интрамедуллярный остеосинтез спицами Киршнера наиболее целесообразен при оперативном лечении диафизарных переломов после неудачной репозиции, нестабильных переломах и вторичном смещении у детей младшей возрастной категории. Накостный остеосинтез является наиболее оптимальным методом хирургического лечения при переломах диафизов костей предплечья при тех же показаниях у детей старшей возрастной категории.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИЛИКОНОВОГО
ПОКРЫТИЯ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF SILICONE
COATING OF DRESSINGS IN PEDIATRIC SURGERY**

Авторы: Жамнова В.С., Князькина Н.Т.

Authors: Zhamnova VS, Knyazkina NT

Научный руководитель: к.м.н. Айрапетян М.И.

Research supervisor CMedSci Airapetyan MI

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.

Сеченова

Россия, Москва, Москва и Московская область

Aim/Цель: Сравнить эффективность применения перевязочного материала пластырного типа на клеящейся и силиконовой основе в послеоперационном периоде у детей после лапароскопической аппендэктомии.

Methods/Материалы и методы: В отделении гнойной хирургии ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского находились дети в возрасте от 5 до 17 лет, проходившие лечение по поводу неосложненной формы аппендицита. Слепым методом сформированы 2 группы. В I группе применяли повязки на силиконовой основе (n=15), во II группе - с медицинским клеем (n=20). Критерии оценки: уровень тревоги перед перевязкой, характер и распространенность повреждений кожи, связанные с перевязочным материалом, болевой синдром во время снятия повязок, оцененный с помощью модифицированной ВАШ со шкалой лиц Уонга-Бейкера. Для оценки степени повреждения кожных покровов использовалась математическая модель, в которую входила сумма точек снятия адгезивного материала, умноженная на коэффициент площади повреждения кожных покровов.

Results/Результаты: Уровень тревоги во время первой перевязки 95% оценили на 2/5 баллов, 5% на 1/5 баллов. При повторных перевязках у 80% пациентов I группы уровень тревоги снизился до 1 балла, во II группе лишь у 40% снизился до 1 балла. Болевой синдром при перевязке в I группе 65% оценили на 2-3 балла, 35% на 0-1 балл, во II группе 25% оценили на 6-7 баллов, 42% на 4-5 баллов, 20% на 2-3 балла, 13% на 0-1 балл. При оценке математической модели степени повреждения кожных покровов в I группе среднее значение составило при первой перевязке $1,1 \pm 0,825$, со снижением на $0,4-0,7$ при повторных перевязках. Во II группе среднее значение при первой перевязке составило $5,1 \pm 1,91$, далее среднее значение снижалось на $0,5-0,8$.

Conclusion/Выводы: Применение повязок на силиконовой основе снижает уровень травматизации кожных покровов в области послеоперационной раны. Болевой синдром при использовании силиконовых повязок вдвое меньше, что улучшает субъективные ощущения детей и минимизирует уровень тревоги перед перевязкой.

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ АНЕВРИЗМАЛЬНЫХ КОСТНЫХ
КИСТ
A MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF ANEURYSMAL BONE
CYSTS**

Авторы: Жоров В.В., Пальянов К.В.

Authors: Zhorov V.V., Palyanov K.V.

Научный руководитель: д.м.н. Писклаков А.В.

Research supervisor DMedSci Pisklakov A.V.

Омский государственный медицинский университет

Россия, Омск, Омская область

Аневризмальные костные кисты — доброкачественные костные образования, представленные полостями, заполненными кровью. По данным литературы, чаще встречается у лиц женского пола в возрасте 13-15 лет. Патологический процесс локализуется преимущественно в эпиметафизах длинных трубчатых костей. Существует несколько теорий

возникновения аневризмальных костных кист, в том числе перенесенные травмы, артерио-венозные мальформации и др.

Aim/Цель: Оценить эффективность лечения аневризмальных костных кист с применением препарата «Гемоблок».

Methods/Материалы и методы исследования: За 2021-2023 годы в клинике детской хирургии Омского государственного медицинского университета проведено обследование и лечение 18 пациентов с аневризмальными кистами. Всем пациентам проводилась оценка активности костной кисты путем пункции ее полости. Лечение активных костных кист заключалось во внутримышечном введении местного гемостатического препарата «Гемоблок». Статистический анализ результатов исследования выполнен на персональном компьютере (ПК) с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel.

Results/Результаты: По результатам проведенного обследования у 6 пациентов выявлены пассивные костные кисты, что потребовало проведения классической внутриочаговой резекции с замещением дефекта аллотрансплантатом. Активные костные кисты по результатам диагностической пункции были нами установлены у 12 пациентов. В этих случаях лечение заключалось во внутримышечном введении местного гемостатического препарата «Гемоблок». Оценка результатов лечения проводилась через 3 месяца и заключалась в рентгенологическом контроле степени замещения кисты костной тканью. Полная оссификация аневризмальной костной кисты у 12 детей по результатам нашего наблюдения свидетельствует об эффективности предложенного метода лечения.

Conclusions/Выводы: применение препарата «Гемоблок» в терапии активных костных кист является малоинвазивным эффективным и безопасным методом лечения, в том числе в детской практике.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ПАЦИЕНТКИ 14 ЛЕТ С АТИПИЧНЫМ КАРЦИНОИДОМ ВЕРХНЕДОЛЕВОГО БРОНХА ЛЕВОГО ЛЕГКОГО CLINICAL CASE OF A 14-YEAR-OLD FEMALE PATIENT WITH ATYPICAL CARCINOID OF THE UPPER LOBE BRONCHUS OF THE LEFT LUNG

Авторы: Зайцева Н.В.

Authors: Zaytseva N.V.

Научный руководитель: д.м.н. Ахаладзе Д.Г., Твердов И.В.

Research supervisor DMedSci Akhaladze D.G., Tverdov I.V.

*Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии,
онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева
Россия, Москва, Москва и Московская область*

Карциноиды легких – группа высокодифференцированных нейроэндокринных опухолей, включающая злокачественные опухоли низкой и средней степени злокачественности. Частота встречаемости составляет 0,2-2 случая на 100 000 населения. Золотым стандартом лечения является оперативное вмешательство, включающее радикальную резекцию, удаление метастатических очагов и биопсию региональных лимфоузлов.

Девочка, 14 лет, после перенесенного COVID-19 за пол года 4 раза перенесла пневмонии, по поводу которых получала антибактериальную терапию. Позднее стала отмечать постоянный сухой кашель, слабость и примесь крови в мокроте. По результатам МСКТ органов грудной клетки определяется новообразование главного и верхнедолевого бронхов слева. Выполнена видеобронхоскопия с биопсией главного бронха слева. По результатам гистологического исследования верифицирован атипичный карциноид Grade 2. Обсуждена на междисциплинарном консилиуме НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева, принято решение о выполнении хирургического вмешательства. Пациентке выполнена боковая торакотомия в 5-м межреберье, выделен левый главный бронх до бифуркации, на передней стенке главного и частично верхнедолевого бронха определяется патологическое новообразование, выступающее на 2-3 мм над поверхностью стенки бронха. Острым путем

выполнена клиновидная резекция стенки левого главного бронха и устья нижнедолевого бронха - верхняя лобэктомия. В пространстве между левой легочной артерией и бронхом имплантирована жировая клетчатка, фиксирована отдельными узловыми швами. Проведена биопсия лимфоузлов. Послеоперационный (п/о) период без особенностей. Страховочный дренаж удален на 6 п/о сутки. На 8 сутки пациентка выписана домой. По результатам гистологического исследования опухоль удалена радикально. Данных за поражение лимфатических узлов нет.

Радикальное хирургическое вмешательство атипичного карциноида легкого с сохранением нижней доли позволило продлить жизнь пациентки и избежать инвалидизации, сохраняя привычный образ жизни подростка.

РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ EARLY CLINICAL MANIFESTATIONS OF PRIMARY BRAIN TUMORS IN CHILDREN

Авторы: Залюбовский Д.А.

Authors: Zalubovskiy D.A.

Научный руководитель: к.м.н. Набоков В.В., к.м.н. Сنيщук В.П.

Research supervisor CMedSci Nabokov V.V., CMedSci Snishuk V.P.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область*

Aim/Цель: Проанализировать структуру и частоту общих и очаговых симптомов, характерных для первичных опухолей ГМ у детей. Показать необходимость своевременной адекватной оценки ранних клинических проявлений первичных опухолей ГМ.

Methods/Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ историй болезни 12 пациентов в возрасте от 1 года до 17 лет. Все больные оперированы по поводу первичных опухолей ГМ. У трех пациентов выявлены злокачественные новообразования (Эпителиоидная глиобластома, Герминома). У 8 детей выявлены доброкачественные опухоли (пилоцитарная астроцитома - 6, диффузная астроцитома - 1, ганглиоглиома -1). В одном случае данные о степени злокачественности глиомы не уточнены.

Results/Результаты: В структуре выявленных симптомов выделены две группы - общие и очаговые. К общим отнесли головную боль - 50 %, рвоту - 33,3, обмороки 33,3% быстрое снижение массы тела 8,3%. В группу очаговых симптомов включены эпилептиформные приступы - 58,3%, двигательные пароксизмы 25%, атаксия 16,7%, глазодвигательные нарушения 8,3%, патологическая установка головы 8,3%. До госпитализации в 75% случаев пациенты обращались за консультацией к следующим специалистам: к неврологу – в 58,3%, к офтальмологу – 16,7%, к ортопеду – 16,7%, к эпидемиологу – 8,3% , проводились следующие исследования: МРТ – в 58,3% случаев, ЭЭГ – в 25%, КТ и ПЭТ КТ с метионином в 16,7%. В 50 % случаев до постановки диагноза проводилась консервативная терапия, направленная на купирование симптомов, в том числе противоэпилептическая терапия – 25% пациентов. Средняя длительность промежутка от появления первых признаков новообразования головного мозга до госпитализации на нейрохирургическое отделение составило $8,25 \pm 6.45$ месяцев.

Conclusion/Выводы: Первичные опухоли ГМ у детей часто проявляются общемозговой симптоматикой. Специалистам разного профиля необходимо проявлять онкологическую настороженность и придерживаться тактики агрессивного обследования пациентов.

ПЛАСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ДИСТАЛЬНЫХ ФАЛАНГ КИСТЕЙ У ДЕТЕЙ

PLASTIC SURGERY OF SKIN AND SOFT TISSUE DEFECTS TO THE DISTAL PHALANGES OF THE HANDS IN CHILDREN

Авторы: Захарова М.А.

Authors: Zakcharova M.A.

Научный руководитель: д.м.н. Саввина В.А.

Research supervisor DMedSci Savvina V.A.

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова

Россия, Якутск, Республика Саха (Якутия)

Цель исследования: Изучить результаты пластики травматических дефектов кожи и мягких тканей дистальных фаланг кистей у детей.

Материалы и методы: В отделении детской травматологии и ортопедии Педиатрического центра РБ№1-НЦМ им. М.Е. Николаева с 2021 года по 2023 годы находилось на лечении 9 детей с травматическими отрывами кожи и мягких тканей концевых фаланг кистей. Механизм травмы в большинстве случаев - отрыв кончика пальца дверью, травма топором, качелями, лентой эскалатора. 6 пациентов мальчики, в большинстве случаев дети до 5 лет. Чаще травмировались средний и безымянный пальцы левой кисти. Все дети оперированы экстренно, повреждений фаланговой кости, сухожилий, сосудов пальцев не выявлено.

Результаты: Проведена пластика в первые часы после полученной травмы методом кожного лоскута с сохраненным основанием на кисти по типу «филатовского стебля». На операции выкраивался кожный лоскут с подкожной клетчаткой в области тенара кисти, в 1 случае травмы кончика большого пальца левой кисти последний подшивался к лоскуту, взятому у основания IV пальца. Лоскуты имели широкое основание питающей ножки. В раннем послеоперационном периоде проводилась иммобилизация травмированного пальца к донорскому участку ладони. Признаков воспаления, некроза в области лоскутов не наблюдалось. На 10 сутки после операции наступало приживление лоскутов к реципиентному участку на пальце, без признаков воспалительной реакции, что давало возможность выполнения 2 этапа пластики – отсечение лоскута с донорского участка и формирования конечной пластики на пальце. Все лоскуты прижились. Проведен катамнез у 70% оперированных детей, выявлен отличный косметический и функциональный результат, восстановилась чувствительность кончиков пальцев.

Выводы: Двухэтапная пластика травматического дефекта кожи и мягких тканей кончика дистальных фаланг кистей у детей по типу «филатовского стебля» показала себя методом выбора при таких повреждениях.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ, ИМЕЮЩИХ ПОРОКИ С ДУКТУС-ЗАВИСИМОЙ ГЕМОДИНАМИКОЙ

OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND PREOPERATIVE MANAGEMENT OF NEWBORNS WITH DEFECTS WITH DUCTUS-DEPENDENT HEMODYNAMICS

Авторы: Зинатуллина Н.И.

Authors: Zinatullina N.I.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Миролюбов Л.М.

Research supervisor DMedSci Mirolyubov L.M.

Казанский государственный медицинский университет

Россия, Казань, Республика Татарстан

Aim/Цель: Сравнить результативность общего лечения новорожденных с дуктус-зависимыми пороками сердца, в зависимости от сроков постановки диагноза и предоперационной терапии.

Methods/Материалы и методы: В качестве материалов для исследования были использованы истории болезней и операционные журналы кардиохирургического отделения ДРКБ МЗ РТ. Всего группу изучения составили 12 новорождённых за период с 2022 по 2024 год. Для основной подгруппы были выбраны 6 пациентов: 3-е из которых были с КоА, а 3-е с АЛА. Диагноз им был поставлен либо внутриутробно, либо в первые дни жизни. Для подгруппы сравнения также были выбраны 6 детей с теми же пороками, однако они в основном были доставлены в ДРКБ в срочном порядке, так как был неверно поставлен диагноз или неизвестен вовсе.

Results/Результаты: По результатам исследования, выяснилось, что титрование аналогов ПГЕ1, а также уменьшение или же отмена кислородотерапии, напрямую влияют на предоперационное состояние пациентов, имеющих пороки с дуктус-зависимой гемодинамикой. Следовательно, у первой подгруппы результаты операций и состояние в целом было значительно лучше, нежели у второй. Причиной тому был функционирующий открытый артериальный проток. За счёт этого анастомоза была возможность отсрочить операцию и улучшить показатели состояния пациентов, после хирургической коррекции восстановление протекало быстрее. У подгруппы сравнения изначально критическое состояние несло за собой возникновение рисков во время операции и крайне тяжёлое состояние после неё.

Conclusion/Выводы: Вовремя поставленный диагноз и предварительное комплексное лечение с использованием простагландина Е1 (Вазапостан) оказывают значительное влияние на послеоперационную выживаемость, а также на здоровье пациентов в целом. Из этого следует, что необходимо уделять особое внимание пренатальному и неонатальному скринингам, так как от состояния новорожденных до операции зависит дальнейший результат хирургической коррекции порока.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ САКРОИЛЕИТА, ОСТЕОМИЕЛИТА БОКОВЫХ МАСС КРЕСТЦА И ТЕЛА ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ. EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF SACROILITIS, OSTEOMYELITIS OF THE LATERAL SACRUM MASSES AND ILIAC BONE BODY IN CHILDREN.

Авторы: Зингис В.А., Копылов И.В.

Authors: Zingis V.A., Kopylov I.V.

Научный руководитель: Манжос П.М.

Research supervisor Manzhos P.I.

*Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы
Россия, Москва, Москва и Московская область*

Сакроилеит в сочетании с остеомиелитом боковых масс крестца и тела подвздошной кости у детей являются факторами риска инвалидизации ввиду масштабной остеодеструкции, нарушения суставной функции крестцово-подвздошного сочленения. Относительная редкая встречаемость сакроилеита в практике хирурга зачастую приводит к поздней диагностике и отсутствию единой тактики лечения.

Цель исследования: сообщить об опыте применения консервативной и оперативной тактики лечения сакроилеита у детей.

Материалы и методы: В ГБУЗ МДГКБ накоплен значительный опыт лечения пациентов с сакроилеитом. Для исследования отобрано 2 пациента в возрасте 12 и 17 лет, находившихся на лечении в 2024 году с DS: сакроилеит с вовлечением костей, образующих крестцово-подвздошное сочленение. Уровень болевого синдрома по визуальной шкале боли определялся на уровне 7 и 8. У обоих пациентов отмечалась типичная клиническая картина, лабораторно течение системного воспалительного ответа. Основным методом инструментальной диагностики является МРТ, на которой у одного из больных был выявлен натечник, что послужило показанием к оперативному лечению.

Результаты: По результатам МРТ принималось решение о необходимости и объеме оперативного вмешательства. В нашем наблюдении оперативное лечение проведено в

объеме: забрюшинное дренирование натечника крестцово-подвздошного сочленения доступом через подвздошную область, остеоперфорация подвздошной кости. У второго пациента без формирования натечника консервативная тактика обеспечила выздоровление в схожие сроки. В обоих случаях к моменту выписки был достигнут полный регресс клинических проявлений.

Выводы: Выбор метода лечения зависит от наличия или отсутствия сформированного гнойного очага. Обоснованный подход к оперативному лечению позволяет избежать напрасного травматичного хирургического вмешательства.

НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ NECROTIZING ENTEROCOLITIS IN NEWBORNS

Авторы: Зубков В.А., Главатских М.А.

Authors: Zubkov V.A., Glavatskikh M.A.

Научный руководитель: Д.м.н. Разин М.П.

Research supervisor DMedSci Razin M.P.

*Кировский государственный медицинский университет
Россия, Киров, Кировская область*

Введение. Вопросы некротизирующего энтероколита (НЭК) новорожденных остаются актуальными для детской хирургии, что связано с частыми тяжелыми осложнениями и пока еще высокими показателями летальности у новорожденных с НЭК.

Цель исследования: оптимизация диагностических мероприятий и улучшение результатов лечения НЭК у детей.

Материал и методы. Проведен слепой ретроспективный анализ диагностики и лечения 112 новорожденных с НЭК, лечившихся в клинике детской хирургии Кировского ГМУ. Материал анализировался по временным периодам: 1 - 1996-2001 (17 пациентов), 2 - 2002- 2006 (10 пациентов), 3 - 2007-2012 (21 пациент), 4 - 2013-2017 (17 пациентов), 5 - 2018-2022 (47 пациентов).

Результаты. Выявлено, что НЭК имеет особенности на современном этапе: динамическое снижение гестационного возраста и массы тела при рождении; увеличение осложненных беременностей до 100%; относительное уменьшение сопутствующей инфекционной патологии. Кроме того, эволюция решения проблемы НЭК привела к увеличению койко-дня и стойкому снижению летальности пациентов несмотря на существенные цифры тяжелых осложнений (инфекционных и респираторных).

Заключение. Снижение в динамике гестационного возраста и массы тела при рождении больных с НЭК, рост случаев отягощенной беременности и сопутствующей патологии с одной стороны и улучшение организационных и лечебно-диагностических мероприятий (включая оперативную тактику) с другой стороны привели к снижению летальности в динамике с волнообразным характером кривой. Зафиксированный подъем последнего сегмента авторы связывают с двукратным ростом заболеваемости НЭК в Кировской области за последние годы.

**КЛИНИКО-ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ
МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ
CLINICAL AND HISTOLOGICAL CONFIRMATION OF VARIOUS
MORPHOLOGICAL FORMS OF ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN**

Авторы: Зубова М.М., Габанов Ю.М.

Authors: Zubova MM, Gabanov YM

Научный руководитель: д.м.н. Яницкая М.Ю.

Research supervisor DMedSci Yanitskya MY

Северный государственный медицинский университет

Россия, Архангельск, Архангельская область

Цель исследования: провести сравнительный анализ клинических и гистологических данных удалённых аппендиксов.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное сплошное исследование клинического диагноза и гистологического заключения (ГЗ) у 413 детей, оперированных в 2019-2022гг. в Архангельской области. Мальчиков 249 (60,3%), девочек 164 (39,7%), в соотношении 1,5:1. Анализированы электронные истории болезни, операционные журналы, протоколы ГЗ. Для оценки клинических проявлений использована шкала Альварado. Клинический диагноз устанавливался по виду аппендикса на операции. Доступы: лапароскопический у 328 (79,4%), открытый у 85 (20,6%) пациентов. Анализировали взаимосвязь клинических проявлений и доступа (лапароскопический, открытый) с гистологической формой аппендикса.

Результаты: Клинический диагноз: флегмонозный, гангренозный, осложнённый аппендицит у 408 (98,8%), другие диагнозы у 5 (1,2%) (катаральный, хронический, вторичный). Распределение по гистологическим формам по данным ГЗ: катаральный 24 (5,8%), флегмонозный/гангренозный 344 (83,3%), поверхностный (слизистая интактна) – 35 (8,5%), хронический с признаками обострения 8 (1,9%), признаки глистной инвазии 2 (0,5%). Совпадение клинического диагноза и гистологической оценки в 347 (84%) случаях. Статистически значимо чаще гистологически подтверждённые поверхностные изменения удалённых аппендиксов (слизистая интактна) встречались при Альварado 1-6 баллов, а также выполнении аппендэктомии открытым доступом, по сравнению с лапароскопическим ($p<0,001$).

Выводы: Имеется взаимосвязь выраженности клинических проявлений и гистологических изменений при остром аппендиците. При формировании заключительного диагноза острого аппендицита следует учитывать гистологические данные. Поверхностные изменения могут свидетельствовать о гипердиагностике.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТИ У ДЕТЕЙ.
SURGICAL TREATMENT OF HAND INJURIES.**

Авторы: Зыкина С.А

Authors: Zykina S.A.

Научный руководитель: к.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P.O.

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, Ижевск, Удмуртская Республика

Цель: изучить частоту встречаемости, диагностику и лечение повреждений кисти у детей.

Материалы и методы: В травматолого-ортопедическом отделении РДКБ г. Ижевска с 01.01.2022 по 29.02.2024 находились на лечении 6302 ребенка, из которых 56 (0,9%) детей с хирургическими повреждениями кисти.

Мальчиков было 46(82%), девочек - 10(18%). Диагноз устанавливали на основании анамнеза, объективного и рентгенологического исследования.

Результаты: были выявлены следующие повреждения кисти: открытые переломы-22(39%), повреждения сухожилий-15(27%), открытые раны-12(21%), ампутации фаланг-7(13%). Повреждение дистальной фаланги встречалось у 16(72%), средней-2(9%), проксимальной-2(9%), третьей пястной кости 1(5%), пятой пястной кости 1(5%). Открытый перелом первого пальца был у 6(30%), второго-4(20%), третьего-3(15%), четвертого-1(5%), пятого-6(30%). Хирургическое лечение остеосинтезом спицами Киршнера-8(80%), нитью PDS-1(10%), металлическим серкляжем-1(10%). Повреждения сухожилий глубоких сгибателей встречались в 8(53%) случаях, поверхностных и глубоких-4(27%), разгибателей-3(20%). При открытых ранах повреждение первого пальца у 1(8%), второго у 1(8%), 5-4(34%), множественное-4(34%), гипотенара 1(8%), тенара 1(8%). Ампутация фаланги пальцев справа у 5(71%), слева-2(29%). Повреждение на уровне дистальной фаланги у 4(57%), на уровне основной-2(43%). Ампутация фаланги второго пальца у 2(29%), третьего-(14%), четвертого-(29%), пятого-(14%), множественная-(14%). При открытом переломе лечение заключалось в остеосинтезе спицами Киршнера, нитью PDS или серкляжем. При повреждениях сухожилий-наложение шва по методу Казакова и Ланге. При открытых ранах – послойное ушивание. При ампутации фаланг-формирование культи.

Вывод: частота встречаемости хирургических повреждений кисти за 2022-2024 год в отделении травматологии и ортопедии составила 0,9%. Наиболее часто встречаемым из них являются открытые переломы-22(39%). Выбор метода хирургического лечения зависит от вида повреждения кисти.

ВЫБОР АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ

THE CHOICE OF ANESTHESIA IN PROVIDING SPECIALIZED SURGICAL CARE TO CHILDREN WITH MINE-BLAST TRAUMA

Авторы: Иванина Э.С.

Authors: Ivanina E.S.

Научный руководитель: д.м.н. Багаев В.Г.

Research supervisor DMedSci Bagaev V.G.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель. Анализ видов анестезиологического пособия на этапах хирургического лечения минно-взрывной травмы (МВТ) у детей.

Материалы и методы. В исследование вошло 63 ребенка с МВТ в возрасте 12 ± 4 лет поступивших из зон боевых действий и освобожденных территорий Украины с 2014 по 2024 год в институт для оказания специализированной хирургической помощи (СХП). У 86% поступивших детей травма была сочетанная: у 63 (100%) были обширные мягко-тканые дефекты нижних конечностей, 54 (85%) - скелетная травма, 17 (28%) – ожоговая, 15 (24,6%) – ЧМТ, 10 (15,8%) – торакальная, 7 (12,3%) – абдоминальная. На этапе подготовки раневого процесса (ПП) к пластическому закрытию в течение 14 ± 3 дней детям проводилась: хирургическая обработки ран, наложение аппаратов металлоостеосинтеза (АНФ, Илизарова), перевязки, смена вакуумных повязок.

Результаты. На данном этапе ПП было проведено 819 анестезий: комбинированная эндотрахеальная анестезия (КЭТА) и сочетанная (КЭТА + регионарная) – 130 (15,8%); внутривенная (В/в) и сочетанная (в/в + регионарная) – 509 (62,1%); ингаляционная (ИА) – 180 (22,1%). Если при КЭТА показанием являлась травматичность и длительность операции, то при выборе между ИА и В/В анестезией у детей до 7 лет предпочтение отдавалось ингаляционной анестезии (севоран + O₂+Air), у более старших В/В (кетамин или фентанил + сибазон или пофол). На завершающем реконструктивно-пластическом этапе (РПЭ), травматичным, длительным, с кровопотерей, анестезией выбора была КЭТА, проведено 140

анестезий: 96 (68,6%) – КЭТА, 44 (31,4%) сочетанная (КЭТА + эпидуральная, проводниковая).

Выводы. Выбор анестезии при СХП детям с МВТ зависит от этапа лечения раневого процесса, травматичности операции, локализации травмы и возраста ребенка.

**ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
МОДИФИЦИРОВАННОЙ ВОСЬМИОБРАЗНОЙ ПОВЯЗКИ
TREATMENT OF PEDIATRIC CLAVICLE FRACTURES USING A MODIFIED
EIGHT-SHAPED DRESSING**

Авторы: Иванов В.А., Пастушков Т.А.

Authors: Ivanov VA, Pastushkov TA

Научный руководитель: к.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev PO

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, Ижевск, Удмуртская Республика

Цель: оценить результаты лечения переломов ключицы с использованием модифицированной восьмиобразной повязки.

Материалы и методы: за 2023 г. в БУЗ УР «ДГКП №2 МЗ УР» г. Ижевск, в детском травматолого-ортопедическом амбулаторно-поликлиническом отделении была оказана медицинская помощь 131 детям в возрасте от года до 17 лет, с диагнозом «Закрытый перелом ключицы без смещения отломков».

Распределение по виду травматизма было следующим: уличный 52 (39,7%), бытовой 40 (30,5%), другие виды травматизма 39 (29,8%). Чаще всего закрытые переломы ключиц без смещения были у детей в возрасте от 2 до 8 лет. При лечении переломов, а именно при наложении фиксирующей повязки, использовалась методика А.Н. Филиппова. На методику получен патент. Она подразумевает наложение фиксирующей повязки таким образом, что лопатки удерживаются в сближенном положении, а активность в плечевых суставах сохраняется. При этом, модифицированная восьмиобразная повязка, наложенная по данному способу, шире, чем S-образная повязка.

Результаты исследования: Выявлено, что переломы средней трети левых ключиц были у 69 (52,7%), переломы средней трети правых ключиц - 57 (43,5%), переломы акромиальных концов ключиц - 3 (2,3%), переломы грудинных концов ключиц-2 (1,5%).

При лечении переломов накладывали повязку из гипса, на 89 (67,9%) пациентов, и из полимерного материала, на 42 (32,1%) пациента. Средняя продолжительность ношения фиксирующей повязки у пациентов составила 21 день. При повторных приёмах пациентов у 87 (66,4%) пациентов наблюдали умеренный отек в области надплечья, а у 44 (33,6%) пациентов отека не было.

Выводы: Таким образом, лечение переломов ключицы, с использованием модифицированной восьмиобразной повязки, является эффективным и привело к выздоровлению всех пациентов.

**ИНВЕРТИРОВАННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ КАК ПРИЧИНА
КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У РЕБЕНКА.
INVERTED MECKEL'S DIVERTICULUM AS A CAUSE OF INTUSSUSCEPTION
IN A CHILD.**

Авторы: Иванов А.А., Португал П.М.

Authors: Ivanov AA, Portugal PM.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Чундокова М.А.

Research supervisor Dr. Sci. (Med), professor Chundokova MA

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Кишечная инвагинация – состояние, характеризующееся внедрением одного отдела кишки в другой, вызывая при этом непроходимость кишечника. Одной из причин возникновения кишечной инвагинации может служить наличие дивертикула Меккеля. Дивертикул Меккеля (ДМ) – врожденная аномалия ЖКТ, связанная с неполной облитерацией желточного протока. Клинически ДМ выявляется только при наличии осложнений, таких как: кровотечение, дивертикулит, кишечная непроходимость. По данным различных авторов частота возникновения кишечной инвагинации при наличии ДМ составляет от 0.3 до 15 %, но несмотря на то, что ДМ является наиболее распространенной аномалией ЖКТ, его инверсия в просвет кишки представляет из себя большую редкость.

Мальчик, М. 2г 11 мес. Доставлен бригадой скорой медицинской помощи в детскую городскую клиническую больницу им. Н.Ф. Филатова с жалобами на приступообразные боли в животе. При пальпации живота выявлена болезненность в нижних его отделах без признаков раздражения брюшины. Ребенку проведено ультразвуковое исследование – установлен диагноз: кишечная инвагинация. Назначена пневмоирригоскопия – при выполнении исследования инвагинат не продвинулся, в связи с чем принято решение о проведении экстренной лапароскопии. Инвагинат расправлен, при ревизии подвздошной кишки обнаружен инвагинированный в просвет кишки ДМ 3х1х1 см. Выполнена конверсия путем минилапаротомии. ДМ расправлен из просвета кишки, основание его перевязано, пересечено и погружено в кисетный шов. Течение послеоперационного периода без осложнений. На 5 сутки после операции ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Заключение: Любая инвагинация кишечника, в особенности – у детей старше одного года жизни требует выяснения причин ее возникновения. Несмотря на то, что инвагинация ДМ встречается редко, инвентированный ДМ может повлечь за собой формирование кишечной инвагинации, поэтому после успешной дезинвагинации кишечника необходима ревизия подвздошной кишки, даже при отсутствии клиники осложнений ДМ.

**АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ**

**АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ**

Авторы: Иванова А.В.

Authors: Ivanova A. V.

Научный руководитель: Шестаков А.А.

Research supervisor Schestakov A.A.

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко
Россия, Воронеж, Воронежская область*

Цель: определить оптимальные сроки и вид операции, которые предполагают лучший косметический результат и минимальные осложнения.

Материалы и методы: Анализ 189 операций, проведенных на базе в ОДКБ №2 за последние 4 года по поводу головчатой (Q54.0), стволовой (Q54.1), мошоночной (Q54.2) и промежностной (Q54.3) форм гипоспадий .

Разделим всех пациентов на 2 группы по годам. К первой группе относятся те, кто был прооперирован в период с 2019 по 2020 год – 72 ребенка. Ко второй группе, получивших оперативное лечение в промежуток с 2021 по 2023 год - 117 детей.

В первой группе операции по поводу головчатой и стволовой форм (всего 67 случаев) гипоспадий проводилось по методу Hodgson. Осложнения в виде свищей наблюдались у 17 пациентов. Косметический результат также имел недостатки в виде избытка остаточной кожи. По поводу мошоночной и промежностной форм было проведено 5 вмешательств и 2 случая возникновения осложнений. То есть в сумме у 19 детей из 72 возникли послеоперационные свищи, что составляет 26,4 %.

Во второй группе с 2021 по 2023 головчатая и стволовая форма была выявлена у 111 пациентов. Были выполнены уретропластики по методу Snodgrass. Осложнения наблюдались у 14 пациентов. При мошоночной и промежностной формах у 6 пациентов применяли двухэтапную операцию в модификации типа Hodgson-II. Свищи появились у 2 пациентов. Таким образом, из 117 прооперированных детей осложнения наблюдались у 16 пациентов, что составляет 13,7%. Косметически избытка плоти не наблюдалось.

Результаты. Причинами возникновения послеоперационных осложнений могут являться разные факторы. Однако оптимально выбранные сроки вмешательства и этапность лечения позволяют достичь лучшего косметического результата и уменьшить вероятность возникновения осложнений.

Выводы: оптимальным методом с наименьшим количеством осложнений является уретропластика по Snodgrass, которая дает также и лучший косметический результат.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ SURGICAL TACTICS FOR FLEXOR TENDON INJURIES OF THE HAND IN CHILDREN

Авторы: Игнашев К.В.

Authors: Ignashev KV

Научный руководитель: к.м.н. Полозов Р.Н.

Research supervisor CMedSci Polozov RN

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область*

Aim\Цель работы: Оценить результаты лечения детей с повреждением сухожилий сгибателей пальцев кисти.

Methods\Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов в возрасте от 3 до 18 лет, находившихся на лечении в клинике СПбГПМУ с 2020 по 2023 год. Оценивали пол и возраст пациентов, механизм травмы и зоны повреждения кисти, сроки и методику оперативного лечения, функциональный результат и наличие осложнений.

Results\Результаты: У 87 пациентов с открытыми повреждениями кисти было выявлено 168 поврежденных сухожилий сгибателей пальцев кисти. Наиболее часто травмировали сухожилия глубоких сгибателей 61,3% (n=103). Ранящим предметом, в большинстве случаев, были осколки стекла 48,3% (n=42) или острые металлические предметы 42,5% (n=37). Указательный палец был поврежден у 40% пациентов (n=35). Наиболее часто 39% (n=34) отмечали повреждение сухожилия глубокого сгибателя в первой анатомической зоне кисти (IFSSH, 1980). Было выявлено, что часто повреждение сухожилия кисти сочеталось с травмой нерва 33,6% (n=29). Оперативное вмешательство в 86,2% (n=75) выполняли в срочном порядке в течение первых 24 часов. Осложнения отмечены в двух наблюдениях в ближайший послеоперационный период. У одного пациента отмечались нагноение послеоперационной раны, а у второго несостоятельность анастомоза сухожилия, что потребовало проведения повторной операции. В более поздние сроки у всех детей возникало ограничение подвижности поврежденных пальцев различной степени тяжести.

Для профилактики контрактур суставов поврежденных пальцев, проводили лечебную физкультуру первого периода (в гипсовой лонгете).

Conclusion\Выводы: Повреждение сухожилий сгибателей пальцев кисти у детей вызывает ограничения объема движений пальцев кисти различной степени тяжести. Наилучшие функциональные результаты получены у пациентов при срочном оперативном лечении. В отдельных случаях возникала необходимость повторных оперативных вмешательств.

АТИПИЧНЫЙ ВЕРТИКАЛЬНЫЙ ВЫВИХ НАДКОЛЕННИКА У ПОДРОСТКА ATYPICAL VERTICAL DISLOCATION OF THE PATELLA IN AN ADOLESCENT

Авторы: Ильина А.М.

Authors: Ilina AM

Научный руководитель: к.м.н. Семенов А.В.

Research supervisor PhD Semenov AV

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Вывихи надколенника составляют от 2 до 3% всех травм коленного сустава у детей. В литературе описаны единичные случаи редкой вертикальной формы вывиха, при которой закрытое вправление может представлять сложности.

Пациент В. 15 лет поступил в травмпункт ДГКБ им. Н. Ф. Филатова 9 ноября 2023 года с жалобами на острую боль в правом коленном суставе, изменение положения надколенника. Из анамнеза известно, что во время тренировки по боксу неудачно приземлился на правую ногу с вращением бедра при фиксированной стопе, после чего произошел вывих правого надколенника. Вправить вывих в условиях приемного отделения не удалось, пациент был госпитализирован в отделение травматологии. При осмотре отмечалась деформация правого коленного сустава за счет латерализованного и развернутого вокруг вертикальной оси надколенника. Пациенту было произведено закрытое вправление вывиха под наркозом: в результате давления на медиальный край надколенника, последний был ротирован и вправлен в межмышечковую борозду. Диагноз - закрытый внесуставной вертикальный вывих правого надколенника. По данным послеоперационной магнитно-резонансной томографии (МРТ) отмечается латерализация надколенника, повреждение медиальной пателлофemorальной связки (MPFL). Спустя 10 дней с момента травмы была произведена артроскопическая реконструкция MPFL с использованием ксенографта (нити Arthrex – FiberTape 2). Пациент выписан на третьи сутки после операции с рекомендациями по дальнейшему реабилитационному лечению. При осмотре через 3 месяца движения в коленном суставе безболезненны, отмечается ограничение сгибания до 90°, трекинг надколенника удовлетворительный.

Вертикальный вывих надколенника приводит к повреждению большего количества структур по сравнению с типичным, требует комплексного обследования. Оперативное лечение отличается по объему и должно планироваться с учетом всех поврежденных структур.

**ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕХОДА НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ НЭК
В ХИРУРГИЧЕСКУЮ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.
PROGNOSTIC CRITERIA FOR THE TRANSITION OF THE INITIAL STAGES
OF NEC TO SURGICAL IN PREMATURE NEWBORNS.**

Авторы: Исаева С.Д.

Authors: Isaeva S.D.

Научный руководитель: к.м.н. Мейланова Ф. В.

Research supervisor Candidate of Medical Sciences Meilanova F. V.

Дагестанский государственный медицинский университет

Россия, Махачкала, Республика Дагестан

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) является наиболее частой причиной абдоминального хирургического вмешательства у недоношенных новорожденных, и даже несмотря на интенсивное изучение этой патологии, все еще остается нерешенной проблемой.

Цель. Определение прогностически значимых диагностических критериев НЭК, которые позволят с известной точностью выявить вероятность прогрессирования НЭК с начальных стадий в хирургические.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и учетно-отчетных документов (с диагнозом «НЭК») ОРИТН ДРКБ за период с 2021 по 2023гг включительно. Всего на лечении находилось 92 ребенка с диагнозом «НЭК» с 2021 по 2023г. Из них за 2021г - 31, 2022г - 32, 2023г - 29 детей, из которых хирургического профиля (оперированы): 16, 19 и 18 (за 2021 - 2023гг соответственно).

Результаты. Из числа детей с хирургической стадией НЭК, за 2021г. умерло 2 детей, за 2022г. - 3, и за 2023г. – 3 ребенка, из которых 1 ребенок не оперирован по причине ЭНМТ (580г) и досрочной смерти.

Выводы. По результатам обработки архивного материала выявлены следующие критерии, которые мы посчитали прогностически значимыми в прогрессировании НЭК:

глубокая недоношенность (ОНМТ-ЭНМТ, малый ГВ) - основной и ведущий фактор, наличие гемодинамически значимого ВПС высокие баллы при оценке состояния ЖКТ по шкале NEOMOD, наличие Rh-признаков прогрессирования и неблагоприятного исхода НЭК (симптом «фиксированная, статичная петля», симптом «футбольного мяча» наличие УЗ-признаков прогрессирования и неблагоприятного исхода НЭК высокие цифры СРБ, признаки острой воспалительной реакции в крови, низкие показатели сатурации, осложненный акушерский анамнез (угроза прерывания, роды КС, ВУИ, антенатальная гипоксия: ХФПН, ЗВУР с патологией кровотока пуповины) искусственное вскармливание, иммунодефицит, выявленный в рамках РНС.

**ГАНГЛИОНАРНЫЙ АППАРАТ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО
ПРОХОДА И ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С АНАЛЬНОЙ АХАЛАЗИЕЙ
THE GANGLIONIC APPARATUS OF THE INTERNAL SPHINCTER OF THE
ANUS AND RECTUM IN PATIENTS WITH ANAL ACHALASIA**

Авторы: Искалиева А.Р., Моустафа К.А.

Authors: Iskalieva A.R., Moustafa K.A.

Научный руководитель: к.м.н. Колесникова Н.Г.

Research supervisor CMedSci Kolesnikova NG

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область

Aim/Цель: Определить зависимость результатов оперативного лечения детей с анальной ахалазией от состояния ганглионарного аппарата заднего прохода и прямой кишки.

Methods/Материалы и методы: В работу включены 174 пациента с установленным диагнозом анальная ахалазия, которым было выполнено оперативное лечение – задняя внутренняя сфинктеротомия. Пациенты разделены на две группы. Группа №1 – дети с эффектом от сфинктеротомии (n=88). Группа №2 – пациенты, у которых сфинктеротомия не

дала эффекта (n=86). Исследовали биоптаты, взятые из двух уровней: внутреннего сфинктера (2 см проксимальнее от зубчатой линии) и из стенки прямой кишки (4 см проксимальнее от зубчатой линии). В каждой группе производился подсчет ганглионарных клеток в биоптатах с последующей статистической обработкой по U-критерию Манна-Уитни ($\alpha=0,05$).

Results/Результаты: Среднее количество клеток на уровне внутреннего сфинктера составило 3,2 кл/см² в группе с эффектом от операции и 6 кл/см² в группе без эффекта. На уровне прямой кишки в группе №1 – 8 кл/см², в группе №2 – 5,2 кл/см². Статистический анализ результатов показал, что количественная оценка ганглионарного аппарата внутреннего сфинктера и стенки прямой кишки не выявляет связи с результатом операции. Необходимо провести качественный анализ нейронов в указанных зонах (работа ведётся).

Conclusion/Выводы: Для прогнозирования эффекта и оценки результата от сфинктеротомии при лечении анальной ахалазии необходима не только количественная, но и качественная оценка ганглионарного аппарата внутреннего сфинктера заднего прохода и прямой кишки. Это также обусловлено тем, что в настоящее время возможна визуализация нейронов по форме и окраске, позволяющей разделять нейроны по их функции. Существуют специфические окраски: кальретинин - для чувствительных и интернейронов к тормозным расслабляющим нейронам, НАДФ – для тормозных расслабляющих, холинэстераза – для двигательных стимулирующих.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ. FOREIGN BODIES OF GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN.

Авторы: Исмаилов Х.А., Жарашуева Е.Б., Машакова А.Д.

Authors: Ismailov Kh. A., Zharashueva. E.B., Mashakova. A.D.

Научный руководитель: ассистент Караева В.Ю.

Research supervisor Karaeva V.Y.

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Россия, Владикавказ, Республика Северная Осетия — Алания*

Цель исследования – изучение частоты, течения и осложнений ИТ ЖКТ у детей.

Материалы и методы: ретроспективный анализ историй болезни 180 детей с ИТ ЖКТ, госпитализированных в ДРКБ г Владикавказ с 2019 по 2023 годы.

Результаты. Было госпитализировано 180 детей в возрасте от 3 месяцев до 18 лет. Средний возраст – 4,6 года. Дети поступали на 1 час - 9 суток. У 12 пациентов анамнез не известен. Распределение по возрасту – до 1 года – 7,8%, от 1 – 3 года – 45,6%, 4 – 7 лет – 30%, 8 – 12 лет – 10,5%, 13 – 18 лет – 6,1% детей. Распределение по годам – 2019 – 18,3%, 2020 – 11,7%, 2021 – 19,4%, 2022 – 20,6%; 2023 – 30%. У 4,4% детей ИТ в ходе обследования не обнаружилось. Средний койко-день составил 3,6 дня. Рентгеноконтрастные ИТ обнаружены у 81,3 % детей, негативные - у 18,7%, инертные – в 56,3%, адсорбирующие – в 0,6%, химически активные - в 15,1%, физически активные – в 4,7 %, механически активные – в 20,3%, безоары – в 3% случаев. Единичные ИТ обнаружены в 91,8%, 2 и более ИТ – у 8,1%. Физиологическим путем ИТ вышли у 32% детей, у 2,3% пациентов ИТ «протокнули» в желудок. Эндоскопически были удалены у 61,6% детей: из них у 97,2% из верхних отделов, 2,8% – из нижних. У 4,1% пациентам было выполнено оперативное вмешательство. В 24,4% случаев развились осложнения, из них у 30,9% – химические ожоги слизистой, у 57,1% – механические повреждения легкой и средней степени, у 7,1% - перфорация, у 9,5% - кишечная непроходимость, у 2,4% – ЖКК, 2,4% – стенозирование. В 3,5% случаев состояние при поступлении было тяжелым.

Выводы. В группу риска входят дети 1-7 лет. Высокая частота эндоскопических вмешательств (61,6%), хирургических вмешательств (4,1%) и осложнений (24,4%) подтверждают актуальность данной патологии. Новые ИТ (магниты, батарейки, гидрогелевые шарики), низкая настороженность родителей, поддерживают эту частоту. Психосоматическая причина безоаров, к сожалению, остается вне поля зрения родителей и медиков.

**ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ КОНТРОЛИРУЕМОГО РОСТА У
ДЕТЕЙ С ЛОКТЕВОЙ КОСОРУКОСТЬЮ НА ФОНЕ ЭКЗОСТОЗНОЙ
ХОНДРОДИСПЛАЗИИ
EVALUATION OF THE GUIDED GROWTH TECHNIQUE IN CHILDREN WITH
ULNAR CLUBHAND CAUSED BY MHE**

Авторы: Кавковская Я.И.

Authors: Kavkovskaya YI

Научный руководитель: д.м.н. Жердев К.В.

Research supervisor DMedSci Zherdev KV

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.
Сеченова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Aim/Цель: Оценить преимущества и недостатки методики контролируемого роста при хирургическом лечении локтевой косорукости на фоне экзостозной хондродисплазии.

Methods/Материалы и методы: В ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» на лечении находились 24 ребенка в возрасте от 5 до 17 лет с диагнозом «Локтевая косорукость» в период с 2021-2024гг. Было проведено ретроспективное продольное исследование. Всем пациентам была выполнена хирургическая коррекция локтевой косорукости методикой контролируемого роста. Параметром оценки являлся угол локтевого наклона (УТ), который измерялся на основании данных рентгенологического исследования в предоперационном периоде и спустя 12-18 месяцев после операции. Величины предоперационного и послеоперационного УТ оценивались при помощи однофакторного дисперсионного анализа. Критерием исключения для исследования являлся срок стояния пластины <12 месяцев.

Results/Результаты: Средний возраст на момент оперативного вмешательства у мальчиков составил -10 лет 8 месяцев, у девочек - 11 лет. В предоперационном периоде величина угла локтевого наклона составила ($36,07 \pm 5,08^\circ$, Me=38), после хирургической коррекции УТ был равен ($27,92 \pm 4,19^\circ$, Me=29). При сравнении результатов $p=0.00009$ ($p < 0,05$), что свидетельствует о достоверности полученных результатов. Среднее значение угловой деформации, которую удалось скорректировать составило ($8,15 \pm 0,39^\circ$).

У 100% пациентов (n=12) в раннем послеоперационном периоде достигнута полная функциональная активность.

Conclusion/Выводы: Малоинвазивная методика управляемого роста является перспективным вмешательством среди других способов хирургической коррекции косорукости. Проведенное оперативное лечение позволяет устранить деформацию, а также дает возможность раннего функционального восстановления ребенка в послеоперационном периоде, учитывая отсутствие гипсовой иммобилизации.

**ЭКСТРЕННАЯ ВИДЕОЛАРИНГОСКОПИЯ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ
ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА
EMERGENCY VIDEO LARYNGOSCOPY FOR FOREIGN BODIES IN THE
UPPER DIGESTIVE TRACT**

Авторы: Казакова Н.Б., Шамсиев Р.Ж., Ганжиян Н.Э.

Authors: Kazakova NB, Shamsiev RJ, Ganjiyan NE

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шамсиев А.М.

Research supervisor DMedSci, Professor Shamsiev AM

*Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан*

Цель работы: оценить эффективность применения в экстренных случаях видеоларингоскопии при подозрении на инородное тело верхнего отдела пищеварительного тракта.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении торакальной хирургии в период с 2019 по 2023 года пролечено 96 больных с инородными телами пищевода. Дети были в возрасте от 6 месяцев до 16 лет: до 1 года было 18 (18,7 %) больных, от 1 до 3 лет – 29 (30,0%), от 4 до 7 лет 38 (39,5%), от 8 до 16 лет – 11 (11,3%) детей. Мальчиков было 58 (60,4%), девочек – 38 (39,6%). Инородные тела пищевода находились на I физиологическом сужении у 48 больных (50,0%), II физиологическом сужении у 28 (16,6%), в III физиологическом сужении у 20 больных (8,3%). Органических инородных тел было 24(25%) и неорганических инородных тел составило 72(75) случаев.

Результаты. В диагностике инородных тел пищевода у детей учитывались анамнестические данные, результаты клинико-рентгенологических обследований и наиболее информативным являлась прямая видеоларингоскопия и эзофагоскопия с удалением инородного тела. Из всех 96 больных с инородными телами пищевода в 66 (68,75%) случае произведено удаление инородного тела пищевода путем экстренной эзофагоскопии, в 12 (12,5%) случаях инородное тело было протолкнуто в желудок, в дальнейшем наблюдалось самостоятельное его отхождение с каловыми массами. 18(18,75%) больным при локализации инородного тела на уровне первого физиологического сужения пищевода было произведено экстренная прямая видеоларингоскопия без применением миорелаксантов, с седацией пропофолом удалены инородные тело.

Вывод. Таким образом, ранняя диагностика и направление больных с инородными телами верхнего отдела пищеварительного тракта в специализированное отделение, способствует оказанию своевременной квалифицированной помощи, снижению числа воспалительных процессов и тяжелых осложнений.

**ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ И
ДЛИТЕЛЬНО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ РАН У ДЕТЕЙ
APPLICATION OF VACUUM THERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC
AND NON-HEALING WOUNDS IN CHILDREN**

Авторы: Калайда А.И., Олейникова П.А.

Authors: Kalaida AI, Oleynikova PA

Научный руководитель: к.м.н., доцент Барова Н.К.

Research supervisor KMedSci Barova NK

*Кубанский государственный медицинский университет
Россия, Краснодар, Краснодарский край*

Цель. Оценить результаты лечения хронических и длительно не заживающих ран у детей различной этиологии, тяжести и локализации с применением вакуум-терапии. Определить преимущества и недостатки данного метода лечения.

Методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Исследуемый период –

2018-2022 гг. Объектом исследования выступили пациенты от 1,5 до 17 лет, имеющие хронические или длительно не заживающие раны. Общее количество пациентов составило 30 человек. Из них 19 – с пролежнями, 11 – с трофическими язвами. Размеры раневого дефекта – 1-5% от общей площади тела, глубина поражения – от кожи до костных структур. Применялась вакуум-терапия в непрерывном (80-125 мм рт. ст.) и переменном (60-80 мм рт. ст.) режимах, смена повязки проводилась каждые 3 суток. 11 пациентам вакуум-терапия проводилась в комплексе с аутодермопластикой свободным перфорированным кожным лоскутом.

Помимо вакуум-терапии, пациентам применялась антимикробная, иммунокорректирующая терапия, физиотерапевтическое лечение, по показаниям – иммобилизация.

Результаты. При выборе данного метода лечения удалось добиться закрытия раневого дефекта удалось у 30 (100%) пациентов. При этом, у 12 (40%) удалось достигнуть самостоятельной эпителизации раны, у 7 (23,33%) после вакуум-терапии выполнена пластика местными тканями, а у 11 (36,67%) – аутодермопластика свободным перфорированным кожным лоскутом. Средняя продолжительность лечения составила 15 койко-дней.

Выводы. Метод вакуум-терапии при лечении хронических и длительно не заживающих ран у детей показал свою эффективность, которая проявилась в сокращении сроков лечения и снижению трудовых и экономических затрат. Недостатков у данного метода, основываясь на результатах лечения данной возрастной группы, обнаружено не было.

ТРАВМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК INJURIES TO THE EXTERNAL GENITAL ORGANS IN GIRLS

Авторы: Калямова А.В., Ситдикова Д.М., Мухамадиярова А.Р., Гайнуллин И.И.,
Футин Э.В., Самигуллина Д.М.

Authors: Kaliamova A.V., Sitdikova D.M., Mukhamadiyarova A.R., Gainullin I.I., Futin
E.V., Samigullina D.M.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Морозов В.И.
Research supervisor Doctor of Medical Sciences, Professor Morozov V.I.

*Казанский государственный медицинский университет
Россия, Казань, Республика Татарстан*

Среди всех травм, одно из ведущих мест занимают травмы наружных половых органов у девочек. Травмы НПО и промежности по отношению к травмам других локализаций у детей, по данным различных авторов, могут составлять от 3 до 10%.

Цель: Качественный и количественный анализ обращений в ДРКБ г. Казань в период с 2019 по 2023 год по поводу травм наружных половых органов у девочек, за последние года.

Материалы и методы: Проведен анализ 68 историй болезни девочек от 2 до 17 лет, которые находились на стационарном лечении с механическими повреждениями НПО.

Результаты: Преобладающее число пациентов, за исследуемый период, составило в возрасте детей от 3 до 11 лет (70 %). В структуре травм преобладали механические повреждения (95%) в результате бытового и уличного травматизма. В основном в результате падения на тупые и острые предметы. В возрастной группе от 3 до 8 лет чаще всего выявлялись разрывы промежности I–II степени – у 40% детей, реже диагностировались гематомы больших и малых половых губ – у 30%, и ссадины вульвы – (30%). У девочек старшего возраста преимущественно встречаются изолированные травмы. В возрасте 8–17 лет чаще всего выявлены гематомы больших и малых половых губ – у 50% , разрывы промежности I–II степени – у 28%, В 6% случаев отмечался разрыв малых половых губ, ссадины, кровоподтеки НПО у 16%. В тяжелых случаях наблюдаются сочетания этих видов повреждений. Оперативное вмешательство выполнено в 80% случаев, в остальных случаях

консервативная терапия (ванночки, мазевые повязки, компрессы). Лечение выполнено в короткие сроки госпитализации (от 1 до 4 сут). Дальнейших осложнений отсутствовали.

Выводы: 1) Отмечается увеличение числа обращений детей с травмами НПО в стационар за последние несколько лет. 2) Генитальные травмы, особенно у девочек от 2 до 8 лет, являются в большинстве случаев сочетанной патологией. Поэтому следует принять во внимание, что таких пациенток должны осматривать не только гинекологи, но и врачи-хирурги.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ МЕГАУРЕТЕРОМ.

RESULTS

TREATMENT OF CHILDREN WITH OBSTRUCTIVE MEGAOURETERITIS.

Авторы: Камильянова Г.Ш. Хуснуллина Г.Р.

Authors: Kamilyanova G.Sh. Khusnullina G.R.

Научный руководитель: к.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P.O.

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, Ижевск, Удмуртская Республика

Цель: Провести анализ результатов лечения детей с обструктивным мегауретером (ОМУ).

Материалы и методы: В период с 2018 по 2022 гг. на базе уроandroлогического отделения РДКБ г.Ижевска проведено лечение 415 детям в возрасте от 1 месяца до 6 лет с врожденным ОМУ. Детей до 1 года было 108(25,9%), от 1 года до 3-х лет – 221 (53,4%), детей старше 3-х лет было 86 (20,7%). По результатам обследований было сформировано 2 группы больных: с функциональной – 232 (55,9%) и органической обструкцией уретерovesикального сегмента (УВС) – 183 (44,1%). Односторонний ОМУ – у 307 (74%) больных, двусторонний – у 108(26%) больных. Больным с функциональной обструкцией проводили консервативную терапию. Детям с органической обструкцией УВС проводили эндоскопическое бужирование или баллонную дилатацию, и стентирование мочеточника внутренним стентом. Стомирующие операции выполнены 12 (2,9%) пациентам. Операции по восстановлению естественной деривации мочи проводили, через 2 года.

Результаты: Хорошие результаты отмечены у 46,6% больных, удовлетворительные – у 37,4%, неудовлетворительные – у 16%. Хорошим результатом лечения считали уменьшение диаметра мочеточника более чем в 2 раза, восстановление размеров паренхимы почки, нормализацию интратенального кровотока, ремиссию пиелонефрита. Удовлетворительным результатом лечения считали уменьшение диаметра мочеточника менее чем в 2 раза. К неудовлетворительными результатами лечения относили сохраняющуюся дилатацию мочеточника и лоханки, уменьшение размеров почечной паренхимы, снижение скоростных и повышение резистивных характеристик ренального кровотока, рецидивирующий пиелонефрит.

Выводы: Эндоскопические методы лечения являются эффективными при лечении ОМУ у детей. Эндоскопическую коррекцию необходимо проводить только при наличии органической обструкции УВС. Эндоскопическое бужирование и стентирование является методом выбора при лечении детей в младенческом и грудном возрасте.

**ЭХИНОКОККОЗ У ДЕТЕЙ. АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В
ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
ECHINOCOCCOSIS IN CHILDREN. ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT IN
CHILDHOOD**

Авторы: Капланов М.Т.

Authors: Kaplanov M.T.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Жидовинов А.А., к.м.н., доцент
Аракельян Р.С.

**Research supervisor DMedSci, Professor Zhidovinov A.A., PhD, Associate Professor
Arakelyan R.S.**

*Астраханский государственный медицинский университет
Россия, Астрахань, Астраханская область*

Цель работы: анализ эффективности хирургических методик при лечении эхинококкоза печени у детей.

Материалы и методы: пациенты детского хирургического отделения ОДКБ им. Н.Н. Силищевой г. Астрахань в возрастном диапазоне от 5 до 16 лет с эхинококкозом типичной и сочетанной локализации - печень/ печень и легкое - за период с 2008-22 год. Изучались истории болезни, выбор методики и факторы, обуславливающие выбор метода лечения эхинококкоза 27 детей, прооперированных на базе ОДКБ им. Н.Н. Силищевой г. Астрахани женского (15) и мужского (12) пола. В подтверждении диагноза пациентам проводился ИФА крови на выявление IgG к антигенам гельминтов, а также уточняющие инструментальные исследования – УЗИ и МРТ.

Результаты: в изучаемой группе детей были выделены пациенты, в анамнезе которых наблюдались типичные синдромы эхинококкоза печени – боль, усиливающаяся при физической нагрузке, и тяжесть в правом подреберье (63%) – 17, другие (22%) – 6, в силу отсутствия клиники жалоб не предъявляли. Лишь один пациент из исследуемой группы был с более тяжелой клиникой, предъявляя жалобы на крапивницу, повышенную утомляемость, субфебрилитет, в силу сочетанной локализации и объема гидатиды – в печени и легком. Выбор методики зависел от: локализации в сегменте печени/ легкого, уровня залегание кисты в толще паренхимы. Основной метод – лапароскопическая радикальная эхинококкэктомия (перицистэктомия), а также его сочетание с медикаментозной сопроводительной терапией. Оценивались общие и специфические послеоперационные осложнения, рецидивы и хирургические подходы.

Таким образом, был определен преимущественный выбор лечения у детей – сочетающий в себе хирургическое и медикаментозное лечения эхинококкоза печени у детей.

Выводы: Сочетание радикального хирургического метода лечения эхинококкоза печени у детей в сочетании с медикаментозным, с большей вероятностью определяет полную реконвалесценцию пациентов и скорейшую выписку из стационара.

**МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ
METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDREN WITH
CONGENITAL INTESTINAL OBSTRUCTION**

Авторы: Каракулина Д.К., Белокрылова У.В.

Authors: Karakulina D.K., Belokrylova U.V.

Научный руководитель: к.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P.O.

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, Ижевск, Удмуртская Республика

Цель: изучить методы диагностики и лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью (ВКН).

Материалы и методы: за период 2022-2023 гг. в хирургическом отделении находилось на лечении с врожденной кишечной непроходимостью 37 пациентов. Среди них, мальчиков было 18 (49%), девочек 19 (51%). ВКН диагностировали в антенатальном и постнатальном периодах. После рождения диагностика заключалась в проведении объективного и рентгенологического методов исследования.

Результаты: При объективном исследовании у 37 (100%) было выявлено увеличение размеров живота, у 35 (94,6%) наблюдали напряжение передней брюшной стенки живота. После проведения рентгенологического исследования были выявлены следующие причины ВКН: 1. Атрезия двенадцатиперстной кишки 10 (27%). 2. Атрезия тощей кишки 3 (8%). 3. Атрезия подвздошной кишки 5 (13,5%). 4. Стеноз тощей кишки 5 (13,5%). 5. Стеноз подвздошной кишки 6 (16%). 6. Стеноз ануса 4 (11%). 7. Мембрана подвздошной кишки 4 (11%). К выбору методики хирургического лечения подходили индивидуально, в зависимости от анатомического варианта ВКН. После проведения хирургического лечения осложнений не выявлено.

Выводы: ВКН можно диагностировать в антенатальном и постнатальном периоды. В постнатальном периоде основными методами диагностики являются объективное и рентгенологическое исследования. Хирургическое лечение привело к выздоровлению всех пациентов.

**СПОСОБ ДООПЕРАЦИОННОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТАКТИКИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ
THE METHOD FOR PREOPERATIVE ASSESSMENT OF SURGICAL
TREATMENT TACTICS IN CHILDREN WITH SPINA BIFIDA**

Авторы: Карасько С.В.

Authors: Karasko SV

Научный руководитель: к.м.н. Бардеева К.А.

Research supervisor associate prof. Bardeeva KA

Омский государственный медицинский университет

Россия, Омск, Омская область

Актуальность вопроса хирургического лечения детей со спинномозговой грыжей (СМГ) связана с большим количеством послеоперационных осложнений в виде несостоятельности раны и, как следствие, высоким процентом формирования синдрома фиксированного спинного мозга (СФСМ).

Ретроспективный анализ указывает на то, что предупреждение осложнений зависит от адекватного объема и хирургических нюансов вмешательства.

Всё перечисленное заставило разработать методику, позволяющую дооперационно прогнозировать тактику хирургического лечения СМГ у детей.

Aim/Цель: Улучшение качества дооперационной диагностики у детей со СМГ.

Methods/Материалы и методы: При проведении дооперационной диагностики состояния СМГ активно используется мультиспиральная компьютерная томография

(МСКТ). В клинике детской хирургии ОмГМУ предложен метод выбора пластики грыжевых ворот у детей со СМГ, основанный на данных МСКТ (обследовано 15 детей со СМГ). Ретроспективно обследовано 20 детей, с СФСМ, перенесших герниотомию ранее. Предложен расчет индекса расщепления (ИР) – отношение ширины костной части грыжевых ворот к ширине позвоночного канала на этом уровне. Метод позволяет дооперационно прогнозировать вариант пластики грыжевых ворот.

Results/Результаты: пластика грыжевых ворот по Байеру применялась при ИР 0,45 и менее; при ИР от 0,46 до 0,65 проводилась пластика местными тканями, с формированием линейного рубца в области послеоперационной раны. При ИР от 0,66 до 1 проводится обычная пластика местными тканями не возможна, использовалась методика закрытия дефекта мягкими тканями с использованием методики перемещенных лоскутов.

Conclusions/Вывод: Применение ИР позволяет дооперационно планировать метод пластики грыжевых ворот, что позволяет повысить эффективность лечения СМГ у детей за счет снижения частоты послеоперационных осложнений.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ DIFFERENTIATED PREOPERATIVE PREPARATION IN DIFFUSE PERITONITIS IN CHILDREN

Авторы: Каргина Е.А., Варламов В.А.

Authors: Kargina E.A., Varlamov V.A.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Завьялкин В.А.

Research supervisor MD, Cand. Sci. (Medicine) V.A. Zavyalkin,

Самарский государственный медицинский университет

Россия, Самара, Самарская область

Целью исследования является оценка эффективности совершенствованной предоперационной подготовки при распространенном перитоните у детей.

Материалы и методы. В исследовании проведен анализ результатов лечения 339 пациентов в возрасте 1-14 лет с распространенным перитонитом различной этиологии, находившихся на стационарном лечении с 2006 по 2022 гг в детском хирургическом отделении Самарской областной больницы им.В.Д. Середавина г. Самары.

Дети в зависимости от применяемого у них лечения были разделены на две группы. Основную группу составило 237 пациентов с распространенным перитонитом, которым проводилась предложенная дифференцированная предоперационная подготовка (в зависимости от возраста, а также степени эндотоксикоза) длительностью не менее 4-6 часов. Контрольную группу составили 102 ребенка, которым проводилась традиционная комплексная терапия согласно общепринятым подходам. Комплексное обследование включало изучение изменений показателей гемодинамики, электролитов, гематокрита, тромбоцитов и газов крови.

Результаты. После проведенной предоперационной подготовки у детей с распространенным перитонитом выявлено, что показатели гемодинамики, такие как среднее артериальное давление, сердечный индекс, удельное периферическое сопротивление сосудов, статистически значимо приблизились к референсным значениям здоровых в основной группе по сравнению с контрольной. То есть у данной группы пациентов гемодинамика имеет более выраженный переходный характер к нормодинамии. Исследование показателей гематокрита, ионов калия и натрия, газового состава крови, после проведенной предоперационной подготовки так же выявило более значимое их приближение в основной группе к референсным значениям здоровых детей.

Выводы. Таким образом, предоперационная подготовка при распространенном перитоните должна быть дифференцированной. Время и качество ее проведения должно зависеть от возраста и состояния гомеостаза пациента.

**ПОСЛЕДСТВИЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ
ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ.
THE CONSEQUENCES OF MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF
HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN CHILDREN.**

Авторы: Карибов С.М

Authors: Karibov S.M.

Научный руководитель: Полухов Р.Ш., К.М.Н. Халилов Н.Дж.

Research supervisor Prof Polukhov R.S., Ph.D Khalilov N.J.

Азербайджанский Медицинский Университет

Азербайджан, Баку, Азербайджан

Цель исследования: Оценка результатов трансанального эндоректального низведения и резекции толстого кишечника при болезни Гиршпрунга у детей без лапаротомии и с применением лапароскопии.

Методы и материалы: Мы наблюдали 17 детей в возрасте от 1 до 7 лет. У 6 детей операция производилось на спине в литотомическом положении, у 5-и больных – на животе лицом вниз, при приподнятом тазе и в разведенных ногах, а у 6 детей с применением лапароскопии. Перед формированием анастомоза было произведено задняя миотомия. Операция проводилось после тщательной подготовки кишечника. Все больные за день до операции и в послеоперационном периоде в качестве антибактериальной терапии внутривенно получали комбинацию метронидазола и гентамицина. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Через сутки после операции было отмечено дефекация и больные были переведены на питание per os. Для профилактики дисбактериоза со 2-й сутки всем больным были назначены пребиотики. На 5-7-е сутки больные были выписаны домой. С целью профилактики сужения анастомоза начиная со 2-ой недели в течение 4-х недель проводилось бужирование. Функциональные результаты операции оценивались через 6-12 мес после выписки из стационара.

Результаты: Продолжительность операции без лапароскопии составило 110 ± 20 мин., с применением лапароскопии 120 ± 30 мин. В послеоперационном периоде у всех больных наблюдалось ранняя дефекация и мацерация вокруг ануса. Уже через 2 недели наблюдалось самостоятельная дефекация 2-3, через месяц 1-2 раза за сутки. Ни у одного больного не наблюдалось каломазанье.

Вывод: Трансанальная резекция толстого кишечника при БГ является наиболее эффективным методом. При ректальных и ректосигмоидальных формах БГ у детей до 3 года может быть методом выбора. Операция у больных лежа на животе способствует укорочению длительности, а также упрощает мобилизацию сигмовидной кишки. При аганглиозах выше сигмовидной кишки и у детей старше 3 лет применение лапароскопии обязательно.

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИХ
ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ
EARLY DIAGNOSIS AND STAGED TREATMENT OF ELECTROCHEMICAL
OESOPHAGEAL BURNS IN CHILDREN**

Авторы: Карташов И.А., Терзи Ю.И., Птицын В.А., Баранов Д.А., Коряшкин П.В.

Authors: Kartashov I.A., Terzi Yu.I., Ptitsyn V.A., Baranov D.A., Koryashkin P.V.

Научный руководитель: д.м.н., проф., зав. кафедрой детской хирургии, заслуженный врач РФ, Вечёркин В.А.

Research supervisor DMedSci Professor, Head of the Department of Pediatric Surgery, Honoured Doctor of the Russian Federation, Vecherkin V.A.

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко
Россия, Воронеж, Воронежская область*

Aim/Цель: выявить особенности течения и диагностики инородных тел пищевода, электрохимических ожогов пищевода у детей.

Methods/Материалы и методы: С 2018 по 2023 год в клинике детской хирургии находилось 167 детей с инородными телами пищевода, с монетами – 96 детей (58%), с пищевыми инородными телами (пищевые комки, рыбные кости) - 15 детей (9%), с магнитами - 11 детей (7%), с металлическими предметами (скобы степлера, брелки, значки) – 20 детей (12%), с пластиковым конструктором – 12 детей (6%), и с батарейками – 13 человек (8%).

Results/Результаты: Всем детям, с целью подтверждения диагноза инородного тела и ожога пищевода, было выполнено: рентгенография ШОП, грудной клетки и брюшной полости в двух проекциях, ФЭГДС с удалением батарейки под эндоскопическим контролем. В ходе исследования было выявлено, что у 6 детей (45%) клинические проявления ожога пищевода отсутствовали, у 7 детей (55%) отмечалась рвота, слюнотечение, затруднение глотания. Возраст пациентов варьировал: до 3 лет – 4 ребенка (31%), с 3 до 7 лет – 6 детей (50%), старше 7 лет – 3 детей (19%). Для оценки степени электрохимического ожога использовали эндоскопическую классификацию Zargar: степень IIВ – 3 ребенка, степень IIIА – 4 детей, степень IIIВ – 4 ребенка, степень IV – 2 пациента. У 2 детей выявлено осложнение ожога пищевода: перфорация пищевода с формированием трахео-пищеводного свища. Наложение гастростомы было выполнено 3 детям. Тактика лечения отличалась в зависимости от степени электрохимического ожога, протяженности процесса и состояния ребенка. Для оценки адекватности лечения проводилась этапная ФЭГДС. Летальных исходов не было.

Выводы: Алгоритм диагностики инородных тел пищевода включает: тщательный сбор анамнеза, рентгенографию шейного отдела, грудной клетки и брюшной полости в двух проекциях, проведение ФЭГДС.

Эндоскопический метод продолжает оставаться надежным способом для раннего выявления степени электрохимического ожога пищевода и обнаружения последующих осложнений.

ПОЛОЖЕНИЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ

THE POSITION OF THE APPENDIX IN APPENDICULAR INFILTRATION

Авторы: Карюка Д.Д.

Authors: Kariuka D.D.

Научный руководитель: к.м.н. Козулина Н.В.

Research supervisor Candidate of Medical Sciences Kozulina N.V.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Россия, Нижний Новгород, Нижегородская область

Цель исследования. Выявить наиболее часто встречающееся расположение червеобразного отростка при остром аппендиците, осложненном аппендикулярным инфильтратом.

Материалы и методы. Данные получены путем анализа истории болезни 26 пациентов, прооперированных по поводу хронического аппендицита в клинике кафедры детской хирургии на базе отделения гнойной хирургии Нижегородской областной детской клинической больницы (НОДКБ) в 2020–2023 гг. Из них 2 детей (7,7%) в возрасте 3–5 лет; 7 детей (27%) – 7–11 лет; 17 детей (65,3%) – 12–17 лет. 14 девочек (53,8%) и 12 мальчиков (46,2%).

Результаты исследования. Типичное расположение отростка наблюдалось у 6 детей (26%), атипичное – у 17 детей (65,4%) (среди которых: 9 – тазовое, 7 – ретроцекальное и 1 ребенок восходящее положение аппендикса). У 3 детей (11,5%) при лапароскопии обнаружена самоампутация и частичное лизирование отростка, в связи с чем не представляется возможным определение положения.

Выводы. Аппендикулярный инфильтрат чаще возникает у детей старшего школьного возраста (12–17 лет), преимущественно у девочек. В большинстве случаев при лапароскопической аппендэктомии выявляется атипичное расположение отростка, что объясняет трудность своевременной диагностики острого аппендицита и возникновение осложнения в виде инфильтрата.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

TREATMENT OF FEMORAL NECK FRACTURE IN CHILDREN

Авторы: Квитко А.В., Мирошкина В.А., Федченков И.В.

Authors: Kvitko A.V., Miroshkina V.A., Fedchenkov I.V.

Научный руководитель: заведующий кафедрой детской хирургии, д.м.н., профессор А.И. Перепелкин

Research supervisor Head of the Department of Pediatric Surgery, MD, Professor A.I. Perepelkin

Волгоградский государственный медицинский университет

Россия, Волгоград, Волгоградская область

Цель: провести ретроспективный анализ лечения переломов шейки бедренной кости у детей.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ истории болезни детей с переломами шейки бедренной кости, проходивших лечение с 2015 по 2023 гг. в детском ортопедо-травматологическом отделении клинической больницы скорой медицинской помощи № 7 г. Волгограда.

Результаты: За анализируемый период перелом шейки бедренной кости выявлен у 35 детей (у 20 девочек и 15 мальчиков). Средний возраст пациентов на момент проведения оперативного вмешательства составил 10 ± 2 года. Дети получали перелом шейки бедренной кости чаще всего в результате дорожно-транспортных происшествий, падения с высоты или уличной травмы. Дооперационный период у них составил 36 ± 12 часов. Закрытая репозиция и внутрикостный металлоостеосинтез винтами был выполнен у 29 пациентов (83%), остальным детям (17%) проводилось консервативное лечение. В послеоперационном

периоде, начиная с 4-х суток, детей вертикализировали без нагрузки на оперированную конечность. Продолжительность послеоперационного периода составила 20±5 дней.

Выводы: В подавляющем большинстве случаев дети с переломами шейки бедренной кости требуют закрытой репозиции и надежного стабильного остеосинтеза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕЛЕКТИВНОЙ ДОРСАЛЬНОЙ РИЗОТОМИИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ THE EFFECTIVENESS OF SELECTIVE DORSAL RHIZOTOMY IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Авторы: Келлер В.В.

Authors: Keller VV

Научный руководитель: к.м.н., доцент Царева В.В.

Research supervisor PhD in Medical sciences, Assoc. Prof. Tsareva VV

Южно-уральский государственный медицинский университет

Россия, Челябинск, Челябинская область

Aim/Цель. Проанализировать результаты и эффективность лечения спастичности при детском церебральном параличе (ДЦП) проведением селективной дорсальной ризотомии.

Methods/Материалы и методы. На базе Челябинской областной клинической больницы с ноября 2021 по февраль 2024 проходило лечение 59 пациентов с диагнозом ДЦП в форме спастической диплегии. Мальчиков и девочек среди них было практически равное количество. Всем пациентам проведена селективная дорсальная ризотомия. Для оценки тяжести спастического синдрома до и после оперативного лечения мы использовали шкалу Эшворт. С самой тяжелой 4 степенью прооперировано 2 (3,4%) ребенка, с 3 степенью спастического синдрома – 43 (72,9%) и со 2 степенью 14 (23,7%) детей. В послеоперационном периоде все дети проходят курс лечения в отделении реабилитации, где получают специализированный курс лечебной физкультуры и вертикализации.

Results/Результаты. Хирургических осложнений в послеоперационном периоде не было. После проведенного комплексного лечения улучшение показателей спастичности по шкале Эшворт наблюдалось у 50 (85%) детей. Степень улучшения распределилась в промежутке от 0,5 до 2 баллов. У 11 (19%) детей спастичность снизилась на 0,5 баллов; у 26 (44%) на 1 балл; у 10 (17%) на 1,5 балла и у 3 (5%) на 2 балла. Усиления спастичности мы не наблюдали.

Conclusion/Выводы. Селективная дорсальная ризотомия эффективна в лечении спастичности при ДЦП.

СИНДРОМ ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ SWOLLEN SCROTUM SYNDROME

Авторы: Керимов К.О., Кадзова Д.В.

Authors: Kerimov K.O., Kadzova D.V.

Научный руководитель: д.м.н. Джелиев И.Ш.

Research supervisor DMedSci Dzheliev I.Sh

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Россия, Владикавказ, Республика Северная Осетия — Алания

Выбор метода лечения при синдроме отёчной мошонки у детей.

Синдром отёчной мошонки (СОМ) является одной из самых актуальных проблем детской урологии. Результаты лечения требуют тщательного изучения с целью минимизации риска возникновения осложнений.

Цель исследования: Определение причин осложнений СОМ и методов профилактики их возникновения.

Материалы и методы Исследованы истории болезни пациентов с диагнозом СОМ, проходивших лечение в РДКБ РСО-Алания за 2019-2023 гг. Проводился сбор и анализ

данных о заболевании и его осложнениях. За этот период было госпитализировано 315 пациентов с СОМ. Возраст больных варьировал от 3 месяцев до 17 лет. Распределение по годам исследования было примерно одинаковым. Наиболее часто причиной СОМ являлись перекрут и некроз гидатиды – 226 (71,7%) детей, заворот яичка – 12 (3,8%), острый орхоэпидидимит – у 70 (22,2%), травма мошонки и яичка – 6 (1,9%), аллергический отёк мошонки – 3 (0,9%).

Результаты исследования. Наиболее часто дифференциальный диагноз проводился между заворотом яичка, перекрутом и некрозом гидатиды яичка и придатка, орхоэпидидимитом. Некроз гидатиды при раннем поступлении успешно лечился консервативно путём противовоспалительной и антибиотикотерапии. При позднем обращении больного воспалительные изменения прогрессировали, несмотря на проводимую консервативную терапию. Достоверные сведения на раннем этапе было возможно получить с помощью УЗИ.

Выводы. Консервативное лечение при перекруте гидатиды на раннем этапе является эффективным и безопасным методом. Сложность дифференциальной диагностики между причинами СОМ при наличии выраженного воспаления в мошонке оправдывает проведение оперативного вмешательства и минимизирует риски возможных осложнений. Вероятность спасения яичка при завороте значительно снижается по истечении 8 часов. Для наиболее точной постановки диагноза в ранние сроки необходимо широкое внедрение УЗИ с ЦДК.

**ОССИФИЦИРУЮЩИЙ МИОЗИТ НА ФОНЕ МИОТОНИИ DE NOVO У
ДЕВОЧКИ 8 ЛЕТ – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
MYOSITIS OSSIFICANS WITH MYOTONIA DE NOVO IN AN 8-YEAR-OLD
GIRL – CASE REPORT**

Авторы: Кибирева А.А.

Authors: Kibireva AA

Научный руководитель: д.м.н. Морозов Д.А., к.м.н. Тарасова Д.С.

Research supervisor DMedSci Morozov DA, PhD Tarasova DS

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.
Сеченова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Актуальность. Оссифицирующий миозит (ОМ) у детей до 10 лет встречается крайне редко (<1%). Диагностика затруднена, в связи с отсутствием специфических симптомов. Предоставляем клинический случай девочки 8 лет с посттравматическим оссифицирующим миозитом на фоне уникального варианта миотонии de novo.

Описание клинического случая. 8-летняя девочка поступила с жалобами на ограничение движений в правом тазобедренном и коленном суставах, увеличение объема правого бедра. Жалобы с 6 лет после начала занятий фигурным катанием. В 2 и 7 лет переломы правого предплечья и левой лучевой кости. Консультирована ортопедом-травматологом, ревматологом и неврологом, диагноз не установлен. ЭНМГ: мышечный тип поражения без миотонии; УЗИ: кальцинация задней группы мышц правого бедра, скопление жидкости; Рентген: кальцификаты задней и медиальной групп мышц бедра; МРТ: лизис приводящих мышц правого бедра, скопление жидкости. Выполнено дренирование жидкости и биопсия латеральной широкой мышцы бедра, фасции правого бедра. Анализ дренированной жидкости: атипии нет, присутствие белков, лейкоцитов, лактатдегидрогеназы, рост *Enterococcus faecalis*. После стихания воспаления взяты образцы кальцификатов на повторную биопсию и иммуногистохимию: коллагенизированная плотноволокнистая соединительная ткань с очаговым воспалением и обширной псаммоматозной кальцификацией, аномалий фенотипа нет. Полногеномное секвенирование обнаружило патогенный вариант гена *CLCN1*, приводящий к доминантной наследственной миотонии (OMIM:160800). Диагноз: посттравматический оссифицирующий миозит в

сочетании миотонии de novo. Контрольный осмотр в 2023 г. - полное депонирование кальция, дополнительных кальцификаций и воспаления нет.

Закключение. ОМ представляет трудности в диагностике у детей из-за неспецифических проявлений. В данном случае выявлена спонтанная положительная динамика ОМ и обнаружена ранее не описанная в литературе мутация гена CLCN1, отвечающая за мышечный гипертоonus и усиленное тоническое сокращение.

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПОСЛЕ
ПИЕЛОПЛАСТИКИ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ В ВОЗРАСТЕ ДО ГОДА
LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF CHILDREN AFTER
PYELOPLASTY OPERATED ON BEFORE ONE YEAR OF AGE**

Авторы: Ким А.Р.

Authors: Kim AR

Научный руководитель: д.м.н. Дерюгина Л.А.

Research supervisor DMedSci Der Deryugina L.A.

*Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
Россия, Саратов, Саратовская область*

Aim/Цель: оценить динамику объема почечной паренхимы (ОПП) у детей с гидронефрозом, перенесших пиелопластику в возрасте до года.

Methods/Материалы и методы: проанализированы результаты лечения детей с гидронефрозом (ГН), находившихся в клинике с 01.01.18 по 31.12. 21 год, которые перенесли пиелопластику в возрасте до года (n=24). Были исключены дети, имевшие помимо ГН иную урологическую патологию. Односторонний ГН – у 17 (IV ст.), двусторонний ГН – у 7 (левая почка II ст – 2, III ст. – 2, IV ст. – 3, правая почка II ст – 1, III ст. – 3, IV ст. – 3). Средний возраст на момент пиелопластики у детей с односторонним ГН составил 3 мес. При двустороннем ГН этапная пиелопластика была завершена в среднем к 11 месяцам. Во всех случаях выполняли пиелосластику по Hynesu Anderson (H-A). Объем почечной паренхимы оценивали по результатам УЗИ. Объем почечной паренхимы определяли до операции и через 2, 3, 12 месяцев после неё.

Results/Результаты: после односторонней пиелопластики средний ОПП через два месяца составил 92%, через 3 мес. – 95%, через 12 мес. – 96%. При сравнении динамики объема почечной паренхимы при Одностороннем ГН – имелось его среднее увеличение на 24% от исходного. При двустороннем гидронефрозе после пиелопластики средний ОПП левой почки через месяц составил - 78%, через 3 месяца – 72%, через 10 месяцев – 89%. Средний ОПП правой почки через 2 месяца составил – 73%, через 4 месяца – 77%, через 14 месяцев – 84%. При сравнении динамики объема почечной паренхимы при двустороннем ГН – имелось его среднее увеличение с левой стороны на 15% от исходного, а с правой стороны на 18% от исходного.

Conclusion/Выводы: у детей с односторонним ГН, которым проведена пиелопластика по H-A в возрасте до года, происходит быстрое восстановление ОПП на стороне ГН, даже при IV ст. ГН., что даёт преимущество для полного восстановления функции почки. Для восстановления ОПП, при двустороннем ГН, требуется больше времени, но динамика восстановления ОПП положительная.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОЛИТОЛАПОКСИИ EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF PERCUTANEOUS NEPHROLITOLAPOXIA

Авторы: Киптилов А.В

Authors: Kiptilov A.V

Научный руководитель: д.м.н. проф. Тен Ю.В.

Research supervisor md, prof. Ten Y.V.

*Алтайский государственный медицинский университет
Россия, Барнаул, Алтайский край*

Цель. Описать клинический случай и рассказать об опыте проведения перкутанной литолапохии.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни. На базе клинической больницы АККЦОМД за 2022-2023 гг. было проведено 4 нефролитолапохии. В группу исследования вошли четверо больных. Показанием к операции является наличие конкрементов >2см в ЧЛС почки.

Обязательным исследованием являлась компьютерная томография, по которой оценивался доступ к конкременту. Операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом с использованием нефроскопа MIP-S и использованием рентген навигации. Первично проводится ретроградная катетеризация ЧЛС скомпрометированной почки. Затем наиболее удобная для доступа к камню чашечка пунктируется иглой 18G. При эффективной пункции под рентген контролем в ЧЛС проводится струна Лундерквиста, при помощи фасциальных бузей расширяется раневой канал, вставляется металлический интродьюсер и по нему в ЧЛС проводится тубус под оптическим контролем, визуализируются камни и происходит их лазерная литотрипсия. После окончания литотрипсии и устранения фрагментов конкремента, по тубусу устанавливается нефростома. Мочевой пузырь дренируется уретральным катетером.

Результаты. Послеоперационный период протекал гладко. Сроки послеоперационных составили 7 койко-дней. Пациент выписан домой под наблюдением по месту жительства.

Вывод: Этот метод лечения позволяет малоинвазивно удалить крупные конкременты лоханки и чашечек, и достигнуть состояние стом фри, что является ключевым моментом в удалении камней.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ У ДЕТЕЙ В Г.ВОРОНЕЖЕ FREQUENCY ANALYSIS OF COMPLICATIONS AFTER SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN'S HAND PURULENT INFLAMMATORY DISEASES IN VORONEZH

Авторы: Киселева А.С., Ковалёва А.С., д.м.н. Вечеркин В.А., к.м.н. Птицын В.А.,
Коряшкин П.В.

Authors: Kiseleva A.S., Kovaleva A.S., DMedSci Vecherkin V.A, CMedSci Ptitsyn V.A.,
Koryashkin P.V.

Научный руководитель: к.м.н. Баранов Д.А.

Research supervisor CMedSci Baranov D.A.

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко
Россия, Воронеж, Воронежская область*

Цель: Оценить частоту развития осложнений после хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний кисти у детей.

Материалы и методы: В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 1015 историй болезни пациентов, проходивших лечение на базе БУЗ ВО ОДКБ № 2 г. Воронежа с 2006 г. по 2023г.. Оценка развития осложнений осуществлялась при помощи сбора анамнестических данных через опросник, созданный на платформе Google. Данный

опросник был отправлен родителям пациентов, указавшим свои данные при оформлении документов на момент поступления. Родители 278 (27,4%) детей добровольно приняли участие в нашем исследовании. На момент поступления в клинику возраст больных составлял от 1 года до 17 лет, из них с диагнозом флегмона было пролечено 63 (22,7%) пациента, с диагнозом панариций - 215 (77,3%).

Результаты: У большинства пациентов с диагнозом панариций отсутствуют двигательные нарушения оперированной кисти - 174 (80,9%). 41(19,1%) родитель 41(19,1%) указали, что у их детей возникают периодические боли, местная гиперемия, нарушение роста ногтевой пластинки. У 12 (19,1%) больных с диагнозом флегмона выявлены двигательные нарушения, у 21 (33,3%) - рубец вызывает чувство физического дискомфорта, у 30 (47,6%) пациентов - отсутствуют осложнения. Эти показатели дают основание для положительной оценки качества оказанной медицинской помощи детям в ОДКБ № 2 г. Воронеж.

Выводы: Частота развития гнойничковых заболеваний кисти в г.Воронеже остается высокой, в связи с этим тактика лечения требует ежегодного пересмотра и внедрения новых методик. Ввиду того, что лечение было подобрано индивидуально для каждого больного, в зависимости от тяжести заболевания, локализации гноя, его размеров и глубины, а также распространенности гнойно-воспалительного процесса, в нашей работе были представлены общие результаты оценки частоты развития осложнений после хирургического вмешательства.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДОВ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ DIFFERENTIAL APPROACH TO THE CHOICE OF METHODS OF EXTRACTION OF GASTROINTESTINAL FOREIGN BODIES IN CHILDREN

Авторы: Киселёва О.А., И.В. Миронова И.В., Назаров Р.А.

Authors: Kiseleva O.A., Mironova I.V., Nazarov R.A.

Научный руководитель: к.м.н. Манжос П.И., д.м.н. Кешишян Р.А.

Research supervisor Cand.Med.Sc. Manjos P.I., D.Med.Sc. Keshishyan R.A.

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель исследования. Представить дифференцированный подход к выбору методов извлечения инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 308 детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта, находившихся на лечении на клинических базах РУДН с 2020-2023 гг. Распределение по возрасту: до 4 лет – 118 (38%); 5–6 лет – 96 (31%); 7-9 лет – 58 (19%); 10 лет и старше 36 (12%). Мальчиков 182 (59%), девочек 126 (41%). Дети проглатывали: монеты – 126 случаев, батарейки – 71, пластиковые игрушки – 38, магнитные шарики – 24, с металлическим содержимым – 19, и др. предметы – 30.

Результаты. В 180 (58%) наблюдениях инородные тела извлечены при помощи эзофагогастроскопии. При нахождении инородных тел в кишечнике проводилась консервативная терапия и динамическое наблюдение. У 120 (39%) детей они вышли естественным путем. В оперативном лечении нуждались 12 (3,8%) детей: из них 6 с множественными магнитными шариками, 1 – с 2 магнитными шариками+металлический болтик и гайка; 1 – с саморезом, 1- с швейной иглой, 1- с фигуркой от лего, 1- с монетой в пищеводе (с невозможностью извлечения через эзофагоскопию), 1 – с зубной щёткой. По экстренным показаниям оперированы 5 пациентов с магнитными инородными телами, поступившие с клиникой кишечной непроходимости. В 4 случаях дети наблюдались с надеждой на выход инородного тела естественным путем. Одному пациенту с множественными перфорациями в кишечнике произведена резекция кишечника. Одному пациенту с проглоченной зубной щёткой произведена гастротомия с удалением инородного тела.

Выводы. Частой причиной оперативного лечения при инородных телах желудочно-кишечного тракта являются магнитные шарики и механически активные инородные тела.

Клиника кишечной непроходимости и абдоминальный болевой синдром является показанием для экстренной операции. При консервативном подходе случай считается завершённым при естественном выходе инородного тела.

НАШИ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

OUR RESULTS FOR THE TREATMENT OF DIFFUSE PERITONITIS IN CHILDREN

Авторы: Киселева Т.О., Варламов В.А.

Authors: T.O. Kiseleva, V.A. Varlamov

Научный руководитель: к.м.н., доцент Завьялкин В.А.

Research supervisor MD, Cand. Sci. V.A. Zavyalkin,

Самарский государственный медицинский университет

Россия, Самара, Самарская область

Цель. Анализ результатов лечения распространённого перитонита у детей с использованием оптимизированной патогенетической терапии, включающей дифференцированный подход к предоперационной подготовке, критерии санации брюшной полости на основании степени интраабдоминальной гипертензии и активную коррекцию дисметаболических расстройств в послеоперационном периоде.

Методы. В данном исследовании изучены результаты лечения 339 пациентов в возрасте от 1 г. до 14 лет с распространённым перитонитом различной этиологии, находившихся на стационарном лечении в детских хирургических отделениях г. Самара с 2006 по 2022 г. В основную группу включили 237 детей, в контрольную — 102 ребёнка. В основной группе лечебная тактика проводилась на основании разработанного нами лечебно-диагностического алгоритма. Комплексное обследование включало изучение динамики биохимических показателей крови.

Результаты. Изучив динамику трансаминаз, мы пришли к выводу, что у детей основной группы, несмотря на исходную тяжесть эндотоксикоза, наблюдалось более быстрое снижение уровня печёночных ферментов, свидетельствующее о более эффективном восстановлении клеточных мембран. Динамика концентрации общего белка и альбумина свидетельствовала о более быстром восстановлении белково-синтетической функции печени у детей основной группы, что находило отражение в улучшении общего состояния больных, стабилизации показателей гемостаза и снижении концентрации белков острой фазы воспаления в плазме крови.

Анализ результатов лечения выявил в основной группе статистически значимое уменьшение длительности инфузионной терапии в послеоперационном периоде, уменьшение сроков госпитализации и пребывания пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Заключение. Таким образом, снижение длительности инфузионной терапии, госпитализации и нахождения больных в отделении реанимации свидетельствует о большей эффективности предложенного комплексного лечения детей с распространённым перитонитом.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА TREATMENT OF CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE

Авторы: Киямов А.У., Даминов Ж.Н., Усманов З.З.

Authors: Kiyamov AU, Daminov JN, Usmanov ZZ

Научный руководитель: к.м.н., доцент Исаков А.М.

Research supervisor PhD Isakov AM

Самаркандский государственный медицинский университет

Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан

Цель: улучшить результаты хирургического лечения врожденной расщелины верхней губы у детей.

Материалы и методы: в период с 2005 по 2023 годы в специализированной клинике детской хирургии СамГМУ пролечено 78 пациентов с ХРГ. Из них 66 (84,6%) пациентов с односторонней расщелиной, 12 (15,4%) пациентов с двусторонней расщелиной, 26 (33,33%) девочек, 52 (66,66%) мальчиков соответственно. Все больные были подготовлены к операции: амбулаторная коррекция анемии I степени произведена у 41 ребенка (52,5%), II степени - у 18 детей (23,1%), коррекция гипотрофии I степени - у 12 детей (15,5%), II степень у 7 детей (8,9%) под наблюдением педиатра и гематолога.

Результаты: Всем пациентам выполнена хейлоринопластика по методу Лимберга-Обуховой. У 7 (9%) больных в раннем послеоперационном периоде отмечались различные осложнения, чаще в виде деформации крыла носа у 3, нагноения послеоперационной раны у 3 и полное расхождение швов у 1 ребенка. При повторном поступлении через 6-8 месяцев на этапе уранопластики установлено, что курс медикаментозной терапии (гель Контрактубекс, поливитамины) оказал благоприятное влияние на косметические результаты хирургической коррекции. У всех детей с ГРГ результаты клинического наблюдения оценивали в динамике, фотодокументировали дефект перед операцией, послеоперационные швы и послеоперационный рубец как через 6-8 месяцев, так и в дальнейшем в анамнезе.

Выводы: Таким образом, квалифицированное хирургическое лечение детей с врожденной расщелиной верхней губы было завершено в течение 12-16 месяцев жизни ребенка, курс медикаментозной терапии оказал благоприятное влияние на косметический результат. После хирургического периода необходима профилактика грубого рубцевания, а именно массаж, миогимнастика губы, использование индивидуальных вкладышей в носовые ходы, применение геля Контрактубекс.

ОТКРЫТАЯ ВНУТРИУТРОБНАЯ КОРРЕКЦИЯ МИЕЛОШИЗИСА: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

OPEN PRENATAL REPAIR OF MYELOSCHISIS: RESULTS AND PROSPECTIVES

Авторы: Князева Н.А.

Authors: Knyazeva N.A.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Зиненко Д.Ю.

Research supervisor DMedSci Zinenko D. Yu.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель: Оценить результаты внутриутробной коррекции миелошизиса и перспективу применения данной методики.

Материалы и методы: С 2019 по 2024 год группой специалистов НИКИ педиатрии и детской хирургии имени Академика Ю.Е. Вельтищева и НМИЦ АГП имени В.И. Кулакова была проведена открытая внутриутробная коррекция миелошизиса у 11 пациентов. Все пациенты отбирались согласно критериям включения, основными из которых являются УЗ-признаки наличия открытой формы спинального дизрафизма: форма головы в виде лимона, дистопия ствола мозга и мозжечка, наличие дефекта в пояснично-крестцовой области. Срок

гестации на момент операции составлял от 23 недель до 25 недель 4 дней. В качестве критериев оценки эффективности проведённых внутриутробных операций были использованы нейровизуализация, клиническое наблюдение, применение шкал по оценке психо-моторного развития, комплексное нейроурологическое обследование, наблюдение ортопеда.

Результаты: Гестационный возраст на момент рождения составил от 27 недель до 36 недель 2 дней. У всех пациентов на момент рождения наблюдалось купирование мальформации Арнольда-Киари II типа. Ликворошунтирующие операции не потребовались ни одному пациенту. На данный момент 8 пациентов достигли возраста 2 лет и старше, из них вертикализированы 4 детей, способны к самостоятельной ходьбе – 2, ходят с поддержкой – 2. Нарушения функций тазовых органов выявлены у 6 пациентов. Срок катамнестического наблюдения – от рождения и по настоящее время.

Выводы: Несмотря на тяжесть такого порока развития, как миелошизис, внутриутробная операция позволяет значительно улучшить исходы у пациентов с данной патологией в сравнении с описанными в литературе результатами постнатальной коррекции данного порока, и тем самым обеспечивает лучшее качество жизни для таких пациентов. Безусловно, в фетальной хирургии спинальных дизрафий, как и в любой новой области медицины, существует ещё много вопросов и вызовов, однако полученные оптимистичные результаты мотивируют на их решение.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ВАЖНЫХ

ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОБЛАСТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

THERMAL BURNS OF IMPORTANT FUNCTIONAL AREAS IN CHILDREN

Авторы: Ковалёва А.С., Киселева А.С., Коряшкин П.В., Баранов Д.А., Птицын В.А.

Authors: Kovaleva A.S., Kiseleva A.S., Koryashkin P.V., Baranov D.A., Ptitsyn V.A.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В.А.Вечеркин

Research supervisor Doctor of Medical Sciences, Professor V.A. Vecherkin

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Россия, Воронеж, Воронежская область

Aim/Цель: улучшить результаты лечения детей с термическими поражениями важных функциональных областей.

Methods/Материал и методы: за период с 2019 по 2023 год в ожоговое отделение БУЗ ВО ОДКБ №2 с диагнозом термический ожог поступило 1107 пациентов. Проведен ретроспективный анализ 269 историй болезни детей с ожогами важных функциональных областей, ожоговый шок был диагностирован у 56 пациентов (21%). Доврачебная помощь была оказана в 62% случаев. Для определения ожогового шока, параметры центральной

гемодинамики регистрировали, используя аппарат «Кардиокод», у 19 детей в возрасте от 1 года до 15 лет был диагностирован шок.

Results/Результаты: наиболее часто встречался ожог запястья и кисти, наиболее редко – головы и шеи. Шоковое состояние в 87,5% случаев возникало при ожогах области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу. Оказание доврачебной помощи (гидотерапия) уменьшило глубину поражения. При ожоговой болезни снижаются такие показатели, как ударный и минутный объем кровообращения, сократительная способность миокарда, параметры ранней диастолы и тонус восходящей аорты. С целью снижения вероятности отторжения кожных лоскутов и предотвращения развития контрактур применялась гипербарическая оксигенация (ГБО) в режиме 1,3-1,5 АТА длительностью 20-25 минут. Желаемый эффект был получен у 70% пациентов. Лечебные мероприятия включали в себя противошоковую терапию, антибактериальные препараты, перевязки, аутодермопластику, экстракорпоральные методы детоксикации, ГБО, кинезотерапию и физиолечение.

Conclusion/Выводы: В результате комплексного подхода мы имеем прогностическую модель достижения более эффективных результатов лечения. Критериями улучшения являются нормализация лабораторных показателей, эпителизация пораженных зон, улучшение самочувствия, снижение частоты развития контрактур.

**КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ С
ПОМОЩЬЮ КРАНИАЛЬНЫХ ОРТЕЗОВ
NON-SURGICAL TREATMENT OF CRANIAL DEFORMITIES IN CHILDREN
WITH CRANIAL ORTHOSES**

Авторы: Коврижных Е.В.

Authors: Kovrizhnykh EV

Научный руководитель: к.м.н. Неизвестных Е.А.

Research supervisor KMedSci Neizvestnykh EA

Южно-уральский государственный медицинский университет

Россия, Челябинск, Челябинская область

Цель: анализ эффективности ортезирования шлемом при деформациях черепа

Материалы и методы: лечили 22 пациента в возрасте до 1 года, в среднем 4-8 месяцев с различными деформациями черепа, обратившихся для исправления формы черепа с помощью краниального ортеза. Из общего количества обследованных 16 детей наблюдались с плагิโอцефалией (73%), 3 пациента с брахицефалией (13,5%), 3 пациента со скафоцефалией (13,5%). Всем пациентам было проведено 3D-сканирование черепа для изготовления индивидуального ортеза. Все пациенты распределены по группам в зависимости от формы деформации. Результаты лечения оценивались по клиническому осмотру и повторному 3D-сканированию.

Результаты: на курс лечения в среднем потребовался 1 краниальный ортез, длительностью 5-6 мес. Среди большинства пациентов (17) получилось выдерживать требуемый режим ношения шлема. У 5 пациентов выявлены нарушения ортопедического режима, что не повлияло на клинический результат и родители расценивали уменьшение деформации черепа как удовлетворительный результат. Динамику деформации оценивали по изменению диаметров и результатам 3D-реконструкции черепа.

Выводы: Применение индивидуальных краниальных ортезов для коррекции вне зависимости от формы деформации костей черепа у детей первых месяцев жизни является эффективным и безопасным методом. У 16 детей нами отмечены хорошие результаты (клинические и на 3D-сканировании), у 6 пациентов клинически выявлены хорошие результаты, но на 3D-сканировании сохранялись изменения черепа.

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ
FEATURES OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF THE
EPITHELIAL COCCYGEAL TRACT IN CHILDREN**

Авторы: Козленко В.А.

Authors: Kozlenko VA.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Барова Н.К.

Research supervisor KMedSci Barova NK

Кубанский государственный медицинский университет

Россия, Краснодар, Краснодарский край

Цель: изучить особенности диагностики и хирургического лечения детей с эпителиально-копчиковым ходом

Материалы и методы: на базе ДХО-1 ГБУЗ Детской краевой клинической больницы МЗ КК, в период с 2018 по 2023 год, проходили лечение 108 детей с диагнозом – эпителиально-копчиковый ход. Возраст больных от 13 до 17 лет, средний возраст установления диагноза 15,5 лет. Мальчиков - 79 (73,1%) и 29 (26,9%) девочек. Все дети

госпитализированы в плановом порядке, предоперационная подготовка не требовалась. КТ исследование с контрастированием проводилось в 34 (37,4%) случаях. Затем выполнили хирургическое лечение – иссечение ЭКХ с ушиванием и дренированием раны спиральным или перфорированным трубчатым дренажом. Послойные швы на рану – 42 (38,9%), шов по Донати – 66(61,1%). Дренаж удалялся при отсутствии отделяемого по нему. В послеоперационном периоде а/б терапия проведена у 87(95,6%) детей. ФТЛ получили все (100%).

Результаты: Средний койко день составил – 9 дней. Швы снимались на 10-14 сутки в амбулаторных условиях. Послеоперационные осложнения отмечены в 16 (17,6%) случаях: инфицирование послеоперационной раны у 12(11,1%); лигатурные свищи у 4(3,7%) – все в случаях послойного закрытия послеоперационной раны; рецидив заболевания отмечен у 10(9,3%) детей в виду отсутствия радикальности при первой операции.

Выводы: в целях профилактики послеоперационных осложнений при ЭКХ считаем целесообразным исключение многослойных швов в закрытии послеоперационной раны с целью профилактики воспалительных осложнений. С целью предотвращения осложненного течения в алгоритм предоперационного обследования при рецидивах целесообразно проведение КТ ККО с контрастированием хода.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФОМЫ БЕРКИТТА У ПАЦИЕНТОВ С «ОСТРЫМ ЖИВОТОМ». **DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF BURKITT'S LYMPHOMA IN PATIENTS WITH "ACUTE ABDOMEN".**

Авторы: Колесниченко Т.А., Налбандян Р.Т.

Authors: Kolesnichenko T.A., Nalbandyan R.T.

Научный руководитель: д.м.н. Карасева О.В.

Research supervisor DMedSci Karaseva O.V.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель: Представить особенности дифференциальной диагностики лимфомы Беркитта у пациентов, госпитализированных в клинику неотложной детской хирургии по поводу «острого живота».

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 5 мальчиков, у которых был диагностирован терминальный илеит (ТИ), средний возраст детей составил 11,0+5,8 лет. Все дети поступили в экстренном порядке с абдоминальным синдромом.

Результаты: У троих детей на основании клинико-эхографической картины был диагностирован деструктивный аппендицит и выполнена лапароскопия. Из них у одного ребенка была выполнена аппендэктомия и отмечена выраженная инфильтрация илеоцекального угла и печени; у одного - была выявлена илеоцекальная инвагинация (ИЦИ) с последующей конверсией для дезинвагинации, диагностирован терминальный илеит; еще у одного - выявлен терминальный илеит. У двоих детей при поступлении была заподозрена ИЦИ. У одного ребенка с рецидивирующим характером инвагинации выполнена лапароскопия и диагностирован терминальный илеит и мезентериальный лимфаденит; у второго - после детального сбора анамнеза (потеря веса) для уточнения диагноза выполнена СКТ, при которой был диагностирован ТИ. Четверым детям с ТИ в послеоперационном периоде была выполнена колоноскопия, при которой диагностированы воспалительно-деструктивные изменения в терминальном отделе подвздошной кишки и в слепой кишке, выполнена каскадная биопсия. По данным гистологического исследования операционного (лапароскопия) и биопсийного (колоноскопия) материала у 3-х детей диагностирована лимфома Беркитта, у одного - болезнь Крона и у одного - неспецифическая лимфоидная гиперплазия.

Заключение. Выявление терминального илеита у пациентов с «острым животом» требует онкологической настороженности и проведения дополнительного обследования с гистологическим исследованием операционного и биопсийного материала.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛЕОКОЛОРЕЗЕРВУАРА В ЛЕЧЕНИИ ТОТАЛЬНОГО
АГАНГЛИОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ
THE USE OF THE ILEOCOLORESERVOIR IN THE TREATMENT OF TOTAL
COLON AGANGLIOSIS IN CHILDREN**

Авторы: Конопаткина М.В.

Authors: Konopatkina MV

Научный руководитель: к.м.н. Степанова Н.М., д.м.н. Новожилов В.А.

Research supervisor CMedSci Stepanova NM, DMedSci Novozilov VA

**Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской
хирургии**

Россия, Иркутск, Иркутская область

Aim/Цель: Анализ использования продольных илеоколотрезервуаров в хирургическом лечении тотального аганглиоза у детей.

Methods/Материалы и методы: 6 пациентов с тотальным аганглиозом толстой кишки, проходивших лечение в ОГАУЗ ГИМДКБ (Иркутск) за период 2011(октябрь) - 2024 (январь).

Results/Результаты: Гендерный состав: мальчики – 2(33,3%), девочки 4(66,7%). У всех детей в анамнезе позднее отхождение мекония. В 100% диагноз был уточнен внеслизистой поэтажной биопсией с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием на кальретинин. Средний возраст на момент оперативного вмешательства составил 4,3 года. Пациенты имели в анамнезе от 2 до 5 операций. Всем детям изначально проводилось превентивное стомирование (илеостомы (5), колостомы (1)). Основным этапом вмешательства заключался в резекции толстой кишки, формировании илеоколотрезервуара на уровне восходящей (1), нисходящей (4) и поперечно-ободочной кишки (1). Резервуар выводился стомой, содержащей стенку тонкой и толстой кишок, единым отверстием. Через 6-10 месяцев выполнялась резекция прямой кишки и трансанальное низведение резервуара, формирование эндоректального илео-колоанального анастомоза. Летальный исход на промежуточном этапе лечения на фоне синдрома короткой кишки в 1 случае. Срок катамнеза - от 7 месяцев до 7 лет. Количество дефекаций в сутки от 2 до 5 раз. В 2 случаях(40%) имеется эпизодический прием антидиарейных препаратов. Посещают школу или детский сад - 4(80%). Посещают кружки и секции - 2(40%). Придерживаются диеты 3(60%). Эпизоды неудержания кала у 3(60%) меньше 1 раза в неделю, но больше 1 раза месяц; никогда - 2(20%). Эпизодические боли в животе беспокоят: иногда 3 (60%), часто - 1(20%), никогда - 1(20%). Тип кала по Бристольской шкале преимущественно 5 тип (80%).

Conclusion/Выводы: Использование резервуарных технологий в лечении тотального аганглиоза толстой кишки у детей можно считать перспективным, так как данный способ позволяет улучшить качество жизни ребенка.

**АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ НА БАЗЕ
ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА ЯРОСЛАВЛЯ.
ANALYSIS OF COMPLICATIONS OF MECKEL'S DIVERTICULUM IN
CHILDREN AT THE REGIONAL CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL IN
YAROSLAVL.**

Авторы: Корниенко Х.А.

Authors: Kornienko Kh.A.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бландинский В.Ф., Андреев А.И., Андреева А.Ю.

Research supervisor DMedSci Blandinskiy V.F., Andreev A.I., Andreeva A.Yu.

*Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Ярославль, Ярославская область*

Aim/Цель: Изучить возможные осложнения дивертикула Меккеля, а так же возможности диагностики дивертикула Меккеля на примере пациентов, пролеченных в ГБУЗ ЯО ОДКБ.

Methods/Материалы: основой данного исследования является ретроспективный анализ историй болезни 17 пациентов, получавших хирургическое лечение по поводу осложнений дивертикула Меккеля в ГБУЗ ЯО ОДКБ в период с 2017 по 2024 годы.

Results/Результаты: У всех пациентов (n=17), включенных в наблюдение, диагностировалось наличие осложнений дивертикула Меккеля. При анализе клинических данных установлено, что наиболее частыми осложнениями дивертикула Меккеля является дивертикулит, перфорация дивертикула Меккеля с развитием перитонита и острая кишечная непроходимость. Дивертикулит без перфорации наблюдался у 6 пациентов (35%). Перфорация дивертикула Меккеля наблюдалась у 5 пациентов (29%), у одного пациента из этой группы перфорация возникла на фоне инородных тел в дивертикуле. Острая кишечная непроходимость наблюдалась у 5 пациентов (29%). Интраоперационно были установлены механизмы формирования кишечной непроходимости: странгуляция у 4 пациентов, инвагинация у 1 пациента. Менее частыми осложнениями дивертикула Меккеля является кровотечение, оно наблюдалось у 1 пациента (6%). Среди 17 пациентов, включенных в исследование - дивертикул Меккеля обнаружен у 15 мальчиков (88%) и 2 девочек (12%), средний возраст пациентов 4,5 года. У 16 пациентов (94%) диагноз дивертикула Меккеля установлен интраоперационно, только у 1 пациента (6%) из группы диагноз установлен поставлен до операции.

Conclusion/Выводы: Отсутствие характерной клинической картины, а также невозможность диагностировать неинвазивными методами наличие дивертикула, не позволяет установить клинический диагноз Дивертикула Меккеля до операции.

**АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ЦЕНТРАЛЬНЫХ
ВЕНОЗНЫХ КАТЕТЕРОВ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ
ANALYSIS OF THE USE OF VARIOUS TYPES OF CENTRAL VENOUS
CATHETERS IN THE NEONATAL PERIOD**

Авторы: Короткевич В. А.

Authors: Korotkevich V. A.

Научный руководитель: к.м.н. Царева В.В.

Research supervisor CMedSci Tsareva V.V.

*Южно-уральский государственный медицинский университет
Россия, Челябинск, Челябинская область*

Цель. Проанализировать результаты использования различных видов центральных катетеров.

Материалы и методы. На базе Челябинской областной клинической больницы в январе 2024 лечились 19 новорожденных с различными патологиями, которым требовалась установка центрального венозного катетера. В 4 случаях первоначально детям выполнялся

пупочный сосудистый доступ. Периферически вводимый центральный венозный катетер (ПВЦВК) установлен 14 детям (74%). Установка производилась без использования анестезиологического пособия. Чрезкожный центральный венозный подключичный катетер (ЦВПК) 3 (16%) новорожденным и 2 (10%) центральный венозный катетер установлен открытым хирургическим путем в бедренную вену. Оперативное лечение потребовалось ввиду отсутствия технической возможности установить ЦВПК и ПВЦВК. Установка каждого центрального венозного катетера производилась под общей анестезией.

Результаты. В 8 (57%) случаях из 14 ПВЦВК произведена смена катетера: в 2 (14%) случаях по причине окончания срока эксплуатации (более 30 дней). В 2 случаях (14%) в результате тромбоза и в 4 (29%) по причине инфицирования. В случае с центральным венозным катетером, не зависимо от способа установки осложнений не наблюдали и до окончания лечения не требовалась их замена.

Выводы. Использование ПВЦВК является технически более простым способом, однако имеет большую степень осложнений и требует замены катетера при окончании срока эксплуатации. Использование центрального венозного катетера, независимо от способа установки технически более сложно, однако имеет меньший процент осложнений и более длинный срок эксплуатации.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ FOREIGN BODIES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN

Авторы: Короткова А.В., Кахрамонов А.Б., Головня А.А., Бикиева Д.Р., Вакилов Ф.Ф.

Authors: Korotkova A.V., Kakhramonov A.B. Golovnya A.A., Bikieva D.R., Vakilov F.F.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Галимов И.И.

Research supervisor Ph.D., Associate Professor Galimov I.I.

Бакирский государственный медицинский университет

Россия, Уфа, Республика Башкортостан

Aim/Цель исследования: Проанализировать истории болезней детей с инородными телами (ИТ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Methods/Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ 100 историй болезней детей разных возрастных групп с ИТ в различных отделах ЖКТ, которым была выполнена оперативная эндоскопическая эзофагогастроуденоскопия с удалением ИТ в период с 2022 по 2023 гг. в Республиканской детской клинической больнице г.Уфа.

Results/Результаты: Было выделено 3 группы пациентов по наиболее частой локализации ИТ в ЖКТ: 1 группа – ИТ пищевода (n=63), 2 группа – ИТ желудка (n=35), 3 группа – ИТ двенадцатиперстной кишки (n=2). По характеру ИТ было выделено 4 группы: 1 группа – ИТ монета (n=59), 2 группа – ИТ батарейки (n= 38), 3 группа – ИТ магниты (n=15), 4 группа – ИТ пищевые (n=6). Возрастно-половой состав групп: из 100 изученных историй болезней 65(%) мальчиков и 35(%) девочек. Распределение по возрастным группам следующее: дети грудного возраста 6 (%), дошкольного – 25 (%), дошкольники – 57(%), дети младшего школьного возраста – 9 (%), дети старшего школьного возраста – 3 (%).

Conclusion/Выводы: Таким образом, большинство детей проглатывали инородные тела в возрасте от 3 до 5 лет – 57%, значительное количество которых составляли монеты – 59%.

**ФИКСИРОВАННЫЙ СПИННОЙ МОЗГ У ДЕВОЧКИ 15 ЛЕТ: ВЗГЛЯД
УРОЛОГА НА
ПРОБЛЕМУ
FIXED SPINAL CORD IN A 15 YEARS OLD GIRL: UROLOGIST'S POINT OF
VIEW**

Авторы: Костюченко А.С.

Authors: Kostyuchenko A. S.

Научный руководитель: к.м.н. Павленко Н.И.

Research supervisor associate prof. Pavlenko N.I.

*Омский государственный медицинский университет
Россия, Омск, Омская область*

Aim/Цель: демонстрация клинического случая фиксированного спинного мозга.

Methods/Материалы и методы: ретроспективный анализ истории болезни.

Results/Результаты: девочка В., 15 лет, от 10 беременности, 2 родов в срок 35 недель. Беременность на фоне никотиновой интоксикации, опийной наркомании в анамнезе. По текущей беременности женщина не наблюдалась. В родильном зале диагностирована спинномозговая грыжа пояснично-крестцового отдела позвоночника. На 2 сутки жизни произошел разрыв оболочек с истечением ликвора. По неотложным показаниям проведено оперативное лечение в объеме устранения спинномозговой грыжи. В послеоперационном периоде отмечалось нарушение функции тазовых органов — недержание мочи, каломазание скудно. Прошла курс обследования, рекомендовано консервативное лечение. Рекомендации не выполняла. Контрольное обследование в 13 лет. Отмечалось умеренное недержание мочи в дневное время преимущественно вследствие недостаточности уретрального сфинктера. Признаков дезадаптации детрузора не отмечалось. На цистограмме форма мочевого пузыря не изменена, ровный, данных за ПМР не выявлено. В феврале 2021 года по рекомендации нейрохирурга проведено оперативное лечение по дефиксации спинного мозга без согласования показаний с урологом. После операции участилось недержание мочи, появились изменения в анализах мочи в виде лейкоцитурии. На контрольном уродинамическом исследовании в возрасте 15 лет отмечено уменьшение эффективного объема мочи, появление признаков дезадаптации. По результатам цистографии мочевого пузыря уменьшен в размерах, определяются множественные ложные дивертикулы, правосторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени.

Conclusion/Выводы: таким образом, в целях сохранения и улучшения качества жизни пациентов решение вопроса об оперативном лечении фиксированного спинного мозга должно осуществляться с обязательным участием уролога и нейрофизиолога.

**РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: СОЧЕТАНИЕ ПОРОКА
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ПОРОКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.
A CLINICAL CASE OF COMBINED CONGENITAL MALFORMATIONS:
FUNNEL-SHAPED CHEST, RIB APLASIA, UMBILICAL ASYMMETRY.**

Авторы: Котова Т. В.

Authors: Kotova T. V.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бландинский В.Ф., Андреев А.И., Андреева А. Ю.

Research supervisor DMedSci Blandinskiy V.F., Andreev A.I., Andreeva A.Yu.

*Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра урологии и
нефрологией*

Россия, Ярославль, Ярославская область

Aim/Цель: Описать редкое сочетание пороков развития грудной клетки и передней брюшной стенки.

Methods/Материалы и методы: Материалом данной работы является редкое клиническое наблюдение пациента в возрасте 6 лет с врожденным пороком грудной клетки и

пороком передней брюшной стенки. Пациент выявлен случайно на осмотре хирурга. На себя обратило внимание ассиметричное расположение пупка, который был значительно смещен влево от срединной линии. Родители с рождения отмечают неправильное положение пупка, однако обследование не проводилось. На «Д» учете ребенок не состоял. На базе ДЦ ГБУЗ ЯОДКБ пациенту проведено обследование для выявления патологии. Выполнен ряд диагностических исследований – УЗИ ОБП, ЭХО-КС, спиральная КТ. Проведен анализ литературы научных баз PubMed, Elibrary.

Results/Результаты: В ходе выполнения обследования выявлено сочетание пороков развития: сегментация грудины с аплазией хрящевых порций слева и реберной дуги слева, асимметрия прямых мышц живота. При этом голотопия и скелетотопия внутренних органов правильная.

Conclusion/Выводы: Данное клиническое наблюдение демонстрирует крайне редкое сочетание пороков развития передней брюшной стенки и грудной клетки. При анализе литературы с целью поиска сообщений о подобном пороке развития передней брюшной стенки мы не встретили информации как в изолированном, так и в синдромальном варианте его проявления.

СТРУКТУРА ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ THE STRUCTURE OF CHEMICAL BURNS OF THE ESOPHAGUS IN CHILDREN

Авторы: Кочетова В.Р. Кандюков А.Р

Authors: Kochetova V.R.

Научный руководитель: к.м.н. Козулина Н. В.

Research supervisor Candidate of Medical Sciences Kozulina N.V.

*Приволжский исследовательский медицинский университет
Россия, Нижний Новгород, Нижегородская область*

Цель: изучить повреждающие химические факторы и зависимость степени ожога от химического агента.

Материалы и методы: Проанализированы истории болезней 69 детей от 2,5 мес до 17 лет с химическими ожогами ротоглотки и пищевода, лечившихся в клинике кафедры детской хирургии на базе Нижегородской областной детской клинической больницы с 2016 по 2023 гг.

Результаты: Среди 69 пациентов 55 (80%) детей в возрасте до 3-х лет; 4 ребенка (6%) от 3-х до 7 лет и 10 (14%) детей – старше 7 лет. Кислота - поражающий агент у 31 пациента (45%), в том числе в 22 случаях (74%) причиной являлась 70% уксусная кислота. У 13 пациентов она вызвала ожог 3 степени, у 4 детей - 2 степени, у 5 человек - 1 степени. «Уайтспирит» и 9% уксус приводили к ожогу ротоглотки без патологии пищевода, жидкость для аккумулятора и электролитная - к 3 степени (по 1 ребенку). «Антинакипин» у двух пациентов вызвал ожог ротоглотки без поражения пищевода и 1 степень ожога пищевода, паяльная жидкость у 1 пострадавшего привела к 2 степени ожога.

В 26 случаях (34%) повреждающим веществом были щелочи. У 3 детей - «Крот» (у 2 пациентов - 3 степени ожога пищевода, у 1 ребенка - лишь поражение ротоглотки). «Антипапиллом», «Антижир» у двух пациентов привели к 3 степени ожога.

У 21 человека (82%) ожог вызван неуточненными щелочными моющими растворами: у 3 пациентов они вызвали ожог пищевода 3 степени, у 3 - 1 степени, у 18 детей – только ожог ротоглотки.

У 4 детей (6%) с ожогом пищевода перманганатом калия выявлена 1 степень. 8 детей с повреждением ротоглотки и пищевода неизвестными агентами: 3 – с ожог 3 степени, 1 - 2 степени, 2 чел - 1 ст., 2 случая - поражение ротоглотки без повреждения пищевода.

Выводы: Среди факторов, вызывающих ожог ротоглотки и пищевода, на 1 месте кислоты (из них 70% случаев - уксусная кислота). При глотании щелочи у большинства пациентов диагностированы ожоги ротоглотки, но при проникновении такого вещества в пищевод высок риск развития ожога пищевода 3 степени.

**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С
ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ
FEATURES OF SURGICAL TACTICS IN CHILDREN WITH ACUTE
INTESTINAL OBSTRUCTION**

Авторы: Кошелева Ю.А.

Authors: Kosheleva YA

Научный руководитель: Рубцов В.В.

Research supervisor Rubtsov VV

Уральский государственный медицинский университет

Россия, Екатеринбург, Свердловская область

Aim/Цель: Изучить структуру острой кишечной непроходимости у детей, проанализировать варианты хирургической тактики, оценить результаты оперативного лечения.

