



ТЕЗИСЫ

26 Российской (59 Всесоюзной)
научной студенческой конференции,
посвященной 80-летию профессора А.Е. Соловьева

Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста

2019, Рязань



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российская ассоциация детских хирургов
Министерство здравоохранения Рязанской области
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детской хирургии

ТЕЗИСЫ

26 Российской (59 Всесоюзной)
научной студенческой конференции,
посвященной 80-летию профессора А.Е. Соловьева

«Актуальные вопросы хирургии,
анестезиологии и реаниматологии
детского возраста»

Рязань, 25-27 апреля 2019 г.

УДК 617-053.2+616.6-053.2+616-036.882-08-053.2

ББК 57.33

Т 299

Под редакцией д.м.н., проф. А.Е. Соловьева

Редколлегия:

Разумовский А.Ю., чл.-корр. АН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова;

Соловьев А.Е., д.м.н., проф., заведующий кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

Кульчицкий О.А., ассистент кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

Козеевская Н.А., заведующая справочно-библиографическим отделом научной библиотеки ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Т299 Тезисы 26 Российской (59 Всесоюзной) научной студенческой конференции, посвященной 80-летию профессора А.Е. Соловьева «Актуальные вопросы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста» (Рязань, 25-27 апреля 2019 г.) / под ред. д.м.н., проф. А.Е. Соловьева. – Рязань: ОТСиОП, 2019. – 162 с.

УДК 617-053.2+616.6-053.2+616-036.882-08-053.2

ББК 57.33

Экспериментальное обоснование эффективности озонотерапии при разлитом перитоните

Абдувойитов Б.Б., Рафиков Б.Р., Шавази Р.Н.

Научный руководитель: д.м.н. Юсупов Ш.А.
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Изучить влияние озono-кислородной смеси на течение разлитого гнойного перитонита (РГП) и процесс образования спаек в эксперименте.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проведены на 41 белой крысе породы Вистар. Озонотерапию брюшной полости проводили путем обдувания ее озono-кислородной смесью. Проведено морфологическое исследование ткани брюшины экспериментальных животных с моделированным перитонитом.

Результаты. Падёж среди 23 животных первой (контрольной) группы составил 30,4%. Во второй (основной) группе все животные остались живы. Выраженность спаечного процесса в брюшной полости оценивали по 5 балльной шкале. На фоне озонотерапии только у 1/3 экспериментальных животных наблюдали развитие единичных спаек, соответствующих 1-й степени, а у остальных животных этой группы на аутопсии не было выявлено развития спаечного процесса. У животных контрольной группы, уже на 3-и сутки отмечалось развитие множественных спаек 2-й степени, а в последующие сроки наблюдения процесс носил более выраженный характер. Применение озono-кислородной смеси при РГП позволило достоверно сократить сроки нормализации температуры тела на 2,8 дней и дренирования брюшной полости на 3,3 дня.

Выводы. Применение озона является достаточно эффективным и безопасным методом лечения перитонита, способствующим уменьшению интенсивности процессов спайкообразования.

Новообразования брюшной полости и забрюшинного пространства, проявляющиеся синдромом пальпируемой опухоли у детей

Абдусаламова П.М., Идрисова З.М., Гасанова А.М.

Научный руководитель: д.м.н. Махачев Башир Магомедович
Дагестанский государственный медицинский университет

Цель. Анализ результатов диагностики и лечения детей с новообразованиями брюшной полости.

Материалы и методы. Был произведен ретроспективный анализ 30 историй болезни детей в возрасте от 3 суток до 14 лет с новообразованиями брюшной полости и забрюшинного пространства

Результаты. За данный период объемные новообразования наблюдались у 30 детей. У 57% встречалась нефробластома. По стадиям распределены следующим образом I-II ст. – 18%, III ст. – 50%, IV ст. – 22%, V ст. – 10%. Тератома яичников у 23%, из них в 50% случаев была обнаружена незрелая тератома. Опухоль печени, опухоли поджелудочной железы 20%. В 56% образование случайно выявлялось родителями, у 22% опухоль была выявлена активно при профилактическом осмотре, в 2 наблюдениях обратились за медицинской помощью вследствие острого перекрута пораженного яичника. На лечении у педиатров по месту жительства по поводу предполагаемого гепатолиенального синдрома, кисты яичника находились 38%. При УЗИ на профосмотре нефробластома обнаружена в 35%, тератома в 28%, новообразования печени и поджелудочной железы 80%. Хирургическое лечение проведено 21 пациенту, из них 71% нефрэктомия, 8% оварэктомия, удаление опухоли поджелудочной железы – 4%.

Выводы. В результате исследования установлено что наиболее частым симптомом является синдромом пальпируемой абдоминальной опухоли. Ранняя диагностика имеет решающее значение в выборе тактики хирургического лечения.

Стабилизация грудинно-реберного комплекса при обширных флотирующих переломах ребер у детей

Аксельров П.М.

Научный руководитель: д.м.н. доцент Аксельров М.А.
Тюменский государственный медицинский университет

Цель. Разработать метод фиксации грудной стенки при флотирующих переломах у детей.

Материалы и методы. Наблюдались четверо детей 9-17 лет с сочетанной травмой 6-8 ребер с образованием «реберного клапана». Пациентам сразу после травмы выполнялось дренирование плевральной полости. Операции, направленные на стабилизацию флотирующих участков ребер, проводили через 2-9 суток после получения травмы. Материалом для стабилизации была шина Крамера V-образной формы, для увеличения площади контакта с грудной клеткой, моделируемая по форме грудного каркаса. После разметки флотирующего участка, накладывали чрезокожные швы с фиксацией пораженных ребер на уровне стабильных участков, которыми фиксировалась шина. У 2 детей фиксация грудинно-реберного

комплекса проводилась под контролем торакоскопии, которая несла еще и санационный характер.

Результаты. Искусственная вентиляция легких у пациентов продолжалась 2-7 суток после операции. Сроки экспозиции шины составили 9-14 суток. На следующие сутки после удаления шины удаляли плевральные дренажи. Данный подход позволил добиться ранней активизации пациентов.

Выводы. 1. Данный метод позволяет надежно, малоинвазивно стабилизировать грудную стенку. 2. Данный метод позволяет раньше переводить пострадавших на самостоятельное дыхание, сокращает длительность лечения. 3. Доступность и простота позволяет проводить процедуру повсеместно, в том числе и на выезде.

Современное звучание проблемы диафрагмальных грыж у детей

Аксенова А.А., Кулаева А.С.

Научный руководитель: д.м.н. Разин М.П.

Кировский государственный медицинский университет

Цель. Проанализировать зависимость койко-дней и летальности от диагностики и лечения ВДГ.

Материалы и методы. Проанализирован опыт лечения 55 пациентов с диафрагмальными грыжами в возрасте 0-14 лет, пролеченных в КОДКБ в 1999-2018 (27 мальчиков и 28 девочек).

Результаты. У 25 пациентов была выявлена истинная ДГ (у 2 – агенезия купола диафрагмы, у 4 – паразофагиальная, у 1 – парастернальная грыжа), 30 ложных (из них у 25 – грыжа Богдалека, у 1 – грыжа Ларрея, у 1 – френоперикардальная). 16 новорожденных с декомпенсацией СЛН были прооперированы по жизненным показаниям в возрасте 1 день, 22 пациента с субкомпенсированной СЛН поступили на первом году жизни, 17 пациентов были прооперированы в возрасте старше 1 года, 10 из них эндоскопически. Благодаря внедрению в Кировской детской хирургии регионального алгоритма диагностики и лечения больных ВДГ, средний послеоперационный койко-день в 2009-2018 составил 13 дней, тогда как в 1999-2008 гг. этот показатель был равен 16. Снизилась общая летальность: в период 1987-2012 гг. этот показатель составлял 21%, причем 50% было связано с агенезией купола диафрагмы, а 50% – со сложной комбинированной и синдромальной патологией. В 2009-2018 гг. не было ни одного случая летального исхода.

Выводы. Стандартизация подхода к диагностике и лечению ВДГ у детей может существенно улучшить результаты лечения больных данной группы.

Синдром врожденной мраморной телеангиэктатической кожи с изъязвлениями у новорожденного ребенка

Александрова Е.А

Научный руководитель: д.м.н Нурмеев И.Н
Казанский государственный медицинский университет

Цель. Описание случая наблюдения врожденной мраморной телеангиэктатической кожи у новорожденного.

Материалы и методы. Пациент, возраст 2 дня, был доставлен в ДРКБ г. Казани с диагнозом: «Внутриутробная инфекция. Перинатальный контакт R75. Внутриутробная пневмония? Некроз подкожно-жировой клетчатки?». В правой подвздошной области и на правой нижней конечности умеренная отечность мягких тканей, участки липодистрофий диаметром от 0,8 до 1,5 см, множественные багрово-фиолетовые темные пятна разного размера с четкими границами; безболезненные при пальпации; не исчезающие при диаскопии и согревании. В области колена и голени отмечались участки изъязвлений диаметрами от 0,4 до 1,2 см. Кожа вне поражения бледно-розовой окраски, теплая при пальпации.

Результаты. При обследовании не выявлено отклонений со стороны сердца, органов брюшной полости и сосудистой системы. Все участки некроза закрылись путем вторичного заживления с рубцеванием. Участки липодистрофии преобразовались в очаги атрофического рубцевания с атрофией подкожной клетчатки.

Выводы. Особенностью врожденной мраморной телеангиэктатической кожи в описанном наблюдении стала клиническая картина с язвенно-некротическими поражениями кожи и подкожно-жировой клетчатки, гипотрофией конечности. Клинический случай описан в связи с редкой встречаемостью и тяжелым клиническим течением кожного синдрома.

Вторичная опухоль щитовидной железы у детей (папиллярный рак)

Алексин П.Н., Копылова Д.Ю.

Научный руководитель: к.м.н. Карасева Лариса Романовна
Приволжский исследовательский медицинский университет

Цель. Проанализировать возникновения вторичного папиллярного рака щитовидной железы у детей в результате избыточного воздействия рентгенологический и радиационных методов исследования в сочетании с высокодозной химио и лучевой терапией на примере клинических случаев в ГБУЗ НО «НОДКБ».

Материалы и методы. В клинике ПИМУ на базе ГБУЗ НО «НОДКБ» за период с 2006 по 2018 гг. было выявлено 4 пациента с клиникой вторичного папиллярного рака щитовидной железы. У всех больных первоначально были установлены онкозаболевания разной морфологии. После перенесенной химиотерапии и лучевой терапии спустя некоторое время возник папиллярный рак щитовидной железы.

Результаты. Было отмечено, что проведение большого количества рентгенологический исследований, исследований с радиоизотопами, что в сочетании с высокодозной химио и лучевой терапии провоцировало возникновение вторичной ПРЩЖ.

Выводы. 1. Выявлено, что наличие сохраняющегося вторичного иммунного дефицита является одной из причин вторичной опухоли у детей. 2. Частые исследования с радиационными изотопами может провоцировать возникновение вторичного папиллярного рака щитовидной железы. 3. Полученные сведения позволяют прогнозировать возникновение вторичного опухолевого процесса, что дает сформировать рациональную методику обследования на этапе диагностики и лечения первичного опухолевого процесса.

Перитониты у детей первых трех лет жизни в Чеченской Республике

Алиева М.М., Ибрагимова Х.У., Мункаева А.Х.

Научный руководитель: д.м.н. Ферзаули А.Н.
Чеченский государственный университет

Цель. Оценка эффективности хирургического лечения перитонитов у детей первых трех лет жизни в Чеченской Республике.

Материалы и методы. По результату анализа деятельности детских хирургических отделений №1 и №2 РДКБ за 5 лет, с 2014 по 2018 гг., находились на хирургическом лечении с диагнозом перитонит 36 детей в возрасте от 0 до 3 лет. Среди них 25 мальчиков (69,4%) и 11 девочек (30,6%). Лечение хирургическое (лапаротомия, лапароскопия), с последующей медикаментозной терапией.

Результаты. В структуре заболеваемости на долю первичных перитонитов приходится 19,4% (7 случаев), вторичных перитонитов – 80,6% (29 случаев).

Местный отграниченный перитонит был диагностирован у 15 пациентов (41,6%); местный неотграниченный у 7 пациентов (19,45%); разлитой перитонит у 11 пациентов (30,5%); диффузный перитонит у 3 пациентов (8,3%).

Лапаротомия выполнена у 25 детей, из них по Волковичу-Дьяконову 17, срединная лапаротомия – 8. Лапароскопически было проведено 11 операций.

На результаты проведенного лечения влияло несвоевременное обращение пациентов в лечебное учреждение.

Выводы. 1. При анализе динамики состояния пациентов, результаты проведенного лечения следует признать хорошими в 29 случаях (80,5%), удовлетворительными в 7 случаях (19,5%) случаях. 2. Длительность реабилитации в послеоперационном периоде зависела от распространенности перитонита, а также от способа хирургического лечения.

Удвоение почек и мочеточников у детей, особенности лечения

Аляутдинова Д.А.

Научный руководитель: д.м.н. Киреева Н.Б.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Цель. Анализ статистических данных по удвоению почек и мочеточников у детей, некоторых осложнений и особенностей лечения.

Материалы и методы. В хирургическом отделении ГБУЗ НО «НОДКБ» с 2013 по 2018 гг. оперировано 66 детей, из них девочек – 59%, мальчиков – 41% с удвоением почек и мочеточников. Одностороннее удвоение наблюдалось у 59 (89,4%), двухстороннее у 7 (10,6%) больных. Полное удвоение верхних мочевых путей имело место у 42 (63,6%) детей, неполное – у 24 (36,4%).

Результаты. У 40 (60,6%) больных с удвоенной почкой имел место вторичный пиелонефрит. У одного ребёнка обнаружено редкое осложнение – ксантогранулематозный пиелонефрит.

Обструктивный мегауретерогидронефроз чаще локализовался в верхнем сегменте удвоенной почки (45,5%). Нарушения уродинамики, приведшие к гибели почечной паренхимы наблюдали у 26 (39,4%) больных. Им выполнена геминефруретерэктомия. ПМР был у 40 больных. Из них в нижний сегмент удвоенной почки – у 15 (37,5%), в оба сегмента – у 19 (47,5%), в верхний сегмент – у 6 (15%). Им проведены 32 эндоскопические коррекции устья ДАМ+.

Выводы. 1. Наблюдается тенденция к увеличению количества детей с удвоением почек и мочеточников. 2. Частота встречаемости и многовариантность патологии требует проведения углубленного обследования. 3. Выбор способа оперативного лечения зависит от варианта удвоения и функции поражённого сегмента почки.

Натальные повреждения висцеральных органов

Амачиев Ш.Ю.

Научный руководитель: д.м.н. Морозов В.И.
Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Своевременная диагностика и лечение натальных повреждений висцеральных органов у новорожденных, выявляемые чаще при аутопсии, могут улучшить показатели младенческой смертности.

Цель. Совершенствовать диагностику и лечение натальных повреждений висцеральных органов у новорожденных.

Материалы и методы. Проанализировано 15 случаев натальных травм в «ДРКБ МЗ РТ». Группа: 11 мальчиков и 4 девочки.

Результаты. Выявлены повреждения: разрыв печени – 5 (33,3%); разрыв желудка – 1 (6,7%); забрюшинная гематома – 3 (20%); травма надпочечника – 5; разрыв яичка – 1.

У 100% детей отмечался отягощенный акушерский анамнез: патологическое предлежание плода – 5; акушерское пособие – 5; у всех детей асфиксия в родах разной степени (шкала Апгар 2-7 баллов); 4 (26,6%) ребенка родились массой >4000 г; 8 (53,3%) новорожденных имели вес 1500-2700 г; в 40% случаях роды были преждевременными.

У детей преобладала анемия неустановленной этиологии. Диагностика основывалась на: оценке перинатального анамнеза; УЗИ, КТ, МРТ брюшной полости; лапароскопии; лабораторных методах.

11 пациентов оперированы на сроке 3-10 суток. 6 из них экзитировали. На аутопсии – натальные повреждения висцеральных органов с признаками внутрибрюшного кровотечения.

Выводы. Новорожденные с отягощенным акушерским анамнезом и анемией неустановленной этиологии должны осматриваться детским хирургом с проведением УЗИ брюшной полости.

Результаты лечения детей с инородными телами дыхательных путей

Амерханов Н.З., Линьков В.М., Нугманов А.Ф., Поспелов М.С.

Научный руководитель: д.м.н. Морозов В.И.
Казанский государственный медицинский университет

Цель. улучшение результатов лечения детей с инородными телами трахеобронхиального дерева путем усовершенствования системы этапного оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. В работе представлены результаты оказания помощи детям с инородными телами дыхательных путей в г. Казани и РТ за 2013-2018 гг. Исследовано 109 детей. Большинство – это дети до 2 лет (83 пациента). Городских детей – 73 (67,1%), сельских – 36 (32,9%). Инородные тела у мальчиков в 81 случаях (74,4%), у девочек – в 28 (25,6%). Органическая природа аспирированных предметов у 93 (85%) детей, неорганическая – у 16 (15%). В 65 случаях (59,8%) инородное тело локализовалось справа, в 42 (39%) – слева. Инородные тела гортани и трахеи у 2 больных (1,2%). По длительности нахождения: до 1 суток – 102 детей, от 1 до 10 дней – 7 пациентов. Всем детям была проведена бронхоскопия под наркозом. Самыми частыми осложнениями при данной ситуации: катарально-гнойный эндобронхит в 85% случаев, 15% катаральный эндобронхит.

Выводы. 1. Для ранней диагностики инородных тел трахеобронхиального дерева необходимо включать объем диагностических и лечебных мероприятий в программу обучения студентов медицинских вузов, проводить выездные тематические циклы для хирургов и педиатров в городе и республике (области). 2. При своевременной диагностике инородных тел дыхательных путей, резко снижается вероятность возникновения осложнений.

Применение миниинвазивных методов лечения в экстренной урологии детского возраста

Аметов Э.Т., Мавлянов Н.Х., Маматкулова М.

Научный руководитель: д.м.н. Мавлянов Ф.Ш.
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения неотложных заболеваний путем применения миниинвазивных технологий.

Материалы и методы. 153 детям были выполнены экстренные вмешательства с применением малоинвазивных технологий. 117 детям с диагнозом «Острый аппендицит» проведена экстренная лапароскопия. 36 больным была выполнена бронхоскопия. Мальчиков было 78, девочек – 75. Возраст детей составил от 1 года до 17 лет.

Результаты. Длительность операций варьировала от 20 до 45 минут. Средние сроки госпитального периода лечения снизились до 3-5 суток. Лапароскопическая методика применялась при всех формах острого аппендицита, а также аппендикулярного перитонита. При выполнении лапароскопических вмешательств в случаях перитонита проводилась тщательная санация брюшной полости. Дренирование применялось избирательно. В дыхательных путях оставались, тяжелые и с гладкой поверхностью предметы, цепляющиеся за слизистую трахеи и бронхов

пружинки, колоски растений, скорлупа, легко набухающие корочки цитрусовых, кусочки овощей и фруктов. В 7 случаях наблюдалась полная обтурация просвета бронха, частичная закупорка отмечалась у 26 детей. В одном случае был удален шуруп размерами 10,0 x3,0 мм.

Выводы. Применение миниинвазивных технологий в хирургии детского возраста позволяет улучшить диагностики и лечение неотложных заболеваний у детей.

Консервативное лечение врожденной дисплазии тазобедренного сустава у детей первых двух лет жизни

Арсамирзаева Х.И., Атабаева Х.В., Ферзаули Ш.А.

Научный руководитель: д.м.н. Ферзаули А.Н.
Чеченский государственный университет

Цель. Оценка эффективности консервативного лечения врожденной дисплазии тазобедренного сустава у детей первых двух лет жизни.

Материалы и методы. С 2014 по 2018 гг. 104 детей в возрасте от 3 месяцев до 2-х лет прошли консервативное лечение с диагнозом дисплазия тазобедренного сустава. Левостороннее поражение – 39 (37,5%), правостороннее – 14 (13,5%), двухстороннее – 51 (49%). Проводилась предрепозиционная подготовка в течении 8-10 дней в амбулаторных условиях: закрытое вправление на функциональных шинах (31); лейкопластырное вытяжение «over head» с последующим закрытым вправлением под общей анестезией и фиксацией в гипсовых таторах (65) (из них в 12 случаях проводилась аддукторотомия); одномоментное закрытое вправление с аддукторотомией с фиксацией в гипсовых таторах в положении отведения в тазобедренных суставах (8).

Результаты. При анализе динамики функционального состояния тазобедренных суставов в 86 (82,6%) случаях результаты проведенного лечения признаны хорошими.

Выводы. 1. Основным принципом лечения ВВБ должен быть принцип постепенного щадящего вправления, с восстановлением правильного взаимоотношения между головкой бедра и вертлужной впадиной. 2. Простое открытое вправление бедра в отдельном виде или в сочетании с коррекцией проксимального отдела бедра или тазового компонента, до 2-летнего возраста, не рассматривается нами как адекватное решение данной проблемы.

Факторы риска и профилактика некротизирующего энтероколита у новорождённых (НЭК)

Асеев А.А., Спахова Т.А., Щербинин Р.Л., Кулинченко Н.М.

Научный руководитель: д.м.н. Вечёркин В.А., к.м.н. Коротаева Н.В.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Цель. Выявить факторы риска развития НЭК и улучшить раннюю диагностику.

Материалы и методы. За 2012-2018 гг. в клинике ВГМУ им. Н.Н. Бурденко и Перинатальном центре находился 181 ребёнок с НЭК. Проводился анализ соматического, акушерско-гинекологического анамнеза, осмотр новорождённого, данных исследований, были выявлены факторы риска НЭК. Для ранней диагностики оценивали структурно-функциональное состояние мембран эритроцитов (СФСМ) у здоровых новорожденных и больных НЭК методом автоматической регистрации кислотных и осмотических эритрограмм (АРКОЭ).

Результаты. Недоношенных было 79,6% (n=144). Средний гестационный возраст составил 31 неделю (24;40). Средняя масса при рождении 1732 г. Неблагоприятное течение беременности и родов 76,8%. Гипоксия плода встречалась у 137, хроническую фетоплацентарную недостаточность – 146. Стадия заболевания определялась по классификации Walsh and Kliegman: IA – у 106 (58,6%), IB – у 57 (31,5%), IIA – у 4 (2,2%), IIIA – у 7 (3,9%), IIIB – у 7 (3,9%). С «обратимым» НЭК – 93,4% (n=169), проводилась консервативная терапия, а с «необратимым» НЭК – 6,6% (n=12), оперативное лечение.

Выводы. 1. Факторами риска являются: низкая масса тела при рождении, срок гестации менее 37 недели, острая асфиксия, отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез матери. 2. Эффективным методом ранней диагностики НЭК является проведение оценки СФСМ методом АРКОЭ.

Программируемая смена технологий остеосинтеза в лечении детей с политравмой

Астафьев И.С.

Научный руководитель: к.м.н. Буркин И.А.
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

Цель. Разработка системы хирургического лечения детей с множественными и сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата, позволяющей минимизировать риски развития жизнеугрожающих послеоперационных осложнений, обеспечить эффективность и безопасность

оперативных вмешательств, создать оптимальные условия всесторонней реабилитации пациентов на основе программируемой смены технологий остеосинтеза.

Материалы и методы. Результаты хирургического лечения 119 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с переломами костей конечностей в структуре политравмы, госпитализированных в клинику в период 2013-2017 гг. Пациенты были разбиты на группы в зависимости от метода фиксации костных повреждений.

Результаты. При использовании этапной смены методов остеосинтеза отмечено сокращение времени лечения в стационаре. В зависимости от вида остеосинтеза, максимальный средний срок лечения 32 дня, минимальный – 20. Пациенты, лечившиеся только методом скелетного остеосинтеза – 26 дней.

Выводы. В более раннем периоде пациенты становятся мобильными, оптимизирован процесс реабилитации, адаптации, социализации. Также, ретроспективный анализ показал отсутствие осложнений в лечении детей с политравмой, у которых использованы «погружные» виды остеосинтеза. Определены рациональные виды остеосинтеза в зависимости от возраста пациента, места перелома, степени повреждения мягких тканей.

Использование ортоимплантов при двусторонних и односторонних расщелинах верхней губы с дефектом альвеолярного отростка

Атабаева Х.В., Ферзаули Ш.А., Арсамирзаева Х.И.

Научный руководитель: д.м.н. Ферзаули А.Н.
Чеченский государственный университет

Цель. Сравнить результаты хирургического лечения расщелин верхней губы с дефектом альвеолярного отростка до и после начала использования ортоимплантов на первом этапе лечения.

Материалы и методы. проведен ретроспективный анализ результатов поэтапного лечения 364 детей с расщелинами верхней губы и дефектом альвеолярного отростка в возрасте от 0 до 3 лет за период с 2014 по 2018 гг. Среди них 195 мальчиков (53,6%) и 169 девочек (46,4%). Для подготовки к хейлоринопластике детям, находившимся на лечении с 2018 г., на первом этапе лечения, использовались ортоимпланты.

Результаты. Односторонние расщелины – 200 детей (54,9%), двусторонние расщелины у 164 детей (45,1%). Хейлоринопластика выполнена 274 детям на первом году жизни. В последующем этим пациентам была выполнена уранопластика в возрасте 1,5-3 лет. За 2018 г. 90 детям на этапе подготовки к хейлоринопластике ставили ортоимпланты

сразу же после рождения, что позволяло провести хейлоринопластику уже на 10-й день жизни детей, а уранопластику в 8-9 месяцев.

Выводы. 1. Использование ортоимплантов позволяет завершить этапы хирургического лечения расщелин верхней губы к году жизни ребенка, что играет ведущую роль в формировании речеобразования. 2. Завершение хирургического лечения расщелин верхней губы до года жизни дает лучший эстетический эффект, а также сокращает сроки общей реабилитации.

Влияние рН плевральной жидкости на лечебную тактику у детей с ОГДП

Афанасова А.И., Рокитина Е.Н., Погосян А.А., Чинтаева Л.А.,
Яхьяева Л.А., Самурганов Н.О.

Научный руководитель: проф. С.В. Минаев
Ставропольский государственный медицинский университет

Цель. Улучшение диагностики острой гнойно-деструктивной пневмонией (ОГДП) в детском возрасте.

Материалы и методы. В отделении гнойной хирургии КДКБ г. Ставрополя находилось на лечении 34 ребенка с ОГДП в возрасте 3-10 лет. Всем детям, наряду с общеклиническими исследованиями, определяли рН плевральной жидкости. Диагностическая плевральная пункция проводилась всем детям с плевральными осложнениями ОГДП. Лечение начинали с проведения пункции плевральной полости с определением рН. На основе полученных данных строили дальнейшую лечебную тактику.

Результаты. При $\text{pH} < 7,2$, как правило, отмечалось инфицирование плеврального выпота – выполняли дренирование плевральной полости. У 15 больных было выполнено дренирование плевральной полости. При $\text{pH} > 7,5$ проводили только пункционное лечение. Послеоперационный период составил от 14 до 30 дней.

Выводы. 1. Таким образом, на основе проведенного исследования показана возможность прогнозирования развития осложнений ОГДП в детском возрасте. 2. Для диагностики ОГДП необходимо использовать методику определения рН плеврального выпота у детей.

Лечение острой гнойно-деструктивной пневмонии в детском возрасте

Афанасова А.И., Яхьяева Л.А., Чинтаева Л.А., Рокитина Е.Н.,
Погосян А.А., Самурганов Н.О.

Научный руководитель: проф. С.В. Минаев
Ставропольский государственный медицинский университет

Цель. Определить эффективность видеоторакоскопической санации плевральной полости у детей с острой гнойно-деструктивной пневмонией.

Материалы и методы. На базе КДКБ г. Ставрополя находилось 85 детей 1-16 лет с ОГДП. Определение эффективности лечения проводили в 2 группах. Основную составили 44 больных, которым выполнялась санация плевральной полости. Группу сравнения составил 41 ребенок, которым проведено лечение традиционными методами. В процессе выполнения видеоторакоскопии производилось разъединение многочисленных сращений, удаление наложенного фибрина и промывание плевральной полости раствором антисептика. Торакоскопия заканчивалась дренированием плевральной полости.

Результаты. Хорошие результаты получены у 27 (61,4%) детей в основной групп и у 14 (34,1%) ребенка в группе сравнения ($p=0,001$). Удовлетворительные результаты выявлены у 3 (6,8%) больных в основной группы и у 21 (51,2%) пациентов в группе клинического сравнения ($p=0,002$). Все дети легко переносили послеоперационный период. Пораженное легкое расправлялось в течение первых 3-х суток после операции. Адекватное дренирование плевральной полости от выпота и гноя позволяло удалить дренажные трубки на 4-5 сутки после операции.

Выводы. Таким образом, своевременное проведение санации при ОГДП позволило ускорить процесс выздоровления и сократить продолжительность госпитализации детей.

Операции по протезированию митрального и аортального клапанов

Афзалутдинова А.Р.

Научный руководитель: д.м.н.Миролюбов Л.М.
Казанский государственный медицинский университет

Цель. Оценить результат и клинико-функциональное состояние и качество жизни пациентов после протезирования аортального или митрального клапанов механическими и биологическими протезами у пациентов детского и подросткового возраста.

Материалы и методы. В основу данной работы положены результаты обследования 46 пациентов, оперированных на базе Детской республиканской клинической больницы за период с 2012-2018 гг. 32 пациента (65%) нуждались в протезирование митрального клапана и 18 (35%) в протезирование аортального клапана. Возраст больных на момент операции составил от 3 до 17 лет.

Результаты. При оценке клинического состояния пациентов было установлено, что 40 пациентов жалоб не предъявляют, принимают только антикоагулянтные препараты, умеренную физическую нагрузку переносят хорошо.

Выводы. 1. Современные механические и биологические протезы при их имплантации восстанавливают гемодинамику ребенка, что является благоприятным условием для нормального функционирования сердца. 2. Из-за дегенерации биопротеза повторную операцию делают через 6 лет в плановом порядке. При механическом протезе бывают частые тромбоэмболические осложнения.

Отдаленные результаты пластики аортального клапана у детей

Афлятумов К.М.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Миролюбов Л.М.
Казанский государственный медицинский университет

Цель. В настоящее время к хирургическим методам лечения аортальных пороков у детей являются: пластика аортального клапана, либо протезирование. Целью нашего исследования являлась оценка отдаленных результатов пластики аортального клапана.

Материалы и методы. На базе ДРКБ МЗ РТ с 2013 по 2018 год. Было прооперировано 68 пациентов с пороками аортального клапана с: недостаточностью аортального клапана, стенозом аортального клапана, над клапанным стенозом аорты, критическим стенозом аорты. Больные разделены на 3 основные группы: группы которым был установлен биологический протез клапана 40 человек у которых проведена установка ксеноперикардального клапана- 58.8%, группа с механическим протезом аортального клапана 3 пациента- 4.4% с выполненной пластикой аортального клапана 20 пациентов – 29.4%, операция Росса с переводом в легочное положение операция Росса -5 (7.3%)

Результаты. Выполнение операции имели положительный результат в 90% случаев (61 пациент). Осложнения составили 10% (7 человек). Кровотечение по дренажам остановилось на первые сутки после операции. Отдаленные последствия оценены как положительные. Госпитальная летальность составила 0%.

Выводы. Аутопластика аортального клапана является одним из наиболее перспективных в детской кардиохирургии.

Опыт лечения детей с гастрошизисом

Ахмаров М.М., Арсамирзаева Х.И., Мункаева А.Х.

Научный руководитель: д.м.н. Ферзаули А.Н.
Чеченский государственный университет

Цель. Отрастить и сравнить результаты оперативного лечения гастрошизиса.

Материалы и методы. По результатам ретроспективного анализа за последние за 5 лет, было выявлено 13 случаев с гастрошизисом. Из них 8 (61%) мальчиков и 5 (39%) девочек. Во всех случаях была проведена пластика передней брюшной стенки. Первичная радикальная пластика передней брюшной стенки местными или синтетическими тканями проводилась у детей без или с умеренной висцеро-абдоминальной диспропорцией (9 случаев). В 4 случаях с выраженной висцеро-абдоминальной диспропорцией проводились отсроченные операции: в двух случаях с использованием двухслойного синтетического мешка (контейнера), с последующим поэтапным уменьшением его размеров и возвращением органов в брюшную полость; операция Гросса (первичная пластика кожей со вторичной ликвидацией вентральной грыжи), первый этап одному больному и 2-й этап второму.

Результаты. Средние сроки госпитализации составили 40 суток (+5). Выживаемость 100%. У 10 детей отмечены удовлетворительные результаты. Трём детям понадобилась пластика передней брюшной стенки с созданием неопупка в возрасте от 2 до 3 лет.

Выводы. 1. Первичная радикальная пластика (процедура Bianchi) является наиболее эффективным методом лечения гастрошизиса. 2. Оперативные методы коррекции используются только при неэффективности процедуры Bianchi. 3. Проведение силопластики предпочтительнее операции Гросса.

Эффективность видеолапароскопии в диагностике и лечении закрытых травм паренхиматозных органов брюшной полости у детей

Ахмедов И.Ю., Аметов Э.Т., Мавлянов Н.Х., Маматкулова М.

Научный руководитель: д.м.н. Мавлянов Ф.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения закрытых повреждений паренхиматозных органов брюшной полости у детей.

Материалы и методы. Наблюдались 31 ребенок с закрытой травмой живота, в возрасте от 5 месяцев до 18 лет. Для определения степени тяжести повреждений печени и селезенки использована классификация Moore.

Результаты. Повреждения печени имели место у 23 пострадавших I, II и III степени по Moore, в том числе изолированные – у 15 детей. Разрыв селезенки – у 8 (25,8%) больных, из них I степени у 3 и II степени – у 5. У 5 детей с разрывом селезенки травма была сочетанной. У всех пациентов выполнялась экстренная диагностическая лапароскопия, при этом в 2-х случаях были выявлены показания к лапаротомии. У 29 пациентов удалось

произвести гемостаз и разрешить гемоперитонеум, избежав ненужной лапаротомии. В двух случаях используя минилапаротомный доступ, выполнили ушивание ран левой доли печени и желудка, а в одном – ушивание обширного разрыва правой доли печени. Осложнений у лечению больных не наблюдали. В одном случае потребовалась релапароскопия для дренирования нагноившейся гематомы печени.

Выводы. Из 31 пациента с травмой печени и селезенки лечебно-диагностическая лапароскопия позволила у 29 (93,5%) отказаться от традиционной, в таких случаях, широкой лапаротомии, при этом осложнений и летальных исходов мы не наблюдали.

Оценка состояния репродуктивной системы женщин, перенесших разлитой аппендикулярный перитонит в детском возрасте

Ахмедов И.Ю., Шамсиева Л.А., Юсупова Ш.Ш.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Шамсиев А.М.
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Изучить состояние репродуктивной системы пациенток, перенесших распространённый аппендикулярный перитонит (РАП) в детстве.

Материалы и методы. В отдаленном послеоперационном периоде были обследованы 163 пациентки, оперированные по поводу РАП в детстве. Детородная функция изучена у 115 женщин, из них у 62 пациенток группы сравнения и у 53 – основной группы. Были исследованы цикличность и характер менструального цикла, факт наступления и протекания беременности, а также наличие детей.

Результаты. Выяснено, что послеоперационное течение РАП значительно влияет на болезненность менструации и на частоту наступления беременности и характер ее протекания. Женщины из группы сравнения в два раза чаще жаловались на болезненные менструации, у них более чем в два раза чаще отмечены случаи внематочной беременности, выкидышей и преждевременных родов, бесплодия. У 25 женщин с бесплодием, перенесших в детстве РАП, 23 из которых проведена гистеросальпингография на фоне нормального гормонального фона, диагностирована трубно-перитонеальная форма бесплодия, связанная со спаечным процессом в малом тазу.

Выводы. Разработанная тактика лечения РАП минимизировала отрицательное влияние на репродуктивную систему: примерно в 2 раза, снизились случаи болезненных менструаций, внематочной беременности, преждевременных родов и трубно-перитонеальной формы бесплодия.

Опыт хирургического лечения узлового зоба у детей в Краснодарском крае

Бабаян Б.В.

Научный руководитель: Тараканов В.А.
Кубанский государственный медицинский университет

Цель. Анализ результатов хирургического лечения детей с узловым зобом (УЗ) в Краснодарском крае.

Материалы и методы. Исследование одноцентровое, ретроспективное, на базе ОХО ДККБ г. Краснодар. Период исследования: 2009÷2017 гг. N=139, 114 (82%) девочек и 25 (18%) мальчиков. Возраст: 3÷17 лет. До 10 лет 9 (6,5%), 10÷17лет-130 (93,5%). Городские жители – 25 (18%), и сельские – 114 (82%).