Methods/Методы: Проведен ретроспективный анализ 116 историй болезни детей в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, проходивших лечение в отделении неотложной хирургии ДГКБ №9 за 2019-2023 гг. Средний возраст – $7,08 \pm 4,64$ лет. В половом соотношении преобладали мальчики – 71%.

Results/Результаты: В исследуемой группе наиболее частыми причинами острой кишечной непроходимости являлись спаечный процесс – 39% (n=45) и инвагинация кишечника – 31% (n=36). Странгуляционная кишечная непроходимость, вызванная эмбриональными тяжами или дивертикулом Меккеля, встречалась в 15% (n=17), реже всего – обтурационная – 3% (n=3) и динамическая – 3% (n=3) кишечная непроходимость. В 10% случаев заболевание было вызвано другими причинами (n=12). На основании данных анамнеза, клинической картины, с учетом срока от момента начала заболевания выбран способ оперативного лечения: у 20% (n=23) детей было выполнено лапароскопическое рассечение спаек с восстановлением проходимости кишечника; в 20% (n=23) случаев после проведения диагностической лапароскопии потребовалась конверсия доступа; в 60% (n=69) случаев первично выполнена лапаротомия. Показания к резекции участка кишки были определены 30 (26%) пациентам, что в большинстве случаев было связано с длительными сроками заболевания (в среднем 48,5 часов). После выполнения резекции у 23 (20%) детей был сформирован межкишечный анастомоз, у 7 (6%) пациентов потребовалось формирование кишечной стомы.

Conclusion/Выводы: Выбор доступа и объема оперативного вмешательства при кишечной непроходимости у детей требует индивидуального подхода с учетом особенностей анамнеза, клинической и рентгенологической картины, сроков с момента заболевания. Несмотря на общую тенденцию расширения показаний к малоинвазивным вмешательствам, в ряде случаев требуется проведение лапаротомии.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ.

COMPLICATIONS OF FOREIGN BODIES IN THE GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN.

Авторы: Кошкин А.А., Зацепин Р.Д., Клейменов Е.В.

Authors: Koshkin A.A., Gerasimenko K.I., Zatsepin R.D

Научный руководитель: д.м.н., проф. Тен Ю.В.

Research supervisor d.m.s., prof. Ten Yu.V.

Алтайский государственный медицинский университет

Россия, Барнаул, Алтайский край

Цель. Провести ретроспективный анализ статистических данных пациентов с инородными телами желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. На базе клинической больницы АККЦОМД, Детской городской клинической больницы №7, за 2022-2023 гг. наблюдались 95 пациентов с инородными телами желудочно – кишечного тракта различной локализации. Их возрастные группы: дети первого года жизни - 19 случаев, дети 2 лет - 15 случаев, дети 3 лет - 16 случаев, дети 4 лет - 10 случаев, дети 5, 7, 8 лет - по 5 случаев, дети 6 лет - 7 случаев, дети 9 лет - 4 случая, дети 10, 11, 12, 14 лет - по 2 случая, дети 13 лет- 1 случай.

Характер инородных тел: в 63 случаях батарейки различных типов, 8 случаях пуговицы, 6 случаев монет, 5 случаях магниты типа “таблетки”, 4 случаях магниты шарообразные, 9 случаев прочие инородные тела. Из них агрессивными инородными телами можно считать 10 случаев: 8 случаев - магниты, 2 случая – батарейки, из данной группы агрессивных инородных тел было одно осложнение – потребовавшее объемного оперативного вмешательства.

Результаты. Из 95 клинических случаев у 53 пациентов инородное тело эвакуировано в ходе видеоэзофагоскопии под общим наркозом, у 18 пациентов инородное тело на момент обращения находилось в дистальных отделах желудочно-кишечного тракта и при наблюдении в стационаре эвакуировалось естественным путем не вызвав осложнений, у 10 пациентов вышли с рвотными массами, у 4 пациентов инородное тело при обследовании не обнаружено, но при динамическом наблюдении так же вышли естественным путем (не рентгенконтрастные предметы), пациенты указанные в данной группе выписаны с выздоровлением.

Выводы. Успех лечения инородных тел желудочно кишечного тракта, и минимизация осложнений у детей зависит от возможности ранней эвакуации инородных тел путем видеоэзофагогастродуоденоскопии, что в свою очередь связано и с ранним обращением пациентов в стационар. При этом сокращается вероятность возникновения осложнений связанных нарушением целостности желудочно-кишечного тракта.

СЛУЧАЙ СТОЛБНЯКА У РЕБЕНКА A CASE OF TETANUS IN A CHILD

Авторы: Кулакова А.В.

Authors: Kulakova A.V.

Научный руководитель: д.м.н. Соловьёв А.Е.

Research supervisor DMedSci Solovyov A.E.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.

Павлова

Россия, Рязань, Рязанская область

Цель: провести анализ диагностики и лечения столбняка у подростка.

Материалы и методы. Под наблюдением находился подросток с клиникой столбняка. В работе собран анамнез, проведен осмотр, лабораторные и инструментальные методы обследования.

Результаты. Имело место полное отсутствие вакцинации у ребенка, что сделало его уязвимым для развития столбняка. Клиническая картина была стертой, а постановка диагноза долгое время вызывала трудности. Лабораторные данные и другие методы исследования не являлись специфичными. Осуществлено комплексное лечение с использованием противостолбнячной сыворотки.

Выводы. Приведенное наблюдение представляет интерес как редкий случай успешного лечения столбняка у ребенка подросткового возраста. Учитывая особенности клинических проявлений, трудность диагностики и проведенные лечебные мероприятия, следует сделать вывод, что отсутствие и отмена ревакцинации от столбняка у детей обусловили уменьшение иммунной защиты от этой грозной инфекции.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.

HYPERBARIC OXYGEN THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF SURGICAL PATHOLOGY.

Авторы: Курносых Р.А., Иванова А.В., Вечеркин В.А., Птицин В.А., Баранов Д.А.

Authors: Kurnosykh RA, Ivanova AV, Vecherkin VA, Ptitsyn VA, Baranov DA

Научный руководитель: Коряшкин П.В.

Research supervisor Koryashkin PV

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Россия, Воронеж, Воронежская область

Цель: улучшить результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом, острым гематогенным остеомиелитом за счёт применения сеансов гипербарической оксигенации

Материалы и методы: проведён анализ результатов лечения 60 пациентов в возрасте от 1 года до 16 лет, прооперированных по поводу острого аппендицита, перитонита и острого гематогенного остеомиелита. Пациенты были поделены на 2 группы: 15 пациентов с аппендицитом и аппендикулярным перитонитом, 15 пациентов с острым гематогенным остеомиелитом, проходившие сеансы ГБО и по 15 пациентов с

соответствующими нозологиями в группе контроля. Сеансы проводились от 3 до 10 раз в режимах от 1.3 до 2.0 ата от 32 до 70 минут

Результаты: Средний показатель общего содержания лейкоцитов среди всех пациентов при поступлении составил $17,5 \times 10^9/\text{л}$, средний показатель ЛИИ – 5,89. Средний показатель НСТ при поступлении – в группе детей с перитонитом 39,8; с остеомиелитом – 38,7. У 37 детей в первый день госпитализации отмечались повышение СРБ $> 50-60 \text{ мг/л}$, а также ПКТ $> 2-10$. В группе пациентов, проходящих сеансы ГБО нормализация показателей общего содержания лейкоцитов, ЛИИ, СРБ, ПКТ составила в среднем через 11,6 дней после госпитализации, на 4,6 дней раньше, чем в контрольной. В группе ГБО показатели НСТ достигали значений 33-36 в среднем на 2,3 сут. раньше, что

говорит об улучшении реологических свойств крови. Среднесуточный объём инфузионной терапии в основной группе был меньше на 560 мл. В основной группе с перитонитом сроки удаления дренажей в среднем на 4 сут. раньше, чем в контрольной. Среднесуточный объём отделяемого был меньше на 20 мл, исчезновение гнойно-геморрагического компонента происходило в среднем на 1,3 сут. раньше. Средние сроки пребывания в стационаре и ОРИТ в основной группе были меньше на 6 и 2 сут. соответственно.

Выводы: применение ГБО в комплексном лечении перитонитов и гематогенного остеомиелита в более короткие сроки улучшает гомеостаз и сокращает пребывание пациентов на стационарном этапе.

PRP- ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕМАРТРОЗАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ PRP- THERAPY FOR HEMARTHROSIS OF THE KNEE JOINT IN CHILDREN

Авторы: Лабузова Н.А.

Authors: Labuzova N.A.

Научный руководитель: д.м. н., профессор Слизовский Г.В.

Research supervisor DMedSci, Professor. Slizovsky G.V.

Сибирский государственный медицинский университет

Россия, Томск, Томская область

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

Материалы и методы: в ходе данной работы, которая проводилась с 2023-2024 год, было обследовано 35 больных с травматическими повреждениями коленного сустава. Гемартроз без повреждения структур. Каждый из пациентов получал лечение методом PRP – терапии. С целью получения и введения аутоплазмы использовались следующие материалы: шприц одноразовый стерильный (5мл) с иглой и без иглы 22G(0,7x40 мм); игла-бабочка 21G(0,8x19 мм; 0,8x20 мм; 0,8x25 мм; 0,8x38 мм); игла инъекционная однократного применения стерильная 30G x ½"(0,3x13мм); игла инъекционная однократного применения стерильная 21Gx1 ½"(0,8x40 мм); пробирка с гепарином для взятия крови (8,5мл). Плазма заготавливается на основе собственной венозной крови обследуемого. Забор венозной крови происходит при помощи иглы-бабочки и пробирки с гепарином для взятия крови (8,5мл). Набранные пробирки с кровью подвергаются центрифугированию в течение 5 минут при 30.000 оборотов в минуту. Далее производится забор аутологической плазмы шприцом 22G(0,7x40мм). Место инъекции обрабатывается антисептическим раствором и проводится местная анестезия. Затем производится введение содержимого шприца в полость коленного сустава. Курс лечения составляет 1 введение аутоплазмы в коленный сустав через 7 дней курсом от 3-5 сеансов.

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

Выводы: лечение методом PRP- терапии при заболеваниях гемартрозах коленного сустава дает эффективный результат и способствует быстрой регенерации и улучшению его функциональной способности.

**ИЗУЧЕНИЕ КРЕСТЦОВОЙ КРИВИЗНЫ В ОТНОШЕНИИ ПРОГНОЗА
ВОССТАНОВЛЕНИЯ УДЕРЖИВАЮЩЕЙ ФУНКЦИИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА
У ДЕТЕЙ**

**STUDY OF THE SACRAL CURVATURE IN RELATION TO THE PROGNOSIS OF
RESTORATION OF THE RETAINING FUNCTION OF THE ANAL SPHINCTER IN
CHILDREN**

Авторы: Лоскутникова И.А.

Authors: Loskutnikova IA

Научный руководитель: к.м.н. Степанова Н.М.; Черемнов В.С.

Research supervisor CMedSci Stepanova NM, Cheremnov VS

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Иркутск, Иркутская область*

Aim/Цель. Оценить возможность практического использования крестцовой кривизны (SC) в отношении прогноза восстановления удерживающей функции анального сфинктера у детей с аноректальными мальформациями после оперативного лечения.

Methods/Материалы и методы. Ретроспективный анализ 30 карт стационарных больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу АРМ в ОГАУЗ ГИМДКБ (Иркутск) за 2021-2023 г.г. сравнивая отдаленные результаты оперативного лечения на основе анкетирования родителей пациентов, используя Кливлендскую шкалу недержания кала.

Достоверность использования крестцовой кривизны оценивалась путем оценки корреляции и сопоставления с общепринятым крестцово-копчиковым индексом, отражающим прогноз восстановления удерживающей функции анального сфинктера у детей, перенесших оперативное вмешательство по поводу АРМ.

Results/Результаты. Возраст детей в среднем 4,1 года [7 месяцев; 17 лет]. У 40% (12) выявлено высокое значение крестцово-копчикового индекса ($>0,74$), при этом крестцовая кривизна в среднем составляет 0,28 [0,2; 0,42]. Среднее значение крестцово-копчикового индекса (0,4-0,74) наблюдается у 53% (16) детей, крестцовая кривизна равна 0,27 [0,22; 0,43]. У 7% (2) исследуемых отмечается низкий крестцово-копчиковый индекс ($<0,4$), крестцовая кривизна у них в среднем равна 0,27 [0,24; 0,3]. В анкетировании приняли участие 57% (17) исследуемых пациентов: по Кливлендской шкале недержания кала 47% (8) детей имеют 2,4 [0; 5] балла, 35% (5) пациентов получили 8,6 [6;13] баллов, у 18% (3) детей - 16,6 [14;18] баллов.

Conclusion/Выводы. Крестцовая кривизна не может являться единоличным, достоверным, эффективным показателем прогнозирования восстановления удерживающей функции анального сфинктера у детей с АРМ после оперативного вмешательства. Применение крестцовой кривизны считаем возможным в качестве дополнительной опции крестцово-копчикового индекса.

**РЕКТАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА
RECTAL BLEEDING IN THE PRACTICE OF A PEDIATRIC SURGEON**

Авторы: Людвиг М.Н.

Authors: Ludwig M.N.

Научный руководитель: д.м.н. Новожилов В.А., к.м.н. Степанова Н.М.

Research supervisor DMedSci Novozhilov V.A., CMedSci Stepanova N.M.

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Иркутск, Иркутская область*

Aim/Цель. Анализ случаев ректального кровотечения; на основании полученных данных разработать алгоритм лечебно-диагностической маршрутизации пациентов.

Methods/Методы и материалы. 83 пациента за 2019-2023, находившихся на лечении в ГИМДКБ (Иркутск).

Results/Результаты. Средний возраст обращения – 3,4 года. Жители промышленных городов – 54 (65,1%). Жалобы: примесь крови в кале – 82 (98,8%), образование в области ануса – 67 (80,7%), боль при дефекации – 24 (28,9%), запоры – 10 (12,05%). Ректальное исследование: объемное образование в перианальной области, на ножке, мягко-эластичной консистенции, безболезненное – 67 (80,7%). Лабораторные показатели: анемия – 14 (16,9%), увеличение общего белка – 3 (3,6%), умеренный лейкоцитоз – 3 (3,6%). Результаты ФКС: эрозивно-фибринозный проктит, гиперплазия слизистой дистального отдела подвздошной кишки – 6 (7,5%), эндоскопическая норма – 50 (60,2%), самоампутация полипа прямой кишки – 1 (1,2%). Гистологическое исследование: фиброэпителиальный полип – 56 (67,5%), при геморрое кожа с придатками и прилежащей тканью с отеком, большим количеством кровеносных полнокровных сосудов венозного и артериального типа с расширенными просветами, утолщенными стенками с резким полнокровием и тромбами в части сосудов – 8 (9,6%). После проведенного осмотра и исследований были получены следующие данные: полип анального канала – 56 (67,5%), гипертрофия анального сосочка – 2 (2,4%), геморрой – 9 (10,8%), ВЗК – 6 (7,5%), анальная трещина – 8 (9,6%), аденокарцинома – 1 (1,2%), рак прямой кишки – 1 (1,2%). Хирургическое лечение (80,7%): эндокопическая полипэктомия – 53 (79,1%), геморроидэктомия – 9 (13,4%), иссечение анального сосочка – 2 (3%), резекция поперечно-ободочной кишки – 1 (1,5%), некрэктомия – 1 (1,5%).

Conclusion/Вывод: доскональное изучение анамнеза, жалоб, рутинный осмотр позволяют на первичном приеме выявить очевидную причину ректального кровотечения, тем самым выстроить рациональный лечебно-диагностический план.

СИНДРОМА ЦИННЕРА ZINNER SYNDROME

Авторы: Людвиг М.Н.

Authors: Ludwig MN

Научный руководитель: к.м.н. Степанова Н.М., Барадиева П.Ж.

Research supervisor CMedSci Stepanova NM, Baradieva PJ

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Иркутск, Иркутская область*

Aim/Цель. Представить клинический случай ребенка с синдромом Циннера, редкой патологией, диагностика которой крайне затруднительна в раннем неонатальном периоде.

Methods/Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни пациента 12 суток жизни с синдромом Циннера.

Results/Результаты. Ребенок родился в акушерско-физиологическом отделении «Перинатальный центр» (Хабаровск). УЗИ скрининг - мультикистозная дисплазия левой почки. Викарная гипертрофия правой почки. Рекомендован перевод в ОХН ПЦ для дальнейшего лечения и обследования в плановом порядке. После проведения дообследования выполнено оперативное лечение - диагностическая уретроцистоскопия, минилумботомия слева, нефрэктомия. Дальнейшее обследование в ЦХРН (Иркутск) по поводу подозрения на ректоуретральную фистулу. На УЗИ: спленомегалия, мегауретер справа, дилатация дистального отдела левого мочеточника, состояние после нефрэктомии слева. Проведена диагностическая цистоскопия, в результате которой была определена кистозная трансформация левого семенного пузырька; выполнено удаление левого семенного пузырька, левого семявыносящего протока и культи левого мочеточника. Результат проведенного обследования - синдром Циннера: кистозная трансформация левого семенного пузырька, мультикистоз левой почки, обструктивный мегауретер справа. Ребенок выписан из стационара на мед.паузу, с повторной госпитализацией. В ноябре ребенок поступил в удовлетворительном состоянии, на повторное обследование. Была проведена цистоскопия, удаление инородных тел уретры. Осложнение основного заболевания: вторичный необструктивный пилонефрит. Ребенок выписан на амбулаторное лечение.

Conclusions/Вывод. Данный клинический случай демонстрирует важность ранней пренатальной диагностики развития врожденных патологий мочевыделительной системы плода.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ДЕТЕЙ

DIFFERENT ASPECTS OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX IN CHILDREN

Авторы: Май К. С., Федченков И.В., Белякова А.В.

Authors: May K. S., Fedchenkov I.V., Belyakova A.V.

Научный руководитель: заведующий кафедрой детской хирургии, д.м.н., профессор Перепелкин А. И.

Research supervisor Head of the Department of Pediatric Surgery, MD, Professor Perepelkin A. I.

Волгоградский государственный медицинский университет

Россия, Волгоград, Волгоградская область

Цель: Изучить некоторые аспекты в диагностике и лечении спонтанного пневмоторакса (СП) у детей.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 14 историй болезней детей с диагнозом при поступлении «Спонтанный пневмоторакс», проходивших лечение в ГУЗ ГКБСМП №7 г. Волгограда в период с марта 2020 г. по январь 2024 г.

Результаты и обсуждения: Было выявлено, что данная патология встречается у детей в возрасте от 14 до 17 лет, чаще у лиц мужского пола (79%). Основная жалоба при поступлении – боль в грудной клетке – 93% (по 1 случаю с иррадиацией в спину или шею), редко – в 7% боль за грудиной. Субъективно свое состояние пациенты и их родители связывали в 71% случаев с ОРВИ, а у 29 % больных СП появился на фоне полного здоровья. Как возможную причину появления СП 1 пациент указал курение. В 79% случаев спонтанный пневмоторакс наблюдался с правой стороны. При выполнении компьютерной томографии (КТ) у 50% детей была выявлена буллезная болезнь, у остальных изменений со стороны органов грудной полости не было. Для лечения применялись антибиотикотерапия, плевральная пункция и дренирование плевральной полости по Бюлау. Для достижения разряжения при первой пункции было эвакуировано в среднем 1200 ± 250 мл воздуха. При наличии буллезной болезни проводилась атипичная резекция легкого.

В 21% случаев в качестве осложнения у детей наблюдалось развитие подкожной эмфиземы, у 7% пациентов – полисегментарная гиповентиляционная пневмония. Рецидивы пневмоторакса выявлены у 57% пациентов. При рецидивах было эвакуировано в среднем 590 ± 150 мл воздуха. Средний период госпитализации составил 17 ± 2 дня.

Выводы: Таким образом, СП у детей может возникать без патологии со стороны органов грудной клетки или же быть демонстрацией невыявленной ранее буллезной болезни. В настоящее время КТ и магнитно-резонансная томография в 50% случаев не выявляют причину скопления воздуха в плевральной полости. Основными методами лечения СП у детей остаются пункция и дренирование плевральной полости.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

ENDOSCOPIC CORRECTION OF BLADDER-URETERAL REFLUX IN CHILDREN

Авторы: Макарова А.В.

Authors: Makarova A.V.

Научный руководитель: д.м.н. Саввина В.А.

Research supervisor DMedSci Savvina V.A.

*Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова
Россия, Якутск, Республика Саха (Якутия)*

Цель исследования: Изучить эффективность малоинвазивных методов коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс в детском возрасте имеет большое медико-социальное значение в связи с первостепенной ролью рефлюкса в развитии инфекции мочевых путей, хронической почечной недостаточности и рефлюкс-нефропатии.

Материалы и методы: В отделении детской урологии Педиатрического центра Республиканской больницы №1 – Национального центра медицины им. М.Е. Николаева с 2021 года по 2023 годы находилось на лечении 32 ребенка с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Большинство детей были возрастом до 5 лет - 47%, 6-10 лет – 40%, остальные 13% старшего возраста. 65% случаев – мальчики. У 18 детей (56%) выявлен рефлюкс II степени, по 7 пациентов были с рефлюксом III и IV степени (по 22%). Диагноз поставлен по результатам цистографии, анамнеза, лабораторных данных. Всем детям проведена эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Результаты: У 59% детей выявлен односторонний рефлюкс. В качестве гелеобразующей субстанции применялись: гели фирмы Vurdex у 81% пациентов (26 больных), Vantris – 12,5% (4 пациентов), Urodex – 6,5% (2 ребенка). В 57% случаев пузырно-мочеточниковый рефлюкс устранен однократным введением гелеобразующей субстанции (18 пациентов). Остальным больным потребовалось дополнительно 2-3 введения с интервалом в 1 год. Параллельно проводилась консервативная терапия нейрогенного мочевого пузыря и профилактика инфекции мочевыводящих путей.

Выводы: В большинстве случаев методом выбора хирургической тактики при рефлюксе II – III стадии является эндоскопическая коррекция. Вид гелеобразующей субстанции зависит не только от закупок медицинской организации, но и от присутствия конкретного поставщика на рынке медицинских изделий. Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей является малоинвазивным и эффективным методом хирургического лечения данной патологии.

ЗАВОРОТ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

TESTICULAR INVERSION IN CHILDREN

Авторы: Макаеева Е.С.

Authors: Makaseeva ES

Научный руководитель: к.м.н. Лебедев Д.А.

Research supervisor BMedSci Lebedev DA

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область*

Aim/Цель: выявить влияние угла заворота яичка (ЗЯ) в градусах на частоту некроза яичка.

Methods/Материалы и методы: анализ историй болезни и записей операционных журналов с 2009 по 2021 год. Учитывался возраст, сторона, градус ЗЯ и частота некроза в группе.

Results/Результаты: проведен анализ 120 историй болезни детей, оперированных по поводу ЗЯ. Средний возраст пациентов составил 12,7 лет. Чаще заворот диагностирован слева – 65% (n = 48), справа – 35% (n = 42). Количество некрозов во всех случаях ЗЯ составило 18,1% (n = 21). Медиана градуса ЗЯ составила 360°, минимальное и максимальное значение 90° и 1080° соответственно. Все случаи ЗЯ были разделены на группы по градусам с шагом в 90°, рассчитана частота некроза в каждой группе. В группе ЗЯ на 90° (n = 5) частота некроза внутри группы составила 0%, 180° (n = 31) - 7,14%, 270° (n = 2) - 0%, 360° (n = 42) - 23,8%, 450° (n = 2) - 50%, 540°(n = 14) - 7,14%, 720°(n = 22) - 31,81%, 810° - 990° (n = 0), 1080° (n = 2) - 0%. При этом, 50% случаев (Q1;Q3) с сохраненной жизнеспособностью яичка (I группа) находились в диапазоне значений 180° - 540°, для группы некроза яичка(II группа) в интервале (Q1;Q3) 360° - 720°(p = 0,044).

Conclusion/Выводы: доказано влияние угла заворота яичка на частоту некроза. Группа детей с ЗЯ с неизмененным яичком имела достоверно меньший угол заворота.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ПОЗВОНОЧНИКА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE HEMATOGENOUS OSTEOMYELITIS OF THE SPINE IN INFANTS.

Авторы: Малиновская Д.Г.

Authors: Malinovskaya D.G.

Научный руководитель: к.м.н. Индроква С.Б.

Research supervisor Ph.D. Indroкова S.B.

*Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М.Бербекова
Россия, Нальчик, Кабардино-Балкарская Республика*

Aim/Цель работы. Изучить наиболее эффективные методы обследования редких локализаций острого гематогенного остеомиелита позвоночника у детей, комплексных мероприятий, послеоперационному ведению.

Methods/Материал и методы. Изучены литературные источники по данной проблеме, курирован больной, находившийся на лечении в ДХО РДКМЦ с 27.11.23 по 25.12.23.

Results/Результаты: Остеомиелит позвоночника относится к очень редким (0.1-1%) и является наиболее тяжелой формой остеомиелита у детей. Данные литературных источников совпадают с нашими данными о редкости патологии. За последние 10 лет в РДКМЦ г Нальчика с диагнозом «остеомиелит шейных позвонков» получал лечение один ребенок. Новорожденный Х, родился с весом 2490г, поступил с жалобами на: лихорадку, отсутствие движений в верхних конечностях. Получал лечение у травматолога. Отмечались выраженные маркеры воспаления в крови. На МРТ позвоночника: Ограниченное жидкостное скопление в заглоточном пространстве на уровне С2-Th1. Проведена диф. диагностики с нейробластомой. 28.11.24г, на 17 сутки от начала заболевания, через сутки после поступления выполнена пункция и дренирование паравerteбрального абсцесса под УС-навигацией. Наложена иммобилизация воротником Шанца, продолжена АБ-терапия. Ребенок выписан, планируется контроль МРТ.

Conclusion/Выводы: 1.Топографоанатомические особенности позвонков не позволяют иметь четкую клиническую картину соответствующих форм, общеизвестных в классификации острого гематогенного остеомиелита. 2. Для дифференциальной диагностики важно в кратчайшее время проводить детям с подозрением на данную патологию МРТ позвоночного столба. 3. При оперативном лечении необходимо использование ультразвуковой навигации к гнойному очагу и миниинвазивное дренирование. 4. После стихания воспалительного процесса важно провести надежную фиксацию поврежденных отделов позвоночника и постоянное наблюдение хирурга и ортопеда для решения необходимости оперативной фиксации участков деструктивных повреждений позвонков.

Анализ факторов приводящих к развитию некротизирующего энтероколита у новорожденных

Analysis of factors leading to the development of necrotizing enterocolitis in newborns

Авторы: Мамедова А.Ф.

Authors: Mamedova A.F.

Научный руководитель: д.м.н. Аксельров М. А.

Research supervisor DMedSci Akselrov M.A.

Тюменский государственный медицинский университет

Россия, Тюмень, Тюменская область

Цель исследования. Определить предикторы формирования НЭК

Методы и материалы. Изучены 96 медицинских карт пациентов, получавших лечение прогрессирующего НЭК в отделении анестезиологии и реанимации для новорожденных и недоношенных детей, а также отделения патологии новорожденных Областной клинической больницы №2 г. Тюмень в 2019-2023 г. Оценивали течение беременности у матери, ее вредные привычки, срок гестации, вес оперированных пациентов, наличие признаков кислородного голодания. Характер вскармливания. Обработка данных проводилась с применением описательной статистики.

Результаты исследования. 11,5% матерей этих детей имели осложненный акушерский анамнез. Среди всех пациентов оперированных с осложненным НЭК 75% были недоношенными, причем 30% имели экстремально низкую массу тела. Гипоксия наблюдалась у 6,25% пациентов, также около 6% новорожденных были от табакокурящих матерей.

Вывод. Мы подтвердили ряд факторов которые могут быть предикторами развития НЭК. Это лишь некоторые из причин которые могут варьировать. Болезнь может развиваться в результате воздействия одного, но очень сильного агента или комбинации факторов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ПРОВЕДЕНИЯ СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

COMPARATIVE ASSESSMENT OF ANATOMICAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES OF SKELETAL INJURY TREATMENT IN CHILDREN WITH MULTIPLE AND COMBINED INJURIES, DEPENDING ON THE TIMING OF STABLE FUNCTIONAL OSTEOSYNTHESIS

Авторы: Мансурова С.У., Зуй В.М.

Authors: Mansurova S.U. , Zuy V.M.

Научный руководитель: д.м.н. Кешишян Р.А.

Research supervisor DMedSci Keshishyan R.A.

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель. Оценить анатомо-функциональные исходы лечения скелетной травмы у детей с множественными и сочетанными повреждениями.

Материалы и методы. Работа выполнена на клинических базах РУДН (Морозовская ДГКБ ДЗ Москвы, ЦКБ детей и подростков ФМБА России). Проведен анализ лечения 421 ребенка в возрасте от 6 мес. до 17 лет с множественной (32,3%) и сочетанной (67,7%) скелетной травмой, за период 2016 – 2023 гг. В 80,3% причинами травмы являлись ДТП и падения с высоты.

Результаты. Тактика лечения детей с множественными и сочетанными скелетными травмами определялась видом, локализацией всех повреждений, общей тяжестью состояния ребенка, что влияло на сроки и последовательность выполнения оперативных вмешательств. У 206 (48.9%) детей функционально-стабильный остеосинтез был сделан отсрочено (на 2-5 сутки с момента госпитализации), на первом этапе выполнялась только временная

стабильная иммобилизация перелома гипсом, вытяжением или аппаратами внешней фиксации. У 215 (51,1%) детей функционально-стабильный остеосинтез выполнялся сразу при поступлении.

В обеих группах методики, независимо от времени проведения оперативного вмешательства, не отличались и определялись локализацией, видом и характером перелома: закрытый интрамедуллярный остеосинтез – у 110 (26,1%), внеочаговый остеосинтез АВФ различных модификаций 246 (58,4%), погружной накостный остеосинтез пластинами – у 36 (8,6%). У 29 (6,9%) пациентов одномоментно выполнялись несколько видов функционально-стабильного остеосинтеза.

Выводы. Анализ отдаленных результатов лечения скелетной травмы в представленных группах детей показал отсутствие различий в функциональном исходе в зависимости от того выполнялся ли функционально-стабильный остеосинтез сразу при поступлении или в отсроченном периоде, после стабилизации общего состояния пострадавших. Функциональное состояние конечности в большей степени определялось выбором метода стабильного остеосинтеза, сроками и качеством реабилитационного лечения.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ
МЕТОДОМ ГИДРОЭХОКОЛОНОСКОПИИ
TREATMENT EFFECTIVENESS OF INTESTINAL INTUSSUSCEPTION BY THE
WAY OF HYDROECHOCOLONOSCOPY IN CHILDREN**

Авторы: Марабян Л. Г.

Authors: Marabyan LG

Научный руководитель: к.м.н. Казаков А. Н.

Research supervisor Ph.DMedSci Kazakov AN

Тверской государственный медицинский университет

Россия, Тверь, Тверская область

Цель. Оценка эффективности гидроэхоколоноскопии (ГЭС) как метода расправления инвагинации кишечника (ИК) у детей.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 169 детей с ИК, находившихся в отделении хирургии ДОКБ г. Твери с 2016-2023 гг. в возрасте от 1 месяца до 14 лет, из них мальчиков - 110(65%), девочек - 59(35%). Средняя длительность заболевания была 24 часа, минимальная - 1 час, максимальная - 10 суток. В 100% случаев диагноз ИК был подтвержден эхографически. Чаще встречалась илеоцекальная ИК(62,1%), транзиторная ИК обнаружена у 34,9% пациентов, в 3% – тонкокишечная инвагинация. При отсутствии перитонита и сопутствующей органической патологии проводилась неоперативная дезинвагинация методом ГЭС.

Результаты. У 59 детей (34,9%) происходила самостоятельная дезинвагинация после проведения консервативных мероприятий: очистительной клизмы и спазмолитиков. В 105(62,1%) случаях с илеоцекальной ИК была выполнена ГЭС, успешный результат которой отмечен в 92(87,6%) случаях. Прооперировано 15(13,6%) детей: в 4 случаях двукратная попытка ГЭС оказалась неэффективной, у 6 - инвагинат был расправлен частично. Лапаротомия проводилась 3 детям с перитонитом, подозрением на некроз и образование. Лапароскопическая дезинвагинация выполнена 2 пациентам. Интраоперационно мануальное расправление ИК осуществлено 1 ребенку.

Выводы. Эхография служит основным методом диагностики ИК. Транзиторные ИК имеют тенденцию к самостоятельной дезинвагинации. ГЭС относится к простому, безопасному и высокоэффективному неоперативному способу ликвидации илеоцекальной ИК.

ГЕМОДИНАМИКА ПРИ СКОЛИОЗАХ HAEMODYNAMICS IN SCOLIOSIS.

Авторы: Маранчак А.И., Сивакова Я.А., Вечеркин В.А., Клименко Д.В., Птицын В.А., Баранов Д.А.

Authors: Maranchak AI, Sivakova YA, Vecherkin VA, Klimenko DV, Ptitsyn VA, Baranov DA

Научный руководитель: Асс. кафедры детской хирургии Коряшкин П.В.

Research supervisor Ass. of the Department of Pediatric Surgery Koryashkin PV
*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко
Россия, Воронеж, Воронежская область*

В современном мире в условиях гиподинамии, урбанизации населения у детей и подростков многократно растет риск развития сколиозов. Сколиоз – это заболевание, характеризующееся искривлением позвоночника во фронтальной плоскости. При большом угле искривления позвоночника ухудшается качество жизни пациентов, нарушается функционирование органов и систем. В связи с этим необходимо детально изучать этиопатогенез заболевания, а также особенности функционирования физиологических систем организма. Важно осуществлять поиск новых методов диагностики и комплексного лечения сколиозов.

Цель: улучшить диагностику и результаты лечения сколиозов.

Материалы и методы: был проведен анализ комплексного лечения пациентов в отделении медицинской реабилитации БУЗ ВО ОДКБ №2. Пациенты были разделены на возрастные категории (от 1 года до 18 лет). Всем детям проводился комплекс лечебных мероприятий, который включал себя массаж мышц спины, физиотерапевтические процедуры, направленные на стимуляцию кровообращения мышц на вогнутой стороне дуг. Дополнительно проводились занятия лечебной физкультурой. Для оценки состояния центральной гемодинамики у детей с III и IV степенью сколиоза применяли аппарат кардиокод.

Результаты: общее соотношение встречаемости сколиоза у мальчиков относительно девочек составило 1:2,3. Чаще сколиоз наблюдается у детей во время пубертатного скачка роста и гормональной перестройки организма. В отделении медицинской реабилитации в лечении сколиоза использовался корсет жесткой фиксации. Прогрессирование угла сколиоза не было отмечено ни у одного пациента.

Выводы:

1. Комплексный подход в лечении детей с нарушением осанки, реализуемый в отделении медицинской реабилитации на базе БУЗ ВО "ОДКБ №2", является эффективным.
2. Лечебные мероприятия, проводимые в отделении, позволяют стабилизировать течение заболевания у пациентов, а также значительно улучшают динамику восстановления осанки у детей, страдающих сколиозом.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ
ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ
AN INTEGRATED APPROACH TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH
CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL.**

Авторы: Мартынюк Д.С., Алкурди А.М.

Authors: Martynyuk D.S., Alkurdi A.M.

Научный руководитель: Мазнова А.В., Барская М.А..

Research supervisor Maznova A.V., Barskaya M.A.

Самарский государственный медицинский университет

Россия, Самара, Самарская область

Материалы и методы: за период с 2021 по 2023 гг на лечении в ГБУЗ «СОКБ им.В.Д.Середавина» находилось 11 детей с врожденными пороками развития передней брюшной стенки: гастрошизис – 7 пациентов (63,6%), омфалоцеле – 4 пациента (36,4%). Ультразвуковая диагностика таких пороков развития возможна при проведении первого скрингового обследования в 11-14 недель беременности. Все беременные женщины были направлены на перинатальный консилиум, где тактика ведения согласовывалась акушерами-гинекологами с детским хирургом.

Всем детям оперативное лечение проводилось под эндотрахеальным наркозом, в 5 случаях с применением каудальной анестезии, что позволило сократить в послеоперационном периоде применение опиатов. В методах оперативного лечения предпочтение отдавалось первичной радикальной пластике передней брюшной стенки, у детей без висцеро-абдоминальной диспропорции. Старт энтерального питания в условиях отделения реанимации после купирования явлений пареза кишечника. В комплексной терапии применялись методы ранней противоспаечной терапии. При необходимости проводилась коррекция сопутствующих состояний.

Результаты: дети выписаны в удовлетворительном состоянии, на полном энтеральном питании по стабилизации клинко-лабораторных показателей и нормализации моторно-эвакуаторной функции кишечника, под наблюдение кабинета катамнеза. Средний койка день пребывания в стационаре детей с гастрошизисом составил 41 к/д (из них в отделении реанимации 21), детей с омфалоцеле составил 18 к/д (из них в отделении реанимации 10).

Выводы: 1) Комплексное ведение пациентов с гастрошизисом и омфалоцеле от антенатальной диагностики, позволяет более точно определить тактику ведения пациентов на всех этапах. 2) Наблюдение в кабинете катамнеза специалистами разных специальностей, позволяет улучшить качество жизни пациента.

**НАШ ОПЫТ ПЛАСТИКИ ПЕРФОРАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА С
ПОМОЩЬЮ СОБСТВЕННОГО ЛОСКУТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
OUR EXPERIENCE OF PLASTIC PERFORATION OF THE NASAL SEPTUM
USING OUR OWN FLAP OF THE MUCOUS MEMBRANE**

Авторы: Махмудов А. Р.

Authors: Makhmudov A. R.

Научный руководитель: Мейланова Ф. В.

Research supervisor Meilanova F. V.

Дагестанский государственный медицинский университет

Россия, Махачкала, Республика Дагестан

Актуальность. Перфорация перегородки носа - сообщение между двумя полостями носа в следствии дефекта в любой части слизистой оболочки, подслизистой основы, надхрящницы, хряща и кости. Распространенность патологии в популяции составляет 0,8-1,2%. Основной этиологический фактор – травмы и операции в области носа, которые составляют порядка 85% от всех причин заболевания.

Цель. Оценить результаты устраненной перфорации перегородки носа с помощью собственного лоскута слизистой оболочки.

Материалы и методы исследования. За период с 2021 по 2023 гг. в отделении оториноларингологии ДРКБ им. Кураева состояло на лечении 20 (9 мальчиков 11 девочек) детей с перфорацией перегородки носа. Возраст пациентов от 10 до 16 лет. Всем пациентам под контролем эндоскопа выполнялось закрытие перфорации перегородки, трансназальным доступом с использованием собственной слизистой без установки соединительнотканного трансплантата. С помощью визуальной аналоговой шкалы сравнивались показатели предоперационной и послеоперационной симптоматики: заложенность носа, носовое кровотечение, выделения из носа, образование корок, свист, храп и потеря обоняния, а также общий уровень дискомфорта.

Результаты. Ни у одного пациента осложнений не наблюдалось. Полное закрытие перфорации было достигнуто в 20 случаях (100%).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о эффективности применения собственного лоскута слизистой оболочки для закрытия перфораций носовой перегородки. Данная операция устраняет сложность открытого доступа, а также нежелательных факторов применения трансплантата соединительной ткани.

ПРОФИЛАКТИКА СТЕНОЗА АНАСТОМОЗА У ДЕТЕЙ СО СВИЩЕВОЙ ФОРМОЙ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА PREVENTION OF ANASTOMOSIS STENOSIS IN CHILDREN WITH FISTULOUS ESOPHAGEAL ATRESIA

Авторы: Маяцкая М. А.

Authors: Mayatskaya MA

Научный руководитель: к.м.н. Царева В. В.

Research supervisor CMedSci Tsareva VV

*Южно-уральский государственный медицинский университет
Россия, Челябинск, Челябинская область*

Цель. Изучить эффективность эндоскопического бужирования пищевода в рамках профилактики стеноза эзофаго-эзофаго анастомоза у детей со свищевой формой атрезии пищевода.

Материалы и методы. На базе ЧОДКБ с января 2016 по февраль 2024 г. оперированы 89 детей со свищевой формой атрезии пищевода. Все дети оперированы в 1-3 сутки, при этом лигирование свища и наложение эзофаго-эзофаго анастомоза выполнено 87 (97,8%) пациентам, а в 2 (2,2%) случаях в связи с тяжелым соматическим состоянием ребенка выполнено только лигирование свища и наложена гастростома. Наложение отсроченного анастомоза у 2 пациентов выполнено через 14 дней от рождения. Всем детям на 21 день после наложения анастомоза проводилась фиброэзофагогастроскопия (ФЭГС) для оценки диаметра анастомоза и, при необходимости, проведения бужирования. Диаметр, при котором бужирование не выполнялось 0,4 см и более. При меньшем диаметре выставлялись показания для бужирования по струне. В дальнейшем ФЭГС и бужирования пищевода производились через 1-3 дня, в зависимости от степени стеноза и скорости прогрессирования процесса рубцевания. В среднем пациентам проведено от 4 до 9 ФЭГС с бужированием по струне.

Результаты: Неудовлетворительным результатом мы считаем стойкий рубцовый стеноз эзофаго-эзофаго анастомоза, потребовавший дальнейшего лечения и сформировался он у 5 (5,6 %) пациентов: 1 ребенку (1,1%) была проведена пластика пищевода, а 4 (4,5%) наложена гастростома и последующим проведением бужирования за нить. Удовлетворительный результат - наличие жалоб на дисфагию 1 степени и стеноз с незначительным супрасетнотическим расширением по данным ФЭГС, не требующий бужирования. Таких пациентов было 11 (12,4%). У всех остальных 73 (82%) пациентов

отсутствуют жалобы на дисфагию и нет признаков стеноза анастомоза на контрольных ФЭГС.

Выводы. Проведение ФЭГС и бужирования пищевода эффективно профилактирует стеноз эзофаго-эзофагоанастомоза у детей со свищевой формой атрезии пищевода.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ХОЛЕДОХА CHOLEDOCHAL CYST SURGICAL TREATMENT EXPERIENCE

Авторы: Мирзаев М.У-Х., Момотова Е.И.

Authors: Mirzaev M.U-H., Momotova E. I.

Научный руководитель: Чепурной М. Г. - д.м.н., Новошинов Г. В.

Research supervisor Chepurnoy M. G., Novoshinov G. V.

Ростовский государственный медицинский университет

Россия, Ростов-на-Дону, Ростовская область

Цель: изучить особенности клиники при кистах холедоха у детей, проанализировать ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения, оценить их эффективность.

Материалы и методы: в хирургическом отделении ГБУ РО «Областная детская клиническая больница г. Ростова-на-Дону» в период с 2019-2023 год были прооперированы по поводу кисты холедоха 6 детей.

У 5ти основными клиническими проявлениями были: механическая желтуха и пальпируемое объемное образование в эпигастрии. У одной девочки киста выявлена на УЗИ случайно, при обращении по поводу редких болей в животе, биохимические показатели крови были нормальными.

Операцию начинают с отделения желчного пузыря от его дна, пузырь выделяют от его ложа в паренхиме печени, далее от пузырного протока до кистозно-трансформированного холедоха. Затем выполнялась экстирпация кистозно измененного холедоха с желчным пузырем единым блоком, с формированием отключенной петли по Ру с учетом возраста ребенка на расстоянии 40-49 см от связки Трейца.[2] Выполнялся позадиободочный билиодигестивный гепатикоеюноанастомоз конец в конец (конец в бок).

Результаты исследования: все 6 детей наблюдаются катамнестически. Ежегодно проходят УЗИ, МРТ и сдают биохимический анализ крови. На данный момент все дети здоровы - уровень билирубина в норме, гепатикоеюноанастомоз функционирует хорошо. Явлений холестаза и холангита не наблюдалось.

Выводы: ранее рекомендуемая операция цистоэнтероанастомоза при кистах холедоха в настоящее время неприемлема, так как остается порочная эмбриональная ткань, что увеличивает риск развития холангиокарциномы и плоскоклеточного рака желчных путей, холедохолитиаза и других осложнений.[3,4] На сегодняшний день экстирпация кистозно измененного холедоха единым блоком с желчным пузырём с формированием гепатикоеюноанастомоза на изолированной петле по Ру, является операцией выбора, так как позволяет наиболее радикально выполнить хирургическую коррекцию и обеспечивает хорошие отдаленные результаты лечения.[1]

**ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОИМПЛАНТОВ ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ПОЛНОЙ
РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЕБА
THE CLINICAL APPLICATION OF ENDOSSEOUS IMPLANTS FOR
MANAGEMENT OF UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE**

Авторы: Миронова П. И.

Authors: Mironova PI

Научный руководитель: Айрапетян М.И., Извеков А. М.

Research supervisor Ayrapetian M. I., Izvekov A. M.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.

Сеченова

Россия, Москва, Москва и Московская область

Aim/Цель: Провести оценку хирургического лечения односторонних полных расщелин губы и неба.

Methods/Материалы и методы: Проанализированы истории болезни 59 детей в возрасте от 7 месяцев до 3 лет, оперированных в 2022 - 2023 гг. по поводу врожденной расщелины верхней губы и неба (РГН). Согласно клинко-анатомической классификации врожденной РГН по Ад. Мамедову (Москва, 1998 г.) лишь 17 детей имели одностороннюю полную РГН. Всем детям перед операцией проводились измерения моделей челюстей с помощью 3D сканирования и данных компьютерных томограмм для визуализации размеров дефекта, положения дефектов верхней челюсти и их смещения. Если диастаз между фрагментами верхней челюсти был более 10 мм, таким детям требовалась ортодонтическая подготовка.

Results/Результаты: Больные были оперированы по поводу односторонней полной РГН (29%), в остальных случаях наблюдалась частичная расщелина (70%) и двусторонняя расщелина (1%). В 45% случаев диастаз между фрагментами верхней челюсти был более 10 мм, вследствие чего детям требовалась предварительная подготовка в виду обширности дефекта. Ортоимпланты фиксировались на фрагментах верхней челюсти, создавалась тяга между двумя головками. После distraction в 100% случаях на 10-14 сутки дефект уменьшается вдвое. После сближения фрагментов верхней челюсти проводилась операция первичной хейлоринопластики, состоящая из реконструкции анатомической формы верхней губы, неба, носа для нормализации функций дыхания, питания и речи. Серьезных интра- и послеоперационных осложнений, летальных исходов не было на всех этапах лечения.

Conclusion/Выводы: Метод применения ортоимплантов по показаниям в дооперационном периоде позволяет в значительной степени уменьшить расстояние между дугами верхней челюсти. Такая тактика делает возможным провести операцию хейлоринопластики в благоприятные сроки, что приводит к раннему восстановлению жизненно важных функций и более лучшим эстетическим результатам в будущем.

**СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ
COMBINED TRAUMA IN CHILDREN**

Авторы: Мирошкина В.А., Квитко А.В., Май К.С.

Authors: Miroshkina V.A., Kvitko A.V., May K.S.

Научный руководитель: Заведующий кафедрой детской хирургии, д.м.н., профессор
А.И. Перепелкин

**Research supervisor Scientific supervisor: Head of the Department of Pediatric
Surgery, Doctor of Medical Sciences, Professor A.I. Perepelkin**

Волгоградский государственный медицинский университет

Россия, Волгоград, Волгоградская область

Цель. Провести ретроспективный анализ сочетанных травм у детей за 2015-2023 гг., поступивших в клинику детской хирургии многопрофильной больницы скорой медицинской помощи.

Материалы и методы. Для проведения данного анализа использованы официальные материалы городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 7 г. Волгограда, при этом были проанализированы истории болезни за 2015-2023 гг.

Результаты исследования и обсуждение. Всего проанализировано 23 случая сочетанной травмы у детей, из них мальчиков было 14 человек (61%), а девочек – 9 (39%). В структуре причин сочетанной травмы у детей ведущей явилось дорожно-транспортное происшествие - 12 детей (52%), 5 детей (21,7%) пострадало в результате падения с высоты, в том числе у 3 (13%) травма была вызвана суицидальной попыткой, 2 (8%) ребенка подверглись бытовому насилию и 1 ребенок (4,3%) получил различные травмы в быту в результате падения шкафа.

Повреждения головы и головного мозга наблюдались у 20 (88%) детей, травмы конечностей в 18 (78%) случаях, травмы живота у 9 (36%), травмы груди у 7 (28%) и повреждения позвоночника у 7 (28%) детей.

Основным методом лечения сочетанных травм являлось оперативное вмешательство: торакотомия, лапаротомия, декомпрессивная трепанация черепа, операции на сосудах, остеосинтез при переломах, первичная хирургическая обработка ран мягких тканей. Для лечения переломов осуществляли остеосинтез, а при невозможности его проведения накладывали гипсовую повязку и в отсроченном периоде осуществляли внеочаговый остеосинтез компрессионно-дистракционным аппаратом.

Выводы. Наиболее частыми причинами сочетанных травм у детей являлись дорожно-транспортные происшествия, а также падения с высоты. В большинстве случаев повреждения костей конечностей сопровождались черепно-мозговой травмой. Сочетанная травма у детей требует комплексного лечения, направленного в том числе, на восстановление анатомической целостности тканей, органов и различных сегментов опорно-двигательного аппарата.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ДЕТСКОГО ХИРУРГА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ MODERN TACTICS OF A PEDIATRIC SURGEON FOR ISOLATED AND COMBINED SPLENIC INJURY IN CHILDREN

Авторы: Митина В.А.

Authors: Mitina V. A.

Научный руководитель: ассистент Рубцов В.В.

Research supervisor assistant Rubtsov V.V.

Уральский государственный медицинский университет

Россия, Екатеринбург, Свердловская область

Aim/Цель: Определить особенности лечебно-диагностической тактики при изолированных и сочетанных повреждениях селезенки.

Methods/Методы и материалы: Проанализированы 73 случая повреждения селезенки у детей, поступивших в отделение неотложной хирургии ДКГБ№9 в период 2019-2023гг. Среди поступивших детей: мальчиков 52(71,2%), девочек 21(28,7%), возрастом от 1 до 3 лет – 3(4,1%), 4-7 лет – 20(27,4%), 8-12лет – 29(39,7%), 13-17 лет – 21(28,8%).

Results/Результаты: Проведен ретроспективный анализ травмы селезенки у 73 детей. У гемодинамически стабильных пациентов при поступлении проводилось УЗ-сканирование по FAST-протоколу и КТ с контрастированием. Оперативное лечение проведено 35(47,9%) детям, у 3 детей выполнялась конверсия доступа. Лапароскопия проведена в 24(68,6%) случаях, срединная лапаротомия – в 11(31,4%). С изолированным повреждением было 40(54,8%) детей. Из них консервативное лечение выбрано в 20(50,0%) случаях, лапароскопия - в 16(40,0%). лапаротомия в 4(10,0%). Сочетанные повреждения выявлены у 33(45,2%) пострадавших. При этом консервативное лечение проведено у 18(54,5%) детей, оперативное – у 15(45,5%). Лапароскопия в 8(53,3%) случаях, лапаротомия в 7(46,7%) случаях. Из них 5 детям лапаротомия была выполнена в ЦРБ Свердловской области. Среди всех

оперированных детей в одном случае лапаротомия выполнена в послеоперационном периоде по поводу возобновившегося кровотечения.

Conclusion/Выводы: Травма селезенки чаще встречается у мальчиков 8–12 лет. В тактике ведения пациентов консервативное лечение возможно в половине наблюдений в РАО. При оперативном лечении методом выбора является лапароскопия с целью оценки продолженного кровотечения при нестабильной гемодинамике. При сочетанной травме селезенки по сравнению с изолированной больше выполняется лапаротомия и спленэктомия, что обусловлено тяжелым состоянием пациента, объема повреждения. Осложнением при травме селезенки является возобновившееся кровотечение, но встречается редко и не зависит от характера травмы.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИКРОВАТНОЙ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА POSSIBILITIES OF BEDSIDE SURGERY IN A PERINATAL CENTER

Авторы: Михеева А. В.

Authors: Miheeva A.V.

Научный руководитель: д.м.н. Новожилов В.А, к.м.н. Степанова Н.М.

Research supervisor Novozhilov V.A., Stepanova N.M.

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Иркутск, Иркутская область*

Aim/Цель: Демонстрация метода прикроватной хирургии в условиях перинатального центра.

Methods/Материалы и методы: Ретроспективный анализ 571 историй болезни недоношенных и новорожденных детей, из них – 358, получивших хирургическое лечение методом прикроватной хирургии на базе ГБУЗ ИОКБ ОПЦ и ОГБУЗ «ИГПЦ им. Малиновского М. С.» с 2018 по 2023 гг.

Results/ Результаты: Мальчиков-198, девочек-160, из них с ЭНМТ–72%, срок гестации – $28 \pm 3,6$ нед., средний вес при рождении – $890,2 \pm 394$ г; характер нозологических заболеваний: ведущая патология ОАП–23,6%, далее НЭК–20,6%, ВЧГС–18,8%, перфорация ЖКТ–17,5%, меконияльный илеус–10,3%, гастрошизис–5,8%, омфалоцеле–1,3%, мезентериальный тромбоз–1,6%, др. болезни перикарда - 0,25%, менингомиелоцеле – 0,25%. Из них: экстренных–15,05%, плановых–81,1%, симультанных–3,85%. Основная сопутствующая патология: перитонит–51,2%, некроз–36,4%, ДН–3,4%, РДС–1,2%, СПОН–6%, ОПП–1,8%.

Характер хирургического вмешательства: лапаротомия–70,5%, клипирование ОАП–23,5%, пластика БС–3,8%, лапароцентез–1,7%, перикардиоцентез–0,25%, герниомиелопластика–0,25%. Переведены на долечивание–93,6%, осложнения – 9,2%, летальность – 6,4% (n=23).

Conclusion/Выводы: Метод прикроватной хирургии в условиях перинатального центра выполним и безопасен. Максимальная польза наблюдается у новорожденных с ЭНМТ и у тяжелобольных новорожденных, у которых есть риски, связанные с транспортировкой.

**РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК У
ДЕТЕЙ**
ROBOT-ASSISTED TREATMENT OF SIMPLE KIDNEY CYSTS IN CHILDREN

Авторы: Муравьев Сергей Александрович

Authors: Muravev Sergey Aleksandrovich

Научный руководитель: Козлов Юрий Андреевич

Research supervisor Kozlov Yury Andreevich

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии и
детской хирургии ДПО*

Россия, Иркутск, Иркутская область

Aim/Цель: Продемонстрировать первый опыт применения робот-ассистированной фенестрации (декортикации) кисты почки и аргон-плазменной коагуляции ее внутренней выстилки.

Methods/Материалы и методы: В исследовании представлены ретроспективные данные, касающиеся всех пациентов с простыми кистами почек, прооперированных с использованием робот-ассистированной технологии в Иркутской государственной областной детской клинической больнице. Диагноз был установлен с помощью ультразвукового исследования почек, а также данных мультиспиральной компьютерной томографии с внутривенным введением контрастного вещества. Хирургическая процедура была выполнена с использованием новой модели роботической системы Versius производства компании CMR (Cambridge Medical Robotics, Великобритания).

Results/Результаты: Средний возраст пациентов на момент операции составил $11 \pm 4,7$ лет [6,7; 15,5]. Средний вес больных на момент операции составил $40,5 \pm 18,4$ кг [21,0; 56,7]. Наименьшая масса тела ребенка, которому была выполнена робот-ассистированная операция, составляла 21 кг. Размер кист составил $38,5 \pm 16,9$ см [21,0; 51,0]. Кистозные образования у всех пациентов располагались слева. Длительность операции составила $77,5 \pm 22,0$ мин [51,25; 95,0]. В ходе хирургического вмешательства осложнений не наблюдалось. Гистологическое исследование показало, что внутренняя выстилка стенки кисты содержала эпителий переходного типа без признаков злокачественности. Длительность нахождения больных в палате интенсивной терапии составила $22,5 \pm 11,1$ час [20,0; 30,0]. Длительность госпитализации – $3,5 \pm 0,9$ сут [3,0; 5,0]. По данным ультразвукового исследования, проведенного через 1, 3 и 6 месяцев после операции, признаков рецидива заболевания в виде резидуального скопления жидкости, связанного с паренхимой почки, не наблюдалось.

Conclusion/Выводы: Представленный в научном исследовании опыт является обнадеживающим и подтверждает целесообразность и безопасность робот-ассистированных процедур в детской урологии.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ
ИНФИЛЬТРАТОМ**
RESULTS OF TREATMENT OF CHILDREN WITH APPENDICULAR MASS

Авторы: Мусаев Х.Х., Хаджимурадов М-Э. Р.

Authors: Musaev HH, Khadzhimuradov ME R.

Научный руководитель: к.м.н. Городков С.Ю.

Research supervisor CMedSci Gorodkov SY

*Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
Россия, Саратов, Саратовская область*

Aim/Цель: оценить результаты лечения детей с аппендикулярным инфильтратом (АИ).

Methods/Материалы и методы: ретроспективно проанализированы результаты лечения 13 больных с АИ с августа 2016 по декабрь 2023 гг. Плотный аппендикулярный инфильтрат (ПАИ) – у 10 (7 мальчиков), осложнение кишечной непроходимостью (1);

Рыхлый аппендикулярный инфильтрат (РАИ) – у 3 (2 мальчика); При ПАИ проводили консервативное лечение. При РАИ выполняли лапароскопическую аппендэктомию (ЛА); конверсий не было.

Results/Результаты: медиана возраста – 12 лет (min-9; max-16). Стартовая антибактериальная терапия больным ПАИ проводилась цефалоспоридами и метронидазолом (8), у 7 проведена смена цефалоспоринов на аминогликозиды или карбопенемы. Продолжительность антибактериальной терапии от 9 до 13 дней. В результате консервативного лечения ПАИ регрессировал у всех (подтверждено УЗИ, клиническими анализами, ректальным исследованием). Этим пациентам была выполнена ЛА спустя 6 месяцев после консервативного лечения. При РАИ проведена ЛА, осложнений в послеоперационном периоде не было. Осложнений лечения не наблюдалось.

Conclusion/Выводы: 1. В структуре АИ 70% случаев занимает ПАИ. 2. Консервативная терапия ПАИ была эффективна в 100% случаев. 3. При РАИ оправдана и эффективна ЛА.

ПРИЧИНЫ «ОСТРОГО ЖИВОТА» В ГИНЕКОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА **CAUSES OF "ACUTE ABDOMEN" IN GYNECOLOGY CHILDREN'S AGE**

Авторы: Муссова И.А., Шлепотина Е.А.

Authors: Mussova I.A., Shlepotina E.A.

Научный руководитель: к.м.н. Манжос П. И., д.м.н. Кешишян Р.А.

Research supervisor Cand.Med.Sc. Manjos P.I., Doct.Med.Sc Keshisyan R.A.

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель исследования. Провести анализ гинекологических причин развития симптомокомплекса острого живота у девочек 6-17 лет.

Материалы и методы. В исследовании проводился ретроспективный анализ историй болезней за период 2021-2023 г.г. 164 пациенток в возрасте 6-17 лет, наблюдавшихся в отделении гинекологии Морозовской ДГКБ с различными патологическими состояниями, сопровождающимися симптомом острого живота. Все пациентки были разделены на 3 группы: 1 группа - пациентки с диагнозом разрыв кисты желтого тела. (67 человек); 2 группа - с диагнозом перекрут ножки кисты яичника (84 человека); 3 группа - с диагнозом tuboовариальное образование (13 человек). Во всех группах требовалось экстренное хирургическое вмешательство.

Результаты. У пациенток с разрывом кисты желтого тела яичника формировалась интраабдоминальная гематома и отмечалось скопление крови в брюшной полости и полости малого таза, что индуцировало развитие асептического воспалительного ответа. Фоном возникновения данного состояния является повышенная васкуляризация или наличие кисты желтого тела яичника, чаще всего отмечающиеся в середине или во второй фазе менструального цикла, и связано с повышением внутрибрюшного давления при интенсивных физических нагрузках, частых констипациях и активном коитусе. У второй группы пациенток полный перекрут ножки кисты яичника или придатка матки определялся наличием опухолевидного образования яичника, синдромом дисплазии соединительной ткани и физиологическим расположением яичников высоко в брюшной полости. В 3 группе tuboовариальное образование развивалось как гнойно-воспалительный процесс. Высокая частота инфекций, передаваемых половым путем, у подростков определяется низким уровнем просвещения в сфере полового воспитания.

Выводы. Проведённый анализ показывает высокую частоту и разнородность гинекологических причин, которые могут привести к симптомокомплексу острого живота у девочек, что требует особого внимания гинекологов и хирургов при первичной постановке диагноза.

**РОЛЬ ЭПИФИЗИОДЕЗА В ЛЕЧЕНИИ РАЗНОВЕЛИКОСТИ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ**
**THE ROLE OF EPIPHYSIODESIS IN THE TREATMENT OF DIFFERENCES IN
THE SIZE OF THE LOWER EXTREMITIES**

Авторы: Мусхаджиева Ф.А., Саидова П.С., Саралиева Э.Ш., Жамалуллайлала А.С-А.