Результаты. Диагноз УЗ установлен по клинико-лабораторным, инструментальным (УЗИ) данным, пункционной биопсии, ПГИ. Единичный узел в щитовидной железе (ЩЖ) имелся у 110 (79,1%) пациентов (правая доля – 62 (56,4%), левая – 48 (43,6%). Многоузловое поражение у 29 (20,9%), (одностороннее поражение – 6 (20%), двустороннее – 23 (80%). 45 (32,4%) детям проведена гемитиреоидэктомия, 70 (50,4%) – резекция пораженной доли, 4 (2,9%) – субтотальная резекция, тиреоидэктомия – 20 (14,3%). Парез возвратного нерва в п/о периоде развился у 1 (0,7%) ребенка, гипопаратиреоз – у 2 (1,4%). Результаты ПГИ с иммуногистохимической диагностикой: 72 (51,8%) – коллоидный зоб, 65 (46,8%) – фолликулярная аденома, 2 (1,4%) – смешанная форма. Доброкачественные новообразования ЩЖ на фоне аутоиммунного тиреоидита – 12 (8,6%), диффузно-токсического зоба – 11 (7,9%) детей.

Выводы. Основной метод лечения доброкачественных новообразований ЩЖ – хирургический. Считаем целесообразным выполнять максимально щадящий объём операций при доброкачественных опухолях ЩЖ.

Опыт ведения пациента с диафрагмальной грыжей в раннем послеоперационном периоде

Бадалагина Д.А., Зязина А.О.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Завьялов А.Е.
Алтайский государственный медицинский университет

Цель. Выявить основные аспекты ведения пациента с повышенным внутрибрюшным давлением в послеоперационном периоде после эндоскопической ликвидации диафрагмальной грыжи, которые приводят к снижению осложнений и летальности.

Материалы и методы. Анализ клинического случая. Пациент А., в 1-е сутки после рождения доставлен в АРО КГБУЗ «АККДБ». Установлен диагноз: Левосторонняя диафрагмальная грыжа, ложная. На 2-е сутки проведена торакоскопическая ликвидация дефекта диафрагмы. В послеоперационном периоде главными принципами терапии стали: стимуляция моторики ЖКТ; коррекция водно-электролитных нарушений по ФП; гемостатическая, антигеморрагическая и ощелачивающая терапия, коррекция гидроионной терапии, позднее – дробное кормление с постепенным увеличением объёма.

Результаты. На 7-е сутки по желудочному зонду получено светлое отделяемое в минимальном количестве – купированы явления пареза кишечника. Ежедневное увеличение объёма разового кормления на 1,0-2,0 мл до достижения разового объёма питания 15,0-20,0 мл каждые 3 часа с ночным перерывом позволило на 23 сутки после операции осуществить переход ребенка на полноценное энтеральное питание. За время лечения ребёнок набрал должную массу тела.

Выводы. Выбранная тактика позволяет в короткие сроки добиться полноценного восстановления пассажа по ЖКТ и адекватного выхаживания новорожденного с должными прибавками массы тела.

Взаимосвязь времени начала ущемления паховой грыжи до начала оперативного лечения с уровнем лейкоцитов в крови

Балюра М.Г.

Научный руководитель: д.м.н. Киреева Н.Б.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Цель. Выявить корреляционные взаимосвязи между временем начала ущемления паховой грыжи до начала оперативного лечения с уровнем лейкоцитов в крови.

Материалы и методы. Проводилось исследование историй болезни оперированных по поводу ущемлённой паховой грыжи пациентов хирургического отделения ГБУЗ НО «НОДКБ» г. Нижнего Новгорода в период с 2017 по 2018 гг. Всего анализировано 15 историй болезни детей с диагнозом: ущемлённая паховая грыжа.

Значения высчитывались коэффициентом ранговой корреляции Спирмена с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты. С правосторонней грыжей было 10 (66,7%) человек, с левосторонней – 5 (33,3%). Среди пациентов преобладали мальчики 11 (73,3%). Ущемление паховой грыжи у девочек отмечено в 4 случаях.

При вычислении результатов выявлена связь между началом ущемления паховой грыжи до начала оперативного лечения с уровнем лейкоцитов в крови, слабая и прямая. Коэффициент ранговой корреляции статистически незначим, и ранговая корреляционная связь между оценками по двум исследуемым значениям незначимая.

Выводы. Отрицательные результаты исследования показывают о своевременном оперативном вмешательстве пациентов с данной патологией. Своевременная постановка диагноза помогает снизить количество осложнений до минимальных значений.

Инородные тела желудочно-кишечного тракта

Батирмирзаева П.Ж., Нурмагомедова Ж.М., Гитинова А.А.

Научный руководитель: д.м.н. Махачев Б.М.
Дагестанский государственный медицинский университет

Цель. Улучшение диагностики и лечения больных с инородными телами (ИТ). Анализ осложненных случаев и разработка профилактических мероприятий по их снижению.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ лечения 191 пациента с ИТ ЖКТ, поступивших за период 2016-2018 гг. Из них дети до 3-х лет – 119 (62,3%), 4-7 лет – 49 (25,6%), 7-15 лет – 23 (12,1%).

Результаты. В основном инородные тела попадали в ЖКТ случайно. Инертные ИТ (монета, стекло) – 76 сл. Физически активные ИТ (гелиевые шарики) – 20 сл.

Механически активные ИТ (иголки, булавки) – 36 сл. Химически активные ИТ (батарейки) – 59 сл.

Вид ИТ, его локализация и время прошедшее с момента их попадания в ЖКТ определили ход дальнейшего лечения. ИТ желудка-81 сл., ДПК-6, кишечник-104. Для удаления ИТ верхних отделов ЖКТ применялось ФГДС. А для лечения пациентов с ИТ нижних отделов-стимуляция кишечника.

Диагноз выставлялся на основании анамнеза, рентгенологических данных и ФГДС. Множественные ИТ приводили к различного рода осложнениям. В 3 случаях ИТ застревали в червеобразном отростке, что приводило к аппендициту. Одним из грозных осложнений является перфорация полого органа – 5 случаев перфорации кишечника.

Выводы. 1. Все пациенты с агрессивными ИТ ЖКТ должны быть госпитализированы и находиться под наблюдением врачей. 2. При неагрессивных ИТ оправдана выжидательная тактика. 3. Удаление агрессивных ИТ должно быть выполнено в кратчайшие сроки.

Особенности лечения врожденной косолапости по методу Понсети

Башларова А.Г., Рустамов Г.Н.

Научный руководитель: д.м.н. Махачев Б.М.
Дагестанский государственный медицинский университет

Цель. Изучить результаты лечения косолапости по методу Понсети.

Материалы и методы. С 2012 по 2018 гг. по поводу врожденной косолапости в отделении ортопедии ДРКБ им. Н.М. Кураева находилось на лечении – 158 детей. Девочек – 59, мальчиков – 99; слева – 52, справа – 23, с обеих сторон – 81. Методика лечения заключается в постепенной коррекции деформации, с последующим поддержанием результата для предотвращения рецидива. Производилась коррекция кавуса, инверсии среднего отдела, варуса заднего отдела и фиксированного эквинуса. Происходит постепенное восстановление нарушенных соотношений в суставах стопы. Сухожилия и связки, расположенные по тыльной и внутренней поверхности стопы растягиваются. Оценка тяжести косолапости проводилась по шкале Pirani. Пациенты были поделены по возрасту на следующие группы: новорожденные – 108; грудной возраст – 45; дети первых лет жизни – 5. У 36 детей элементы косолапости устранены этапными гипсовыми сапожками и ношением брейсов. У 122 детей в комплексе: этапные гипсовыми сапожками, ахиллотомия и ношение брейсов. У 4 детей были отмечены рецидивы всех элементов косолапости вследствие нарушения режима ношения брейсов.

Результаты. Отличные результаты у 31, хорошие у 89, удовлетворительные у 33, неудовлетворительные у 4 детей.

Выводы. Таким образом, на сегодняшний день лечение врожденной косолапости по методу Понсети имеет наилучшие результаты.

Цифровая аускультация как метод диагностики в детской хирургии

Баязитов Р.Р., Закирова А.А., Рустамов М.А.

Научный руководитель: д.м.н. Поздеев В.В.
Ижевская государственная медицинская академия

Цель. Изучить метод цифровой аускультации в диагностике гнойно-воспалительных заболеваний брюшной полости.

Материалы и методы. При цифровой аускультации исследовали группу пациентов детского хирургического отделения с диагнозом острый аппендицит и/или аппендикулярный перитонит. Цифровая аускультация проводилась в стандартных топографических областях живота. При этом использовался электронный стетофонендоскоп собственного производства.

Результаты. Электронный стетофонендоскоп сконструированный в лаборатории Ижевской Государственной Медицинской Академии и испытанный более чем на 200 пациентах различного профиля, позволяет усиливать звуковые аускультативные явления, дает возможность выбирать частотные режимы работы для более эффективной диагностики, а также имеет возможность записывать получаемые данные на электронные носители.

Выводы. 1. Изученный нами метод цифровой аускультации является более эффективным при аускультации кишечных шумов у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями брюшной полости. 2. В результате сравнения двух методов аускультации было выяснено, что цифровая аускультация является более эффективной. Из 31 (100%) обследованного пациента, у 19 (61%) классическая аускультация была не достаточно информативна: не было слышно перистальтики, либо ее было невозможно отличить от других звуковых явлений, которые могут быть выслушаны в брюшной полости.

Экстренная гинекология в структуре острого живота у детей

Бибенина А.А.

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

Приволжский исследовательский медицинский университет

Цель. Представить частоту встречаемости экстренной патологии малого таза у девочек.

Материалы и методы. В клинике Приволжского исследовательского медицинского университета на базе ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница №1» с 2016 по 2018 гг. пролечено 1420 пациентов с клиникой острого живота, из них аппендицит выявлен в 501 (35%) случае.

Результаты. Лапароскопически прооперировано 330 (84%) детей, лапаротомия проведена 64 (16%) пациентам. Флегмонозных аппендицитов было 223 (44,5%), гангренозных – 124 (24,6%), гангренозно-перфоративных, осложненных перитонитом – 47 (9,3%). Возраст детей варьировал от 2-х до 17 лет. В структуре преобладали мальчики (69%), девочки составили 31%. Экстренная гинекология констатирована интраоперационно в 8 (0,56%) случаях. Пик заболеваемости приходился на 11-15 лет. После клинико-лабораторного обследования и предоперационной подготовки 5 пациентов взяты на лапароскопию, 1 ребенок прооперирован доступом Шпренгеля. Апоплексия яичников с геморрагической кистой диагностирована у 4-х детей, 2-х сторонний сальпингоофарит в 2-х случаях, заворот правых придатков матки у 1 больного.

Выводы. Своевременная диагностика патологии малого таза ускорила сроки выполнения оперативных вмешательств, что позволило избежать необратимых изменений в органах.

Лечение перитонита и спаечной болезни в эксперименте

Борисов С.А., Цап Н.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Цап Н.А.
Уральский государственный медицинский университет

Цель. Макроскопическая оценка влияния санационного раствора на спаечный процесс в эксперименте.

Материалы и методы. Модель перитонита создана путем контаминации брюшины каловой взвесью.

Результаты. У исследуемых групп на 2 сутки отмечалась четко выраженная морфологическая картина перитонита и адгезивного процесса.

У животных 1 гр. после санации NaCl 0,9%, наличие грубых, хорошо кровоснабжающихся спаек, подпаянные петли кишечника к линии шва, множественные участки налёта фибрина. У животных 2 гр. (аппликации Тизоль/лидаза на переднюю брюшную стенку) имелось полнокровие сосудов, тонкие спайки между петлями кишечника и по линии шва. У животных 3 гр. (санация раствором Тизоль/диоксидин, через сутки Тизоль/лидаза в виде аппликаций) отмечались гиперемия париетальной брюшины, легкий фибринозный налёт на линии шва, отсутствие признаков спаечного процесса.

Выводы. В ходе эксперимента выявляется зависимость адгезивного процесса от свойств санационного раствора и лекарственного воздействия на формирующийся коллаген.

Оценка эффективности эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса 4 и 5 степени у детей

Булудов Н.Н.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Дерюгина Л.А.
Саратовский государственный медицинский университет
имени В.И. Разумовского

Цель. Оценить эффективность эндоскопической коррекции (ЭК) пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) 4 и 5 степени у детей.

Материалы и методы. ЭК ПМР 4-5 степени была выполнена 39 пациентам (22 мальчика). Медиана возраста – 14 мес. (min – 3 мес./max – 8 лет). Рефлюкс был односторонним у 24 пациентов и двухсторонним у 15 пациентов (всего 54 мочеточников). Большинство имели рефлюкс 4 степени – 35 человек. В качестве имплантата использовали коллаген – 11 мочеточников, вантрис – 20, DAM+ – 27, уродекс – 5, вурдекс – 4. Использовали методики: STING – 47 мочеточников, HIT – 3, DOUBLE HIT – 4,

тракционную методику – 13. Однократную коррекцию провели у 31 пациента, двукратную – у 7, трехкратную – у 1. Вследствие неэффективности лечения в последующем были прооперированы 6 больных.

Эффективность ЭК оценивали микционной цистоуретрографией (МЦУГ) в среднем через 11,7 ($s=\pm 4,15$) мес. Отличным результатом считали исчезновение рефлюкса, хорошим – снижение его степени, удовлетворительным – отсутствие динамики.

Результаты. Отличный результат был достигнут на 17 мочеточниках (31,5%), хороший результат – на 20 (37%), удовлетворительный – на 17 (31,5%).

Выводы. Эндоскопическая коррекция ПМР 4-5 степени является эффективной в 31,5% случаев. Наиболее эффективной методикой оказалась STING, а лучшим имплантатом – вантрис и DAM+.

Анализ хирургического лечения паховых грыж у детей с использованием метода чрескожного ушивания внутреннего пахового кольца

Бурлачко А.В.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент, Царева В.В.
Южно-Уральский Государственный медицинский университет

Цель. Провести анализ результатов хирургического лечения паховых грыж у детей с использованием традиционного «открытого» грыжесечения и метода чрескожного ушивания внутреннего пахового кольца (Percutaneous Internal Ring Suture – PIRS).

Материалы и методы. В ДХО ЧОДКБ в период за 2016-2018 гг. было пролечено 567 пациентов с паховыми грыжами, из них 25% (143) девочки, 75% (424) мальчика. При поступлении было диагностировано: 13% двусторонняя грыжа (71) и 87% – односторонняя (496). Традиционное «открытое» грыжесечение было проведено у 246 пациентов (43%), лапароскопическое лечение у 321 пациента (57%).

Результаты. Из всех пролеченных пациентов был выявлен рецидив грыжи у 9 пациентов (2,8%) после лапароскопической герниорафии и у 5 (2%) после открытого грыжесечения. Среди всех случаев лапароскопической герниорафии интраоперационно были выявлены: 2 кисты семенного канатика, 2 кисты круглой связки матки, 1 кисты яичника.

Выводы. Методика чрескожного ушивания внутреннего пахового кольца при паховых грыжах является эффективной и имеет ряд преимуществ по сравнению «традиционной» операцией: снижение длительности операции, лучший косметический эффект, возможность выявления грыжи с противоположной стороны, а также иной патологии брюшной полости.

Влияет ли форма внутреннего пахового кольца на технику операции при врожденной косой паховой грыже у детей

Быкова Ю.А., Сычёва А.А.

Научный руководитель: д.м.н. Аксельров М.А.
Тюменский Государственный Медицинский Университет

Цель. Выявить зависимость между формами внутреннего пахового кольца, и способом оперативного вмешательства.

Материалы и методы. При лапароскопии оценен внешний вид внутреннего пахового кольца 300 пациентов, оперированных методом экстракорпоральной герниорафии в 2018 году.

Результаты. Выделено 3 формы внутренних паховых колец: тип 1 – щелевидное – 22 ребенка; в 78% случаев обнаружен необлитерированный влагалищный отросток; ход операции классический. Среднее время операции – 22 минуты. Тип 2 – треугольное, подтип А – без складок брюшины – 38 пациентов; среднее время – 30 минут. Подтип Б – со складками брюшины – 33 человека; среднее время – 26 минут. Техника операции при типе 2А и 2Б стандартная. Тип 3 – овальное, подтип А – без складок брюшины – 194 случая; в 13,6% проводилась гидродиссекция; среднее время – 24 минуты. Подтип Б – со складками брюшины – 13 детей; в 100% требовала постановки троакара, что сокращает время операции на 45%; среднее время – 20 минут.

Выводы. 1. Паховое кольцо 1 типа требует более тщательного осмотра влагалищного отростка брюшины. 2. Паховые кольца типа 1, 2А, 2Б не требуют дополнительных манипуляций. 3. При кольце типа 3А, с целью сокращения длительности операции использовалась гидропрепаровка. 4. При выявлении кольца 3Б типа рекомендуется сразу установить дополнительный троакар. 5. Самой частой формой пахового кольца является тип 3А – 65% случаев.

Современное лечение кист селезенки у детей

Вавилов Р.М., Сырчина Д.Н.

Научный руководитель: д.м.н. Разин М.П.
Кировский государственный медицинский университет

Цель. Провести сравнительный анализ лечения детей с кистами селезенки.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 22 детей, пролеченных на базе х/о Кировской ДОКБ с диагнозом Киста селезенки 2000-2018.

Результаты. Кистозное образование чаще всего протекало бессимптомно и регистрировалось по результатам УЗИ. Только у 1 ребенка в анамнезе имелась травма брюшной полости. В 2000-х годах двум детям была проведена резекция селезенки открытым способом. Эти дети провели в стационаре 17 и 22 дня. Лапароскопически было прооперировано 19 (86,4%). Из них иссечение кисты произведено у 12 (63,2%, с ультразвуковой коагуляцией стенок аппаратом Harmonic), спленэктомия выполнена у 6 (31,6%), у 1 ребенка эндоскопическое склерозирование кисты. В одном случае после установления диагноза родители воздержались от оперативного вмешательства. Среднее время пребывания в стационаре составило 12 к/д. Все дети выписаны с выздоровлением, катамнестическое наблюдение не выявило рецидивов и осложнений.

Выводы. Кисты селезенки являются редкой патологией в детском возрасте и требуют индивидуального подхода при планировании оперативного лечения. Предпочтение в лечении больных этой категории следует отдавать малоинвазивным органосохраняющим операциям, что сокращает время нахождения ребенка в стационаре, снижает травматичность, улучшает косметические результаты и минимизирует риск возможных осложнений в послеоперационном периоде.

Морфологическая картина внутренних органов в эксперименте при сепсисе

Вириясов Е.П.

Научный руководитель: к.м.н. Сахаров С.П.
Тюменский Государственный Медицинский Университет

Цель. Изучение у экспериментальных животных морфологических изменений во внутренних органах при инфицировании ассоциацией культивируемых форм бактерий *P.aeruginosa* и *S.aureus*.

Задачи. Изучить у экспериментальных животных морфологические изменения во внутренних органах при инфицировании ассоциацией культивируемых форм бактерий *P.aeruginosa* и *S.aureus*.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на кроликах породы «Шиншилла» n=26 голов. Для воспроизведения экспериментальной инфекции использовали культуры *P.aeruginosa* и *S.aureus*, выделенные от больных, находившихся на лечении в ожоговом отделении ГБУЗ ТО «ОКБ №1» (г. Тюмень). Выделенные от больных микроорганизмы обладали культивируемыми свойствами, и их идентифицировали по определителю бактерий Берджи.

Результаты. Как показали наши исследования на экспериментальных животных в среднем гибель регистрировалась на $9,09 \pm 0,38$ сутки от начала опыта. На 8 день инфекционного процесса погибло 8 (30,8%) эксперимен-

тальных животных, на 9 день – 10 (69,2%) и на 11-12 день – 4 кролика (84,6%). 4 кролика (15,4%) прожили 21 день и были выведены из эксперимента.

Выводы. Таким образом, причиной смерти кроликов, погибших на 8-12 сутки от инфекции, вызванной ассоциацией культивируемых форм бактерий *P.aeruginosa* и *S.aureus* стал системный воспалительный ответ на инфекционный агент.

Тактика лечения при инвагинации кишечника у детей

Вихорев А.С.

Научный руководитель: д.м.н. Киреева Н.Б.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Цель. Определение зависимости между давностью инвагинации и выбором метода лечения.

Материалы и методы. Проанализировано 14 историй болезни детей в возрасте от 7 мес. до 8 лет с диагнозом инвагинация кишечника, лечившихся в 2016-2018 гг. в условиях хирургического отделения ГБУЗ НО НОДКБ.

Результаты. Средний возраст детей составил 2 года 3 мес. В 40% инвагинация имела место у детей грудного возраста, в 40% – в возрасте 1-3 лет, в 20% – после 3 лет. Самому младшему пациенту было 7 мес., самому старшему – 8 л. Срок от появления первых симптомов до начала оперативного лечения составил от 4 часов до 3 суток, в среднем 11 часов. Половая принадлежность: 12 мальчиков, 2 девочки. Подтверждение УЗИ диагностики – 1 случай ложноположительный. Методы оперативного лечения пневмоирригокомпрессионная дезинвагинация у 9 больных, из них у 3 – через 24-48 часов, лапароскопическая дезинвагинация – у 5, открытая лапаротомия – в 6 случаях (при неэффективности консервативного расправления, при перитоните). Наличие мезаденита интраоперационно установлено у 35% больных.

Выводы. 1. Заболевание отмечалось у мальчиков чаще девочек в 6 раз. 2. Тактика лечения (пневмоирригокомпрессия, лапароскопическая дезинвагинация, открытая лапаротомия) зависела не от сроков начала заболевания, а от тяжести состояния пациента, наличия осложнений.

Мочекаменная болезнь у детей

Вишневская К.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ботабаева А.С.

Медицинский университет Астана

Цель. Ретроспективный анализ лечения детей с МКБ за период 2014-2018 гг.

Материалы и методы. В ГКП на ПХВ «Городской Детской Больницы №2» г. Астана в уро-нефрологическом отделении за период 2014-2018 гг. находилось 61 детей с диагнозом Моче-каменная болезнь. Возраст больных составил от 3-х месяцев до 14-ти лет, из них мальчиков 39 (64%), девочек 22 (36%). Всем детям в отделении было выполнены лабораторные и дополнительные рентгенологические исследования.

Конкремент мочевого пузыря отмечался у 2 (3,3%) больных, конкремент-почки-мочеточника – уретры у 3 (4,9%), конкремент почки – мочеточника – 6 (9,8%), конкремент мочеточника – 19 (31,1%), конкремент почки – 31 (50,9%).

Лечение проводилось консервативное у 30% случаев и оперативное 70% больных. Транс-уретральная контактная лазерная литотрипсия проведена у 72% больных, люмботомия, пиело-литотомия – 22% больных, цистолитотомия 6% больных, уретеролитотомия 28%.

Результаты. При конкрементах почек и лоханки рекомендована экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВА) и открытая операция. Наиболее рациональным лечением уро-литоаза у детей является трансуретральная контактная лазерная литотрипсия при конкрементах мочеточника и мочевого пузыря.

Выводы. Своевременная диагностика, адекватное консервативное лечение и рациональное оперативное вмешательство МКБ у детей позволяет добиться хорошего результата лечения.

Мочекаменная болезнь у детей

Власова Е.В., Горностаева Е.А., Фролова Е.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Котлубаев Р.С.
Оренбургский государственный медицинский университет

Цель. Оценка результатов диагностики, лечения детей с мочекаменной болезнью (МКБ).

Материалы и методы. За период (2014-2018) в отделении уроандрологии Центра детской хирургии г. Оренбурга находились на обследовании и лечении 159 детей с МКБ, возрастом от 9 месяцев до 15 лет.

У 29 больных заболевание проявилось однократным эпизодом почечной колики, после введения спазмолитиков отходили мелкие конкременты. Наличие и отсутствие конкрементов верифицировались ультразвуковым исследованием.

У 68 пациентов конкременты подтверждены обзорной рентгенографией мочевой системы, у 91 ребенка они были рентгеногегативными и идентифицировались при экскреторной урографии.

Результаты. У 35 детей МКБ была находкой скринингового обследования при диспансеризации или в процессе исключения острой хирургической патологии брюшной полости.

У 23 детей проведено оперативное удаление конкрементов: в 13 случаях – пиелолитомия, в 10 – уретеролитотомия или цистолитотомия. Восемь детям удалили камень при катетеризации мочеточника, а 7 пациентам удалось измельчить камни в мочевом пузыре с последующим отхождением фрагментов естественным путем. В лечении 41 ребенка использована фитолитическая терапия. Рецидив образования конкрементов выявлен в 9 случаях, а у 3 больных – трижды.

Выводы. МКБ является эндемичной патологией в Оренбургской области.

Лечение ущемленных паховых грыж у детей

Власова Е.В., Фролова Е.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Котлубаев Р.С.
Оренбургский государственный медицинский университет

Цель. Оценка результатов лечения детей с ущемленными паховыми грыжами за последние 3 года.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 66 детей от периода новорожденности до 15 лет с ущемленными паховыми грыжами.

Результаты. По возрастам осложнение врожденных паховых грыж распределилось следующим образом: в возрасте от 1 года до 2 лет – 37% обратившихся, в возрасте от 2 месяцев до 1 года – 31,5%, от 1 до 2 месяцев – 22%, от 2 до 3 лет – 3,5%, в возрасте 4 лет–4,5%, и 1 ребенок 5 лет, что составило 1,5% от общего числа обратившихся. По времени от начала заболевания в первые 6 часов обратилось 63%, от 6 до 24 часов – 13%, позднее 24 часов – 24%. Консервативное лечение больных с ущемленной грыжей включало в себя положение в постели с возвышенным ножным концом, теплые грелки на область грыжевого мешка и внутримышечное введение спазмолитиков, обезболивающих и седативных препаратов. Данные УЗИ позволили оценить состояние кровотока как в ущемленной петле кишки в грыжевом мешке, так и кровоток в петлях кишечника. Результаты УЗИ допускали возможность проведения консервативных мероприятий в сроки от 12 до 24 часов с момента ущемления.

Выводы. Успешным консервативное лечение было у 18 из 66 больных. Настоящая тактика не приводила к необходимости оперативного лечения паховой грыжи в период ущемления, а давала возможность проведения грыжесечения в плановом порядке.

Особенности синдрома «острой мошонки» у детей

Волков Д.В.

Научный руководитель: к.м.н. Галкин В.Н.
Кировский государственный медицинский университет

Цель. Оптимизация принципов ранней диагностики и лечения СОМ у детей в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни у 1088 больных, пролеченных в 2006-2018 гг., оперированных в клинике детской хирургии г. Кирова.

Результаты. Оперированные больные распределились по возрасту: 1) младенцы 47 (4,3%), 2) 1-7 лет 230 (21,1%), 3) от 7 до 15 лет 745 (68,5%), 4) 15 лет и старше 66 (6,1%). Оперировано 852 больных (78,3%) с перекрутом гидатид, 115 больных (10,6%) с воспалительными заболеваниями яичка и придатка, 84 больных (7,7%) с перекрутом яичка, из них 24 (28,6%) больным выполнена орхэктомия. Среди детей школьного возраста оперированы: 10 (0,9%) больных с кистой яичка и придатка и 27 (2,5%) больных с явной травмой мошонки и яичка. В диагностике основным методом были физикальные данные, по показаниям применялись УЗИ, доплерография.

Выводы. Синдром «отёчной мошонки» наиболее часто встречается у детей школьного возраста (68,5%). Наиболее часто он вызывается перекрутом гидатид (78,3%), реже – воспалительными заболеваниями яичка и придатка (10,6%), ещё реже – перекрутом яичка (7,7%). Орхэктомия при перекруте яичка составляет 28,6% от всех случаев (наиболее часто в возрасте до года, у 7 больных из 9, что связано с трудностями диагностики в этом возрасте). Все дети, перенёсшие СОМ, требуют в дальнейшем диспансерного наблюдения детского уролога-андролога.

Использование малоинвазивных технологий у детей с гидронефрозом и пузырно-мочеточниковым рефлюксом(ПМР)

Воркель Я.М., Чернов А.А., Нейно Н.Д., Баранов Д.А.

Научный руководитель: к.м.н. Шестаков А.А.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Цель. Оценить эффективность малоинвазивных методов лечения.

Материалы и методы. В клинике ВГМУ им. Н.Н. Бурденко за 2012-2018 гг. находилось на лечении с гидронефрозом 174 ребенка, с ПМР – 154. Больным с ПМР нами проводилась эндоскопическая коррекция (уродекс, вантрис). Детям первого года жизни с гидронефрозом 2-3 ст. проводилось стентирование пельвиоуретрального сегмента мочеточниковым стентом. Все

дети получали антибактериальную, а также гемостатическую терапию. После эндоскопической коррекции ПМР и стентирования дети наблюдались нефрологом, урологом, проводилась консервативная терапия. Контрольное обследование через 1 год.

Результаты. Результаты лечения оценивались по данным экскреторной урографии, УЗИ и РКТ. За время наблюдения повторно эндоскопическая коррекция потребовалась 37 больным из 154 пролеченных детей (дети 3-5 лет с 3-4 ст. ПМР). Следует отметить, что у всех детей в послеоперационном периоде отсутствовали атаки пиелонефрита, моча оставалась полностью санирована, по данным УЗИ дилатация чашечно-лоханочной системы не нарастала или даже уменьшалась.

Выводы. Применение малоинвазивных технологий у детей с гидронефрозом и ПМР позволяет избежать травматичных оперативных вмешательств. Эндоскопическая коррекция ПМР позволяет избежать атак пиелонефрита, даже если после коррекции остается рефлюкс.

Хирургическая коррекция дистальных форм гипоспадии у детей

Воропаева А.В., Максимова П.В., Тен К.Ю.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тен Ю.В.
Алтайский государственный медицинский университет

Цель. Выявить процентное соотношение детей с дистальными и проксимальными формами гипоспадии на базе КГБУЗ «АККДБ» с 2013 по 2018 гг. Оценить эффективность хирургических вмешательств применяемых в лечении дистальных форм гипоспадии.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2018 гг. в клинике детской хирургии АГМУ было пролечено 359 детей с различными формами гипоспадии. Из них дистальные формы – 260 детей (72,42%), проксимальные формы – 77 (21,44%), гипоспадия «типа хорды» – 15 (4,17%). Первичный меатостеноз – 7 детей (1,94%). Осложнения были выявлены у 18% прооперированных: свищи уретры – 34 ребенка (9,47%), меатостеноз – 13 (3,62%), расхождение швов – 19 (5,29%)

Результаты. Одноэтапная коррекция проведена 80 детям, что составило 31% от общего числа пациентов с дистальными формами гипоспадии. При выполнении данных операций, учитывая индивидуальные особенности пациентов, использовались методы: TIP, flip-flap, MAGP, Савченко.

Выводы. Использование одномоментных операций в хирургической тактике лечения пациентов с дистальными формами гипоспадии позволяет сократить срок лечения, добиться полной реабилитации, получить хороший функциональный и косметический результат.

Анализ хирургических методов лечения варикоцеле у детей и подростков

Гарянин Р.В., Ищенко Е.М.

Научный руководитель: к.м.н. Пермяков П.Е.
Астраханский государственный медицинский университет

Цель. Анализ хирургического лечения больных варикоцеле для определения наиболее патогенетически эффективного метода лечения заболевания с минимальным развитием рецидивов в дальнейшем.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 241 ребёнка в возрасте до 18 лет с варикозным расширением вен левого семенного канатика, находившихся на лечении в урологическом отделении ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» в период 2014-2018 гг., которым были проведены операции по Иваниссевичу, лапароскопия и по Мармару. Наиболее часто за медицинской помощью обращались пациенты в возрасте от 15 до 18 лет.

Результаты. Доля операций Иваниссевича составила 90,9%, лапароскопической – 9,1%. С 2015 года в больнице ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» стали пользоваться методом Мармара. В этом году доля операций Иваниссевича составило 37,5%, лапароскопической – 58,3%, Мармара – 4,2%. В 2018 году для устранения расширенных вен семенного канатика стали исключительно пользоваться методом Мармара. По результатам статистического анализа в период 2014-2018 гг. число рецидивов после операции Иваниссевича составил 20%, лапароскопической операции – 7,6%, Мармара – 1%.

Выводы. Наилучшие результаты в плане снижения частоты рецидивов варикоцеле получены после выполнения операции Мармара, по сравнению с операцией Иваниссевича и лапароскопической методикой лечения варикоцеле.

Отдаленные результаты эндохирургического лечения уретероцеле у детей

Герасимова О.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Румянцева Г.Н.
Тверской государственный медицинский университет

Цель. Анализ результатов эндохирургического лечения уретероцеле.

Материалы и методы. За период 2007-2018 гг. в урологическом отделении ДОКБ наблюдались 26 детей с уретероцеле(УЦ) в возрасте от 1 мес. до 17 лет (15 девочек и 11 мальчиков). УЦ солитарной почки выявлено

у 13 больных, удвоенной у 13, причем у 9 оно было эктопическим. Справа УЦ отмечено у 12 детей, слева у 11, двухстороннее у 3. УЦ верхнего сегмента удвоенной почки у 13 больных, в 3 случаях сопровождалось ПМР в нижний сегмент, гидронефрозом последнего из-за стеноза прилоханочного отдела, рефлюксом в контрлатеральную почку. Всем больным проведена электроинцизия УЦ поперечным или продольным разрезами. Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от 6 мес. до 10 лет.

Результаты. Результаты лечения изучены у 26 пациентов. Хорошие результаты отмечены у 18 пациентов в виде восстановления уродинамики верхних мочевых путей. Удовлетворительные результаты достигнуты у 4 пациентов, у которых после рассечения УЦ возник ПМР 2-3 степени, что потребовало выполнения эндопластик устья. Неудовлетворительный результат получен у 4 детей с утратой функции почечного сегмента (3) или почки (1), что потребовало проведение геми- (3) или нефрэктомии (1).

Выводы. Эндоскопическое рассечение УЦ по результативности является методом выбора с применением в качестве самостоятельного метода или как этап лечения.

Лечение детей с проксимальной атрезией тонкой кишки с применением различных видов анастомозирования

Гогичаева А.А.

Научный руководитель: д.м.н. Мокрушина О.Г.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Цель. Сравнить результаты лечения детей с проксимальной атрезией тонкой кишки при различных видах анастомозирования.

Материалы и методы. В 2007-2018 гг. в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова находился на лечении 31 ребенок с проксимальной атрезией тонкой кишки. Из исследования исключены 4 ребенка в связи с недостатком данных. Сформированы группы: I – 16 детей, которым наложили прямо-косой анастомоз, II – 11, которым выполняли моделирование приводящей кишки. Средний вес детей I группы – 2769 ± 627 г (min 1500 г, max 3940 г), II – 2501 ± 93 г (min 2100 г, max 2970 г). В I группе диаметр приводящей кишки превышал диаметр отводящей в $6,4 \pm 2,2$ раза (min 3, max 10), во II – в $8,8 \pm 2,9$ (min 5, max 15).

Результаты. Возобновление пассажа по ЖКТ в I группе происходило быстрее (на 5 ± 3 сут), во II – 23 ± 22 сут. Энтеральную нагрузку начинали раньше в I группе (11 ± 5 сут), во II – 29 ± 21 сут. На полное энтеральное питание переходили раньше в I группе (27 ± 17 сут), во II – 61 ± 39 сут. Длительность госпитализации короче в I группе (32 ± 18 сут), во II – 68 ± 39 сут.

Все различия являются статистически значимыми ($p < 0,05$). Послеоперационные осложнения встречались с одинаковой частотой в обеих группах: 4 – I группа, 3 – II.

Выводы. У детей после моделирования приводящей кишки медленнее восстанавливался пассаж по ЖКТ, они позднее начинали и полностью переходили на энтеральное питание, длительное время находились на госпитализации.

Диагностика и лечение переломов дистального отдела плечевой кости в детском возрасте

Горбанева К.Е., Москалева А.В., Назарова В.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мельцин И.И.
Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность. Диагностика и лечение переломов в локтевом суставе по данным литературных источников различных годов заключают в себе ошибки, что сказывается на результатах лечения.

Цель. Улучшение результатов лечения чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей.

Материалы и методы. Основу клинических наблюдений составили 380 случаев над- и чрезмыщелковых переломов плечевой кости у находившихся на стационарном лечении в отделениях травматологии и ортопедии областного детского хирургического центра города Оренбурга за период 2013-2017 гг.

Результаты. 86 пациентов лечились по поводу чрез- и надмыщелковых переломов, что составило 22,6% случаев от общего количества больных.

Выводы. Причинами неудовлетворительных результатов лечения чрез- и надмыщелковых переломов плечевой кости являются ошибки в тактике диагностики и лечения. Данные ошибки связаны с отсутствием профильных специалистов в районных больницах, отсутствием унифицированного протокола лечения таких повреждений на различных этапах (районная больница, областной центр). Серьезной проблемой является также отсутствие мониторинга результатов лечения в районных больницах, тогда как в областном центре такая проблема решается через вторичные приемы и кабинеты долечивания детского травматологического пункта.

**Экспериментальная оценка эффективности
применения микроаутодермопластики
в сочетании с адипогенными стволовыми клетками**

Гордиенко В.А., Шабунин А.С., Зубов В.В., Асадулаев М.С.