Authors: Muskhadzhiyeva F.A., Saidova P.S., Saraliev E.S., Zhamalullayla A.S-A.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ферзаули А.Н.

Research supervisor DMedSci., professor Ferzauli A.N.

Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова

Россия, Грозный, Чеченская Республика

Цель: анализ эффективности эпифизиодеза в лечении разноразмерности нижних конечностей.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезней детей с разноразмерностью нижних конечностей, которым проводился эпифизиодез в отделении травматологии и ортопедии ГБУ «РДКБ им. Е.П. Глинки» г. Грозного в период с 2018 по 2023 год. Возраст пациентов от 4 до 14 лет (средний возраст 8,5 лет) с разноразмерностью нижних конечностей от 2 до 5 см. Для оценки возможности применения методики управляемого роста с учетом пола и возраста детей использовались таблицы Green-Anderson.

Результаты: причинами развития разноразмерности у группы пациентов были гемигипертрофия, последствия травм, диспластические заболевания, гемипарез, идиопатическая разноразмерность. В 45% случаев произведен эпифизиодез бедренной кости, в 30% - большеберцовой, в 25% - бедренной и большеберцовой. Техника операции: экстрапериостальная установка пластины на уровне определенного сегмента зоны роста на вершине или в плоскости деформации, с условием сохранения открытых зон роста, под контролем ЭОП. Выводы: эпифизиодез отличается высокой эффективностью, безопасностью и простотой методики. Манипуляция с зоной роста является малоинвазивной, малотравматичной, не требует применения внешней иммобилизации, не ограничивают активность и сохраняют качество жизни ребенка. С момента внедрения методики управляемого роста в работу отделения, отмечается тенденция к снижению числа корригирующих остеотомий.

В настоящее время показания к применению методики расширяются и проводятся исследования о возможности применения данной методики у детей с деформациями других сегментов конечностей.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОРХИПЕКСИИ ПО МЕТОДУ
ФАУЛЕРА- СТИВЕНСОНА**
**THE EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC ORCHIPEXY USING THE
FOWLER-STEVENSON METHOD**

Авторы: Мухамадиярова А.Р., Гайнуллин И.И., Фахурдинова Я.Р., Алимова Ю.Р.

Authors: Muhamadiyarova A.R., Gainullin I.I., Fakhurdinova Y.R., Alimova Y.R.

Научный руководитель: Закиров А.К.

Research supervisor Zakirov A.K.

Казанский государственный медицинский университет

Россия, Казань, Республика Татарстан

Цель: Оценка эффективности двухэтапной лапароскопической орхипексии при брюшном крипторхизме по методике Фаулера- Стивенса.

Материалы и методы: Всего в период с февраля 2017 года по декабрь 2022 года на базе ДРКБ МЗ РТ было зарегистрировано 235 случаев с брюшной ретенцией. Для исследования было отобрано 10 детей, оперированных по поводу абдоминальной формы крипторхизма с применением метода Фаулера-Стивенса в период с 2019 по 2022 год. Операция проводилась в два этапа: на первом этапе было выполнено пересечение сосудов яичка, на втором- лапароскопически были произведены диссекция яичка и семявыводящего

протока от брюшины, яичко опускали в мошонку через медиальную ямку по короткому пути. В качестве анализируемых показателей выступили: размеры яичка, расположение его в мошонке и кровоток. Документация данных мальчиков были рассмотрены ретроспективно.

Результаты исследования:

Средний возраст прооперированных пациентов составил 3,8 лет. Наблюдение проводилось в среднем на протяжении 7,2 месяцев.

Для оценки анализируемых показателей было проведено контрольное УЗИ через 6 месяцев после орхипексии. В 9 случаях кровоснабжение яичка оценивалось как удовлетворительное, в одном- недостаточное. У 9 мальчиков отмечалась умеренная гипоплазия, у одного наблюдалось уменьшение размера яичка в два раза, но следует взять во внимание первоначальную дисплазию.

Во всех случаях прооперированное яичко пальпировалось в мошонке.

Выводы:

1. Абдоминальная форма крипторхизма является наиболее неблагоприятной, вследствие низкой подвижности и коротких сосудов.

2. Двухэтапное лапароскопическое оперативное вмешательство по методу Фаулера- Стивенса упрощает мобилизацию яичка и, несмотря на пересечение сосудов, способствует сохранению достаточного кровоснабжения за счет развития заместительного кровотока от сосудов семявыводящего протока.

3. Приведенная методика показала хорошие результаты в аспекте развития поздних послеоперационных осложнений, атрофии и рецидива не наблюдалось.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ IMPROVING THE RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF HEMANGIOMAS IN CHILDREN

Авторы: Мухаммадиев И.С., Шамсиев Р.Ж., Шамсиев Ш.Ж.

Authors: Muxammadiyev IS, Shamsiev RJ, Shamsiev SJ

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шамсиев Ж.А.

Research supervisor DMedSci, Professor Shamsiyev JA

*Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан*

Цель работы: определить оптимальный и безопасный метод лечения гемангиом у детей.

Материал и методы. Проведен анализ лечения больных с гемангиомами в специализированной детской хирургической клинике Самаркандского Государственного медицинского университета за период с 2014 по 2022 гг. В основу клинического исследования положены результаты наблюдений 547 пациентов с разными формами гемангиом. В основном дети были в возрасте до 1 года - 57,8%.

Результаты: 221 (40%) больным с размерами гемангиом более 1см2 расположенных в области лица, которым оперативное вмешательство могло привести к грубым косметическим дефектам, проведено консервативное лечение в виде перорального приема пропранолола с учетом индивидуальных особенностей пациентов в течении 1 года. Среднее время наблюдения составило 17 (10-24) мес. У большинства пациентов после 9 месяцев наблюдалось значительное снижение интенсивности окраски гемангиомы. 43 больным в связи с улучшением через 1 год, лечение после приема пропранолола завершено, но 7 пациентам потребовалось повышение дозы, а троим проведено оперативное вмешательство в связи с прогрессивным ростом опухоли. 5 пациентам, прошедших курс лечения, через 3 месяца после прекращения терапии был зафиксирован небольшой повторный рост и потемнение гиперплазии. Это были дети старше 1 года. У 17 больных из 221, которые обратились в возрасте старше 2-х лет, в течении 1 года изменение со стороны гемангиомы не

отмечалось и им намечено оперативное удаление с последующим повторным курсом пропранололом. 153 больным продолжается лечение пропранололом на разных стадиях регрессии.

Вывод. Результаты применения пропранолола при лечении гемангиомы на протяжении 3 лет показали, что препарат эффективен, достаточно безопасен, легко доступен.

СЛУЧАЙ ВОРОЖДЁННОГО ИЗОЛИРОВАННОГО ТРАХЕО-ПИЩЕВОДНОГО СВИЩА У РЕБЁНКА A CASE OF CONGENITAL ISOLATED TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA IN A CHILD

Авторы: Найманова А.Н., Байышбекова А.А., Таалайбекова С.Т.

Authors: Naimanova AN, Bayyshbekova AA, Taalaibekova ST

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мыкыев К.М.

Research supervisor DMedSci Mykyev KM

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина

Киргизия, Бишкек, Киргизия

Цель: изучить особенности клиники, диагностики врожденного изолированного трахеопищеводного свища у ребенка.

Материал и методы. Б-й К.И., 1 год 6 мес., поступил в ГДКБ СМП 26.08.21г., с жалобами на кашель, хриплость, повышения температуры. Из анамнеза с рождения во время кормления отмечается приступообразный кашель, хриплость, одышка. По месту жительства получил лечение как «Двусторонняя аспирационная пневмония», и находился на учете как часто болеющий. Общее состояние тяжелое за счёт пневмонии, ЧД-42, SpO₂–85%. На рентгенограмме грудной клетки от 26.08.21г картина 2-х сторонней пневмонии. Рентгеноконтрастном исследовании пищевода 6.08.21 контраст свободно проходит в желудок. При бронхоскопии 9.09.21г., обнаружено свищевое отверстие в трахее на расстоянии до 1 см бифуркации 0,4х0,5 см, слизистые гиперемированы, при вдохе уменьшается. Проведено развернутый анализ крови, биохимические исследования. УЗИ внутренних органов.

Результат. Проведена предоперационная подготовка: антибиотики, физиолечение, периодически О2. 16.09.21г произведена операция, при ревизии трахеи и пищевода имеется свищевой ход отходящий от пищевода в трахею косо около 0,7х1,0 см. Проведена выделение свища, ушивание 2-х рядным швом с двух сторон, после проведения назогастрального зонда. В ОРИТ получал антибиотики, инфузионную, обезболивающие и симптоматическое лечение. Дренажная трубка из плевральной полости удалена на 9-е сутки. На контрольной рентгенограмме грудной клетки на 5 и 11 дни послеоперации без патологии. Швы сняты на 10 сутки. За 12 дней прибавил в весе на 1.500 гр. Выписан с выздоровлением. Находится на диспансерном наблюдении.

Выводы:

1. Больные с изолированным ВТПС длительное время лечатся как «часто болеющие дети».

2. Тщательно собранный анамнез у детей с кашлем и бронхоскопическое исследование помогает в своевременной диагностике ВТПС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГАСТРОШИЗИСОМ RESULTS OF TREATMENT OF NEWBORNS WITH GASTROSCHISIS

Авторы: Николаева А. А., Халилюлина А.Р.

Authors: Nikolaeva AA, Khalilyulina AR

Научный руководитель: к.м.н. Подкаменев А.В.

Research supervisor CMedSci Podkamenev AV

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область

Aim/Цель: Определить зависимость срока начала энтерального кормления и всего срока госпитализации детей с гастрошизисом от гестационного возраста ребенка.

Methods/Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 18-ти историй болезни детей, рожденных с диагнозом «гастрошизис» за период с 2014 по 2023 год в Перинатальном центре клиники СПбГПМУ. В зависимости от срока родоразрешения, дети разделены на три группы: 1-я до 37 недель гестации, 2-я-37 неделя, 3-я-38 и более недель гестации. Выполнен анализ срока начала энтерального кормления, срока нахождения в отделении реанимации и всего срока госпитализации. Использовалась проверка нормальности Шапиро-Уилка, однофакториальный дисперсионный анализ.

Results/Результаты: Проведенный анализ показал, статистически значимое отличие в сроках нахождения в отделении реанимации детей разных групп (1-я группа- 19.33 сутки vs 2-я группа- 10.33 сутки, $p=0,03$) и объема кормления при переводе из отделения реанимации (1-я группа- 20.22 мл vs 2-я группа- 5 мл, $p=0,045$) между первой и второй группами.

Кроме того, проведенный анализ показал, что у детей, рожденных на 37 неделе гестации наблюдалось ранее начало энтерального кормления, более короткие сроки выхода на объем энтерального кормления, составляющего 50% от полного объема, более короткие сроки госпитализации в стационаре по сравнению с остальными группами, несмотря на то, что статистические значимых отличий не получено. Анализ оперативного лечения показал, что новорожденным 2-й группы чаще выполнялась первичная репозиция внутренних органов (в 1-ой группе-1 ребенку из 9, во 2-ой- 5 детям из 6, в 3-ей- 2 детям из 3).

Conclusion/Выводы: Новорожденные дети с гастрошизисом, рожденные в срок 37 недель, имеют более благоприятное течение выражающееся в сроках начала энтерального кормления, сроках нахождения в отделении реанимации и общих сроках госпитализации. Можно говорить, что родоразрешение в срок 37 недель гестации имеет преимущество, по сравнению с другими сроками родоразрешения.

ЛЕЧЕНИЕ НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ И ПОРОКОМ СЕРДЦА TREATMENT OF A PREMATURE NEWBORN WITH CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA AND HEART DEFECT

Авторы: Николич А.Ю.

Authors: Nikolich AY

Научный руководитель: к.м.н., доцент Зильберт Е.В.

Research supervisor CandMedSci Zilbert EV

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Пациентка А. от 4 беременности, 2 преждевременных родов на сроке 34 недели. При рождении вес 1700 г, длина - 36 см, 5/6 баллов по шкале Апгар. В связи с антенатально выявленными врожденными пороками развития, начата искусственная вентиляция легких в родильном зале. По данным ЭХО-КГ и УЗ диагностики в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова подтвержден диагноз тетрады Фалло и врожденной диафрагмальной грыжей слева с наличием желудка и петель кишечника левой плевральной полости. На 5 сутки жизни проведено оперативное вмешательство в условиях ОРИТ – лапаротомия, пластика левого

купола диафрагмы с использованием импланта. Ближайший послеоперационный период осложнился развитием напряженного пневмогидроторакса слева. На 10 п/о сутки, у ребенка развился левосторонний хилоторакс. Ребенок переведен на парентеральное питание, назначена антисекреторная терапия октреотидом. Через 4 дня возобновлено кормление специализированной смесью в трофическом объеме. На фоне терапии хилоторакс разрешился через 10 дней. Смягчить параметры ИВЛ и перевести девочку на традиционную респираторную поддержку удалось только на 15 п/о сутки. В возрасте 1 месяца 16 дней девочка экстубирована, переведена на высокопоточную оксигенацию, через неделю - на низкий поток кислорода. За время наблюдения ребенок неоднократно консультирован кардиохирургом. Так как отсутствовала значимая недостаточность кровообращения, в периоде новорожденности показаний к коррекции ВПС не было. Принято решение выполнить радикальную коррекцию ВПС по достижению массы тела 5-6 кг. В возрасте 3-х месяцев ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии, наблюдается амбулаторно.

Высокий процент смертности у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей в сочетании с врожденными пороками сердца остается актуальной проблемой, для повышения шансов выживаемости младенцев с такой патологией необходимо обеспечить их лечение в специализированных медицинских учреждениях с командой разнопрофильных специалистов, с применением комплексного подхода.

РОЛЬ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ THE ROLE OF CONTEMPORARY MANAGEMENT OF PEDIATRIC SEPSIS

Авторы: Овсянкина Е.Д., Сарычева А.Е.

Authors: Ovsyankina E.D., Sarycheva A.E.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лыкасов А. Г.

Research supervisor Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Lykasov AG

Тюменский государственный медицинский университет

Россия, Тюмень, Тюменская область

Цель. Наблюдения за динамикой состояния пациента с менингококкцией. Оценка эффективности современного лечения.

Материалы и методы. История болезни пациента, динамическое наблюдение за пациентом.

Результаты. Пациентка В., 8 лет. Начало заболевания острое с повышения температуры тела до 40,1 С, головной боли, рвоты, озноба. Через несколько часов ребенок жаловался на боль в мышцах. Так же появились геморрагические высыпания на теле. Пациентка была госпитализирована в ПРиИТ ОИКБ, где находилась на лечении в течении 2-х недель с диагнозом менингококковая инфекция, генерализованная форма, молниеносная: менингококкцемия + менингоэнцефалит, тяжелое течение. Септический шок 3 ст. Синдром Уотерхауса-Фридериксена. В течении 2-х недель проводилась комплексная терапия. Затем ребенок госпитализирован в ПРиИТ ожогового отделения и помещен в кровать Клинтрон. При поступлении состояние крайне тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена синдромом полиорганной недостаточности. Уровень сознания - медицинская седация. Выполнена перевязка под наркозом. Назначена антибактериальная терапия, установлена временная трахеостома, продолжена заместительная почечная терапия, инфузионная терапия, с целью пассивной иммунопрофилактики в/в капельно иммуноглобулин человеческий нормальный.

Оперативное лечение: некроэктомия, гильотинная ампутация левого предплечья в нижней трети, голени в верхней трети, экзартикуляция правого предплечья, аутодермопластики. С момента заболевания: ИВЛ в течении 4,5 мес. ЗПТ в течение 2 мес. На сегодняшний день состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Т тела 36,6 °С. Кожные покровы бледно-розовые. SpO2 100%. ЧСС 110 в мин., АД 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, стул оформленный. Диурез достаточный. Дальнейшее введение ран консервативное.

Выводы. Летального исхода позволяют предупредить современные методы лечения. Хирургические методы лечения - неотъемлемая часть в устранении осложнений сепсиса у детей.

**SARS-COV-2 КАК ПРИЧИНА РОСТА ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ.
SARS-COV-2 AS A CAUSE OF THE INCREASE IN LYMPHOPROLIFERATIVE
MALIGNANT NEOPLASMS IN CHILDREN .**

Авторы: Овсянкина Е.Д., Сухова Е.А.

Authors: Ovsyankina E.D., Sukhova E.A.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Евдокимов В. Н.

**Research supervisor candidate of medical sciences, associate professor Evdokimov
V.N.**

*Тюменский государственный медицинский университет
Россия, Тюмень, Тюменская область*

Цель. Оценить влияние COVID-19 на рост заболеваемости лимфопролиферативными злокачественными новообразованиями у детей.

Материалы и методы. Отечественные и зарубежные литературные источники, данные канцер-регистра Тюменской области за 2016-2021 гг.

Результаты. Из литературных источников известно о гипотезе двух ударов: первое воздействие на стволовую кроветворную клетку происходит пренатально. Вторым ударом является воздействие инфекционного агента (COVID-19) на уже генетически восприимчивого ребенка с предлейкозными клетками, что может привести к чрезмерной стимуляции иммунного ответа и способствовать пролиферации лейкозных клеток. Согласно данным канцер-регистра Тюменской области, при подсчете процентного соотношения детей с лимфопролиферативными заболеваниями от общего количества детей с ЗНО в период с 2016 по 2018 гг. последние выявлены у 78 пациентов (47,5%), что ниже, чем в период с 2019 по 2021 гг.- 98 (50,5%). Гендерная принадлежность данной патологии сохраняется как в до, так и в период пандемии: мальчики 56% и 57%, девочки 44% и 43% соответственно. Отмечается скачок роста острых лейкозов с 42 (31,5%) до 50 случаев (42,3%) до и в период пандемии соответственно.

Выводы. Выявлен рост заболеваемости лимфопролиферативными ЗНО у детского населения во время пандемии. Исследуя половую принадлежность отмечается преобладание мальчиков. Наблюдается увеличение количества впервые выявленных случаев острых лейкозов во время COVID-19. Согласно гипотезе двух ударов, нельзя исключить дальнейший рост злокачественных лимфопролиферативных заболеваний, в частности лейкозов, в дальнейшем.

СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО СТОЯНИЯ МОНЕТЫ В ТОНКОЙ КИШКЕ

THE CASE OF ILEAL FOREIGN BODY LONG STAYING

Авторы: Огородникова М.В., Яковлева Е.П., Андриевская К.В., Завгороднев А.В.,
Енаки О.Н.,
Ильина А.А.

Authors: Ogorodnikova M.V., Yakovleva E.P., Andrievskaya K.V., Zavgorodnev A.V.,
Enaki O.N., Iina
A.A.

Научный руководитель: к.м.н. Шапкина А.Н.

Research supervisor Shapkina A.N., PhD

*Тихоокеанский государственный медицинский университет
Россия, Владивосток, Приморский край*

Цель: поделиться редким случаем длительного стояния инородного тела (ИТ) на фоне хронической кишечной непроходимости

Материалы и методы: описание клинического случая истории болезни пациентки трех лет

Результаты. Девочка Л., 3 лет поступила 23.08.2023 в приемное отделение ГБУЗ «КДКБ No1» г.Владивостока с жалобами со слов отца на проглатывания инородного тела (монеты 1 рубль) за 20 дней до поступления. За помощью не обращались, боли в животе появились за 2 дня до поступления. При осмотре обращает на себя внимание незначительно болезненный живот без четкой локализации при относительно удовлетворительном состоянии ребенка. На рентгенограмме органов грудной клетки и брюшной полости инородное тело в проекции кишечника (вероятно, илеоцекальный угол). В лабораторных методах исследования без патологии. Предварительный диагноз – инородное тело кишечника (монета достоинством 1 рубль). Назначено консервативное лечение, эффекта нет; проведена обзорная рентгенография (прежние данные) и ФКС (ИТ не найдено) на 5 сутки от поступления, продолжена консервативная терапия из-за отсутствия согласия родителей на оперативное вмешательство (семья мигрантов, вербальный контакт затруднен). В течение 7 дней эффекта от консервативной терапии не наблюдали, согласие на оперативное вмешательство получено. Оперативное лечение на 34 сутки от момента проглатывания ИТ: диагностическая лапароскопия. Монета обнаружена в месте сужения (врожденного или приобретенного — неясно и гистологически не определено) на 50 см от илеоцекального угла. Проведена резекция суженного участка подвздошной кишки с анастомозом конец-в-конец. Послеоперационный период протекал гладко, без особенностей.

Заключение. Чаще всего ИТ кишечника самопроизвольно проходят через пищеварительный тракт, длительное стояние может свидетельствовать об анатомических препятствиях. Данный случай иллюстрирует неуспех длительной консервативной терапии вследствие хронической кишечной непроходимости и необходимость резекции кишки.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОЖГОВЫМ РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ

ПИЩЕВОДА

TREATMENT OF CORROSIVE OESOPHAGEAL STRICTURE IN CHILDREN

Авторы: Охотникова К.Д., Бурлакова П.В.

Authors: Okhotnikova KD, Burlacova PV

Научный руководитель: к.м.н. Иванов А.П., к.м.н. Набоков В.В.

Research supervisor CMedSci Ivanov AP, CMedSci Nabokov VV

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область*

Aim/Цель: Оценить результаты лечения рубцового стеноза пищевода в исходе химического ожога.

Methods/Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ истории болезни 42 детей от 1,5 до 17 лет с послеожоговым рубцовым стенозом пищевода, успешно

пролеченных в клинике Педиатрического университета в период 2000 – 2023 год. Оценивали вид поражающего агента, метод лечения (баллонная дилатация, бужирование, радикальная пластика пищевода) и его продолжительность.

Results/Результаты: В основном ожоги пищевода были получены средствами бытовой химии. В 81% случаев (n=34) отмечали ожоги щёлочью, а в 11,9% (n=5) – ожоги кислотой. Причиной повреждения пищевода в 4,8% (n=2) стала проглоченная батарейка, а в одном случае – кристаллы перманганата калия. Лечение 27 пациентов было эффективным при применении малоинвазивных методов бужирования и/или баллонной дилатации. При этом потребовалось не более 50 сеансов в течение 3 лет. У 15 детей для достижения результата было достаточно только бужирования. Двум больным проводили только сеансы баллонной дилатации. Комбинация этих методов потребовалась в 10 случаях. В реконструктивном оперативном вмешательстве нуждались 15 пациентов. Из них лечение 10 детей начиналось с малоинвазивных методов, которые показали недостаточную эффективность при продолжительности более 3 лет. В 5 случаях радикальная операция была показана ввиду перфораций пищевода.

Conclusion/Выводы: Малоинвазивное лечение послеожоговых рубцовых стенозов пищевода является достаточно эффективным. В случае резистентных или рецидивирующих стриктур, а также перфораций рекомендована радикальная пластика пищевода.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ СЕЛЕЗЁНКИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ SPLENIC EMBOLIZATION IN CHILDREN WITH PORTAL HYPERTENSION

Авторы: Охотникова К.Д.

Authors: Okhotnikova KD

Научный руководитель: к.м.н. Набоков В.В., к.м.н. Дюг И.В.

Research supervisor CMedSci Nabokov VV, CMedSci Dug IV

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область*

Aim/Цель: Оценить результаты паренхиматозной эмболизации селезёнки у детей с синдромом портальной гипертензии при выраженном гиперспленизме.

Methods/Материалы и методы: Произведён ретроспективный анализ истории болезни 28 пациентов с синдромом портальной гипертензии, которым была выполнена паренхиматозная эмболизация селезёнки. В группу исследования вошли 24 ребёнка от 5 до 17 лет (4 ребёнка исключены ввиду недостатка данных). Операция проводилась на установке GE Innova 3100 с использованием эмболизирующего материала ПВА эмбосферы 300-700 мкн. Оценивали жалобы, гематологические показатели (число тромбоцитов и лейкоцитов), размеры селезёнки на ультразвуковом исследовании до лечения и в течение 5 лет после операции.

Results/Результаты: Число тромбоцитов до операции составило в среднем $48,8 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоцитов – $3,0 \cdot 10^9/\text{л}$, межполюсный размер селезёнки на 60% превышал максимально допустимый согласно возрастной норме. Обращали на себя внимание жалобы на кровоточивость по микроциркуляторному типу (частые носовые кровотечения, синяковость, петехиальную сыпь). Через 1 год после операции достоверно отмечена нормализация числа тромбоцитов (до $150 \cdot 10^9/\text{л}$) и лейкоцитов (до $5,4 \cdot 10^9/\text{л}$), уменьшение размера селезёнки на 27,5% от исходного с приближением его к возрастной норме. Также отмечено уменьшение или исчезновение симптомов нарушения гемостаза по микроциркуляторному типу. При наблюдении в течение 5 лет гематологические показатели находились в пределах нормы, межполюсный размер селезёнки у большинства пациентов уменьшился на 29,5% от исходного. Осложнение наблюдалось в 1 случае в виде кистозного перерождения селезёнки.

Conclusion/Выводы: Паренхиматозная эмболизация селезёнки является эффективным малоинвазивным методом коррекции гиперспленизма в комплексном лечении пациентов с синдромом портальной гипертензии.

ICG В ПЕДИАТРИИ ICG IN PEDIATRICS

Авторы: Пангельская В.А., Серегин В.В.

Authors: Pangelskaya V.A., Seregin V.V.

Научный руководитель: член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Козлов Ю.А.
**Research supervisor Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, MD,
Professor Kozlov Yu.A.**

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии и
детской хирургии ДПО*

Россия, Иркутск, Иркутская область

Цель: Целью исследования является демонстрация использования флуоресцентной навигации с использованием препарата индоцианина зелёного (ICG) у детей с хирургической патологией.

Материалы и методы: Всего было выполнено 137 оперативных вмешательств, из них: холецистэктомия–30 случаев, варикоцелэктомия –100 случаев, фенестрация кисты почки –3 случая, оценка кровоснабжения толстокишечного трансплантата–4 случая.

Индоцианин зелёный (ICG – IndoCyanin Green) – водорастворимое соединение, обладающее способностью к зелёному свечению при воздействии света в ближнем к инфракрасному диапазону. Его преимуществами являются расширение поля зрения хирурга, снижение числа ятрогенных повреждений, сокращение времени анестезии и сохранение жизненно важных структур. Для ICG навигации использовалась видеосистема RUBINA. Компоненты RUBINA™ предлагают различные режимы визуализации сигнала ICG- NIRF. В зависимости от предпочтений хирурга и области применения ICG- NIRF данные могут отображаться в различных режимах: режим наложения изображения, монохромный режим, режим цветного картирования.

Результаты: Средний возраст пациентов на момент операции составил 14[12,5; 15] лет, средний вес 68,5 [60; 79] кг. Длительность хирургического вмешательства, в среднем, составила 40[35; 70] минут. Средняя длительность нахождения пациентов в палате интенсивной терапии составила 3[2; 20] часа. Средняя продолжительность госпитализации составила 3[3; 4] суток. Во всех случаях операции протекали без интраоперационных осложнений и без конверсии в открытые процедуры.

Заключение: Применение ICG позволяет с высокой точностью определять анатомическое расположение органов и областей, в которых выполняется операция. При флуоресцентной лапароскопии можно определить объём резекции, тем самым выполняя органосохраняющие операции. Флуоресцентная навигация – это перспективный метод, который нашёл применение в малоинвазивной хирургии, а также зарекомендовал себя как безопасная, простая в применении эргономичная технология.

**ВНУТРИУТРОБНЫЕ КИСТЫ ЯИЧНИКА И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ В ВИДЕ
ПЕРЕКУРТОВ
INTRAUTERINE OVARIAN CYSTS AND THEIR COMPLICATIONS IN THE
FORM OF TORSION**

Авторы: Панина М.К., Карпеева Д.В.

Authors: Panina M.K., Karpeeva D.V.

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Карпова И.Ю.

Research supervisor Professor, MD Karpova I.Yu.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Россия, Нижний Новгород, Нижегородская область

Цель работы: представить частоту встречаемости, клинико-эпидемиологическую характеристику и опыт лечения новорожденных с кистами яичников.

Материал и методы: с 2021 по 2023гг. в Нижегородской областной детской клинической больнице (НОДКБ) г. Нижнего Новгорода пролечено 6 новорожденных с кистами яичников (11% от общего числа новорожденных с ВПР пищеварительного тракта). При поступлении в НОДКБ оценивали общее состояние (кожные покровы, показатели сердечно-сосудистой и легочной систем) и локальный статус (форма живота, размеры, смещаемость, болезненность образования). Наряду с лабораторной, в стандарт исследований входили инструментальные методы: рентгенография, УЗИ ОБП и МТ, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ).

Результаты. Патология во всех случаях выявлена антенатально на 2-3 УЗИ-скринингах. Все дети были доношенными, от повторных беременностей. Средний возраст матерей составил $35 \pm 3,34$ лет. На этапе обследования пациентам выполняли УЗИ МТ, в 2 случаях дополнительно назначали МСКТ. По итогам обследования, после предоперационной подготовки проводили операционные вмешательства, из них: 3 больным лапароскопически дренировали кисты, в 3 случаях потребовалась видеоассистированная аднексэктомия в связи с некрозом левых придатков матки (некротические изменения были выявлены в раннем неонатальном периоде при выполнении УЗИ органов малого таза. В послеоперационном периоде продолжали антибиотикотерапию (3-5 дней) и симптоматическое лечение. Средний койко- день составил $17 \pm 2,36$, все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии домой.

Заключение. За последние 3 года неонатальная овариальная киста диагностирована у 11% новорожденных. На современном этапе патологию выявляют на антенатальном УЗИ – скрининге, с последующим подтверждением диагноза с помощью УЗИ ОБП, МТ и МСКТ. Для диагностики и коррекции врожденной аномалии используют лапароскопию.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ
EXPERIENCE REVIEW IN THE USE OF ENDOSCOPIC PLASTIC CORRECTION
OF VESICoureTERAL REFLUX IN CHILDREN**

Авторы: Пантюхин Д.В.

Authors: Pantyukhin D.V.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Круглый В.И.

Research supervisor Associate Professor Krugly V.I.

Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева

Россия, Орёл, Орловская область

Целью исследования является анализ и оценка эффективности эндоскопической коррекции уретеро-везикального сегмента (УВС) мочеполовой системы в лечении ретроградного оттока мочи у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 206 историй болезни пациентов, которые проходили лечение по поводу пузырно-мочеточникового рефлюкса в уроandroлогическом отделении НКМЦ им. Круглой в период с 2019 по 2023 гг.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 8,0+/-8,75 лет. Мальчиков было 103 (50%), девочек 103 (50%). Всем пациентам (100%) выполнялись общеклинические лабораторные и инструментальные (УЗИ почек и мочевого пузыря, микционная цистоуретрография) методы исследования. Отобраны пациенты, которые требовали хирургического вмешательства. Диагностированы степени ПМР: II – 38 пациентов (18,4 %); III – у 105 человек (51 %); IV – 79 пациентов (38,3 %), V – 33 человека (16 %). Двухсторонний рефлюкс выявлен у 82 пациентов (39,8 %); слева у 74 пациента (35,9 %), справа у 50 пациентов (24,2 %). Всем пациентам выполнялась эндопластика УВС объемообразующими препаратами - вантрис – 142 (68,9 %), коллаген – 22 (10,6 %), уродекс – 40 (19,4 %), рефлюксин – 2 (0,9 %). После оперативного лечения использовалась консервативная терапия: антибиотики, уросептики, физиотерапия. Для оценки эффективности лечения проводилась МЦУГ в послеоперационном периоде и через 3 месяца. У 165 человек (80,1 %) наблюдалось отсутствие рефлюкса и клинических симптомов. Часть пациентов (41 человек – 19,9 %) выписана из стационара на амбулаторное наблюдение с сохранением консервативной терапии. Рецидив пузырно-мочеточникового рефлюкса у пациентов за период 2019 – 2023 гг. произошел в 6 случаях (3 %). При повторном обращении у пациентов были изменения в степени и локализации рефлюкса.

Выводы. Таким образом, эндоскопическая коррекция всех степеней ПМР у детей стала классическим и эффективным методом трансуретрального малоинвазивного хирургического лечения с минимальным количеством рецидивов.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕВОЧКИ 7 ЛЕТ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ CLINICAL FOLLOW-UP OF A 7-YEAR-OLD GIRL WITH PANCREATIC NECROSIS

Авторы: Панферов В.Ю., Разин Е.А.

Authors: Panferov V.Yu., Razin E.A.

Научный руководитель: Завьялкин В.А., Мазнова А.В.

Research supervisor V.A. Zavyalkin, A.V. Maznova

Самарский государственный медицинский университет

Россия, Самара, Самарская область

Актуальность: Острый панкреатит у детей, являясь достаточно редкой патологией детского возраста, врачами первичного звена диагностируется лишь у 19,6% больных. По данным литературы, общая летальность при остром панкреатите составляет 2,1%, а при деструктивных возрастает до 50%.

Материалы и методы: В педиатрический корпус больницы им. В.Д.Середавина поступила девочка 7 лет, с жалобами на боли в животе, тошноту, повторную рвоту. С 27.09.2023 находился в отделении хирургии с диагнозом: «Острый геморрагический панкреатит. Разлитой ферментативный перитонит». 27.09.2023 ввиду наличия у ребенка клиники разлитого перитонита проведена диагностическая лапароскопия, обнаружены ферментативный перитонит и тотальное поражение поджелудочной железы, выполнена конверсия, дренирование сальниковой сумки. После операции пациент находился в ОРИТ, далее переведен в отделение хирургии. Исследовались биохимические показатели крови. Выполнена КТ органов брюшной полости в динамике - обнаружено скопления жидкости под печенью и вдоль передней брюшной стенки. На основании данных КТ органов брюшной полости и наличии гнойного отделяемого выполнено редренирование сальниковой сумки под контролем УЗИ.

Результаты: На 44 сутки ребенок выписан из отделения в удовлетворительном состоянии. По данным КТ органов брюшной полости 23.10.2024 – формирование псевдокист поджелудочной железы. 14.12.2023 плановая госпитализация, по данным биохимического

анализа крови показатели в норме. На УЗИ органов брюшной полости 16.01.2024 отмечено уменьшение псевдокист поджелудочной железы.

Заключение: Несмотря на редкость острого панкреатита у детей, необходимо помнить о возможности развития деструктивного процесса в поджелудочной железе. В лечении острого панкреатита важную роль играет комплексный подход к диагностике и лечению, особенно строгий подход к введению энтерального питания.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТОТАЛЬНОЙ ФОРМЫ СИНДАКТИЛИИ 3-4 ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ДЕТЕЙ

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TOTAL SYNDACTYLY OF THE 3-4 FINGERS OF THE HAND IN CHILDREN

Авторы: Пастушков Т.А., Иванов В.А.

Authors: Pastushkov T.A., Ivanov V.A.

Научный руководитель: к.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P.O.

*Ижевская государственная медицинская академия
Россия, Ижевск, Удмуртская Республика*

Цель: оценить результаты диагностики и лечения синдактилии 3-4 пальцев кисти у детей.

Материалы и методы: в период с 2019 по 2023 гг. в отделении травматологии и ортопедии БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» находился на лечении 31 ребенок с диагнозом «Синдактилия 3-4 пальцев кисти. Тотальная форма» в возрасте от 7 месяцев до 7 лет включительно. При разделении по гендерному признаку на девочек было 18 (58%), мальчиков – 13 (42%). У 21 (68%) ребенка синдактилия была выявлена на обеих конечностях. Костная форма синдактилии была у 4 (13%) детей.

Результаты: все пациенты госпитализированы в плановом порядке. Диагноз был выставлен при рождении на основе объективных данных и при рентгенологическом исследовании кисти в 2-х проекциях. Хирургическое лечение заключалось в формировании 3 межпальцевого промежутка кисти, свободной кожной пластике. При костной форме дополнительно производилось разделение костной конкресценции с закрытием раны кожным лоскутом. Анестезиологическое пособие при данном оперативном вмешательстве применялось сочетанное: индукция и поддержание анестезии проводилось масочно парами севорана, выполнялась проводниковая анестезия лучевого, локтевого и срединного нервов. В послеоперационном периоде: наложение гипсовой лонгеты, перевязки, анальгезирующая терапия (ибупрофен в/м, при болях, в возрастной дозировке), антибактериальная терапия (сультаксин в возрастной дозировке). Осложнений лечения за 5 лет не выявлено, исход заболевания в 100% случаев – выписка из стационара с улучшением состояния, в среднем, через 8-10 дней.

Выводы: диагноз «Синдактилия 3-4 пальцев кисти. Тотальная форма» был выставлен на основе объективного и рентгенологического исследования, хирургическое лечение – формирование межпальцевого промежутка привело к выздоровлению, хорошим косметическим и функциональным результатам у всех пациентов.

ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ (ОП) У ДЕТЕЙ ACUTE PARAPROCTITIS (AP) IN CHILDREN

Авторы: Пекин уулу М, Кыдыкова А.Б.

Authors: Pekin uulu M, Kydykova AB

Научный руководитель: к.м.н. Мыкыев К.М.

Research supervisor Cand. MedSci Mykyev KM

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина

Киргизия, Бишкек, Киргизия

Цель: выявить частоту и возрастные особенности течения острого парапроктита у детей.

Материалы и методы исследования: изучены данные 123 больных пролеченных в отделении неотложной проктологии городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) г. Бишкек за 2020-2023г. Всем больным кроме изучения жалоб, анамнестических данных, объективного и локального исследования, проводились общеклинические методы обследования (УЗИ, ОАК).

Результаты: в возрастном аспекте преобладали дети до 6 мес - 60 (49%), до 1г у - 41 (33%), до 3-х летнего возраста - у 22 (18%) больных. Отмечается преобладание у мальчиков 86 (69%), девочки - 37 (31%). В анамнезе у 85 случаев отмечено неоднократное применение в пеленании памперса. В 3-х случаях острый парапроктит был отмечен у родителей в детском возрасте. Клиническими признаками при поступлении отмечалось: местно на ограниченном участке кожи около анального отверстия отек, инфильтрат и гиперемия с флюктуацией. Из общих симптомов: беспокойство ребенка, плач при дефекации, повышения температуры тела, снижение аппетита. Наиболее часто локально отмечался воспалительный процесс на коже в проекции 15 и 21 часов по циферблату. Лечение в стадии инфильтрата назначали антибиотики, теплые сидячие ванны, УВЧ, пробиотики. Хирургическое лечение проводилось в экстренном порядке при наличии гиперемии, флюктуации. Местно производили под общим наркозом треугольный разрез по Габриэлю, кожу иссекают в виде треугольника обращенного одним углом к заднему проходу, и опорожняют гнойник. Рану обрабатывали 3% перекисью водорода, дренируется резиновой полоской и накладывается повязка. Переход в хроническую форму не наблюдался.

Выводы:

1. Отмечается преобладание острого парапроктита в возрасте до 6 месяцев что, наблюдался у 49% больных, возможно анатомическими особенностями аноректальной области и применение памперса длительное время.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДАКТИЛИИ КИСТИ У ДЕТЕЙ. RESULTS OF TREATMENT OF HAND SYNDACTYLY IN CHILDREN.

Авторы: Перевалова Н.В., Бурская В.С., Нишонов Ш.Х., Календарова М.Т.

Authors: Perevalova N.V., Burskaya V.S., Nishonov S.K., Kalendarova M.T.

Научный руководитель: д.м.н. Мурга В.В., к.м.н. Марасанов Н.С.

Research supervisor DMedSci Murga V.V., Ph.D.MedSci Marasanov N.S.

Тверской государственный медицинский университет

Россия, Тверь, Тверская область

Цель исследования: изучить отдаленные результаты лечения детей с синдактилией кисти.

Материалы и методы. В период с 2018г. по 2023г. в травматолого-ортопедическом отделении ДОКБ г. Твери пролечено 19 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с синдактилией кисти. Проанализированы клинические и рентгенологические данные, методы оперативного лечения. С помощью разработанной нами анкеты, визуального осмотра пациентов проведена оценка отдаленных результатов лечения в сроке от 6 месяцев до 5 лет.

Результаты и обсуждение. По виду сращения пальцев больные разделились следующим образом: кожная форма синдактилии наблюдалась у 17 (89,5 %) пациентов,

костная - у 2 (10,5%). По состоянию сращения преобладали простые формы синдактилии, у 3-х детей наблюдались сложные деформации сросшихся пальцев. По протяженности сращения, в основном, была отмечена тотальная синдактилия - 14 (73,7 %) детей. По локализации, в большинстве случаев, встречалась синдактилия 3-4 пальцев - 12 (63,2%) пациентов. Операции выполняли с применением методов кожной пластики местными тканями, у одного ребенка использовали пересадку свободного кожного лоскута с предплечья.

Оценка отдаленных результатов лечения проведена у 9 пациентов. У всех был положительный анатомо-функциональный результат; у трёх - отмечено легкое затруднение при застегивании пуговиц и молний, у одного - при удержании предметов, у двух детей возникли легкие затруднения при письме и рисовании. Нарушение чувствительности не отмечалось у 6 пациентов; у двух- сохранялись легкие парестезии в пальцах кисти, одного ребенка беспокоила боль в пальцах кисти.

Косметический результат лечения был положительным у 8 детей. В одном случае результат был неудовлетворительным, что потребовало повторного хирургического вмешательства.

Выводы: индивидуализированный подход к лечению пациентов с синдактилией кисти позволяет получить положительные анатомо-функциональные и косметические результаты.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК У РЕБЕНКА С ОБРАЗОВАНИЕМ В ПРЕСАКРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC SEARCH IN A CHILD WITH A LESION IN THE PRESACRAL AREA

Авторы: Перевощикова А.С., Ерохина Н.О.

Authors: Perevoschikova AS, Erochina NO

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шумихин В.С.

Research supervisor CandMedSci, associate professor Shumikhin VS

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Пресакральные образования – это аномальные структуры, которые располагаются между задней стенкой прямой кишки и крестцом. Они представляют собой значительную сложность при постановке точного предоперационного диагноза, от которого зависит объем и характер оперативного вмешательства. Дифференциальные диагнозы включают в себя такие образования как тератома или хордома, дермоидная киста или удвоение прямой кишки, менингоцеле, неврилемома или нейрофиброма, злокачественные новообразования, такие как лимфома или саркома. Для постановки диагноза обычно требуется выполнение УЗИ, КТ или МРТ.

У мальчика К. с 15-х суток жизни появились срыгивания в небольшом объеме, задержка стула, трудности с опорожнением. При натуживании анус зияет. В крестцово-копчиковой области определяется углубление, что не позволяет исключить эпителиальный копчиковый ход и дермальный синус. По результатам проведенного УЗИ обнаружено кистозное образование малого таза. По данным КТ был исключен нейрогенный характер образования. Для выполнения оперативного вмешательства пациент переведен из неонатального отделения ДГКБ им. З.А. Башляевой в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова. Интраоперационно стенка кисты по строению напоминала стенку с кишки с четко выраженной слизистой, что позволило заподозрить удвоение прямой кишки. По результатам гистологического исследования было установлено, что это тератоидное образование кистозного характера 4 типа.

На 3 п/о сутки начата энтеральная нагрузка с постепенным расширением до возрастных норм. Усваивает хорошо, пассаж по кишечнику устойчивый. Клинический результат лечения достигнут.

Заключение: это наблюдение демонстрирует редкий случай пресакрально расположенного тератоидного образования, вызвавшего дифференциально-диагностическую дилемму. От результатов патоморфологического исследования во многом зависит объем оперативного вмешательства, тактика послеоперационного ведения и катamnестического наблюдения.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ
MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF CONGENITAL LUNG ANOMALIES IN CHILDREN

Авторы: Петрова Ю.И., Тельнова Ю.А.

Authors: Petrova YuI, Telnova YuA

Научный руководитель: к.м.н. Степанова Н.М., к.м.н. Милюкова Л.П., Распутин А.А.

Research supervisor CMedSci Stepanova NM, CMedSci Milyukova LP, Rasputin AA

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Иркутск, Иркутская область*

Aim/Цель: Анализ эффективности малоинвазивного хирургического лечения врожденных пороков развития (ВПР) легких у детей грудного возраста.

Methods/Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся период с 2013 по 2023 гг. в ГИМДКБ (Иркутск) с ВПР легких.

Results/Результаты: 65 пациентов, у которых антенатально был выявлен ВПР легких. После проведения дообследования в 80% (52) случаев диагноз был подтвержден. В 20% (10) вероятно произошла спонтанная инволюция легочных кист. Гендерное соотношение: м\д — 2,25\1. Спектр патологии: кистозно-аденоматозный порок легких – 24 (46,2%), врожденная лобарная эмфизема – 6 (11,5%), секвестрация легкого (экстра/интралобарная) – 10 (19,2%), комбинированные варианты – 12 (23,1%). Значимых различий в локализации не отмечено. Средний возраст на момент операции – $5,35 \pm 3,67$ месяцев. Средний вес перед оперативным вмешательством – $6411,9 \pm 1970,7$ гр. Все пациенты оперированы с использованием MIS-хирургии. Конверсий не было. Среднее время операции – $1,79 \pm 0,85$ часов, продолжительность госпитализации – $14,77 \pm 10,06$ к/д. Интраоперационные осложнения - в 1 (1,9%) случае. Осложнения в п/о периоде наблюдались у 25 (48,1%) пациентов: практически все не требовали вмешательства хирурга и купировались самостоятельно. В 1,9% (1) выполнено повторное оперативное вмешательство с целью устранения мигрировавшего инородного тела (клипса).

Conclusion/Выводы: Малоинвазивная методика хирургического лечения ВАР легких показала высокую эффективность, низкий уровень значимых интра- и послеоперационных осложнений.

ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У ДЕТЕЙ HERNIA OF THE ESOPHAGEAL OPENING OF THE DIAPHRAGM IN CHILDREN

Авторы: Пешкова А.В., Суханова Н.С.

Authors: Peshkova AV, Sukhanova NS

Научный руководитель: к.м.н. Милукова Л.П., д.м.н. Новожилов В.А.

Research supervisor CMedSci Milyukova LP, DMedSci Novozilov VA

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Иркутск, Иркутская область*

Aim / Цель. Изучение эпидемиологии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в детском возрасте.

Methods / Материалы и методы. Анализ историй болезни 38 пациентов с диагнозом (ГПОД), находившихся на лечении в ГИМДКБ (Иркутск) за последние 3 года. Рассчитаны интенсивные и экстенсивные показатели с использованием приложения Microsoft Excel.

Results / Результаты. Превалирующие большинство составили мальчики – 55,0% (21). Дети с тяжелым поражением ЦНС – 82% (31), ЖКТ – 18,0% (7). В 40,0% (15) клинические проявления с показанием на оперативную коррекцию отмечены в школьном возрасте (7-12 лет). При проведении статистической обработки данных возрастных показателей медиана и квартиль составили: Me=10; Q1=5; Q2=10; Q3=13. В 100% (38) диагноз верифицирован контрастной эзофагоскопией и ФГДС. Предоперационный диагноз: 42,0% (16) – ГПОД, по 29,0% (11) – ГЭРБ без эзофагита и с эзофагитом. У 96,0% (36) применялась фундопликация по Ниссену, у 4,0% (2) эзофагогастрофундопликация по Талю. В 40,0% (15) фундопликация была дополнена хиатопластикой. В 37,0% (14) симультантная гастростомия. Послеоперационных осложнений не выявлено. Рецидивы – 7,9% (3).

Conclusions / Выводы. Грыжа пищеводного отверстия чаще встречается в младшем школьном возрасте, преимущественно у мальчиков. Основной сочетанной патологией являются тяжелые поражения ЦНС. Постановка предоперационного диагноза может быть затруднена, в связи со схожестью симптоматики с ГЭРБ, необходима тщательная диагностика посредством контрастной эзофагоскопии и ФГДС. Основным методом лечения является хиатопластика, фундопликация по Ниссену.

ГЕРМИНОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА HERMINOGENIC TUMOUR IN THE PRACTICE OF A PAEDIATRIC SURGEON

Авторы: Полубояринова С.П., Багдасарян М.С., Дроздова П.М., Акилова М.Ж.,
Темченко А.Р..

Authors: Poluboyarinova SP, Bagdasaryan MS, Drozdova PM, Akilova MZh, Temchenko AR.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Герасименко И.Н.

Research supervisor DMedSci., docent Gerasimenko IN

*Ставропольский государственный медицинский университет
Россия, Ставрополь, Ставропольский край*

Цель работы. Анализ частоты встречаемости опухолевидных образований органов малого таза.

Материалы и методы исследования. В ГБУЗ СК «КДКБ» с 2021-2022 год проходили лечение 3 пациентки с 12 до 15 лет (больная А-12 лет., больная Б-13 лет, больная В-15 лет) Из анамнеза наблюдались жалобы на периодические боли в животе, дисминорею, также у больной В отмечались жалобы на увеличение живота, аминорею. Выполнено предоперационное обследование: УЗИ и КТ органов брюшной полости и малого таза, лабораторные исследования (АФП, ХГЧ).

Результаты. Произведено оперативное вмешательство у больной А. обнаружена опухоль левого яичника размерами 2,0х1,5х3,0 см. У больной Б. опухоль правого яичника 1,5х1,0х2,0 см. Больной В выполнена срединная лапаротомия обнаружена опухоль

занимающая все этажи брюшной полости размерами 20х12х20см бледно-розового цвета, плотноэластической консистенции. Выполнена резекция опухоли вместе с левым яичником и трубой, так же выполнена резекция пареоортальных лимфатических узлов. Резекция сальника не проводилась. Всем больным выполнено цитологическое исследование, выявлена герминогенная опухоль. У больной В. При гистологии выявлена злокачественная герминогенно-клеточная опухоль малого таза. Все больные переведены в отделение онко-гематологии где проведен курс химиотерапии.

Вывод. Герминогенные опухоли у детей составляют до 7% из всех опухолей. Данным клиническим случаем, хотим продемонстрировать, необходимость всем девочкам с объемными образованиями малого таза проводить кариотипирование и более подробный семейный сбор анамнеза. Цель работы. Анализ частоты встречаемости опухолевидных образований органов малого таза.

РЕДКИЙ ВАРИАНТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВРОЖДЕННОГО ИЗОЛИРОВАННОГО ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО СВИЩА A RARE VARIATION OF LOCALIZATION OF A CONGENITAL ISOLATED TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA

Авторы: Поморцев Н.А., Коломытцева Е.А., Поляк Е.А.

Authors: Pomortsev NA, Kolomytseva EA, Polyak EA

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шумихин В.С

Research supervisor CandMedSci, associate professor Shumikhin VS

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Врожденный изолированный трахеопищеводный свищ представляет собой соустье между трахеей и пищеводом с преимущественной локализацией на уровне VII шейного – I грудного позвонков. Данная патология встречается относительно редко (до 5% от всех аномалий развития пищевода), сопровождается характерной клинической симптоматикой в виде респираторных нарушений. Отсутствие своевременной диагностики и лечения может повлечь за собой множество осложнений, вплоть до летального исхода.

Мальчик, родившийся на 34-35 неделе гестации. Со 2-х суток жизни наблюдалась отрицательная динамика по респираторному статусу на фоне внутриутробной пневмонии, в связи с чем был переведен на ИВЛ. На 7-е сутки экстубирован, начато энтеральное питание, однако в связи с нарастанием дыхательной недостаточности был повторно интубирован на 11-е сутки. В результате проведения рентгенографии с контрастированием пищевода заподозрен диагноз: врожденный трахеопищеводный свищ. В возрасте 11 дней ребенок переведен в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова г. Москвы. При проведении трахеобронхоскопии обнаружено соустье между средней третью трахеи и пищеводом диаметром 4 мм с предположительным уровнем локализации на уровне III грудного позвонка. После предоперационной подготовки проведено оперативное вмешательство. Выполнен торакоскопический доступ справа, трахеопищеводный свищ выделен и пересечен, дефект трахеи ушит, установлен плевральный дренаж. В послеоперационном периоде ребенок находился на респираторной поддержке, на 4-е сутки начато энтеральное питание через назогастральный зонд. Через 17 суток после операции проведено рентген-контрастное исследование, затеков контрастного вещества из пищевода не отмечается. Выписан на 19-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Внутригрудная локализация изолированного трахеопищеводного свища является редкостью. Данный клинический случай демонстрирует возможность применения торакоскопического доступа при достоверно выявленном предоперационно низком уровне расположения соустья.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ НЕФРОПЕКСИИ У ДЕТЕЙ

MODIFIED METHOD OF NEPHROPEXY IN CHILDREN

Авторы: Пономарева Е.В., Фролкова К.Р., Елькова Д.А., Тен К.Ю.

Authors: Ponomareva E.V., Frolova K.R., Elkova D.A., Ten K.Yu.

Научный руководитель: д.м.н. проф. Тен Ю.В

Research supervisor md, prof. Ten Y.V.

Алтайский государственный медицинский университет

Россия, Барнаул, Алтайский край

Цель: улучшение результатов лечения детей с нефроптозом

Материалы и методы: Проанализировано 136 историй болезни детей в возрасте от 13 до 17 лет, страдающих нефроптозом. Большинство пациентов женского пола – 118. Правая почка «страдает» чаще, реже левая или обе. Обследование заключалось в проведении общеклинических лабораторных и инструментальных исследований: выполнение ультразвукового исследования, внутривенной урографии. Показаниями к хирургическому вмешательству были II или III степень нефроптоза в сочетании с одним и более клиническими проявлениями (боль в животе, спине, артериальная гипертензия, рецидивирующие пиелонефриты, гидронефротическая трансформация почки).

Оригинальный способ нефропексии заключается в проведении люмботомии в X межреберье по Нагамацу без резекции ребра. Доступ в паранефральную клетчатку осуществляется без повреждения листков брюшины путем «вывихивания» почки в рану с латеральной поверхности и сзади без отслойки брюшины. Выделяют два мышечных пучка из m. psoas, которые проводят под жировой капсулой из одного продольного доступа у нижнего полюса почки медиально и латерально, осуществляя формирование фиксирующей «корзинки».

Результаты: За счет фиксации почки по задней и по боковым поверхностям, путем формирования «корзинки» из мышцы m.psoas достигается надежная функциональная стабилизация органа, что исключает боковых ротаций с сохранением анатомической подвижности почки. Исключает возможность возникновения рецидивов.

Выводы: Нефропексия по оригинальной методике позволила улучшить результаты лечение детей с нефроптозом. Произведено 139 нефропексий, у 3 пациентов был 2-х сторонний нефроптоз. Оригинальным способом было проведено 72 операций, при этом рецидивов заболевания не отмечалось. 64 пациента были прооперированы классическим способом Лопаткина –Пытеля, выявлены 3 рецидива.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ
ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ ЖЕЛУДКА
ENDOSCOPIC REMOVAL OF A FOREIGN BODY FROM THE SUBMUCOSAL
LAYER OF THE STOMACH**

Авторы: Португал П.М., Теплов В.О.

Authors: Portugal PM, Teplov VO

Научный руководитель: д.м.н., профессор Митупов З.Б.

Research supervisor Dr. Sci. (Med), professor Mitupov ZB

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Девочка 13 лет. Со слов ребенка, за несколько месяцев до госпитализации проглотила магнитные шарики, после чего появились жалобы на тошноту, боли в животе. Наблюдалась гастроэнтерологом. Решение о данной госпитализации принято после плановой рентгенографии, при которой на снимке были выявлены инородные тела ЖКТ. Ребенок направлен в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова г. Москвы. При поступлении сохранялись вышеупомянутые жалобы. По результатам обзорной рентгенографии органов брюшной полости обнаружено 6 магнитных шариков в проекции желудка. Выполнена ЭГДС, в нижней трети тела желудка по большой кривизне определялся конгломерат магнитных шариков в количестве 5 штук, сцепленных кольцом, фиксированный к стенке желудка. При тракции щипцами стенка желудка перемещалась вместе с магнитами. Учитывая количество шариков, определявшихся на рентгенограмме, возникло предположение о внедрении одного из магнитов в стенку желудка. Выполнено удаление 4-х поверхностно лежащих магнитных шариков эндоскопической корзиной Dormia. Пятый шарик был примагничен в области складки желудка, произведено его удаление с помощью щипцов. Для предупреждения травматизации мышечного слоя желудка выполнена гидродиссекция слизистой-подслизистого слоя путём инъекции в подслизистый слой желудка физиологического раствора. В месте проекции шестого шарика произведен разрез коагулятором слизистой-подслизистого слоя длиной 10 мм. С помощью щипцов выполнено расширение краев разреза, после чего шарик был визуализирован и извлечён. При контрольном осмотре дефекта стенки и кровотечения не определялось. Послеоперационный период протекал гладко. Ребенок выписан на 2 п/о сутки.

Магнитные инородные тела способны вызывать осложнения в разных отделах ЖКТ. Эндоскопическое лечение может быть вариантом выбора в случае внедрения магнитных шариков в стенку ЖКТ.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИСИЛОКСАНОВ В
ЛЕЧЕНИИ ФИМОЗА У ДЕТЕЙ С КОРТИКОСТЕРОИДАМИ.
COMPARATIVE ANALYSIS OF THE USE OF POLYSILOXANES IN THE
TREATMENT OF PHIMOSIS IN CHILDREN WITH CORTICOSTEROIDS.**

Авторы: Прокофьева П. И., Бедарев В. Г., Боровкая А. В.

Authors: Prokofieva P. I., Bedarev V. G., Borovskaya A.V.

Научный руководитель: Чепурной М. Г.

Research supervisor Chepurnoy M. G.

Ростовский государственный медицинский университет

Россия, Ростов-на-Дону, Ростовская область

Цель: сравнение и определение эффективности местных ферментативных препаратов и глюкокортикостероидов (ГКС) в лечении фимоза.

Материалы и методы: С марта 2021 по февраль 2023 на базе кафедры детской хирургии в ГБУ РО "ОДКБ" г. Ростова-на-Дону проводился анализ в программе SPSS. Включая количество человек и частоту встречаемости, считался критерий, где при значении $P < 0,05$, различия по эффективности лечения значимы, а при $P > 0,05$ различий нет. В возрастной группе от 3 до 6 лет сравнивались 2 метода консервативного лечения фимоза. В I группе 450 пациентов получали 0,1% триамцинолона ацетонида 1 раз в день. Во II группе 405 пациента - смесь папаина и коллагеназы с аквакомплексом титана 1 раз в день. Для оценки использовалась шкала Вудворда и Кикироса, включающая 5 степеней: от полного отсутствия до полного отведения крайней плоти. Степень втягивания крайней плоти определялась на уровне 4-5.

Результаты: Коллагеназа в составе ферментативной смеси расщепляет коллаген, после папаин действует на гидроксипролин и другие компоненты рубцовой ткани. Особенность работы ферментативного комплекса - его доставка к рубцовой ткани с помощью Тизоля. 0,1% триамцинолона ацетонид снимает воспаление, снижает миграцию лейкоцитов и оказывает антипролиферативное воздействие. В случае уже образовавшегося рубца, его воздействие менее выражено. Лечение было завершено у 419 пациентов в группе I и 385 в группе II, причем во II группе показатель успеха выше. Смесь, содержащая транскутанный проводник Тизоль, папаин и коллагеназу, оказалась эффективной по сравнению с ГКС 0,1% триамцинолона ацетонидом. Главное отличие этих методик - механизм действия препаратов.

Выводы: Местное применение ферментативной смеси эффективнее, чем использование 0,1% триамцинолона ацетонида при лечении фимоза 4-5 степени. У детей с низкой степенью фимоза - лечение смесью эффективнее. Большинство пациентов, прошедших лечение, полностью излечились, лишь небольшое количество требовало оперативного вмешательства.

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ
ФОРМ ГИПОСПАДИИ СВОБОДНЫМ ЛОСКУТОМ.
ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL CORRECTION OF VARIOUS
FORMS OF HYPOSPADIAS WITH A FREE FLAP**

Авторы: Пунтикова А.Ю.

Authors: Puntikova AYu

Научный руководитель: к.м.н. Жарков Д.А.

Research supervisor CMedSci AssProf Zharkov DA

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Россия, Саратов, Саратовская область

Цель: проанализировать результаты уретропластики свободным лоскутом.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ лечения пациентов с диагнозом гипоспадия, находившихся в детском урологическом отделении (ДУО) клиники детской хирургии Университетской клинической больницы №1 г. Саратовского Государственного медицинского университета (июнь 2012 – февраль 2024).

Результаты: Медиана возраста пациентов составила 3 года [min - 1,5 года; max - 8 лет] года. Всего 52 пациента. Мошоночная форма 37(74%), промежностная 9(16%), Дистальных 5(6%), состояние после циркумцизио - 1, с ВДКН -1. Из них 40 детям выполнена уретропластика внутренним листком препуциума (группа I), 16 пациентам - уретропластика слизистой полости рта (группа II). В I группе изолированная форма гипоспадии диагностирована у 27 (из них трое после проведенных ранее уретропластик), НФП в виде дисгенезии гонад (n=5), различные варианты крипторхизма (n=5). Проведены сочетанные хирургические вмешательства, такие как: лапароскопия, гонадэктомия, удаление дериватов мюллерового протока (n=4), операции Фоулера-Стефенсена (n=3), орхипексии (n=3). Уретропластика свободным лоскутом препуциума проведена по двухэтапной методике с интервалом 6 мес. 15 детей составили II группу после ранее неудачных хирургических операций по поводу гипоспадии. Мошоночная форма (n=10), дистальная форма (n=4). В одном случае у пациента с ВДКН (отказ от смены пола) проведена первичная уретропластика слизистой полости рта. Показаниями являлись - дефект уретры (n=5), стриктуры после проведенной уретропластики (n=8). Уретропластика была проведена в 2 этапа с интервалом в 6 мес. Осложнения в обеих группах составили 19,2% (свищи и стриктуры).