Научные руководители: Зиновьев Е.В., Панеях М.Б.,
Смирнова Н.В., Юдин В.Е.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

Цель. Оценка эффективности лечения скальпированной раны при помощи применения МАДП с последующей фиксацией при помощи раневого покрытия на основе нановолокон алифатического сополиамида (РП НВАС), а также введения мезенхимных стволовых клеток (МСК).

Материалы и методы. Для эксперимента были использованы 40 самцов беспородных белых крыс массой 230-240 г. Всем животным моделировалась скальпированная рана площадью 16 см². Животные разделены на 4 группы по 10 животных: группа контроля, без лечения, группа №1, МАДП и инфильтрация МСК, группа №2, МАДП и аппликация РП НВАС и группа №3, МАДП, инфильтрация МСК и наложение РП НВАС.

Продолжительность эксперимента 28 суток. В процессе наблюдений проводилась планиметрическая оценка заживления и забор биоптатов.

Результаты/выводы. Исследование говорит о высокой эффективности совместного применения МСК, РП НВАС и МАДП, что может являться обоснованием для дальнейшего исследования в этом направлении и применяться как единая технология при лечении обширных дефектов кожи.

Актуальные аспекты лечения ран у детей с хирургической инфекцией

Городилов М.В.

Научный руководитель: д.м.н. Барская М.А., к.м.н. Кузьмин А.И.
Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Воздействие на очаг хирургической инфекции является одним из важных принципов лечения гнойно-воспалительных заболеваний у детей.

Цель. Анализ закрытия раневого дефекта различными способами.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 96 детей с различными формами хирургической инфекции, у которых использовались интерактивные повязки, ультразвуковая кавитация, УФО,

некрэктомия, пластика с целью закрытия раневого дефекта. Из них 15 пациентов с наличием хронических ран различной локализации, у 4 больных имелась множественная локализация. Функциональные свойства повязок оценивали по удобству использования, степени травматичности при удалении повязки, необходимой частоте перевязок. Лабораторная оценка результатов проводилась на основании данных, полученных в ходе микробиологического и цитологического исследований ран в динамике.

Результаты. Цитологическая картина после использования интерактивных повязок показала снижение на 3 день клеточного отделяемого, некротических элементов экссудата, отсутствие микроорганизмов. Иммунные клетки активные, с завершённым фагоцитозом. На 5-7 день обнаруживались единичные лейкоциты и множество фибробластов, свидетельствующих о хорошей регенерации.

Выводы. Современные инновационные технологии в ведении ран сокращает пребывание в стационаре, уменьшает длительность применения антибиотиков и других медикаментозных препаратов при острых и хронических ранах.

Анализ результатов хирургического лечения варикоцеле

Григорян А.М., Колхидова З.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лолаева Б.М.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Цель. Анализ отдалённых результатов хирургического лечения варикоцеле по Иваниссевичу, Паломо и Мармару.

Материалы и методы. Нами были проанализированы 206 историй болезни детей в возрасте от 13 до 17 лет, оперированных по поводу варикоцеле слева за период 2015-2017 гг. Показаниями к операции были: варикоцеле II-III степени, венозный рефлюкс при УЗДГ, орхопатия, боль в мошонке. В I группе – 128 (62%) детей, оперированных по Иваниссевичу, во II – 69 (34%) по Паломо, в III – 9 (4%) по Мармару.

Результаты. При динамическом наблюдении в течение 6 месяцев у 186 (90%) детей отмечен хороший косметический результат, проба Вальсальвы отрицательная, размеры и консистенция яичка нормальные. В I группе у 6 (4,7%) детей был выявлен рецидив варикоцеле, у 3 (2,3%) – гидроцеле. Во II у 11 (15,9%) детей – гидроцеле. В III группе послеоперационных осложнений не отмечалось. Таким образом, суммарное количество осложнений при операции Иваниссевича – 7%. Операция Паломо сопряжена с высоким процентом вторичного гидроцеле – 15,9%.

Выводы. 1. Операция Мармара является наиболее оптимальной в лечении варикоцеле, при операции Иваниссевича чаще наблюдается рецидив,

при Паломо – гидроцеле. 2. Всем детям, перенёвшим хирургическое лечение варикоцеле, показано динамическое наблюдение в течение 6 месяцев, с целью раннего выявления и своевременного лечения осложнений.

Экспериментальная оценка резорбции шовных нитей на основе хитозана

Давлетова Л.А., Маевская Е.Н., Шабунин А.С., Зубов В.В., Асадулаев М.С.

Научный руководитель: Зиновьев Е.В., Панеях М.Б.,
Дресвянина Е.Н., Юдин В.Е.
Санкт-петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

Цель. Изучение резорбции нитей на основе различных композиций хитозана.

Материалы и методы. 4 различных вида нитей помещались внутрь брюшной полости, субфасциально около *m.latissimus dorsi* и внутримышечно в *m.latissimus dorsi* экспериментальных животных. Отбор аутопсийных образцов производили на 14, 28, 91 и 136 день.

Вторым этапом является изучение извлеченных образцов методом сканирующей электронной микроскопии, механических характеристик и морфологический анализ гистологических образцов тканей, прилежащих к исследуемому материалу.

Результаты. В зависимости от времени извлечения, образцы показали высокую способность резорбции. Второй этап исследования ожидает завершения.

Выводы. Исследуемые нити отличаются высокой скоростью резорбции, из чего следует возможность их применения в областях хирургии, требующих высокой скорости биоразложения используемого материала, например, при операциях на мягких тканях.

Дивертикул Меккеля как причина кишечной непроходимости у детей

Давыденко Д.А.

Научный руководитель: к.м.н. Степанова Н.М., к.м.н. Милюкова Л.П.
Иркутский государственный медицинский университет

Цель. Анализ случаев механической кишечной непроходимости, возникших на фоне присутствия дивертикула Меккеля.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование 16 карт пациентов по материалам ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска за последние 5 лет.

Результаты. Гендерный состав: мальчики-15 (93,75%), девочки – 1 (6,25%). В 43,75% пациенты от 1 года до 5 лет. Средний возраст – 6,5 лет. Средний срок заболевания – 17 ч: до 12 ч – 25% (4), от 12 до 24 ч – 37,5% (6), свыше 24 ч – 37,5% (5). Жалобы при поступлении: приступообразные боли (100%), рвота (26,6%), вздутие живота (53,3%), задержка стула и газов (53,3%). Спектр вмешательств: 50% (8) LAP-дивертикулэктомия лигатурным способом, 18,8% (3) LAP-аппаратная дивертикулэктомия, 18,8% (3) – видеоассистированная дивертикулэктомия, 12,4% (2) – клиновидная резекция. При исследовании макропрепарата у 11 пациентов (68,75%) ДМ имел узкое основание и большую длину, у 5 пациентов (31,25%) – широкое основание и малую длину. Эктопия слизистой желудка 6,3% (1), толстой кишки 12,4% (2). Средний срок госпитализации 9 к/д. Ранних послеоперационных осложнений не отмечено.

Выводы. В дебюте механической кишечной непроходимости необходимо заподозрить наличие дивертикула Меккеля. Выбор хирургической тактики зависит от морфологии дивертикула. Предпочтение следует отдавать минимально инвазивным способам дивертикулэктомии.

Нейробластома у детей

Данилова А.А., Сосламбекова Ж.А.

Научный руководитель: Тараканов В.А.

Кубанский государственный медицинский университет

Цель. Анализ структуры заболеваемости и летальности с нейробластомой у детей в Краснодарском крае (КК).

Материалы и методы. Исследование проведено Краевом центре детской хирургии г. Краснодар. Период исследования: 2014-2018 гг. Проведен ретроспективный анализ 45 случаев лечения детей с диагнозом нейробластома. Биопсия опухоли, хирургическое удаление и ПХТ по Протоколам SIOP выполнены всем – 100%.

Результаты. Наиболее частой локализацией опухоли было забрюшинное пространство (ЗП) – 75,55%. Преобладали мальчики – 53,33%. I стадия установлена у 9 (20%), II – 0 (0%), III – 15 (33,33%) и IV у 21 (46,66%) пациентов (стадирование по системе INSS). Без метастазов было 23 (51,11%). Летальный исход имел место у 4 (8,88%). У всех локализация нейробластомы в ЗП, IV стадия заболевания, возраст от 1-5 лет, с метастазированием в легкие, кости, печень, костный мозг, в лимфоузлы шеи, средостения, ЗП, оболочки спинного мозга.

Выводы. Отмечена тенденция к росту заболеваемости нейробластомой. Доля ее в структуре злокачественных опухолей составила 7,5%. Преимущественная локализация – ЗП, с III-IV стадией заболевания. Поздняя

диагностика связана как с не специфичностью клинических симптомов, так и с редкой встречаемостью патологии, формирующей сложности диагностики на первичном звене. Ранняя диагностика и лечение согласно Протоколам SIOP формируют оптимальные условия в исходе заболевания.

Энтеральное питание подростков с сочетанной травмой

Дарбишева Х. А.

Научный руководитель: д.м.н. Махачев Б.М.
Дагестанский государственный медицинский университет

Цель. Сравнить эффективность питания при различных видах субстратного обеспечения пациентов с тяжелой сочетанной травмой.

Материалы и методы. Детям 11-14 лет, поступившим в состоянии шока I-II ст в 2013-2018 гг., проводилось зондовое питание в течении 10 сут. Пациенты I гр. (n=11 ч) получали нутритивную поддержку 2,5 г/кг белка и энергетическое обеспечение 20-22 ккал/кг смесью «Нутризон Эдванст Протизон». Во II гр. (n=13 ч) для обеспечения 1,3 г/кг белка и 30-32 ккал/кг использовалась смесь «Нутризон Энергия». На 2, 4, 6, 8, 10 сут оценивались ИМТ, толщина кожной жировой складки над трицепсом, показатели б/х крови общий белок, альбумин, показатели лейкоцитов и лимфоцитов сыворотки крови; шкала pSOFA.

Результаты. Итоги соматометрии не отличались между группами. У I гр. на 10 сут наблюдалось увеличение общего белка и альбумина сыворотки крови, восстановление показателей лейкоцитоза в отличие от II гр. При сравнении содержания лимфоцитов различий между группами не было. По шкале pSOFA на 8 сут достигнуты целевые значения у пациентов I гр.

Выводы. 1. Энтеральное питание для пострадавших сочетанной травмой, ориентированное на большее количество белка, приводит к скорейшему восстановлению показателей белкового обмена, лимфоцитов и лейкоцитов крови. 2. Адекватная белковая нагрузка способствовала раннему разрешению проявлений полиорганных дисфункций.

Структура дорожно-транспортного травматизма у детей и подростков в Краснодарском крае за 2016-2018 год

Денисенко Л.Г.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тараканов В.А.
Кубанский государственный медицинский университет

Цель. Анализ структуры травматизма у детей и подростков, пострадавших в результате ДТП в Краснодарском крае (КК).

Материалы и методы. Период исследования – 2016-2018 гг. Совершено 2182 дорожно-транспортных происшествий (ДТП) с участием детей до 16 лет, в которых погибло 96 и ранены 2278 детей (официальный сайт ГАИ МВД России).

Результаты. Первое место в структуре детского травматизма занимают бытовые травмы, на втором месте уличный травматизм, и в его структуре ДТП. Госпитализировано детей с ДТП: 2016 г. – 688, 2017 г. – 754, 2018 г. – 836.

В 96 (4,2%) случаях имелся летальный исход вследствие тяжелой политравмы. При этом большинство летальных исходов приходилось на долю ДТП с участием детей-пешеходов (5,2%), по сравнению с детьми-пассажирами (4,9%). Самый высокий показатель летальности отмечен в 2017 г. – 37 случаев (4,9%), минимальный в 2018 г. – 32 (3,8%).

Выводы. Наиболее часто в роли пассажиров дети получали ЧМТ, реже – травмы верхних и нижних конечностей. Локализация травмы – чаще в одной половине тела, на которую приходился удар. В роли пешеходов отмечались травмы всех сегментов тела.

Ангиомикрохирургическое лечение варикоцеле у детей

Довжанский И.В., Панин И.С., Фокин А.А., Ковалева Д.Ю.,
Минаева А.А., Лобзин А.А., Уварова Д.Б., Уваров Н.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Купатадзе Д.Д.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

Цель. Сравнение традиционных хирургических методов лечения с микрохирургическими.

Материалы и методы. В клинике обследованы и оперированы с применением ангиомикрохирургических методов 460 больных с варикоцеле в возрасте от 6 до 17 лет. Интраоперационная ревизия венозных коллекторов гонад проводилась малотравматичным паховым доступом с использованием налобной лупы (увеличение – 2-2,5). Выполнялся разрез кожи на 1 см выше и параллельно паховой связке. В подкожной клетчатке паховой области мобилизовывалась поверхностная надчревная вена, которая в ряде случаев использовалась для шунтирования. После рассечения передней стенки пахового канала и мобилизации семенного канатика оценивались тестикулярные вены: варикоз, эктазия, цвет, диаметр, количество, выраженность клапанов. После выведения в рану яичка выполнялась ревизия и оценка аналогичных параметров кремастерного венозного коллектора и вен семявыносящего протока.

Результаты. В зависимости от выявленных вариантов хирургической анатомии выполнялись различные виды микрохирургического шунтирования и резекции вен с регистрацией особенностей морфологии яичка и придатка (норма, сепарация, кисты, гипоплазия).

Выводы. В результате сравнения методов выбран наиболее физиологичный и патанатомически обоснованный хирургический метод лечения с наименьшими долгосрочными осложнениями.

От чего зависит эффективность эндокоррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей?

Долотов Д.А., Невиницына Д.А.

Научный руководитель: к.м.н. Сухих Н.К.

Кировский государственный медицинский университет

Цель. Определение эффективности эндокоррекции ПМР у детей в зависимости от методики введения и характеристик объемобразующего препарата.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 110 больных с ПМР, пролеченных за период 2015-2018 гг. Всем больным проводилось стандартное урологическое обследование и эндоскопическая коррекция ПМР. Девочек было 61, мальчиков 49.

Результаты. В качестве объемобразующего препарата у 82 больных применялся «DAM+», у 28 использован «Vantris». Методика введения STING применена у 44 больных, методика НИТ-2 – у 71. Мы применяли пятибалльную оценку эффективности эндокоррекции ПМР. Средняя эффективность коррекции препаратом «DAM+» составила 4,1 балла, препаратом «Vantris» 3,6. Средняя эффективность по STING равнялась 3 балла; НИТ-2 – 4 балла. С помощью корреляционного анализа по Манну-Уитни мы определили, что выбор современного объемобразующего препарата не имеет решающего значения в эффективности коррекции ПМР ($U_{эмп}=561$, зона незначимости). Более существенным является разновидность методики введения эндопротеза ($U_{эмп}=877$, зона значимости).

Выводы. Выбор вида объемобразующего препарата не имеет существенного значения при оценке эффективности эндоскопической коррекции рефлюкса. Выбор методики введения полимера имеет решающее значение. На сегодняшний день в эндоскопическом лечении ПМР у детей следует отдавать предпочтение методике НИТ-2.

Лечение пограничных ожогов у детей

Дрыга Д.Ю., Тонян С.С., Хакимов М.О.

Научный руководитель: Богданов С.Б.

Кубанский государственный медицинский университет

Цель. Проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с ожогами с использованием раневых покрытий и без них.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный статистический анализ историй болезни пациентов в возрасте от 6 месяцев до 14 лет на базе ГБУЗ «НИИ-ККБ №1». Основная группа I состоит из 57 пациентов, находившихся на лечении в 2018 году. Этим больным выполнялось раннее хирургическое лечение с использованием раневых покрытий. Группа сравнения II – 54 пациента, находившихся на лечении в 2005 году. Лечение заключалась в высушивании пограничного струпа с использованием влажно высушающих повязок. Площадь пограничных ожоговых ран II степени у обеих групп составила 0,5-8% при общей площади поражения 1-14% поверхности тела.

Результаты. В обеих группах полная эпителизация на всей ожоговой поверхности. Сроки эпителизации у пациентов I гр. в 1,8 р. < чем у II гр. Продолжительность антибактериальной терапии в I гр. в 1,84 р. < чем во II гр. Сроки инфузионной терапии в I гр. в 1,74 р. < чем во II гр. Срок стационарного лечения больных I гр. на 2,34 дня < чем во II гр.

Выводы. Инновационные раневые покрытия имеют приоритетное значение в лечении ожоговых ран. Их использование вкупе с ранним хир. лечением улучшают качество и сокращают срок лечения, повышают его эффективность в послеоперационном периоде, предотвращают развитие рубцов и улучшают косметический результат.

Особенности хирургической коррекции врожденной кишечной непроходимости

Ермолаева Н.С.

Научный руководитель: д.м.н. Железнов А.С.,

Приволжский исследовательский медицинский университет

Цель. Проанализировать структуру врожденной кишечной непроходимости (ВКН), ее хирургической коррекции.

Проблема коррекции ВКН является актуальной в связи с тем, что в настоящее время в мире нет единой тактики применения различных хирургических приемов для лечения данной патологии.

Материалы и методы. За период 2011-2017 гг. в НОДКБ поступило 45 пациентов с диагнозом ВКН. Из них 26 пациентов (58%) с низкой кишечной непроходимостью (НКН) и 19 (44%) с высокой кишечной непроходимостью (ВКН).

В структуре НКН преобладают мальчики (69%), с ВКН девочки (63,2%).

Среди причин НКН самая частая атрезия тонкой кишки (26,9%), а ВКН-атрезия дпк (52,6%).

Результаты. При хирургической коррекции атрезии тонкой кишки применялись следующие виды анастомозов: энтероэнтероанастомоз «конец-в-конец» (29%), анастомоз по Денис-Брауну(28 %), тонкотолстокишечный анастомоз «конец-в-бок» (29%), и разгрузочный «т» и «у»-образный анастомозы (14%). В случае атрезии ДПК применялись: дуоденоанастомоз по Кимура (57%), «бок-бок» (29%), дуоденотомия с иссечением мембраны – 14%.

Выводы. Пациенты с ВКН требуют индивидуального подхода и тактики хирургического лечения. Для каждого вида патологии существует ряд хирургических методик и от их правильного выбора зависят сроки и течение послеоперационного периода, наличие осложнений, прогноз заболевания и дальнейшее качество жизни пациента.

Современные возможности в ранней реабилитации детей с термической травмой

Еськова Д.А.

Научный руководитель: к.м.н. Сахаров С.П
Тюменский государственный медицинский университет

Цель. Усовершенствование устройства для реабилитации детей с термической травмой.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 28 детей, в возрасте от года до 5 лет, находившихся на лечении в ожоговом отделении ГБУЗ ТО «ОКБ №1» г. Тюмени, из них 16 мальчиков и 12 девочек, с ожогом II-IIIAB-IV степени с площадью поражения от 7 до 45% поверхности тела. В 100% случаев ожог был получен горячими жидкостями. Больные находились в отделении реанимации и интенсивной терапии, где проводилась комплексная терапия, а так же местное лечение ран, с последующей операцией аутодермопластика. В остром периоде течения ожоговой болезни пострадавшим на верхние и нижние конечности моделировали и накладывали шину, выполненную из «Турбокаста» (производитель фирма «Т Таре Сопрану», Голландия).

Результаты. После проведенного курса лечения с использованием предлагаемого устройства: у 17 (66,7%) пациентов контрактур не отмечено,

у 6 детей (16,7%) – контрактуры I степени (по классификации Б.В. Парина, 1946г.), у 3 (11,1%) – контрактуры II степени и у 2 (5,5%) – наблюдали контрактуру III степени в области правого голеностопного сустава.

Выводы. В 83,4% случаев восстанавливалась подвижность в суставах, удовлетворяющая функциональным потребностям организма.

Ретроспективный анализ осложнений ликворшунтирующих операций у детей с гидроцефалией

Жакенов Т.С., Маммадинова И.З.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Досанова А.К.
Медицинский университет Астана

Цель. Провести анализ осложнений ликворшунтирующих операций при гидроцефалии различной этиологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 256 больных в возрасте 1 мес.-14 лет с окклюзионной гидроцефалией различного генеза, оперированных с 2014 по 2018 гг.

Результаты. Установлены факторы риска развития осложнений шунтирующих операций: возраст пациента, характеристики шунта, ранее проведенные операции, нерациональная антибактериальная терапия, этиология гидроцефалии, наличие изменений в анализах крови и ликвора, длительность оперативного вмешательства, ликворрея в послеоперационном периоде, инфицирование шунтирующей системы, и проведен корреляционный анализ. Определены ведущие предикторы дисфункции шунта: возраст до 1 года, инфекционная природа гидроцефалии, MRSA-инфекция, механическая этиология (миграция проксимального конца катетера, обструкция, укорочение и отрыв катетера от шунтирующей системы).

Выводы. Все ликворшунтирующие операции сопряжены с риском осложнений. Сильная корреляционная связь установлена между факторами: возраст до 1 года, инфекционная природа гидроцефалии, MRSA-инфекция, механическая этиология (миграция проксимального конца катетера, обструкция, укорочение и отрыв катетера от шунтирующей системы).

Заболевания крайней плоти у мальчиков и подростков

Жаксальков А.С.

Научный руководитель: к.м.н. Мельникова С.А.
Уральский государственный медицинский университет

Цель. Выявить причины и разработать алгоритм профилактических мероприятий у мальчиков и подростков с заболеваниями крайней плоти (ЗКП).

Материалы и методы. Изучены 26 историй болезни детей. Оценка жалоб, анамнеза, местного статуса, интраоперационной картины градируется по возрастным группам.

Результаты. Дети поступили в плановом порядке по направлению детского уролога – андролога – 24 (92%), доставлены СМП с острой задержкой мочи – 2 (8%). В группе детей дошкольного возраста преобладали жалобы на затрудненное мочеиспускание – 3 (42,8%). В группе младших школьников основными жалобами были: невозможность вывести головку полового члена – 6 (85,7%), сужение крайней плоти у 1 (14,3%) ребенка. У подростков появились жалобы сексуального характера на ущемление головки при эрекции – 5 (41,7%), с острой задержкой мочи – 2 (16,6%) детей и довольно большая группа 41,7% (5) с отсутствием жалоб. Интраоперационно при выведении головки диагностирована короткая уздечка в 57,1% (4) случаев, смегмолиты у 71,4% (5) мальчиков. Выполнено обрезание крайней плоти с последующим сопоставлением внутреннего и наружного листков препуциального мешка 85,7% детей.

Выводы. ЗКП выявляются у мальчиков во всех возрастных группах. Рубцовый процесс является следствием перенесенных воспалительных процессов, сочетанных пороков развития полового члена и требует проведения обрезания крайней плоти.

Лечение рубцовых стенозов пищевода у детей

Жеренюк П.С.

Научный руководитель: д.м.н. Пономарёв В.И.

Омский государственный медицинский университет

Цель. Оценить возможности для улучшения лечения детей со стенозами пищевода.

Материалы и методы. Анализировался клинический материал, насчитывающий 24 больных в возрасте от 1 года до 7 лет, находившихся в клинике с 2016 по 2018 гг. по поводу приобретенных рубцовых стенозов пищевода. Методы лечения: бужирование по струне – 13 наблюдений; криодеструкция рубца – 11 случаев.

Результаты. Полное восстановление проходимости пищевода после бужирования наступило у 5 пациентов в сроки от 3 месяцев до 1 года. Продолжают лечение бужированием 8 детей с кратностью 2-3 раза в год. Разрывы пищевода при бужировании – 4. После криодеструкции проходимость пищевода восстановлена полностью в 9 случаях в сроки до 1 года. Двум детям выполнена загрудинная колоэзофагопластика. Повреждений пищевода при использовании криодеструкции не наблюдали.

Выводы. Лечение послеоперационных стенозов пищевода целесообразно проводить, используя метод криодеструкции рубца.

Лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей с тяжелыми неврологическими заболеваниями

Жигулин Г.М.

Научный руководитель: к.м.н. Степанова Н.М., к.м.н. Милюкова Л.П.
Иркутский государственный медицинский университет

Цель. Анализ выбора хирургической стратегии лечения ГЭРБ у детей с грубой патологией ЦНС.

Материалы и методы. 107 случаев оперированного ГЭРБ по материалам ОГАУЗ ГИМДКБ за 2013-2018 гг.

Результаты. Гендерный состав: мальчики 50(46,7%), девочки – 57 (53,2%). Возрастной спектр: 1-12 мес 53,2% (57), 1-3 года 21,4% (23), 3-7 лет 15,8% (17). Средний возраст – 2,3 года. Структура патологии: ДЦП – 73,8% (79); гипоксически-ишемическое/травматическое поражение ЦНС – 29,9% (32); энцефалопатия – 24,2% (26). Аспирационные нарушения – 88,7% (95). Степени рефлюкс-эзофагита: I-II степень – 14,9% (16), III степень – 73,8% (79), IV степень – 11,2% (12). Выполнено лапароскопическое оперативное вмешательство по Ниссену – 72,8% (78) и по Талю – 25,2% (27), консервативное лечение – 1,8% (2). В 53,2% (57) фундопликация дополнена лапароскопической гастростомией, 18,6% (20) пилоромиотомией, 13% (14) трахеостомией. Рецидивы после фундопликации по Ниссену – 12,8% (10), по Талю – 14,8% (4). Причины рецидивов: ГПОД (2), дислокация манжеты (6), несостоятельность манжеты (2). Интраоперационных осложнений не было. Начало энтерального питания – 2 суток. Средний срок госпитализации – 12 к/д. Средний срок пребывания в ОАРИТ – 5 к/д.

Выводы. Хирургическое лечение ГЭРБ у детей с тяжелым нейродефицитом требует тщательного выбора объема вмешательств, улучшающих соматическое состояние и облегчающих уход.

Анализ заболеваемости и лечения гидронефроза у детей

Журавлев В.О.

Научный руководитель: Портнягина Э.В.
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Цель. Сравнительный анализ заболеваемости и лечения детей с гидронефрозом в период с 2000 по 2010 г. и с 2011 по 2017 г.

Материалы и методы. Нами было проанализировано 455 историй болезней детей с гидронефрозом в возрасте от 1 месяца до 15 лет, из них 307 – в период с 2000 по 2010 годы (I группа) и 148 – в период с 2011 по 2017 годы (II группа).

Результаты. Выявлено, что чаще болели мальчики (72,97%). За период с 2000 по 2010 годы преобладали дети в возрасте от 4 до 10 лет (60,91%), большинству из которых диагноз был поставлен на II и III стадиях заболевания (73,94%), а за период с 2011 по 2017 годы преобладали дети в возрасте до 1 года (60,13%), т. к. гидронфроз диагностирован пренатально и постнатальным УЗ-скринингом. У детей второй группы после оперативного лечения диагностированы хорошие и отличные результаты (95,27%), в первой группе хорошие результаты имели 66,78%.

Выводы. Внедрение пренатальной диагностики и ультразвукового скрининга позволило улучшить отдаленные результаты лечения.

Результаты лечения аппендикулярного и первичного перитонитов у детей

Забаровский А.В., Сташков А.К.

Научный руководитель: д.м.н. Аверин В.И., к.м.н. Воронежский А.Н.
Белорусский государственный медицинский университет

Цель. Оценить результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом (АП), оперированных традиционно и лапароскопически, сравнить течение заболевания у пациентов с аппендикулярным и первичным перитонитами (ПП), оценить адекватность АБ-терапии.

Материалы и методы. В РНПЦ детской хирургии с 1.01.2016 года по 1.10.2018 г. находилось на лечении 177 пациентов (98 мальчиков, 79 девочек) с АП и 26 девочек с ПП. Лапароскопически с АП прооперировано 104 (58,7%) пациента, традиционно – 73 (41,2%). Лапароскопически с ПП прооперировано 22 (84,6%) детей, традиционно – 4 (15,4%).

Результаты. После лапароскопических операций пациентам требовалось менее интенсивное и менее продолжительное обезболивание, чем после лапаротомии ($P < 0,001$). У них в более ранние сроки восстанавливалась перистальтика кишечника и начиналась энтеральная нагрузка, в более ранние сроки отмечалась нормализация температуры ($P < 0,001$). Антибактериальная терапия (АБ-терапия) у пациентов с АП и ПП не имела существенных различий. Длительность пребывания пациентов, оперированных лапароскопически, в реанимационном отделении и в стационаре, была достоверно ниже ($P < 0,001$).

Выводы. Лапароскопические операции у детей при АП предпочтительны. Статистически достоверно, что ПП проще лечить, чем АП. При достаточно однородном распределении микроорганизмов необходима разработка более эффективных комбинаций АБ.

**Результаты лечения метаэпифизарного остеомиелита
у детей первого года жизни с использованием высокоинтенсивного
лазерного излучения**

Захарова Е.А.

Научный руководитель: к.м.н., Царева В.В.
Южно-Уральский Государственный медицинский университет

Цель. Проанализировать результаты лечения детей с метаэпифизарным остеомиелитом (МЭО) с использованием высокоинтенсивного лазерного излучения.

Материалы и методы. В ЧОДКБ в период с 2009 по 2019 гг. обследовано и пролечено 62 ребенка в возрасте от 5 до 60 суток с МЭО. Для диагностики использовалось УЗИ пораженной конечности с прилегающим суставом, для выявления начала воспалительного процесса до появления Rg признаков. Также проводилась рентгенография пораженной конечности, но Rg признаки МЭО у 50 детей появлялись на 7-10 сутки. Все дети получили хирургическое лечение в виде – пункции сустава, декомпрессионной остеоперфорации кости, при необходимости вскрытие флегмоны. У 46 детей выполнена декомпрессионная лазерная остеоперфорация, у 16 – механическая. Исходно и в послеоперационном периоде у детей в сравниваемых группах исследованы динамика раневого процесса, лабораторных изменений ОАК и сроки выздоровления.

Результаты. После традиционной остеоперфорации клиническое улучшение наступало на 8-10 сутки, после лазерной – на 5-6, что, на наш взгляд, связано не только с большим количеством остеоперфорационных отверстий, но и с антисептическим эффектом лазерного облучения. Хронизации процесса не было ни в одном случае.

Выводы. Лазерная остеоперфорация – малоинвазивный, эффективный метод лечения МЭО – способствует улучшению результатов и сокращению сроков лечения, предотвращению ортопедической патологии у детей первого года жизни.

**Состояние внемозоночных гонад у детей
с двухсторонней и абдоминальной формами крипторхизма
после комбинированного лечения**

Звонарева А.В., Кузнеченкова Н.А.

Научный руководитель: д. м. н. Румянцева Г.Н.
Тверской государственный медицинский университет

Цель. оценка состояния внемозоночных гонад у детей с абдоминальной и двухсторонней паховой ретенцией гонад получавших ХГЧ в качестве предоперационной подготовки.

Материалы и методы. В исследование включены 50 детей в возрасте от 7 месяцев до 15 лет с абдоминальной и билатеральной паховой формами крипторхизма. Курс внутриахового введения хорионического гонадотропина в предоперационном периоде получили 23 детей: с абдоминальной формой – 5; с билатеральной паховой – 18. Группу сравнения составили 27 больных (с абдоминальной формой – 9, билатеральной паховой – 18).

Результаты. В основной группе, дистальное смещение гонад наступило у 43%, улучшение внутриорганного кровотока (среднее значение IR – $0,60 \pm 0,05$) и увеличение размеров объема гонад – у 90% пациентов. В группе сравнения улучшение интертестикалярного кровотока выявлено в 52% случаев, рост объема гонад – у 75% детей.

Выводы. Применение ХГЧ в предоперационном периоде у детей с абдоминальной и двухсторонней паховой формами крипторхизма показало эффективность у большинства больных.

Комплексное лечение болезни Пертеса у детей

Зубкова Е.В., Воробьева В.И., Птицын В.А., Коряшкин П.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Вечеркин В.А.
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Цель. Улучшить результаты лечения детей с болезнью Пертеса.

Материалы и методы. В клинике ВГМУ им Н.Н. Бурденко г. за 2014-2018 г. с болезнью Пертеса (БП) наблюдалось 64 ребенка с II- IV стадиями заболевания. Из них 22 прооперированы, консервативно пролечено – 42. Операции заключались в туннелизации с аутопластикой шейки бедренной кости у 19 детей, центрирующей остеотомии костей таза у 3. Консервативное лечение заключалось в проведении физиотерапии, иглоукалывания, ГБО и медикаментозной терапии. ГБО проводилось с целью повышения репаративной активности в послеоперационном периоде в режиме 1,4-1,5 АТА, длительностью 30-40 мин., курсом 5-10 сеансов.

Результаты. В 66% случаев предпочтение отдается консервативному лечению: иммобилизация, физиолечение и медикаментозная терапия. Аутопластика шейки бедренной кости осуществлялась детям с признаками стадий фрагментации 88% и импрессионного перелома 12%.

Выводы. Дети с болезнью Пертеса II-III стадии заболевания требуют оперативного лечения в сочетании с медикаментозной терапией и физиолечением. Проведение ГБО у детей с БП улучшает регенерацию патологического процесса. Предложенное комплексное лечение БП способствует более быстрому клиническому выздоровлению детей и сокращает их пребывание на 3-5 дней в стационаре.

Кишечная непроходимость у новорожденных

Ибрагимова Х.У., Байрамова Т.М., Алиева М.М.

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

Чеченский государственный университет

Цель. Проанализировать результаты хирургического лечения новорожденных с кишечной непроходимостью

Материалы и методы. За период 2014-2018 гг. в хирургические отделения Республиканской детской клинической больницы им. Е.П. Глинки г. Грозного поступили 47 новорожденных с клиникой кишечной непроходимости (29 мальчиков, 18 девочек).

Результаты. в 21 случае были обнаружены врожденные аномалии ЖКТ – 4 больных (19,3%) атрезия двенадцатиперстной кишки; у 5 больных (23,8%) атрезия тощей кишки; у 2 больных (9,4%) – атрезия толстой кишки; у 6 больных (28,6%) – атрезия подвздошной кишки. 3 пациентам (14,2%) был выставлен диагноз синдром Ледда; у 1 (4,7%) диагностирована болезнь Гиршпрунга. Всем пациентам хирургическое вмешательство выполнялось в экстренном порядке после соответствующей предоперационной подготовки.

Лапароскопическим методом были осуществлены 4 операции (8,5%), в 2 случаях с конверсией. Срединная лапаротомия выполнена 40 детям (85,1%), из них в 3 случаях (7,5%) была проведена релапаротомия. Левым подреберным лапаротомным доступом было выполнено 3 операции (6,4%).

Выводы. 1. Наиболее частой причиной кишечной непроходимости у новорожденных являются врожденные пороки развития ЖКТ. 2. Многообразие форм врожденной кишечной непроходимости обуславливает применение различных оперативных доступов, однако методом выбора по сегодняшний день остается срединная лапаротомия.

Консервативное лечение инфантильных гемангиом наружных половых органов у девочек раннего возраста

Иванов А.А.

Научный руководитель: к.м.н. Павленко Н.И.

Омский государственный медицинский университет

Актуальность. Инфантильные гемангиомы – распространённые опухоли в детском возрасте, характеризующиеся спонтанным регрессом. Реже может отмечаться бурный рост гемангиом, что приводит к выраженному косметическому дефекту и развитию осложнений. В таких случаях необходимо современное эффективное лечение, одним из которых является применение неселективного β -адреноблокатора – пропранолола.

Цель. Определить эффективность инволюции инфантильных гемангиом наружных половых органов у девочек раннего возраста на фоне терапии пропранололом.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии Омского государственного медицинского университета в 2015-2018 гг. находились на обследовании и лечении 9 девочек с инфантильной гемангиомой наружных половых органов в возрасте от 2 до 6 мес. Продолжительность терапии составила от 6 до 11 мес.

Результаты. Лечение пропранололом назначалось на основании информированного согласия законных представителей ребёнка и заключения кардиолога по результатам суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, эхокардиографии, контроля уровня артериального давления и пульса, уровня гликемии крови. Эффективность терапии пропранололом оценивалась на основании локальной симптоматики с частотой 1 раз в месяц.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности терапии инфантильных гемангиом наружных половых органов пропранололом.

Ретроспективный анализ лечения паховых грыж у детей

Иванова А.С., Дорофеева А.Д.

Научный руководитель: Шкляев П.О.

Ижевская государственная медицинская академия

Актуальность. В настоящее время существует большое разнообразие методов лечения ПГ, к которым относятся как классические методики, так и малоинвазивные эндоскопические методы.

Цель. Произвести ретроспективный анализ методов лечения паховых грыж у детей.

Задачи. Исследовать частоту грыж передней брюшной стенки у детей; изучить методы лечения паховых грыж.

Материалы и методы. Сбор статистического материала на базе РДКБ МЗ УР.

Результаты. За период 01.01.2018-01.07.2018 гг. в хирургическом отделении РДКБ г. Ижевска находились на лечении 875 детей. Из них 337 (38,5%) детей были с грыжами передней брюшной стенки. Паховые грыжи выявлены у 240 (71,2%). Локализация паховых грыж справа у 57% детей, слева – 29%, с двух сторон – 14%. Диагноз «Пупочная грыжа» выставлен 24,3% детям. Другая локализация грыж выявлена у 4,5% детей. Хирургических операций по методу В. Дюамеля выполнено у 161 (67%) ребенка, с помощью малоинвазивных методов у 79 (33%) детей. Из

эндоскопических методов применяли лапароскопическая герниорафия (ЛГР) 55 (23%) и лапароскопия PIRS (percutaneous internal ring suturing) 24 (10%).

Выводы. Из всех грыж передней брюшной стенки паховые грыжи выявляли у 71,2%. Наиболее часто ПГ выявляли справа 57%, у мальчиков 63%, в возрасте от года до трех лет 53%. При лечении ПГ чаще выполняли классический открытый способ по методу В. Дюамеля 67%.

Диагностика и лечение врожденных портосистемных шунтов на примере пациентов с функционирующим Аранциевым протоком

Идрис Л.Я.

Научный руководитель: д.м.н. Митупов З.Б.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Цель. Изучить результаты и оценить эффективность эндоваскулярной окклюзии портосистемных шунтов.

Материалы и методы. За период 2015-2019 гг. в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова обследованы 15 детей с диагнозом «Патология сосудов печени. Портальная гипертензия?». Средний возраст пациентов составил ~3,7 (σ=4,9). В биохимическом анализе крови: повышение уровня билирубина (1,4 мг/дл), аммиака (57 ммоль/л), печеночных трансаминаз (250 Е/л). 8 пациентам было произведено эндоваскулярное закрытие шунта: трансъаремная имплантация окклюдера Amplatzer VascularPlug II. 5 пациентам младше 1 года окклюзия не проводилась, в связи с возможностью самостоятельного закрытия шунта. Установка окклюдера 2 детям была технически невозможна из-за анатомических особенностей шунта.

Результаты. Через 10 мин после установки выполнялась контрольная мезентерикография, при которой визуализировались внутripеченочные ветви воротной вены. На контрольной ангиографии через год отмечалось открытие внутripеченочных ветвей воротной вены и полная окклюзия патологического шунта, нормализация биохимического анализа крови.

Выводы. Эндоваскулярная окклюзия сравнительно проста, доступна, малотравматична, улучшает состояние пациентов, характеризуется малым риском развития осложнений. Ограничением применения методики является возраст пациента и анатомические особенности шунта.

Анализ результатов оперативного лечения пациентов старше 1 года с низкими свищевыми формами аноректальных пороков

Ижогина С.Д., Старченко В.С., Пепеляева И.М., Миронова И.К.

Научный руководитель: к.м.н. Сулавко Я.П., к.м.н. Васильев К.Г.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Цель. Сравнить результаты разных методов коррекции атрезии ануса с ректо-перинеальными/вестибулярными фистулами у детей старше 1 года.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни детей 3-11 лет со свищевыми формами низких аноректальных пороков за 2010-2018 гг. 1 гр.: проктопластика с формированием колостомы с последующим её закрытием через 4 мес (11). 2 гр.: двухэтапная проктопластика с низведением прямой кишки с избытком, с последующим его отсечением (15). При сборе анамнеза оценены кожно-анальный рефлекс, перианальный дерматит, стеноз ануса, избыток слизистой.

Результаты. Результаты оценены по шкале анальной континенции. 1 гр.: девочки – 73% (8), мальчики – 27% (3). Рубцовая деформация отмечалась в 10% (1), недержание – 91% (10), запоры – 91% (10), ректоцеле – 18% (2). Повторно оперирован 1 в связи с несостоятельностью швов. 2 гр.: девочки – 67% (10), мальчики – 33% (5). Рубцовая деформация ануса отмечалась в 23% (3), недержание кала – 100% (15), запоры – 33% (5), нарушения мочеиспускания – 20% (3). Повторные операции в 40% (6): несостоятельность – 13% (2), стеноз с рубцовым перерождением сфинктера – 7% (1), избыток слизистой – 20% (3).

Выводы. Дети, оперированные в возрасте старше 1 г., требуют многоэтапного лечения. Функциональные результаты методик относительно сопоставимы, оценка отдаленных результатов требует длительного периода наблюдения.

Врожденный гидронефроз у новорожденных и младенцев

Ильенко А.Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Аболина Т.Б.
Уральский государственный медицинский университет

Цель. Оценить результаты применения различных технологий лечения врожденного гидронефроза у новорожденных.

Материалы и методы. 36 историй болезни детей, пролеченных по поводу врожденного гидронефроза в возрасте от 2 дней до 5 месяцев, за 2016-2018 гг. Распределение по возрасту от 2 до 10 суток – 11 детей (30,5%),

11-28 дней – 9 детей (25%), от 1-3 мес – 14 детей (38,9%), 3-6 мес – 2 ребенка (5,6%), по полу: 27 (75%) мальчиков и 9 (25%) девочек. Поражение левой и правой почки при односторонней локализации 27 (75%) процесса встречалось одинаково часто, 2-сторонний гидронефроз – у 3 пациентов, у 6 детей гидронефроз одной почки сочетался с пиелоэктазией противоположной. Антенатально диагноз установлен 33 (91,7%) детям, 3 (8,3%) – постнатально, в возрасте одного месяца.

Результаты. Всем детям было проведено формирование широкого пиело-уретерального анастомоза на стенке. 6-ти детям (16,7%) была проведена нефростомия. У 31 (86,2%) детей положительный эффект регистрируется на 11 сутки после операции в виде значительного уменьшения размеров ЧЛС пострадавшей почки и увеличением размеров паренхимы. У 5 (13,8%) детей не отмечается значительного изменения объемов ЧЛС.

Выводы. Ранняя диагностика и лечение врожденного гидронефроза у новорожденных и младенцев способствует своевременному и эффективному устранению почечной обструкции.

Диагностика и лечение синдрома отечной мошонки у детей

Индрокова С.Б., Назарова Н.Я.

Научный руководитель: к.м.н. Индрокова С.Б.
Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Хатуты Мутовича Бербекова

Цель. Изучить структуру заболевания, улучшить диагностику и результаты лечения больных с данной патологией.

Материалы и методы. Проанализировано 177 историй болезни детей с синдромом отечной мошонки, поступавших в хирургическое отделение с 2017 по 2018 гг.

Результаты. Причиной отечной мошонки в 71,2% был перекрут гидатиды яичка. В 3,9% случаев – закрытые травмы яичек. У 12,4% больных выявлен перекрут яичка. Возраст детей от 2,8 до 17 лет. Дети поступили в сроке от 1 ч до 7 суток. В 16 случаях при поступлении было выполнено УЗИ яичек. Основными жалобами были боли, отек мошонки. Диагноз перекрут яичка был затруднителен в 5 случаях. У 6 больных УЗИ не проводилось. Все дети оперированы. В 5 случаях орхэктомия в виду некроза. В 17 случаях выполнена деторзия. В 5 случаях деторзии в яичке имелись серьезные нарушения микроциркуляции. Рана на мошонке ушивалась. В послеоперационном периоде все дети получали терапию: пентоксифиллин, НПВС. Проводился УЗИ контроль. В катамнезе у 1 ребенка атрофия яичка, у 3 детей гипоплазия яичка.

Выводы. 1. Всем детям с синдромом отечной мошонки необходимо проводить УЗИ. При наличии болевого синдрома, даже при отсутствии четких признаков перекрута яичка в экстренном порядке показано проведение ревизии мошонки. 2. Дети, перенесшие перекрут яичка, особенно с выраженными микроциркуляторными изменениями подлежат постоянному наблюдению уролога-андролога.

Результаты хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей

Ирискулов А., Солиева Н.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шамсиев Ж.А.
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Улучшить результаты лечения острого гематогенного сустава костей тазобедренного сустава (ОГОКТС) у детей путем совершенствования хирургического лечения.

Материалы и методы. Нами произведено обследование и лечение 142 больных детей с ОГО КТС в возрасте от 3 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении во 2-клинике СамМИ, за период с 1990 по 2018 гг. По хирургическим вмешательствам, нами выделено 3 клинические группы. 1 группу составили 60 детей, получавших общепринятое лечение с использованием скелетного вытяжения. 2 группу составили 20 пациентов, которым лечение проводилось с использованием аппарата Илизарова, вместо кокситной повязки. 3 группу составили 62 ребенка, оперированные разработанным в клинике дренирующей остеоперфорации крыши вертлужной впадины.

Результаты. Из 142 больных с острым гематогенным остеомиелитом костей тазобедренного сустава отдаленные результаты лечения были изучены у 104 (73,2%) пациентов в сроки от 1 до 15 лет после выписки из стационара. В том числе у 39 (65%) больных первой группы, 20 (100%) пациентов второй группы, и у 47 (76%) третьей группы.

Выводы. Наилучшие результаты получены у больных в 3 группе – 56,2%, что было значительно выше по сравнению с первой (34,6 %), и 2 группой – 45%. Неудовлетворительный результат, в 3-й группе составил только 18,8%, в то время как в 1 группе составил 40,4%.

Микробиологический пейзаж мочи в пораженной почке при моностеральном гидронефрозе

Ихсанова С.Р.

Научный руководитель: д.м.н. Шарков С.М.
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

Актуальность. Частота встречаемости данного заболевания 1:800-1:1500 новорожденных, из которой преобладает односторонняя гидронефротическая трансформация (75% случаев). Большинство исследований указывают на то, что посев мочи из мочевого пузыря у детей с гидронефрозом остаётся стерильным. Единого мнения о степени воспалительного процесса и инфицированности пораженной почки нет, расхождения результатов анализа мочи являются актуальной проблемой.

Цель. Изучение микрофлоры мочи в пораженной почке при моностеральном гидронефрозе.

Материалы и методы. Проведено исследование микрофлоры мочи из пораженной и контралатеральной почки у 20 детей с односторонним гидронефрозом. Забор мочи для исследования из мочевого пузыря и лоханки пораженной почки производили интраоперационно.

Результаты. Полученные данные показали, что моча из мочевого пузыря у всех детей была стерильной, тогда как моча из пораженной почки оставалась стерильной в 25%. В 5% определялась значимая бактериурия. Наиболее часто высеивались *Escherichia coli*, кокковая флора, *Klebsiella pneumoniae* и *Pseudomonas aeruginosa*.

Выводы. Моча в пораженной почке остаётся стерильной только в 25% случаев. Данные свидетельствуют о выраженном микробно-воспалительном процессе в пораженной почке. Следовательно необходима предоперационная подготовка с применением противомикробной терапии для данного контингента пациентов.

Травма глаз у детей

Казаева В.И., Молчанов Г.А.

Научный руководитель: к.м.н. Доржиев Б.Д.
Бурятский государственный университет

Цель. Провести анализ лечения детей с травмами глаз за период 2014-2018 гг. по материалам МХГД ГАУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко» г. Улан-Удэ.

Материалы и методы. В нашей работе проведен анализ лечения травм глаза у 200 детей за период 2014-2018 гг. по материалам МХГД ГАУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко» г. Улан-Удэ.

Результаты. При анализе историй болезней было выявлено 200 (100%) случаев травм глаз.

Дети, доставленные в стационар с признаками проникающей травмы: век – 20 (10%), слезного канала – 5 (2,5%), роговицы – 60 (30%), склеры – 30 (15%), корнеосклеральной области – 10 (5%); контузия глазного яблока – 75 (37,5%).

При проведении консервативной терапии получены удовлетворительные результаты у 85 (42,5%) пациентов. При выполнении контрольных визометрии и офтальмоскопии наблюдается положительная динамика, однако в 115 (57,5%) случаев, вследствие выраженности воздействия этиологического фактора проводилось операционное лечение: ушивание раны роговицы, века, склеры.

Выводы. 1. Травмы глаз у детей протекают довольно тяжело из 200 (100%) – 5 случаев (2,5%) закончились потерей зрения, а 25 (12,5%) остались со сниженным зрением. 2. Травмы глаз, как правило, получают дети в возрасте от 2 до 16 лет. 3. Своевременно оказанная медицинская помощь в первые сутки, дальнейшая консервативная терапия и при необходимости оперативное лечение определяют исход заболевания.

Отсроченная торакоскопическая эзофагопластика, как операция выбора при атрезии пищевода с большим диастазом

Калинин И.В.

Научный руководитель: к.м.н. Подшивалин А.А.
Казанский государственный медицинский университет

Цель. Обосновать тактику этапного лечения атрезии пищевода с большим диастазом.

Материалы и методы. С 2013 по 2019 гг. в ДРКБ Республики Татарстан было прооперировано 118 младенцев с диагнозом «атрезия пищевода». НТПС диагностировался у 105 детей (89%), ВТПС у 4 детей (3,3%), без свища – 9 (6,7%). Среднее время операции 90 мин. Летальность составила 2,5% (3 пациента из 118). Это дети с сочетанной патологией (ЦНС, пороки сердца). Пациентам с большим диастазом была применена техника последовательной этапной коррекции: гастростомия по Кадеру, эндоскопическая перевязка и пересечение трахеопищеводного свища (при наличии), затем бужирование орального отдела пищевода и формирование прямого пищеводного соустья без излишнего натяжения в возрасте 1,5-2 месяца.

Результаты. Данной методикой удалось добиться: сокращения времени операции, а значит и действия анестезии, предупреждения образования спаек, что позволяет менее травматично мобилизовать концы пищевода для последующей торакоскопической эзофагопластики, хорошей состоятельности анастомоза (без натяжения), косметического и функционального эффекта (исключено формирование возможных рубцовых деформаций грудной клетки после торакотомии).

Выводы. При выборе оперативного пособия предпочтительна отсроченная торакоскопическая эзофагопластика (при атрезии пищевода с большим диастазом).

Киста холедоха: диагностика, лечение

Каминская В.Д.

Научный руководитель: д.м.н. Цап Н.А.

Уральский государственный медицинский университет

Цель. Анализ диагностической тактики и хирургического лечения детей с кистозными мальформациями холедоха (КМХ).

Материалы и методы. Изучены истории болезни 28 детей с КМХ в возрасте от 1 месяца до 17 лет, из них 20 девочек (71,4%) и 8 мальчиков. Родились недоношенными 30,8% детей. Всем больным проведено полное клиничко-лабораторное и лучевое обследование: УЗИ брюшной полости (5 типов по Todani), МРТ-холангиографию, динамическую сцинтиграфию гепатобилиарной системы.

Результаты. Типичной триадой симптомов не проявил себя данный порок развития ЖВС ни у одного ребенка. Преобладал абдоминальный болевой симптом (92% случаев) с тошнотой, рвотой. Перемежающаяся желтуха была у 46,2% пациентов. Размер кисты составлял от 40 до 60 мм в диаметре – 84,6% случаев. Желчеотток коррегировали путем наложения билиодигестивного анастомоза на отключенной по Ру петле тощей кишки: позадибодочный гепатикоеюноанастомоз (38,5%), холедохоеюноанастомоз (53,9%). Морфология КМХ: хроническое воспаление в 69,2% случаев различной степени активности, вплоть до некроза, признаки аденомиоза (30,7%). Ближайшие послеоперационные осложнения несостоятельность анастомоза (2), кровотечение из зоны анастомоза (2) ликвидированы оперативным и консервативным путем. Летальных исходов не было.

Выводы. Отдаленные послеоперационные результаты указывают на эффективную лечебно- диагностическую тактику при КМХ.

Однорядный непрерывный серозно-мышечно-подслизистый кишечный шов при формировании анастомозов у детей

Карсельян А.Г.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Городков С.Ю.

Саратовский государственный медицинский университет

им. В.И. Разумовского

Цель. Оценить результаты использования однорядного непрерывного серозно-мышечно-подслизистого шва кишечных анастомозов у детей.

Материалы и методы. Проанализировано лечение 43 детей с апреля 2012 по декабрь 2018 гг. Мальчиков было 28, девочек – 15. Медиана возраста 2,6 часа (min – 1 сут, max – 8 лет). Кишечный шов выполняли биодеградирующей нитью диаметром 6/0 и 4/0.

Результаты. Тонкокишечный анастомоз был сформирован у 35, тонко-толстокишечный – у 8, анастомоз при дисконгруэнтности сегментов – у 5 (адаптацию кишечных сегментов осуществляли пликацией проксимального – 1; рассечением дистального сегмента – у 4). В условиях перитонита было сформировано 6 анастомозов.

Осложнения были у трех детей: несостоятельность шва – у двоих, стриктура зоны анастомоза – у одного. Умер один ребенок.

Выводы. Использование однорядного непрерывного серозно-мышечного кишечного шва у детей сводит к минимуму риск осложнений.

Лапароскопическое лечение эхинококковых кист печени у детей

Карькова Т.А., Насирова В.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тен Ю.В.
Алтайский государственный медицинский университет

Цель. Изучить возможности лапароскопического метода лечения эхинококковых кист печени на опыте клиники детской хирургии АГМУ.

Материалы и методы. В период 2013-2018 гг. по поводу эхинококковой кисты печени прооперированно видеолапароскопически 8 детей, из них 3 девочки и 5 мальчиков. Для диагностики паразитарной кисты печени применялись методы УЗИ и ИФА. Видеолапароскопическая эхинококкэктомия выполнялась с помощью эндохирургического комплекса Karl Storz, инструментария Auto Suture, Ethicon.

Результаты. Послеоперационный период в рассматриваемых 8 клинических случаях протекал гладко, все пациенты выписаны с выздоровлением, рецидивов за 3 года наблюдения не отмечалось.

Выводы. 1. Видеолапароскопическая эхинококкэктомия является методом выбора при одиночных кистах малых и средних размеров, расположенных поверхностно и в передних отделах печени. 2. Такое вмешательство, по сравнению с традиционным, является малотравматичным, характеризуется более гладким течением послеоперационного периода, сокращением сроков лечения пациентов более чем в 1,5 раза. 3. Диспансерное наблюдение детей с применением ИФА и ультрасонографии печени позволяет своевременно выявить рецидив заболевания и провести эффективную противопаразитарную химиотерапию албендозолом.

Экспериментальное внедрение имплантируемой системы для дистанционной электронейростимуляции

Кашигина О.Ю., Мырзагалиев А.К., Пунтикова А.Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Городков С.Ю.
Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского

Цель. Создание биodeградируемого имплантируемого устройства для стимуляции роста периферических нервов.

Материалы и методы. Исследование поддержано грантом № 17-79-20243 РФФИ. Было две группы животных: I (n=15) – нейрорафия без нейростимуляции; II (n=10) – нейрорафия с нейростимуляцией (НС) созданным устройством. Выполняя электронейромиографию (ЭНМГ), учитывали показатели невральнoго потенциала (НП): латентный период (ЛП) и амплитуду (А). Животных выводили из эксперимента через 30 дней, выполняя ЭНМГ и морфологическое исследование участка нейрорафии. В группе II НС выполняли по 10 мин. каждые 8 ч. 30 дней с частотой 1 Гц.

Результаты. В группе I медиана ЛП составила 6,5 мс [min 6,3 мс; max 6,7 мс]; медиана А – 29 μ V [min 27 μ V; max 29 μ V]. В группе II медиана ЛП – 10,39 мс [min 6,27 мс; max 12,2 мс]; медиана А – 20,3 μ V [min 9,3 μ V; max 140 μ V]. Имелось отличие групп по амплитуде НП на 31,1 % и отличие латентного периода – на 1,3%. При морфологическом исследовании: среднее количество нервных волокон в дистальном отрезке нерва в группе II в 2 раза выше.

Выводы. 1. Разработано устройство для дистанционной НС периферических нервов. 2. Отработана методика имплантации созданного устройства для НС *in vivo*. 3. При стимуляции зоны шва нерва показатели НП восстанавливаются быстрее. 4. Количество невральных волокон в дистальном отрезке нерва при НС выше.

Гистоморфологические особенности структуры крайней плоти полового члена в различных возрастных группах

Кенжекaнoвa Ж.Б., Бaкытжaн A.Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Досанова А.К.
Медицинский университет Астана

Цель. Анализ гистологических и морфологических особенностей кожи крайней плоти в возрастном аспекте.

Материалы и методы. В данном исследовании отражены результаты гистологических и морфологических особенностей структуры кожи крайней плоти полового члена 30 пациентов в возрасте от 1 года до 7 лет.

Гистологические препараты приготовлены из препуциальной кожи подлежащей утилизации после циркумцизио по ритуальным показаниям. Группы поделены по возрастам: I – 1-2 года, II – 3-4 года и III – 5-7 лет.

Результаты. Отмечается увеличение волокнистых структур сосудов во II группе – на $2,97 \pm 0,34$; III – до $3,26 \pm 0,28\%$ и дермы – в I группе – до $13,28 \pm 2,11$; II и III группах – до $15,06 \pm 2,33$ и $18,24 \pm 2,47$ соответственно. Фиброциты составили в I группе – $0,25 \pm 0,03$, II – $0,67 \pm 0,08$; III – $1,18 \pm 0,12$ ($p < 0,05$). Выявлено нарастание явлений полнокровия венозных сосудов в I группе – $0,68 \pm 0,21$, II – $0,92 \pm 0,12$, III – $0,94 \pm 0,16$.

Также выявлено изменения конфигурации пучков коллагеновых волокон, происходят изменения клеточного компонента дермы за счет постепенного снижения количества лимфоцитов и увеличения числа зрелых фиброцитов и гистиоцитов.

Выводы. Полученные результаты показали, что оптимальным для проведения хирургической коррекции при пороках развития полового члена является возраст до 3 лет, что предопределено эволюционированием структуры ткани в сторону нарастания грубых фиброзных волокон с увеличением возраста.

Гидронефроз у детей старше трех лет

Кензина О.И., Джураева Д.Д.

Научный руководитель: к.м.н. Мельникова С.А.
Уральский государственный медицинский университет

Цель. Определить причины позднего выявления врожденного гидронефроза (ВГнф) у детей старше 3 лет.

Материалы и методы. Проведен анализ 25 медицинских карт стационарного этапа в отделении урологии ОДКБ, всего за 2017 год поступило 87 детей с ВГнф. Критерии включения: дети от 3 до 17 лет, оперированные по поводу врожденного гидронефроза.

Результаты. Антенатально ВГнф был выявлен у 4 (16%) детей, но чаще была установлена пиелэктазия – 17 (68%) случаев. По полу значимо преобладали мальчики – 19 (76%). Средний возраст исследуемых пациентов составил 10 ± 7 лет. Жалобы при поступлении отсутствовали у 84% детей. Боль в животе беспокоила 2 детей (8%), НДМП – 1 (4%). На УЗДГ выявлено снижение васкуляризации почек в 5 (20%) случаях. В ОАМ: лейкоцитурия у 7 (28%) детей, эритроцитурия у 3 (12%).

Оперативное лечение проведено 22 (88%) детям: широкий пиелоретеральный анастомоз на стенке – 15 (68%), нефрэктомия – 4 (18%), стентирование МВП 2 детям (9%).

Интраоперационно установленные причины: aberrantный сосуд – 8 (36%), стеноз ПУС – 6 (27%), у 5 (23%) спаечный процесс, у 2 (9%) – комбинация причин.

Выводы. УЗИ-диагностика позволяет выявить детей с бессимптомным и интермиттирующим течением ВГнф, причиной которого у детей старшего возраста чаще всего является aberrantный сосуд.

Миниинвазивные технологии в лечении детей с калькулезным холециститом

Киргизов Ф.И., Алексеенко Д.А., Зарецкая Ю.А.

Научный руководитель: Дударев В.А.
Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Цель. Оценка эффективности лечения детей с калькулезным холециститом на основании использования методик малоинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 36 детей которые были распределены на 2 группы: 1–Контрольная 21 больной, 2–Исследуемая 15 больных. Всем больным было проведено инструментальное обследование, включавшее УЗИ, ЭРХПГ, КТ, МРТ.

Результаты. У 27 пациентов во время обследования были выявлены: сопутствующие заболевания-хронический панкреатит, гастродуоденит и гастрит; Аномалии ЖП-атипичная форма ЖП, врожденные перетяжки, внутрипузырные перегородки, дивертикулы ЖП, удвоение ЖП.

Контрольной группе проведены следующие оперативные вмешательства: холецистэктомия (ХЭ) 18 пациентам; 3 – ХЭ дополненная ИО холангиографией, холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха. Исследуемой группе была проведена лапароскопическая ХЭ 15 пациентам, 2 – папилосфинктертомия с санацией желчных протоков, 4 – лапароскопическая ХЭ с ИО эндоскопической ревизией и санацией желчных протоков. Осложнения наблюдались только в контрольной группе.

Выводы. Таким образом, применение малоинвазивных эндоскопических методов значительно снижает частоту послеоперационных осложнений, сокращает послеоперационное пребывание пациента в стационаре, сокращает время проведения операции, уменьшает травматичность хирургического вмешательства.

Врождённая диафрагмальная грыжа и возможности фетальной хирургии

Кислова А.Ю., Слепцова Д.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бландинский В.Ф.,
к.м.н., доцент Слепцов А.Р.

Ярославский государственный медицинский университет

Цель. Изучить критерии степени тяжести врождённой диафрагмальной грыжи и возможности фетальной хирургии в коррекции порока.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения ВДГ у 12 пациентов с 2009 по 2018 гг. в ЯОДКБ и ОПЦ, обзор 21 публикации, на основании которых изучены показания, противопоказания, техника пренатальной эндотрахеальной баллонной окклюзии (FETO) и ее исходы.

Результаты. Средний срок родоразрешения составил 37 нед. Всем новорожденным выполнена операция открытым доступом с пластикой диафрагмы собственными тканями. 4 из 12 новорожденных погибли от ДГ вследствие легочной гипоплазии и легочной гипертензии. По данным ряда исследователей FETO повышает выживаемость плодов с критической степенью гипоплазии легких с 15 до 50-57% при левосторонних грыжах и с 0 до 30% при правосторонних. Для проведения FETO необходим отбор пациентов: операция должна проводиться в сроки 26-28 нед. гестации при условии наличия у плода печени в левой половине грудной клетки и LHR < 1,0 между 24 и 26 нед.

Выводы. ВДГ выявляется в 1 случае на 2000-4000 живорождений и составляет 8% всех врожденных аномалий. Около 40% новорожденных погибают от гипоплазии легочной ткани и легочной гипертензии. Для коррекции порока целесообразно применение FETO, для лучших результатов операции необходим отбор плодов с диафрагмальной грыжей по определенным критериям.

Реплантация сегментов конечности у детей

Ковалева Д.Ю.

Научный руководитель: : д.м.н. профессор Купатадзе Д.Д.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

Цель. Рассмотреть влияние различных факторов при проведении реплантаций конечностей у детей.

Материалы и методы. Изучены истории болезней 12 реплантаций пяточно-подошвенного сегмента, 2 реплантации предплечья, 1 голени, 99

реплантаций и 34 реваскуляризации пальцев (всего 148 операций). Наибольшее количество наблюдений касается травм дистальных отделов верхних конечностей, требующих соблюдения всех принципов оперирования на сухожилиях и мягких тканях кисти. Во всех случаях обязательно использована микрохирургическая техника оперирования с оптическим увеличением в 6-12 раз, атравматическими нитями 6/0 – 8/0.

Результаты. Для реплантации являются пригодными уровни ампутации от запястья до средней трети предплечья и от голеностопного сустава до верхней трети голени. Исход при наличии уровней других локализаций является сомнительным, особенно при условии отчленения выше средней трети бедра.

Выводы. При реплантации конечности необходимо учитывать множество различных факторов, таких как: общее состояние больного, характер травмы (отсечение, размозжение, тракция), время холодовой и тепловой аноксии, уровень ампутации, оказывающих серьезное влияние на приживание и адекватное функционирование в дальнейшем.

Аутотрансплантация кишки у детей

Ковалева Д.Ю., Панин И.С., Фокин А.А., Довжанский И.В.,
Минаева А.А., Лобзин А.А., Уварова Д.Б., Уваров Н.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Купатадзе Д.Д.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

Цель. Изучить варианты аутотрансплантации кишки.

Материалы и методы. Опыт 20 аутотрансплантаций кишечных сегментов при заместительных операциях на пищеводе у 18 детей.

Результаты. Показания к пересадке кишечных сегментов возникли у наиболее сложных больных после неудач традиционных заместительных операций, а также у пациентов с рубцовым поражением верхне-шейного отдела пищевода. Заболевания, потребовавшие выполнения аутотрансплантации представлены: тотальным ожоговым рубцовым поражением пищевода (1), пептическим поражением пищевода (2), ожоговым рубцовым поражением гортаноглотки (15). В качестве трансплантата в 3 случаях была использована толстая кишка, в 17 – тонкая. При тонкокишечной пересадке были использованы кишечные сегменты (4) и кишечные лоскуты (13). У одного пациента с тотальным рубцовым поражением пищевода была произведена двухэтапная свободная пересадка тонкой кишки на шею и затем за грудиной. В двух случаях свободный трансплантат использован у больных с незавершенной предгрудинной тонкокишечной пластикой.

Выводы. Кишечная сегментарная аутотрансплантация является методом выбора в случаях пластического замещения верхних отделов пищевода, где применение традиционных методов невозможно или связано с необходимостью выполнения тотальной эзофагопластики.

Значение антенатального рефлюкса в патогенезе гидронефроза

Коломытцева Е.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Дерюгина Л.А.
Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского

Цель. Доказать участие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) в формировании обструкции пиело-уретерального сегмента (ПУС) на этапах антенатального развития.

Материалы и методы. Анализ антенатальных ультразвуковых маркеров патологии мочевыделительной системы (МВС) у 48 детей, оперированных по поводу врожденного гидронефроза (ГН) в возрасте от 1 до 6 месяцев, позволил констатировать у 32 плодов расширение лоханок от 6 до 16 мм, а также у 12 плодов расширение мочеточников от 2 до 5 мм. Постнатальное дооперационное рентгенурологическое обследование выявило у 5 детей наличие ПМР 2-4 степени. В послеоперационном периоде при рецидивирующем течении инфекции МВС у 3 детей выявлен ПМР 2-3 степени. При дальнейшем наблюдении у четырех детей ПМР исчез самостоятельно, у четырех потребовалась эндоскопическое лечение ПМР, у одного – реимплантация мочеточника.

Результаты. У 12 детей из 48 с врожденным ГН в антенатальном периоде выявлены маркеры ПМР – расширение лоханок и мочеточников. В постнатальном периоде у 8 детей наличие ПМР было подтверждено рентгенологически.

Выводы. Антенатальные указания на дилатацию лоханки и расширение мочеточников у плодов, постнатальное подтверждение наличия ПМР в сочетании с врожденным ГН позволяют предположить, что в ряде случаев антенатальное существование ПМР является решающим фактором для формирования стеноза ПУС.

Антенатальная диагностика обструктивных уropатий

Колхидова З.А., Григорян А.М.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Лолаева Б.М.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Цель. Выявление обструктивных уropатий верхних мочевых путей в антенатальном периоде и тактика ведения детей в постнатальном периоде.

Материалы и методы. С 2016 по 2018 гг. были обследованы 48 беременных с признаками дилатации верхних мочевых путей у плода. Проводилось три скрининг-УЗИ в сроки 16, 22 и 35 недель. Ранним признаком обструктивной уропатии у плода являлась пиелэктазия. К концу беременности у части плодов определялась еще и уретерэктазия.

Результаты. Из 48 плодов у 18 к 35 неделе степень пиелэктазии не нарастала, а у 30 имелась тенденция к нарастанию. У 11 из них помимо пиелэктазии определялась уретерэктазия, а в дальнейшем отмечалось нарастание степени дилатации верхних мочевых путей, уменьшение толщины паренхимы почек. 18 детей в раннем постнатальном периоде находились под динамическим амбулаторным наблюдением с УЗ-контролем и контролем анализа мочи. Остальные 30 детей были госпитализированы, из которых у 11 нарастала степень дилатации ЧЛС (3) и мочеточников (8). Данным детям было проведено полное рентгеноурологическое обследование: у 3 выявлен гидронефроз, а у 8 – уретерогидронефроз. 19 детей были выписаны под амбулаторное динамическое наблюдение.

Выводы. Благодаря введению программ антенатального УЗ-скрининга стала возможной ранняя диагностика врожденной урообструкции и определение рациональной тактики постнатального ведения.

Хроническая мезентериальная ишемия в эксперименте

Королев Г.А., Марчук Т.Д.

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

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

Цель. Оценка состояния толстой кишки (ТК) в условиях мезентериальной ишемии у крыс.

Материалы и методы. Выполняли лигирование ветвей каудальной брыжеечной артерии у 10 крыс Спрег-Доули. После операции оценивали стул. Повторная лапаротомия на 7, 9, 12, 14, 21, 42, 53, 62 сутки. Выполняли: ревизию, биопсию здоровых участков ТК и в зоне ишемии. Микроскопически определяли число энтеральных ганглиев на 5 мм площади. Статистика: критерий Вилкоксона, коэффициент корреляции Спирмена (Excel).

Результаты. Нарушение стула после операции – у 9 крыс. При повторной лапаротомии: сужение кишки в зоне ишемии – у 2. Отсутствие кишечного содержимого в зоне ишемии – у 5. Дилатация ободочной кишки выше зоны ишемии – у 8. Сильная корреляционная связь между расширением здоровых отделов толстой кишки и отсутствием кала в зоне ишемии (коэфф. +0,83, $p < 0,05$). Копростаз выше зоны ишемии – у 5, сильная корреляционная связь с дилатацией данных отделов ТК (коэфф. +0,8, $p < 0,05$). Зависимости степени дилатации кишки от времени эксперимента не выявили. Количество ганглиев в зоне ишемии 10,5-18,5

(Me-11,25), в вышележащих отделах кишки – 13-27 (Me-19). Различия статистически значимы ($p < 0,05$).

Выводы. При хронической мезентериальной ишемии 90% крыс имели дисфункцию кишечника, 80% – признаки частичной кишечной непроходимости при повторной лапаротомии. В зоне ишемии энтеральных ганглиев было меньше, чем в вышележащих здоровых отделах.

Применение усовершенствованной портоэнтеростомии для лечения билиарной атрезии

Круталеви́ч Ю.М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Козлов Ю.А.
Иркутский государственный медицинский университет

Цель. Исследовать ближайшие и отдаленные результаты усовершенствованной операции Kasai для лечения билиарной атрезии (БА).

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения 51 ребенка с БА, находившихся в ОГАУЗ ГИМДКБ, за период 2005-2018 гг. Все пациенты до операции имели желтуху, ахоличный стул, среднее значение прямого билирубина – $133,3 \pm 44,2$ мкмоль/л. На момент вмешательства средний возраст больных – 73 дня, средний вес – 4291 г. Особенности хирургической техники заключались в использовании минилапаротомии, отводящей петли длиной 45 см, механического анастомоза «бок-в-бок». Ближайшие результаты оценивались на основании снижения уровня прямого билирубина, отдаленные – по выживанию с нативной печенью через 6, 12 и 60 месяцев.

Результаты. Среднее время операции составило 120 мин. В раннем периоде наблюдений не было выявлено осложнений. Частота послеоперационного холангита составила 25,5%. Клиренс билирубина ниже 20 мкмоль/л наступил через 6 месяцев у 38 детей (77,5%). Через 12 месяцев нативная печень сохранена у 34 больного (70,8%), 5 лет – у 21 (60%).

Выводы. Операция Kasai – эффективный метод лечения БА. Долгосрочные наблюдения показали приемлемый уровень выживания пациентов с нативной печенью после 5 лет наблюдений. Предложенные новации позволили оптимизировать хирургическое лечение БА.

Лечение химических ожогов пищевода у детей

Кузьмина К.Д.

Научный руководитель: д.м.н. Пономарев В.И.
Омский государственный медицинский университет

Цель. Оценить возможности для улучшения лечения детей с ожогами пищевода.

Материалы и методы. Анализировался клинический материал, насчитывающий 45 больных в возрасте от 1 года до 11 лет, находившихся в клинике с 2016 по 2018 гг. по поводу химической травмы пищевода 2-3 степени тяжести. По способу лечения больные разделены на три группы: 1) промывание пищевода и желудка проводилось в первые часы после травмы – 37 детей; 2) в первые часы после травмы проводилось промывание только желудка – 3 ребёнка; 3) промывание не проводилось – 5 детей.

Результаты. Результаты через 4 недели после начала лечения: стриктура развилась у 4 пациентов. В первой группе ни у одного ребёнка стенозирование пищевода не наступило, во второй группе у 2, в третьей у 2 детей.

Вывод. Степень повреждения пищевода зависит от характера химического агента, его концентрации и консистенции. Применение методики раннего промывания пищевода и желудка позволяет улучшить результаты лечения детей с химическим ожогами пищевода.

Лечение болезни Гиршпрунга у детей

Кулаева А.С., Аксенова А.А.

Научный руководитель: к.м.н. Скобелев В.А.
Кировский государственный медицинский университет

Цель. Оценить выбор метода лечения детей с БГ с целью снижения летальности

Материалы и методы. Проанализирован опыт ведения 47 детей с БГ, за 2004-2018, Определение этапности лечения зависит от возраста больных на момент манифестации и анатомического варианта БГ.