Выводы: 1. Осложнения после хирургической коррекции свободным лоскутом требуют детального анализа на каждом этапе лечения.

2. Уретропластика свободным лоскутом является операцией выбора для коррекции как первичных форм проксимальной гипоспадии, так и для коррекции осложнений от ранее проведенных операций.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ
ПРИ ПЕРЕКРУТЕ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕТЕЙ
FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF
UTERINE APPENDAGE TORSION IN CHILDREN**

Авторы: Пустовецкая Е.С.

Authors: Pustovetskaya ES

Научный руководитель: к.м.н. Павленко Н.И.

Research supervisor associate prof. Pavlenko NI

*Омский государственный медицинский университет
Россия, Омск, Омская область*

В числе фертильно опасных заболеваний детского возраста исследователи выделяют перекрут придатков матки. Частота встречаемости данной патологии у девочек составляет 4,9 на 100 000 женского населения в возрасте до 20 лет. Неспецифичность клинических проявлений перекрута придатков матки приводит к позднему обращению пациенток за медицинской помощью, и в итоге к снижению их репродуктивных перспектив

Aim/Цель исследования: провести анализ случаев перекрута придатков матки у девочек на территории Омской области за 2017-2022 годы.

Methods/Материалы и методы исследования: В клинике детской хирургии Омского государственного медицинского университета с 2017 по 2022 год находились на обследовании и лечении 43 девочки в возрасте от 2 месяцев до 17 лет с перекрутом придатков матки. Всем девочкам с целью уточнения диагноза было проведено общее клиническое обследование, ультразвуковое исследование с качественной оценкой гонадного кровотока. Лечение заключалось в выполнении лапароскопии, деторсии придатков матки.

Results/Результаты: Основными жалобами при перекруте придатков матки у девочек первого года жизни были приступы беспокойства, сопровождающиеся срыгиванием или рвотой; у девочек старше 1 года - приступообразные боли в животе в сочетании с рвотой. По результатам ультразвукового исследования у всех пациенток отмечено увеличение объема пораженной гонады до 27,5 (10,0;78,5) см³ с изменением ее эхоструктуры и отсутствие

кровотока по результатам цифрового доплеровского картирования. Оперативное лечение выполнено всем девочкам, в том числе в 3 случаях с органоуносящим результатом виду видимого некроза яичника и маточной трубы вследствие поздней диагностики в сочетании с тугим заворотом придатков матки.

Conclusion/Выводы: Ввиду неспецифичности клинической симптоматики перекрута придатков матки у девочек, все пациентки с приступообразными болями в животе в сочетании с тошнотой и рвотой должны быть осмотрены как врачом - детским хирургом, так и врачом - акушером-гинекологом.

РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

THE DIFFERENT SURGICAL TREATMENT OF INTESTINAL INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN

Авторы: Пухова Д.Д., Карюка Д.Д.

Authors: Pukhova D.D., Karyuka D.D.

Научный руководитель: к.м.н. Козулина Н. В.

Research supervisor Candidate of Medical Sciences Kozulina N.V.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Россия, Нижний Новгород, Нижегородская область

Цель: изучение методов лечения инвагинации кишечника у детей

Материалы и методы: проанализированы истории болезней 42 пациентов, госпитализированных в экстренном порядке по поводу инвагинации кишечника с 2021 по 2023 гг. в хирургическом отделении Нижегородской областной детской клинической больницы (НОДКБ).

Результаты: при отсутствии клиники перитонита пациентам проводилась пневмокомпрессионная дезинвагинация под общим обезболиванием. Из 42 пациентов данное вмешательство было выполнено у 15 детей (35%). При безуспешной пневмокомпрессии осуществляется оперативное вмешательство, при этом методом выбора является лапароскопический доступ. Успешные лапароскопические дезинвагинации были осуществлены у 12 детей (28%). У 15 детей (35%) ввиду наличия признаков разлитого перитонита с длительным анамнезом заболевания выполнялась срединная лапаротомия. При открытой операции дезинвагинация осуществляется мануально методом «выдаивания» с последующей оценкой кишечной стенки и брыжейки кишки. В 12 случаях из 15 выявлен некроз кишки, что потребовало выполнения резекции. Лишь у 3 детей расправленная при лапаротомии инвагинированная кишка была жизнеспособна. При анализе историй болезней 13 пациентов с инвагинацией, поступивших в хирургическое отделение НОДКБ в 2023 г., отмечено, что 10 из них были детьми в возрасте от 1 – 3 лет и только трое - старше 3 лет.

Выводы: группой риска по развитию кишечной инвагинации являются дети младшего возраста (от 1 – 3 лет). В большинстве случаев необходимо оперативное вмешательство, которое предпочтительно проводить лапароскопическим доступом. Наличие симптомов разлитого перитонита в большинстве случаев является сигналом некроза кишки, что требует проведения срединной лапаротомии и резекции измененного участка кишки. Таким образом, при выборе метода лечения инвагинации необходима дифференцированная тактика и тщательная оценка симптоматики.

**МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОМ
РЕФЛЮКСЕ У ДЕТЕЙ**
**MARKERS OF KIDNEY DAMAGE IN VESICOURETERAL REFLUX IN
CHILDREN**

Авторы: Пяткова М.Ю., Зенченко О.А., Красильников А.А.

Authors: Pyatkova M.Yu., Zenchenko O.A., Krasilnikov A.A.

Научный руководитель: Ю.В. Тен, д.м.н. профессор

Research supervisor Yu.V. Ten, MD, Professor

*Алтайский государственный медицинский университет
Россия, Барнаул, Алтайский край*

Цель: Установить клинически значимые маркеры повреждения почечной ткани у больных на фоне ПМР для ранней диагностики и определения тактики ведения.

Материалы И Методы: В исследование включены 90 детей с различной степенью ПМР в возрасте от 1 года до 15 лет (средний возраст 12,4), которые находились на обследовании и лечении в отделениях нефрологии и уроandroлогии за 2021-2023 гг.

Всем больным проводилось клиничко-лабораторное обследование, исследование уровня канальцевой протеинурии, УЗИ почек с доплерографией, рентгенурологическое исследование.

Результаты: Исследуемые группы имели следующие характеристики.

Первая группа — дети с ПМР I-II степени - 45 больных, из них мальчиков 30%, девочек 70%. Вторая группа — ПМР III-IV степени, 36 больных, гендерное распределение в группе – мальчиков 39% , девочек 61%. Третья группа — ПМР III-IV степени, ХБП 3-5 ст. - 9 больных, из них мальчиков 55%, девочек 45%.

По данным УЗИ почек с доплерографией при ПМР IV степени достоверно чаще, чем при ПМР I степени выявлялось нарушение кровотока.

Активность ИМС на момент обследования определялось более чем у 90%, причем у 17% - 1 эпизод, а у 83% рецидивирующее течение.

Повышение уровня микропротеина отмечалось у 20 %, и было достоверно выше у детей с ПМР III-IV степени и у детей с ХБП 3-5 ст.

Снижение СКФ по креатинину чаще встречается у детей с двусторонним ПМР 4 степени и рецидивирующей ИМС.

У 40% детей по данным пробы Зимницкого была выявлена нормостенурия, гипостенурия выявлена у 60% больных.

Выводы: Прогностически неблагоприятными признаками прогрессирования заболевания почек является: наличие микропротеинурии, гипостенурии и уменьшение размеров почек по данным УЗИ. Раннее выявление и коррекция ПМР, междисциплинарное взаимодействие урологов и нефрологов в перспективе сделает возможным предупреждение дальнейшего прогрессирования патологии и профилактику развития почечной недостаточности.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
TREATMENT OF CHILDREN WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY

Авторы: Пятыгина Д. А.

Authors: Piatygina DA

Научный руководитель: Цыганенко В. С.

Research supervisor Tsyganenko VS

*Уральский государственный медицинский университет
Россия, Екатеринбург, Свердловская область*

Aim/Цель: проанализировать методы лечения тяжелой черепно-мозговой травмы в детском возрасте.

Methods/Методы: в аналитическую выборку клинического материала включены 86 пациентов находившихся на лечении в отделении травматологии ДГКБ №9 за 2019–2023 гг.

Средний возраст детей составил $7,6 \pm 1,3$ лет. В половом соотношении мальчики преобладали над девочками – 60,7% и 39,3% соответственно. В обследовании – КТ черепа и головного мозга.

Results/Результаты: Закрытая черепно-мозговая травма преобладала над открытой черепно-мозговой травмой 60,7% и 39,3% соответственно, 13,8% – проникающая ОЧМТ. У 63 пациентов ЧМТ была в составе тяжелой сочетанной травмы, у 23 детей – изолированная. Пациентам при поступлении выполнена нейровизуализация, у 55 (63,9%) детей выявлено наличие внутричерепных гематом различной локализации. По локализации преобладали эпидуральные гематомы – 65,5%. Оперативное лечение потребовалось 72 (84%) пациентам. Структуру оперативного лечения составляли: декомпрессивная резекционная трепанация черепа (n=16), открытая репозиция отломков костей черепа и удаление инородных тел (n=41). Установка датчика внутричерепного давления была показана в 15 случаях. Показанием к установке датчика ВЧД являлось: уровень сознания по ШКГ ≤ 8 баллов, интраниальные изменения вещества головного мозга, не требующие экстренного оперативного лечения.

Conclusion/Выводы: 1. Всем детям с ЧМТ показано выполнение нейровизуализации в неотложном порядке для верификации тяжести повреждений.

2. Раннее лечение детей с тяжелой ЧМТ снижает риск неврологических последствий, летальности, и позволяет начать более раннюю реабилитацию пациента.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ 3 ПАЛЬЦА ЛЕВОЙ КИСТИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ POST-TRAUMATIC DEFORMITY OF THE 3RD FINGER OF THE LEFT HAND: CLINICAL CASE

Авторы: Репненко А.М.

Authors: Repnenkov AM

Научный руководитель: к.м.н., доц. Шастин Н.П.

Research supervisor CandMedSci Shastin NP

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова Россия, Москва, Москва и Московская область*

Девочка, 15 лет, в 2016 г получила химический ожог ногтевой фаланги 3 пальца левой кисти (выводя бородавку соком чистотела, случайно вылила его на ногтевую фалангу). В последующем сформировалась деформация. В 2018 г выполнены корригирующая остеотомия средней фаланги, металлоостеосинтез. Пациентка не соблюдала рекомендации врачей, нерегулярно носила ортез, продолжала заниматься спортом. Через 8 месяцев отмечен рецидив деформации. В июле 2023 г на рентгенограмме дистальная фаланга 3 пальца левой кисти искривлена под углом, основание её деформировано. После консультации в консультативно-диагностическом центре госпитализирована в отделение микрохирургии. При поступлении 03.08.2023 г. отмечается девиация ногтевой фаланги 3 пальца левой кисти в лучевую сторону. По лучевой поверхности дистального межфалангового сустава – деформирующий рубец. 04.08.2023 выполнена операция: устранение деформации ногтевой фаланги 3-го пальца левой кисти. Произведена её остеотомия, металлоостеосинтез, кожная пластика местными тканями. В отделении пациентка получала цефазолин и пентоксифиллин, проводились сеансы гипербарической оксигенации. Выписана 11.08.2023 г. в удовлетворительном состоянии, швы состоятельные, отделяемого нет, отек умеренный. Края ран по тыльной поверхности и лучевому краю пальца покрыты коркой.

Для удаления металлофиксатора госпитализирована 13.09.2023. Заживление раны первичным натяжением. Область введения металлофиксатора без признаков воспаления, спица удалена.

При катamnестическом осмотре в ДГП №131 29.12.2023 воспалительных изменений нет, нормотрофические рубцы. Незначительная деформация сохраняется. Носит ортез, занимается ЛФК

Таким образом, оперативное лечение рецидива посттравматической деформации 3 пальца левой кисти с применением металлоостеосинтеза, а также регулярное использование ортеза дали положительные результаты у данной больной.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ TREATMENT TACTICS FOR PILONIDAL CYSTS

Авторы: Рольгейзер Е.Е., Клеймёнов Е.В., Зацепин Р.Д.

Authors: Rolgeizer E.E., Kleimenov E.V., Zacepin R.D.

Научный руководитель: д.м.н, профессор Тен Ю.В

Research supervisor md, professor Ten Y.V

Алтайский государственный медицинский университет

Россия, Барнаул, Алтайский край

Цель исследования. Показать метод операционного лечения, оценить результаты данного метода: иссечения пилонидальных кист с последующим прошиванием тканей к надкостнице крестца и копчика, у детей подросткового возраста.

Материалы и методы. В больницу КГБУЗ «Детская городская клиническая больница №7» города Барнаул в период с 2018 по 2023 года было прооперировано 169 детей с диагнозом пилонидальная киста без абсцесса. В группу риска входили дети подросткового возраста. Предоперационный период включал в себя: ультразвуковое исследование для уточнения анатомии кисты, лабораторные исследования (ОАК, Биохимический анализ). Был проведен ретроспективный анализ историй болезней. 101 пациент из основной группы, из них 87 мальчиков и 14 девочек, которым было проведено хирургическое вмешательство, иссечение кисты путем подшивания ткани с надкостницей копчика и крестца. 68 пациентам из контрольной группы, из них 10 девочек и 58 мальчиков, было проведено хирургическое вмешательство, путем ушивания кисты простым узловым швом или швом по Донати.

Результаты. Среди пациентов из основной группы было выявлено 11,9% возникновения рецидивов (из 101 человека 12 были повторно прооперированы). Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений, сроки госпитализации составили 7 койко-дней. В группе больных из контрольной группы наблюдалось большее возникновение рецидивов, из 68 пациентов 35 были повторно прооперированы (это составило 51%%), среди них у 5 пациентов наблюдалось возникновение абсцесса и повторная операция.

Вывод. По результатам нашего исследования можно сделать вывод, о высокой эффективности операционного метода иссечения пилонидальных кист. В сравнении с традиционным ушиванием кисты, данный метод позволяет снизить риски возникновения рецидивов и осложнений в послеоперационном периоде, уменьшить сроки реабилитации у пациентов, увеличить косметический вид операции.

СРАВНЕНИЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ. COMPARISON OF ROBOT-ASSISTED AND LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY IN CHILDREN

Авторы: Романович Е.С.

Authors: Romanovich E.S.

Научный руководитель: член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Козлов Ю.А.
**Research supervisor Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, MD,
Professor Kozlov Yu.A.**

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии и
детской хирургии ДПО Россия, Иркутск, Иркутская область*

Введение. В исследовании представлены сравнительные статистические данные между робот-ассистированной и лапароскопической пиелопластикой.

Материалы и методы. В исследовании представлены ретроспективные данные, касающиеся всех пациентов с обструкцией пиелоуретерального сегмента, которым была выполнена пиелопластика Anderson-Hynes с использованием робот-ассистированной

хирургии—17 пациентов, и лапароскопической технологии—24 пациента, в ГБУЗ ИГОДКБ в период с января 2020 по декабрь 2023г. Роботизированные операции выполнялись с использованием новой роботической платформы Versius компании CMR (Cambridge Medical Robotics, Великобритания). В ходе исследования регистрировали периоперативные параметры пациентов, связанные с демографическими данными, деталями операции, а также ранними и отдаленными последствиями оперативных вмешательств.

Результаты. Средний возраст пациентов на момент операции в группе робота составил 11 [7;15]лет , в группе лапароскопии 4 [1,9;6,8]года. Средний вес больных на момент операции в группе робота составил 54,6 [29,1;63]кг, в группе лапароскопии 17 [11,5;26,8]кг. Длительность хирургического вмешательства в группе робота составила в среднем 157,5 [128,8;196,3]мин, в группе лапароскопии 117,5 [95,0;161,3]мин . Продолжительность пребывания в палате интенсивной терапии в группе робота составила в среднем 19,0 [16,9;19,6]ч, в группе лапароскопии 19,0 [17,0;19,0]ч. Длительность госпитализации в группе робота составила в среднем 7 [6;7]дней, в группе лапароскопии 14 [13;14]дней. Во всех случаях операции протекали без интраоперационных осложнений и без конверсии в открытые процедуры.

Заключение. В данном исследовании на примере статистического анализа, показано, что робот-ассистированная пиелопластика по методике Anderson-Hynes является приемлемой альтернативой лапароскопической технике, обладая при этом преимуществами, такими как 3D-визуализация, увеличение операционного поля, улучшенная маневренность при работе инструментами, 7 степеней свободы.

РОЛЬ ВЛАЖНОЙ СТОМЫ ПРИ ЭНТЕРОЦИСТОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ THE ROLE OF A WET STOMA IN ENTEROCYSTOPLASTY IN CHILDREN

Авторы: Ронкильо Замора М.В.

Authors: Ronquillo Zamora M.V.

Научный руководитель: д.м.н. Николаев В.В.

Research supervisor DMedSci Nikolaev V.V.

*Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и
травматологии*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель: оценить эффективность влажной стомы при энтероцистопластике у детей.

Материалы и методы: Энтероцистопластика выполнена у 216 пациентов за период с 1998 по 2023 год. Влажная стома формируется после создания кишечного мочевого резервуара или аугментирующей энтероцистопластики из детубуларизованного сегмента подвздошной кишки длиной около 30 см. Перед его полным закрытием, стенка сформированного мочевого резервуара сшивается с кожей, простым узловыми швами, образуя отверстие диаметром 0,5-0,7 см по средней линии в надлонной области, для комфорта пациента и свободно выхода слизи в памперс у грудных де-тей, или для приклеивания уроприемников у детей старшего возраста.

Результаты: Осложнения со стороны мочевого резервуара при создании влажной стомы - 3 случая пролапса слизистой в области стомы; девиация (4 случая) и стеноз стомы (3 случая) которые не требовали экстренных госпитализации и исправлены при закрытии влажной стомы. 3 случая пролапса слизистой в области стомы (из-за расхождение прямых мышц живота при ЭМП) не повлияли на технику закрытия влажной стомы и не потребовали срочных госпитализации. Осложнений требующих хирургических вмешательств не отмечено.

Выводы: 1. Влажная стома позволяет исключить ранние осложнения энтероцисто-пластики и необходимость в экстренной госпитализации. 2. Койко-день составил 10-14 дней. 3. Влияние емкости на адаптационные характеристики мочевого резервуара – получены удовлетворительные результаты. 4. Уменьшение количества слизистого отделяемого при его свободном выходе из резервуара.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ
FEATURES OF THE CLINIC AND RESULTS OF TREATMENT OF ACUTE
HEMATOGENIC OSTEOMYELITIS IN CHILDREN**

Авторы: Рузанова А.А.

Authors: Ruzanova A.A.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Барская М.А., к.м.н., доцент Терехина М.И.

Research supervisor Doctor of Medical Sciences, Professor Barskaya M.A., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Terekhina M.I.

Самарский государственный медицинский университет

Россия, Самара, Самарская область

Aim/Цель: анализ особенностей клиники и результатов лечения острого гематогенного остеомиелита (ОГО) у детей различного возраста.

Methods/Материалы и методы. С 2017 по 2023 г.г. в отделениях гнойной хирургии и патологии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина находились на лечении 45 детей (24 мальчика и 21 девочка) с различными формами ОГО. Всем пациентам после осмотра выполнялись лабораторное, ультразвуковое и рентгенологическое исследования, по показаниям – КТ.

Results/Результаты: Распределение по возрастам было следующее: новорожденные – 11 детей, грудного возраста – 10, раннего возраста (1-3 года) – 4, дошкольники (4-6 лет) – 4, от 7 до 14 лет – 16.

У 2 детей наблюдался ОГО пяточной кости, у 2 – малоберцовой кости, у 3 – большеберцовой, у 13 – бедренной кости, у 13 – плечевой, у 9 – плюсневых костей; ключица, лучевая и ладьевидная – по одному наблюдению.

Из 32 детей с поражением длинных трубчатых костей у 13 пациентов диагностирован метадиафизарный остеомиелит, у 19 – метаэпифизарный (исключительно у детей первых трех лет жизни, 7 из которых – новорожденные).

Детям с метадиафизарным остеомиелитом в 9 наблюдениях выполнено вскрытие флегмоны мягких тканей и остеоперфорация, в 4 – остеоперфорация.

Из 19 пациентов с метаэпифизарным остеомиелитом в 9 наблюдениях производились пункции суставов, в 4 – артротомия. 6 детей лечились консервативно.

При остеомиелите ключицы производилось вскрытие флегмоны мягких тканей, детям с поражением пяточной и плюсневых костей выполнялось вскрытие флегмоны мягких тканей и остеоперфорация.

Летальных исходов не было. Все дети выписаны с улучшением. Хронизация процесса выявлена у двух пациентов (4,4%). Средний койко-день – 21,8.

Conclusions/Выводы: для улучшения результатов лечения важное значение имеет знание особенностей клиники и хирургической тактики при ОГО у детей различных возрастных групп. Комплексное лечение позволяет свести летальность к нулю, уменьшить частоту хронизации процесса.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫМИ
ФОРМАМИ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ
RESULTS OF TREATMENT OF CHILDREN WITH PLEURAL FORMS OF
ACUTE PURULENT DESTRUCTIVE PNEUMONIA**

Авторы: Рябкова П.С.

Authors: Ryabkova P.S.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Терехина М.И.

**Research supervisor Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Terekhina M.I**

Самарский государственный медицинский университет

Россия, Самара, Самарская область

Aim/Цель: Изучить результаты лечения детей с лёгочно-плевральными формами острой гнойной деструктивной пневмонии.

Methods/Материалы и методы: В период с 2021 по 2023 год в детском гнойном хирургическом отделении ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина находился на лечении 71 пациент с диагнозом острая гнойная деструктивная пневмония. Целевую группу составили 53 человека с лёгочно-плевральной формой, среди которых с пиотораксом было 29 человек (54,7%), с пиопневмотораксом - 5 (9,4%), с плевритом – 13 (24,5%), с пиофибринотораксом – 6 (11,3%). Для диагностики проводился осмотр, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ плевральных полостей, анализ плеврального выпота, микробиологическое исследование плевральной жидкости, бронхосмыслов, крови. Все пациенты получали комплексное лечение. Пункции плевральной полости выполнены 17 пациентам (32,1%), дренирование – 20 (37,7%), торакоскопическая санация – 5 (9,4%), санационные фбс – 16 (30,2%), физиолечение – 36 (67,9%). Среднее количество койко-дней – 20.

Results/Результаты: По результатам проведённого исследования мы установили, что наиболее частая форма - пиоторакс. Полного выздоровления достигли 48 пациентов (90,6%), улучшения — 5 пациентов (9,4%), хронизации заболевания в целевой группе не выявлено (0%). Наиболее часто в лечении используются пункции плевральной полости и дренирование плевральной полости, что позволяет минимизировать травматизацию пациента, при этом обеспечивая необходимый отток экссудата из плевральной полости. Торакоскопическая санация плевральной полости выполнялась при пиофибринотораксе.

Conclusions/Выводы: Современные комплексные методы лечения позволяют пациентам достигнуть полного выздоровления, а также снизить риски развития осложнений впоследствии, сохраняя качество жизни.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБШИРНОЙ
РАЗМОЗЖЕННОЙ ТРАВМЫ ПРАВОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.
CLINICAL CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF EXTENSIVE CRUSH
INJURY OF THE RIGHT UPPER LIMB.**

Авторы: Саидова П.С., Мусхаджиева Ф.А., Висайтова З.А., Бачигов А.Т.

Authors: Saidova PS, Muskhadzhiyeva FA, Visaitova ZA, Bachigov AT

Научный руководитель: д.м.н. Ферзаули А.Н.

Research supervisor DMedSci Ferzauli AN

Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова

Россия, Грозный, Чеченская Республика

Цель: демонстрация возможностей хирургической пластики при обширной размозженной травме верхней конечности.

Материалы и методы: ребенок получил травму вследствие неосторожного обращения с измельчителем сена за 2 часа до поступления в ДКБ No2 г. Грозного. При осмотре отмечается обширная открытая рана предплечья и кисти с дефектом покровных мягких тканей передней поверхности кисти и предплечья. В ране отмечаются оголённые сухожилия сгибателей кисти, срединный нерв, рваные и загрязненные мышцы предплечья. Дефект покровных тканей предплечья и кисти простирался от средней трети передней поверхности предплечья до середины ладонной поверхности кисти. Края раны были неровными, рана умеренно кровоточила. В области нижней трети локтевой кости отмечался его фрагмент, свободно лежащий в ране. Отмечалась патологическая подвижность нижней трети костей предплечья. Пальцы кисти были бледно-розовой окраски, теплые. Было проведено оперативное лечение в 2 этапа.

Результаты: 12.12.2023 был выполнен 1 этап операции (ПХО раны правого предплечья, шов сухожилия лучевого сгибателя запястья, остеосинтез лучевой и локтевой костей спицей, пластическое замещение дефекта мягких тканей правого предплечья и кисти несвободным кожно-фасциальным лоскутом с живота. 15.12.2024 г. был проведен 2 этап: отсечение ножки кожно-фасциального лоскута живота, с дальнейшим ушиванием ран в области живота и предплечья. В результате операции обширный дефект мягких тканей передней поверхности правого предплечья и кисти был закрыт. В настоящее время пациент проходит реабилитацию, в результате которой отмечается положительная динамика в виде восстановления функций кисти.

Выводы: тяжелый травматизм у детей остаётся актуальной проблемой в хирургии. Своевременное оказание высокотехнологичной медицинской помощи позволяют восстановить поврежденные структуры и сохранить качество жизни пациента.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ВРЕМЕННОГО БЛОКИРОВАНИЯ ЗОН
РОСТА ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ И ДЕТЕЙ
EXPERIENCE OF USING THE METHOD OF TEMPORARY BLOCKING
GROWTH ZONES OF TUBULAR BONES IN ADOLESCENTS AND CHILDREN**

Авторы: Салимов Т.К.

Authors: Salimov T.K.

Научный руководитель: к.м.н., ассоциированный профессор, руководитель “Центра редкой костной патологии”, Досанов Болатбек Алибекович

Research supervisor CMedSci, Associate Professor, Head of the “Center for Rare Bone Pathology”, Dosanov Bolatbek Alibekovich

Медицинский университет Астана

Казахстан, Астана, Акмолинская область, Казахстан

Цель исследования. Оценить результативность хирургической коррекции укорачивающих и угловых деформаций нижних конечностей в детском и подростковом возрасте с помощью использования временного эпифизиодеза.

Материалы и методы. За период с 2019 года и по настоящее время на базе «Центра диагностики и лечения редкой костной патологии» при клинике Аланда г. Астана 58 пациентам с различными патологиями опорно-двигательного аппарата были проведены оперативные вмешательства по установке временной блокады зоны роста. Из них угловые деформации нижних конечностей отмечались у 6 пациентов, укорочение длины одной конечности у 45 и комбинированных патологии у 7 пациентов. Мальчиков – 31, девочек – 27. Возрастной диапазон пациентов варьировался от 3 до 15 лет, средний возраст составил 8,7 лет. Всем пациентам были установлены накостные металлические пластины с двумя винтами. Оперативное вмешательство проводилось строго под интраоперационным рентген - контролем.

Результаты. Промежуточные итоги применения временного эпифизиодеза у детей с деформациями нижних конечностей показал хорошие результаты. Результаты эффективности установки ВБЗР зависит от тяжести и степени деформации, тем не менее срок нахождения костного импланта в нашей практике в среднем составляет от 12 до 24 месяцев. Оценка динамики проведенного лечения включает в себя: физикальный осмотр и рентген нижних конечностей с анализом состояния зоны роста каждые 3 месяца. Наблюдается улучшение в движениях тазобедренных, коленных и голеностопных суставах, а также психологической и социальной адаптацией ребенка. Осложнений во время и в послеоперационном периоде не наблюдалось. В 11 случаях удаления пластин цель установки была достигнута, повреждении зон роста не было.

Выводы. В итоге, использование временной блокады зоны роста у детей и подростков является малоинвазивным и эффективным, а также простым в исполнении методом коррекции деформации нижних конечностей.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ
ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF THE APPROACH TO THE TREATMENT OF TRAUMATIC BRAIN INJURIES IN CHILDREN IN THE CHECHEN REPUBLIC

Авторы: Саралиева Э.Ш., Мусхаджиева Ф.А., Тайдаева А.И., Баймурзаев И.А.

Authors: Saralieva ES, Muskhadzhiyeva FA, Taydaeva AI, Baymurzaev IA

Научный руководитель: д.м.н. профессор Ферзаули А.Н.

Research supervisor DMedSci Ferzauli A.N.

*Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова
Россия, Грозный, Чеченская Республика*

Цель: провести анализ эффективности подхода к лечению черепно-мозговых травм у детей в Чеченской Республике.

Материалы и методы: за 2022-2023 гг. на лечении в нейрохирургическом отделении ГБУ «Детская клиническая больница №2 города Грозного» находилось 1219 пациентов, из которых 806 (66,1%) - пациенты с черепно-мозговой травмой. Из них на долю открытых ЧМТ приходилось 79 (9,8%) случаев.

Результаты: хирургическое лечение потребовалось 51(6,3%) пациенту. В зависимости от конкретной хирургической задачи с целью диагностики и лечения были проведены различные виды трепанации черепа с последующей краниопластикой. Осложнений после хирургического лечения выявлено не было. Среди оперированных детей летальных исходов не было. Из общего количества детей с черепно-мозговой травмой летальность составила 0,7% (6 пациентов).

Выводы: проведенный анализ показал, что на летальный исход повлияли такие факторы, как сопутствующие повреждения от сочетанной травмы, необратимые повреждения головного мозга у детей с ЧМТ тяжелой степени, в том числе находящихся в коме (Шкала комы Глазго 3 балла). Тогда как хирургическое лечение значительно увеличивало шансы на благоприятный исход. Учитывая процент летальности (0,7%) следует

вывод, что в Чеченской республике наблюдается общая тенденция к улучшению результатов лечения ЧМТ у детей.

ТЕРАТОМА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ TERATOMA OF THE SACROCOCCYGEAL REGION IN NEWBORNS

Авторы: Сауранбай Д, Бердикулова Ж

Authors: Sauranbay D. Berdikulova Zh

Научный руководитель: Научный руководитель: проф. Кусаинов А.З.

Research supervisor Research supervisor: Kusainov A.Z.

Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова

Казахстан, Алматы, Алматинская область, Казахстан

Цель: Анализ результатов хирургического лечения тератомы крестцово-копчиковой области (ККТ) у новорожденных.

Материалы и методы: в ГКП на ПВХ «Центр детской неотложной медицинской помощи» г. Алматы с 2019 по 2023 гг. оперирован 12 новорожденных с диагнозом крестцово-копчиковая тератома. Мальчиков n=4 (33,7%), девочек n=8 (66,3%). Гестационный возраст младенцев составлял от 33 до 41 недели. 7 (58%) детей родились физиологическим путем, 5 (42%) - путем кесарева сечения, в среднем 6-8 баллов по шкале Апгар. Сочетанный врожденный дефект встречался у 2-х младенцев: n=1 (8 %) крипторхизм; n=1 (8 %) врожденный порок сердца ДМЖП.

Результаты. Согласно анатомо-морфологической классификации, разработанной Американской академией педиатрии (R.P.Altman, 1973): I тип у 7 (58%), II тип – у 5 (42%), III тип, IV тип не встречались. По результатам гистологического исследования: доброкачественная форма ККТ подтверждена у всех 12 новорожденных. Послеоперационное осложнение было у 1 ребенка в виде осложнения послеоперационной раны.

Заключение. Очень важно своевременное выявление тератомы крестцово-копчиковой области. В большинстве случаев тератома крестцово-копчиковой области четко выявляется при УЗИ, проводимая на 2-3 триместрах беременности, и дает информацию, необходимую для наблюдения за беременностью и планирования родов.

Новорожденные с ККТ должны быть переведены в специализированную клинику в первые 1-2 дня. Эффективная операция проводимая в первые дни жизни ребенка позволяет определить морфологическую и гистологическую форму тератомы и предотвратить осложнения, возникающие из-за опухоли, т. е. переход в злокачественную форму, метастазы в соседние ткани, нарушение функции прямой кишки и мочевого пузыря. Осложнения после операции встречаются очень редко. Все новорожденные после операции должны находиться под наблюдением онкологов и детских хирургов.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

ENDOVIDEOSURGERY METHOD OF TREATMENT FOR PERFORATED GASTRIC ULCERS IN CHILDREN

Авторы: Сауранбай Д., Тoleбек Б

Authors: Sauranbay D., Tolebek B.

Научный руководитель: Научный руководитель: проф. Турсунов К.Т., Дуйсебаев М.Т.

Research supervisor: Tursunov K.T., Duysebaev M.T.

Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова

Казахстан, Алматы, Алматинская область, Казахстан

Цель: сравнительное изучение эффективности традиционных и эндовидеохирургических (ЭВХ) методов оперативного лечения перфоративных язв желудка (ПЯЖ) у детей.

Материалы и методы: Для оценки эффективности традиционных и лапароскопических методов оперативного лечения ПЯЖ у больных изучены ИБ 2 групп

пациентов. В I группу вошли 15 детей, которым в период 2014–2017 гг. произведена срединная лапаротомия с ушиванием, санацией и дренированием брюшной полости. Во II группу вошел n=21 случай, которым в период 2018–2022 гг. проведено лапароскопическое ушивание перфоративных язв желудка. При ревизии у всех установлен серозно-фибринозный перитонит. У I группы больных ПЯЖ ушивали двух рядными узловыми швами в поперечном направлении по отношению к оси желудка с тампонадой сальником. Во II гр. у n=21 случаях ушивание место перфорации производили с использованием синтетического нерассасывающего монофиламентного материала №1/0-2/0 с экстракорпоральным формированием узлов по Roeder. После санации брюшной полости антисептическим раствором в зону ушитой язвы оставляли микроирригатор и в малый таз дренаж «ОКА».

Результаты. В п/о периоде дети I группы находились на стационаре до 10-12 суток, болевой синдром до 5-ти суток, у n=3 отмечаны п/о осложнения: лигатурный свищ, парез кишечника, нагноение п/о раны. Дети II группы - в стационаре до 7-8 суток, в 1-ом случае п/о осложнение в виде нагноения п/о раны. В I группе детей в 1 случае: нагноение лапаротомной раны, у II - лигатурный свищ в области лапаротомного разреза, в III случае - нагноение раны на месте дренажа. После традиционной операции осложнений было в 3 (20%) случаях. Осложнения после ЭВХ ушивания в 1 (4,7%) случае, нагноение раны на месте дренажа «ОКА».

Выводы. Минимальная травматичность лапароскопической операции, уменьшение болевого синдрома после операции до 3 суток, ранняя активизация больного на 4-5 суток, сокращение сроков пребывания в стационаре, снижение количества п/о осложнений в 4 раза дает нам ЭВХ операцию методом выбора при у детей.

ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИЯ ПОД ICG-НАВИГАЦИЕЙ У ДЕТЕЙ VARICOCELECTOMY UNDER ICG-NAVIGATION IN CHILDREN

Авторы: Сачкова Е.Д.

Authors: E.D. Sachkova

Научный руководитель: член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Козлов Ю.А.
**Research supervisor Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, MD,
Professor Kozlov Yu.A.**

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Иркутск, Иркутская область*

Цель. Демонстрация использования новой методики лимфографии с применением индоцианина зеленого (ICG) при лапароскопической варикоцелэктомии по методу Palomo-Ерохина.

Материалы и методы. В исследовании представлены ретроспективные данные, касающиеся 7 пациентов мужского пола с варикоцеле 3 степени, сопровождающимся гипотрофией левого яичка и болевыми ощущениями в левой половине мошонки.

Результаты. Средний возраст пациентов на момент операции составил 16 [17;14] лет. Средний вес больных на момент операции составил 60 [68;54] кг. Во всех случаях операции протекали без интраоперационных осложнений и без конверсии в открытые процедуры. Длительность хирургического вмешательства составила в среднем 35 [35;30] мин. Продолжительность пребывания в палате интенсивной терапии составила в среднем 165 [170;165] мин. Длительность госпитализации составила в среднем 3,25 [3;3,25] дней. Сведений о побочных эффектах не было представлено, как и не было зарегистрировано сколько-нибудь убедительных данных в пользу возникновения ранних и поздних послеоперационных осложнений. Интратестикулярная инъекция ICG и использование флюоресцентного изображения позволили идентифицировать все лимфатические сосуды. Не было отмечено аллергии или других побочных реакций, вызванных ICG.

Заключение.

При наблюдении на протяжении 6 месяцев не было обнаружено признаков рецидива и формирования гидроцеле. Флюоресцентная лимфография с использованием ICG является

безопасным и эффективным методом лимфосберегающей лапароскопической варикоцелэктомии у детей, выполненной на манер операции Palomo-Ерохина.

СИМУЛЬТАННАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ВИДЕОАССЕСТИРОВАННЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

SIMULTANT HERNIOPLASTY IN VIDEO-ASSISTED RESECTIONS OF BENIGN INTESTINAL LESIONS IN CHILDREN

Авторы: Северинов Д.А., Зубкова Ю.А., Падалкина О.В.

Authors: Severinov D.A., Zubkova J.A., Padalkina O.V.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Гаврилюк В.П.

Research supervisor DMedSci Gavrilyuk VP

Курский государственный медицинский университет

Россия, Курск, Курская область

Цель исследования: продемонстрировать успешный опыт симультанного лечения доброкачественных образований кишечника и паховых грыж у детей.

Материалы и методы: в период с августа 2022 по ноябрь 2023 гг. в ОБУЗ КОДКБ (г. Курск) на лечении находилось трое детей с доброкачественными образованиями кишечника, у которых интраоперационно было выявлено незаращение глубоких паховых колец (двухсторонней локализации – 2 случая, правосторонней – 1). Все дети госпитализированы в экстренном порядке: двое детей с диагнозом «кистозное образование брюшной полости» (варианты манифестации – болевой синдром, кишечное кровотечение), один ребенок – инвагинация кишечника. Выполнена видеолaparоскопическая ревизия брюшной полости. Во всех случаях выполнена лапароскопическая герниопластика (PIRS). Далее для расправления инвагината и резекции образований производилась минилапаротомия в параумбиликальной области. При мануальном расправлении инвагината выявлен некроз участка подвздошной кишки, несущий Меккелев дивертикул, который был резецирован, сформирован двухрядный кишечный анастомоз по типу «конец-в-конец». Такая же тактика применена в случаях кистозных образований подвздошной кишки.

После оперативного лечения пациенты находились в отделении анестезиологии и реанимации в течение 5-6 дней, начало энтерального кормления на 4-е сутки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Все пациенты выписаны на амбулаторный этап в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки после операции.

Выводы.

Наш опыт оперативного лечения паховых грыж при резекциях образований кишечника позволяет предположить, о том, что включение этапа герниопластики не повлиял на течение послеоперационного периода. Такой подход позволяет избежать повторного оперативного вмешательства по поводу герниопластики и уменьшить кратность анестезиологического пособия. По нашему мнению, симультанные вмешательства имеют значительную перспективу и будут и далее внедряться в практическую деятельность.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И МЕХАНИЗМЫ ТРАВМ В БАТУТНЫХ ЦЕНТРАХ

PREVALENCE AND MECHANISMS OF INJURY IN TRAMPOLINE CENTERS

Авторы: Сергеев В.Е.

Authors: Sergeev VE

Научный руководитель: д.м.н. Никитин С.С.

Research supervisor DMedSci Nikitin S.S.

Петрозаводский государственный университет

Россия, Петрозаводск, Республика Карелия

Aim/Цель: Снижение детского травматизма в батутных центрах

Methods/Материалы и методы: Материалы – 187 историй болезней, с 2014 по 2023. Методы. Анализ первичной документации. Сбор анамнеза и осмотр пациентов. Посещение батутных. Обработка полученных данных (Количественные признаки представлены в виде

$M \pm \sigma$, где M -ср. арифм. , σ -ст. откл.. Для анализа рядов выборок использован критерий Шапиро-Уилка (P))

Results/Результаты: За 10 лет в травматологическом отделении ДРБ лечилось 7450 детей. Из них травмы в батутных центрах получили 187 детей. «Батутная травма» составила 2.51% от общего числа госпитализированных детей. Наиболее распространена батутная травма в возрасте от 7 до 12 лет. ($M \pm \sigma = 10 \pm 2.6$, $P = 0.011$) , мал. - 55%, дев. - 45% Состояние детей при поступлении расценивалось в 2% как тяжелое, в 70% - средней тяжести, в 28% - удовлетворительное. 63% детей получили травму позвоночника, 21% - травму верхних конечностей, 9% - травму нижних конечностей, 6% - черепно-мозговую травму. Пациенты описывали следующие механизмы повреждений – падение на спину, ягодицы и руки. Часть травм позвоночника была получена без факта падения. Причиной травм в 75% случаев выступает невыполнение техники безопасности и нарушение правил поведения. Сопутствующими факторами выступают отсутствие возрастных ограничений, защиты конструктивных элементов батута, слабая физическая подготовка, недостаточный инструктаж.

Conclusion/Выводы: 1. Частота травм детей в батутных центрах составляет 2.5% от общего числа госпитализированных 2. Наиболее часто госпитализация требовалась детям с травмами позвоночника - 63% 3. Причины травм: слабая физическая подготовка, нарушение правил техники безопасности и правил поведения. 4. Для снижения количества травм в батутных центрах необходимо усилить методы профилактики , которые заключаются в: - лицензирование данного вида деятельности; - сопровождение инструкторами; - разработке возрастных ограничений; - информирование о травмоопасности

НЕКРОТИЧЕСКАЯ ЭПИФАСТИАЛЬНАЯ ФЛЕГМОНА ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ У ДЕТЕЙ

NECROTIC EPIFASTIAL PHLEGMON IN CHILDREN WITH CHICKENPOX

Авторы: Сердюк В.М., Убийко А.А.

Authors: Serdyuk VM, Ubijko AA.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Барова Н.К.

Research supervisor KMedSci Barova NK

Кубанский государственный медицинский университет

Россия, Краснодар, Краснодарский край

Цель: улучшение результатов лечения детей с некротической эпифасциальной флегмоной (НЭФ) при ветряной оспе.

Материалы и методы: на базе ДХО-1 ГБУЗ «ДККБ» МЗ КК, в период с 2018 по 2023 год, проходили лечение 14 детей с ветряной оспой, осложненной НЭФ. Все пациенты госпитализированы в хирургическое отделение переводом из инфекционного стационара после завершения периода контагиозной стадии заболевания (5-е сутки после последнего высыпания). Возраст больных от 1 года до 6 лет. Мальчиков – 12 (85,7%), девочек – 2 (14,3%). По локализации процесса наиболее часто поражение приходилось на конечности – 4 (28,6%), грудную клетку – 4 (28,6%), брюшную стенку – 3 (21,4%). Поражение поясничной области - 2 (14,3%) и шеи в 1 (7,1%) случае. Сочетанное поражение отмечено у 3 (21,4%) больных. У всех взят посев на микробный пейзаж и чувствительность к антибиотикам. Все дети оперированы. Объем операции: вскрытие флегмоны насечками в шахматном порядке, санация, ультразвуковая кавитация гнойно-некротической полости. У 3 (21,42%) детей с обширным поражением применялась терапия отрицательным давлением со сменой повязки через 72 часа. Всем проводилась антибактериальная, детоксикационная, антикоагулянтная, симптоматическая терапия, ФТЛ.

Результаты: Бактериологическое обследование выявило рост культуры стрептококка в 3 (25%), стафилококка в 1 (7,1%) и грибковой флоры в 3 (21,4%) случаях. У 7 пациентов (50%) посев не дал роста. Регресс местного гнойно-некротического процесса достигнут в сроки от 3 до 5 суток. Заживление ран вторичным натяжением у 13 (92,85%). В 1(7,1%)

случае имел место некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки, потребовавший аутопластику расщепленным кожным аутооттрансплантатом. с результатом полного приживления. Средний койко-день составил 12. Все дети выписаны с выздоровлением.

Выводы: применение современных технологий в лечении гнойно-некротических осложнений ветряной оспы у детей позволяет добиться эффективной санации, адекватной регенерации и предотвращения осложнений.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В УРОЛОГИИ ROBOT-ASSISTED SURGERY IN UROLOGY

Авторы: Серегин В.В., Пангельская В.А

Authors: Seregin V.V., Pangelskaya V.A

Научный руководитель: член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Козлов Ю.А.
**Research supervisor Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, MD,
Professor Kozlov Yu.A.**

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии и
детской хирургии ДПО
Россия, Иркутск, Иркутская область*

Цель: Целью исследования является демонстрация нашего опыта в использовании робот-ассистированных операций в урологической практике для достижения наилучшего результата в лечении патологии в данной области.

Материал и методы: Объём оперативных вмешательств составил 37 случаев у детей разного возраста, включая: пиелопластику-17 случаев, нефрэктомия- 6 случаев, фенестрацию кисты почки- 6 случаев, внепузырную реимплантацию правого мочеточника- 3 случая, дивертикул мочевого пузыря-2 случая, уретеростомия- 1 случай, Hitching операцию- 2 случая.

Во время операций устанавливалось 4 эндоскопических порта: 1 роботический для установки 10 мм оптической системы, 2 роботических для установки 5 мм инструментов и 1 манипуляционный, диаметром 5 мм, для ассистента.

Результаты: Средний возраст пациентов на момент операции составил 12 [7;15] лет, средний вес - 41 [25;59] кг.

Длительность хирургического вмешательства, в среднем, составила 140[95;190] минут. Средняя длительность нахождения пациентов в палате интенсивной терапии составила 22 [19;24] часа. Средняя продолжительность госпитализации составила 11[6;14] суток. Все операции протекали без конверсий в открытые процедуры. Нами не было отмечено интраоперационных или ранних послеоперационных осложнений, как и рецидивов заболевания в течение 6 месяцев после оперативных вмешательств.

Выводы: Роботизированная хирургия является новым шагом в эволюции минимально-инвазивной хирургии у детей с урологической патологией. Робот дает многочисленные преимущества, включающие трехмерную визуализацию, 7 степеней движения инструментов, фильтрацию тремора, более короткую кривую обучения, что создает высокий потенциал для детской хирургии, которая требует тонкой работы в небольших по размеру анатомических пространствах.

**ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
FOREIGN BODY OF THE GASTROINTESTINAL TRACT AND RESPIRATORY
TRACT**

Авторы: Сивакова Я.А., Маранчак А.И., Птицын А.А., Баранов Д.А., Коряшкин П.В.

Authors: Sivakova Y.A., Maranchak A.I., Ptitsyn A.A., Baranov D.A., Koryashkin P.V.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Вечеркин В.А.

Research supervisor DMedSci, Professor Vecherkin V.A.

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко
Россия, Воронеж, Воронежская область*

Aim/Цель: улучшение результатов лечения детей с инородными телами ЖКТ и дыхательных путей.

Methods/Материалы и методы: В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н.Н.Бурденко с 2021 по 2023 гг. находилось на лечении 383 ребенка с инородными телами ЖКТ и 125 детей с инородными телами бронхов от 6 мес. до 15 лет. В клинической картине при инородных телах ЖКТ превалировали дисфагические симптомы, рвота, боли в животе, а при инородных телах бронхов - внезапное начало в виде поперхивания, расстройства дыхания вплоть до апноэ, появление геморагий на коже лица, кашель до рвоты, отказ от еды. Для диагностики использовали объективные методы, лучевые, инструментальные.

Results/Результаты: При эндоскопическом удалении инородных тел были выявлены изменения слизистой пищевода в виде электрохимического ожога, образования пролежней, травматического повреждения, в трахео-бронхиальном дереве обнаружены: воспалительный стеноз, гнойный эндобронхит, гипергрануляции слизистой. При эндоскопическом лечении и удалении инородных тел осложнений не отмечалось.

Conclusion/Выводы. 1. Эндоскопические удаления инородных тел у детей младшей возрастной группы необходимо производить только в порядке скорой помощи под общим обезболиванием. 2. При наличии осложнений со стороны слизистых ЖКТ необходимо динамическое эндоскопическое наблюдение и лечение в специализированном стационаре.

**МЕСТО ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШИННЫХ
ПЕРФОРАЦИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ.
THE PLACE OF LAPAROSCOPY IN THE TREATMENT OF
INTRAPERITONEAL PERFORATIONS OF THE BLADDER IN CHILDREN.**

Авторы: Сидорова Н.А.

Authors: Sidorova N.A.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шорманов И.С., д.м.н., доц. Щедров Д.Н.

Research supervisor d.m.s., prof. Shormanov I.S., MD, Assoc. Shchedrov D.N.

*Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра урологии с
нефрологией*

Россия, Ярославль, Ярославская область

Цель: Оценить возможности лапароскопии в диагностике и лечении пациентов младше 18 лет с внутрибрюшинными повреждениями мочевого пузыря.

Материалы и методы: В основу работы легли результаты лечения 16 пациентов с внутрибрюшинными перфорациями мочевого пузыря в возрасте до 18 лет, находившихся в ГБУЗ ЯО ОДКБ (г. Ярославль) за период 2003-2023 гг. В 10 случаях перфорации носили травматический характер, в 6 - ятрогенный характер.

Результат: Оперативное лечение выполнено традиционным доступом в 6 случаях, лапароскопическим - в 10. Группы пациентов сходны по клиническим параметрам. Лапаротомное оперативное вмешательство осуществлялось из нижнесрединного доступа (n=4) и доступа Пфаненштиля (n=2); при лапароскопическом вмешательстве (n=10) использовалась схема расположения троакарров с пупочным доступом для камеры и двумя доступами в подвздошных областях для инструментов.

В первые 10 лет (2002-2012 гг.) выполнено 5 открытых операций и 2 лапароскопические, а во вторые 10 лет (2013-2023) - 8 лапароскопических и одна открытая. Меняется тактика в отношении дренирования мочевого пузыря: в первый анализируемый период дренирование осуществлялось преимущественно путём цистостомии (n=5) и реже уретрального катетера (n=2), в последующем - преимущественно уретральным катетером (n=7), реже цистостомой (n=1) или путем одновременного дренирования стомой и катетером (n=1).

Выводы: Лапароскопическое ушивание - метод выбора во всех случаях изолированных внутрибрюшинных перфораций мочевого пузыря и в большинстве комбинированных повреждений. Показанием к открытому вмешательству служат сочетанные повреждения органов брюшной полости, активное внутрибрюшное кровотечение. Уретральный катетер обладает преимуществами перед цистостомией.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ЭЛЕКТРООЖОГ УШНОЙ РАКОВИНЫ **CLINICAL CASE: ELECTRIC BURN OF THE EAR**

Авторы: Ситдикова Д.М., Гайнуллин И.И., Калямова А.В., Футин Э.В.,
Мухамадиярова А.Р.

Authors: Sitdikova D.M., Gainullin I.I., Kalamova A.V., Futin E.V., Mukhamadiyarova A.R.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Морозов В.И.

Research supervisor DMedSci, Prof. Morozov V.I.

*Казанский государственный медицинский университет
Россия, Казань, Республика Татарстан*

Цель. Анализ случая электроожога ушной раковины у ребенка 3., мужского пола, 15 лет.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациента, находившегося на стационарном лечении в условиях хирургического отделения №2 ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ.

Результат. Пациент 3., 15 лет, поступил в хирургическое отделение №2 ДРКБ г. Казани по направлению из КДМЦ (Камский детский медицинский центр). Из анамнеза заболевания известно, что ребенка ударило током (входные ворота – кисти рук), когда он работал доильным аппаратом, после чего потерял сознание, отмечались судороги. Бригадой СМП доставлен в Муслимовскую ЦРБ, оттуда был направлен в КДМЦ, госпитализирован в реанимационное отделение. После стабилизации состояния переведен в педиатрическое, затем в ЛОР отделение. На момент получения электротравмы ребенок амбулаторно получал лечение в виде ушных капель в правый слуховой проход (название препарата достоверно не установлено). Состояние при поступлении в ДРКБ г. Казани средней степени за счет заболевания. Выставлен клинический диагноз: электроожог правой ушной раковины 2-3 степени. Проведена операция- некрэктомия, аутодермопластика. Исход: вялотекущее заживление трансплантата. В конечном итоге трансплантат стал некротизироваться, произошло его отторжение, в связи с чем, в последующем проведена ауриколопластика врачом комбустиологом – детским хирургом, совместно с ЛОР врачом.

Вывод. Особенностью данного клинического случая является то, что произошло электротермическое воздействие при электротравме на мягкие и хрящевые ткани правого уха при входных воротах электрического тока через кисти пациента, получающего лечение на момент травмы правого уха в виде ушных капель, которые, очевидно, и обусловили концентрацию электротока в данной области.

Несмотря на проведенную аурикопластику был диагностирован некроз трансплантата, что потребовало повторной аутодермопластики ушной раковины с последующим хорошим клиническим результатом хирургического лечения и выздоровлением ребенка.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЧАСТИЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ
ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ**
**SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH PARTIAL DAMAGE TO THE
ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT**

Авторы: Скавыш А.В.

Authors: Skavysh A.V.

Научный руководитель: к.м.н. Павлова Д.Д.

Research supervisor CMedSci Pavlova D.D.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.

Сеченова

Россия, Москва, Москва и Московская область

Aim/Цель: Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения детей с частичным повреждением передней крестообразной связки (ПКС) с использованием методик SAMBBA и all inside.

Methods/Материалы и методы: В Морозовскую ДГКБ в 2017–2022 гг. обратилось 56 детей с частичным повреждением ПКС в возрасте от 11 до 17 лет. Пациенты разделены на 3 группы: в 1-ой группе (n=14) выполнялась пластика ПКС по SAMBBA, во 2-ой (n=22) – по методике all inside, контрольную 3-ю группу (n=20) составили дети, которым пластика связки не выполнялась. Через 6 мес. после операции пациентам выполнялось МРТ. Через 1 год с момента операции пациенты проходили анкетирование по шкалам KOOS-Child (оценка последствий травмы коленного сустава и остеоартрита) и Pedi-IKDC (субъективная оценка формы коленного сустава международным комитетом по документации коленного сустава).

Results/Результаты: Через 1 год после пластики ПКС по методике all inside жалобы на боль отмечались у 8 детей (36,3%), на отёк – у 5 (22,7%). При этом у 6 из этих детей одномоментно был выполнен шов мениска. Через 1 год после пластики ПКС по SAMBBA жалобы на боль отмечались у 5 детей (35,7%), на отёк – у 2 (14,3%). При этом у 5 из этих детей одномоментно был выполнен шов мениска. В 3-ей группе через 1 год после операции жалобы на боль в коленном суставе были у 6 детей (30%), на отёк – у 3 (15%). При этом у 5 из этих детей одномоментно был выполнен шов мениска. Через 1 год после пластики по методике all inside медиана (Me) по шкале KOOS-Child составляет 81,6%, после SAMBBA – 85,8%, в 3-ей группе – 84,8%. Значение Me по шкале Pedi-IKDC через 1 год после пластики по all inside равно 85,7%, по SAMBBA – 86,3%, в 3-ей группе – 84,1%.

Conclusion/Выводы: Методика SAMBBA при частичных разрывах ПКС позволяет достичь лучших результатов лечения за счёт сохранения нативной проприорецепции и возможности учитывать индивидуальные анатомические особенности точек прикрепления ПКС.

**ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ДИАФРАГМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ
МЕТАЛЛОТРИКОТАЖА ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
REPLACEMENT OF DIAPHRAGM DEFECTS USING TITANIUM-NICKELIDE
MESH IMPLANT IN AN EXPERIMENT**

Авторы: Слукина А.Е.

Authors: Slukina A.E.

Научный руководитель: Борисов С.А.

Research supervisor Borisov S.A.

Уральский государственный медицинский университет

Россия, Екатеринбург, Свердловская область

Aim/Цель: оценить свойства металлотрикотажа из никелида титана (NiTi) как материала для замещения дефектов диафрагмы в эксперименте.

Methods/Материалы и методы: 12 кроликов разделены на четыре группы по три особи. После создания дефекта в левом куполе диафрагмы, животным I, II и III групп проведена пластика его сеткой из NiTi с различной толщиной нити. Животным IV группы дефект закрывался проленовой сеткой. В послеоперационном периоде методами лабораторной и лучевой диагностики *in vivo* исследовались интегративные свойства имплантов. Морфологические результаты оценивались с помощью световой и сканирующей электронной микроскопии через 3 месяца после операции.

Results/Результаты: послеоперационный период у всех животных протекал без осложнений. Лабораторные маркеры воспаления в контрольные сроки во всех группах оставались в пределах референтных значений. При проведении нативной КТ выявлено, что сетка из NiTi способствует поддержанию куполообразной формы гемидиафрагмы. При морфологическом исследовании образцов животных I, II и III групп установлено, что пространство между нитями металлотрикотажа заполнялось, преимущественно скелетной мышечной тканью с дифференцированными миообластами, вокруг волокон присутствовала клеточная реакция в виде единичных макрофагов и фибробластов, причем в группах с меньшей толщиной нити (60 и 90 мкм.) клеточная реакция была наименее выражена. В образцах животных IV группы выявлен периимплантный фиброз и клеточная реакция в виде лейкоцитарного вала. На сканирующей электронной микроскопии биологическая ткань полностью равномерно покрывает поверхность сетчатой конструкции без просветов и жидкостных скоплений.

Conclusion/Выводы:

Биосовместимость и высокие интегративные свойства позволяют использовать никелид-титановый металлотрикотаж как альтернативный материал для пластики дефектов диафрагмы и создают предпосылки оптимального функционирования системы имплант-диафрагма, что способствует более эффективной биомеханике дыхания.

**СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С
ОБСТРУКТИВНЫМ МЕГАУРЕТЕРОМ
COMPARISON OF SURGICAL TREATMENT METHODS FOR CHILDREN
WITH OBSTRUCTIVE MEGAURETER**

Авторы: Смоленцев Г. М., Половникова А. А.

Authors: Smolentsev G.M., Polovnikova A.A.

Научный руководитель: к. м. н. Столяр А.В.

Research supervisor Ph. D. Stoliar A. V.

Тюменский государственный медицинский университет

Россия, Тюмень, Тюменская область

Цель: оценить результаты оперативного лечения детей с ОМУ, оперированных различными методами.

Материалы и методы: Проведен анализ 18 медицинских карт пациентов, получавших хирургическое лечение по поводу тяжелых форм ОМУ. Группа 1 (9 человек) – этапное

хирургическое лечение с наложением временной уретерокутанеостомы, лечение на базе №1 ГБУЗ ТО «Областной клинической больницы № 2» г Тюмень. Группа 2 (контроль) - 9 человек - выполнена цистоскопия, бужирование устья мочеточника с установкой стента, лечение на базе ГБУЗ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая больница» г. Сургут.

Материалы и методы: Проведен анализ 18 медицинских карт пациентов, получавших хирургическое лечение по поводу тяжелых форм ОМУ. Группа 1 (9 человек) – этапное хирургическое лечение с наложением временной уретерокутанеостомы, лечение на базе №1 ГБУЗ ТО «Областной клинической больницы № 2» г Тюмень. Группа 2 (контроль) - 9 человек - выполнена цистоскопия, бужирование устья мочеточника с установкой стента, лечение на базе ГБУЗ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая больница» г. Сургут.

Вывод: применение двух вариантов деривации мочи у детей с тяжелыми степенями ОМУ может использоваться в зависимости от оснащения клиники и предпочтений хирурга. Малоинвазивный метод позволяет снизить число послеоперационных осложнений. Применение уретерокутанеостомы оправдано в случае отсутствия технической возможности стентирования, но связано с более высоким риском послеоперационных осложнений, хотя и способствует более быстрому сокращению диаметра мочеточника.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕНИЕ ОМФАЛОЦЕЛЕ И ГАСТРОЭНТЕРОШИЗИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ SURGICAL TACTICS FOR TREATMENT OF OMPHALOCELE AND GASTROENTEROSCHISIS IN NEWBORNS

Авторы: Содиков У.У., Шамсиев Р.Ж., Шамсутдинов А.Ш.

Authors: Sodikov UU, Shamsiev RJ, Shamsutdinov AS

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шамсиев Ж.А.

Research supervisor DMedSci., Professor Shamsiyev JA

*Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан*

Цель: анализ результатов хирургического лечения гастроэнтерошизиса и омфалоцеле у новорожденных.

Материал и методы: В специализированной клинике детской хирургии Самаркандского Государственного медицинского университета в период с 2019 по 2023 года было госпитализировано 20 новорожденных с гастроэнтерошизисом и 26 с омфалоцеле. Преобладали пациенты мужского пола- 29 (63%), девочек было-17 (37%). Все больные были из сельской местности.