Результаты. 24 новорожденных: 15 – колостомы на правые отделы толстой кишки; в 1 случае – колостома слева; 8 с тотальным аганглиозом – 5 илеостомий, у 1 илеостома+колэктомия, у 2 илеосигмоанастомоз с хорошими результатами. Летальные исходы: 3 с тотальной формой и 1 с субтотальной формой, выраженным энтероколитом, сепсисом и ПОН. Распространенность тотальной формы БГ среди новорожденных 33%, летальность 16%. У 23 детей БГ диагностирована после первого месяца жизни. 18 младенцам – превентивные колостомы и 5 илеостомы. Осложнений не было, летальность – 4%. Радикальное лечение БГ проводится после 1 года или при достижении массы 10 кг. Радикально прооперировано 37 детей: 32 – операция Свенсона; 3 – Ребейна, 2 – проктопластика из доступа Пенья. У 3 детей наблюдались осложнения, у 1 вялотекущий перитонит, справиться с которым не удалось. Поздних осложнений не было, летальность 2%.

Выводы. Распространенность тотальной формы в регионе в 2 раза превосходит среднемировую. Целесообразно дренировать брюшную полость при наложении колоректального анастомоза. Дальнейшее снижение

летальности связано с оптимизацией лечебных мероприятий и выхаживания недоношенных в отделениях реанимации.

Опыт применения биополимерного материала "Хитопран" в закрытии раневых дефектов у детей

Курбатова Т.А., Гриценко А.Ю.

Научный руководитель: Барова Н.К.

Кубанский государственный медицинский университет

Цель. Оценка клинической эффективности применения биопластического материала (БМ) «Хитопран» в лечении ран у детей.

Материалы и методы. В Краевом центре детской хирургии накоплен опыт лечения 15 детей с применением БМ «Хитопран» на основе хитозана с полипrenoлами. Возраст: 5-17 лет. Соотношение мальчиков и девочек – 3:1. Преимущественная локализация – конечности и туловище. Характер ран: острые – 11 (73,3%); хронические – 4 (26,7%). Все раны инфицированные – 100%. Размеры раневых дефектов – от 4 до 11 см. в диаметре. Глубина поражения – кожа и подкожно-жировая клетчатка. При проведении ХО раны обращалось внимание на её радикальность. Операция завершилась ультразвуковой кавитацией. Степень готовности раневого ложа к восприятию кожного лоскута оценивали визуально по наличию здоровой грануляционной ткани и результатам бактериологического мониторинга, отрицательные результаты которого являлись обязательным условием для применения БМ.

Результаты. Все пациенты выписаны с закрытием раневых дефектов. У 8 (53,3%) закрытие раны достигнуто при первой аппликации БМ. У остальных 5 (33,3%) аппликация проводилась 2 раза. У 3 (20%) детей с очаговым лизисом выполнено по 3 аппликации. Аллергическая реакция (местная и общая) не отмечена ни в одном случае.

Выводы. Применение БМ «Хитопран» с полипrenoлами является эффективным и перспективным методом в проблеме замещения раневых дефектов у детей.

Диагностика и лечение опухолей и кист грудной полости

Кутдусова А. В., Ломакина В. Д.

Научный руководитель: д.м.н. Гумеров А.А.

Башкирский государственный медицинский университет

Цель. Оценить результаты диагностики и лечения опухолей и кист грудной полости.

Материалы и методы. В хирургическом отделении республиканской детской клинической больницы г. Уфы в период 2014-2019 гг. на лечении

находилось 31 ребенок с патологией органов грудной клетки. Возраст больных колебался от 3 месяцев до 17 лет. Большинство пациентов поступало в клинику с направительными диагнозами деструктивная пневмония и бронхит, с жалобами на кашель, одышку, слабость. В 17 случаях отмечалась высокая температура. У 8 пациентов при ультразвуковом исследовании выявлено опухолевидное образование. На рентгенограмме выявлялось округлое гомогенное образование. Для уточнения диагноза проводились ультразвуковое исследование, компьютерная томография и бронхоскопия.

Результаты. Лечение традиционным оперативным способом проводилось 15 детям, торакоскопически – 16, конверсия – у 4 больных. Осложнения при проведении операций не наблюдались.

Выводы. Для своевременной диагностики опухолей и кист грудной полости необходимо комплексное исследование, включающее компьютерную томографию, ультразвуковое исследование и бронхоскопию.

Перфорация пищевода инородным телом у ребенка. Клинический случай

Кутлаюлова А.К., Поспелов М.С.

Научный руководитель: к.м.н. Яфясов Р.Я.
Казанский государственный медицинский университет

Цель. На примере клинического случая показать опасности повреждения пищевода инородными телами.

Материалы и методы. В ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ находился пациент 4 лет с диагнозом «Инородное тело верхней трети пищевода, осложненное перфорацией стенки с развитием заглоточного абсцесса и медиастинитом». Жалобы при поступлении: боль в горле, вялость, слабость, повышение температуры до 37,5°C, дисфагия, резкая болезненность при движении в шее. Из анамнеза стало известно, что ребенок болен 3 день. За 3 дня до обращения ел домашнюю шаурму с курицей. По данным КТ шеи: ИТ (кость), прободающая пищевод, проникающая в мягкие ткани правой боковой поверхности шеи. Было выполнено ФГДС с попыткой извлечения ИТ, эндоскопическое установление гастростомы, вскрытие заглоточного абсцесса и дренирование мягких тканей в области перфорации пищевода. В последующем проведено удаление гастростомы, перфорация пищевода зажила на 7 сутки.

Результаты. В результате проведенного лечения пациент был выписан на 20 сутки с выздоровлением.

Выводы. Инородные тела пищевода у детей представляют собой большую опасность ввиду развития тяжелых гнойно-септических осложнений со стороны органов средостения, шеи, глотки, что может

привести к тяжелым последствиям и даже к летальному исходу. Родителям, в свою очередь, необходимо внимательно относиться к кормлению детей и ограничивать доступ к мелким предметам и деталям в быту.

Морфологические изменения мочеточника при мегауретере у детей

Кяримов И.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Соловьев А.Е.
Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П.Павлова

Цель. Изучить морфологию мочеточника при мегауретере у детей.

Материалы и методы. Проведено морфологическое исследование 30 удаленных во время операций дистальных сегментов мочеточника. Окраска – гемортоксилин-эозин.

Результаты. Оперированы 22 ребенка с мегауретером, у 8 детей операция проведена с 2 сторон. Мальчиков было 19, девочек – 3. Большинство оперированных детей были в возрасте до 1 года. Исследования удаленных мочеточников показали, что морфологической основой мегауретера является порок развития дистального отдела мочеточника, который характеризовался различными вариантами соединительнотканых и эластических элементов с выраженной дезорганизацией мышечных пучков. В нервных волокнах обнаружены неоднородное и неравномерное утолщение, вздутие и фрагментация нервных волокон, дистрофические изменения в нервных клетках. В половине случаев имелся переуретерит.

В проксимальном направлении ориентация мышц и нервных волокон мочеточника приближалась к норме.

Выводы. Основой мегауретера являются выраженные структурные изменения дистального отдела мочеточника.

Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области. Дефекты твердого и мягкого неба

Ларина В.Г., Верещагина А.И., Томасян Э.С.

Научный руководитель: Тараканов В.А.
Кубанский государственный медицинский университет

Цель. Улучшение результатов лечения детей с врожденными пороками развития (ВПП) челюстно-лицевой области (ЧЛО) твердого и мягкого неба.

Материалы и методы. . Исследованы 40 пациентов с ВПР развития ЧЛО твердого и мягкого неба в возрасте от 8 месяцев до 8 лет. Из них 35 (88%) пациентам была проведена велоластика, 5(12%) пациентам была проведена уранопластика, из которых радикальной уранопластики подверглись 3(8%) пациента, а частичной уранопластики подверглись 2(4%) пациента. Проводилось симптоматическое лечение по стандартному алгоритму (а/б терапия, по показаниям инфузионная терапия). При ПХО проводилась адекватная мобилизация тканей либо закрытие дефекта кожным лоскутом. В работе использовался только атравматический шовный материал (4/0-7/0). В реабилитационном периоде, через 1 месяц после операции проводились занятия с логопедом. Противорубцовая терапия с индивидуальным подбором проводилась всем без исключения.

Результаты. У 95% детей с ВПР твердого и мягкого неба наступило выздоровление. У 5% детей констатирована респираторная инфекция с частичным или полным расхождением швов.

Выводы. Комплексный подход в лечении ВПР твердого и мягкого неба у детей позволяет добиться полного выздоровления с формированием удовлетворительного эстетического результата и восстановление дефектов речи в подавляющем большинстве случаев.

Иммунокоррекция у детей грудного возраста с тяжелой формой БД при вентилятор-ассоциированной пневмонии

Ларина Н.Е.

Научный руководитель: Кульчицкий О.А.
Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. Вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП) у детей грудного возраста с бронхолегочной дисплазией является одной из ведущих причин в структуре детской смертности.

Цель. За 3 года изучить динамику развития и частоту ВАП у детей грудного возраста с тяжелой формой БД, находившихся на ИВЛ. Определить эффективность и влияние в/в коррекции иммунитета на течение и прогноз БД.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 10 историй болезни у детей грудного возраста, находящихся на длительной ИВЛ и имеющих тяжелую форму бронхолегочной дисплазии. Для коррекции иммунного статуса у детей использовался «Пентаглобин».

Результаты. У детей с проводимой иммунокоррекцией удалось достичь более быстрого регресса воспалительно-инфекционного процесса в легких, а также уменьшить параметры аппаратной вентиляции. 2 детей

удалось экстубировать и перевести на самостоятельное дыхание. 8 детям проведена трахеостомия. 3 детей умерли.

Выводы. На фоне проведения иммунокоррекции у 25% детей удалось достичь более быстрого регресса ВАП и у 50% детей положительно повлиять на течение и прогноз при БЛД.

Предварительное отведение мочи при обструктивных уропатиях у новорожденных

Липперт В.Н.

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

Омский государственный медицинский университет

Актуальность. Обструктивные уропатии (ОУ) одна из самых распространенных патологий органов мочевой системы, встречающихся в период новорожденности. Причиной невозможности выполнения коррекции уродинамики в этом возрасте могут быть технические трудности или тяжелая сопутствующая патология.

Цель. Определить эффективность предварительного дренирования мочевых путей у новорожденных при обструктивных уропатиях.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» в 2016-2018 годах находились на обследовании и лечении 82 новорожденных с различными вариантами ОУ.

Результаты. Из всей группы новорожденных 30 детям с выраженным истончением почечной паренхимы потребовалось предварительное отведение мочи при помощи пункционной нефростомии. Длительность его составила от 1 до 3 месяцев. После этого после улучшения состояния паренхимы была произведена радикальная коррекция пороков.

Выводы. Предварительное отведение мочи путем установки пункционной нефростомии является эффективным методом временной нормализации уродинамики при ОУ и подготовки ребенка к радикальной оперативной коррекции.

Определение концентрации Д-лактата как метод ранней диагностики инфицирования брюшной полости при остром аппендиците у детей

Литвяков М.А., Аверин В.И., Семенов В.М.

Научный руководитель: д.м.н. Аверин В.И., д.м.н. Семенов В.М.

Витебский государственный медицинский университет

Цель. Исследовать возможность применения тест-системы «D-лактам»

как метод диагностики инфицирования брюшной полости при остром аппендиците у детей.

Материалы и методы. В основную группу вошли 34 пациента перенесших острый флегмонозный (n=29) или острый гангренозный (n=5) аппендицит.

Контрольную группу составили 12 здоровых детей, оперированных по поводу плановой урологической (n=4) или хирургической (n=8) патологии.

Всем пациентам обеих групп интродуционно осуществлялся забор перитонеального экссудата, в котором определялась концентрация D-лактата с использованием тест-системы D-лактам (Сивитал, РБ).

Результаты. Проведенный анализ показал, что уровень D-лактата в воспалительном экссудате брюшной полости пациентов, перенесших ОА (Me – 0,93 (0,42-1,26) ммоль/л), статистически значимо ($p < 0,0001$) превышает таковой у здоровых лиц (Me – 0,26 (0,2-0,31) ммоль/л).

При ROC-анализе пороговой концентрацией инфицирования брюшной полости была признана концентрация D-лактата $\geq 0,335$ ммоль/л. (чувствительность 89,6% и специфичность 100% при AUC = 0,934).

Выводы. 1. Тест-система «D-Лактам», позволяет осуществлять качественную и количественную оценку D-лактата в перитонеальном экссудате. 2. Определение уровня D-лактата в ПЭ превышающего 0,335 ммоль/л, с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) указывает на наличие у пациента бактериального обсеменения брюшной полости.

Микрохирургическая реконструкция портального кровотока в эксперименте

Лобзин А.А., Панин И.С., Фокин А.А., Минаева А.А., Уварова Д.Б.,
Уваров Н.А., Ковалева Д.Ю., Довжанский И.В.

Научный руководитель: д.м.н. Купатадзе Д.Д.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

Цель. Изучение состояния ветвей и ствола портальной вены после операции Виль де Го, порто-кавального анастомоза методом Н-шунтирования.

Материалы и методы. Проведены экспериментальные операции на кроликах под оптическим увеличением с использованием микрохирургической техники нитью 10/0. В качестве трансплантата была использована внутренняя яремная вена. В послеоперационном периоде проведена оценка состояния следующих систем: сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной. Для этого были использованы лабораторные, инструментальные, физикальные методы исследования.

Так же были изучены истории болезней 1986-2016 гг. Под наблюдением находились 170 детей в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, поступивших как в плановом порядке, так и в связи с пищеводно-желудочным кровотечением. Комплекс обследований включал: лабораторные исследования, УЗИ, ФЭГДС, КТ, МРТ, ангиографию. Операции портосистемного шунтирования выполняли в зависимости от анатомического варианта сосудов воротной системы, отдавая предпочтение операциям селективного шунтирования.

Результаты. Исходя из лабораторных, инструментальных, физикальных методов исследования и выводов из теоретической базы определены виды анастомозов позволяющие улучшить состояние ветвей и ствола портальной вены.

Выводы. Исходя из результатов исследования, изучены изменения системной и портальной гемодинамики после шунтирования.

Трудности диагностики перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки у детей

Ломакина В.Д., Кутдусова А.В.

Научный руководитель: д.м.н. Гумеров А.А.

Башкирский государственный медицинский университет

Цель. Анализ результатов диагностики и лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Материалы и методы. Результаты диагностики и лечения 23 детей с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них 19 мальчиков и 4 девочки. Возраст – от 2 до 17 лет. Пациенты были направлены в хирургическое отделение на базе РДКБ с диагнозами острый аппендицит – 12, перитонит – 5, панкреатит – 3, перфоративная язва – 3.

Результаты. Жалобы при поступлении: боль в животе – 23, рвота – 10. При пальпации: напряжение брюшной стенки – 15, симптом Щеткина – Блюмберга положительный – 16, сомнительный – 7. На рентгенограмме органов брюшной полости свободный газ под диафрагмой обнаружен у 9 детей. У 14 пациентов перфоративная язва диагностирована во время операции с предполагаемыми диагнозами острый аппендицит, перитонит. Перфорация дуоденальной язвы выявлена у 2 детей. В большинстве случаев перфорация желудка отмечалась в области большой кривизны. Диаметр перфоративного отверстия варьировал от 0,2 до 0,8 см. Ушивание производили узловыми швами в поперечном направлении. Эндоскопическое ушивание у 16 детей, у 7 – традиционным способом. Осложнения в послеоперационном периоде не наблюдались.

Выводы. Диагностика представленных осложнений представляет значительные трудности при прикрытой перфорации язвы. Лапароскопия позволяет диагностировать и провести операцию.

Посттравматический синовит коленного сустава у детей

Мавлеткулов А.М., Мустафин А.Д., Миниахметов А.А., Кутдусова А.В.

Научный руководитель: д.м.н. Гумеров А.А.
Башкирский государственный медицинский университет

Цель. Изучение основных причин посттравматического синовита коленного сустава.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета за последние 15 лет наблюдались 65 детей с посттравматическим синовитом КС (ПТСКС).

Признаки посттравматического синовита КС преимущественно появлялись через 2-3 недели после перенесенной травмы сустава.

Результаты. Основными жалобами у детей с синовитом КС были боли в суставе, усиливающиеся после физических нагрузок, ограничение движений. У трети пациентов наблюдалась блокада сустава. При обследовании отмечали увеличение размеров, изменение формы сустава и сглаженность его контуров, выявляли болезненность при пальпации.

При рентгенографии КС ни у одного из пациентов повреждение вне- и внутрисуставных мягкотканых структур не выявлено. Для диагностики ПТСКС проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) КС, которая позволила идентифицировать рентгенологическое, не диагностированные различные внутрисуставные повреждения, различные повреждения костно-суставного хряща, а также болезнь Гоффы.

Артроскопическое лечение синовита проводилось у 44 детей.

Консервативное лечение осуществлялось у 11 больных.

Выводы. Основными причинами посттравматического синовита КС являются внутрисуставные повреждения. Артроскопия позволила не только точно установить диагноз, но и выполнять необходимые лечебные мероприятия.

Значение миниинвазивных методов диагностики и лечения в неотложной хирургии детского возраста

Мавлянов Н.Х., Аметов Э.Т., Маматкулова М.

Научный руководитель: д.м.н. Мавлянов Ф.Ш.
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения неотложных заболеваний путем применения миниинвазивных технологий.

Материалы и методы. 153 детям были выполнены экстренные вмешательства с применением малоинвазивных технологий. 117 детям с

диагнозом «Острый аппендицит» проведена экстренная лапароскопия. 36 больным была выполнена бронхоскопия. Мальчиков было 78, девочек – 75. Возраст детей составил от 1 года до 17 лет.

Результаты. Длительность операций варьировала от 20 до 45 минут. Средние сроки госпитального периода лечения снизились до 3-5 суток. Лапароскопическая методика применялась при всех формах острого аппендицита, а также аппендикулярного перитонита. При выполнении лапароскопических вмешательств в случаях перитонита проводилась тщательная санация брюшной полости. Дренирование применялось избирательно. В дыхательных путях оставались, тяжелые и с гладкой поверхностью предметы, цепляющиеся за слизистую трахеи и бронхов пружинки, колоски растений, скорлупа, легко набухающие корочки цитрусовых, кусочки овощей и фруктов. В 7 случаях наблюдалась полная обтурация просвета бронха, частичная закупорка отмечалась у 26 детей. В одном случае был удален шуруп размерами 10,0 х3,0 мм.

Выводы. Применение миниинвазивных технологий в хирургии детского возраста позволяет улучшить диагностики и лечение неотложных заболеваний у детей.

Результаты лечения дистальных форм гипоспадий у детей

Магомед А.М., Хабиева П.Г.

Научный руководитель: д.м.н. Махачев Б. М.

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность. Гипоспадия является частым пороком развития, которая встречается в 1 случае на 150-200 рожденных мальчиков. Выбор способа операции зависит от размера полового члена и его головки, состояния уретральной площадки, выраженности искривления полового члена, наличия крайней плоти.

Цель. Оценить результаты различных методик пластик уретры у детей при дистальных формах гипоспадии

Материалы и методы. За период 2016-2018 гг. в отделении урологии ДРКБ были оперированы 291 детей с дистальной формой гипоспадии. Возраст детей от 2 до 15 лет. Головчатая форма наблюдалась у 53 пациентов, венечная – 92, передне стволовая – 146. Произведены следующие операции: пластика по Mathieu – 121, Snodgrass – 130, Duplay – 18, MAGPI – 16, Koff – 6.

Результаты. Оценка результатов применяемых пластик уретры, основывалась на наличие осложнений. Так формирование уретрально –

кожного свища отмечено в 32 случаях (Mathieu – 26, Snodgrass – 4, Duplay – 2), меатостеноз у 9 детей (Snodgrass – 3, Mathieu – 2, Duplay – 2, Koff – 2)

Выводы. Наиболее частым осложнением при коррекции дистальных форм гипоспадий является кожно – уретральный свищ. Значительное снижение количества данного осложнения отмечаем при проведении пластики уретры по Snodgrass с прикрытием сформированной неоуретры мобилизованной мясистой оболочкой препуциального мешка.

Ахалазия пищевода: лечение у детей

Максимова П.В., Воропаева А.В., Тен К.Ю.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тен Ю.В.
Алтайский государственный медицинский университет

Цель. Проанализировать различные методы лечения ахалазии пищевода у детей.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ахалазией пищевода. На базе КГБУЗ «АККДБ» с 2008 по 2018гг. находилось 11 детей от 5 до 15 лет с диагнозом ахалазия пищевода.

Результаты. У мальчиков ахалазия пищевода встречается чаще, чем у девочек (91% – мужской пол, 9% – женский пол). Давность заболевания составляла от 6 месяцев до 3 лет. Всем пациентам при обследовании проводилось Rg-контрастное исследование пищевода с барием.

Двум пациентам перед оперативным лечением проводилось бужирование пищевода эластическими бужами, ещё 2 – кардиодилатация пищевода. Открытым доступом прооперированы 8 человек, из них у 2 возникли перфорация пищевода (у 1 пациента перфорация возникла после бужирования пищевода). 3 человека – эндовидеохирургическая кардиомиотомия с фундопликацией. Состояние пациентов после малоинвазивного вмешательства улучшается на 3 день, с 3 суток начинается энтеральное кормление.

Выводы. У детей предпочтительнее использовать эндовидеохирургическую кардиомиотомию с фундопликацией, т.к. после проведенного вмешательства снижается риск осложнений, происходит более ранняя активизация пациентов, минимизируется отрицательное психогенное воздействие, сокращаются сроки пребывания в стационаре в отличие от открытых операций.

Желудочно-кишечные кровотечения у детей

Марчук Т.Д.

Научный руководитель: к.м.н. Пименова Е.С.
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

Цель. Ретроспективный анализ диагностики и лечения детей с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК)

Материалы и методы. Анализ 216 историй болезни детей, госпитализированных в ДГКБ №9 с признаками кровотечения из ЖКТ за 5 лет.

Результаты. Госпитализировано 211 детей. Возраст 5 дн. – 17 л (Ме-4). В хирургические отделения – 154 (73%), в гастроэнтерологическое – 40 (19%), в инфекционные – 17(8%). Тяжелое состояние у 9 (4%) – дивертикул Меккеля, язва желудка и ДПК, портальная гипертензия, ВЗК, гемоколит, гастроэнтерит. Пациентов разделили на 5 групп: 1 (0-12 мес.), 2 (1-3 года), 3 (3-7 лет), 4 (7-12 лет), 5 (12-18 лет). Кровотечение из верхних отделов ЖКТ – у 122 (58%), из нижних – у 89 (42%). Самые частые причины кровотечения в 1гр. – гастроэнтероколит, во 2, 3, 4 гр. – анальная трещина, гастрит, в 5 гр. – язва ДПК, эзофагит. Эндоскопия выполнена 163 (77%), биопсия желудка/кишки – 9 (4%). Операция проведена у 11 (5%). Источник кровотечения не найден у 34 (16%). Летальность 0, продолжительность госпитализации 1-52 сут. (Ме-4).

Выводы

1. 1,73% детей госпитализированы в хирургические отделения, операция потребовалась 9 из 154 (5%), в половине случаев – эндоскопическое удаление полипа.

2. Частые причины ЖКК в возрасте 1-12 лет – гастроэнтероколиты, анальная трещина, 12-18 лет – язва ДПК, эрозивный эзофагит.

3. Тяжелое состояние у 9 детей (4%), из которых 67% с хирургической патологией.

4. У 16% источник кровотечения не был найден.

Оценка результатов хирургического лечения различного типа расщелин гортани и трахеи у детей

Матвеев И.Ю.

Научный руководитель: к.м.н. Степаненко Н.С.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Цель. Оценить результаты лечения пациентов с ларингеальными расщелинами (ЛР) различного типа.

Материалы и методы. В 2014-2018 гг. в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы на лечении находились 12 детей с ЛР в возрасте от 1 мес до 4 лет 3 мес (ср. возраст – 1,5 года ± 1 г 3 мес). Соотношение мальчиков, девочек – 1:1. Распределение по типам ЛР: I тип – 2, II тип – 4, IIIA тип – 0, IIIB тип – 1, IVA – 2, IVB – 3. Пациентам с I-II типами выполнено эндоскопическое ушивание расщелины, с III-IV типами ЛР – пластика открытым способом. У 5 пациентов из-за наличия высокого гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) лечение проведено в 2 этапа: 1) фундопликация по Ниссену (у некоторых с гастростомией); 2) пластика расщелины, трахеостомия.

Результаты. Пациенты с I-III типами и 1 пациент с IVA типом ЛР послеоперационных осложнений, рецидивов не имели, у 1 пациента с IVA типом в раннем послеоперационном периоде возникло кровотечение, в дальнейшем — рецидив: ЛР I типа, трахеопищеводный свищ. Все дети с IVB типом погибли от осложнений ЛР. Результаты оценивали через 0,5-3 г. после операции.

Выводы. Хирургическое лечение ЛР I-III типа эффективно и сопровождается низкой частотой осложнений. При ЛР IV отмечается высокая частота осложнений и неблагоприятный прогноз. При выборе тактики лечения необходимо учитывать наличие ГЭР.

Тактика ведения пациентов с некротизирующим энтероколитом при различных сопутствующих заболеваниях

Мельникова А.С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Барская М.А., Зеброва Т.А.
Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Некротизирующий энтероколит (НЭК) – болезнь выживших недоношенных.

Цель. Определение тактики ведения пациентов с НЭК при различных сопутствующих заболеваниях на основании результатов лечения НЭК за 2016 г.

Материалы и методы. За 2016 г. в СГДКБ №1 им. Н.Н. Ивановой поступило 19 пациентов. Летальных исходов – 4 (21%) – причина смерти – полиорганная недостаточность. Масса детей при рождении: <1000 – 3 (15,8%), 1000-2000 – 8 (42,1%), >2000 – 8 (42,1%). Оценка по шкале Апгар на 5-ой минуте: 0-2 балла – 0, 3-4 балла – 2 (10,5%), 5-6 баллов – 7 (36,8%), 7-8 баллов – 8 (42,1%), 9-10 баллов – 1 (5,2%).

Результаты. Ретроспективный анализ на предмет сопутствующих заболеваний: поражение ЦНС – 15 (78,9%), патология влагиалищного

отростка брюшины – 3 (15,8%), патология дыхательной системы – 7 (36,8%), ВПС – 6 (31,6%), инфекционные заболевания – 4 (21%), заболевания системы крови – 11 (57,9%), сосудистая патология – 1 (5,2%), патология органов зрения – 3 (15,8%), патология ЖКТ – 4 (21%), другие ВПР – 1 (5,2%). Преморбидный фон: ВУИ – 4 (21%), гипотрофия – 4 (21%).

Выводы. НЭК – полиэтиологичный синдром, обуславливающий высокую летальность, развивающийся и как осложнение при некоторых врожденных пороках развития. В группу риска попадают дети с НМТ, ВУИ, гипотрофией, инфекционными заболеваниями, осложняющими течение НЭК. Выбор тактики лечения зависит от тяжести и серьезности сопутствующих заболеваний и общего состояния ребенка.

Аутотрансплантация костей у детей

Минаева А.А., Лобзин А.А., Панин И.С., Фокин А.А., Уварова Д.Б.,
Уваров Н.А., Ковалева Д.Ю., Довжанский И.В.

Научный руководитель: д.м.н. Купатадзе Д.Д.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

Цель. Оценка результатов аутотрансплантации костной ткани у детей.

Материалы и методы. Операции проводили двумя бригадами хирургов одновременно. Первая - проводила ревизию зоны поражения (опухоль, ложный сустав, фиброзная дисплазия), сегментарную резекцию в пределах здоровых тканей. После резекции образовавшийся дефект измеряли для определения длины трансплантата. Вторая бригада выполняла забор трансплантата нужного размера. Трансплантат выделялся с сохраненной питающей ножкой, переносился в материнское ложе, внедрялся интрамедуллярно или с использованием металлоостеосинтеза.

Результаты. Оценку результатов проводили по клинорентгенологическим данным, обращая внимание на устранение дефекта и восстановление функции. Проведено 32 операции у пациентов в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и более. Костные мостики между трансплантатом и материнской костью появлялись на 21 сутки, костная мозоль появлялась в сроки от 21 до 34 суток (в среднем 27 суток). Окончательное сращение наступало в течение двух-пяти месяцев.

Выводы. Хорошие результаты аутотрансплантации костной ткани у детей связаны с высокой регенеративной способностью растущего организма. Однако при дефиците трубчатых костей до 10 см и более наиболее оптимальна пластика реваскуляризированным костным трансплантатом между последним копчиковым позвонком и серединой ануса, за исключением некоторых детей с запорами.

Гастроэзофагеальный рефлюкс в сочетании с первичным гиперпаратиреозом у ребенка раннего возраста

Минеева А.В.

Научный руководитель: д.м.н. Абушкин И.А., к.м.н. Царева В.В.
Южно-Уральский Государственный медицинский университет

Цель. Анализ историй болезни ребенка раннего возраста с первичным гиперпаратиреозом в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальным рефлюксом.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни мальчика, лечившегося в возрасте от 2 до 5 лет в клиниках города Челябинска и Москвы. В возрасте двух лет выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальный рефлюкс и рефлюкс-эзофагит. В 2 года 8 месяцев больному была выполнена фундопликация по Nissen. Через 4 месяца после фундопликации у ребенка на фоне остеопороза развились множественные переломы, рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В возрасте 3 лет 4 месяцев больному выполнена ревизия типичных зон паращитовидных желез на шее.

Результаты. После ревизии зон паращитовидных желез, проявления гипотрофии и остеопороза купировались. При контрольном обследовании в 5 лет новых патологических переломов нет, при фиброгастроскопии – кардиальный жом смыкается, органической патологии не выявлено.

Выводы. Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей полиэтиологичен и может ассоциироваться с редкими заболеваниями, такими как первичный гиперпаратиреоз, что нужно учитывать при проведении обследования больного и его лечения.

Маститы у детей

Миронов В.З.

Научный руководитель: к.м.н. Доржиев Б.Д.
Бурятский государственный университет

Цель. 1. Выявить причины возникновения мастита. 2. Изучить результаты лечения мастита у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 124 историй болезни детей, находившихся на лечении в ДХО РК БСМП за 2008-2018 г.

Результаты. Причинами в возникновении воспалительного процесса явились:

Гормональные возрастные расстройства – 84 (68%); Другие инфекционные процессы – 19 (15%);

Травмы – 21 (17%). Чаще мастит встречался в возрасте от 1 до 6 месяцев – 86 (69%), преимущественно у девочек – 99 (80%). Наибольшая группа больных детей представлена абсцедирующей формой – 120 (97%). Оперативное лечение в 120 (97%) случаях привело к выздоровлению. У 4 (3%) детей оперативное вмешательство не потребовалось, было проведено консервативное лечение. Больным с маститом в стадии абсцедирования было проведено вскрытие и дренирование. Все больные получали антибактериальную терапию.

Выводы

1. Причинами в возникновении воспалительного процесса явились: гормональные возрастные расстройства – 84 (68%), другие инфекционные процессы – 19 (15%), травмы – 21 (17%);
2. Наибольшая группа больных детей представлена абсцедирующей формой – 120 (98%);
3. Лечение мастита является комплексным, включая хирургическую санацию очага в сочетании с антибактериальной терапией, и приводит к выздоровлению больного.

Роль трансъяремной ретроградной портографии у детей с портальной гипертензией при выборе метода шунтирующих операций

Миронова И.К., Смолянкин А.А.

Научный руководитель: к.м.н. Степаненко А.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Цель. Определить диагностическую ценность трансъяремной ретроградной портографии (ТРП) в режиме цифровой субтракционной ангиографии при оценке проходимости левой ветви воротной вены (ЛВВВ) и возможности проведения мезопортального шунтирования (МПШ) у детей с портальной гипертензией.

Материалы и методы. В 2016-2018 гг. в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы находились на лечении 55 детей в возрасте 1 – 17 лет с диагнозом «портальная гипертензия». Детям выполнена ТРП с измерением диаметра ЛВВВ и её интраоперационная ревизия. Статистическая значимость разности проходимости сосуда при ТРП и операции оценивали методом хи-квадрат, считалась достоверной при $p < 0,05$.

Результаты. У 84% (n=46) детей выявлено соответствие между данными ТРП и в ходе операции. ЛВВВ недостаточно проходима для МПШ – наложен спленоренальный анастомоз (СРА) 51% (n=28), мезокавальный

анастомоз 9% (n=5), операция портосистемного разобщения 2% (n=1). В 22% (n=12) АВВВ проходима – выполнено МПШ. В 16% (n=9) выявлено несоответствие: АВВВ, проходима по данным ТРП, при ревизии облитерирована – наложен СРА 11% (n=6), при ТРП гипоплазированная АВВВ проходима при ревизии 5% (n=3) Статистическая значимость проходимости сосуда считается достоверной ($p < 0,05$).

Выводы. ТРП имеет чувствительность 84% и специфичность 80%. Выявленная проходимость АВВВ при проведении ТРП соответствует интраоперационной в 84% случаев.

Диагностика и лечение атрезии пищевода у новорожденных

Молчанова Д.В., Бебенина А.А., Ладыгина Т.М.

Научный руководитель: д.м.н. Карпова И.Ю
Приволжский исследовательский медицинский университет

Цель. Представить опыт диагностики и лечения пациентов с атрезией пищевода.

Материалы и методы. На клинических базах Приволжского исследовательского медицинского университета (НОДКБ, ДГКБ №1) с 2013 по 2017 гг. пролечено 40 (12%) новорожденных с атрезией пищевода (АП).

Аntenатально порок был диагностирован 5 детям, в остальных случаях аномалия выявлена на основании клинической картины и рентгенологического обследования.

Результаты. В структуре АП преобладали мальчики 26 (65%), девочек наблюдали 14 (35%). Доношенных детей было 13 (32,5%), недоношенных – 27 (67,5%).

Во всех случаях отмечали сочетание АП с аномалиями сердечно-сосудистой системы и заболеваниями ЦНС. У 4-х новорожденных патологию пищевода усугубляли пороки развития кишечной трубки.

Правосторонние торакотомии выполнили на $5,45 \pm 1,21$ сут. жизни. АП с дистальным свищом корригировали у 38 больных, проксимальное соустье встречали у 1 ребенка, изолированную АП наблюдали в 1 случае.

Средний срок пребывания пациентов в стационаре составил $22,6 \pm 5,81$ сут. Летальных исходов было 2 (5%), основной причиной танатогенеза была сочетанная грубая сердечно-сосудистая патология.

Выводы. В структуре врожденной патологии атрезия пищевода составляет 12%, среди пациентов преобладают мальчики. Для хирургической коррекции порока выполняют как открытые операции, так и малоинвазивные вмешательства.

Моделирование периоперационной ишемии неоректум в эксперименте

Морозов Д.Д.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Морозов Д.А.
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

Цель. Обосновать значение натяжения и нарушения васкуляризации неоректум в последующем ее склерозировании и нарушении функции.

Материалы и методы. В эксперимент включены 15 крыс, разделенные на группы: с дефицитом ткани кишки и ее натяжением (5), с нарушением васкуляризации неоректум (5), группа сравнения (5). Крысам первых двух групп выполнялась аноректопластика, у группы сравнения производилась мобилизация, а затем реплантация прямой кишки. Регистрировали: клиническое течение послеоперационного периода, макроскопическое состояние неоануса. Провели гистологическое исследование ткани неоректум и сравнительный анализ биомаркеров гипоксии (содержание HIF, VEGF-C и sVEGF-R1 измерялось методом ELISA) в кишечном гомогенате.

Результаты. Общее состояние крыс после операции, наличие стула и его консистенция и форма существенно не отличалось у крыс группы сравнения и крыс с нарушением васкуляризации неоректум, в то время как при натяжении кишки состояние крыс страдало, стул был неоформленным. Гистологическое исследование и анализ биомаркеров HIF, VEGF-C и sVEGF-R1 свидетельствовали об ишемии неоректум у крыс как в группе с дефицитом ткани кишки, так и в группе с нарушением васкуляризации.

Выводы. Натяжение и нарушение васкуляризации неоректум приводит к ишемическим изменениям в ткани кишки и последующем нарушении функции.

Причины несостоятельности кишечного анастомоза при перитоните в эксперименте

Морозов К.Д.

Научный руководитель: д.м.н. профессор, Морозов Д.А.
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)

Цель. Провести анализ причин несостоятельности кишечного анастомоза при перитоните в эксперименте.

Материалы и методы. Исследована репарация кишечных анастомозов у 20 крыс, разделенных на группы: с перитонитом (5), с гиповолемией (5), с перитонитом в сочетании с гиповолемией (5), сравнения (5). Всем 20 крысам был сформирован толстокишечный анастомоз

однорядным узловым швом по Альберту материалом Полигликолид 7/0. Регистрировали: клиническое течение послеоперационного периода, состояние анастомоза и брюшной полости на 5 сутки после операции. Провели морфометрию регенерации и воспалительной реакции, а также анализ уровней маркеров гипоксии (HIF, VEGF-C и sVEGF-R1) в ткани брыжеечного и противобрыжеечного участков кишки в зоне анастомоза.

Результаты. Поведение крыс после операции, наличие стула значительно не отличались в группе сравнения и при перитоните; при гиповолемии, в том числе при сочетании с перитонитом, состояние резко страдало. Гистологическое исследование и анализ маркеров VGFC, HIF, R-VGF подтверждали нарушения кровообращения в кишечной стенке, дефекты эпителия и воспалительную инфильтрацию в зоне анастомоза при гиповолемии, включая сочетание с перитонитом.

Выводы. В патогенезе несостоятельности кишечных анастомозов имеют значение: воспаление кишечной стенки при прямом действии гнойного выпота, нарушение мезентериального кровотока в условиях гиповолемии.

Оценка первичных результатов артроскопического лечения врожденного вывиха бедра у детей

Москаленко А.С.

Научный руководитель: Дегтярев А.А., к.м.н. Степанова Н.М.
Иркутский государственный медицинский университет

Цель. Оценить результаты артроскопического лечения врожденного вывиха бедра у детей.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 21 карты пациентов с врожденным вывихом бедра, находившихся на лечении в ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска с 2014 по 2018 гг. Группы сравнения: I – дети, которым операция выполнена артроскопическим доступом 5 (23,8%), II – пациенты, оперированные открытым способом 16 (76,2%).

Результаты. Гендерный состав: девочки 76,2% (16), мальчики 23,8% (5). Средний возраст пациентов составил 23 мес (9 мес – 7 лет). Среднее время операции в I группе – 138 мин (101 мин – 223 мин), во II группе – 104 мин (90-154 мин.). Количество доз послеоперационной анальгезии составило 8 и 21 соответственно. Среднее время госпитализации в I группе – 3,2 суток, во II группе – 9,56 суток. Конверсии не было. В I группе регистрировалось осложнение – подвывих головки бедренной кости (1), во II группе регистрировались осложнения – постгеморрагическая анемия (9), рецидивирующий вывих головки бедренной кости (2). Особенности технологии будут доложены дополнительно.

Выводы. Артроскопическое вправление врожденного вывиха бедра имеет ряд очевидных преимуществ: меньшая инвазивность, минимальная потеря крови и выраженность болевого синдрома, лучший косметический эффект.

Причины поздней диагностики острого аппендицита у детей: результаты ретроспективного исследования

Мохов Р.В.

Научный руководитель: к.м.н. Яницкая М.Ю.
Северный государственный медицинский университет

Цель. Анализировать причины поздней диагностики острого аппендицита у детей и определить пути их устранения.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ диагностического процесса на догоспитальном и госпитальном этапах у всех пациентов (n=127), оперированных с деструктивным аппендицитом в Архангельской детской больнице в 2017 г. Девочек 45, мальчиков 82, 1:1,8, возраст 4-17 лет. Повод для анализа – увеличение количества осложненных форм аппендицита (23,6%). Анализировали факторы на догоспитальном этапе (позднее обращение, ошибочная диагностика), тактику в условиях стационара. Клинические данные при поступлении оценивали по шкале Альварадо.

Результаты. Догоспитальный этап: в сроки более 24 часов госпитализировано 48 (37,8%) пациентов (22 обращалось к педиатру, 4 к хирургу, 22 – позднее обращение). Госпитальный этап: превышены сроки наблюдения у 12 (9,4%), неполные данные в анамнезе для оценки по шкале Альварадо 32 случая. Осложненный аппендицит чаще у пациентов с поздней госпитализацией и диагностикой (p<0,001).

Выводы. Причины поздней диагностики аппендицита на догоспитальном этапе: поздняя обращаемость, отсутствие критериев оценки амбулаторного пациента с болями в животе. На госпитальном – не верная оценка анамнеза и клинических данных. Пути устранения: разработаны критерии на догоспитальном этапе, внедрена шкала Альварадо на госпитальном.

Анализ результатов оперативного лечения врожденного гидронефроза у детей

Мункаева А.Х., Ахмаров М.М., Алиева М.М.

Научный руководитель: д.м.н. Ферзаули А.Н.
Чеченский государственный университет

Цель. Изучить результаты лечения детей с врожденным гидронефрозом.

Материалы и методы. В хирургическом отделении №1 РДКБ г. Грозного за 2014-2018 гг. находились на лечении 108 детей с врожденным гидронефрозом. По возрасту пациенты распределены следующим образом: до 1 года – 33 (31%), старше – 75 (69%). По половому признаку: 26 (24%) девочек и 82 (76%) мальчиков. По стороне поражения: левостороннее поражение – 53 (49%) случая, правостороннее – 37 (34%), двухстороннее – 18 (17%).

Результаты. Причинами гидронефроза явился истинный стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента – 105 (97%), высокое отхождение мочеточника – 2 (2%), нижнеполярные сосуды – 1 (1%). 40 (97%) детей были подвергнуты резекции пиелоуретерального сегмента с уретеропиелопластикой по Хайнсу – Андерсену. 2 (3%) больным была проведена нефрэктомия, в связи с истончением паренхимы и отсутствием кровотока. Послеоперационных осложнений и рецидивов не отмечено. Отдаленные результаты (от 6 месяцев до 1 года) не выявили прогрессирования гидронефроза.

Выводы. Операция по Хайнсу – Андерсену при врожденном гидронефрозе у детей является наиболее эффективным способом лечения, что подтверждено хорошими отдаленными результатами.

Видеоторакоскопия в лечении острых деструктивных пневмоний

Муртазалиев И.Ю., Поспелов М.С., Амерханов Н.З.

Научный руководитель: к.м.н. Яфясов Р.Я.
Казанский государственный медицинский университет

Цель. Оценить роль торакоскопической санации при лечении деструктивных пневмоний.

Материалы и методы. В хирургическом отделении ДРКБ РТ в 2015-2019 гг. находились 54 больных с осложненной пневмонией от 10 месяцев до 17 лет. По стороне поражения правосторонняя очагово-сливная пневмония встречалась у 31 пациентов, левосторонняя – у 16, тотальная пневмония справа – у 5, тотальная пневмония у 2. Дети поступали в среднем на 6 сутки заболевания в тяжелом состоянии. У всех больных был выявлен пиоторакс. Стартовая антибактериальная терапия включала в себя назначение амоксициклава. После стабилизации состояния в течении 10-12 ч., проводилась торакоскопия, санация плевральной полости, удаление выпота, фибринозных наложений.

Результаты. У 3 пациентов имело место смена антибактериальной терапии в среднем на 4 сут. после операции. Дренажи удалялись на 3-и сутки. Температура тела нормализовалась в среднем на 6 сут. Всем больным проводилась физиотерапия. Больные выписаны в среднем на 14 сут. с выздоровлением.

Выводы. Торакоскопическая санация плевральных полостей позволяет не только полноценно расправить легкое, удалить гной и фибрин, но и оценить состояние легкого и плевральных полостей, что приводит к сокращению количества больных с хронической формой. Метод видеоторакоскопии является малотравматичным, имеет хороший косметический эффект, приводит скорейшему выздоровлению.

Экспериментальный отрыв брыжейки подвздошной кишки

Мустафин А.Д., Мавлеткулов А.М, Миниахметов А.А., Щекин В.С.

Научный руководитель: д.м.н. Гумеров А.А.

Башкирский государственный медицинский университет

Цель. Смоделировать отрыв брыжейки подвздошной кишки у кроликов и оценить морфологические изменения в зоне травмы.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проводилось на 9 кроликах породы «Шиншилла» массой тела 2,5-3 кг. Под общей анестезией с использованием препарата «Золетил» в расчете 15 мг/кг. Производили срединную лапаротомию, далее лигировали сосуды брыжейки подвздошной кишки, с последующим ее отрывом, после этого послойное ушивание операционной раны. 9 кроликов были поделены на 3 группы по 3 кролика в зависимости от протяженности перевязки брыжейки: I группа – 3 см; II группа – 4 см; III группа – 5 см. На 3 сутки эксперимента производилась релапаротомия для оценки жизнеспособности деваскуляризованного сегмента тонкой кишки и резекции для гистологического исследования.

Результаты. В I группе после отрыва брыжейки изменений кишки не обнаружено. Во II группе отрыв вызвал воспалительные изменения, производилась резекция и наложение анастомоза конец в конец. В III группе отрыв брыжейки вызвал некроз кишечника. По данным гистологического исследования в III группе ишемический некроз сегмента кишки, в II группе острое воспаление сегмента кишки.

Выводы. При отрыве брыжейки на протяжении 5 см и более возникает некроз кишки. На протяжении 4 см – острое воспаление. На протяжении 3 см – изменений не наблюдается.

Анализ результатов лечения детей с воронкообразной деформацией грудной клетки

Мырзагалиев А.К., Каирбекова К.Д., Убушиева Н.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Горемыкин И.В.

Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского

Цель. Проанализировать результаты лечения детей с воронкообразной деформацией грудной клетки (ВДГК).

Материалы и методы. С июля 2013 по июль 2018 гг. в клинике хирургии детского возраста г. Саратова находилось 85 детей с ВДГК. Из них мальчиков было 56, девочек 29. Средний возраст детей составил около 13 лет.

Результаты. При рентгенологическом исследовании была установлена степень деформации грудной клетки, рассчитанная по индексу Гижицкой.

У 41 пациента (48,5%) была 2 степень воронкообразной деформации, у 28 (32,4%) – была 1 степень, у 16 (19,1%) – третья.

В ходе проведения ЭКГ у 80 детей были выявлены нарушения в деятельности сердца. Из них наиболее часто встречаемыми являлись: нарушение проводимости (n=42), синусовая аритмия (n=30), отклонение ЭОС (n=25), миграция водителя ритма (n=19).

При проведении доплерэхокардиографии (n=20) наиболее часто встречались: пролапс обоих атриовентрикулярных клапанов (n=11), аномальные хорды левого желудочка (n=11), пролапс митрального клапана (n=6).

Всем детям была выполнена торакопластика по D. Nuss. Осложнениями в ходе операции были: пневмоторакс (n=4), раннее смещение корригирующей пластины (n=1).

Выводы. 1. При ВДГК нарушения в деятельности сердца регистрируются в 94,1% случаев. 2. Несмотря на хороший результат торакопластики по D. Nuss, осложнения после оперативного вмешательства составляют 5,9%.

Особенности ранней диагностики, подконтрольное рождение и успешное разъединение сиамских близнецов

Насирова В. А., Сушко Ю.А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Кожевников В.А.
Алтайский государственный медицинский университет

Цель. Поделиться опытом ранней диагностики, начиная с пренатального периода, и успешного разделения сиамских близнецов

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни. В отделении выхаживания недоношенных КГБУЗ «АККДБ» 04.12.2012 поступили новорожденные девочки, сросшиеся животами, родившиеся 18.11.2012. Из анамнеза: дети от 3 беременности, 3 родов в 33 недели, родоразрешение с помощью кесарева сечения. Общий вес 3290, длина 40 см. Впервые диагноз установлен на 22 неделе беременности. Заключение УЗИ: моноамниотическая, монохориальная двойня, соединение плодов на уровне печени над пуповиной. При исследовании крови анемия, гемоглобин 100 г/л и 98 г/л. Дополнительно проведено УЗИ и КТ, установлено наличие «своих» жизненно важных органов у каждого.

Результаты. Выполнена операция в возрасте 2 месяца по достижению общего веса 6000 г и нормализации уровня гемоглобина. Объем операции включал в себя разъединение брюшной стенки, мечевидных отростков, печени, ликвидацию внутренних грыж, пластику передней брюшной стенки, формирование пупков.

Выводы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление ран первичным натяжением. Дети выписаны из стационара через 3 недели с выздоровлением.

Клинический случай: оперативное лечение гигантской опухоли яичника

Насирова В.А., Карькова В.А., Елькова Д.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Кожевников В.А.
Алтайский государственный медицинский университет

Цель. Описать редкий клинический случай и рассказать об опыте оперативного лечения гигантской опухоли яичника

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни. Девочка, 16 лет. Из анамнеза: больна 6 месяцев, когда резко начала худеть, живот при этом увеличивался в объеме. Спустя 5 месяцев обратились к педиатру, направлена к хирургу. Выполнено УЗИ органов брюшной полости и малого таза: объемное образование брюшной полости, 370*252*200 мм. Госпитализирована в ДХО «АККДБ».

Результаты. Выполнена ниже-средне-срединная лапаротомия. Ход операции: к ране прилежит стенка кистозного образования белесоватого цвета, размером до 45 см, занимает всю брюшную полость и малый таз, прижимая органы брюшной полости кзади. Исходит из левого придатка матки тесно спаянного с образованием, левый яичник не определен. Правый яичник в типичном месте. Оболочка кисты вскрыта, эвакуировано до 10 л муцинозной прозрачной жидкости. Резекция левого придатка с образованием. В Дугласово пространство установлен трубчатый дренаж. Послойно швы на переднюю брюшную стенку. При исследовании макропрепарата: кистозное образование с толстой плотной стенкой, с двумя участками солидного компонента по 5,0*4,5 см. При гистологическом исследовании – тератома.

Выводы. Послеоперационный период без осложнений, живот визуально стал значительно меньше, пациентка выписана домой с выздоровлением.

Редкий случай лапароскопической находки внутренней эмбриональной грыжи

Насирова В.А., Седнев С.И., Елькова Д.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тен Ю.В.
Алтайский государственный медицинский университет

Цель. Демонстрация возможности видеолапароскопии в диагностике редких врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Анализ клинического случая в виде личного наблюдения и выборки из истории болезни. Мальчик, 9 лет, доставлен бригадой скорой помощи в клинику детской хирургии АГМУ по экстренным показаниям через 36 ч. от начала заболевания с жалобами на боли в животе, многократную рвоту. С подозрением на острый аппендицит госпитализирован в стационар.

Результаты. После кратковременной предоперационной подготовки выполнена видеолапароскопия. При ревизии в свободной брюшной полости обнаружены печень, желудок, нисходящий отдел ободочной кишки, сигмовидная кишка. Остальные отделы кишечника отсутствуют в свободной брюшной полости, покрыты оболочкой в виде панциря. Диагноз: внутренняя эмбриональная грыжа. Произведена конверсия – верхне-срединная лапаротомия, ликвидация эмбриональной грыжи. На 3 сутки после операции ребёнок стал получать энтеральное питание, переведён из отделения реанимации в палату хирургического отделения.

Выводы. Видеолапароскопия позволяет не только успешно лечить наиболее распространённые неотложные состояния у детей – острый аппендицит, перекрут кисты яичника, криптогенные перитониты и другие, но и позволяет поставить точный диагноз при редких пороках развития и выбрать необходимую тактику оперативного лечения.

Нетравматический внутричерепной геморрагический синдром у новорожденных и детей раннего возраста

Нахапетян Р.А.

Научный руководитель: к.м.н. Алейникова Н.Г., к.м.н. Степанова Н.М.
Иркутский государственный медицинский университет

Цель. Анализ случаев нетравматического внутричерепного геморрагического синдрома (ВЧГС) у доношенных младенцев и детей раннего возраста.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование 25 случаев нетравматического ВЧГС по материалам ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска с января 2013 по декабрь 2017 гг.

Результаты. Возрастной спектр: 1-1,5 мес. – 40% (10); 2 нед. – 1 мес. – 32% (8); до 2 нед. – 16% (4); 1,5-2 мес. – 8% (2); старше 2,5 мес. – 4% (1). Грудное вскармливание – 22 человека (88% детей). В 52% (13) поступление в 1 сутки заболевания. У 6 (24%) пациентов выявлен ВПР сосудов головного мозга, 2 (8%) – вирусная этиология ВЧГС, 7 (28%) – геморрагическая болезнь новорожденных, 10 (40%) достоверно причина не выявлена. У 10 (40%) подтверждены 43 мутации в генах, ответственных за гемостаз. В 72% (18) выполнено 26 оперативных пособий: 10 (38,5%) шунтирующие операции, 6 (23%) трепанация черепа, 2 (10,5%) случаев – пункция и дренирования; повторные вмешательства составили 27,8%. Летальность – 28% (7). Ранний исход: в 66,6% (12) неврологический дефицит различной степени тяжести.

Выводы. 1. Верификация этиологии ВЧГС представляет серьезные трудности. Хирургическое лечение – многоэтапный процесс. 2. Инвалидизация и летальность при ВЧГС остаются на высоком уровне. 3. Приоритетным направлением следует считать профилактику ВЧГС у новорожденных.

Выбор метода лечения пузырно-мочеточниковом рефлюкса с учетом сочетанной патологии

Нилова М.Ю.

Научный руководитель: д.м.н. Киреева Н.Б.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Цель. Оценить структуру сочетанной патологии при пузырно-мочеточниковом рефлюксе (ПМР) и её влияние на результаты лечения.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии «ПИМУ» на базе ГБУЗ НО «НОДКБ» за 2016-2018 гг. по поводу ПМР проходили лечение 229 пациентов в возрасте от 3 мес. до 17 лет.

Результаты. 126 больных (55%) были с односторонним рефлюксом, 103 (45%) – с двусторонним. У 130 пациентов (57%) выявлена сочетанная патология: пороки почек и верхних мочевых путей (ВМП) у 38 детей (17%), хронический цистит – у 73 (32%), эктопия и латерализация устья мочеточника – у 23 (10%), дивертикул мочевого пузыря – у 3 (1%), НДМП по гиперили гипорефлекторному типу – у 9 пациентов (4%), инфравезикальная обструкция (ИВО) – у 4 (2%), киста урахуса – у 1 ребёнка (0,4%). Рефлюкс-нефропатия, развившаяся в результате ПМР, установлена у 46 пациентов (20%).

В лечении 218 детям (95%) была выполнена эндопластика устья. Препаратом ДАМ + 186 пациентам (81%), коллагеном – 23 (10%), уродексом – 9 (4%). При наличии удвоения мочевых путей, ИВО эндоскопическое лечение выполнено повторно (2-3 раза). 11 пациентам (5%) была проведена операция Коэна. При НДМП, цистите проводилось местное лечение, детрузорстабилизирующая терапия.

Выводы. В половине случаев ПМР сочетается с патологией мочевого пузыря, ВМП, что определяет тактику лечения.

Результаты диагностики и лечебной тактики при инвагинации кишечника у детей

Носиров У., Хакимова Х.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шамсиев Ж.А.
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Улучшение результатов диагностики и лечения инвагинации кишечника (ИК) у детей.

Материалы и методы. Анализированы результаты обследования и лечения 79 детей с ИК за последние 10 лет, из них 52 (68%) – были дети в возрасте до 1 года. Диагностика ИК включала: сбор анамнеза, клиническую симптоматику, обзорную рентгенографию, пневмоирригоскопию. С 2012 года в протокол обследования в качестве основного метода диагностики ИК внедрена ультрасонография (УЗИ). 40 (52%) больным проведено консервативное лечение: из них в 23 случаях – пневмоирригоскопию. С 2012 г. с целью консервативного лечения применяем гидростатическую дезинвагинацию (ГД) под УЗИ контролем.

Результаты. Лечение ГД начинали независимо от давности заболевания и возраста ребенка при отсутствии перитонеальных явлений и признаков тонкокишечной инвагинации. Данный способ успешно применен 17 больным. Оперировано 39 (48%) больных в связи с поздними сроками поступления и явлениями перитонита.

Выводы. 1. Применение УЗИ в диагностике ИК позволило приблизить эффективность комплексной диагностики заболевания к 100%. **2.** Методика ГД под УЗИ контролем является простым, безопасным и эффективным способом неоперативного лечения ИК у детей, позволяющим расширить показания к консервативной тактике лечения.

Результаты хирургического лечения краниосиностоза (краниостеноза) у детей

Огиди О.И., Аутлева Р.М.

Научный руководитель: Тараканов В.А.
Кубанский государственный медицинский университет

Цель. Анализ результатов лечения краниостеноза у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 68 пациентов, получивших лечение в детском нейрохирургическом отделении ДККБ г. Краснодар с 2006-2018 гг. Абсолютными показаниями к операции

явились внутричерепная гипертензия и неврологическая симптоматика, относительными – косметический дефект. Пораженные швы: сагиттальный – 35 (51,47%), метоптический – 17(25%), коронарный – 7 (10,29%), лямбдовидный – 1 (1,47%), поражение 2 и более швов – 8 (11,76%). Мальчиков – 43 (63,23%), девочек – 25 (36,77%).

Результаты. Двусторонняя лоскутная краниотомия выполнена 8 (11,76%), синостозэктомия – 9 (13,23%), эндоскопическая синостозэктомия – 16 (23,52)%, реконструктивные операции – 35 (51,47%) детям. Биодegradуемые материалы использованы у 4 (5,88%). Средняя продолжительность эндоскопических синостозэктомий – 57 минут, реконструктивных операций – 228 минут. Полное или частичное восстановление формы головы, нормализация внутричерепной гипертензии достигнуты в 100% случаев. Послеоперационные осложнения и летальность – 0.

Выводы. 1. Операции при краниостенозе являются эффективным методом устранения косметических дефектов, ликвидации внутричерепной гипертензии и нарушения работы ЦНС. 2. Применение эндоскопических технологий снижает травматичность, сокращает длительность операции и кровопотерю. 3. Применение биодegradуемых материалов оптимизирует результаты лечения.

Возможности ретроперитонеоскопических операций при заболеваниях верхних мочевых путей у детей

Онйенехо Ч.П., Гриднева Н.А., Бундхун П.

Научный руководитель: к.м.н. Иманалиева А.А.

Российский университет дружбы народов

Цель. Определить роль и возможности ретроперитонеоскопических операций в лечении детей с заболеваниями верхних мочевых путей.

Материалы и методы. В исследование включены 83 пациента с различными заболеваниями верхних мочевых путей. Основную группу составили 33 пациента, оперированные ретроперитонеоскопическим доступом, в возрасте от 9 мес. до 18 лет. В группу сравнения вошли 50 пациентов, оперированных лапароскопическим доступом, в возрасте от 8 мес. до 18 лет. Выполнены следующие ретроперитонеоскопические операции: резекции кист почек – 14, пиелопластики – 7, нефруретерэктомии – 7, уретеролитотомии – 5.

Результаты. В I группе средняя продолжительность операций составила 125,6 мин., во II – 125,1 мин. Объем кровопотери в I группе составил 19,0 мл, во II группе – 23,8 мл. В обеих группах отмечена ранняя активизация пациентов (в среднем на 2,4 сут.). Длительность пребывания больных в стационаре после ретроперитонеоскопических операций составила в среднем 5,9 дня, после лапароскопических – 5,8 дня.

Выводы. 1. Сравнительный анализ результатов лечения показал, что ретроперитонеоскопические операции сопоставимы по возможностям с лапароскопическими операциями. 2. Преимуществами ретроперитонеоскопических операций являются прямой и более быстрый доступ к верхним мочевым путям, отсутствие вскрытия брюшной полости и, как следствие, снижение риска возможных абдоминальных осложнений.

Перфорация желудка у недоношенных младенцев

Ошоров Ц.Б.

Научный руководитель: д.м.н. Козлов Ю.А., д.м.н. Новожилов В.А.

Иркутский государственный медицинский университет

Цель. Изучить факторы риска возникновения перфорации желудка у недоношенных младенцев. Исследовать исходы операций, предназначенных для лечения перфорации желудка.

Материалы и методы. 18 случаев перфорации желудка у недоношенных по материалам ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска за последние 19 лет. Диагноз основывался на признаках внезапного ухудшения состояния и наличия пневмоперитонеума. Хирургическое вмешательство выполнено с использованием лапаротомии (17) и лапароскопии (1).

Результаты. Средний возраст – 6,3 суток. Средний срок гестации – 34 недели. Вес – от 950 до 2600 г (средняя масса – 2151,8 г). Гендерное соотношение (М:Д) – 14:4. Структура сопутствующей патологии: внутриутробная гипоксия – 77,8% (14), острая асфиксия в родах – 66,7% (12), тяжелый аспирационный синдром – 44,4% (8), внутриутробная инфекция – 33,3% (6). В 88,9% беременные имели хронические заболевания. В 55,5% (10) дефект располагался в области большой кривизны, в 11,2% (2) – малой кривизны, у 33,3% (6) – на задней стенке. Размеры перфорации – от 1 до 60 мм. Послеоперационная летальность – 33,3% (6).

Выводы. 1. Вследствие низкой встречаемости перфорации желудка у недоношенных младенцев довольно трудно выработать рекомендации, увеличивающие выживаемость больных. 2. Однако, операции, заключающиеся в простом ушивании дефекта, способствуют улучшению результатов лечения.

Осложнения у новорожденных с атрезией пищевода

Павлюкова Ю.П.

Научный руководитель: д.м.н. Саввина В.А.
Северо-Восточный федеральный университет
им М.К. Аммосова. Медицинский институт

Цель. Изучить результаты лечения атрезии пищевода у новорожденных.

Материалы и методы. За 10 лет с 2009 по 2018 гг. в хирургическое

отделение Педиатрического центра РБ №1 – НЦМ поступили 43 новорожденных с атрезией пищевода. Диагноз порока развития в большинстве случаев установлен антенатально. В 19% случаев дети были недоношенными, 20% больных имели сопутствующие пороки развития (атрезия ануса, ВПС). У 95% новорожденных наблюдалась свищевая форма атрезии пищевода.

Результаты. С 2016 г. эзофагоанастомоз выполняется торакоскопически. Послеоперационные осложнения наблюдались у 20 пациентов в виде: несостоятельности эзофагоанастомоза в 6 случаях (30%), стеноза зоны анастомоза – 9 случаев. В большинстве случаев несостоятельности анастомоза предпринята консервативная тактика, при стенозах выполнялось бужирование по струне, только у 1 ребенка выполнен повторный торакоскопический эзофагоанастомоз в 3 месячном возрасте. Колоэзофагопластика выполнена у 5 больных. Летальность при атрезии пищевода за исследуемый период составила 11% (5). Основными причинами летального исхода были тяжелые сопутствующие пороки развития и крайняя степень недоношенности.

Выводы. Для снижения частоты осложнений большое внимание необходимо уделять детям с высокими факторами риска, такими как выраженная недоношенность, сопутствующие тяжелые пороки развития.

Микрохирургия артериовенозных фистул для диализа у детей

Панин И.С., Фокин А.А., Ковалева Д.Ю., Довжанский И.В.,
Минаева А.А., Лобзин А.А., Уварова Д.Б., Уваров Н.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Купатадзе Д.Д.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

Цель. Изучить микрохирургические методы использования артериовенозных фистул для диализа у детей.

Материалы и методы. В СПбГПМУ с 2000 по 2016 гг. находилось на лечении 60 пациентов с хронической почечной недостаточностью различного генеза в возрасте от 3 до 18 лет.

Результаты. В целях экономии сосудистого фонда ребенка, лечение начинали с формирования дистальных артериовенозных фистул (АВФ). Ввиду малого диаметра сосудов все операции по созданию фистул производились с использованием микрохирургического метода оперирования. Выбор варианта сосудистого анастомоза и локализации АВФ зависел от индивидуальных и анатомических особенностей сосудистого русла больных. Предпочтение отдавали «нерабочей конечности». В подавляющем большинстве случаев стремились использовать дистальную локализацию АВФ, сохраняя сосуды ребенка для возможных повторных вмешательств.

Выводы. 1. Использовались виды сосудистых анастомозов «конец вены в бок артерии» и «конец вены в конец артерии». Фистулу формировали как можно ближе к области запястья. 2. Метод формирования фистулы «конец v. cephalica в бок a.radialis» с микрохирургической техникой в нижней трети предплечья у детей является методом выбора при первичном формировании АВФ. АВФ на более проксимальных уровнях должны рассматриваться как варианты у больных с дефицитом венозной сети в результате длительных и многократных внутривенных инъекций.

Эндоскопическое лечение краниостеноза

Панкратьев Р.М., Громыхалин П.С., Галеев Н.Н., Нагимулина Д.Р.

Научный руководитель: к.м.н. Тимершин А.Г.

Башкирский государственный медицинский университет

Цель. Анализ результатов эндоскопического лечения краниостенозов.

Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении на базе РДКБ в период с 2013 по 2018 гг. прооперировано 32 детей эндоскопическим методом из них 22 (70%) – скафоцефалия, 6 (20%) – лобная плагиоцефалия, 4 (10%) – тригоноцефалия.

Результаты. Основными жалобами были на деформацию черепа, лишь у 4 были проявления внутричерепной гипертензии, которые проявлялись в виде беспокойства.

Основным методом исследования является КТ головного мозга в 3D режиме.

Данный вид оперативного лечения краниостеноза заключается в устранении деформации костей черепа путем удаления преждевременно заросшего шва, через небольшой разрез (3,0-4,5 см), с помощью эндоскопической техники.

Этапы операции:

- 1) Установка эндоскопической стойки.
- 2) Выполнение двух или одного разрезов в зависимости от патологии.
- 3) Введение ретрактора Хеминесса и эндоскопа .
- 4) Разрушение преждевременного заросшего шва.

В результате было выяснено , что при эндоскопическом методе лечение сокращается продолжительность операции, уменьшается объем кровопотери и срок пребывания больного в стационаре.

Выводы. Для детей с несиндромальными краниостенозами до 6 месяцев эндоскопическая краниопластика при скафоцефалии является предпочтительным методом лечения, при других краниостенозах менее эффективна.

Патофизиологические показатели у детей с инвагинацией

Пархоменко А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Соловьев А.Е.
Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова

Цель. Определить патофизиологические показатели стадий инвагинации у детей .

Материалы и методы. Наблюдали 143 ребенка с инвагинацией кишечника. В комплекс обследования включены общеклинические и лабораторные методы, гемодинамические показатели и газы крови, среднее артериальное давление (САО), сердечный индекс (СИ), доставка кислорода тканям (ДО₂), потребление кислорода тканями (ПО₂), содержание кислорода в венозной крови (О₂), а так же лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), величины веществ средней молекулярной массы (СММ1, СММ2), индикаторные ферменты (АЛТ, АСТ).

Результаты. Выявлены 3 стадии инвагинации. Компенсированная стадия диагностирована у 105 детей (I группа), субкомпенсированная – у 27 (II группа), декомпенсированная – у 11 (III группа). Стадии определяли в зависимости от давности заболевания, возраста, причины, от уровня, количества цилиндров, а так же от степени токсикоза. Стадии инвагинации были подтверждены лабораторными данными. Наиболее выраженные сдвиги гомеостаза отмечены у детей в поздних стадиях, по-видимому, за счет значительного всасывания продуктов распада через поврежденную стенку кишечника.

Выводы. На основании лабораторных данных у детей с инвагинацией кишечника в зависимости от степени эндотоксикоза выделены 3 стадии: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная, что коррелирует с клиническими стадиями.

Эффективность эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у младенцев

Пепеляева И.М.

Научный руководитель: к.м.н. Шумихин В.С.
Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова

Цель. Оценить эффективность эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у младенцев.

Материалы и методы. С 2012 по 2017 гг. в ДГКБ №13 в отделении хирургии новорожденных первичная эндоскопическая коррекция ПМР

проведена 188 детям. Включено 78 детей без сопутствующих патологий (возраст 11-204 дня). Число рефлюксирующих мочеточников: III ст. – 34 (26,98%), IV ст. – 49 (38,89%), V ст. – 43 (34,13%). Выделены группы: с наличием (56) и отсутствием (70) дисфункции нижних мочевых путей (НДМП).

Для коррекции использовался препарат «Коллаген». При наличии НДМП проводилось лечение. Применялся критерий Манна-Уитни, логранговый критерий. Рецидивом считалось возникновение ПМР в сроки до 4 месяцев.

Результаты. Повторное введение однократно выполнено – при III ст. в 6 (17,65%), при IV ст. в 13 (26,53%), при V ст. в 18 (41,86%) случаях; двукратно – при IV ст. в 4 (8,16%), при V ст. в 2 (4,65%) случаях. Операция Коэна проведена в 4 случаях, в 6 случаях от вмешательства отказались. Рецидив наблюдался при IV ст. в 6 (12,24%), при V ст. в 8 (18,60%) случаях. При сравнении числа рецидивов, коррекций и сроков их проведения между группами 1 и 2 статистической значимости не отмечалось ($p=0,114$; $p=0,842$; $p=0,483$).

Выводы. 1. Общая эффективность первой коррекции составила 59,52%, второй – 79,6%. 2. Статистически значимых различий между группами с наличием и отсутствием НДМП выявлено не было.

Опыт ведения пациентов с синдромом короткой кишки в детской республиканской клинической больнице республики Татарстан

Петров Р.Д.

Научный руководитель: Подшиваллин А.А., Сагеева Г.И
Казанский государственный медицинский университет

Цель. Обоснование ведения пациентов с синдромом короткой кишки на основании накопленного опыта.

Материалы и методы. Проведен анализ историй заболеваний 9 пациентов с пострезекционным синдромом короткой кишки, наблюдающихся в отделении хирургии детей раннего возраста ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ с 2015 года. По причинам резекции все случаи были поделены на 2 группы: ишемические поражения – 5 случаев, не ишемические – 4 случая.

Результаты. Средняя длина кишечника: в 1-й группе меньше, чем во 2-й группе на 55%. В 3-х случаях в 1-й группе тактика отсроченной резекции позволила сохранить кишечник с длиной в среднем на 22% больше, чем предполагалось после первой ревизии брюшной полости. В 2-х из этих случаев удалось полностью отказаться от парентерального питания. STEP-пластика была проведена в 5 случаях – 2 пациента были сняты с парентерального питания. В 2-х особенно тяжелых случаях наряду со STEP-пластикой применялись препараты гормона роста, что позволило существенно повысить

энтеральную нагрузку и сократить среднесуточное время инфузии. На сегодня переведено на полное энтеральное питание 6 пациентов (66,6%).

Выводы. 1. Наиболее тяжелые последствия наблюдаются при ишемических причинах массивной резекции кишечника. 2. Сочетание тактики отсроченной резекции со STEP пластикой и применением препаратов, стимулирующих интестинальную адаптацию, является эффективным методом минимизации парентерального питания и улучшения качества жизни.

Малоинвазивный способ лечения переломов шейки лучевой кости спицей с изогнутым концом у детей

Петров Ф.-М.А.

Научный руководитель: д.м.н. Саввина В.А.
Северо-Восточный федеральный университет им М.К. Аммосова.
Медицинский институт

Цель. Улучшить функциональные результаты лечения переломов шейки лучевой кости у детей.

Материалы и методы. Пациенты с переломами шейки лучевой кости распределены на 2 группы: контрольная группа исследования с 2013 по 2018 гг. – 30 детей, основная группа за период с 2016 по 2018 гг. – 35 детей, которым выполнена одномоментная репозиция и остеосинтез головки лучевой кости спицей с изогнутым концом.

Результаты. Предложенный нами способ позволил в основной группе на 15% улучшить функциональный результат лечения детей с переломами шейки лучевой кости через 1 год (84,84 балла в контрольной группе против 99,71 балла в основной группе исследования). При лечении перелома шейки лучевой кости следует избегать трансартикулярного остеосинтеза, так как метод опасен возможностью поломки спицы внутри сустава и развитием стойкой контрактуры. При 4 типе переломов шейки лучевой кости необходимо воздержаться от открытой репозиции головки лучевой кости, которая приводит к нарушению питания костной ткани, наносит дополнительную травматизацию тканям локтевого сустава, что отрицательно сказывается на функциональных результатах лечения.

Выводы. Предложенный метод лечения переломов шейки лучевой кости может применяться хирургами-травматологами в условиях районных больниц, оснащенных ЭОП.

Сравнительный анализ хирургической стратегии лечения спаечной кишечной непроходимости у детей

Петров Ю.М., Ошоров Ц.Б.

Научный руководитель: к.м.н. Степанова Н.М.
Иркутский государственный медицинский университет

Цель. Сравнить хирургические методы лечения спаечной кишечной непроходимости.

Материалы и методы. 183 случая хирургического лечения СКН по материалам ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска с 2000 по 2018 гг. Группа исключения: дети с перитонитами и ВПШ. Группы сравнения: I – дети, которым операция выполнена лапаротомным доступом 82 (44,8%), II – пациенты, оперированные лапароскопическим способом 101 (55,2%).

Результаты. Средний возраст: I – 6,78, II – 10,05 лет. Средний срок заболевания: I – 9,9, II – 11,64 часов. В обеих группах подавляющее большинство пациентов поступало с поздней СКН: I – 55 (67,1%), II – 73 (72,3%). Наиболее частой первичной патологией являлся острый аппендицит: в I группе – 55 (67,1%), во II – 72 (71,3%). Критерии селекции: расположение рубца, склонность к келоидообразованию, результаты абдоминального УЗИ, анамнез. В 56% случаев 2 степень распространенности спаечного процесса (О.И. Блинников, 1988). В 41,8% причиной явился штринг. Наиболее частые вмешательства: локальный адгезиолизис и рассечение штринга. Конверсия 8,9%. Существенные различия по числу рецидивов СКН: I – 10 (12,2%), II – 1 (1,0%); и частоте послеоперационных осложнений: 12 (14,6%) и 5 (4,9%) соответственно.

Выводы. 1. Лапароскопия при СКН отличается высокой эффективностью при соблюдении строгих условий селекции. 2. Немаловажное значение имеет профилактика СКН у детей.

Высокочастотная осцилляторная искусственная вентиляция легких как основной режим дыхательной поддержки у новорожденных в условиях ОРИТН

Полятинская А.А.