Результаты: В зависимости от выраженности врожденного порока проводились следующие виды хирургической помощи: при малых и средних размерах омфалоцеле проводилось радикальное устранение порока - 21 (80,7%) больных, при больших размерах придерживались консервативного метода лечения у 5 (19,3%) путем наложения антисептиков и мазевых повязок. При гастроэнтерошизисе без брюшно-абдоминальной диспропорции проводилась операция Биянчи (радикальное устранение врожденного порока), последняя проведена у 17 (85%) больных. При выраженной брюшно-абдоминальной диспропорции была применена силанопластика (введение в брюшную полость части внебрюшинно расположенных органов брюшной полости с покрытием дефекта передней брюшной стенки стерильным ПХВ мешком), данная методика проведена остальным 15% больным. Послеоперационная летальность отмечена в 16 (34,7%) случаях, причиной которой послужили поздние сроки поступления, степень недоношенности новорожденного, наличие сопутствующего врожденного порока.

Выводы: Таким образом, результаты хирургической коррекции омфалоцеле и гастроэнтерошизиса зависят от степени выраженности врожденного порока, сроках поступления после рождения и наличия сопутствующего врожденного порока развития.

**ДЕМОНСТРАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЛЕЧЕНИЯ ВАЛЬГУСНОЙ
ДЕФОРМАЦИИ ОБЕИХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННОГО
ИХТИОЗА**

**DEMONSTRATION OF A CLINICAL CASE OF TREATMENT OF HALLUX
VALGUS OF BOTH LOWER EXTREMITIES DUE TO CONGENITAL ICHTHYOSIS**

Авторы: Солтамурадов Р.У., Висайтова З.А., Бачигов А.Т., Баймурзаев И.А.

Authors: Soltamuradov R.U., Visaitova Z.A., Bachigov A.T., Baymurzaev I.A.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ферзаули Али Нахчиевич

Research supervisor DMedSci, professor Ferzauli A.N.

*Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова
Россия, Грозный, Чеченская Республика*

Цель: демонстрация эффективности лечения вальгусной деформации обеих нижних конечностей на фоне тяжёлой и редкой сочетанной врожденной патологии.

Материалы и методы: больная, поступившая в отделение травматологии и ортопедии ГБУ «Республиканская детская клиническая больница имени Е.П. Глинки» г. Грозного в 2018 году. Пациентка страдала наследственной формой ихтиоза, на фоне которого появилась вальгусная деформация обеих нижних конечностей. У больной отмечались следующие симптомы: болевой синдром, нарушение биомеханики нижних конечностей и хромота, вальгусные стопы, предвывих надколенников, угол деформации 40 градусов, а также симптом "Kissing patella". Для диагностики использовали методы клинического, биомеханического обследования и лучевой диагностики.

Результаты: больной выполнен локальный гемиепифизиодез медиальных мыщелков бедра и голени, так как это малотравматичный метод, с минимальным ограничением движения. После проведенного хирургического лечения отмечается положительный результат, с хорошей положительной динамикой.

Выводы: гемиепифизиодез может быть рассмотрен как основной способ хирургического лечения данной патологии, так как предполагает минимальную травматичность и ограниченность движения после операции, меньшую болезненность, предупреждение рецидивов, малозаметные рубцы. Наличие у этого пациента врожденного ихтиоза является редким сочетанием и предполагает некоторые особенности в подходах к лечению.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ НОВорожденного С
ГАСТРОШИЗИСОМ МЕТОДОМ ПО А. BIANCHI
CLINICAL CASE OF SURGICAL TREATMENT OF GASTROSCHISIS IN A
NEWBORN USING THE A. BIANCHI METHOD**

Авторы: Сорогина Л.В., Сергиенко Т.В.

Authors: Sorogina LV, Sergienko TV

Научный руководитель: д.м.н. Аксельров М.А.

Research supervisor DMedSci Akselrov MA

Тюменский государственный медицинский университет

Россия, Тюмень, Тюменская область

Abstract/Актуальность: Гастрошизис (ГШ) – врожденная аномалия развития передней брюшной стенки (ПБС) в виде сквозного параумбиликального дефекта с эвентрацией органов брюшной полости (БП) у новорожденных.

Aim/Цель: Оценить результаты хирургического лечения новорожденного с ГШ, путем применения одноэтапного вправления по А. Bianchi.

Methods/Материалы и методы: Ретроспективный анализ истории болезни новорожденного доношенного мальчика с диагнозом гастрошизис. Ребенок от 1 беременности, 1 родов путем кесарева сечения. Вес при рождении 1750 грамм. Диагноз установлен на 13 неделе внутриутробного развития. После рождения и подготовки к транспортировке через 2 часа был переведен на лечение из Перинатального центра в "ОКБ №2" г. Тюмень в отделение анестезиологии и реанимации (ОРИТН) детского стационара. Пластика ПБС была проведена одноэтапным методом вправления эвентрированных органов по А. Bianchi.

Results/Результаты: При поступлении в ОРИТН пациенту была проведена предоперационная подготовка: постановка венозного доступа, инфузионная и антибактериальная терапия, установление орогастрального зонда, укрывание петель кишечника пленкой и теплыми салфетками. Локально: справа от пупка дефект передней брюшной стенки до 2.0 см, через который эвентрированы органы БП (желудок, петли тонкой и толстой кишки). Операция была выполнена под эндотрахеальным наркозом (ЭТН). Выраженная висцеро-абдоминальной диспропорция отсутствовала. При вправлении петли кишечника свободно погрузились в БП. Пупочный канатик не отсекали, дефект ПБС ушивали узловыми швами через все слои. Экстубация произведена на 5 сутки. Начало энтеральной нагрузки на 7 сутки. Полное восстановление пассажа отмечалось на 14 сутки после операции. Весовая динамика положительная: + 740 грамм с рождения. Был осмотрен детским хирургом перед выпиской, даны рекомендации на амбулаторный этап.

Conclusion/Выводы: При применении методики вправления по А. Bianchi осложнения в послеоперационном периоде у пациента отсутствовали.

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЕФЕКОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ АНАТОМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ
У ДЕТЕЙ С ЗАПОРАМИ**

**DIAGNOSTIC CAPABILITIES IN IDENTIFYING PATHOLOGICAL
ANATOMICAL CHANGES IN THE ANORECTAL AREA IN CHILDREN WITH
CONSTIPATION**

Авторы: Сорокин М.П.

Authors: Sorokin MP

Научный руководитель: к.м.н. Колесникова Н.Г.

Research supervisor CMedSci Kolesnikova NG

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область*

Aim/Цель: Определить диагностические возможности дефекографии в выявлении патологических анатомических изменений аноректальной зоны у детей с запорами и их взаимосвязь с особенностью клинического проявления заболевания.

Methods/Материалы и методы: Оценены результаты обследования 112 детей, страдающих хроническими запорами с исключенным диагнозом болезни Гиршпрунга. Функция опорожнения оценена проведением контрастного исследования — дефекографии по методике, предложенной в нашей клинике.

Results/Результаты: У всех обследованных детей была выявлена причина запоров — обструкция в анальном канале, приводящая к различным патологическим вариантам изменения анатомии аноректальной зоны. В большинстве случаев (92%) выявлено заднее ректоцеле. У каждого второго ребенка (49%) отмечено опущение промежности, а у каждого пятого (20%) — внутренняя инвагинация. Крайне редко (8%) определялось переднее ректоцеле. Следует отметить, что сочетание заднего ректоцеле и опущения промежности является частым состоянием и диагностируется у половины (44%) обследованных детей. Запоры осложнялись каломазанием у детей с задним ректоцеле — в 60% случаев, у детей с опущением промежности — в 62% случаев, у детей с внутренней инвагинацией — в 87% случаев, а у детей с передним ректоцеле — в 55% случаев. При сочетании заднего ректоцеле и опущения промежности каломазание наблюдалось в 58% случаев.

Conclusion/Вывод: У детей с хроническими запорами метод дефекографии позволяет установить патологические изменения анатомии аноректальной зоны, проследить взаимосвязь с особенностью клинического проявления заболевания и выбрать метод оптимальной коррекции.

**РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН
ПИЩЕВОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У
ДЕТЕЙ**

**THE RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE CORRECTION OF ESOPHAGEAL
VARICES IN THE TREATMENT OF PORTAL HYPERTENSION IN CHILDREN**

Авторы: Сорокина Л.Д.

Authors: Sorokina L.D.

Научный руководитель: к.м.н. Набоков В.В., к.м.н. Дюг И.В.

Research supervisor CMedSci Nabokov V.V., CMedSci Dyug I.V.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область*

Aim/Цель: Проанализировать результаты малоинвазивной коррекции варикозных вен пищевода при лечении синдрома портальной гипертензии (ПГ). Оценить вероятность развития рубцового стеноза при данном методе эндоскопической терапии.

Methods/Материалы и методы: Ретроспективный анализ историй болезней 190 детей с синдромом ПГ. Оценка статистической значимости между формированием рубцового

стеноза и количеством сеансов лигирования проводилась с помощью точного теста Фишера, таблиц сопряженности.

Results/Результаты: Из 190 детей с синдромом ПГ малоинвазивная коррекция варикозных вен пищевода проведена в 69,5% случаях (132 пациента). В 9,85% (у 13 детей) был сформирован рубцовый стеноз пищевода на фоне малоинвазивного эндоскопического лечения. По степени компенсации стеноза (по Королеву М.П.) пациенты были разбиты на 3 группы: с компенсированным стенозом – 15,38% (2 человека), субкомпенсированным – 69,23% (9 человек), декомпенсированным – 15,38% (2 человека). Была отмечена зависимость формирования стеноза пищевода при эндоскопическом лечении от преморбидного фона пациента, эндоскопической картины локальных проявлений синдрома (хирургической анатомии вен и состояние слизистой пищевода и дна желудка), количества сеансов лигирования. При проведении до 3 сеансов малоинвазивной коррекции стенозы были сформированы в 7,06% случаях (у 6 из 85 детей), от 3 до 5 сеансов – в 14,3% (у 6 из 42 детей), более 5 сеансов – в 20% (у 1 из 5 детей). Между формированием рубцового стеноза и количеством сеансов лигирования отмечалась статистически значимая пропорциональная зависимость.

Conclusion/Выводы: Лигирование – безопасный, малоинвазивный метод коррекции и профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода при синдроме ПГ, позволяющий сохранить естественный порталный кровоток. Формирование рубцового стеноза – редкое осложнение эндоскопического лечения, которое в силу особенностей детского возраста легко поддается своевременно проведенной коррекции.

ПРИМЕНЕНИЕ PEG-ГАСТРОСТОМ У ДЕТЕЙ USE OF PEG-GASTROSTOMA IN CHILDREN

Авторы: Софронова П.Н.

Authors: Sofronova P.N.

Научный руководитель: д.м.н. Саввина В.А.

Research supervisor DMedSci Savvina V.A.

*Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова
Россия, Якутск, Республика Саха (Якутия)*

Цель исследования: Изучить эффективность установки PEG-гастростом у детей.

Для улучшения качества ухода и жизни у паллиативных пациентов в настоящее время широко используются гастростомические трубки, имеющие низкий процент осложнений при первичной установке и длительном применении.

Материалы и методы: С 2023 года в хирургическом отделении Педиатрического центра Республиканской больницы №1 – Национальном центре медицины им. М.Е. Николаева начали устанавливать PEG-гастростомы паллиативным пациентам. Всего выполнено 28 операций, возраст пациентов от 3 до 9 лет. Основной патологией пациентов были: резидуально-органическое поражение ЦНС, хроническое вегетативное состояние, онкологическая патология. Большинство детей были с паллиативного отделения. Применялись гастростомы фирм Avanos, Fresinius, Freka.

Результаты: Гастростомы устанавливались под эндоскопическим сопровождением в условиях операционной, под интубационным наркозом. В раннем послеоперационном периоде пациенты сутки находились под наблюдением в условиях отделения реанимации. Кормление по гастростоме начинали через 6-8 часов. Длительность стационарного лечения составила 5 койко-дней. В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. В позднем послеоперационном периоде у двух пациентов выявлена дислокация гастростомической трубки, проведена повторная установка питающей трубки при выезде детского хирурга. Данное осложнение связано с дефектами ухода за паллиативными пациентами. У детей с сохранным интеллектом подобных осложнений не встречалось.

Выводы: Пациенты, находящиеся в паллиативном состоянии, требуют безопасной и быстрой установки питательной трубки в желудок. Для этой цели в последние годы с

успехом применяется установка PEG-гастростом у детей. Осложнения в виде дислокации трубки связаны с дефектами ухода за пациентами.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В
ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ.
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN
THE SURGICAL TREATMENT OF DISTAL FORMS OF HYPOSPADIAS IN CHILDREN.**

Авторы: Становова А.М., Волкова А.А., Слуцкий В.Э., Голубев М.С.

Authors: Stanovova A.M., Volkova A.A., Slutskin V.E., Golubev M.S.

Научный руководитель: к.м.н. Суходольский А.А.

Research supervisor Sukhodolsky A.A.

Российский университет медицины

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель: Оценить эффективность и целесообразность периоперационной антибиотикопрофилактики в хирургическом лечении дистальных форм гипоспадии у детей.

Материалы и методы: Выполнено проспективное рандомизированное исследование 95 мальчиков с дистальной гипоспадией в возрасте от 1 до 3-х лет. Основная группа (с выполнением антибиотикопрофилактики – АБП+) 48 пациентов. Группа сравнения (без выполнения антибиотикопрофилактики – АБП-) 47 пациентов. Операции выполнялись по одной из трёх методик: MAGPI, TIP, Mathieu.

Пациенты основной группы получали цефотаксим в дозе 100 мг/кг/сут в 2-3 приёма, внутривенно в течении 3-х суток. Всем интраоперационно устанавливался уретральный катетер для формирования на нём неоуретры, производился забор мочи для бактериального посева (все пробы были стерильны). Наложённая на половой член циркулярная компрессионная повязка удалялась на 5-6 сутки. Уретральный катетер – на 7-8 сутки. Катамнестическое наблюдение осуществлялось в течении 6 месяцев.

Результаты: Ранние осложнения наблюдали у 5 пациентов из группы АБП+ (ИМВП у 4-8,3%, ИОХВ у 1-2,1%) и у 15 пациентов из группы АБП- (ИМВП у 11-23,4%, ИОХВ у 4-8,5%). Поздние осложнения отмечались у 5-10,6% пациентов из основной группы (меатостеноз 1-2,1%, уретральный свищ 3-6,3%, дивертикул уретры 1-2,1%) и у 5-10,4% пациентов в группе сравнения (меатостеноз 2-4,3%, уретральный свищ 2-4,3%, расхождение краёв раны 1-2,1%).

Выводы: Использование антибиотикопрофилактики приводит к снижению частоты ИОХВ и ИМВП в хирургическом лечении дистальных форм гипоспадии, но не приводит к улучшению отдалённых результатов.

Польза профилактического назначения антибиотиков в данном случае сомнительна.

**ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ И ИХ
ОСЛОЖНЕНИЯ
GASTROINTESTINAL FOREIGN BODIES IN CHILDREN AND THEIR
COMPLICATIONS**

Авторы: Сулейманова А.Б.

Authors: Suleymanova A.B.

Научный руководитель: Кандидат медицинских наук, Столяр Александр
Владимирович

**Research supervisor Stolyar Aleksandr
Vladimirovich, Candidate of Medical Sciences**

Тюменский государственный медицинский университет

Россия, Тюмень, Тюменская область

Цель. Изучить эпидемиологию, исходы лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта у детей

Материалы и методы. Проведен анализ 224 клинических наблюдений детей, госпитализированных в детское хирургическое отделение №1 Областной клинической

больницы №2 г. Тюмени за период с 2021 по 2023 годы. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.1.2. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Возраст пациентов составил 3 [2 – 6] года, длительность заболевания – 2 [2 – 6] часа. Мальчиков было 124 (55,4%), девочек 100 (44,6%). По виду инородных тел преобладали батарейки – 82 (36,6%), магнит – 19 (8,5%), монета – 50 (22,3%). Единичных инородных тел было 181 (80,8%), множественных 43 (19,2%). По патологическому воздействию на стенку органа чаще всего выявлялись: химически активные – 83 (37,1%), затем инертные – 74 (33%), затем механически активные – 41 (18,3%), физически активные – 21 (9,4%), с комбинированным воздействием – 5 (2,1%). Первичным методом диагностики в 219 (97,8%) случаев явилась обзорная рентгенография органов брюшной полости, в 3 (1,3%) – ФГС, в 1 (0,4%) – УЗИ и в 1 (0,4%) случае КТ. При первичной диагностике в 54,9% инородное тело локализовалось в желудке, 25,9% точную локализацию установить не удалось, в 10,7% – пищевод, 4% – толстая кишка, 3,1% – тонкая кишка, 1,3% – прямая кишка. 204 инородных тела были рентген позитивными. Хирургическое вмешательство выполнено в 3 (1,3%) случаев, инородное тело удалено эндоскопически в 80 (35,7%) случаев, в 140 (62,5%) случаев – самостоятельно покинуло ЖКТ в результате динамического наблюдения и лечения. В 22 (9,8%) случаев выявлены осложнения в виде изъязвления, на наличие которых статистически значимое влияние оказал только возраст пациента ($p=0,019$).

Выводы. Следует уделять большое внимание профилактике проглатывания инородных тел детьми дошкольного возраста особенно в группе 1-2 года так как это может привести к осложнениям.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РЕБЁНКА С ПОЛИТРАВМОЙ

AN INTEGRATED APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF A CHILD WITH POLYTRAUMA

Авторы: Сухова А.А.

Authors: Sukhova A.A.

Научный руководитель: ассистент Мазнова А.В.

Research supervisor assistant Maznova A.V.

Самарский государственный медицинский университет

Россия, Самара, Самарская область

Aim/Цель. На примере клинического случая осветить важность комплексного подхода к диагностике и последующему лечению политравмы в детском возрасте.

Methods/Материалы и методы. Представлен наш опыт лечения политравмы у ребёнка 6 лет после автомобильного ДТП совместно с докторами различных специальностей и городов. 04.10.2023 года в крайнетяжёлом состоянии ребёнок был доставлен в Сызранскую ЦГБ, где прооперирован в экстренном порядке по поводу травматического разрыва подвздошной кишки. Для дальнейшего лечения доставлен в СОКБ. В плане обследования больного также была и ТМК с федеральным центром. На базе больницы ребёнок был осмотрен докторами разных специальностей.

Results/Результаты. После рутинного обследования был поставлен диагноз: тяжёлая сочетанная травма. Позвоночно-спинномозговая травма. Задний переломо-вывих L2, L3. Ушиб спинного мозга. Нижняя параплегия с нарушением функции тазовых органов. Закрытая травма живота. Разрыв тощей кишки. Отрыв терминального отдела подвздошной кишки. Разрыв musculus psoas major с двух сторон. Забрюшинная гематома с двух сторон. Разрыв сальника. Ушиб печени. Операция 04.10.2023 г: срединная лапаротомия, ушивание тощей кишки. Резекция подвздошной кишки с наложением илеоасцендоанастомоза «конец в бок», дренирование брюшной полости. Закрытый перелом седалищной кости справа без смещения. Множественные ушибы, ссадины головы, туловища, конечностей. Подкожная гематома поясничной области. Травматический шок 2 степени. ISS – 32. Острая

постгеморрагическая анемия, средней тяжести. По поводу нестабильного перелома тела L3 позвонка врачами травматологического отделения была проведена операция – Ригидная фиксация позвоночника.

Conclusion/Выводы. Успех в диагностике и последующем лечении политравмы, а значит и жизнь маленького пациента, во многом зависят от вовлечённости медицинских специалистов разных областей, начиная от скорой помощи и заканчивая сотрудниками реабилитации после выписки из стен лечебного учреждения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ИНФЕКЦИИ COVID - 19 НА РОСТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE IMPACT OF COVID - 19 INFECTION ON THE INCREASE IN THE INCIDENCE OF MALIGNANT NEOPLASMS IN CHILDHOOD

Авторы: Сухова Е.А., Овсянкина Е.Д.

Authors: Sukhova E.A., Ovsyankina E.D.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Евдокимов В.Н.

Research supervisor Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Evdokimov V.N.

Тюменский государственный медицинский университет

Россия, Тюмень, Тюменская область

Цель. Провести сравнительный анализ результатов эффективности диагностики и лечения ЗНО у детей до и после пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Данные отечественных и зарубежных литературных источников, сведения канцер-регистра Тюменской области за 2016-22 гг.

Результаты. В зарубежной литературе приводятся данные о снижении количества вновь выявленных ЗНО у детей на 20,8% в первый период пандемии (2020 г.), в сравнении с аналогичным периодом в 2015-19 гг., а гипердиагностика COVID-19 явилась причиной запоздалой диагностики ЗНО, из-за сходства клинической картины раковой интоксикации и манифестации COVID-19. Смертность детей от ЗНО на фоне COVID-19 выросла более чем в 10 раз. Согласно сведений канцер-регистра Тюменской области отмечается скачок заболеваемости ЗНО у детей в 2019 - 21 гг., с пиком в 2020 г. - 2,41%, в сравнении с 2016 - 18 гг., при минимальных показателях в 2017 г - 1,67%, максимальных в 2018 г. - 2,04 %. Сравнение возрастной принадлежности показало, что до пандемии основное количество выявленных ЗНО приходится на детей от 0 до 4-х лет (53%). В период пандемии (2019-22 гг.) отмечается примерно равное количество выявленных ЗНО у детей от 0 до 4-х лет (34%) и 5-9 лет (31%), с распределением оставшихся 25 % на детей старше 10-ти лет.

Выводы. Ведущей проблемой поздней диагностики ЗНО могла явиться гипердиагностика COVID-19, ввиду схожести клинических проявлений начальных сроков заболевания. Причину общего роста количества ЗНО у детей необходимо искать в иммунокомпроментированности данной группы пациентов.

МЕТОД ВРЕМЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЭНТЕРОСТОМАМИ

THE METHOD OF TEMPORARILY RESTORATION OF INTESTINAL CONTINUITY IN THE TREATMENT OF THE CHILDREN WITH ENTEROSTOMIES

Авторы: Табылды К.А., Бори Б.Т., Турсынхан А.С., Жумаш Г.О., Маратов А.Р.

Authors: Tabyldy K.A., Bori B.T., Tursynkhan A.S., Zhumash G.O., Maratov A.R.

Научный руководитель: к.м.н. Тусупкалиев А.Б.

Research supervisor Ass.prof. Tusupkaliyev A.B.

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова

Казахстан, Актобе, Актюбинская область, Казахстан

Aim/Цель: Провести сравнительную оценку эффективности методов восстановления непрерывности кишечника у детей с энтеростомами.

Methods/Материал и методы: Проведено ретроспективное когортное исследование 36 детей с энтеростомами, пролеченных в период с 2015 по 2023 г.г. в Актыбинской областной детской клинической больнице. В общую выборку вошли илеостомы – 24 (66,6%), колостомы – 9 (25%), еюностомы – 4 (11,1%). В основную группу включены 14 детей с энтеростомами, которым применялся метод магнитно-компрессионного межкишечного анастомоза (МКМА). Группу сравнения составили 22 детей с энтеростомами без применения МКМА. Результаты лечения сравнивались по количеству койко-дней в стационаре, в отделении реанимации, длительности полного парентерального питания (ППП), частоте осложнений и летальности. Межгрупповые различия в количественных результатах представлены в виде средних арифметических и 95% доверительных интервалов (ДИ).

Results/Результаты: Установка магнитных плашек в послеоперационном периоде и формирование временного МКМА привела к более раннему восстановлению непрерывности кишечника, что значительно снизило потребность в полном парентеральном питании. Продолжительность ППП в группе МКМА была меньше в среднем на 11,7 (95% ДИ: 5,2–18,6) дней ($p<0,001$), чем в группе сравнения. Это в свою очередь снизило длительность лечения в стационаре в среднем на 12,1 (95% ДИ: 4,1–20,7) дней ($p=0,003$), а в отделении реанимации на 11,4 (95% ДИ: 6,1–16,9) дней в основной группе ($p<0,001$). Осложнения и летальные исходы в группе МКМА встречались в 3,2 (95% ДИ: 0,4–27,6) и 3,8 (95% ДИ: 0,2–73,8) раз реже, чем в группе сравнения.

Conclusion/Выводы: Применение МКМА как метода временного восстановления проходимости и непрерывности кишечника способствовало значительному сокращению общего количества койко-дней, длительности лечения в отделении реанимации, уменьшению количества применяемых лекарственных средств и более быстрому и эффективному улучшению состояния ребенка.

РЕСПИРАТОРНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ RESPIRATORY MANAGEMENT IN SEVERE COMBINED TRAUMA IN CHILDREN

Авторы: Тайдаева А.И., Саидова П.С., Саралиева Э.Ш., Висаитова З.А.

Authors: Taydaeva AI, Saidova PS, Saraliev ESh, Visaitova ZA

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ферзаули А.Н.

Research supervisor DMedSci, professor Ferzauli AN

*Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова
Россия, Грозный, Чеченская Республика*

Цель: улучшение результатов лечения детей с ТСТ путем ранней профилактики, диагностики и терапии ОДН различного генеза на всех этапах госпитализации.

Материалы и методы: за период 2022-2023 гг. в ГБУ «ДКБ№2» г. Грозный в ОРИТ поступило 526 детей (365 в 2023 г. и 161 в 2022 г). Из них с сочетанной травмой было госпитализировано 99 детей. Проведен ретроспективный анализ результатов их лечения с определением процента летальности.

Результаты: дети с ТСТ за 2023 г. в количестве 62, были доставлены в стационар специализированными бригадами СМП не позднее 30 минут с момента травмы, при необходимости с протекцией ВДП, интубацией трахеи, иммобилизацией поврежденных конечностей, адекватными ИТ, обезболиванием, коррекцией гипотензии уже на этапе транспортировки. После госпитализации обследование, противошоковые мероприятия и ИТ у детей данной группы проводились строго в соответствии с протоколом ATLS. В 2022 г. пострадавшим на всех этапах лечения проводились стандартные противошоковые мероприятия и ИТ, протекции ВДП на этапе транспортировки было уделено меньшее значение, с большим акцентом на профилактику шока и кровопотери. В результате ретроспективного анализа эффективности лечения у детей в 2023г. использование на всех этапах госпитализации современных методов профилактики, диагностики и комплексного

лечения ТСТ и ОДН позволило снизить летальность с 5,5 % до 4,9%, сократить частоту интубации трахеи, продолжительность респираторной поддержки и, следовательно, частоту инфекционных осложнений, а также применение адреномиметиков по сравнению с использованием стандартных лечебно-диагностических мероприятий у детей в 2022г.

Вывод: значимого увеличения эффективности лечения ТСТ у детей можно добиться ранней комплексной терапией ОДН различного генеза на догоспитальном и госпитальном этапах. Полученные данные научно обосновывают необходимость профилактики, своевременной диагностики и комплексного лечения ОДН у детей с ТСТ от момента получения травмы до перевода из ОРИТ.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В СТРУКТУРЕ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА.

GYNECOLOGICAL PATHOLOGY IN CHILDREN IN THE CONDITIONS OF THE SURGICAL DEPARTMENT.

Авторы: Танделова И.С., Газзаева К.В., Козаева А.Г.

Authors: Tandelova I.S., Gazzaeva K.V., Kozaeva A.G.

Научный руководитель: ассистент Караева В.Ю.

Research supervisor Research supervisor Karaeva V.Y.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Россия, Владикавказ, Республика Северная Осетия — Алания

Цель: изучение структуры гинекологической патологии у девочек, получавших лечение в условиях хирургического отделения ДРКБ за 5 лет.

Методы: ретроспективный анализ 317 историй болезни девочек-подростков.

Результаты: за период с 2019 по 2023 год в хирургическом отделении ДРКБ получало обследование и лечение 317 девочек с гинекологической патологией. Возраст пациенток варьировал от 1 месяца до 18 лет, в среднем составил 13,5 лет. При поступлении подозрение на гинекологическую патологию было указано в диагнозе лишь у 16 из 317 (5%). У 181 пациентки боли были связаны с циклом (ПМС, овуляторный синдром, альгоменорея), у 79 – с образованиями яичника (киста, апоплексия, перекрут), у 27 – с первичным перитонитом, у 4 – с пороками развития (гематокольпос, гидрометрокольпос, неполная перегородка шейки матки), у 2 – с параовариальной кистой, у 1 – с кистой Нукка, у 1 – с ущемлением в паховом канале яичника, у 5 – с травмами промежности, у 2 – с беременностями (маточной и внематочной), у 2 – с бартолинитом, у 2 – с инородными телами влагалища. У 6% девочек было несколько госпитализаций. Хирургическое вмешательство выполнено у 30% девочек. Малые вмешательства были выполнены – 12 (4%). У 83 (26%) выполняли лапароскопию, у 3,6% – конверсию, у 6% лапаротомию. В 75 % лапароскопия завершилась санацией. У 25% пациенток выполняли деторсию, цистэктомию, аднексэктомию, аппендэктомию. Послеоперационный период протекал гладко у 97,5% пациентки, у 1,2% осложнился эвентрацией кишечника, у 1,2% - летальным исходом из-за МПР. Средний койко-день составил 7,9 дней.

Выводы. Проведенное исследование демонстрирует низкую настороженность врачей первичного звена, СМП, приемного отделения в отношении гинекологической патологии у девочек-подростков. Хирургическое лечение потребовалось 30% пациенток, из них только 9,6% девочек потребовалась лапаротомия. У 9,6% девочек не удалось провести органосохраняющие операции, у них были удалены придатки матки с одной стороны.

ДИСГЕРМИНОМА ОБЕИХ ГОНАД У ДЕВОЧКИ С СИНДРОМОМ СВАЙЕРА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

A CASE OF BILATERAL OVARIAN DYSGERMINOMA IN A GIRL WITH SWYER SYNDROME.

Авторы: Танделова И.С., Джопуа Н.Г., Татарбиев О.З.

Authors: Tandelova I.S., Dzhopua N.G., Tatarbiev O.Z.

Научный руководитель: ассистент Караева В.Ю.

Research supervisor Research supervisor Karaeva V.Y.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Россия, Владикавказ, Республика Северная Осетия — Алания

Синдром Свайера – это нарушение формирования пола, характеризующееся кариотипом 46XY, врожденной дисгенезией гонад. Частота встречаемости 1: 80 000. Дисгерминомы составляют 2-3% от всех злокачественных опухолей яичников. В 75% случаев встречаются в возрасте 10-30 лет, в 10% - бывают двухсторонними.

Пациентка Ф., 16 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на боли в животе в мае 2022 г. УЗИ ОБП обнаружило образование малого таза больших размеров. МРТ ОМТ выявило двухсторонние образования яичников с распространением в мезо- и гипогастральную области, компрессию правого мочеточника в нижней трети, уретерэктазию справа. Для дальнейшего лечения направлена в РДКБ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, где в июле 2022 г. была проведена лапаротомия, удаление дисгенезированных гонад с маточными трубами и объемными образованиями, резекция большого сальника. Гистологическое заключение: Дисгерминома обеих гонад. Дисгенезия гонад. Персистенция производных вольфова и мюллерова протоков. Было проведено ИГХ. В послеоперационном периоде проведено кариотипирование: выявлен кариотип 46XY - синдром Свайера.

Пациентке проведено два курса ПХТ, которые она перенесла удовлетворительно. В январе 2023 года выполнено контрольное МРТ ОМТ. Заключение: отсутствие опухолевого процесса. С диагнозом «Первичный гипергонадотропный гипогонадизм, тяжелый, без терапии. Послеоперационный агонадизм» пациентка была направлена в РДКБ (Москва) для подбора ЗГТ. Из анамнеза пациентки: девочка рождена от 1 беременности, 1 родов, в сроке 27 недель, весом 890 г. На момент первичного обращения физическое развитие правильное, по женскому типу, 160 см/49 кг, у нее отсутствовали менструации.

Выводы: Уникальность данного случая заключается в двухстороннем поражении яичников и больших размеров дисгермином. Представленный клинический случай демонстрирует необходимость более тщательного наблюдения детскими гинекологами девочек в подростковом возрасте.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННАЯ ЗАДНЕСАГИТТАЛЬНАЯ АНОРЕКТОПЛАСТИКА (LAP+PSARP) В КОРРЕКЦИИ РЕКТОУРЕТРАЛЬНЫХ ФИСТУЛ

LAPAROSCOPIC-ASSISTED POSTERIOR SAGITTAL ANORECTOPLASTY (LAP+PSARP) IN THE CORRECTION OF RECTOURETHRAL FISTULAS

Авторы: Тапханакوف Ф.Н.

Authors: Tapkhanakov FN

Научный руководитель: д.м.н. Новожилов В.А., к.м.н. Степанова Н.М.

Research supervisor DMedSci Novozhilov VA, CMedSci Stepanova NM

Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии

Россия, Иркутск, Иркутская область

Aim/Цель. Оценить преимущества использования заднесагиттального доступа в сочетании с лапароскопией при коррекции высоких форм аноректальных мальформаций (АРМ) у мальчиков.

Methods/Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 62 детей, находившихся на лечении по поводу АРМ в период с 2014 года по настоящее время.

Results/Результаты: Все дети были распределены согласно общепризнанной клинической классификации, принятой в Крикенбеке (2005). Из них мальчиков – 38 (61,2%), девочек – 24 (38,8%). Распределение по формам АРМ: ректоуретральная фистула – 20 (%), ректопростатическая фистула – 14 (%), ректовезикальная фистула – 4 (%). Способы оперативной коррекции: PSARP – 15 (39,4%), LAARP – 13 (34,2%), LAP+PSARP – 10 (26,3%). Всем пациентам в предоперационном периоде проводился комплекс диагностических исследований для установления форм АРМ: ультразвуковое сканирование, фистулография, МРТ малого таза. Лапароскопический этап использовался для мобилизации прямой кишки для последующего низведения и лигирования фистулы, а заднесаггитальный доступ сделал промежностную часть более безопасной позволяя более точно низвести прямую кишку. Интраоперационные повреждения структур промежности выявлены не были, дивертикулов мочевого пузыря, повреждения уретры также не наблюдались, среднее время длительности операции составило 120 минут.

Conclusion/Выводы: Мы считаем, что комбинация лапароскопии и PSARP представляет собой альтернативу поскольку позволяет проводить безопасную реконструкцию анатомических структур малого таза, несмотря на удлинение времени оперативного вмешательства. Также необходимо отметить, что в случаях данного оперативного вмешательства наблюдалось наименьшее количество отдаленных послеоперационных осложнений, таких как: дивертикул мочевого пузыря, пролапс прямой кишки, ретракция и стеноз неоануса.

ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

TREATMENT OF THE PERITONITIS APPENDICITIS GENESIS AT CHILDREN

Авторы: Тарасов Н.В.

Authors: Tarasov N.V.

Научный руководитель: д.м.н. Цап Н.А.

Research supervisor DMedSci Tsap N.A.

*Уральский государственный медицинский университет
Россия, Екатеринбург, Свердловская область*

Aim/Цель: Представить опыт лечения детей с аппендикулярным перитонитом (АП) и оценить эффективность интра- и послеоперационного этапов.

Methods/Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни детей с АП, в возрасте от 2 лет 9 месяцев до 17 лет ($M=9,9\pm3,7$ года), которым проведено оперативное лечение на базе ДГКБ №9 в 2023 году. Возрастные характеристики детей с АП достаточно объективны для оценки догоспитального этапа: от 1 года до 3 лет – 5 (10%), от 4 до 7 лет – 7 (14%), от 8 до 10 лет – 13 (26%), от 11 до 14 лет – 22 (44%), от 15 до 17 лет – 3 (6%) детей. Отмечено преобладание мальчиков 28 (56%) над девочками – 22 (44%). Всем проводилась предоперационная подготовка и комплекс лабораторных исследований.

Results/Результаты: Согласно классификации АП по распространенности: местный отграниченный АП выявлен у 20 (40%) детей, местный неотграниченный АП – у 18 (36%), разлитой АП – у 12 (24%) больных. Своевременная операция выполнена у 47 (94%) детей, но у 3 (6%) детей динамическое наблюдение составило 24 ± 8 часов. Установлено время от начала заболевания до операции ($M=66,2\pm48,5$), от 23 до 240 часов. Лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости выполнена 41 (82%) ребенку. Конверсия к лапаротомии потребовалась у 9 (18%) детей. При посеве выпота БП выделена *E.coli* у 41 (82%) ребенка, *Ps.aeruginosae* – у 6 (12%) детей, *Str.pyogenes* – у 2 (4%) больных. Проводилась рациональная антибактериальная терапия. Послеоперационные осложнения наблюдались в 2 (4%) случаях: кишечный свищ (1), инфильтрат брюшной полости (1). Длительность интенсивной терапии в РАО составила $3,5\pm0,8$ суток, срок госпитализации в среднем $16\pm5,3$ суток. Летальных исходов не было. Ближайший послеоперационный период протекал благоприятно, дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Conclusion/Выводы: Лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости является оптимальным и эффективным методом хирургического лечения АП у детей.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА ПО МЕТОДИКЕ ЯМАМОТО И РЕФИКСАЦИИ, АУГМЕНТАЦИИ ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

COMPARATIVE ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF HABITUAL PATELLAR DISLOCATION USING THE YAMAMOTO TECHNIQUE AND REFIXATION, AUGMENTATION OF THE PATELLOFEMORAL LIGAMENT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS.

Авторы: Тарасцов Н.А.

Authors: Tarastsov N.A.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бландинский В.Ф., д.м.н., доцент Вавилов М.А., Карташов Е.А.

Research supervisor DMedSci Blandinskiy V.F., DMedSci Vavilov M.A., Kartashov E.A.

Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра урологии с нефрологией

Россия, Ярославль, Ярославская область

Aim/Цель: Сравнить хирургическое лечение вывиха надколенника по методике Ямамото (имбрикация пателлофemorальной связки) с оперативным пособием, основываясь на рефиксации, аугментации пателлофemorальной связки. Оценить количество рецидивов и улучшение качества жизни, используя шкалу Kujala.

Methods/Материалы и методы: В исследование включены 511 человек, пролеченных по поводу вывиха надколенника в условиях стационара, которым выполнили хирургическое лечение по методике Ямамото в 2003-2021 гг. (306) и рефиксации, аугментации пателлофemorальной связки в 2021-2023 гг (205). Результаты оценивались через 1 год после операций у 511 больных. Возраст варьировал от 11 до 17 лет. Пациенты были разделены на основную группу (205 больных) и контрольную группу (306 пациента). В контрольной группе применялось лечение по методике Ямамото одномоментно с латеральным релизом. В основной группе методика основывалась на рефиксации, аугментации пателлофemorальной связки. Клинико-функциональные данные оценивали по шкале Kujala (в адаптации Кузнецова И.А. от 2017 года). Пациенты, пролеченные консервативно, в исследование не были включены.

Results/Результаты: При выборе лечения по методике Ямамото в течение 1 года наблюдались повторные вывихи у 238 детей (78%), что требовало повторного оперативного вмешательства. Улучшение качества жизни по шкале Kujala отметили лишь 67 пациентов (22%). При использовании рефиксации, аугментации пателлофemorальной связки у 14 оперируемых (7%) отмечались признаки пателлофemorальной нестабильности, повторный вывих у 6 из них. Качество жизни улучшилось у 187 детей (91%).

Conclusion/Выводы: Хирургическое лечение вывиха надколенника, основанное на рефиксации, аугментации пателлофemorальной связки, является предпочтительным, так как имеет низкий процент рецидивов, а также существенно улучшает качество жизни пациентов.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТЕНТИРОВАНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ
ОБСТРУКТИВНОМ МЕГАУРЕТЕРЕ
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF URETERAL STENTING FOR
OBSTRUCTIVE MEGAURETER**

Авторы: Тельнова Ю.А., Безызвестных С.П., Петрова Ю.И.

Authors: Telnova YuA, Bezyzvestnykh SP, Petrova YuI

Научный руководитель: д.м.н. Новожилов В.А., Распутин А.А.

Research supervisor DMedSci Novozilov VA, Rasputin AA

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Иркутск, Иркутская область*

Aim/Цель: Оценка эффективности стентирования мочеточников у детей при врожденном пороке развития мочевыделительной системы - обструктивном мегауретере.

Methods/Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 110 пациентов, находившихся в период с 2014 по 2023 гг. в ОГАУЗ ГИМДКБ с диагнозом «Обструктивный мегауретер». Всем детям было проведено стандартное урологическое обследование: МЦУГ, ЭУГ, УЗС МВС. Исходя из способа хирургической коррекции выделены две группы: в первую группу вошли дети, которым выполняли радикальное оперативное лечение (группа I) в объеме операции по Политано-Ледбеттеру. Вторую группу пациентов (группа II) составили дети, которым проводилось первичное стентирование пораженного мочеточника. Критерии сравнения: время оперативного вмешательства, наличие послеоперационных осложнений. Эффективность лечения мы оценивали на основании уменьшения диаметра мочеточника после вмешательства.

Results/Результаты: Группа I - 36 (33%) детей, группа II - 74 (67%). Соотношение мальчики/девочки — 91(83%)/19(17%). Средний вес и возраст на момент операции в группе I - 5553,4±1933,98 гр., и 3,1±2,31 мес., в группе II - 5437,68±1776,7145 гр., и 2,97±2,14 мес., соответственно. Среднее время операции и продолжительность койко-дней (к/д) в первой группе 74,64±28,67 минут и 17,49±8,03 к/д, во второй группе - 25,58±8,71 и 12,14±7,51 к/д соответственно. Осложнения в послеоперационном периоде при уретероцистонеоимплантации по Политано-Ледбеттеру: несостоятельность анастомоза (мочевой перитонит) – 2 (5,6%), инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) – 8 (22,2%). При стентировании мочеточников: ИМВП – 25 (33,8%), миграция стента в мочевой пузырь – 8 (10,8%). Размеры мочеточников в группе I до операции 8,62±2,77 мм, после операции - 8,41±3,76 мм; в группе II - 8,97±3,87 мм и 8,17±3,2 мм.

Conclusion/Выводы: Стентирование мочеточников при ОМУ показало неэффективность в качестве основной лечебной опции; способ может использоваться в качестве поллиативного пособия.

**ТРАВМЫ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ОРГАНОВ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ**

ANTERIOR ABDOMINAL AND ABDOMINAL INJURIES TO CHILDREN

Авторы: Темченко А.Р., Акилова М.Ж., Дроздова П.М., Багдасарян М.С.,
Полубояринова С.П., Жилова Э.А., Шевченко С.А.

Authors: Temchenko A.R., Akilova M.Z., Drozdova P.M., Bagdasaryan M.S.,
Polobboyarinoва S.P., Zhilova E.A., Shevchenko S.A.

Научный руководитель: профессор Минаев С.В.

Research supervisor Professor Minaev S.V.

*Ставропольский государственный медицинский университет
Россия, Ставрополь, Ставропольский край*

Цель работы: изучение особенностей травматического повреждения передней брюшной стенки и органов брюшной полости в детском возрасте.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 80 детей в возрасте от 0 до 18 лет, госпитализированных в хирургические отделения ГБУЗ СК КДКБ г. Ставрополя в период с 2021 по 2023 гг. Проведен ретроспективный анализ историй болезней детей,

госпитализированных в стационар с травматическими повреждениями передней брюшной стенки и органов брюшной полости.

Результаты: Этиологическая структура абдоминальных травм была представлена: травмой в результате драки или избиения - 15 детей (18,7%); в результате падения с велосипеда или удара об руль – 15 (18,7%); травмой, обусловленной падением с высоты - 11 (13,8%); травмой, полученной на спортивных соревнованиях или тренировках - 9 (11,3 %); травмой в результате удара о твердые поверхности (бортик бассейна, лавку, лестничную ступеньку) – 9 (11,3%) и другие причины – 21 (26,3%).

В структуре абдоминальных травм у детей в Ставропольском крае преобладали поражение паренхиматозных органов (печени - 34,6% и селезенки - 26,9%). Чаще травмы живота наблюдались у мальчиков (75%) и в младшем школьном возрасте (42,5%).

Среди оперативных вмешательств наиболее часто осуществлялась лапаротомия со спленэктомией – у 38,9% и лапаротомия с ушиванием разрыва паренхиматозного органа - у 33,3%. В качестве консервативной терапии проводилась инфузионная терапия кристаллоидными (70,6%) и коллоидными плазмозамещающими растворами (7,8%), антибактериальная терапия (64,7%) и гемостатическая терапия (97,1%).

Выводы: Таким образом, в этиологической структуре травм живота у детей преобладающими являются травмы, полученные в результате драк и избиений и в следствии падения с велосипеда или удара об его руль. Наиболее частыми показаниями к проведению хирургического вмешательства служила неустойчивая гемодинамика или клинические проявления кровотечения в брюшную полость.

ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА TREATMENT OF NEWBORNS WITH ATRESIA ESOPHAGUS

Авторы: Тен К.Ю., Елькова Д.А.

Authors: Ten K.Y., Elkova D.A.

Научный руководитель: д.м.н. проф. Тен Ю.В.

Research supervisor MD, Prof. Ten Y.V.

Алтайский государственный медицинский университет

Россия, Барнаул, Алтайский край

Цель: Оценить эффективность хирургического лечения новорожденных с атрезией пищевода посредством торакоскопического доступа.

Материалы и методы: на базе клинической больницы АККЦОМД с 2019 по 2023 гг. поступило 33 новорожденных с атрезией пищевода. 14 из 33 – женского пола, 19 – мужского. Средний гестационный возраст – 37,3 недель (min – 34 недели; max – 39 недель). Средний вес при рождении – 2577, 8 г (min – 1800 г; max – 3200 г). Всем были проведены рентгенологические методы исследования. Из 33 клинических случаев у двух новорожденных диагностирована бессвищевая форма атрезии пищевода, у остальных детей – атрезия пищевода в сочетании с нижним ТПС. По данным ЭХО-КГ были выявлены ВПС (ДМЖП - у 2-х детей, ДМПП - у 6-и детей). У одного ребенка имелась атрезия ануса.

Результаты: 31 новорожденным было проведено торакоскопическое клипирование нижнего ТПС, наложен прямой эзофагоэзофагоанастомоз. 1 ребёнку с бессвищевой формой атрезии пищевода удалось наложить прямой анастомоз пищевода. В 1 случае – шейная эзофагостомия и гастростомия. В 1 случае при сочетании с атрезией ануса дополнительно - наложение колостомы.

Средние сроки нахождения больных в АРО составили 13,4 дней. Осложнения в виде слюнных свищей наблюдались у 8 детей, все закрылись самостоятельно. Больному с двойной эзофагостомой в возрасте 1 года проведена тотальная эзофагопластика толстой кишкой. Одному ребёнку с атрезией ануса и прямой кишки в последующем выполнена брюшно-промежностная проктопластика. Умер 1 новорождённый с атрезией пищевода в сочетании с пороком сердца. У одного больного выявлен трахеопищеводный свищ вне зоны первичной

локализации ТПС, в последующем данному больному проведена тотальная эзофагопластика толстой кишкой.

Выводы: Торакоскопический метод коррекции АП является эффективным и достаточно безопасным способом лечения этого сложного порока.

**КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО
ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ
COMPLEX DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE HEMATOGENOUS
OSTEOMYELITIS IN CHILDREN**

Авторы: Терзи Ю.И., Воронин И.И., Карташов И.А., Птицын В.А., Баранов Д.А.,
Коряшкин П.В.

Authors: Y.I. Terzi., I.I. Voronin, I.A. Kartashov, V.A. Ptitsyn, D.A. Baranov, P.V.
Koryashkin

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Вечеркин В.А.

Research supervisor DMedSci, Professor V.A. Vecherkin

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко
Россия, Воронеж, Воронежская область*

Цель: Улучшение результатов диагностики и лечения детей с острым гематогенным остеомиелитом.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ документации 48 пациентов с острым гематогенным остеомиелитом, в возрасте до 18 лет, прошедших лечение в клинике детской хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с 2019 по 2023 гг.

Пациенты разделены на 4 группы: I: дети до 1 года (n=15), II группа: 1-6 лет (n=3), III группа: 7-12 лет (n=22), IV группа: 13-18 лет (n=10).

У всех пациентов определялась локализация поражения, результаты лучевой диагностики, возбудитель и методы лечения.

Результаты: Остеомиелит протекал с нечеткой клинической картиной и нетипичным течением, что приводило к поздней диагностике и осложнениям. Процесс чаще локализовался в костях голени-22. В диагностике рентген был неинформативен, было эффективно КТ. У большинства возбудителем был *Staphylococcus aureus*-24. В лечении применяли вскрытие очага, пункцию абсцесса, остеоперфорацию с параоссальным дренированием и вскрытие межмышечной флегмоны. В комплексной терапии применяли антибиотикотерапию, включая не прямое эндолимфатическое введение, десенсибилизирующую терапию, пассивную иммунизацию, сеансы гипербарической оксигенации, физиолечение (магнитотерапия, лазеротерапия, лекарственный электрофорез).

Выводы: Применение РКТ и МРТ позволило диагностировать процесс в первые 48 часов с начала заболевания у детей 7-12 лет и подростков. Лечение целесообразно дополнить непрямым эндолимфатическим введением антибиотиков и гипербарической оксигенацией. Комплексный подход позволил улучшить результаты лечения и сократить сроки госпитализации.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВЛАГАЛИЩА У ДЕТЕЙ. VAGINAL FOREIGN BODIES IN CHILDREN.

Авторы: Ткачук Е.А.

Authors: Tkachuk E.A.

Научный руководитель: к.м.н. Горшков А. Ю.

Research supervisor Ph.DMedSci Gorshkov A. Y.

Тверской государственный медицинский университет

Россия, Тверь, Тверская область

Цель. Выявление предикторов наличия инородных тел влагалища у детей.

Материалы и методы. В ДОКБ г.Твери в период 2021-2023 г. выявлены 9 случаев инородных тел влагалища. Девочки в возрасте 4-16 лет обращались к детскому гинекологу с жалобами на выделения из половых путей. С целью диагностики проводили сбор жалоб и анамнеза, осмотр, ультразвуковое и рентгенографическое исследование малого таза, компьютерную томографию и вагиноскопию.

Результаты. Выявлены инородные тела: колпачок от клея и ручки, 5 монет, фрагменты от браслета (8 шт.), шарики от пистолета (3 шт.), резиновые детали от головоломки (2 шт.), батарейку от часов, тампон и магниты. Наибольшую опасность представляла батарейка (ожог слизистой, стриктура влагалищной трубки). В 8 случаях инородные тела были удалены при вагиноскопии в течении первых 6 часов без осложнений с помощью щипцов от вагоскопа. Клинический случай: пациентка В., 4 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые и гнойные выделения из половых путей длительное время. Местное лечение без эффекта, по УЗИ малого таза признаки инородного тела влагалища. Проведены рентгенография и КТ малого таза: 2 инородных тела расположены вплотную друг к другу, вероятнее всего, магниты. На вагиноскопии: в области гиперемизованного заднего свода влагалища грануляции с наличием фибрина и разрастания слизистой в виде бахромок, извлечь инородные тела не удалось. На ректоскопии: по передней поверхности ампулы определялась линейная грануляционная ткань с контактной кровоточивостью. Учитывая длительность нахождения инородного тела и возможную миграцию в стенку прямой кишки, принято решение о переводе пациентки в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В. И. Кулакова», где выполнена гистероскопия, магниты удалены. На лапароскопии исключена перфорация полого органа.

Выводы: Гнойно-геморрагические выделения служат предиктором к активному диагностическому поиску инородного тела влагалища у детей, включающему УЗИ малого таза и выполнение диагностической и лечебной вагиноскопии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРФОРАЦИИ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ У РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

CLINICAL CASE OF PERFORATION MECKEL'S DIVERTICULUM BY A FOREIGN BODY IN A PRESCHOOL CHILD.

Авторы: Тырина К.А.

Authors: Tyrina K.A.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бландинский В.Ф., Андреева А.Ю.

Research supervisor DMedSci Blandinskiy V.F., Andreeva A.Yu.

Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии

Россия, Ярославль, Ярославская область

Aim/Цель: рассмотреть и описать клинический случай инородных тел ЖКТ, осложненных перфорацией дивертикула Меккеля .

Methods/Материалы и методы: Материалом работы является клиническое наблюдение пациента в возрасте 3 лет, который обратился в приемное отделение ОДКБ г. Ярославля с жалобами на тошноту, рвоту, спастические боли в животе, повышение температуры тела до 37,8С. Из анамнеза заболевания известно, что за 5 суток до поступления выполнено УЗИ ОБП по месту жительства – выявлены инородные тела в петлях кишечника (2 батарейки).

Родители факт проглатывания батареек не видели. Наблюдались амбулаторно с целью извлечения инородных тел естественным путем. В течении 5 суток инородные тела в стуле найдены не были, боли в животе усилились, появились тошнота, рвота, обратились ЯОДКБ, госпитализирован в хирургическое отделение. При поступлении: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, аппетит – снижен. Живот не напряжен, умеренно болезненный в околопупочной области, локальной болезненности нет, перитонеальные симптомы положительные. Выполнена обзорная рентгенограмма ОБП в прямой и боковой проекциях - справа на высоте крыла правой подвздошной кости просматриваются 2-е чёткие, рентгенпозитивные тени круглой формы. Свободного газа в брюшной полости не выявлено. Выполнено экстренное оперативное вмешательство.

Results/Результаты: Была проведена лапаротомия, выявлен некротизированный дивертикул Меккеля с участком перфорации, из него извлечены 2 инородных тела (батарейки). Выполнена клиновидная резекция дивертикула, наложен кишечный анастомоз.

Conclusion/Выводы: Данное наблюдение демонстрирует особенности варианта клинического течения и хирургического лечения инородных тел ЖКТ, а так же варианты осложнения дивертикула Меккеля у детей.

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РАСШИРЕННАЯ ПРАВОСТОРОННЯЯ
ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ
LAPAROSCOPIC-ASSISTED RIGHT EXTENDED HEPATECTOMY IN A 12-
YEARS OLD CHILD**

Авторы: Тютюнова А. А.

Authors: Tyutyunova A. A.

Научный руководитель: д.м.н. Ахаладзе Д. Г., Твердов И. В.

Research supervisor D.Med.Sci. Akhaladze D. G., Tverdov I. V.

*Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии,
онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева
Россия, Москва, Москва и Московская область*

Цель: Демонстрация клинического наблюдения успешной лапароскопической резекции печени высокого уровня сложности у ребенка.

Материалы и методы: Анализ данных лечения пациента с гепатоцеллюлярной карциномой в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева. Оценка сложности проведенного вмешательства согласно данным литературы.

Результаты: Пациент М. 12 лет, после пункционной биопсии и МРТ брюшной полости диагностирована Гепатоцеллюлярная карцинома, фиброламеллярный вариант, II стадия (T2N0M0). Консилиумом было принято решение о лапароскопическом вмешательстве, основываясь на данных шкалы сложности лапароскопических резекций печени у детей. Интраоперационное УЗИ: из 6,7,8 сегментов печени исходит объемное образование, ППВ (правая печеночная вена) проходит в толще образования, СПВ (срединная печеночная вена) на расстоянии около 5 мм от опухоли. Определена граница резекции, левее СПВ. Выделены, лигированы и пересечены правая портальная вена, печеночная артерия. Рассечен 1 сегмент вдоль нижней полой вены с пересечением коротких коммуникантных вен. Низведение портальной пластинки. Получена линия демаркации вдоль линии Rex-Cantlie, разделение паренхимы печени со смещением влево от СПВ 4/6 с использованием биполярной коагуляции и УЗИ-деструктора Harmonic. Интрапарехиматозно в проекции кавальных ворот выделено устье ППВ, СПВ: прошиты сшивающим аппаратом, пересечены. Препарат удален. Кровопотеря: 200 мл. Pringle маневр - 7 мин. На момент написания тезисов период катамнестического наблюдения составляет 8 месяцев. Данных за рецидив, отдаленных осложнений нет.

Выводы: Приведенное клиническое наблюдение иллюстрирует, что при тщательном планировании и предоперационной подготовке, наличии опыта более простых вмешательств, резекции печени высокого уровня сложности осуществимы из лапароскопического доступа и

у детей. Анализ одного клинического наблюдения является ограничением для практических рекомендаций и требует дальнейшего исследования.

**ВРОЖДЕННАЯ ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У
НОВОРОЖДЕННЫХ
И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.
CONGENITAL DUODENAL OBSTRUCTION IN NEWBORNS
AND YOUNG CHILDREN.**

Авторы: Ульянов К.И.

Authors: Ulyanov K.I.

Научный руководитель: д.м.н. Соловьёв А.Е.

Research supervisor DMedSci Solovyov A.E.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.
Павлова*

Россия, Рязань, Рязанская область

Цель исследования. Изучить клинику, диагностику, лечение детей с врожденной дуоденальной непроходимостью.

Материалы и методы. Наблюдали 12 детей с непроходимостью двенадцатиперстной кишки. в возрасте от 3 дней до 3 лет. Мальчиков было 9, девочек – 3. У 2 детей диагностировали атрезию 12-п кишки, у 8 - мембранозную форму непроходимости, у 2 - кольцевидную поджелудочную железу. Исследовали анамнез, осмотр, результаты лабораторных, инструментальных, УЗИ и рентгенологических методов исследований.

Результаты. Трудности диагностики у новорожденных и детей раннего возраста с врожденной дуоденальной непроходимостью зависят от причин заболевания. У 2 новорожденных с атрезией 12-п кишки клиника сопровождалась рвотой, вздутием живота. Мембранозная форма протекала в 2-ух вариантах: у 5 детей имелись симптомы частичной кишечной непроходимости, у 3 детей имелась клиника острой кишечной непроходимости. У 2 детей с кольцевидной поджелудочной железой наблюдалась частичная кишечная непроходимость. Всем детям проводилось рентгенологическое исследование с контрастом, где диагностированы 2 уровня жидкости (в желудке и двенадцатиперстной кишке). Отмечена задержка контраста в верхних отделах ЖКТ. Оперативное лечение проводилось в зависимости от операционных находок.

Выводы. Мембранозная форма дуоденальной непроходимости была наиболее распространенной причиной непроходимости у новорожденных и детей раннего возраста. Клиническая картина протекает в двух вариантах: острой и частичной кишечной непроходимости. Рентгенодиагностика является «золотым стандартом» исследований. Оперативное лечение зависит от причины и может включать в себя иссечение мембраны или дуаденодуадено-анастомоз.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ ПЛОЩАДЬЮ 90% 2-3 СТЕПЕНИ.
A RARE CLINICAL CASE: THERMAL BURN IN A 7 YEAR OLD CHILD WITH AN AREA OF 90% 2-3 DEGREE.

Авторы: Умаханов Б.И

Authors: Umakhanov BI

Научный руководитель: д.м.н., проф. Морозов В.И.

Research supervisor DMedSci Morozov VI

Казанский государственный медицинский университет

Россия, Казань, Республика Татарстан

Aim/Цель: Представление редкого клинического случая термического ожога у ребенка 7 лет площадью 90% 2-3 степени. Изучить особенности течения заболевания и его исход при критической форме ожоговой травмы, с длительностью выживания до 6 месяцев.

Methods/Материалы и методы: Изучены данные анамнеза, клиники заболевания, параклинические методы обследования и исход лечения.

Проведено обследование пострадавшего, включая оценку состояния кожи, функции дыхания, сердечно-сосудистой системы и других органов. Разработан индивидуальный план лечения и реабилитации пациента с учетом его возраста, веса, общего состояния здоровья и характера полученных травм. Описаны особенности течения, лечения и развития осложнений у пациента с критической формой ожоговой травмы (площадь 90% 2-3 степень)

Results/Результаты: Результаты лечения данного клинического наблюдения показали особенности течения заболевания при обширных термических поражениях кожи у детей, развитие осложнений и исход.

Conclusion/Выводы:

-Термический ожог при обширном поражении кожи крайне тяжелое заболевание, прогноз как правило не благоприятный, не смотря на длительный период относительно стабильного состояния.

-Необходимо решить вопрос ассоциации детских хирургов о возможном применении ранней трансплантации донорской кожи на ранних сроках ожоговой болезни, после очищения раны от некротических тканей, что возможно повысит вероятность положительного лечения и исход заболевания.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЧРЕЗМЫШЕЦЕВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ
TREATMENT TACTICS FOR TRANSCONDYLAR FRACTURES OF THE HUMERUS IN CHILDREN

Авторы: Умутпаева К.Е.

Authors: Umutpaeva K.E.

Научный руководитель: д.м.н. Касымжанов А.Н.

Research supervisor DMedSci Kasymzhanov A.N.

Медицинский университет Астана

Казахстан, Астана, Акмолинская область, Казахстан

Актуальность Переломы дистального конца плечевой кости у детей занимают ведущее место и сопровождаются значительными смещениями, оказывающими неблагоприятное влияние на рост и развитие конечности. Сложная анатомическая локализация, технические трудности сопоставления, возможные неврологические нарушения и деформации, обуславливают актуальность проблемы.