Научный руководитель: д.м.н. Саввина В.А.
Северо-Восточный федеральный университет им М.К.Аммосова.
Медицинский институт

Цель. Оценить клинические результаты у новорожденных, пролеченных методом высокочастотной осцилляторной вентиляции легких.

Материалы и методы. Анализированы истории болезни 81 новорожденного с дыхательными расстройствами за период с 2015 по 2018 гг.: 88,8% (72 больных) с РДС и 11,1% (9) с хирургической патологией, находившихся на ВЧО ИВЛ в ОРИТН РБ№1 – НЦМ.

Результаты. При проведении ВЧО ИВЛ улучшились показатели газообмена и КОС крови на фоне снижения параметров ВЧО ИВЛ уже через 24-48 ч., особенно фракции кислорода, что свидетельствует о ее эффективности. Так, SatO₂ на старте ВЧО ИВЛ регистрировалась 86%, а через 48 ч. – 96,4%. На старте терапии ВЧО ИВЛ FiO₂ был равен 70%, через 48 ч. снизилось до 45%, уменьшение MAP с 10,3 до 8,1 см вод.ст. через 48 ч. Пациентов переводили с традиционной вентиляции на ВЧО ИВЛ при показателях PpCO₂ больше 60 мм рт.ст., FiO₂ больше или равен 0,4%, отсутствие положительной динамики и наличие синдрома утечки воздуха.

Выводы. ВЧО ИВЛ является стандартом вентиляционной терапии у недоношенных детей с ЭНМТ и новорожденных с легочной гипертензией.

Морфологическая характеристика врожденной тонкокишечной непроходимости у экспериментальных животных

Пулатов Д., Шамсиев О.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шамсиев Ж.А.
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Изучение морфологии стенки тощей кишки у потомства кроликов отравленных пестицидом в период беременности.

Материалы и методы. Материалом изучения явились тонкая кишка плодов кроликов отравленных пестицидом в период беременности.

Результаты. Наши экспериментальные исследования, показали, что поступление пестицидов с питьевой водой в организм беременных крольчих и, соответственно, внутриутробное воздействие этих химикатов на формирующийся плод представляет высокий риск возникновения врожденных пороков развития, прежде всего – атрезии и стенозов кишечной трубки. Введенный пестицид на организм беременной крольчихи проникают через плацентарный барьер и отрицательно воздействует на организм развивающегося плода и приведет отставанию их роста и развития. Гистологическое исследование экспериментального материала показывает гипоплазию органа и структур его стенки что следует считать закономерным явлением, следствием токсического воздействия пестицида на процессы морфо- и органогенеза, дифференцировку структур, формирование функциональных систем различного уровня, интеграцию и адаптацию.

Выводы. Следовательно, пестициды не только влияют на функцию и морфологию органов при непосредственном контакте с ним, но они могут

действовать на формировании структурных компонентов внутренних органов воздействуя и через организм матери.

Особенности диагностики и лечения легочно-плевральных форм деструктивных пневмоний

Пушкарева А.В., Тузилина Н.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Терехина М.И.
Самарский государственный медицинский университет

Цель. Выявление современных особенностей этиологии, клиники и лечения легочно-плевральных форм острой гнойной деструктивной пневмонии (ОГДП) у детей.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 130 детей, находившихся на лечении в гнойном хирургическом отделении ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина с 2015 по 2017 гг.

Результаты. Дети до 3 лет составили 46,1%. У 56,2% детей процесс локализовался справа. Для уточнения этиологии производились посевы плевральной жидкости, промывных вод бронхов. Среди верифицированных возбудителей преобладали микроорганизмы рода *Streptococcus* (65,4%), *Staphylococcus* (21%) и *Pseudomonas* (5,6%). По рентгенологическим формам отмечено следующее распределение: плеврит – 61 (46,9%), пиоторакс – 36 (27,6%), пиофибриноторакс – 20 (15,4%), пневмоторакс – 4 (3,07%), фибриноторакс – 5 (3,8%), пиопневмоторакс – 4 (3,07%). Пункционный метод лечения применен у 62 детей (47,7%), дренирование плевральной полости выполнено 32 (24,6%), торакоскопическая санация – 14 (10,7%), санационная фибробронхоскопия – 96 (73,8%) пациентам. С хорошими результатами выписано 94 ребенка (72,3%). Удовлетворительные результаты отмечены у 36 детей (27,7%). Летальных исходов не было.

Выводы. 1. Таким образом, ОГДП – тяжелая патология, чаще встречающаяся у детей раннего возраста. 2. Для достижения наилучших результатов в лечении важна своевременная диагностика, рациональное лечение и диспансерное наблюдение после выписки.

Хирургическое лечение опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области

Рамазанов А.М., Амирова А.Н., Курбанова Н.М., Фатулаева З.А.

Научный руководитель: д.м.н. Махачев Б. М.
Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность. Опухоли и опухолеподобные заболевания челюстно-лицевой области являются достаточно распространенной патологией.

Цель. Провести мониторинг частоты заболеваемости опухолями и опухолеподобными образованиями челюстно-лицевой области у детей.

Материалы и методы. За период с 2015 по 2018 г. в отделении ЧЛХ ДРКБ находилось 877 детей с опухолями и опухолеподобными образованиями челюстно-лицевой области. Всего проведено 625 оперативных вмешательств, из них по поводу опухолей 420 пациентов (67%), с кистами 205 пациентов (33%).

Нами проведен анализ результатов лечения 72 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями больших размеров и сложной локализации. В группу включены 56 больных с доброкачественными образованиями: 46 мягкотканых (кавернозные гемангиомы и лимфогемангиомы – 44, юношеские ангиофибромы – 2), 6 остеогенных (остеобластокластома – 1, хондромы – 2, остеома – 1), 2 одонтогенные и 1 киста решетчатой пазухи с прорастанием в лобную пазуху и глазницу, а также со злокачественными опухолями: лимфома – 8, лимфосаркома – 3, нейробластома – 2, фибросаркома – 1, рабдомиосаркома – 1, остеосаркома – 1.

Результаты. Результаты хирургического лечения всех форм опухолей челюстно-лицевой области хорошие и удовлетворительные

Выводы. Применяемые у нас методы хирургической коррекции позволяют радикально избавиться от опухолей челюстно-лицевой области и можем рекомендовать широкому применению.

Результаты оперативного лечения мочекаменной болезни у детей

Расулова Д., Батирмурзаева П.М.

Научный руководитель: д.м.н. Махачев Б.М.
Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность. МКБ в республике Дагестан сохраняет свою эндемичность и остается актуальной проблемой среди детского населения.

Цель. Оценить результаты проведенных открытых оперативных вмешательств при МКБ у детей

Материалы и методы. За период 2015 по 2017 гг. в урологическом отделении ДРКБ находилось 305 детей с камнями мочевыводящих путей. Возраст детей от 3-х мес. до 15 лет. Мальчиков – 192, девочек – 113. Из них: камни почек – 238 детей, камни мочеточника – 54, камни мочевого пузыря – 12, камень уретры – 1. Оперировано 92 ребенка, 47 – пиело- и нефролитотомия, 38 – уретеролитотомия, 6 – эпицистолитотомия, 1 – уретролитотомия. Во время операции у 6 детей выявлено сужение в пиелoureтеральном сегменте, что потребовало пластики ПУС и в 3 случаях

произведена неоимплантация мочеточника в связи с наличием стеноза в дистальном отделе мочеточника.

Результаты. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдалось у 11 детей. В 8 случаях отмечался затек мочи в паранефральное пространство после удаления камней почки и у 3 детей отхождение мочи по страховочному дренажу после удаления камня мочеточника. Всем детям произведена ретроградная катетеризация почки на срок от 3 до 5 дней. 9 детей поступили повторно с сформировавшимися рецидивными камнями.

Выводы. Современные подходы к лечению МКБ у детей, диктуют необходимость снижения числа проводимых открытых оперативных вмешательств.

Малоинвазивные методы лечения варикоцеле у детей

Рахимов М., Азизов Ш.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шамсиев Ж.А.
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Применение малоинвазивных методов лечения варикоцеле у детей.

Материалы и методы. В 2 клинике СамМИ за 2010 г. по поводу левостороннего варикоцеле 3 степени прооперировано 239 больных в возрасте от 10 до 16 лет. От 10 до 13 лет было – 87; от 14 до 16 лет – 152. В зависимости от способа лечения больные нами были разделены на 2 группы. В первую группу включены 163 больных, которым была произведена операция Паломо. Вторую группу составили 76 пациентов, которым проводилось лечение малоинвазивными методами (склеротерапия, лапароскопические вмешательства). Для оценки эффективности проведенного лечения все больные проводились осмотр, пальпация и УЗИ с доплерографией до операции и на 2-е сутки после операции.

Результаты. На 2-е сутки при осмотре и пальпации признаки варикоцеле исчезли у 149 (91,4%) больных первой и у 74 (97,4%) – детей второй группы. Значительное уменьшение признаков отмечено у 14 (8,6%) пациентов первой и у 2 (2,6%) второй группы. У всех пациентов со значительным уменьшением варикоцеле при ультразвуковом исследовании с доплерографией обратного сброса не отмечено.

Выводы. 1. Применение предлагаемых способов позволило уменьшить длительность операции в среднем с 25 до 10 мин., применение обезболивающих средств в послеоперационном периоде, сократить койкодень с 6,7 до 2,6. 2. Резко улучшился косметический эффект.

Анализ эффективности временной деривации мочи у детей с врождённым обструктивным нерезлюксирующим мегауретером

Раштвина Л.Р.

Научный руководитель: Гасанов Д.А.

Самарский государственный медицинский университет

Цель. Проверка сравнительного анализа эффективности временной деривации мочи путём установки пункционной нефростомы и пузырно-мочеточниковых стентов у детей с врождённым обструктивным мегауретером.

Материалы и методы. С 2008-2018 гг. в отделении урологии ПК прооперировано 195 детей с диагнозом врождённый мегауретер. Мальчики – 74% (144 детей), девочки – 26% (51 пациент). Дооперационное отведение мочи через пункционную нефростому, или дистальный пузырно – мочеточниковый стент проводилось у 30% (58 детей). Дооперационное дренирование потребовалось только детям с тяжёлым ОНМ в возрасте до 1 года.. Все дети разделены на 2 группы. I группа – дети, которым выполнена пункционная нефростомия. II группа – дети, которым выполнялась эндоскопическая постановака пузырно-мочеточникового стента.

Результаты. В 1 группе детей адекватное опорожнение мочевых путей на стороне поражения отмечено в 100% (27 детей), выпадение нефростомы 10% (3 детей), обострение вторичного пиелонефрита 13% (4 детей). Во второй группе детей адекватное опорожнение мочевых путей на стороне поражения отмечено в 90% (28 детей), обострение вторичного пиелонефрита у 31% (11 детей). У всех пациентов с дооперационным дренированием мы отмечали адекватное опорожнение мочеточника и ЧЛС на дренаже до операции.

Выводы. Постановка пузырно-мочеточникового стента имеет преимущества в виде возможности длительного бужирования дистального отдела мочеточника.

Врожденный гидронефроз: особенности лечения у детей

Решетников А.Г., Максимова П.В., Тен К.Ю.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тен Ю.В.

Алтайский государственный медицинский университет

Цель. Выявить особенности лечения врожденного гидронефроза у детей, проанализировать различные оперативные методы лечения врожденного гидронефроза у детей.

Материалы и методы. На базе КГБУЗ «АККДБ» с 2014 по 2019гг. находилось 124 ребенка от 2 месяцев до 17 лет с диагнозом врожденный гидронефроз.

Результаты. У мальчиков врожденный гидронефроз встречается чаще, чем у девочек (60% – мужской пол, 40% – женский пол). Чаще гидронефроз встречается слева (63% – слева, 37% – справа). Чаще всего встречались дети в возрасте от 1 года до 7 лет (62%). 88 пациентам (71%) произведена открытая пластика пиелoureтерального сегмента по Хайнес-Андерсен-Кучера, 28 пациентов (23%) – эндовидеохирургическая операция по Хайнес-Андерсен-Кучера, 8 пациентам (6%) произведена нефруретерэктомия, вследствие афункции почки.

Выводы. Эндовидеохирургическая операция по Хайнес-Андерсен-Кучера отличается меньшей травматизацией, уменьшением срока госпитализации (при открытых операциях – 4 недели, при эндовидеохирургических операциях срок госпитализации сокращается до 2 недель), сокращением количества возможных послеоперационных осложнений.

Хирургическая тактика при удвоениях почки у детей

Решетников А.Г., Мусиенко М.В., Рытенко Е.А., Сыса А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тен Ю.В.
Алтайский государственный медицинский университет

Цель. Проанализировать структуру осложнений при удвоениях почек, оценить эффективность диагностического алгоритма и хирургической тактики при данном заболевании.

Материалы и методы. На базе КГБУЗ «АККДБ» с 1987-2018 гг. прооперировано 386 детей с УП: девочек – 255, мальчиков – 131. Односторонняя патология выявлена у 327 детей, двухсторонняя у 59. Возраст: до 1 мес. – 36 детей; до 1 г. – 82; 1-3 г. – 84; 3-7 л. – 66; 7-12 л. – 67; 12-15 л. – 42; старше 15 – 9. Сочетанная патология: удвоение почек и уретероцеле – 46; ПМР – 57; уретероцеле с ПМР – 25; гидронефроз, уретерогидронефроз нижней половины почки – 10, обеих половин – 7; межмочеточниковый рефлюкс – 47; эктопия мочеточника – 22 (с недержанием); нефроптоз – 19; МКБ – 10; кисты – 4.

Результаты. При оперативном лечении доступ к почке осуществляется по методу Нагамацу в модификации (забрюшинно с обходом почки сзади и без резекции XI ребра), фиброзная капсула не сшивается (для более адекватного дренирования).

Выводы. 1. Данный оперативный доступ сохраняет архитектуру скелета пациента и исключает травматизацию брюшины и развитие явлений перитонизма. 2. При удвоениях почек у детей необходим индивидуальный подход к выбору тактики ведения каждого пациента.

Анализ результатов лечения девочек с острой гинекологической патологией

Рзаева Е.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Городков С.Ю.
Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского

Цель. Ретроспективный анализ результатов лечения девочек с острой гинекологической патологией.

Материалы и методы. С 2013 по 2018 гг. было 35 детей с гинекологической патологией. Медиана возраста – 15 лет (min 5/max 19). При поступлении подозревали острый аппендицит (n=30), объемное образование брюшной полости (n=2), почечную колику (n=2) и кисту яичника (n=1). Характерные симптомы гинекологической патологии были у 16. УЗИ было информативным у 8. Оперировали лапароскопически 28 (конверсия у одной). Первичная лапаротомия – у двух. Консервативное лечение провели у пяти: синдром предменструального напряжения (n=2) и киста яичника (n=3).

Результаты. Интраоперационно диагностировали: некроз гидатиды яичника (n=2) – удаление гидатиды; маточно-перитонеальный рефлюкс (n=2) – санация брюшной полости; цистаденома яичника (n=1) – тубоовариэктомия; перекрут яичника с его некрозом (n=3) – тубоовариэктомия; апоплексия яичника (n=3) – электрокоагуляция; киста яичника (n=4) – фенестрация и иссечение; перекрут маточной трубы с кистой (n=1) – деторсию, удаление кисты; сальпингоофорит и пельвиоперитонит (n=14) – санация. Вторичный аппендицит был у 18 – выполнена аппендэктомия.

Выводы. У девочек с 12 лет при боли в животе следует подозревать гинекологическую патологию. УЗИ органов малого таза было информативным у 1/4 части девочек.

Экспериментальная оценка эффективности применения инкасулированного пептида hldf6 в составе нановолоконного раневого покрытия для лечения ожогов III степени

Рыстенко Е.А., Шабунин А.С., Зубов В.В., Асадулаев М.С.

Научный руководитель: Зиновьев Е.В., Панеях М.Б., Юдин В.Е.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет

Цель. Оценка эффективности лечения ожоговой раны III степени (МКБ-10) путем аппликации раневого покрытия на основе нановолокон алифатического сополиамида (СПА), декорированных спорами *lysorodium*

clavatum (LC), в которые был инкапсулирован пептид HLDF6.

Материалы и методы. Для эксперимента были использованы 40 самцов беспородных белых крыс массой 230-240 г. Всем животным моделировался ожог III степени площадью 16 см² с последующей некрэктомией. Животные были разделены на 4 группы по 10 животных: группа контроля, группа с СПА-покрытием, группа с СПА-покрытием, декорированным полыми капсулами LC и группа целевого покрытия.

Продолжительность эксперимента 28 суток. В процессе наблюдений проводилась планиметрическая оценка заживления и забор биопсий.

Результаты. В процессе исследования было планиметрически установлено, что достоверный ($p < 0,05$) эффект проявляется на 14-е сутки.

Выводы. 1. В процессе работы было достоверно установлено положительное влияние применения целевых покрытий при лечении ожоговых ран. 2. Полученные данные позволяют предположить также и участие полых спор LC в процессе заживления, что создает широкие предпосылки для дальнейшего исследования.

Исследование отдалённых результатов хирургической коррекции сколиотической деформации позвоночника с целью изучения качества жизни и особенностей протекания беременности

Сайфуллин А.П., Леонтьев А.В.

Научный руководитель: к.м.н. Млявых С. Г.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Цель. Изучение качества жизни и особенностей протекания беременности у девушек, оперированных ранее по поводу сколиотической деформации позвоночника.

Материалы и методы. Отдалённый катамнез с помощью анкетирования 15 пациенток в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст = $29,5 \pm 3,08$ лет), оперированных ранее по поводу сколиотической деформации позвоночника на базе отделения нейрохирургии Университетской клиники ПИМУ. Статистический анализ данных был выполнен с помощью пакета Microsoft Excel.

Результаты. Средний возраст респонденток на момент проведения операции – $19,5 \pm 3,19$ лет (от 14 до 30 лет), а возраст на момент протекания беременности составил $26,5 \pm 2,88$ лет (от 18 до 32 лет). Визуально аналоговая шкала позволила установить в среднем незначительное увеличение выраженности болевого синдрома в позвоночнике в динамике следующих этапов: до беременности: во время беременности: после родов первые 6 месяцев = $3,2 \pm 1,28$; $4,13 \pm 1,52$; $4,87 \pm 1,59$. Каких-либо ограничений в

сексуальной жизни из-за позвоночника испытывают 4 (26,7%) пациентки. Только у 7 (46%) женщин позвоночник ограничивал уход за ребёнком. Из особенностей протекания беременности стоит отметить, что родоразрешение производилось путём кесарева сечения у 93,3% пациенток.

Выводы. Результаты исследования имеют научно-практическую значимость и требуют дальнейшего изучения с целью разработки тактики ведения данных пациенток.

3d модель и виртуальная реконструкция: дополнительный инструмент в хирургии эхинококкоза печени детского возраста

Самурганов Н.О., Яхьяева Л.А., Афанасова А.И.,
Герасименко И.Н., Погосян А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Минаев С.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время растет количество пациентов, требующих малоинвазивные оперативных вмешательства. Всем пациентам назначают обследования, в основе которых лежат цифровые технологии. К методам обследования относятся КТ и МРТ, УЗИ с трехмерной реконструкцией изображений. Существующее ПО не способно создавать 3D-модели внутренней структуры органов нет медицинских программ, основанных на применении голографических образов технология HoloLens.

Цель. Апробация разработанного программного комплекса HoloDoctor с дополнительным модулем DoctorCT-Slicer.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились на лечении с 2011-2018 гг. 21 ребёнок с изолированной формой эхинококкоза печени. С 2018 г. в нашу практику мы внедрили 3D технологии реконструкции при паразитарном поражении печени. Данные для 3D-реконструкции были получены в формате DICOM из проведенных исследований у пациента, КТ. Нами были проведены исследования, связанные с интеграцией реконструкций трехмерных изображений в программный комплекс HoloDoctor для проведения симуляции хирургического вмешательства.

Выводы. Программа DoctorCT-Slicer дает больше возможностей провести различные манипуляции с визуализацией анатомических особенностей печени, при этом сохранив 3D модель реконструированной кисты печений для осуществления симуляции хирургического вмешательства в условиях, в комплексе HoloDoctor.

Диагностика и лечение перекрута яичка

Сафин Р.Т., Борисов А.В., Галеев Н.Н., Ражетдинов Т.И., Мавлютова Р.Р.

Научный руководитель: д.м.н. Гумеров А.А.

Башкирский государственный медицинский университет

Цель. Анализ результатов диагностики и лечение перекрута яичка с 2016 по 2018 гг.

Материалы и методы. За последние 3 года в урологическом отделении республиканской детской клинической больницы было прооперировано 58 пациентов с данной патологией, возраст детей составил от 1 года до 16 лет, из них в возрасте 0-3 года – 12 (21%), 3-6 лет – 5 (8%), 6-9 лет – 10 (17%), 9-12 лет – 14 (24%), 12-16 лет – 17 (29%).

Результаты. Основные жалобы: боль, припухлость в области мошонки. Всем больным с перекрутом яичка было выполнено хирургическое лечение, во время ревизии мошонки был обнаружен некроз яичка в 14 случаях.

Этапы операции:

- 1) Продольное рассечение мошонки, послойное выделение яичка;
- 2) Рассечение белочной оболочки;
- 3) Оценка жизнеспособности яичка.

Выводы. 1. Своевременное обращение и диагностика позволяет выполнить органосохраняющую операцию. 2. Наступление необратимых процессов в яичке зависит не только от срока заболевания но и от угла заворота. Так некроз яичка при угле заворота 7200 наступил в течение первых суток, при 3600 – после 24 ч. 3. Дети с синдромом острой мошонки нуждаются в экстренном оперативном лечении в течение первых 12 ч.

«Батутная травма» у детей

Сергеев В.Е.

Научный руководитель: д.м.н. Никитин С.С.

Петрозаводский государственный университет. Медицинский институт

Цель. Изучить особенности «батутной травмы»

Материалы и методы. Проанализировано 67 историй болезней детей 4-16 лет, находившихся на стационарном лечении в травматологическом отделении детской республиканской больницы г. Петрозаводска с 2015 по 2018 гг.

Результаты. «Батутная травма» за 4 года составила 2,31% от общего числа детей, госпитализированных в травматологическое отделение.

Наиболее часто из батутных центров доставляют детей от 9 до 12 лет. Из числа госпитализированных детей мальчики составили 53%, девочки 47%. При поступлении в стационар пациенты описывали следующие механизмы полученных повреждений – падение на спину, ягодицы и на руки. 40% детей получили травму позвоночника, 36% – травму рук, 14% – ног, 10% – черепномозговая травма. Состояние детей при поступлении в 10% расценено как тяжелое, 42% – средней тяжести, в 48% – удовлетворительное. Основными методами лечения являлись репозиция переломов, постельный режим, симптоматическая терапия, реабилитационные мероприятия в восстановительный период.

Выводы. 1. «Батутная травма» наиболее часто представлена травмой позвоночника и переломами костей рук. 2. Основными методами лечения детей при «батутной травме» явились длительный постельный режим и репозиция переломов. 3. Средние сроки стационарного лечения и последующей реабилитации у детей с «батутной травмой» составили 75 дней.

Наш опыт диагностики и лечения дивертикула Меккеля у детей

Смагулова А.К.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Досанова А.К.

Медицинский университет Астана

Цель. Провести ретроспективный анализ серии случаев дивертикула Меккеля у детей.

Материалы и методы. В период с 1968 по 2018 гг. наблюдалось 201 пациент с дивертикулом Меккеля и его осложнениями. Пациенты распределены по полу: девочки – 112, (55,7%), мальчики – 89 (44,3%). В возрасте до 3 лет ДМ диагностирован у 39 детей, до 4-6 лет – 33, 7-10 лет – 62 детей, 11-14 лет – 67 пациентов.

Неосложненный ДМ обнаружен у 78 пациентов. Дивертикулит – у 75 детей, у 19 детей – острая кишечная непроходимость, у 6 пациентов – кровотечение, у 5 детей – перфорация дивертикула.

Результаты. Распределение ДМ по полу составило 0,8:1,0, с незначительным преобладанием девочек. 67% детей с дивертикулом Меккеля в возрасте до 10 лет. В плане оперативного лечения в 35 случаях (17%) резекция не выполнялась. В 34 (16,91%) случаях выполнялась лапароскопическая резекция дивертикула по типу аппендэктомии, в виду его узкого основания, в 14 (7%) случаях выполнялась клиновидная резекция дивертикула Меккеля, у 89 (44%) пациентов – лигатурный, и у 29 (14%) детей проведена резекция участка подвздошной кишки, несущей основание дивертикула.

Выводы. Многообразие клинических проявлений осложнений дивертикула Меккеля объясняют настороженность хирурга в отношении

пациентов с клиникой острого аппендицита, кишечной непроходимости, перфорации полого органа, а также кишечного кровотечения.

Анализ осложнений у детей с энтеро- и (или) колостомами

Согрина И.Э.

Научный руководитель: д.м.н. Аксельров М.А
Тюменский государственный медицинский университет

Цель. Проанализировать осложнения у детей носителей энтеро- и (или) колостом.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 439 детей с хирургической патологией органов брюшной полости, которым были сформированы энтеро- и (или) колостомы. Мальчиков – 277 (63,1%), девочек – 162 (36,9%). 62,6% (275) оперированы в периоде новорожденности. Концевые варианты искусственных кишечных свищей – 344 ребенка, с сохраненным пассажем по желудочно-кишечному тракту – 95, у 83 стома сочеталась с межкишечным анастомозом.

Результаты. У 82 детей наблюдали 109 осложнений (18,7%). У 27 (6,2%) из них отмечено сочетание двух и более осложнений. Эвентрацию наблюдали 31 раз, (3;5;7) послеоперационный день. Продолжающийся некроз пораженной НЭК кишки с образованием дополнительных перфораций, у 8 (3;4;6 сутки). Несостоятельность швов на кишке у 12 (3,5;4;5,5). Спаечная кишечная непроходимость у 17 (13;24,5;29). У 7 (11;18;22 сутки) самопроизвольное возникновение кишечного свища. Стенозирование стомического отверстия и некроз выведенной стомы у 26 пациентов (2;4;6). Воспаление кожи вокруг стомы у 6 (7;9,5;12). Парастомальная грыжа у 2 (на 14 и 20 сутки). Большинство перечисленных осложнений (105-96,3%) потребовали повторной операции.

Выводы. 36,8% осложнений связанных с кишечным свищем обусловлены неправильно выбранной тактикой хирурга.

Лечение анизомелии нижних конечностей у детей

Соколов А.Г.

Научный руководитель: д.м.н. Вавилов М.А.
Ярославский государственный медицинский университет

Цель. Продемонстрировать эффективность сочетания аппаратной коррекции и временного эпифизиодеза у детей с врожденным и приобретенным нарушением оси и длины нижних конечностей на фоне роста.

Материалы и методы. В больницы г. Ярославля стали обращаться пациенты не только с пороками стопы, но и с пороками голени и бедра. В

период с 2011 до 2018 гг. 36 пациентов находится на лечении по поводу деформаций НК. Выполнено 65 операций. Всем детям на фоне роста при прогрессирующих деформациях предлагалось сочетание хирургической коррекции с применением восьмиобразных пластин и аппаратов внешней фиксации.

Результаты. Применение временного эпифизиодеза позволило детям с указанной патологией, находящимся на лечении устранить полностью или уменьшить деформацию НК, минимизировать пребывание в больнице, лимитировать применение аппаратной коррекции.

Выводы. Локальный временный гемиепифизиодез в комбинации с аппаратной коррекцией является перспективным и современным сочетанием хирургических методов при лечении деформаций нижних конечностей.

Значение мобилизации НПВ при омфалоцеле больших размеров на клиническом примере

Сорокина Т.Е.

Научный руководитель: к.м.н. Шумихин В.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Цель. Продемонстрировать значимость мобилизации нижней полой вены (НПВ) при больших размерах омфалоцеле.

Материалы и методы. Проведен клинический разбор ребенка с омфалоцеле больших размеров, находившегося на лечении в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова. Содержимым омфалоцеле являлись печень и петли кишечника. Ребенку выполнена первичная радикальная пластика передней брюшной стенки. Апоневроз ушит с умеренным натяжением. В послеоперационном периоде у ребенка отмечались явления синдрома нижней полой вены: нарастание отечности нижней половины туловища, анурия, ацидоз. Ужесточения параметров вентиляции и интенсивной терапии без положительного эффекта. Снижение ренального кровотока, высокие индексы резистентности. Выполнено создание «временной брюшной полости с целью декомпрессии – состояние с положительной динамикой. В отсроченном периоде выполнена пластика передней брюшной стенки с мобилизацией НПВ.

Результаты. Особенностью детей с омфалоцеле больших размеров является вентральное расположение НПВ, что приводит к ее компрессии в послеоперационном периоде, в данном случае – несмотря на отсутствие выраженного натяжения апоневроза и видимых причин повышения внутрибрюшного давления, в послеоперационном периоде отмечалась

отрицательная динамика. После операции с проведением мобилизации НПВ отрицательной динамики не было. Однако, нельзя не учитывать вытяжение брюшной стенки в течение недели. Для достоверности результата необходимо проведение активной мобилизации НПВ в процессе первичной операции.

Выводы. Требуется проведение проспективного исследования для подтверждения гипотезы о значимости мобилизации нижней полой вены при оперативном лечении омфалоцеле больших размеров.

Анализ хирургического лечения сосудистых колец у детей

Старченко В.С.

Научный руководитель: к.м.н. Степаненко Н.С.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Цель. Оценить состояние трахеи и бронхов в послеоперационном периоде в зависимости от сроков коррекции сосудистых колец у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 19 детей в возрасте от 10 дней до 3 лет, оперированных в отделении торакальной хирургии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова в период с 2011 по 2018 гг. В лечебном периоде торакоскопическое разделение сосудистых колец было проведено 11 (58%) больным, торакотомическое – 3 (16%) больным, реимплантация легочной артерии – 5 (26%) больным. Отдаленные результаты лечения изучены у 14 (74%) детей. Больные были разделены на две группы в соответствии с возрастом, в котором было проведено хирургическое лечение: до 6 месяцев – 7 (50%), возраст $91 \pm 75,8$ дней; после 6 месяцев – 7 (50%), возраст $16,28 \pm 9,2$ месяца. Через год после операции оценивались жалобы и проводилась трахеобронхоскопия. Для сравнения использовался точный критерий Фишера.

Результаты. При сравнении клинических проявлений, состояния трахеи и бронхов в послеоперационном периоде между двумя группами статистически значимых различий выявлено не было ($p=0,606$; $p=0,298$). При катамнестическом наблюдении в первой группе стеноз сохранялся у 2 (28,6%) детей, во второй – у 3 (42,8%) детей. Трахеомаляция наблюдалась у всех детей.

Выводы. Статистически значимых различий между группами детей, оперированных в сроки до 6 и после 6 месяцев выявлено не было.

Современные аспекты терапии аппендикулярного перитонита у детей

Сташков А.К., Забаровский А.В.

Научный руководитель: д.м.н. Аверин В.И.
Белорусский государственный медицинский университет

Цель. Определение наиболее эффективных хирургических и фармакологических методов лечения аппендикулярного перитонита (АП) у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ эффективности лечения 238 пациентов с диагнозом АП, (130 мальчиков и 108 девочек в возрасте от 1 до 17 лет) экстренно поступивших в Республиканский научно-практический центр детской хирургии Минздрава Республики Беларусь. Лапароскопически было прооперировано 53,8% пациентов (128), традиционно – 46,2% (110) в комплексе с антибиотикотерапией в раннем послеоперационном периоде.

Результаты. Длительность пребывания пациентов, прооперированных лапароскопически, в отделении анестезиологии и реанимации и в стационаре, была достоверно ниже ($p < 0,001$), чем у пациентов, прооперированных «открытым» способом. Среднее пребывание пациентов в стационаре с АП, пролеченных лапароскопически и цефепимом, было значимо ниже, чем у детей, получавших эртапенем ($p = 0,002$). Среднее пребывание пациентов в стационаре с АП, пролеченных традиционным способом и цефепимом, было значимо ниже, чем у детей, получавших эртапенем ($p < 0,001$).

Выводы. 1. Лапароскопические операции у детей при АП является методом выбора. 2. Антибиотиком выбора в раннем послеоперационном периоде для стартовой терапии с целью достижения оптимальной клинической и экономической эффективности является цефепим независимо от выбора оперативной тактики.

Опухоли головного и спинного мозга у детей

Строкатова А.А., Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Баранов Д.А.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Глаголев Н.В.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко

Цель. Изучить структуру опухолей головного и спинного мозга и варианты их лечения у детей различного возраста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный статистический анализ больных, госпитализированных с новообразованиями головного и

спинного мозга в ОДКБ №2 г. Воронежа. С 2010 по 2018 гг. пролечено 369 ребенка в возрасте от 0 до 18 лет, среди них 200 мальчиков и 169 девочки. Диагностику проводили с использованием УЗИ, РКТ, МРТ, эндоскопических методов. В отделении детской нейрохирургии прооперирован 105 (28,45%) пациентов, а 264 (71,5%) больным проведено комбинированное лечение (операция + химиотерапия и лучевая терапия).

Результаты. Среди всех детей 346 (93,76%) внутричерепных новообразований и 23 (6,24%) в спинном мозге. Анализ гистологической структуры показал 124 кистозных, 211 опухолей головного мозга и 11 каверном. Выявлено опухолей головного мозга у 110 девочек и 91 мальчика, верифицировано 84, из них доброкачественных – 60 вариантов, 24 злокачественные.

Выводы. 1. Полученные результаты подтверждают преобладание доброкачественных опухолей у детей. 2. В лечении ведущую роль занимает радикальное удаление опухолей. 3. Эпидемиологические данные необходимы для постоянной онкологической настороженности врачей-педиатров, улучшения качества диагностики и профилактики.

Отдалённые результаты лечения детей оперированных с прогрессирующим некротизирующим энтероколитом

Сударева Д.И.

Научный руководитель: д.м.н. Аксельров М.А., к.м.н. Супрунец С.Н.
Тюменский государственный медицинский университет

Цель. Изучить катамнез детей оперированных с прогрессирующим некротизирующим энтероколитом в отдалённом послеоперационном периоде.

Материалы и методы. За 2013-2017 гг. в ГБУЗ ТО ОКБ №2 г. Тюмени оперировано 95 детей с прогрессирующим некротизирующим энтероколитом 3а-б стадии. Выполнялась резекция пораженного участка кишки с формированием энтеро- и (или) колостомы. 41 детей умерло. 44 пациентам в среднем на 32 сутки проведено закрытие кишечного свища с формированием анастомоза. Результаты лечения изучали путем анкетирования. Разработан опросник, включающий 17 вопросов, который рассылался родителям выживших детей по почте. Ответы получали как обратными письмами, так и в электронном варианте.

Результаты. По результатам ответов родителей выяснено, что у 22% детей имеются различные отклонения со стороны зрительного анализатора, у 19% – ДЦП, у 11% – БЛД, у 2% – эпилепсия, и у 2% – потеря слуха. 7% отстают в нервно-психическом развитии. Только 15% детей, оперированных с НЭК в периоде новорождённости в катамнезе не имеют проблем со здоровьем.

Выводы. Несмотря на большое количество разнообразных проблем со здоровьем у детей оперированных с НЭК заболеваний со стороны ЖКТ не выявлено.

Лапароскопическое лечение паховых грыж у детей

Суенкова Д.Д.

Научный руководитель: Винокурова Н.В.
Уральский государственный медицинский университет

Цель. Сравнительный анализ открытого и эндовидеохирургического способов лечения детей с врождёнными паховыми грыжами.

Материалы и методы. Проанализированы 286 детей с паховыми грыжами. Преобладали мальчики 77,5%. Грыжесечение по методике Дюамель I и II выполнено у 134 детей; лапароскопическая герниорафия (ЛГ) с использованием иглы Tuohy – у 152 больных. В анамнезе ущемление грыжи отмечалось в 21,7% случаях. Операция выполнялась под общим наркозом, при открытом грыжесечении – аппаратно-масочный, при ЛГ – эндотрахеальный.

Результаты. Интра- и послеоперационных осложнений не выявлено ни при одной из методик. Среднее время операции при односторонней грыже открытым способом составляет $15 \pm 2,5$ минут, при двусторонней – $28 \pm 2,5$ минут, при этом существенных отличий от полу не выявлено. При ЛГ отмечалось значительное уменьшение длительности операции у девочек, что составило $8 \pm 2,5$ минут, у мальчиков $17 \pm 2,5$ минут. При двусторонних паховых грыжах операция занимала в среднем $25 \pm 2,5$ минут у мальчиков, $16 \pm 2,5$ минут у девочек. Интраоперационно диагностировать необлитерированные паховые кольца с контралатеральной стороны и провести одномоментное их ушивание удалось в 10,1% случаев.

Выводы. Лапароскопический доступ позволяет диагностировать грыжу с противоположной стороны, обеспечивает хороший косметический результат, сокращает время операции особенно у девочек.

Аневризмальная киста бедренной кости

Сыса А.А., Решетников А.Г.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Осипов А.А.
Алтайский государственный медицинский университет

Цель. Ознакомить медицинскую общественность с необычным течением аневризмальной кисты при локализации её в межвертельной области бедренной кости.