Цель исследования Оценить эффективность остеосинтеза по Паппу.

Материал и методы исследования В период 2021-23г.г. в отделении травматологии «МГДБ№2» пролечено 392 больных о 1-18л. Мальчики-275(70.15%), 117(29.85%) девочки. В возрастном аспекте: 1-3года-84(21.43%), 4-7лет-113(28.83%), 8-11лет-125(31.89%), старше 12лет 70(17.85%). Разгибательные чрезмышечковые-

289(73,72%),сгибательные–103(26,28%).Механизм-падение с высоты(турник, дерево и спортивные травмы). Закрытая репозиция-108 больным,272-чрезкожный остеосинтез по Паппу под контролем ЭОП.Открытая репозиция-12больным.Показаниями к открытой репозиции являлись открытые переломы,повреждение сосудов и нервов.Для оценки эффективности проведен анализ сроков восстановления функции сустава.

Результаты исследования Оценка результатов лечения осуществлялась по четырехбалльной системе А.Е.Ерекешова(2000),прослежены у 95 детей.

1 группа-результаты оценены на «отлично»-полное восстановление функции-65 детей

2 группа-«хорошо», видимые деформации и ограничение движений в локтевом суставе до 10-15 градусов-30 детей

3 группа-результат«удовлетворительно»утомляемость при нагрузке, деформация–25-30 градусов–в исследовании не было.

4 группа-«неудовлетворительные»постоянные боли,тугоподвижность с деформацией,ограничение движений-не было.В исследовании отмечены отличные(68,42%)и хорошие(31.58%)результаты.

Выводы Разнообразие методов лечения чрезмышечковых переломов характеризует неоднозначность подхода к данному виду травмы.Обоснованный выбор метода лечения позволяет предотвратить такие осложнения,как вторичное смещение,посттравматические деформации и контрактуры локтевого сустава.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ APPROACHES TO THE TREATMENT OF CLAVICLE FRACTURES IN CHILDREN

Авторы: Умутпаева К.Е.

Authors: Umutpaeva K.E.

Научный руководитель: д.м.н. Касымжанов А.Н.

Research supervisor DMedSci Kasymzhanov A.N.

Медицинский университет Астана

Казахстан, Астана, Акмолинская область, Казахстан

Актуальность Тяжесть и частота повреждений трубчатых костей у детей имеет неуклонный рост, что требует улучшения существующих методов лечения. Переломы ключицы являются одной из частых травм детского возраста, составляя 14%. Разработка и внедрение технологии остеосинтеза спицами, моделированным по форме ключицы пластинами, имеют актуальное и перспективное значение в хирургии детского возраста.

Цель исследования Улучшение результатов лечения

Материал и методы исследования В отделении травматологии «МГДБ№2» 2021-23г.г. находились 287детей. Мальчиков было-215(74,91%), девочки-72(25,09%). Распределение по возрасту: 6-7л. – 22; 8-11л. – 95; 12-15л.–129;16-17л. -41больных. Локализация переломов в средней трети – 204 (71,08%), акромиального конца -75 (26,13%), грудинного -8(2,79%). В 12 (4,18%) случаях были использованы моделированные по форме ключицы пластины, спицы Киршнера - 146(50,87%), бедренные спицы -72(25.09%), эластичные стержни у 39(13,59%) и 18 (6,27%) больных с сочетанными повреждениями пролечены консервативно при отсутствии смещения.

Результаты исследования Результаты оценивали по показателям:

-измеряли длину ключиц с больной и здоровой стороны;

-срок восстановления активных движений, а также объем движений.

Результаты прослежены у 70 больных в сроки 6 мес.-1г. после травмы. Оценивали анатомический и функциональный результат, оказавшийся положительным. Больным после операции осуществлялась гипсовая иммобилизация на 4-6 недель в зависимости от возраста. Из осложнений следует отметить: в 3 случаях отмечена слабая консолидация и у одного больного – несращение отломков, связанная с применением спиц Киршнера больным

старшего возраста 16-17л. Выполнены повторные операции - остеосинтез пластиной, в результате достигнута полная консолидация.

Выводы Таким образом, больным с повреждением ключицы при наличии различных смещений, показана открытая репозиция и остеосинтез различными металлоконструкциями в зависимости от возраста и характера перелома.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПОЧЕК MANAGEMENT TACTICS FOR CHILDREN WITH CLOSED KIDNEY INJURY

Авторы: Усманов З.З., Рахмонов Ф.З., Темиров Б.О.

Authors: Usmanov ZZ, Raxmonov FZ, Temirov BO

Научный руководитель: д.м.н., профессор Юсупов Ш.А.

Research supervisor DMedSci, Professor Yusupov SA

*Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан*

Цель. Определить эффективную хирургическую тактику при закрытых повреждениях почек у детей с целью уменьшения осложнений и улучшения результатов лечения. **Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением в урологическом отделении урологии Специализированной детской хирургической клиники Самаркандского государственного медицинского университета находились 59 больных с закрытым повреждением почек в возрасте от 1 года до 18 лет. Методы исследования включали сбор анамнеза, объективное обследование, лабораторные и инструментальные исследования (УЗИ, обзорную и экскреторную урографию, при необходимости МРТ).

Результаты. Характерные клинические проявления. У всех 59 больных наблюдались стойкие боли, у 27 (45,7%) - пальпируемые болезненные образования на пораженных участках. сбоку макрогематурия отмечена у 48 (81,3%). У 15 (25,4%) больных выполнена органосохраняющая операция в виде дренирования забрюшинной гематомы и ушивание участков повреждения фиброзной капсулы с последующим тщательным гемостазом. В послеоперационном периоде больные получали антибактериальную, кровоостанавливающую, инфузионную терапию и симптоматическое лечение. Осложнений после операции не было. 44 (74,6%) больных лечились в выжидательной тактике, что было обусловлено отсутствием роста гематомы и купированием гематурии. Больные находились на постельном режиме, проводилось симптоматическое лечение. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила $11,3 \pm 0,5$ койко-дней. После выписки из стационара больные находились под клиническим наблюдением с регулярными контрольными осмотрами через 1, 3 и 6 месяцев после операции.

Вывод. Таким образом, все больные с клиническими симптомами закрытого повреждения почек должны быть госпитализированы в специализированный стационар. Если консервативные меры лечения неэффективны, операция должна носить органосохраняющий характер.

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF CHILDREN WITH
FOREIGN BODIES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT**

Авторы: Фаттоев Ж.С., Гарин Д.К., Туров М.Р.

Authors: Fattoev JS, Garin DK, Taurov MR

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сувонкулов У.Т.

Research supervisor PhD Suvonkulov UT

*Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан*

Цель: провести анализ результатов лечения инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей.

Материал и методы: в специализированной клинике детской хирургии Самаркандского Государственного медицинского университета в период с 2019 по 2023 года было госпитализировано 118 больных с предварительным диагнозом: Инородное тело желудочно-кишечного тракта. Мальчиков было 68 (80,2%), девочек 50 (19,8%), городские составили 57,8%, сельские 42,2%. Среди инородных тел ЖКТ заглоченные детьми преваляировали: батарейка-33 (27,9%), монета-29(24,6%), различные металлические предметы (серьга, запонка, болт, цепочка и т.д.) 25(21,2%), реже предметы пластиковой игрушки-9(7,6%), игла-8(6,8%), ртуть от термомера-8(6,8%), неорганические предметы (камень, кусок бетона и т.д.)-6(5,1%).

Результаты: диагноз основывался на результатах изучения анамнеза, данных клинического и инструментального обследования. Исходя из данных анамнеза (сроков от начала заболевания) у 54 (45,7%) пациентов в ранние сроки от начала заболевания проведено эндоскопическое удаление инородного тела посредством ЭГДФС. У остальных пациентов отмечалось самопроизвольное отхождение инородного тела естественным путем, при этом у 2 больных с инородным телом ЖКТ (игла) потребовалось провести колоноскопию для извлечения инородного тела.

Выводы: таким образом, при инородных телах ЖКТ у детей результаты лечения зависят от срока от начала заболевания, вида инородного тела. Преимущественным при данной патологии является эндоскопический метод лечения.

**АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ТАРАННОЙ КОСТИ. БОЛЕЗНЬ ДИАСА И
МУШЕ.
ASEPTIC NECROSIS OF THE TALUS BONE. DIAZ AND MOUCHET'S DISEASE.**

Авторы: Федоров Д.А.

Authors: Fyodorov D. A.

Научный руководитель: доц. Петров Андрей Георгиевич

Research supervisor doc. Petrov Andrey Georgievich

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Медицинский
факультет*

Россия, Чебоксары, Чувашская Республика

Цель: определить эффективный метод лечения асептического некроза таранной кости (далее – АН ТК).

Методы и материалы: изучены 10 случаев АН ТК за 2013-2023 года на базе отделения травматологии и ортопедии БУ ЧР "Республиканская детская клиническая больница", а также методы лечения данных пациентов.

Результаты: анализ клинических рекомендаций, литературных источников, а также клинических сведений, полученных из медицинских карт пациентов отделения травматологии и ортопедии БУ ЧР "Республиканская детская клиническая больница" показал, что АН ТК представляет собой омертвление костной ткани в результате ишемии. В начале заболевания рентгенологически зона некроза не выявляется. На 3–4 стадии АН ТК

консервативная тактика нерациональна, показано оперативное лечение. Из 10 пациентов, 2 с дефектом более 2 см проведена контрпластика, остальным 8 - артоскопическая обработка. Лечение пациентов прошло успешно, случаев повторного заболевания не выявлено.

Выводы:

1. Наиболее информативный метод диагностики АН ТК - компьютерная томография.
2. На ранних стадиях болезни наилучшие результаты дают операции, направленные на ликвидацию зоны АН ТК и замещение образующего дефекта с помощью хондропластики таранной кости.
3. Выбор тактики лечения зависит от размеров остеохондрального дефекта. Консервативное лечение может применяться с дефектами малых размеров. При наличии дефектов большого размера используют оперативные методы лечения.
4. Одним из современных методов лечения является методика AMIC с мембраной Chondro-Gide.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА. ROBOT-ASSISTED SURGERY OF THE ESOPHAGUS.

Авторы: Федорова А.Ф., Васильева К.И.

Authors: Robot-assisted surgery of the esophagus.

Научный руководитель: член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Козлов Ю.А.
**Research supervisor Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, MD,
Professor Kozlov Yu.A.**

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии и
детской хирургии ДПО*

Россия, Иркутск, Иркутская область

Цель: целью исследования является демонстрация использования робота-ассистированной хирургической технологии в аспектах хирургии пищевода, а также оценка эффективности и безопасности метода.

Материал и методы: В исследовании представлены данные, касающиеся пациентов, имеющих патологию пищевода, такие как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ахалазия пищевода и кистозная форма удвоения пищевода. Операции проводились на базе ГБУЗ ИГОДКБ с использованием хирургического робота Versiustm производства компании CMR (Великобритания).

Результаты: Всего было прооперировано 6 пациентов. Из них 3 детям выполнялась гастроплюстика по Nissen, двум - кардиомиотомия по Heller с фундопликацией по Dor и одному - торакоскопическая энуклеация кистозной формы удвоения пищевода с последующим ушиванием стенки пищевода. Гендерный состав был представлен 2 девочками и 4 мальчиками.

Средний возраст пациентов на момент операции составил 8,5 [5;10] лет, минимальный возраст пациента составил 2 года. Средний вес пациентов составил 35 [19;52] кг. Длительность хирургического вмешательства составила в среднем 140 [120;170] мин. Продолжительность пребывания в палате интенсивной терапии составила в среднем 23,5 [23;24] ч. Пациенты выписывались из стационара в среднем на 4 [3;4] сутки. Во всех случаях операции протекали без интраоперационных осложнений и без конверсии в открытые процедуры.

Выводы: Робот-ассистированная хирургия пищевода у детей безопасна и эффективна, и является хорошей альтернативой открытому и лапароскопическому доступу. Можно предполагать, что использование робота во время операций снижает риск перфорации слизистой оболочки пищевода благодаря улучшенной трехмерной визуализации, большей степени свободы инструментов, прекрасной эргономике и фильтрации тремора. Ожидается, что более крупные серии подтвердят эффективность и безопасность робота у детей с патологией пищевода.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЕННОЙ
НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА
RESULTS OF TREATMENT OF CHILDREN WITH ACQUIRED INTESTINAL
OBSTRUCTION**

Авторы: Филатова К.К.

Authors: Filatova K K

Научный руководитель: к.м.н. Городков С.Ю.

Research supervisor CMedSci Gorodkov SY

*Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
Россия, Саратов, Саратовская область*

Aim/Цель: изучить результаты лечения детей с приобретенной непроходимостью кишечника(ПНК).

Methods/Материалы и методы: проанализировано лечение больных с ПНК за 5 лет (n=88). Инвагинации кишечника (ИК)-у 49; ущемленная паховая грыжа (УПГ)-у 23; острая спаечная непроходимость кишечника (СН)-у 12, стеноз колостомы (1), эвагинация илеостомы (1), заворот сигмы (1), лимфангиома брыжейки (1). Показанием к операции при ИК было развитие перитонита (2), у остальных-пневматическая дезинвагинация (ПД). Показания к адгезиолизису при СН: безуспешность консервативного лечения, признаки ишемии/некроза кишки. Показание к экстренной операции при УПГ-срок ущемления >12 часов.

Results/Результаты: При ИК медиана возраста-12 мес. ИК спровоцирована погрешностью в диете(4), введением прикорма(1), сменой смеси(1), ОРВИ(6), кишечной инфекцией(8). ПД выполняли под наркозом в операционной, воздух нагнетали мануально. ИК расправлена пневматически у 42(86%)-средний срок заболевания-11 ч. Оперированы по первичным показаниям-2(средний срок заболевания 43 ч.): выполнена ручная дезинвагинация и резекция кишки с анастомозом. Оперированы после безуспешной ПД 5 (срок заболевания-16 ч.): резекция кишки с анастомозом(2), дезинвагинация(3). Рецидив ИК-у 3.

При СН предшествовала аппендэктомия(2), лапаротомия(8), пластика при гастрошизисе (1), лечение Б. Гиршпрунга(1). Поздняя НК-у 9. Консервативная терапия СН проводилась всем, успешна у 8. Оперированы 4(лапароскопически). Рецидив ОСН-у 5. У детей с УПГ средний срок ущемления-7 часов. Грыжа манифестировала ущемлением у 7. Оперированы лапароскопически-2(PIRS-1), паховый доступ-21. Резекция кишки не требовалась. Осложнений лечения не было.

Conclusion/Выводы:

1. В структуре ПНК преобладает ИК. ПД может быть успешной при любом сроке заболевания при соблюдении методики.
2. Консервативная терапия при СН эффективна у 66 %. Лапароскопический адгезиолизис эффективен и безопасен.
3. При малом сроке заболевания УПГ вероятность некроза кишки минимальна.

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО СПОСОБА ОПЕРАЦИИ
ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
EXPERIMENTAL SUBSTANTIATION OF A NEW METHOD OF SURGERY FOR
RECURRENT ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION**

Авторы: Футин Э.В., Гайнуллин И.И., Калямова А.В., Мухамадиярова А.Р.,
Ситдикова Д. М.

Authors: Futin EV, Gainullin II, Kaliamova AV, Mukhamadiyarova AR, Sitdikova DM

Научный руководитель: д.м.н. Миरोлюбов Л.М.

Research supervisor DMedSci Mirolyubov LM

*Казанский государственный медицинский университет
Россия, Казань, Республика Татарстан*

Экспериментальное обоснование на крысах нового способа операции при рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости (СКН).

В 2022-2023 гг. проведено 7 операций изоперистальтического удвоения тонкой кишки на крысах. Под общей анестезией произведена срединная лапаротомия и новокаиновая блокада в брыжейку тонкой и толстой кишки. Тонкая кишка посередине перевязана лигатурами и пересечена. Произведено подтягивание приводящего конца к подвздошной кишке, а отводящего к Трейцевой связке. Выполнены два анастомоза бок-в-бок: в области Трейцевой связки с отводящим концом, в области перехода подвздошной кишки в слепую – с приводящим однорядным швом нитью PDS 6,0. В середине разделенной пополам тонкой кишки наложен еще один тонко-тонкокишечный анастомоз по типу бок-в-бок. Произведены гемостаз и проверка проходимости анастомоза. Проведены перитонизация дефектов брюшины, санация брюшной полости и послойное ушивание брюшной полости.

Из 7 подопытных животных выжило после операции 3. Оценка результатов проводилась посредством контроля за животными. На 20 день после операции проводилось рентгеновское исследование органов брюшной полости в боковой и прямой проекциях с целью изучения динамики пассажа кишечного содержимого. По данным рентгенографии пассаж бариевой взвеси раздваивается на уровне верхнего анастомоза, что доказывает адекватную функцию тонко-тонкокишечного анастомоза, обеспечивающего дублирующий путь для пассажа химуса. На операцию получена приоритетная справка по заявке на изобретение: регистрационный номер 2023122321/14(049023); дата подачи 28.08.2023.

Данный способ профилактики СКН заключается в создании на фоне спаечного процесса в брюшной полости условий, максимально способствующих физиологическому продвижению химуса с сохранением общей площади всасывания тонкой кишки. При невозможности влияния на прогрессирующий спаечный процесс, данный способ направлен на профилактику рецидивов СКН за счет создания дублирующих изоперистальтических путей пассажа кишечного содержимого.

**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ
TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF ESOPHAGEAL BURNS IN
CHILDREN**

Авторы: Хамперова Р.А., Садиков У.У., Казакова Н.Б.

Authors: Xamperova RA, Sadikov UU, Kazakova NB

Научный руководитель: к.м.н. доцент Боймуратов Н.С.

Research supervisor PhD Boymuradov NS

*Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан*

Цель. улучшить результаты лечения химических ожогов и послеожоговых сужений пищевода путём ранней диагностики и оптимизации тактики лечения.

Материал и методы исследования. В Специализированной детской хирургической клинике СамГМУ в период с 1992 по 2022 годы находились на лечении 276 детей с ожогами пищевода и его осложнениями в возрасте от 1 года до 18 лет. Из них девочки болели реже -

102 (37,0%), чем мальчики – 174 (63,0%). При поступлении в остром периоде больные были очень беспокойными, причем, чем младше ребенок, тем больше отмечались гиперсаливация, рвота, повышение температуры тела, затруднение глотания. Всем больных с ожогами пищевода проводилось промывание желудка, применялись обезболивающие средства, дезинтоксикационная терапия, обволакивающие вещества (облепиховое масло). Тактика лечения зависела от степени ожога пищевода, устанавливаемой на эзофагогастродуоденоскопии. 97 пациентов (35,1%) с I степенью ожога после окончания острого периода в специализированном хирургическом лечении не нуждаются. У 65 пациентов (23,5%) с II степенью ожога применялась симптоматическая и антибактериальная терапия. В этих случаях также не отмечалось признаков дисфагии, и пациенты в бужировании или других методах лечения не нуждались. У 114 пациентов (41,4%) с III степенью ожога внедрено бужирование пищевода по струне-проводнику под контролем эндоскопии. 54 (47,4%) пациентам, поступившим из других клиник с уже сформированными рубцовыми стриктурами пищевода, применено эзофагеальное бужирование за нить через гастростому по Кадеру, которая использовалась также для энтерального кормления.

вывод. Применение разработанной в клинике тактики лечения ожогов пищевода у детей позволило отказаться от напрасного эзофагеального бужирования при ожогах I и II степени. Алгоритм лечения привел к тому, что при III степени химических ожогов пищевода рубцовые стенозы наблюдались всего у 9,2% детей.

ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ПОДРОСТКОВ COMPLICATED COURSE OF TUMOR-LIKE FORMATIONS OF THE OVARIES IN ADOLESCENTS

Авторы: Хасанова Д.Б., Хамперова Р.А., Фаттоев Ж.С.

Authors: Khasanova DB, Xamperova RA, Fattoyev JS

Научный руководитель: д.м.н., профессор Атакулов Д.О.

Research supervisor DMedSci, Professor Atakulov JO

*Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан*

Цель: изучить особенности осложненного течения опухолеподобных образований яичников у подростков.

Материалы и методы: был проведен клинко-статистический анализ 168 случаев пациенток, находившихся на лечении в клинике СамГМУ №2, за период с 2000 по 2021 года включительно.

Результаты: В нашем исследовании были проанализированы данные 168 больных с опухолеподобными образованиями яичников. По данным наших исследований, наблюдались такие осложнения как разрыв образования яичника (47 % случаев), перекручивание ножки образования (8,9%). Вышеуказанные случаи осложнений наблюдались в возрасте до 18 лет (93%).

Основные жалобы пациенток на момент поступления в стационар, наиболее выраженная симптоматика превалирует в осложненном течении кистозных и опухолеподобных образованиях яичников. Данная симптоматика проявлялась клиникой острого живота что, в свою очередь приводила к затруднению диагностики, и в большинстве случаев протекало под маской клиники острого аппендицита.

При неосложненном течении опухолей и опухолевидных образований яичников (44,1%), из жалоб как правило, отмечалась тазовая боль, нарушение ритма менструаций и/или увеличение размера живота. Боль проявлялась как малоинтенсивная и ноющая, так и сильная, приступообразная. Она чаще всего локализовалась внизу. Оптимизация хирургической тактики при наличии образований яичников, является актуальной проблемой на сегодняшний день.

Выводы: трудности связаны с отсутствием характерных жалоб, бессимптомностью течения и сложностью гинекологического обследования особенно в детском возрасте, приводит к поздней диагностике, отсутствию правильного и своевременного лечения и как следствие к возникновению осложнений, нередко отрицательно сказывающихся на репродуктивной функции в дальнейшем.

ГАНГРЕНА ФУРНЬЕ У РЕБЕНКА FOURNER'S GANGRENE IN CHILD

Авторы: Хертек А.Р., Монахова А.С., Мамонтова Н.В.

Authors: Khertek A.R., Monakhova A.S., Mamontova N.V.

Научный руководитель: д.м.н, профессор Тен Ю.В

Research supervisor md, professor Ten Y.V

Алтайский государственный медицинский университет

Россия, Барнаул, Алтайский край

Цель: Описать редкий клинический случай и рассказать об опыте оперативного лечения гангрены Фурнье у ребенка.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ истории болезни. Мальчик, 16 лет, 01.10.23 поступил экстренно в ДОГХ КГБУЗ «Детская клиническая больница №7». Со слов мамы, ребенок заболел через 3 суток, после получения ушиба при посадке в автомобиль. На момент осмотра предъявлял жалобы на болезненность, отек мошонки и промежности, повышение температуры тела до 38С. При поступлении было выполнено УЗИ мошонки с оценкой кровотока, в заключении: признаки отека мягких тканей и эпидидимита слева. Было выполнено оперативное лечение в 3 этапа: первый этап – вскрытие, дренирование флегмоны промежности и мошонки в экстренном порядке. Инфильтрированные ткани правой половины мошонки рассечены насечками в шахматном порядке. Вскрыта гнойная полость размерами 10,0*8,0см, выделилось около 50 мл гноя со зловонным запахом. Выполнена санация гнойной полости, полость задренирована резиновыми выпускниками. Второй этап – некрэктомия раны. Иссечены некротически измененные ткани на промежности и левой половине мошонки. Раны задренированы. Третий этап – пластика раны: мобилизован кожный лоскут с левой и правой половин мошонки. Рану на левой половине мошонки прикрыли мобилизованным лоскутом и наложили наводящие швы. Края раны на промежности иссекли и зашили. В послеоперационном периоде получал антибиотикотерапию. Дренаж был удален на 4-е сутки после оперативного лечения.

Результаты: Отмечается заживление раны вторичным натяжением, швы на промежности состоятельны, чистые, сухие, без признаков воспаления. Послеоперационный период протекал без осложнений. Сроки госпитализации составили до 23 койко-дней. Пациент выписан домой с выздоровлением и с контрольным осмотром через 2 недели.

Выводы: Своевременность постановки диагноза и выполнения экстренного хирургического вмешательства позволило избежать осложнений и летальных исходов.

СТРУКТУРА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ THE STRUCTURE OF APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN

Авторы: Хонина А. С.

Authors: Honina A. S.

Научный руководитель: Козулина Н.В. к. м. н.,
Research supervisor Kozulina N.V. – Candidate of Medical Sciences

Приволжский исследовательский медицинский университет

Россия, Нижний Новгород, Нижегородская область

Цель исследования. Изучить структуру острого аппендицита аппендикулярного перитонита у детей в зависимости от морфологических изменений в отростке.

Материалы и методы: Проведен анализ историй болезней 238 детей в возрасте от 0 до 18 лет, прооперированных в 2023 г по поводу неосложненного аппендицита и аппендикулярного перитонита в клинике кафедры детской хирургии ПИМУ на базе отделения гнойной хирургии Нижегородской областной детской клинической больницы (НОДКБ).

Результаты. Из 238 детей с аппендицитом 88 (37%) были девочки, 150 (63%) - мальчики. Среди пациентов с аппендикулярным перитонитом констатировано 37 случаев местного и диффузного воспаления брюшины, у 16 человек выявлен разлитой процесс. По возрасту больные аппендикулярным перитонитом распределились следующим образом: среди детей с местным процессом 1 ребенок был в возрасте 2 лет, 9 человек от 4 до 7 лет, 14 – от 8 до 13 лет, 13 пациентов – от 14 до 18 лет. Среди оперированных по поводу разлитого перитонита 4 ребенка было в возрасте 2-3 лет, 5 детей – 4-7 лет, и по 4 ребенка в группах 8-13 и 14-18 лет. При оценке морфологических изменений отростка у больных с местным и диффузным перитонитом было диагностировано 10 случаев с флегмонозной, 16 -с гангренозной и 11 - с гангренозно-перфоративной формами воспаления. Среди больных с разлитым перитонитом отмечен 1 флегмонозный, 7 гангренозных и 9 с гангренозно-перфоративных аппендицитов.

Заключение. Аппендэктомия – одна из самых распространенных экстренных операций в детской хирургии. Чаще аппендицитом болеют мальчики. Имеется прямая зависимость между степенью деструктивных изменений в отростке и распространенностью перитонита. Среди пациентов с разлитым перитонитом доля детей младшего и дошкольного возраста выше, чем в группе больных с местным перитонитом.

ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ TRANSCONDYLAR FRACTURES OF THE HUMERUS IN CHILDREN

Авторы: Худайкулов К.Х., Досмедов С.М., Абатов А.А.

Authors: Hudaykulov KH, Dosmedov SM, Abatov AA

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Гончарова Л.А.

Research supervisor professor, DMedSci Goncharova LA

Астраханский государственный медицинский университет

Россия, Астрахань, Астраханская область

Цель. Определить эффективность проводимого лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей.

Материал. Изучены этапы и результаты лечения 28 детей с внутрисуставными переломами локтевого сустава в возрасте 7-11 лет. В основном, это были повреждения внутреннего мыщелка и головки мыщелка со смещением и нарушением артикуляции с головкой лучевой кости (21 ребенок). В ортопедо-травматологическом отделении Областной детской клинической больницы г. Астрахани избрана активная тактика оперативного лечения детей с чрезмыщелковыми переломами при наличии смещения отломков В первые сутки после травмы осуществлялась закрытая репозиция под контролем ЭОП и остеосинтез перекрещивающимися спицами на 2-3 недели. В послеоперационном периоде применялась иммобилизация и реабилитация до полного восстановления функций конечности.

Результаты: У 23 детей достигнута консолидация в оптимальные сроки с полным восстановлением функции сустава. У 3-х детей наблюдались признаки нейропатии периферических нервов на фоне замедленной консолидации, которые были купированы медикаментозным и физиотерапевтическим лечением. У 2-х детей сохранилась остаточная варусная деформация плеча без нарушений функции сустава.

Заключение. Раннее оперативное лечение чрезмышечковых переломов плечевой кости позволяет получить хорошие анатомические и функциональные результаты в большинстве случаев.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ СТРЕПТОДЕРМИИ С
ОБШИРНЫМ НЕКРОЗОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У РЕБЁНКА 3-Х ЛЕТ
A CLINICAL CASE OF SEVERE STREPTODERMIA WITH EXTENSIVE SOFT
TISSUE NECROSIS IN A 3-YEAR-OLD CHILD**

Авторы: Хусаенов А.И., Долгова К.С.

Authors: Khusaenov AI, Dolgova KS

Научный руководитель: д.м.н. Морозов В.И.

Research supervisor DMedSci Morozov VI

Казанский государственный медицинский университет

Россия, Казань, Республика Татарстан

Цель: провести анализ клинического случая.

Материалы и методы: был проведен анализ истории болезни пациента, проходившего лечение в хирургическом отделении №2 ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РТ, обзор медицинской литературы.

Результаты: Ребенок Г., мужского пола, возраст 3 года госпитализирован в реанимационное отделение ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РТ 21.12.2022 года с жалобами на гипертермию до 40,6° С, отёк и посинение правой нижней конечности, правой ягодицы.

17.12.22 обратились в Нурлатскую ЦРБ, был выставлен диагноз: Острый фарингит и назначено лечение. В тот же день, на фоне высокой лихорадки, мать ребёнка сделала внутримышечно инъекцию диклофенака в дозировке 0,8 мл в правую ягодицу. Через сутки отмечалось ухудшение состояния- гипертермии до 39°С, появления отёка и покраснения кожи в области введения препарата. 19.12.2022 бригадой скорой помощи, ребенок был госпитализирован в соматическое отделение ЦРБ, осмотрен специалистами: педиатром, хирургом. Выполнено УЗИ мягких тканей ягодичной области-данных за абсцедирование не выявлено. Отёк правой нижней конечности стал нарастать, состояние ребенка ухудшалось в связи с чем переведен в отделение реанимации ЦРБ, далее в отделение реанимации ДРКБ МЗ РТ с диагнозом: Флегмона правой ягодичной области и правого бедра? Сепсис?.

С 21.12.2022 по 28.12.2022-ребёнок находился в отделении реанимации. Проведен консилиум и выставлен диагноз: Сепсис, инфекционно-токсический шок. Рабдомиолиз? Токсико-аллергическая реакция? По результатам ПЦР был обнаружен: вирус гриппа А. Из раны высеялся: *Streptococcus pyogenes*.

С 28.12.2022 по 22.03.2022 находился в отделении Хирургии - у ребенка развился токсический эпидермолиз по всему телу, образовались крупные участки некроза мягких тканей. После формирования сухого некроза, была проведена некрэктомия в области правой нижней конечности. На фоне проводимой терапии отмечалось закрытие полостей ран грануляционной тканью до уровня кожи, были выполнены этапные аутодермопластики свободным расщепленным кожным лоскутом.

**ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО
ВОЗРАСТА С БИЛАТЕРАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК
PRINCIPLES OF SURGICAL TREATMENT OF PEDIATRIC PATIENTS WITH
BILATERAL KIDNEY TUMOR**

Авторы: Цветкова М.М.

Authors: Tsvetkova M.M.

Научный руководитель: д.м.н. Ахаладзе Д.Г.; Меркулов Н.Н.

Research supervisor DMedSci Akhaladze D.G.; Merkulov N.N.

*Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии,
онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева
Россия, Москва, Москва и Московская область*

Анализ опыта лечения пациентов с билатеральным поражением почек (БП) на базе одного центра.

Ретроспективное одноцентровое исследование 59 пациентов с БП на базе НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева. Статистический анализ проводился при помощи расчета медиан, межквартильных размахов, метода Каплана-Мейера, ROC-анализа, точного критерия Фишера.

В 33 случаях установлена билатеральная нефробластома, в 17- нефробластома с нефробластоматозом, в 9- билатеральный нефробластоматоз. Объем очага 53, 75 мл- оптимальный порог для подозрения на нефробластому с точки зрения соотношения чувствительности (83,33%; 95% ДИ 55,20%- 97,04%) и специфичности (72,41%; 95% ДИ 54,28%- 85,30%). В 6 случаях был зарегистрирован рост опухолевых очагов во время проведения неoadъювантной ХТ, медиана увеличения объемов составила 58,7%, установлены смешанный (n=3) и стромальный (n=3) типы опухоли. В 69,5% случаев пациентам проведена двусторонняя нефро-сберегающая операция (НСО). Статистически значимой разницы в развитии ОПН (p=0,172; ОШ= 0,29; 95% ДИ 0,24-1,10) и АГ (p= 0,999; ОШ= 1,50; 95% ДИ 0,32-7,77) в зависимости от объема оперативных вмешательств установлено не было. 2-летняя БСВ- 58,3%; ОВ- 82,65%. В связи с местным рецидивом (n=6) пациентам проведены НСО (n=4) и нефрэктомия (n=1), медиана СКФ у пациентов ≥ 3 лет - 117 мл/мин/1,73 м². Наличие R1 края резекции (n=7) при проведении ЛТ не являлось фактором риска рецидива заболевания.

Проведение неoadъювантной ХТ в течение не более 12 недель позволило обеспечить оперативное вмешательство в объеме НСО в 69,5% случаев. Достигнута высокая ОВ- 82,65%. Объем очага 53, 75 мл- оптимальный порог для подозрения на нефробластому. Информация о времени ишемии почки и объеме остаточной паренхимы позволят оценить взаимосвязь данных параметров с развитием АГ и ОПН в дальнейшем. Отмечена возможность проведения повторной НСО операции при рецидиве заболевания. R1 край резекции при соблюдении адекватного тайминга проведения ЛТ не является фактором риска рецидива заболевания.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ
COMPARATIVE ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL
HERNIAS IN CHILDREN**

Авторы: Цуканов В.А.

Authors: Tsukanov V.A.

Научный руководитель: к.м.н. Гаглюев В.М., к.м.н. Игнатьев Е.М.

Research supervisor CMediSci Gagloev V.M., CMediSci Ignatiev E.M.

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет
Россия, Белгород, Белгородская область*

Цель. Провести сравнительный анализ оперативного лечения паховой грыжи у детей при выполнении классической ГП, ЭВХ-ГП и ЭВХ- ГП методом PIRS в ДОКБ г.Белгород.

Материал и методы. Проведен анализ оперативного лечения паховых грыж у детей посредством изучения МКСБ пациентов, находившихся в ОГБУЗ «ДОКБ» с 01.22г. по 12.23г. В исследуемую группу включены 66 детей (45 мальчиков – 68%; 21 девочка – 22%) в возрасте от 5 лет до 15 лет, которым выполнено оперативное лечение паховых грыж в плановом порядке. Сформировано 3 исследуемые группы по 22 человека. 1 группа – ревизия пахового канала с выполнением ГП; 2 – ЭВХ-герниопластика; 3 - ЭВХ- ГП (PIRS)Результаты. Среднее количество проведенных общих койко-дней в стационаре у 1 группы исследуемых – 6 дней; у 2 – 4 дня; у 3 – 3 дня. В 1 группе использовалось наложение на операционный доступ интрадермального шва; во 2 использовалось наложение интрадермального шва на места постановки троакаров; в 3 - интрадермальный шов на место постановки лапароскопической камеры и Omnistrip на место черезкожного доступа к внутреннему паховому кольцу. Осложнения в п/о у 1 группы возникли в 2 случаях (рецидив) – 9%, в 1 случае потребовалась лечение на контралатеральной стороне – 4,5%; 2 и 3 группа – 0%.

Выводы. 1. При использовании классического метода ГП пребывание больного в стационаре в 2 раза больше, чем при использовании ЭВХ-ГП, что связано с большей травматизацией окружающих тканей, в том числе семенного канатика.2. Косметический эффект п/о раны при использовании ЭВХ- ГП методом PIRS - превосходит ЭВХ-ГП методом ушивание пахового канала, что связано с использованием только одного троакара для лапароскопической камеры. И в значительной мере превосходит классическую ГП с выполнением пахового доступа. 3. Осложнения в п/о периоде при выполнении ЭВХ-ГП равен 0, в сравнении с классической ГП.4. ЭВХ-ГП дает нам возможность произвести осмотр внутренних паховых колец с обеих сторон, исключая возможность упустить дефект с контралатеральной стороны.

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ
LAPAROSCOPIC ISCHEMIC LIVER RESECTION**

Авторы: Чемезова А.А., Рожанский А.П.

Authors: Chemezova A.A., Rozhansky A.P.

Научный руководитель: член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Козлов Ю.А.

**Research supervisor Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, MD,
Professor Kozlov Yu.A**

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии и
детской хирургии ДПО*

Россия, Иркутск, Иркутская область

Цель: Целью исследования является описание случая лапароскопической резекции печени с использованием индоцианина зеленого. Индоцианин зелёный - водорастворимое соединение, обладающее способностью к зелёному сиянию при воздействии света в ближнем к инфракрасному диапазоне.

Материал и методы: пациентка в возрасте 14 лет была госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами, на наличие прогрессивно растущего объёмного образования в левой доле печени по результатам ранее проведённого обследования, а также тяжесть в правом подреберье. При проведении МСКТ, с внутривенным контрастированием в S2 и S3 сегментах печени визуализировано солидное образование, размерами до 8,3х7,3х10,2 см. После проведения биопсии образования, микроскопически выявлены фрагменты склерозированной ткани печени по портальным трактам и фокальной лейкоцитарной инфильтрацией в дольках. Показания онкомаркеров располагались в пределах референтных значений.

Результаты: Была выполнена лапароскопическая резекция левого латерального сектора печени под флуоресцентной навигацией. В качестве флуоресцентного препарата был выбран индоцианин зелёный. Длительность операции составила 125 мин. Продолжительность пребывания в ПИТ составила 24 ч. Старт энтерального кормления начинался на 2 сутки после оперативного вмешательства. Пациентка была выписана из стационара на 10 сутки после операции. По результатам микроскопического исследования образования, пациентке был выставлен диагноз: фокально-нодулярная гиперплазия S2-S3 сегментов печени. Операция протекала без интра- и послеоперационных осложнений, и без конверсии в открытые процедуры.

Выводы: Представленный опыт демонстрирует безопасность и эффективность использования индоцианина зелёного при лапароскопической резекции печени у детей.

РАННИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОЙ ВРОЖДЁННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА НА ФОНЕ АТРЕЗИИ

EARLY AND LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF DISTAL CONGENITAL INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO ATRESIA

Авторы: Черкасская С.В., Муковнина С.Н.

Authors: Cherkasskaia SV, Mukovnina SN

Научный руководитель: д.м.н. Яницкая М.Ю.

Research supervisor DMedSci Yanitskaya MY

*Северный государственный медицинский университет
Россия, Архангельск, Архангельская область*

Цель исследования: изучить ранние и отдалённые результаты лечения низкой врождённой непроходимости кишечника на фоне атрезии, выработать оптимальную тактику послеоперационного лечения и дальнейшего наблюдения пациентов.

Материалы и методы:

Проведено ретроспективное сплошное исследование результатов лечения низкой ВНК у 51 ребёнка, пролеченного на базе Архангельской детской больницы в 1998-2022 гг. Мальчиков 35 (68,6%), девочек 16 (31,4%), в соотношении 2,2:1. В соответствии с классификацией J.L. Grosfeld встретились типы атрезий: I - 1 (2%), II - 4 (7,8%), IIIa - 33 (64,7%), IIIb - 2 (3,9%), VI - 8 (15,7%), у 3 (5,9%) атрезия толстой кишки. Сопутствующие пороки у 20 (39,2%) детей: пороки сердца, гастрошизис, болезнь Гиршпрунга, хромосомные аномалии, врождённая короткая кишка.

Для оценки результатов лечения дети разделены на две группы: 1 гр. 1998 – 2010 гг, n=33; 2 гр. 2011 – 2022 гг, n=18 (изменение хирургической тактики, лечение в условиях реанимации новорождённых). Сроки наблюдения от года до 18 лет.

Результаты:

1 гр.: в послеоперационном периоде умерло 12 (36,3%) детей. Причины: поздняя диагностика, недоношенность, сепсис, повторные операции в связи с подозрением на спаечную непроходимость, сопутствующие пороки (ВПС, гастрошизис). 2 гр. – летальности нет.

Выжившие оперированные дети в катамнезе подверглись повторным операциям в 10 (25,6%) случаях: формирование временных стом в ситуациях с нефункциональной отводящей кишкой, по поводу спаечной непроходимости, операции по удлинению врожденно короткой кишки. Удалось избежать напрасных оперативных вмешательств у детей с нарушением функции отводящей кишки, которая трактована как спаечная непроходимость, что повысило выживаемость детей во 2 гр.

Выводы:

Выживаемость детей в раннем послеоперационном периоде зависит от своевременности операции и хирургической тактики, анестезиолого-реанимационного обеспечения. Оперированные дети требуют наблюдения детского хирурга, лечения сопутствующих аномалий.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМОЙ КРИПТОРХИЗМА LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT CHILDREN WITH ABDOMINAL CRYPTORCHIDISM

Авторы: Черняев М.О.

Authors: Chernyaev MO

Научный руководитель: Кадышев А.В.

Research supervisor Kadyshev A.V.

*Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
Россия, Саратов, Саратовская область*

Цель: провести анализ результатов лечения детей с абдоминальной формой крипторхизма в зависимости от исходных анатомических характеристик тестикул и проведенного оперативного вмешательства.

Материалы и методы: с января 2020 по декабрь 2022 гг. на базе Университетской клинической больницы № 1 им. С. Р. Миротворцева г. Саратова находилось на лечении 22 ребенка с абдоминальной формой крипторхизма. Возраст детей на момент госпитализации и оперативного лечения составил от 11 месяцев до 15 лет (медиана возраста 2,4 года). Из них: правосторонняя форма крипторхизма была у 4, левосторонняя – у 13, двусторонняя – у 5. На дооперационном этапе всем детям выполнено ультразвуковое исследование гонад. Крипторхизированное яичко удалось визуализировать у 55% детей (n=12). Размеры крипторхизированных тестикул меньше возрастной нормы у 92% детей. Метрические показатели мошоночной гонады были в пределах возрастной нормы у 90% детей.

Результаты: всем пациентам было проведено хирургическое лечение. Орхиопексия по A.Bevan была выполнена 3 детям (14%). Лапароскопическая операция Fowler-Stephens – 14 детям (64%); диагностическая лапароскопия, по данным которой выявлена аплазия или агенезия гонады проведена трем пациентам (14%); диагностическая лапароскопия с последующей орхиэктомией выполнена 1 ребенку (4%). Ревизия пахового канала с последующей орхиэктомией, в связи с выраженной гипоплазией тестикулы – 1 пациенту (4%).

Выводы: медиана возраста детей на момент оперативного лечения составляет 2,4 года, что превышает рекомендованный возрастной диапазон для проведения хирургической коррекции крипторхизма. У четверти детей с абдоминальной формой крипторхизма наблюдалась выраженная гипоплазия или аплазия крипторхизированного яичка.

ВЫБОР ХИРУРГА: ОТКРЫТЫЙ ИЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДУОДЕНАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ? SURGEON'S CHOICE: OPEN OR LAPAROSCOPIC DUODENAL ANASTOMOSIS?

Авторы: Чикарев Сергей Игоревич, Азарсков Константин Юрьевич
Authors: Chikarev SI, Azarskov KY

Научный руководитель: Научный руководитель – к.м.н. доцент Ковальков
Константин Анатольевич

Research supervisor Scientific supervisor – PhD, Associate Professor Kovalkov KA

*Кемеровский государственный медицинский университет
Россия, Кемерово, Кемеровская область (Кузбасс)*

Врожденная непроходимость двенадцати перстной кишки (ДПК) составляет до 50% всех атрезий кишечника. С развитием эндоскопических технологий лапароскопический дуоденальный анастомоз стал методом выбора лечения обструкции ДПК.

Цель. Сравнение эффективности открытой и лапароскопической коррекции дуоденальной атрезии.

Материалы и методы. С 2013 г. по 2023г. в ГАУЗ КОДКБ им. Ю.А. Атаманова прооперированно 16 детей с диагнозом атрезия ДПК. Когорта пациентов поделена на две соответствующие группы: оперированных лапароскопически и открыто. Статистическая обработка выполнена при помощи программы STATISTICA 10 for WINDOWS фирмы StatSoftInc. Сравнение уровней показателей в несвязанных выборках проводилось непараметрическим методом с помощью критерия Вилкоксона. Показатели описывались Me (Q1, Q2). Уровень статистической значимости выявлялся при $p < 0,05$.

Результаты. Параметры веса ребенка перед оперативным лечением и сроки операции не имели значимых различий. Время оперативного лечения, для группы прооперированной открытым способом было меньше, чем у пациентов, прооперированных при помощи лапароскопии. Сроки начала энтеральной нагрузки были не в пользу лапароскопической методики, но переход на полное энтеральное вскармливание, время пребывания в ОРИТН, а также сроки госпитализации лапароскопическая методика имела преимущество. Значимых различий по количеству осложнений в исследуемых группах получено не было.

Выводы. Несмотря на то, что параметры времени оперативного вмешательства и начала энтеральной нагрузки не в пользу 2-й группы, параметры энтерального кормления по физической потребности, нахождение в ОРИТН и сроки госпитализации преимущественно лучше для новорожденных, прооперированных при помощи лапароскопии. Также одно из преимуществ эндоскопических операций - косметический эффект. Лапароскопический дуодено-дуодено анастомоз по праву может считаться операцией выбора при коррекции атрезии ДПК.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ RISK FACTORS FOR VARICOCELE RECURRENCE IN ADOLESCENTS

Авторы: Шаленая Е.С.

Authors: Shaleonaya E.S.

Научный руководитель: к.м.н. Комарова С. Ю.

Research supervisor CandMedSci Komarova S. Yu.

*Уральский государственный медицинский университет
Россия, Екатеринбург, Свердловская область*

Aim/Цель: Выделить основные факторы риска возникновения рецидива варикоцеле.

Methods/Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 566 детей с диагнозом варикоцеле за 2021 и 2022 год. По возрастному критерию дети были разделены на 2 группы: I гр. – мальчики до 13 лет - 118 (20,8%), II гр. – 14 лет и старше - 448 (79,2%) подростков. Всем мальчикам первично было проведено лапароскопическое лигирование семенных сосудов. Средний возраст детей на момент операции в I гр. составил

12,2±3,0 лет, во II гр. - 15,6±3,3 лет. Для уточнения степени варикоцеле и наличия орхопатии было проведено ультразвуковое исследование органов мошонки с доплеровским картированием. Оценены такие показатели как объем яичек, диаметр семенных сосудов, распространение, а также скоростные характеристики кровотока.

Results/Результаты. При анализе частоты возникновения рецидива варикоцеле выявлена зависимость от возраста ребенка при варикоцелэктомии. У мальчиков I группы рецидив выявлен в 12 (10,2%) случаев и значительно меньше - 6 (1,3%) во II группе. Средний возраст на момент первичной операции составил 12,2±4,2 лет и 14,7±2,1 лет соответственно. Время от первичной операции до рецидива в I группе составило 38,6±23,3 месяцев, во II группе 24,0±6,6 месяцев. Для лечения осложнения всем пациентам проводилась повторная лапароскопическая варикоцелэктомия. У 7 мальчиков были выявлены сопутствующие заболевания органов репродуктивной системы - кисты придатков левого и правого яичек в 6 (31,6%) и 1 (5,3%) случаев соответственно.

Conclusion/Выводы. Наиболее часто рецидив варикоцеле возникает у детей младше 14 лет, что можно считать фактором риска. У данных детей ввиду анатомо-физиологических особенностей и возможности спонтанного восстановления объема яичек в процессе роста при отсутствии болевого синдрома целесообразно применять консервативную тактику, заключающуюся в медикаментозной терапии и сонографическом мониторинге.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ИГНЕОПУНКТИРНАЯ ГЕРНЕОГРАФИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ LAPAROSCOPIC IGNEOPUNCTURE HERNEOGRAPHY OF INGUINAL HERNIA IN CHILDREN

Авторы: Шамсиев Р.Ж., Шамсиев Ш.Ж., Джураев Д.Р.

Authors: Shamsiev RJ, Shamsiev SJ, Djurayev DR

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шамсиев А.М.

Research supervisor DMedSci., Professor Shamsiev AM

*Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд, Самаркандская область, Узбекистан*

Цель исследования. Исследовать эффективность и безопасность лапароскопической игнеопунктирной гернеографии в диагностике паховых грыж у детей и определить ее роль в хирургическом планировании.

Материал и методы. Исследование проведено в период с 2017 по 2024 год в специализированной детской хирургической клинике СамГМУ. Всего было произведено 215 лапароскопических игнеопунктивных гернеографий у детей с паховыми грыжами. Оценивались результаты диагностики, хирургического вмешательства, а также осложнения и рецидивы в послеоперационном периоде.

Результаты. Лапароскопическая игнеопунктивная гернеография позволила точно диагностировать паховые грыжи у всех исследованных детей. Лечение включало в себя проведение операции в преперитонеальном пространстве и завязывание полипропиленовой нити под кожей вокруг внутреннего пахового кольца. В послеоперационном периоде 103 (47.9%) детей обследованы, осложнений и рецидивов не выявлено. Отмечено, что этот метод связан с минимальным риском осложнений и обладает высокой степенью безопасности.

Выводы. Лапароскопическая игнеопунктирная гернеография представляет собой ценный инструмент в диагностике и планировании хирургического лечения паховых грыж у детей. Ее преимущества включают высокую точность, минимальную инвазивность и низкий риск осложнений. Результаты этого исследования подтверждают необходимость дальнейшего развития и распространения этого метода в практике детской хирургии.

Я не помню, ты шутил про то, что тепло в бассейне, потому что ты написал а пузырьки, потому что ты на пукал про дрычку. Не помню, но я помню, что была шутка про дрычку, но конкретно я не помню содержание

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПАРАПРОКТИТ У ДЕТЕЙ PSEUDOMONAS NECROTIZING PROCTITIS IN CHILDREN

Авторы: Швалова В. А.

Authors: Shvalova V. A.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Степанова Н.М.

Research supervisor CMedSci Stepanova N.M.

*Иркутский государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии
Россия, Иркутск, Иркутская область*

Aim/Цель. Представить редкие клинические наблюдения успешного лечения детей с гнойно-некротическим парапроктитом на фоне иммунодефицитного состояния.

Methods/Материалы и методы. 2 кейса гнойно-некротического парапроктита.

Results/Результаты. Кейс 1. Мальчик 5 лет. Поступил в ИОДКБ из ЦРБ по поводу “раны перианальной области”. Аноректоскопия: патологический процесс распространился на анальный канал, ретракция 7/8 диаметра слизистого и подслизистого слоев 2,0 см. Посев из раны: *Ps. aeruginosa* 10^7 . На 2 сутки: петлевая сигмостомия с высокой шпорой. Назначены: антибактериальная терапия (амикацин/метрогил), перевязки с антибактериальными мазями, NaCl 10% и MgSO₄ 25%, “Бетадин”, физиолечение. На фоне: уменьшение интоксикации, появление краевой эпителизации, очищение раны от некроза. Проведена операция: мобилизация стенки прямой кишки и формирование кожно-слизистого перехода на 7/8 окружности. На 7 сут. после операции: точечные зоны геморрагического некроза кожи. Волнообразное течение наблюдалось несколько месяцев. Исследование иммунного статуса: первичное иммунодефицитное состояние, общевариабельная иммунная недостаточность. Назначена иммуномодулирующая терапия Габриглобином: стабилизация состояния, заживление. Реконструкция кишечной трубки через 2 мес. Срок катамнеза - 8 лет.

Кейс 2. Девочка 2 года. Химиотерапия в онкогематологии по поводу острого лейкоза. Лечение осложнилось гнойно-некротическим парапроктитом на фоне Covid-19. Проведена сигмостомия по Майдлю с ревизией и санацией раны. Аноректопластика местными тканями: мобилизация стенки прямой кишки, формирование кожно-слизистого перехода на 1/2 окружности через 14 дней. Проходила курсы паллиативной таргетной и химиотерапии. Через 2 мес. реконструкция кишечной трубки, закрытие сигмостомы. Срок катамнеза - 18 мес.

Conclusions/Выводы. Гнойно-некротический парапроктит является редким заболеванием у детей. Изучение иммунного статуса является обязательным и играет решающую роль в эффективности лечения данного заболев

РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКОГО С ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ ANTE SITUM У ПАЦИЕНТКИ 15 С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛЬЮ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ВЕРХНЕДОЛЕВОГО БРОНХА.

LUNG RESECTION WITH ANTI SITUM TRANSPLANTATION TECHNOLOGY IN A 15-YEAR-OLD PATIENT WITH AN INFLAMMATORY MYOFIBROBLASTIC TUMOR OF THE UPPER LOBE OF THE LEFT LUNG INVOLVING THE UPPER LOBE BRONCHUS.

Авторы: Шершнева А. В.

Authors: Shershneva A. V.

Научный руководитель: д.м.н. Д.Г. Ахаладзе, Твердов И. В.

Research supervisor DMedSci Akhaladze D. G., Tverdov I. V.

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева
Россия, Москва, Москва и Московская область

Воспалительная миофибробластическая опухоль (ВМО) – новообразование с неопределенным биологическим поведением, характеризующееся гетерогенностью как гистологической картины, так и молекулярно-генетических изменений. ВМО могут локализоваться повсеместно, выделены 2 основные формы: легочная и внелегочная.

В случаях нерадикального оперативного лечения риск развития локальных рецидивов увеличивается, что подчеркивает важность хирургического метода. При наличии мутации в гене ALK возможно проведение таргетной терапии с целью уменьшения объема опухоли до оперативного лечения и снижения рисков операции.

Пациентка — девочка, 15 лет. При плановой флюорографии выявлено объемное новообразование. Компьютерная томография (КТ) с контрастным усилением — определяется опухоль S3 левого легкого 48x56x28 мм, полностью перекрывающая просвет верхнедолевого бронха, ателектаз верхней доли. Размеры без динамики.

С целью гистологической верификации проведена трансбронхиальная биопсия новообразования. Установлен диагноз: ВМО верхней доли левого легкого, T2aN0M0, IRS III.

Учитывая риски инвалидизации при радикальном вмешательстве — пневмонэктомии; экспрессию ALK, инициирована специфическая таргетная терапия Кризотинибом.

В динамике отмечено сокращение размеров опухоли, однако, позже по данным КТ – новообразование увеличилось в 2 раза. Учитывая отрицательную динамику, госпитализирована для проведения операции — торакотомия слева, верхняя лобэктомия, циркулярная резекция легочной артерии, резекция нижнедолевого и главного бронха, пластика главного бронха и легочной артерии ante-situm. Выписана на 13 сутки после операции. Рекомендовано проведение контрольного КТ через 1,5 месяца.

Выводы: таргетная терапия позволяет уменьшить ВМО, однако локализация в корне легкого не всегда дает возможность снизить вероятность калечащей операции. В таких случаях использование трансплантационных технологий позволяет выполнить органосохраняющее вмешательство.

**ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО
АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМА И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ КИСТАХ
ЯИЧНИКА У ДЕВОЧЕК.**

**FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE ABDOMINAL
SYNDROME AND SURGICAL TACTICS FOR OVARIAN CYSTS IN GIRLS.**

Авторы: Шилина С.А., Рубцов В.В.

Authors: Shilina S.A., Rubtsov V.V.

Научный руководитель: Рубцов В.В.

Research supervisor Rubtsov V.V.

*Уральский государственный медицинский университет
Россия, Екатеринбург, Свердловская область*

Aim/Цель: Изучить диагностический алгоритм и хирургическую тактику при синдроме острого живота у девочек

Methods/Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 58 историй болезни девочек в возрасте от 5 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной хирургии ДГКБ №9 с 2019 по 2023 год с диагнозом киста яичника. Все пациенты обратились в приемное отделение в неотложном порядке, срок от начала заболевания до момента поступления в среднем составил 45 часов. Наиболее распространенным поводом для обращения служили жалобы на острую боль в животе. Разнообразие клинической симптоматики схожей с клиникой острого аппендицита, вызывает диагностические трудности на этапе приемного покоя, что требует госпитализации в отделение неотложной хирургии. Среднее время динамического наблюдения в отделении неотложной хирургии составило 10 часов. Показания к оперативному лечению были выставлены 56 пациенткам (96,6%), в 2 (3,4%) случаях острая хирургическая патология была исключена.

Results/Результаты: все операции были проведены с использованием лапароскопического доступа. Иссечение кисты выполнено 54 пациенткам (93,1%), удаление яичника с кистой потребовалось в 2 случаях (3,4%). Симультанная аппендэктомия проведена 46 девочкам (79,3%), еще у 5 пациенток (8,6%) иссечение кисты яичника было выполнено как вторичная операция при проведении лапароскопической аппендэктомии. Послеоперационных осложнений не было. В среднем срок госпитализации составил 6,9 дней.

Conclusion/Выводы: Дифференциальная диагностика абдоминального болевого синдрома требует от хирурга повышенной настороженности в подростковом возрасте у девочек. Лапароскопия является методом выбора при длительном абдоминальном болевом синдроме при невозможности исключить хирургическую патологию. Малая травматичность доступа и органосохранность операции на сохранение репродуктивного здоровья девочек.

**КИСТОЗНЫЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.
СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
CYSTIC TRANSFORMATIONS OF THE BILIARY TRACT. MODERN TACTICS
OF OPERATIVE INTERVENTION**

Авторы: Ширалиева Д.А.

Authors: Shiraliev D.A.

Научный руководитель: д.м.н. Аванесян Р.Г.

Research supervisor DMedSci Avanesyan R.G.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Россия, Санкт-Петербург, Санкт-Петербург и Ленинградская область*

Aim/Цель: Улучшить результаты лечения больных с кистозными трансформациями ЖВП с применением дифференциального подхода к хирургическому лечению.

Methods/Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 24 пациентов за период с 2003 по 2023 год. Всем больным выполнены рентгенологические и

другие лучевые методы обследования с целью визуализации желчных протоков, стандартные лабораторные методы исследования крови и бактериологическое исследование желчи.

Results/Результаты: Кисты желчевыводящих путей были выявлены у 20 девочек и 4 мальчиков, что подтверждает генетическую предрасположенность женского пола к данной патологии. У 21 пациента выявлены кисты холедоха (КХ) I типа, у одного КХ II типа и у одного КХ I типа в сочетании с атрезией общего желчного протока(ОЖП). В одном случае мы встретились с кистозной трансформацией, не классифицируемой по Todani. Пяти пациентам операции не выполнялись. Остальным пациентам выполнены операции в различном объеме. У 12 больных с КХ I типа был сформирован гепатокоеюноанастомоз с резекцией кистозно измененного участка внепеченочного желчного протока. Семерым сформирован цистоеюноанастомоз, из которых 5 пациентов с КХ I типа, один с КХ I типа в сочетании с атрезией ОЖП, еще один случай не классифицируемой по Todani кистозной трансформации желчных протоков. Осложнения в отдаленные сроки выявлены у 3 пациентов. В 2 случаях злокачественные новообразования удаленной в ходе операции части кистозно измененного желчного протока и в одном случае – выраженный холедохолитиаз.

Conclusion/Выводы: При оперативном лечении пациентов с кистозными трансформациями ЖВП необходим индивидуальный дифференциальный подход с обязательным полным иссечением измененной части протока.

ОСТРАЯ ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ЭМФИЗЕМА СРЕДОСТЕНИЯ ACUTE PROGRESSIVE MEDIASTINAL EMPHYSEMA

Авторы: Ширязданова Р.У., Вакилов Ф.Ф., Короткова А. В.

Authors: Shiriyazdanova R.U., Vakilov F.F., Korotkova A.V.

Научный руководитель: д.м.н. проф. Гумеров А.А.

Research supervisor MD, Prof. Gumerov A.A.

*Башкирский государственный медицинский университет
Россия, Уфа, Республика Башкортостан*

Aim/Цель: изучить результаты диагностики и лечения эмфиземы средостения у детей.

Methods/Материалы: в клинике детской хирургии на базе РДКБ находилось на лечение 12 детей с диагнозом деструктивная пневмония, осложненной с эмфиземой средостения (ЭС). Возраст детей колебался от 3 до 17 лет. У 9 больных ЭС возникала при деструктивной пневмонии, у 3 - при бронхиальной астме.

Results/Результаты: Основными жалобами детей были дыхательная недостаточность - затрудненное дыхание, одышка, кашель, беспокойство, осиплость голоса. У всех детей определялась подкожная эмфизема в области шеи, лица, грудной клетки и брюшной полости. Для диагностики применялось рентгенологическое исследование грудной полости. На обзорной рентгенограмме листки медиастиальной плевры отделяются от клетчатки средостения полосками просветления. Сердце окаймляется полоской воздуха и создается впечатление, что оно «висит» в воздухе, проекции. Всем пациентам проведено хирургическое лечение — супраугулярная медиастиномия. При сочетании ЭС с пневмотораксом проводилась пункция и дренирование плевральной полости (4детей).

Conclusion/Выводы: к более редким и тяжелым осложнениям острой деструктивной пневмонии у детей относится острая эмфизема средостения. Своевременная диагностики и экстренная супраугулярная медиастиномия является достаточно эффективным и малоинвазивным методом лечения ЭС.

**РАЗОРВАВШАЯСЯ АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ПРАВОЙ
ТЕМЕННОЙ ДОЛИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
RUPTURED ARTERIOVENOUS MALFORMATION OF THE RIGHT PARIETAL
LOBE. CLINICAL CASE**

Авторы: Шлепотина Е.А, Зохидов З.У, Рощупкин А.А

Authors: Shlepotina E.A., Zokhidov Z.U., Roschupkin A.A.

Научный руководитель: к.м.н. Манжос П. И., д.м.н. Кешишян Р.А.

Research supervisor Cand.Med.Sc. Manjos P.I., Doct.Med.Sc Keshisyan R.A.

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель исследования. Анализ клинического наблюдения комбинированного лечения спонтанно разорвавшейся артериовенозной мальформации (АВМ) правой теменной доли.

Материалы и методы. Работа выполнена на клинической базе РУДН (Морозовская ДГКБ ДЗ г. Москвы). В нейрохирургическое отделение в плановом порядке для принятия решения об оперативном лечении АВМ головного мозга поступил пациент Д., 15 лет. При поступлении: уровень сознания по шкале комы Глазго – 15 баллов, Spetzler-Martin II ст., HUNT-HESS II ст., Ped NIHSS 9, Greab 4. Пациенту выполнена КТ-АГ, по результатам которой в правой теменной доле определялся клубок патологически извитых сосудов, примерными общими размерами 30х20х18мм ШхГхВ. По результатам исследований принято решение о проведении комбинированного лечения, включающего в себя эндоваскулярную окклюзию АВМ с применением адгезивно - клеевых композиций, а также последующее оперативное вмешательство по поводу удаления АВМ.

Результаты. Пациенту выполнена субтотальная эмболизация в мае 2021, после чего, спустя сутки, в удовлетворительном состоянии он был выписан под наблюдение по месту жительства. Повторная госпитализация на второй этап лечения произведена через месяц: выполнена серия снимков КТ, необходимая для нейронавигации, назначена и успешно проведена операция по удалению АВМ. Решением консилиума пациент в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение по месту жительства. В дальнейшем, через год, в плановом порядке ребенок госпитализируется для контрольной церебральной ангиографии, по результатам которой патологических изменений не выявлено, клубок патологически извитых сосудов не визуализируется. После проведения необходимых исследований пациент был выписан на амбулаторное наблюдение у врача-невролога по месту жительства в состоянии полной трудоспособности по шкале исходов Глазго 5 баллов

Заключение. Для лечения артериовенозных мальформаций необходим строго индивидуализированный подход с учетом факторов тяжести кровоизлияния из разорвавшейся АВМ.

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВОРОНКООБРАЗНОЙ
ДЕФОРМАЦИИ
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ
THE DIFFERENTIATED APPROACH TO THE TREATMENT OF PECTUS
EXCAVATUM IN CHILDREN**

Авторы: Шуваева А.Е.

Authors: Shuvaeva AE

Научный руководитель: д.м.н., доц., проф. Митупов З.Б.

**Research supervisor DMedSci, associate professor of children surgery chair of RSMU
of N. I. Pirogov
Mitupov ZB**

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова*

Россия, Москва, Москва и Московская область

Цель исследования. Разработать дифференцированный подход в лечении воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) у детей.

Материалы и методы исследования. На базе ДГКБ им. Н.Ф. Филатова наряду с оперативным лечением ВДГК активно применяется метод терапии с использованием вакуумного колокола (ВК). У пациентов с сомнительным эффектом при первичной установке ВК одномоментно выполнялась КТ органов грудной клетки (ОГК) без ВК и с установленным ВК. В исследование вошло 15 пациентов: 8 мальчиков и 7 девочек, средний возраст составил $13,3 \pm 7,3$ лет. По данным КТ ОГК оценивалось изменение индекса Галлера (ИГ), глубины деформации (ГД). Для определения эффективности ВК рассчитывался процент коррекции указанных параметров после установки устройства.

Результаты. Пациенты были разделены на 2 группы: с удовлетворительными (процент коррекции ИГ и ГД составил более 50%) и неудовлетворительными (процент коррекции ИГ и ГД менее 50%) результатами. В первую группу вошло 10 (67%) пациентов. Среднее значение ИГ до установки ВК было $4,6 \pm 1,5$, после установки - $3,2 \pm 0,7$ ($p < 0,05$). У данных пациентов начато консервативное лечение с использованием ВК. Во вторую группу вошло 5 (33%) пациентов. Среднее значение ИГ до установки ВК было $4,8 \pm 2,2$, после установки - $3,9 \pm 1,9$ ($p = 0,715$), что говорит о неэффективности данного вида лечения. При анализе результатов КТ ОГК установлено, что в данную группу вошли дети с глубокими асимметричными деформациями по типу Гранд-Каньон, пациенты, имеющие деформацию в нижней трети грудины, а также девочки подросткового возраста с асимметричной ВДГК, у которых технически невозможно корректно установить ВК в связи с развитием молочных желез. У данных пациентов была выполнена торакопластика по Нассу.

Выводы. У детей со сложными вариантами ВДГК с целью оценки эффективности применения ВК и определения варианта лечения необходимо выполнение КТ ОГК с ВК. Данное исследование позволяет объективно оценить элевацию грудины и процент коррекции деформации при установке ВК.

ДИСПЛАСТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ.

DYSPLASTIC CHANGES OF THE CERVICAL SPINE IN CHILDREN.

Авторы: Щигорцов Д.М.

Authors: Shchigortsov DM

Научный руководитель: д.м.н. Мурга В.В.

Research supervisor DMedSci Murga VV

*Тверской государственный медицинский университет
Россия, Тверь, Тверская область*

Цель: улучшение результатов лечения детей с нарушениями развития позвоночника.

Материалы и методы: В период с 2018 по 2022 гг. в ортопедо-травматологическом отделении детской областной клинической больницы города Твери проходили лечение 177 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с остро развившейся кривошеей. Проведен анализ историй болезни, клинических проявлений, результатов лечения. Учитывалась кратность заболевания, место и очевидные причины, а также сезонность и другие параметры. Изучены рентгенограммы, данные компьютерной томографии и магниторезонансной томографии.

Результаты: При поступлении в стационар пациенты жаловались на боли в шейном отделе позвоночника, у большинства травмы не отмечено. Клиника миофасциальной блокады выявлена после ночного сна. Боли при движении усиливались, отмечалось вынужденное положение головы. При осмотре выявлены деформации позвоночника разной степени выраженности. С помощью лучевых методов исследования чаще всего (83,5 %) выявлены гиперэкстензия затылочной кости, приближение ее к задней дуге атланта, расширение атланто-аксиального промежутка по остистым отросткам, асимметрия атланто-аксиального сочленения во фронтальной плоскости за счет правосторонней (82%), левосторонней (10%) ротации атланта или ротации С2 (8%). Средняя продолжительность восстановительного лечения в стационаре составила от 8 дней до 10, в дневном стационаре от 9 до 11 дней. После проведения лечения по поводу диспластических изменений шейного отдела позвоночника у пациентов отмечены восстановление объема движений, отсутствие болей и дискомфорта в области шеи. Рецидив по поводу заболевания был у одного пациента после раннего начала спортивных нагрузок.

Выводы: проведения правильного лечения и дальнейших наблюдений профилактических мероприятий способствуют уменьшению рецидивов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

RESULTS OF SURGICAL CARE FOR NEWBORNS IN THE ASTRAKHAN REGION

Авторы: Юнусова А.М.

Authors: Yunusova AM

Научный руководитель: д.м.н. Гончарова Л.А.

Research supervisor DMedSci Goncharova LA

*Астраханский государственный медицинский университет
Россия, Астрахань, Астраханская область*

Актуальность: Неонатальная хирургия - одно из самых молодых направлений в медицине, однако актуальность ее не вызывает сомнений. Своевременно и грамотно выполненное хирургическое вмешательство с последующим выхаживанием способствует сохранению жизни новорожденных, что улучшает демографическую ситуацию страны. Поэтому в Астрахани в 2018 году было организовано хирургическое отделение для новорожденных.

Цель: изучить результаты работы хирургического блока для новорожденных г. Астрахани за 3 года.

Материалы и методы: были проанализированы результаты работы специализированного хирургического блока ОДКБ им. Н.Н.Силищевой г. Астрахани за период с 2020 по 2022г. Были изучены истории болезни 78 детей, а также ближайшие исходы выполненных операций.

Результаты: По нашим наблюдениям за изучаемый период было проведено 81 оперативное вмешательство. По нозологическим формам преобладали врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта - 60 случаев (80%). В большинстве случаев пороки развития, выявленные в пренатальном периоде, корректировались ранней хирургической помощью. Были выполнены лапароскопические (42% наблюдений) и лапаротомические вмешательства по поводу патологии кишечника, пищевода, ануса и мочевого пузыря. Установлено, что со времени организации отделения хирургии новорожденных эффективность лечения и выживаемость детей с врожденными пороками повысились: если в 2020 г. показатель летальности в отделении составлял 25%, то в 2022 он снизился в 2,5 раза и составил 10%. Летальный исход за исследуемый период наблюдался у 12 детей (15%). Мультидисциплинарный подход с вовлечением специалистов службы родовспоможения и неонатологов позволит снизить риск послеоперационных осложнений Выводы: Для повышения эффективности оказания хирургической помощи новорожденным необходимо наличие специализированного операционного блока и применение мультидисциплинарного подход

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ. MODERN METHODS OF TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS IN CHILDREN.

Авторы: Ясакова А. О., Габдрахимова А. Х.

Authors: Jasakova A. O., Gabdrakhimova A. K.

Научный руководитель: к.м.н. Шкляев П.О.

Research supervisor CMedSci Shklyayev P.O.

*Ижевская государственная медицинская академия
Россия, Ижевск, Удмуртская Республика*

Цель. Изучить и сравнить методы хирургического лечения паховых грыж (ПГ) у детей.

Материалы и методы. В 2023 году с паховой грыжей в РДКБ г. Ижевска находились на лечении 331 пациент в возрасте от 2 месяцев до 15 лет. Из них 259 (78,2%) мальчиков и 72 (21,8%) девочки. Локализация ПГ справа выявлена у 219 (66,2%) пациентов, слева – у 36 (10,9%), с двух сторон – у 76 (22,9%). Диагнозы установлены на основе анамнеза, объективных данных, дополнительно – при помощи ультразвукового исследования. Хирургическое лечение выполняли методом грыжесечения и эндоскопическими методами - лапароскопической герниорафии (ЛГР) и методикой PIRS (percutaneous internal ring suturing).

Результаты. Хирургическое лечение методом грыжесечения выполнено 229 (69,2%) детям, ЛГР – 63 (19%), методика PIRS – 39 (11,8%). К выбору методики хирургического лечения ПГ подходили дифференцировано, с учетом индивидуальных особенностей и медицинских показаний. Грыжесечение выполняли при неосложненных, односторонних ПГ, спаечной болезни брюшины, противопоказаниях к эндотрахеальному наркозу. Лапароскопические методы применяли преимущественно при двусторонних ПГ, у пациентов с избыточной массой тела.

Выводы. Хирургическое лечение ПГ у детей выполняли разными методами, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Чаще всего выполняли грыжесечение. Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения отмечены не были. Все методы хирургического лечения привели к выздоровлению пациентов.

Содержание:

Барская М.А	Детская хирургическая служба Самарской области в преддверии симпозиума и студенческой научной конференции по детской хирургии	3
Тезисы научных докладов Российского образовательного симпозиума детских хирургов «Хирургические заболевания передней брюшной стенки у детей».		
1. Аборин С.В., Варламов А.В., Васильченко О.Г., Еремин П.В., Мазнова А.В.	Наш опыт лечения новорожденных с врожденной хирургической патологией	5
2. Абушкин И.А., Веретенников А.А., Базалий В.Н.	Открытая комплексная реконструкция брюшной стенки у детей	6
3. Алфёрова Е.А	Анализ хирургической тактики лечения омфалоцеле.	7
4. Аль-Хашаш Раед, Мохаммад Абу-Аль-Дарак, Алаа Хмидан, Уорд Басалат.	Врожденная аплазия туловища кожи с плодным папирусом: уникальный случай, свидетельствующий о значительном медицинском опыте.	7
5. Бабошко П.Г., Царева В.В., Бастракова Д.Г., Софина Н.В.	Пути решения проблемы висцероабдоминальной диспропорции у пациентов с гастрошизисом	8
6. Балашова В.Н., Балашова В.С., Гладышева Э.В., Громославская И.С., Пенькова О.Н., Абушманов М.Р., Федорова Е.М., Фаттахова Л.М., Есартя М.А.	Аntenатальная диагностика пороков развития передней брюшной стенки плода.	9
7. Бахматов Д.Н.	Дисплазия соединительной ткани как фактор риска грыж передней брюшной стенки у детей	10
8. Бисалиев Б.Н., Тусупкалиев А.Б., Баубеков Ж.Т., Сарсенова В.В., Ли Д.В.	Метод отсроченного стомирования кишечника при атрезии кишечника в сочетании с гастрошизисом у детей.	11
9. Великанов А.В., Цап Н.А., Чиликов А.Л.	Результаты лапароскопической перевязки влагалищного отростка брюшины у детей.	12
10. Гопиенко М.А., Караваева С.А., Котин А.Н., Попова Е.Б., Новопольцева О.Н., Патрикеева Т.В., Веремейчик С.А.	«Высокое» промывание кишки в послеоперационном ведении новорождённых с гастрошизисом	13

11.	Гурская А.С., Баязитов Р.Р., Дьяконова Е.Ю., Зоркин С.Н., Алхасов А.Б., Наковкин О.Н., Ахмедова Д.М., Карнута И.В., Сулавко М.А., Екимовская Е.В., Клепикова А.А.	Пластика передней брюшной стенки у новорожденных гастрошизисом и омфалоцеле	14
12.	Дженалаев Б.К., Котлобовский В.И., Тусупкалиев А.Б., Досмагамбетов С.П. , Роскидайло Е.В., Ли Д.В., Табылды К.	Хирургическое лечение паховой грыжи у детей методом PIRS	15
13.	Долгова К.Сю, Нурмеев И.Н.	Опыт применения Nd:YAG-лазера в лечении пиогенных гранулем у детей	16
14.	Елькова Д.А., Тен К.Ю., Тен Ю.В.	Оригинальный способ лечения врожденных паховых грыж у детей	16
15.	Елькова Д.А., Тен К.Ю., Тен Ю.В.	Грыжи передней брюшной стенки у детей	17
16.	Зотин А.В., Харизова А.Г., Янцен А.В.	Опыт лечения паховых грыж у детей в окружной клинической больнице города Ханты-Мансийска	18
17.	Казаков А.Н., Румянцева Г.Н., Карташов В.Н., Кузнецов В.Н., Горшков А.Ю., Марабян Л.	Ингиопунктурный опыт лечения пупочной грыжи у детей	19
18.	Карасева О.В., Голиков Д.Е., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Янюшкина О.Г.	Посттравматические и послеоперационные грыжи у детей.	20
19.	Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л., Голиков Д.Е., Янюшкина О.Г.	Вакуум-терапия в неотложной абдоминальной хирургии у детей.	21
20.	Карпова И.Ю., Паршиков В.В., Плохарский Н.А., Стриженов Д.С., Рожденкин Е.А., Карпеева Д.В.	Аномалии передней брюшной стенки (опыт лечения по данным Нижегородской области)	22
21.	Котлубаев Р.С. Баканов А.А., Фролова Е.А., Биньевский К.В	Гастрошизис и омфалоцеле по данным Оренбургского центра детской хирургии	23

22.	Кусаинов А., Турсунов К., Куनियाзов Ж., Сауранбай Д.	Тактика лечения омфалоцеле у новорожденных	23
23.	Мазнова А.В., Барская М.А., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Аборин С.В., Васильченко О.Г., Шустров В.А.	Наш опыт ведения пациентов с врожденными пороками развития передней брюшной стенки в условиях многопрофильной больницы.	24
24.	Мокрушина О.Г., Юдина Е.В., Разумовский А.Ю., Шумихин В.С.	Прогностические критерии постнатальных исходов при диагностике омфалоцеле.	25
25.	Морозов Д.Д., Ерохина Н.О., Шумихин В.С., Мокрушина О.Г.	«Закрывающийся/Закрывшийся» гастрошизис. Серия клинических случаев.	26
26.	Морозов В.И., Хаертдинов Э.И., Чигвинцев Г.Е., Давлетшина Г.И.	Тяжелые врожденные пороки развития передней брюшной стенки у новорожденных: анализ годового отчета ДРКБ МЗ РТ за 2022-2023 гг	27
27.	Мыкыев К.М., Мадалиев Н.М., Шайбеков Д.Р., Нурмухамедов Т.	Грыжи передней брюшной стенки (ГПБС) у детей	28
28.	Мыкыев К.М., Шайбеков Д.Р., Турсунов М.С., Нурмухамедов Т.Н.	Ущемленные паховые и пахово- мошоночные грыжи у детей	29
29.	Огнёв С.И., Кошурников О.Ю., Лукашина Н.А., Потапенко В.Ю., Машина Л.В.	Редкие грыжи передней брюшной стенки у детей.	30
30.	Распутин А.А., Новожилов В.А. , Краснов П. А. , Протопопова Н.В.	Опыт лечения пациентов с гастрошизисом в Иркутской области	31
31.	Рубцов В.В., Комарова С.Ю., Цап Н.А., Тимошинов М.Ю., Екимов М.Н.	Ущемленные паховые грыжи у детей. Лечебная тактика	32
32.	Румянцева Г.Н., Буровникова А.А., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В.	Опыт лечения новорожденных с омфалоцеле в Тверской области.	33
33.	Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Буровникова А.А.	Опыт лечения новорожденных с гастрошизисом в Тверской области.	34

34. Сварич В.Г., Сварич В.А.	Сравнение ближайших и отдаленных результатов грыжесечения по Лексеру и миниинвазивного способа грыжесечения при пупочных грыжах у детей.	35
35. Сергиенко Т.В, Аксельров М.А.	Опыт хирургического лечения новорожденных детей с гастрошизисом.	35
36. Смыслова Л.В., Каганцов И.М., Сухоцкая А.А., Баиров В.Г	Опыт лечения детей с гастрошизисом НМИЦ им В.А. Алмазова за 2011 — 2023 гг.	36
37. Соколов С.В., Бландинский В.Ф., Толкунова А.С., Анфиногенов А.Л., Бунин И.В., Щедров Д.Н.	Показания к паховому грыжесечению у детей в возрасте младше шести месяцев.	37
38. Тен Ю.В., Каширин С.Д., Клеймёнов Е.В., Елькова Д.А	Опыт лечения гастрошизиса	38
39. Тен Ю.В., Тен К.Ю., Елькова Д.А., Каширин С.Д.	Хирургическое лечение эмбриональных грыж у детей	39
40. Терещенко О.А., Сачиян Г.Г., Полеев А.В., Мазурова И.Г., Пелипенко Н.В., Кочкарян Р.А.	Наш опыт лечения новорожденных с гастрошизисом	40
41. Терещенко О.А., Клименко А.Н., Аветисян С.О., Сачиян Г.Г., Полеев А.В., Мазурова И.Г., Нехорошкина Ю.Б., Пелипенко Н.В., Шатов А.В., Стрюковский А.Е.	Результаты хирургического лечения новорожденных с омфалоцеле в ГБУЗ ДККБ.	40
42. Тихмаев А. Н., Махачев Б. М., Мейланова Ф. В.	Оценка эффективности современного подхода к введению детей с гастрошизисом.	41
43. Трушин П.В., Грамзин А.В., Кривошеев Н.В., Койнов Ю.Ю., Павлушин П.М., Цыганок В.Н., Тратонин А.А., Охотина А.А., Глазков А.А., Тепанова Е.И.	Диагностика и лечение патологии передней брюшной стенки в периоде новорожденности.	42
44. Турсунов К., Кусаинов А., Мырзахмет С., Бердикулова Ж..	Рациональные методы хирургической коррекции гастрошизиса у новорожденных	43
45. Цыбин А.А., Мохаммад Башир , Давлибаров М.А., Ившин В.Г., Нестерова С.А	Напряжённое гидрофуникулоцеле вследствие сформировавшегося клапанного механизма сообщающейся водянки правого яичка.	44

46.	Чепурной М.Г., Романеев А.Б., Новошинов Г.В., Шилов Г.Л.	Атравматичный способ обработки культи червеобразного отростка у детей.	45
47.	Черкашин А.А., Рехвиашвили М.Г., Поддубный И.В., Шишкин И.А., Шишкина Т.Н., Щербенев Н.А., Проплеткина К.Д.	Клиническое наблюдение: ущемлённая паховая грыжа с некрозом яичка у ребенка 1 месяца	46
48.	Чирков И.С., Разумовский А.Ю., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Куликова Н.В	Алгоритмы лечения больших и гигантских вентральных грыж в детском возрасте.	47
49.	Шапкина А.Н., Шмырева Е.С., Саввина В.А., Тарасов А.Ю., Мазин А.С., Пляскина Е.В., Магомедов З.З., Дондоков Б.М., Васильев ДВ, Цыренов З.Д., Мирзоев Р.А., Ненилина Н.В	Пороки передней брюшной стенки в Дальневосточном федеральном округе (ДФО)	48
50.	Швалев Ф.М., Цап Н.А., Чудаков В.Б., Лапшин М.А., Шибанова О.А.	Анте – и постнатальная диагностика и лечебная тактика при гастрошизисе.	49
51.	Шибанова О.А., Чудаков В.Б., Цап Н.А.	Омфалоцеле: решенные вопросы хирургии новорожденных	50
52.	Щебеньков М.В., Котин А.Н., Рязанцев А.И.	Эндовидеохирургическое лечение детей с редкими видами грыж передней брюшной стенки	51
53.	Щедров Д.Н., Соколов С.В., Шелкошвеев Д.К., Сидорова Н.А.	Миграция вентрикулоперитонеального шунта обусловленная незаращением влагалищного отростка брюшины.	52
54.	Щур А.Ю., Белоус Р.А., Смирнова Н.Е., Степаненко Е.А.	Интракорпоральный скользящий узел при лапароскопической герниопластике у детей	53
55.	Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Шамсиев Ж.А.	Лапароскопическая коррекция аномалий развития влагалищного отростка у детей	54
56.	Яницкая М.Ю., Бордиян С.Г., Ксенофонтова Е.В.	Эволюция хирургической тактики и результатов лечения омфалоцеле и гастрошизис.	54

Тезисы научных докладов 30-й Российской (63-ей «Всесоюзной») научной студенческой конференции «Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста»

1.	Абатов А.А., Надбитов А.Ю.	Лечение двустороннего юношеского эпифизеолиза и его последствия	56
2.	Абдуганы кызы У., Жаббаров Т., Суйунбек уулу Д.	Врожденные диафрагмальные грыжи (ВДГ) у детей	56
3.	Абдураупова Н.С.	Задний сагиттальный трансаноректальный доступ (ЗСТАР) в хирургии промежности у детей.	57
4.	Агаркова Д.А., Ермоленко А.В., Бурлак Л.Г.	Развитие кишечной непроходимости у новорожденных с муковисцидозом.	58
5.	Агаркова Д.А., Ермоленко А.В., Бурлак Л.Г.	Лечение кровотечения при портальной гипертензии у детей и подростков	58
6.	Азарсков К. Ю., Чикарев С.И.	Атрезия пищевода: торакоскопия или торакотомия?	59
7.	Азбалаева М. С.	Результаты лечения кисты Беккера у детей	60
8.	Акилова М.Ж., Полубояринова С.П., Багдасарян М.С., Темченко А.Р., Дроздова П.М..	Интеграция искусственного интеллекта в практику врача	60
9.	Алексеева А.В.	Диагностика и лечение атрезии пищевода	61
10.	Алиева Х.Э.	Результаты лапароскопического лечения гипертрофического пилоростеноза у детей.	62
11.	Алиева Ф.Б., Асадов А.М, Джураев Д.Р.	Эффективность применения препарата «Целоформ» при гнойных и длгонезаживающих ранах у детей	63
12.	Алфёрова Е.А.	Анализ хирургической тактики лечения омфалоцеле.	63
13.	Андреев И.А., Бакаева Н.С., Вечеркин В.А., Птицын В.А., Коряшкин П.В.	Оценка резистентности возбудителей хирургической инфекции у детей	64
14.	Афанасьева А.Ю.	Результат использования корсета 3D немецкой школы в лечении пациентки с ювенильным идиопатическим сколиозом.	65

15.	Ахмедулаева Ф. Ш.	Оценка эффективности эндоскопического бужирования и стентирования при обструктивном мегауретере у детей	65
16.	Аюбова З. А.	Клинический случай успешного комбинированного лечения младенческой сегментарной гемангиомы у ребенка	66
17.	Багдасарян М.С., Полубояринова С.П., Акилова М.Д., Дроздова П.М. Темченко А.Р.	Опыт проведения перитонеального диализа новорожденным детям	67
18.	Бадрутдинова П.В., Фисенко М.В	Демонстрация пациента с врожденным пороком развития: атрезия ануса и прямой кишки, удвоение ободочной кишки	68
19.	Баймурзаев И.А., Тайдаева А.И., Жамалуллайла А.С-А., Солтамурадов Р.У.	Сравнительная оценка эффективности методов хирургического лечения патологического вывиха бедра у детей Чеченской Республики	68
20.	Бакаева Н.С., Андреев И.А., Птицын В.А., Баранов Д.А., Коряшкин П.В.	Врожденные кисты яичников: взаимосвязь гистологии и клинической картины	69
21.	Батанова В. Г., Аляутдинова Д. А.	Клинический случай диффузной В-крупноклеточной лимфомы у ребенка	70
22.	Бахтин Н.В., Ершова М.Г.	Влияние этиологического фактора на развитие осложнений при остром аппендиците.	71
23.	Бачигов А.Т., Солтамурадов Р.У., Жамалуллайла А.С-А., Саидова П.С.	Сравнительная характеристика эффективности методов хирургического лечения дистальных форм гипоспадий в Чеченской Республике	71
24.	Башан С. Д., Попова П. А.	Результаты лечения инвагинации кишечника у детей Юга Тюменской области	72
25.	Баширов М.А.	Дуоденоюноанастомоз по Кимура: показания, технология, результаты.	73
26.	Безрукавников Д. А.	Опыт лечения укушенных ран лица у детей	74
27.	Белокрылова У.В., Каракулина Д.К.	Диагностика и лечение детей с инородными телами в дыхательных путях	74
28.	Беляева А. И.	Раннее применение перитонеального диализа после кардиохирургических операций у пациентов грудного возраста	75

29.	Белякова М.И.	Рецидивы воспаления в червеобразном отростке у детей после консервативного лечения	76
30.	Белялов А.М., Рахмонов Ф.З., Мухитдинова С.М.	Эффективность использования современных способов гемостаза при лапароскопических операциях	76
31.	Бердикулова Ж, Толбек Б	Атрезия 12-перстной кишки у новорожденных	77
32.	Бикиева Д.Р., Короткова А.В., Головня А.А.	Аномалии развития половых органов в педиатрической практике	78
33.	Бобкова Ф.С.	Диагностика и лечение острого заболевания яичка у детей	79
34.	Бондаренко Е.А., Мочалова А.Д., Шабанова Ю.В.	Количество ганглионарных клеток в низведенной кишке – влияние на клинический результат лечения болезни Гиршпрунга	79
35.	Бори Б.Т., Маратов А.Р., Жумаш Г.О., Камбар Н.А., Табылды К.А.	Сравнительная оценка способов формирования межкишечного анастомоза при закрытии энтеростом у детей.	80
36.	Бори Б.Т., Табылды К.А., Маратов А.Р., Турсынхан А.С., Куанышбай Н.Н.	Необходимость формирования гастростом с проведением нити в лечении послеожоговых стриктур пищевода у детей	81
37.	Боровлёва Д.С., Ерохина Н.О.	Миграция нефроамниального шунта с образованием паранефрального затека, периаппендикулярного инфильтрата	82
38.	Боровская А.В., Бойко В.А., Мартиросян М.А., Зайцева Е.О.	Оценка эффективности полисилоксанов в лечении послеожоговых рубцов у детей.	82
39.	Бородкин И.О., Гарновская С.А.	Клинический случай солидной псевдопапиллярной опухоли поджелудочной железы у подростка	83
40.	Букин М. И.	Этиологические факторы перекрута гидатиды у мальчиков.	84
41.	Бургуева А. Б.	Результаты лапароскопического лечения острого аппендицита у детей	85
42.	Бурская В.С., Перевалова Н.В., Календарова М.Т., Нишонов Ш.Х.	Клинический случай лечения синдактилии кисти с использованием нового «короновидного» лоскута.	85

43.	Быков В.М., Плотников А.П.	Особенности механизма травмы и лечения переломов межмышцелкового возвышения у детей	86
44.	Вагабова Э. Б.	Анализ результатов хирургического лечения постгеморрагической гидроцефалии у недоношенных в республике Дагестан	87
45.	Вакилов Ф.Ф., Короткова А.В., Головня А.А., Дьяконов Г.В., Кахрамонов А.Б.	Травма позвоночника у детей	88
46.	Вакилов Ф.Ф., Короткова А.В., Музафаров А.Р., Головня А.А., Ахметов А.А.	Лечение эпителиального копчикового хода	88
47.	Ваян Л.А.	Структура патологии у младенцев с хирургической стадией некротизирующего энтероколита	89
48.	Варламов В.А., Киселева Т.О.	Наш опыт диагностики и лечение осложненный дивертикула Меккеля у детей	90
49.	Варнавская Е.С.	Находки лапароскопической герниопластики	91
50.	Васильева К.И., Федорова А.Ф.	Робот-ассистированная резекция кист брюшной полости	91
51.	Висайтова З.А, Солтамурадов Р.У., Тайдаева А.И., Саралиева Э.Ш	Оценка эффективности методов хирургического лечения дуоденальной непроходимости в Чеченской Республике.	92
52.	Власенко Е.Ю., Плугина А.С., Хубян Ж.М.	Соответствие эндоскопической и гистологической семиотики при анализе 180 колоноскопий у детей	93
53.	Власенко С.А., Албутова О.С.	Вросший ноготь в практике врача-детского хирурга	93
54.	Возисова И.А., Вострикова Е.В.	Осложнения острого аппендицита у детей	94
55.	Волк С. О.	Оценка эффективности методов оперативного лечения образований придатков матки у девочек	95
56.	Воронин Н.Е.	Баллонная дилатация главных бронхов при врожденных и приобретенных стриктурах у детей	95
57.	Воскаева Т.З	Энтеро- и колоанастомозы у новорожденных и детей раннего возраста	96

58. Вострикова Е.В, Возисова И.А.	Диагностика и лечение ожогов у детей	97
59. Вялова А.А., Гераськин И.В, Фисенко М.В.	Желчекаменная болезнь в детском возрасте. болезнь или порок развития?	98
60. Габдрахимова А.Х., Ясакова А.О.	Выбор анестезиологического пособия в зависимости от вида хирургического лечения паховых грыж у детей	99
61. Габова А.А., Короченцев И.В.	Осложнение дивертикула Меккеля у детей	99
62. Гаджиев М. Ш.	Оценка эффективности современного подхода к введению детей с гастрошизисом.	100
63. Гайнуллин И.И., Футин Э.В., Калямова А.В., Мухамадиярова А.Р., Ситдикова Д. М., Алимова Ю.Р.	Разработка и внедрение биологического протеза из вены пупочного канатика	101
64. Гараева З.Ф.	Использование различных методов остеосинтеза при переломах длинных трубчатых костей у детей	101
65. Гарманова А.Н.	Эффективность ультразвуковой санации брюшной полости при перитоните	102
66. Гарновская С.А	Формирование гетеротопического мочевого пузыря у девочки с врожденными пороками развития нижних мочевых путей, как метод коррекции тотального недержания мочи	103
67. Гасанов К.Э., Сорогина Л.В	Оценка эффективности аутологичной реконструкции кишечника у пациентов с синдромом короткой кишки	104
68. Главатских М.А., Зубков В.А.	Результаты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей	105
69. Глушков И.А.	Тактика лечения детей с магнитными инородными телами желудочно-кишечного тракта	105
70. Головня А.А., Максютлова А.А., Короткова А.В., Вакилов Ф.Ф., Бикиева Д.Р.	Распространённость врожденной расщелины верхней губы и неба в республике Башкортостан.	106
71. Гориславский Е.А., Гаршиной Т.Н.	Факторы, влияющие на применение остеосинтеза и репозиций при лечении перелома костей предплечья со смещением	107
72. Горланова Е.Э.	Урологические аномалии при синдроме	108

	ОНVIRA, их связь с синдромом Циннера	
73. Громов А. А.	Клинический случай лечения пациента с тяжелой сочетанной травмой, с применением методологии «early total care»	108
74. Грунин Александр Васильевич	Изменение активности моноаминоксидазы-б при нейрональной интестинальной дисплазии	109
75. Грунюшкин Е.О.	Наш опыт лечения желчекаменной болезни у детей.	110
76. Губенко М.А., Бадалова Е.А., Стерликова А.М., Абдулвагидова Э.С.	Содержание среднего объема тромбоцитов (MPV) как прогностический фактор жизнеспособности гонады при синдроме отечной мошонки у детей.	111
77. Гусев Р.А.	Результаты лечения врожденных пороков развития передней брюшной стенки у новорожденных	112
78. Давлетшина Г. И.	Клинический случай: Ретрофарингиальный абсцесс у ребенка 5 месяцев осложненный задним медиастинитом и легочно-плевральной формой БДЛ.	113
79. Давудгаджиева А. М., Толбоева Г. Н.	Анализ эффективности консервативного лечения параректальных свищей у детей.	114
80. Дагиева К. С.-Э.	Использование шкалы оценки тяжести младенческих гемангиом для выбора тактики	114
81. Далле Давид Ульриш.	Нейробластома у детей Республики Северная Осетия-Алания.	115
82. Даминов Ж.Н., Садиков У.У., Шамсутдинов А.Ш.	Особенности диагностики и выбора тактики хирургического лечения при синдроме отечной мошонки у детей	116
83. Дербушева Е.А	Кисты брюшной полости, выявленные антенатально	116
84. Джопуа Н. Г.	Опыт лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей.	117
85. Дзиццоев Ч.А., Кочиева М. Г., Битарова А.Ф.	Морально-этические аспекты в детской онкологии на примере клинического случая девочки с саркомой Юинга.	118
86. Дзубан С.Е.	Качество жизни пациентов после холецистэктомии в подростковом возрасте.	118

87. Дикусарова Д. С.	Робот-ассистированная хирургия в лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны у детей	119
88. Димитриева Екатерина Владимировна	Восстановление внутреннего удерживателя надколенника у детей при диспластических вывихах, профилактика раннего артроза пателлофemorального сустава	120
89. Долинская В.Д.	Опыт лечения атрезий кишечника у новорождённых	121
90. Дорошенко Т.В., Ключко А.Н.	Осложнение пункционной гастростомии у ребенка	121
91. Дроздова П.М. , Багдасарян М.С. , Полубояринова С.П. , Темченко А.Р. , Акилова М.Д.	Атрезия пищевода и синдром Эдвардса - взгляд детского хирурга	122
92. Дроздова П.М. , Багдасарян М.С. , Полубояринова С.П. , Темченко А.Р. , Акилова М.Д.	Современные подходы к планированию оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии	123
93. Дрягина Е.Д.	Флюоресцентная хирургия в детской онкологии	124
94. Дудникова П.Е.	Консервативное лечение варикоцеле.	124
95. Дьяконов Г.В., Вакилов Ф.Ф., Имаева А.Р.	Диагностика и лечение крупных инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей	125
96. Дьяконова К.Р.	Результаты лечения гипоспадии у детей	126
97. Евдокимова Ю.В.	Варианты лечения вальгусной деформации стоп у детей	126
98. Ермаков Н. М., Ермакова Ю.А., Кошкин Р.В.	Анатомо-рентгенологические особенности дисплазии дистального метаэпифиза бедренной кости у детей с рецидивирующим вывихом надколенника	127
99. Ермакова Ю.А., Ермаков Н. М., Кошкин Р.В.	Статистический анализ случаев кататравмы у детей в г. Волгограде за 2022 год	128
100. Ермоленко А. В., Бурлак Л. Г., Агаркова Д. А.	Клинический случай менингоэнцефалита с прогрессирующей гидроцефалией	129
101. Ерохина Е.А.	Диагностика вестибулярной гипоспадии у девочек	129
102. Жамалуллайла А.С-А., Баймурзаев И.А., Бачигов А.Т., Мусхаджиева Ф.А.	Хирургические методы лечения диафизарных переломов костей предплечья у детей в Чеченской Республике	130

103. Жамнова В.С , Князькина Н.Т.	Оценка эффективности применения силиконового покрытия перевязочных материалов в детской хирургии	131
104. Жоров В.В., Пальянов К.В.	Современный подход в лечении аневризмальных костных кист	131
105. Зайцева Н.В.	Клинический пример пациентки 14 лет с атипичным карциноидом верхнедолевого бронха левого легкого	132
106. Залюбовский Д.А.	Ранние клинические проявления первичных опухолей головного мозга у детей	133
107. Захарова М.А.	Пластика травматических дефектов кожи и мягких тканей дистальных фаланг кистей у детей	134
108. Зинатуллина Н.И.	Оптимизация диагностики и предоперационного ведения новорождённых, имеющих пороки с дуктус-зависимой гемодинамикой	134
109. Зингис В.А., Копылов И.В.	Опыт лечения сакроилеита, остеомиелита боковых масс крестца и тела подвздошной кости у детей.	135
110. Зубков В.А., Главатских М.А.	Некротизирующий энтероколит у новорожденных	136
111. Зубова М.М., Габанов Ю.М.	Клинико-гистологическое подтверждение различных морфологических форм острого аппендицита у детей	137
112. Зыкина С.А	Хирургическое лечение повреждений кисти у детей.	137
113. Иванина Э.С.	Выбор анестезии при оказании специализированной хирургической помощи детям с минно-взрывной травмой	138
114. Иванов В.А., Пастушков Т.А.	Лечение переломов ключицы у детей с использованием модифицированной восьмиобразной повязки	139
115. Иванов А.А., Португал П.М.	Инвертированный дивертикул Меккеля как причина кишечной инвагинации у ребенка.	140
116. Иванова А.В.	Анализ применения новых методов хирургического лечения гипоспадии у детей	140

117. Игнашев К.В.	Хирургическая тактика при повреждениях сухожилий сгибателей пальцев кисти у детей	141
118. Ильина А.М.	Атипичный вертикальный вывих надколенника у подростка	142
119. Исаева С.Д.	Прогностические критерии перехода начальных стадий НЭК в хирургическую у недоношенных новорожденных.	143
120. Искалиева А.Р., Моустафа К.А.	Ганглионарный аппарат внутреннего сфинктера заднего прохода и прямой кишки у пациентов с анальной ахалазией	143
121. Исмаилов Х.А., Жарашуева Е.Б., Машакова А.Д.	Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей.	144
122. Кавковская Я.И.	Оценка применения методики контролируемого роста у детей с локтевой косорукостью на фоне экзостозной хондродисплазии	145
123. Казакова Н.Б., Шамсиев Р.Ж., Ганжиян Н.Э.	Экстренная видеоларингоскопия при инородных телах верхнего отдела пищеварительного тракта	146
124. Калайда А.И., Олейникова П.А.	Применение вакуум-терапии при лечении хронических и длительно не заживающих ран у детей	146
125. Калямова А.В., Ситдикова Д.М., Мухамадиярова А.Р., Гайнуллин И.И., Футин Э.В., Самигуллина Д.М.	Травмы наружных половых органов у девочек	147
126. Камильянова Г.Ш. Хуснуллина Г.Р.	Результаты лечения детей с обструктивным мегауретером	148
127. Капланов М.Т.	Эхинококкоз у детей. аспекты хирургического лечения в детском возрасте	149
128. Каракулина Д.К., Белокрылова У.В.	Методы диагностики и лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью	150
129. Карасько С.В.	Способ дооперационного прогнозирования тактики хирургического лечения при спинномозговых грыжах у детей	150
130. Каргина Е.А., Варламов В.А.	Дифференцированная предоперационная подготовка при распространенном перитоните у детей	151

131. Карибов С.М	Последствия малоинвазивного лечения болезни гиришпрунга у детей	152
132. Карташов И.А., Терзи Ю.И., Птицын В.А., Баранов Д.А., Коряшкин П.В.	Ранняя диагностика и этапное лечение электрохимических ожогов пищевода у детей	153
133. Карюка Д.Д.	Положение червеобразного отростка при аппендикулярном инфильтрате	154
134. Квитко А.В., Мирошкина В.А., Федченков И.В.	Лечение переломов шейки бедренной кости у детей	154
135. Келлер В.В.	Эффективность селективной дорсальной ризотомии у детей с детским церебральным параличом	155
136. Керимов К.О., Кадзова Д.В.	Синдром отечной мошонки	155
137. Кибирева А.А.	Осифицирующий миозит на фоне миотонии <i>de novo</i> у девочки 8 лет – клинический случай	156
138. Ким А.Р.	Отдаленные результаты лечения детей, после пиелопластики, прооперированных в возрасте до года	157
139. Киптилов А.В.	Опыт лечения перкутанной нефролитолапексии	158
140. Киселева А.С., Ковалёва А.С., д.м.н. Вечеркин В.А., к.м.н. Птицын В.А., Коряшкин П.В.	Анализ частоты развития осложнений после хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний кисти у детей в г.Воронеже	158
141. Киселёва О.А., И.В. Миронова И.В., Назаров Р.А.	Дифференцированный подход к выбору методов извлечения инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей	159
142. Киселева Т.О., Варламов В.А.	Наши результаты лечения распространённого перитонита у детей	160
143. Киямов А.У., Даминов Ж.Н., Усманов З.З.	Лечение врожденной расщелины верхней губы и нёба	161
144. Князева Н.А	Открытая внутриутробная коррекция миелошизиса: анализ результатов	161
145. Ковалёва А.С., Киселева А.С., Коряшкин П.В., Баранов Д.А., Птицын В.А.	Комплексный подход к ведению термических ожогов важных функциональных областей в детском возрасте	162

146. Коврижных Е.В.	Консервативное лечение деформаций черепа у детей с помощью краниальных ортезов	163
147. Козленко В.А.	Особенности диагностики и хирургического лечения эпителиального копчикового хода у детей	163
148. Колесниченко Т.А., Налбандян Р.Т.	Дифференциальная диагностика лимфомы Беркитта у пациентов с «острым животом».	164
149. Конопаткина М.В.	Использование илеококолорезервуара в лечении тотального аганглиоза толстой кишки у детей	165
150. Корниенко Х.А.	Анализ осложнений дивертикула Меккеля у детей на базе Областной детской клинической больницы города Ярославля.	166
151. Короткевич В. А.	Анализ использования различных видов центральных венозных катетеров в периоде новорожденности	166
152. Короткова А.В., Кахрамонов А.Б., Головня А.А., Бикиева Д.Р., Вакилов Ф.Ф.	Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей	167
153. Костюченко А.С.	Фиксированный спинной мозг у девочки 15 лет: взгляд уролога на	168
154. Котова Т. В.	Редкое клиническое наблюдение: сочетание порока грудной клетки и порока передней брюшной стенки.	168
155. Кочетова В.Р. Кандюков А.Р	Структура химических ожогов пищевода у детей	169
156. Кошелева Ю.А.	Особенности хирургической тактики в лечении детей с острой кишечной непроходимостью	170
157. Кошкин А.А., Зацепин Р.Д., Клейменов Е.В.	Осложнения инородных тел желудочно-кишечного тракта у детей.	171
158. Кулакова А.В.	Случай столбняка у ребенка	172
159. Курносых Р.А., Иванова А.В., Вечеркин В.А., Птицин В.А., Баранов Д.А.	Гипербарическая оксигенотерапия в комплексном лечении хирургической патологии.	172
160. Лабузова Н.А.	PRP- терапия при гемартрозах коленного сустава у детей	173

161. Лоскутникова И.А.	Изучение крестцовой кривизны в отношении прогноза восстановления удерживающей функции анального сфинктера у детей	174
162. Людвиг М.Н.	Ректальные кровотечения в практике детского хирурга	174
163. Людвиг М.Н.	Синдрома Циннера	175
164. Май К. С., Федченков И.В., Белякова А.В.	Некоторые аспекты диагностики и лечения спонтанного пневмоторакса у детей	176
165. Макарова А.В.	Эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей	177
166. Макасеева Е.С.	Заворот яичка у детей	177
167. Малиновская Д.Г.	Диагностика и лечение острого гематогенного остеомиелита позвоночника у грудных детей.	178
168. Мамедова А.Ф.	Анализ факторов приводящих к развитию некротизирующего энтероколита у новорожденных	179
169. Мансурова С.У., Зуй В.М.	Сравнительная оценка анатомо-функциональных исходов лечения скелетной травмы у детей с множественными и сочетанными повреждениями в зависимости от сроков проведения стабильно-функционального остеосинтеза	179
170. Марабян Л. Г.	Эффективность лечения инвагинации кишечника у детей методом гидроэзоколоноскопии	180
171. Маранчак А.И., Сивакова Я.А., Вечеркин В.А., Клименко Д.В., Птицын В.А., Баранов Д.А.	Гемодинамика при сколиозах	181
172. Мартынюк Д.С., Алкурди А.М.	Комплексный подход к лечению пациентов с врожденными пороками развития передней брюшной стенки	182
173. Махмудов А. Р.	Наш опыт пластики перфорации перегородки носа с помощью собственного лоскута слизистой оболочки	182
174. Маяцкая М. А.	Профилактика стеноза анастомоза у детей со свищевой формой атрезии пищевода	183

175. Мирзаев М.У-Х., Момотова Е.И.	Опыт хирургического лечения кист холедоха	184
176. Миронова П. И.	Применение ортоимплантов при односторонней полной расщелине губы и неба	185
177. Мирошкина В.А., Квитко А.В., Май К.С.	Сочетанная травма у детей	185
178. Митина В.А.	Современная тактика детского хирурга при изолированной и сочетанной травме селезенки у детей	186
179. Михеева А. В.	Возможности прикроватной хирургии в условиях перинатального центра	187
180. Муравьев С.А.	Робот-ассистированное лечение простых кист почек у детей	188
181. Мусаев Х.Х., Хаджимурадов М-Э. Р.	Результаты лечение детей с аппендикулярным инфильтратом	188
182. Муссова И.А, Шлепотина Е.А.	Причины «острого живота» в гинекологии детского возраста	189
183. Мусхаджиева Ф.А, Саидова П.С., Саралиева Э.Ш., Жамалуллайла А.С-А.	Роль эпифизиодеза в лечении разноразмерности нижних конечностей	190
184. Мухаммадиева А.Р., Гайнуллин И.И., Фахурдинова Я.Р., Алимова Ю.Р.	Эффективность лапароскопической орхипексии по методу Фаулера-Стивенсона	190
185. Мухаммадиев И.С., Шамсиев Р.Ж., Шамсиев Ш.Ж.	Улучшение результатов консервативного лечения гемангиом у детей	191
186. Найманова А.Н., Байышбекова А.А., Таалайбекова С.Т.	Случай врожденного изолированного трахео-пищеводного свища у ребёнка	192
187. Николаева А. А., Халилюлина А.Р.	Результаты лечения новорожденных с гастрошизисом	193
188. Николич А.Ю.	Лечение недоношенного новорожденного с врожденной диафрагмальной грыжей и пороком сердца	193
189. Овсянкина Е.Д., Сарычева А.Е.	Роль современного лечения сепсиса у детей.	194
190. Овсянкина Е.Д., Сухова Е.А.	SARS-CoV-2 как причина роста лимфопролиферативных злокачественных новообразований у детей.	195

191. Огородникова М.В., Яковлева Е.П., Андриевская К.В., Завгороднев А.В., Енаки О.Н., Ильина А.А.	Случай длительного стояния монеты в тонкой кишке	196
192. Охотникова К.Д, Бурлакова П.В.	Лечение детей с послеожоговым рубцовым стенозом пищевода	196
193. Охотникова К.Д.	Эмболизация селезёнки у детей с синдромом портальной гипертензии	197
194. Пангельская В.А., Серегин В.В.	ICG в педиатрии	198
195. Панина М.К., Карпеева Д.В.	Внутриутробные кисты яичника и их осложнения в виде перекрутов	199
196. Пантюхин Д.В.	Опыт применения эндоскопической пластической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей	199
197. Панферов В.Ю., Разин Е.А.	Клиническое наблюдение девочки 7 лет с панкреонекрозом	200
198. Пастушков Т.А., Иванов В.А.	Диагностика и лечение тотальной формы синдактилии 3-4 пальцев кисти у детей	201
199. Пекин уулу М, Кыдыкова А.Б.	Острый парапроктит (ОП) у детей	202
200. Перевалова Н.В., Бурская В.С., Нишонов Ш.Х., Календарова М.Т.	Результаты лечения синдактилии кисти у детей.	202
201. Перевощикова А.С., Ерохина Н.О.	Дифференциально-диагностический поиск у ребенка с образованием в пресакральной области	203
202. Петрова Ю.И., Тельнова Ю.А.	Малоинвазивное лечение врожденных аномалий легких у детей	204
203. Пешкова А.В., Суханова Н.С.	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы у детей	205
204. Полубояринова С.П., Багдасарян М.С., Дроздова П.М., Акилова М.Ж., Темченко А.Р..	Герминогенная опухоль в практике детского хирурга	205
205. Поморцев Н.А., Коломытцева Е.А., Поляк Е.А.	Редкий вариант локализации врожденного изолированного трахеопищеводного свища	206
206. Пономарева Е.В., Фролкова К.Р., Елькова Д.А., Тен К.Ю.	Модифицированный способ нефропексии у детей	207

207. Португал П.М., Теплов В.О.	Эндоскопическое удаление инородного тела из подслизистого слоя желудка	208
208. Прокофьева П. И., Бедарев В.Г., Боровкая А. В.	Сравнительный анализ применения полисилоксанов в лечении фимоза у детей с кортикостероидами.	209
209. Пунтикова А.Ю.	Анализ результатов хирургической коррекции различных форм гипоспадии свободным лоскутом.	209
210. Пустовецкая Е.С.	проблему	210
211. Пухова Д.Д. , Карюка Д.Д.	Различные виды хирургического лечения инвагинации кишечника у детей	211
212. Пяткова М.Ю., Зенченко О.А., Красильников А.А.	Маркеры повреждения почек при пузырно-мочеточниковом рефлюксе у детей	212
213. Пятыгина Д. А.	Лечение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой	212
214. Репненков А.М.	Посттравматическая деформация 3 пальца левой кисти:	213
215. Рольгейзер Е.Е, Клеймёнов Е.В., Зацепин Р.Д.	Тактика лечения пилонидальных кист	214
216. Романович Е.С.	Сравнение робот-ассистированной и лапароскопической пиелопластики у детей.	214
217. Ронкильо Замора М.В.	Роль влажной стомы при энтероцистопластике у детей	215
218. Рузанова А.А.	Особенности клиники и результаты лечения острого гематогенного остеомиелита у детей	216
219. Рябкова П.С.	Результаты лечения детей с легочно-плевральными формами острой гнойной деструктивной пневмонии	217
220. Саидова П.С., Мусхаджиева Ф.А., Висайтова З.А., Бачигов А.Т.	Клинический случай успешного лечения обширной размозженной травмы правой верхней конечности.	218
221. Салимов Т.К.	Опыт применения метода временного блокирования зон роста трубчатых костей у подростков и детей	218
222. Саралиева Э.Ш., Мусхаджиева Ф.А., Тайдаева А.И., Баймурзаев И.А.	Анализ эффективности подхода к лечению черепно-мозговых травм у детей в Чеченской республике	219

223. Сауранбай Д, Бердикулова Ж	Тератома крестцово-копчиковой области у новорожденных	219
224. Сауранбай Д., Толбек Б	Эндовидеохирургический метод лечения перфоративных язв желудка у детей	220
225. Сачкова Е.Д.	Варикоцелэктомия под ICG-навигацией у детей	221
226. Северинов Д.А., Зубкова Ю.А., Падалкина О.В.	Симультантная герниопластика при видеоассистированных резекциях доброкачественных образований кишечника у детей	222
227. Сергеев В.Е.	Распространенность и механизмы травм в батутных центрах	222
228. Сердюк В.М., Убийко А.А.	Некротическая эпифасциальная флегмона при ветряной оспе у детей	223
229. Серегин В.В., Пангельская В.А	Робот-ассистированные операции в урологии	224
230. Сивакова Я.А., Маранчак А.И., Птицын А.А., Баранов Д.А., Коряшкин П.В.	Инородные тела желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей	225
231. Сидорова Н.А.	Место лапароскопии в лечении внутрибрюшинных перфораций мочевого пузыря у детей.	225
232. Ситдикова Д.М., Гайнуллин И.И., Калямова А.В., Футин Э.В., Мухамадиярова А.Р.	Клинический случай: электроожог ушной раковины	226
233. Скавыш А.В.	Хирургическое лечение детей с частичным повреждением передней крестообразной связки	227
234. Слукина А.Е.	Замещение дефектов диафрагмы с применением металлотрикотажа из никелида титана в эксперименте	228
235. Смоленцев Г. М., Половникова А. А.	Сравнение методов оперативного лечения детей с обструктивным мегауретером	228
236. Содиков У.У., Шамсиев Р.Ж., Шамсутдинов А.Ш.	Тактика хирургического лечения омфалоцеле и гастроэнтерошизиса у новорожденных	229

237. Солтамурадов Р.У., Висаитова З.А., Бачигов А.Т., Баймурзаев И.А.	Демонстрация клинического случая лечения вальгусной деформации обеих нижних конечностей на фоне врожденного ихтиоза	230
238. Сорогина Л.В., Сергиенко Т.В.	Клинический случай лечения новорожденного с гастрошизисом методом по А. Bianchi	231
239. Сорокин М.П.	Диагностические возможности дефекографии в выявлении патологических анатомических изменений аноректальной зоны у детей с запорами	232
240. Сорокина Л.Д.	Результаты малоинвазивной коррекции варикозных вен пищевода при лечении синдрома портальной гипертензии у детей	232
241. Софронова П.Н.	Применение PEG-гастростом у детей	233
242. Становова А.М., Волкова А.А., Слуцкий В.Э., Голубев М.С.	Оценка эффективности антибиотикопрофилактики в хирургическом лечении дистальных форм гипоспадии у детей.	234
243. Сулейманова А.Б.	Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей и их осложнения	234
244. Сухова А.А.	Комплексный подход к диагностике и лечению ребёнка с политравмой	235
245. Сухова Е.А., Овсянкина Е.Д.	Сравнительный анализ влияния инфекции COVID - 19 на рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в детском возрасте	236
246. Табылды К.А., Бори Б.Т., Турсынхан А.С., Жумаш Г.О., Маратов А.Р.	Метод временного восстановления непрерывности кишечника в лечении детей с энтеростомами	236
247. Тайдаева А.И., Саидова П.С., Саралиева Э.Ш., Висаитова З.А.	Респираторный менеджмент при тяжелой сочетанной травме у детей	237
248. Танделова И.С., Газзаева К.В., Козаева А.Г.	Гинекологическая патология в структуре работы детского хирургического стационара.	238
249. Танделова И.С., Джоуа Н.Г., Татарбиев О.З.	Дисгерминома обеих гонад у девочки с синдромом Свайера. Клинический случай.	239

250. Тапханаков Ф.Н.	Лапароскопически-ассистированная заднесагиттальная аноректопластика (LAP+PSARP) в коррекции ректоуретральных фистул	239
251. Тарасов Н.В.	Лечение аппендикулярного перитонита у детей	240
252. Тарасцов Н.А.	Сравнительный анализ хирургического лечения вывиха надколенника по методике Ямамото и рефиксации, аугментации пателлофemorальной связки у детей и подростков.	241
253. Тельнова Ю.А., Безызвестных С.П., Петрова Ю.И.	Оценка эффективности стентирования мочеточников при обструктивном мегауретере	242
254. Темченко А.Р., Акилова М.Ж., Дроздова П.М., Багдасарян М.С., Полубояринова С.П., Жилова Э.А., Шевченко С.А.	Травмы передней брюшной стенки и органов брюшной полости у детей	242
255. Тен К.Ю., Елькова Д.А.	Лечение новорожденных с атрезией пищевода	243
256. Терзи Ю.И., Воронин И.И., Карташов И.А., Птицын В.А., Баранов Д.А., Коряшкин П.В.	Комплексная диагностика и лечение острого гематогенного остеомиелита у детей	244
257. Ткачук Е.А.	Инородные тела влагалища у детей.	245
258. Тырина К.А.	Клинический случай перфорации Дивертикула Меккеля инородным телом у ребенка дошкольного возраста.	245
259. Тютюнова А. А.	Лапароскопическая расширенная правосторонняя гемигепатэктомия у ребенка 12 лет	246
260. Ульянов К.И.	Врожденная дуоденальная непроходимость у новорожденных и детей раннего возраста.	247
261. Умаханов Б.И	Редкий клинический случай: Термический ожог у ребенка 7 лет площадью 90% 2-3 степени.	248
262. Умутпаева К.Е.	Тактика лечения чрезмышечковых переломов плечевой кости у детей	248
263. Умутпаева К.Е.	Подходы к лечению переломов ключицы у детей	249

264.	Усманов З.З., Рахмонов Ф.З., Темиров Б.О.	Тактика ведения детей с закрытой травмой почек	250
265.	Фаттоев Ж.С., Гарин Д.К., Туров М.Р.	Анализ результатов лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта	251
266.	Федоров Д.А.	Асептический некроз таранной кости. Болезнь Диаса и Муше.	251
267.	Федорова А.Ф., Васильева К.И.	Робот-ассистированная хирургия пищевода.	252
268.	Филатова К.К.	Результаты лечения детей с приобретенной непроходимостью кишечника	253
269.	Футин Э.В., Гайнуллин И.И., Калямова А.В., Мухамадиярова А.Р., Ситдикова Д. М.	Экспериментальное обоснование нового способа операции при рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости	254
270.	Хамперова Р.А., Садиков У.У., Казакова Н.Б.	Тактика хирургического лечения ожогов пищевода у детей	254
271.	Хасанова Д.Б., Хамперова Р.А., Фаттоев Ж.С.	Осложненное течение опухолеподобных образований яичников у подростков	255
272.	Хертек А.Р., Монахова А.С., Мамонтова Н.В.	Гангрена Фурнье у ребенка	256
273.	Хонина А. С.	Структура аппендикулярного перитонита у детей	257
274.	Худайкулов К.Х., Досмедов С.М., Абатов А.А.	Чрезмышцелковые переломы плечевой кости у детей	257
275.	Хусаенов А.И., Долгова К.С.	Клинический случай тяжёлого течения стрептодермии с обширным некрозом мягких тканей у ребёнка 3-х лет	258
276.	Цветкова М.М.	Принципы хирургического лечения пациентов детского возраста с билатеральным поражением почек	259
277.	Цуканов В.А.	Сравнительный анализ методик оперативного лечения паховых грыж у детей	260
278.	Чемезова А.А., Рожанский А.П.	Лапароскопическая ишемическая резекция печени	260

279. Черкасская С.В., Муковнина С.Н.	Ранние и отдалённые результаты оперативного лечения низкой врождённой непроходимости кишечника на фоне атрезии	261
280. Черняев М.О.	Отдаленные результаты лечения детей с абдоминальной формой крипторхизма	262
281. Чикарев Сергей Игоревич, Азарсков Константин Юрьевич	Выбор хирурга: открытый или лапароскопический дуоденальный анастомоз?	263
282. Шаленая Е.С.	Факторы риска рецидива варикоцеле у подростков	263
283. Шамсиев Р.Ж., Шамсиев Ш.Ж., Джураев Д.Р.	Лапароскопическая игнеопунктирная гернеография паховых грыж у детей	264
284. Швалова В. А.	Гнойно-некротический парапроктит у детей	265
285. Шершнева А. В.	Резекция легкого с трансплантационной технологией ante situm у пациентки 15 с воспалительной миофибробластической опухолью верхней доли левого легкого с вовлечением верхнедолевого бронха.	266
286. Шилина С.А., Рубцов В.В.	Особенности дифференциальной диагностики острого абдоминального синдрома и хирургической тактики при кистах яичника у девочек.	267
287. Ширалиева Д.А.	Кистозные трансформации желчевыводящих путей. Современная тактика оперативного вмешательства	267
288. Ширьязданова Р.У., Вакилов Ф.Ф., Короткова А. В.	Острая прогрессирующая эмфизема средостения	268
289. Шлепотина Е.А, Зохидов З.У, Рощупкин А.А	Разорвавшаяся артериовенозная мальформация правой теменной доли. Клинический случай	269
290. Шуваева А.Е.	Дифференцированный подход к лечению воронкообразной деформации	270
291. Щигорцов Д.М.	Грудной клетки у детей	271
292. Юнусова А.М.	Результаты оказания хирургической помощи новорожденным в Астраханской области	271
293. Ясакова А. О., Габдрахимова А. Х.	Современные методы лечения паховых грыж у детей	272