Материалы и методы. Анализ клинического случая. Пациентка, 13 лет, с жалобами на увеличение в объеме левого бедра, боли в коленном суставе.

Результаты. Диагноз при поступлении: Остеогенная саркома. В июле 2018 г. проведена хирургическая биопсия в/3 левого бедра, из-за кровотечения оценить характер поражения кости не удалось. Взят мазок на цитологию (сплошь эритроциты). Совместно с сосудистым хирургом в сентябре 2018 г. выполнена краевая резекция в/3 левой бедренной кости, кюретаж стенок гигантоклеточной опухоли. Дно костного дефекта в/3 бедренной кости в межвертельной и подвертельной области резецировано долотом – ткани на биопсию. Заключение АК ОД: Аневризмальная костная киста с массивным кровоизлиянием, гемосидероз в стенках. В январе 2019 г. при осмотре объем левого бедра равен правому 62 см. На рентгенограмме: признаки обызвествления в мягких тканях левой бедренной кости, что говорит об обратном развитии кисты.

Выводы. 1. Аневризмальная киста бедренной кости у подростков может имитировать остеогенную саркому. 2. Отсутствует специфическая симптоматика на ранних стадиях развития. Наблюдается трудность в биопсии и гистологическом исследовании биоматериала. 3. Оперативное лечение необходимо выполнять совместно с сосудистым хирургом.

Анализ эффективности консервативного лечения килевидной деформации грудной клетки

Твердов И.В.

Научный руководитель: д.м.н. Митупов З.Б.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Цель. Анализ результатов консервативного лечения килевидной деформации грудной клетки (КДГК).

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 25 пациентов (средний возраст $12,6 \pm 3,4$ лет), находившихся на лечении с помощью корсета – FMF® Dynamic Compressor System (ДКС) в ДГКБ №13. Измеряли давление инициальной компрессии (PIC), необходимое для коррекции порока и отражающее эластичность грудной клетки. В зависимости от величины PIC выделено 2 группы: гр. 1 (n=5) с PIC менее 6 фунтов на квадратный дюйм, гр. 2 (n=4) с PIC более 6 фунтов на кв. дюйм. Эффективность оценивалась визуально: отличные результаты – полная коррекция; удовлетворительные – улучшение; неудовлетворительные – без эффекта; плохие – прогрессирование.

Результаты. Закончили лечение 9 (36%) детей, 4 (16%) – продолжают, 8 (32%) потеряны для исследования, 4 (16%) отказались от лечения в связи с

финансовыми затруднениями. У 9 детей, прошедших лечение, отличные результаты получены у 2, хорошие – у 4, неудовлетворительные – у 1, плохие – у 2. Время использования ДКС – $15,4 \pm 3,2$ мес. по $9,7 \pm 3,1$ часов/день. Получена значимая связь ($p < 0,05$, критерий Фишера) между уровнем РС и результатами лечения. Катамнез составляет $29 \pm 4,5$ мес., признаков рецидива не отмечено.

Выводы. 1. Применение ДКС – эффективный метод лечения. 2. Одним из факторов, определяющих прогноз, является уровень РС.

Оперативное лечение диафизарных переломов у детей

Темралиев Б.Б., Пахместерова О.В.

Научный руководитель: профессор Гончарова Л.А.
Астраханский государственный медицинский университет

Цель. Повышение эффективности лечения детей с переломами трубчатых костей.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами проанализирована техника оперативного вмешательства эластичными стрежнями и отдаленные результаты 30 последовательных случаев диафизарных переломов трубчатых костей, которые были прооперированы с помощью данного метода с 01 января по 31 декабря 17 г.

Результаты. Установлено, что во всех случаях удалось добиться 100% сращения в необходимый срок, функция восстановилась от 4 недель до 2 – 3 месяцев в зависимости от локализации перелома.

Выводы. 1. В настоящее время среди оперативных методов лечения диафизарных переломов у детей оптимальным признан метод эластичного интрамедуллярного остеосинтеза, т.к. обладает рядом преимуществ: малоинвазивность, стабильность фиксации, возможность ранней функции, высокий косметический результат, короткий стационарный период, быстрое возвращение пациентов к повседневной жизни, возможность введения гибких стержней вне зоны роста кости. 2. Своевременное и технически грамотно выполненное оперативное вмешательство позволяет добиться хороших результатов и тем самым нивелировать недостатки данного способа.

Особенности ведения пациентов с редкими формами врожденной ложной диафрагмальной грыжи

Теплов В.О.

Научный руководитель: к.м.н. Железнов А.С.
Приволжский исследовательский медицинский университет

Цель. Изучить особенности ведения пациентов с врожденной ложной диафрагмальной грыжей (ВДГ) редкой локализации.

Материалы и методы. С 2007 по 2017 гг. в НОДКБ пролечено 24 ребенка с ВДГ. Мальчиков – 17 (70,8%), девочек – 7 (29,2%). Выполняли обзорную рентгенографию, с контрастированием, МСКТ, УЗИ, ЭКГ.

Результаты. ВДГ слева выявлялась у 20 (83,3%), справа – 3 (12,5%), двусторонняя – 1. Летальность – 25%. Длительность ИВА – от 6 до 24 дней, количество койко-дней – от 8 до 32. Начало кормления в среднем – с III-IV суток после операции, полная адаптация к энтеральной нагрузке – к V-VII, самостоятельные дефекации возобновлялись на II-III сутки.

Случай правосторонней ВДГ сопровождался пневмотораксом справа, грыжа реализовалась после купирования внутригрудного напряжения. Рентгенография с пассажем контраста была ложноотрицательной, диагноз установлен на МСКТ. При двусторонней ВДГ сначала определялась грыжа справа, а слева – сформировалась на VII сутки после операции.

Выводы. 1. Диагностика диафрагмальных грыж требует дополнительных методов исследования (МСКТ). 2. Следует внимательно осматривать всю диафрагму для постановки двусторонней ВДГ. 3. Сроки адаптации к энтеральной нагрузке и показатели витальных функций при типичных и редких локализациях существенно не различаются.

Лечение переломов шейки бедра у детей перкутанным остеосинтезом

Тиялков А.А., Мавлянов Н.Х., Аметов Э.Т.

Научный руководитель: д.м.н. Мавлянов Ф.Ш.
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Улучшить результаты лечения переломов шейки бедра с помощью применения методики перкутанного остеосинтеза.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 62 ребенка с переломом шейки бедра в возрасте от 5 до 17 лет. У 80,8% детей травма возникла в быту у 19,2% в результате дорожно-транспортного происшествия. 21 больного лечили лейкопластырным, скелетным вытяжением по обще- принятой методике. У 41 ребенка лечение проводилось оперативным путем. Больных распределили на 2 группы. 1 – группа – открытое сопоставление костных отломков, у 3 детей фиксацией спицами; у 2 больных, компрессирующими винтами. Данный способ показан у больных с застарелыми переломами. 2 – группа – перкутанный остеосинтез (3,4 спицы) шейки бедра, с последующей гипсовой иммобилизацией.

Результаты. Примененная нами методика перкутанного остеосинтеза позволила у 36 детей спицами стабильно удерживать костные отломки до их сращения. Осложнений процесса заживления перелома не наблюдали. Спицы в кости детьми переносились хорошо. Длительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 10-12 дней.

Выводы. Таким образом, закрытый перкутантный остеосинтез переломов шейки бедра предусматривает репозицию костных отломков с помощью проведение чрескожно тонких атравматичных фиксаторов (спиц), которые щадят детской кости, а также зоны роста эпифиза бедра.

Сравнительная оценка различных методов проведения пилоромиотомии по Рамштедту у новорожденных

Ткач Е.В.

Научный руководитель: д.м.н. Пискаков А.В.
Омский государственный медицинский университет

Актуальность. Врожденный пилоростеноз (ВП) наиболее часто встречающаяся причина обструкции верхних отделов желудочно-кишечного тракта в период новорожденности. Операцией выбора при данной патологии является пилоромиотомия по Рамштедту. Существует 3 общепризнанных методов ее выполнения

Цель. Определить эффективность различных способов хирургического лечения ВП у новорожденных.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» в 2014-2018 гг. находились на обследовании и лечении 84 новорожденных с ВП. 30 детям пилоромиотомия (ПМТ) выполнена лапаротомным доступом (1 группа), 35 – трансумбиликальным по Бьянчи (2 группа), 19 – с использованием видеолапароскопии (3 группа).

Результаты. Количество осложнений при всех методах выполнения было примерно одинаковым, но имело различный характер. Длительность операций после освоения методик составляло в среднем 42, 32 и 31 минуту соответственно. Косметический результат был хорошим во 2 и 3 группах.

Выводы. Лапароскопическая и трансумбиликальная пилоромиотомия имеют сопоставимо более лучшие результаты по сравнению с лапаротомным доступом.

Видеоторакоскопия в лечении острой гнойной деструктивной пневмонии

Томилова Я.В.

Научный руководитель: к.м.н. Царева В.В.
Южно-Уральский государственный медицинский университет

Актуальность. Число детей с острой гнойной деструктивной пневмонией (ОГДП) не имеет тенденции к уменьшению. Растет число бактерий, обладающих

высокой резистентностью к антибиотикам. Таким образом выставленный диагноз ОГДП требует от хирурга поиска новых решений.

Цель. Проанализировать результаты лечения детей с ОГДП с применением видеоторакоскопии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 67 детей с клиникой ОГДП в период с 2015 по 2018 гг. Наиболее часто заболевание возникало в возрастной группе от года до пяти лет (64,2%). У 40% детей была диагностирована левосторонняя пневмония, у 27% – правосторонняя, у 33% – двусторонняя. По оценке степени тяжести состояния было выявлено: 21% детей с средней степенью тяжести, 79% – с тяжелой. Осложнялась пневмония у 14,9% абсцессом легкого, у 2,9% – буллезной формой. Пиопневмоторакс выявлен у 16,4% детей. Самым частым осложнением оказался пиоторакс у 65,8% пациентов.

Результаты. Всем пациентам выполнялась видеоторакоскопия. По результатам которой выставлялись показания к тем или иным хирургическим манипуляциям: эвакуация содержимого и дренирование плевральной полости, ликвидация фибриноторакса, резекция паренхимы легкого и т.д. Среднее число дней, проведенных в стационаре, составило 17 ± 9 .

Выводы. Видеоторакоскопия это эффективный и необходимый метод лечения при ОГДП.

Факторы риска летального исхода у новорожденных с атрезией пищевода

Торопов Н.В.

Научный руководитель: к.м.н. Мухаметшин Р.Ф.
Уральский государственный медицинский университет

Цель. Определить факторы риска летального исхода у детей с атрезией пищевода.

Материалы и методы. На базе ОДКБ №1 г. Екатеринбурга с 2011 по 2017 гг. прооперировано 78 случаев атрезии пищевода. Из них 49% недоношенные, 51% имели сопутствующие ВПР. Все случаи были разделены на 2 группы, группирующий признак – летальный исход. Статистический анализ: U-критерия Манна-Уитни для непараметрических данных и корреляционный анализ.

Результаты. Летальность составила 10,25% и была ассоциирована со следующими факторами: срок гестации ($p=0,007$, $r=-0,51$), масса тела $<1,5$ кг ($p=0,01$, $r=0,53$); подготовка к операции >48 часов ($p=0,03$, $r=0,63$), связанная с длительной нестабильностью состояния; ВПР гепатобилиарной и дыхательной систем ($r=0,56$), ранний неонатальный сепсис ($p=0,02$, $r=0,69$);

потребность в трансфузии эритроцитов перед операцией ($p=0,02$, $r=0,64$); состояния, потребовавшие назначения в послеоперационном периоде адреналина ($p=0,00006$, $r=0,9$), эритроцитов ($p=0,01$, $r=0,6$) и тромбоцитов ($p=0,006$, $r=0,65$); длительные анальгезия ($p=0,01$, $r=0,48$), ИВЛ и потребность в ВЧИВЛ ($p=0,03$); поздний неонатальный сепсис ($p=0,002$).

Выводы. Уровень летальности оказался сравнимым с данными современной литературы и определяется глубокой недоношенностью и инфекционным процессом.

Эффективность применения высокопоточных назальных канюль у детей с эмпиемой плевры, сепсисом, ОРДС и тяжелыми органическими поражениями ЦНС

Трембач И.В.

Научный руководитель: Тараканов В.А.

Кубанский государственный медицинский университет

Цель. Оценить эффективность применения высокопоточных назальных канюль (HFNC) у детей с эмпиемой плевры, сепсисом, ОРДС и тяжелыми органическими поражениями ЦНС.

Материалы и методы. Исследование ретроспективное, одноцентровое – АРО №1 ГБУЗ «ДККБ». $N=25$. Период – 2015-2018 гг. Возраст: 3÷11 лет. Все дети доставлены из АПУ края по линии санитарной авиации, на инвазивной ИВЛ. Индексы оксигенации (OI) при поступлении 8÷12 баллов. Всем детям выполнена операция – ВТС, санация плевральной полости. В п/о периоде продолжались комплексная терапия сепсиса, продленная ИВЛ с OI 10÷14 баллов, инотропная и вазопрессорная поддержка (7÷15 баллов по инотропной шкале). I группа ($n=15$) – дети, переведенные на самостоятельное дыхание традиционными способами (экстубация, нормопоточная оксигенотерапия). II группа ($n=10$) – отлучение от ИВЛ проводилось с помощью использования HFNC.

Результаты. В I группе реинтубация потребовалась в 8 (53%), случаях, у 9 (60%) отлучение от ИВЛ произведено через наложение трахеостомы. Ср. продолжительность дней на ИВЛ в п/о периоде – 5 дней. Во II группе реинтубация потребовалась в 2 (20%) случаях, трахеостомия – 0. Длительность ИВЛ в п/о периоде – 2 дня.

Выводы. HFNC является эффективным методом осуществления респираторной поддержки в условиях течения ОРДС, сокращает сроки проведения ИВЛ, уменьшает необходимость реинтубаций и потребность в трахеостомии у детей.

Результаты лечения герминогенных опухолей крестцово-копчиковой области у детей

Тумилович О.С.

Научный руководитель: к.м.н. Яницкая М.Ю.
Северный государственный медицинский университет

Цель. Оценить результаты лечения герминогенных опухолей крестцово-копчиковой области и определить пути их улучшения.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ результатов лечения 21 пациента с герминогенными опухолями крестцово-копчиковой области (ГОККО), которые лечились в Архангельской областной детской больнице в 2000-2017 гг. Девочек 13, мальчиков 8 (1,6:1). Возраст выявления: в 17 (81%) случаях у новорожденных, у остальных после 4 месяцев. Оценивали: гистологический вариант, рецидивы, функциональные нарушения тазовых органов, косметический результат. Соотносили: технику оперативного вмешательства со степенью функциональных нарушений и анатомических взаимоотношений тканей промежности. Сроки наблюдения 1-17 лет.

Результаты. Наиболее часто встретились ГОККО 1 и 2 типа (по 43%). Гистология: зрелая тератома 16, незрелая 3, тератома+опухоль желточного мешка 2. Удаление опухоли и копчика выполнены 19 детям, 2 проводилась ПХТ до нормализации уровня АФП, с последующей операцией. Рецидив незрелой тератомы и реоперация у 3, функциональные нарушения со стороны тазовых органов у 5. Техника операции коррелировала с функциональным и косметическим результатом. Все дети живы к настоящему времени.

Выводы. 1. Причины малигнизации опухоли зависят от ее гистологического варианта. 2. Техника оперативного вмешательства позволяет улучшить функциональный и косметический результат.

Результат гистологического исследования участков внутреннего сфинктера заднего прохода и прямой кишки у пациентов с анальной ахалазией

Уваров Н.А., Уварова Д.Б.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колесникова Н.Г.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет

Цель. Изучить и проанализировать гистологический материал участков внутреннего сфинктера заднего прохода и прямой кишки у пациентов с анальной ахалазией.

Материалы и методы. Изучено 30 биоптатов анального канала и прямой кишки с анальной ахалазией.

Результаты. У 65% пациентов с анальной ахалазией ганглии не были выявлены ни в анальном канале, ни в прямой кишке. Было определено количество нервных стволиков:

- в анальном канале они составили 21-24 стволиков;
- в прямой кишке – 30-31 ствол. Их количество не зависело от наличия ганглиев.

Выводы. 1. Для подсчета нервных стволиков необходимо применять сагиттальные срезы биоптатов. 2. Для подсчета ганглиев необходимо применять продольные срезы биоптатов. 3. Анальная ахалазия – заболевание, для которого не всегда характерно отсутствие ганглиев в анальном канале и прямой кишке. 4. Количество нервных стволиков в анальном канале и прямой кишке не зависит от наличия ганглиев.

Время отхождения мекония у детей с запорами и болезнью Гиршпрунга

Уварова Д.Б., Уваров Н.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колесникова Н.Г.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Цель. Выяснить время отхождения мекония у детей с неорганическими запорами и болезнью Гиршпрунга.

Материалы и методы. Для установления времени отхождения мекония было изучено 178 историй болезни пациентов с неорганическими запорами (в т.ч. осложненные каломазанием) и 46 историй болезни пациентов с болезнью Гиршпрунга.

Результаты. У пациентов 1 группы с неорганическими запорами задержка отхождения мекония наблюдалась у 27 (26%), у 78 (74%) меконий отошел на 1 сутки. Но у 73 (41%) пациентов время отхождения мекония неизвестно.

У пациентов 2 группы с болезнью Гиршпрунга задержка отхождения мекония наблюдалась у 19 (83%) детей, а у 4 (17%) меконий отошел в 1 сутки. Но при этом у 23 (50%) пациентов время отхождения мекония неизвестно.

Выводы. 1. В ряде случаев (17%) у пациентов с болезнью Гиршпрунга отмечали своевременное отхождение мекония. 2. При задержке отхождения мекония более 1 суток и при отсутствии болезни Гиршпрунга необходимо обратить внимание родителей и врачей, что у такого ребенка могут быть запоры. Так как у 26% детей с гипорефлексией кишечника была отмечена задержка отхождения мекония. 3. К сожалению, такая важная информация, как отхождение мекония, не известна у 41% больных с неорганическими запорами и у 50% пациентов с болезнью Гиршпрунга.

Отдаленные результаты хирургического лечения гипоспадии у детей

Узинцева А.А.

Научный руководитель: Гасанов Д.А.

Самарский государственный медицинский университет

Цель. Целью исследования является оценка отдаленных результатов хирургического лечения гипо-спадии у детей с использованием различных методик на базе урологического отделения СОКБ им. В.Д. Середавина.

Задачи. Задачами исследования является сравнение отдаленных результатов хирургического лечения гипоспадии с использованием различных методик и определение эффективности методик при проксимальных и дистальных формах.

Материалы и методы. С 2009 по 2017 гг. прооперировано 338 пациентов. По возрасту дети распределены: 2-3 года – 10%, 3-4 года – 34%, 4-5 лет – 33%, 5-6 лет – 9%, 6-7 лет – 8%, старше 7 лет – 6%. По форме гипоспадии дети распределены: головчатая – 4%, подголовчатая – 29%, стволовая – 52%, члено-мошоночная – 10%, промежностная – 4%. В зависимости от формы, дети прооперированы по методикам: Faizyllin II, Snodrass, Mathieu, Duplay, Hodson III, Duckett.

Результаты. Faizyllin II – полное выздоровление – 92%, свищ уретры – 6%, дивертикул уретры – 1%, меатостеноз – 1%; Snodrass – полное выздоровление – 74%, свищ уретры – 20%, меатостеноз – 6%; Mathieu – полное выздоровление – 79%; свищ уретры – 21%; Hodson III – полное выздоровление – 79%, стриктура уретры – 18%, дивертикул уретры – 4%; Duplay – полное выздоровление – 80%, свищ уретры – 20%; Duckett – полное выздоровление – 100%.

Выводы. Таким образом, методики Faizyllin II и Snodgrass предпочтительны при дистальных формах гипоспадии и отсутствии искривления полового члена, Hodgson III – при проксимальных формах и выраженном искривлении полового члена.

Методы лечения врождённых диафрагмальных грыж у новорожденных

Устаева Г.А., Магомедов Р.Р., Абасов Ш.М.

Научный руководитель: д.м.н. Махачев Б.М.

Дагестанский государственный медицинский университет

Цель. Проведение анализа результатов лечения врождённых диафрагмальных грыж разными способами

Материалы и методы. На базе ДРКБ г. Махачкала находились на лечении 28 новорожденных с диагнозом: врожденная диафрагмальная грыжа. Из них у 26 пациентов выявлено левостороннее расположение диафрагмальной грыжи, в 2 случаях правостороннее. 6 новорожденных были недоношенными. Множественные пороки развития выявлены у 14 (43,7%) новорожденных. 17 новорожденным выполнено оперативное вмешательство – торакотомия (пластика диафрагмы). 8 новорожденным выполнено оперативное вмешательство торакоскопическим методом. У всех новорожденных проводился мониторинг ЧСС, НАД, SpO₂, EtCO₂, исследование КОС и газового состава капиллярной крови, ЭХОКГ с определением давления в лёгочной артерии.

Результаты. У новорожденных, которым выполнено оперативное вмешательство эндоскопическим методом в послеоперационном периоде состояние улучшилось. Сравнительные сроки пребывания в стационаре сократились. Из 17 оперированных открытым доступом 8 случаев закончились летальным исходом, а из 8 оперированных торакоскопическим методом только 1 случай летального исхода.

Выводы. Торакоскопическая пластика аномалий и заболеваний диафрагмы у новорожденных демонстрирует лучшие результаты, чем при открытой методике.

Интраоперационная тактика лечения некротизирующего энтероколита у новорожденных

Устинова Т.К.

Научный руководитель: д.м.н. Барская МА, Зеброва Т.А.
Самарский государственный медицинский университет

Цель. Сравнительный ретроспективный анализ тактики лечения новорожденных в зависимости от интраоперационной картины заболевания и тяжести состояния детей.

Материалы и методы. В СОДКБ им. Н.Н. Ивановой г. Самары за период 2016 г. в отделении реанимации новорожденных находилось на лечении 19 пациентов с НЭК: 14 мальчиков (73%) и 5 девочек (27%), из них 11 (57%) недоношенные новорожденные поступили с массой тела 770-2150 г и сроком гестации 28-35 недель. По стадиям течения НЭК было: II а степень – 3 пациента, III б степень – 16 пациентов, которым было проведено оперативное лечение. Показаниями к хирургическому лечению служили: признаки острой кишечной непроходимости – 9, клиника перитонита – 7 детей.

Результаты. Ушивание одиночной перфорации было выполнено – 4 пациентам, 5 пациентам с перфорацией подвздошной кишки была выполнена минимальная резекция пораженного участка с наложением

тонко-тонкокишечной стомы, 7 пациентам с перфорацией илеоцекального угла и одного из отделов толстой кишки также выполнялась минимальная резекция с наложением илеотрансверзоанастомоза.

Выводы. Хирургическая тактика у новорожденных с НЭК определяется тяжестью состояния ребенка, характером осложнений, распространенностью патологического процесса в брюшной полости.

Особенности диагностики и лечения врожденного гидронефроза у детей

Федорова И.К.

Научный руководитель: к.м.н. Доржиев Б.Д.
Бурятский государственный университет

Цель. Анализ результатов ранней диагностики и лечения врожденного гидронефроза у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезней 146 детей, в возрасте от 1 месяца до 3 лет по материалам ДХО РК БСМП г. Улан-Удэ за период 2008-2018 гг.

Результаты. Диагноз врожденный гидронефроз выставлен антенатально в 117 (80,1%) случаев, постнатально в 29 (19,9%) случаев. Локализация поражения была в большинстве случаев слева 82 (56,2%), степень поражения чаще 3-4 – 76 (52,1%). Основным способом хирургической коррекции врожденного гидронефроза у детей: пиелопластика по методу Hynes-Anderson – 118 (80,8%).

Выводы. 1. Пиелэктазия лоханки плода более 7 мм, выявленная в I – II триместре беременности является показанием для дальнейшего наблюдения и дообследования родившихся детей. 2. Факторами риска в данной патологии явились: гипоксия плода – 29, 19,8%; угроза прерывания беременности – 21, 14,3%; вирус простого герпеса – 19, 13,0%. 3. Более эффективным способом хирургической коррекции врожденного гидронефроза у детей явился пиелопластика по методу Hynes-Anderson – 118, 80,8%.

Экспериментальная оценка эффективности применения низкотемпературной атмосферной плазмы для лечения ожогов III степени

Федюк А.М., Шабунин А.С., Зубов В.В., Асадулаев М.С.

Научные руководители: Зиновьев Е.В., Панеях М.Б., Смирнова Н.В., Юдин В.Е.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Цель. Оценка эффективности лечения ожоговой раны III степени (МКБ-10) путем обработки раневой поверхности низкотемпературной

атмосферной плазмой, генерируемой при помощи прибора Prana Vet (СПБПУ Петра Великого).

Материалы и методы. Для эксперимента были использованы 20 самцов беспородных белых крыс массой 230-240 г. Всем животным моделировался ожог III степени площадью 16 см² с последующей некрэктомией. Животные были разделены на 2 группы по 10 животных: группа контроля и экспериментальная группа.

Продолжительность эксперимента составляла 28 суток. В процессе наблюдений проводилась планиметрическая оценка заживления, забор биоптатов и изучение посевов с поверхности раны.

Результаты. В процессе установлено, что изолированная обработка плазмой является крайне эффективной против грамотрицательной гноеродной микрофлоры, о чем свидетельствует полное отсутствие последней на дифференциальной диагностической среде. Обработка раневой поверхности приводила к образованию биопленки, предположительно состоящей из коагулированных белков.

Выводы. В процессе работы было достоверно установлено положительное влияние обработки низкотемпературной атмосферной плазмой ожоговой поверхности.

Трудные интубации у детей

Ферзаули Ш.А., Атабаева Х.В., Ахмаров М.М.

Научный руководитель: д.м.н. Ферзаули А.Н.
Чеченский государственный университет

Цель. Изучить клинические случаи трудной интубации у детей и разработать алгоритм действий при них.

Материалы и методы. За период с 2014 по 2018 гг. в отделении анестезиологии и реанимации Республиканской детской клинической больницы города Грозного зафиксирован 21 случай трудной интубации: флегмона нижней челюсти с переходом на шею 10, синдром Пьера-Робена 4, микрогнатия 3, повреждение скелета лица 3, опухоль пищевода 1. Из них мальчиков – 12, девочек – 9.

Результаты. При трудной интубации в случаях синдрома Пьера-Робена было сделано 2 попытки интубации, потом установлена ларингеальная маска, интубационная трубка проведена фиброэндоскопом 3,0 под наркозом через тубус ларингеальной маски. При опухоли пищевода интубационная трубка проведена под контролем видеоларингоскопии. В случаях флегмоны нижней челюсти с переходом на шею в одном случае вопрос стоял о наложении трахеостомы, что и было выполнено. В остальных

случаях сначала устанавливалась ларингеальная маска, затем интубация бронхоскопом через тубус ларингеальной маски. При повреждении скелета лица следует выполнить санацию ротовой полости, затем устанавливается ларингеальная маска и интубацию выполняют с помощью видеоэндоскопа.

Выводы. 1. В случаях трудных интубаций, попыток обычной интубации должно быть не больше двух. 2. Следует установить ларингеальную маску. 3. Выполнить интубация фиброэндоскопом через тубус ларингеальной маски.

Диагностика и лечение повреждений сосудисто-нервных магистралей у детей

Фокин А.А., Панин И.С., Ковалева Д.Ю., Довжанский И.В.,
Минаева А.А., Лобзин А.А., Уварова Д.Б.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Купатадзе Д.Д.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет

Цель. Улучшить диагностику и лечение повреждений сосудисто-нервных магистралей у детей.

Материалы и методы. На ангиомикрохирургическом отделении Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета оказывается круглосуточная неотложная помощь детям с травмой в проекции сосудисто-нервных магистралей в возрасте от нескольких дней до 18 лет (более 300 наблюдений).

Результаты. Чаще отмечались повреждения сосудов конечностей. Почти в 50% случаев обнаружены изолированные повреждения артерий и вен, в остальных наблюдениях они сочетались с травмой нервов и сухожилий. Использовалась классификация ишемии по В.С. Савельеву. Наиболее сложными для определения ишемии оказались повреждения у грудных детей и дошкольников. Решающее значение для результатов лечения имеет ранняя диагностика ишемии и венозной недостаточности.

Выводы. 1. При сочетанных травмах все повреждённые структуры восстанавливались одновременно. Дети с застарелыми повреждениями оперировались в плановом порядке (ангиолиз и реконструкция сосудов и нервов). 2. Все раны в проекции сосудисто-нервных пучков подвергались обязательной ревизии. Учитывался характер травмы; механическая или химическая. В последних случаях проводилось консервативное лечение. 3. Микрохирургическая техника оперирования использовалась во всех наблюдениях.

Закономерности изменений размеров промежности у детей разного возраста, которые необходимо учитывать в хирургии тазового дна

Фокин А.А., Панин И.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колесникова Н.Г.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Цель. Выявить закономерности изменений размеров промежности у детей разных возрастных групп, так как в литературных данных указаны сведения о нормах только некоторых соотношений в области крестцово-поясничного сегмента и промежности, как правило, только у новорожденных.

Материалы и методы. Выполнено измерение промежности у 202 детей. Пациенты были разделены на две группы: дети без запоров и пороков развития ануса (32 ребенка) и пациенты с запорами (170 детей).

Результаты. Расстояние между копчиком и серединой ануса оказалось одинаковым во всех возрастных группах у здоровых детей и составляло 3см. У 35% детей с запорами замечено увеличение этого показателя до 3,5-5 см. Расстояние между анусом и половыми органами стабильно увеличивается с возрастом, причём у мальчиков, страдающих запорами, данный показатель возрастает в значительно большей степени. Индекс анальной позиции с возрастом имеет тенденцию к росту, достигая 0,73 у мальчиков и 0,55 у девочек.

Выводы. 1. Выявлены закономерности изменений – рост промежности происходит за счет увеличения расстояния между анусом и половыми органами, постоянным же остается размер между последним копчиковым позвонком и серединой ануса, за исключением некоторых детей с запорами. 2. Эти закономерности промежности необходимо учитывать при операциях на тазовом дне, а также у людей при возрастной релаксации тазового дна.

Сравнительный анализ лапароскопической и традиционной аппендэктомии

Хадикова Д.К., Григорян С.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лолаева Б.М.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Цель. Анализ результатов лечения острого аппендицита у детей открытым и лапароскопическим методами.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 290 детей с острым аппендицитом за 2018 г. Средний возраст пациентов составил 11-12 лет. Девочки и мальчики наблюдались с одинаковой

частотой. Катаральный аппендицит был выявлен у 12 (4%) детей, флегмонозный – у 232 (80%), их них 58 – с местным перитонитом, гангренозный с местным перитонитом – у 38 (13%), с диффузным – у 8 (3%). 116 (40%) больным была проведена лапароскопическая аппендэктомия, 174 (60%) – традиционная.

Результаты. После проведения открытого вмешательства у 11 (6%) детей наблюдались осложнения: нагноение послеоперационной раны – 2 (1%), спаечная кишечная непроходимость – 9 (5%), среднее количество койко-дней 9-14. При эндоскопическом методе у 3 (2,5%) больных наблюдались межкишечные абсцессы, у 2 (1,7%) – гематома передней брюшной стенки, в 5 (4,3%) случаях в связи с атипичным расположением отростка (ретроцекальное, ретроперитонеальное) выполнена конверсия. В целом послеоперационный период протекал значительно легче: сопровождался болевым синдромом меньшей интенсивности, ранним восстановлением моторики кишечника, среднее количество койко-дней 5-7.

Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия является эффективным и перспективным методом лечения острого аппендицита у детей.

Сравнительный анализ хирургического лечения аппендикулярного перитонита у детей

Хакимов М.О.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тараканов В.А.
Кубанский государственный медицинский университет

Цель. Оценить эффективность эндохирurgicalического лечения аппендикулярного перитонита (АП) у детей.

Материалы и методы. Период исследования – 2016÷2018 гг. N=117. Возраст – 1÷18 лет. Структура: местный перитонит – 76 (64,95%), генерализованный – 27 (23,07%), абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат – 14 (11,96%) детей. Основная группа – 28 (23,93%) детей, оперированных лапароскопически. Из них 21 (75%) оперированы в первые 3 часа после предоперационной подготовки, 7 (25%) детям диагноз установлен позже 6 часов с момента госпитализации. 89 (76,06%) оперированы традиционно – контрольная группа. Из них 79 (88,76%) оперированы в первые 3 часа, 10 (11,23%) – позже 6 часов. Изучаемые признаки: сроки купирования болевого и интоксикационного синдромов; продолжительность а/б и детоксикационной терапии; ср. койко-день; п/о осложнения.

Результаты. Купирование болевого синдрома: в основной – к концу 2 суток, в контрольной – к 4-5 дню; Длительность а/б терапии в основной – 10+2 дня, детоксикационная терапия – 3-5 суток. Ср. койко-день 12. П/о осложнения – 0. В контрольной группе – длительность а/б и

детоксикационной терапии – 16 и 6-7 дней соответственно. Ср. койко-день – 16. П/о осложнения – 7 (7,86%): инфильтрат брюшной полости – 3 (3,37%); РСКН – 2 (2,24%), абсцесс брюшной стенки – 2 (2,24%).

Выводы. Эндохирургический метод лечения АП является эффективным и экономичным по затратам.

Клиническое наблюдение успешного лечения пациента с обширными травматическими дефектами обоих бедер

Хачак Д.Р., Шахова А.А.

Научный руководитель: к.м.н. Барова Н.К.
Кубанский государственный медицинский университет

Цель. Демонстрация результатов применения аутореплантации кожного лоскута по Красовитову.

Материалы и методы. Пациент Ш. 16 лет. Клинический диагноз: Сочетанная травма. Обширная рвано-ушибленная рана правого бедра с повреждением передней группы мышц. Скальпированная рана передней поверхности левого бедра. Травматический шок I степени. Анемия (постгеморрагическая) тяжёлой степени. Травма была получена в населённом пункте, отдалённом от краевого центра на 100 км. На месте произведены противошоковые мероприятия и ПХО ран, консервация отсечённого кожного лоскута левого бедра, эвакуирован в КЦДХ в течении через 5 ч.

Выполнена операция: ХО раневых дефектов. Кавитация. Обработка кожных лоскутов по методу Красовитова. Закрытие раневых дефектов (общая площадь 980 см²) перфорированными лоскутами с фиксацией по краям узловыми швами. Вакуумная повязка. Производилось комплексное лечение в послеоперационном периоде.

Результаты. П/о период длился 21 день. На 14 сутки наблюдалось полное приживление трансплантата на левом бедре, очаговый лизис 6х8 см на правом бедре – закрытие дефекта свободной кожной пластикой.

Выводы. Метод первичной кожной пластики по Красовитову обеспечивает раннее пластическое закрытие раневого дефекта, эффективен при обширных скальпированных ранах, прост в техническом отношении, не требует специального оборудования.

Оценка влияния индекса перегрузки жидкостью на тяжесть органной дисфункции у детей

Хорев В.В., Дуванов И.А.

Научный руководитель: к.м.н. Афуков И.И., Светличная Т.О.
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Цель. Оценить влияние индекса перегрузки жидкостью (FO%) на тяжесть органной дисфункции у детей, рассчитанной по шкале pSOFA.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 16 детей в возрасте 1 месяц – 1 год, лечившихся в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова в 2017 г. Средний возраст – 3,8 мес. (sd±3). Критерии включения: пребывание в ОПИТ>5 суток, подтвержденный сепсис (pSOFA>2). Критерии исключения: ВПС, ХБП в анамнезе. Инфузионная терапия проводилась по протоколу ROSE кристаллоидными растворами. Тяжесть органной дисфункции оценивалась по шкале pSOFA на 1 и 3 сутки терапии.

FO% рассчитан по формуле ((Fluid in (l) – Fluid out (l))/baseline weight)*100. Значимой перегрузкой считается показатель FO% >5% (Hassinger et al.). Показатель Fluid in складывался из объема внутривенного введения растворов, препаратов крови и энтерального питания. Fluid out – из диуреза, потерь жидкости по зонду и дренажу.

Результаты. На первые 24 часа средний балл по шкале pSOFA – 7 (sd±4). На 3 сутки – 8 (sd±5). Получено достоверное увеличение тяжести органной дисфункции при проведении анализа путем корреляции (R=0,95; P<0,001). У 14 детей выявлен FO% >5%. Минимально значимый FO% – 5,3%. Максимальный – 30,4%. Среднее значение за трое суток – 15,7%

Выводы. Полученные данные говорят о значимой перегрузке жидкостью, что может быть одним из факторов ухудшения органной дисфункции за первые 72 часа лечения.

Наш опыт лечения осложненного дивертикула Меккеля у детей

Чахкиева Т.М., Завьялкин П.В.

Научный руководитель: к.м.н Завьялкин В.А
Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Дивертикул Меккеля – выпячивание подвздошной кишки (нарушение облитерации проксимальной части желточного протока). Это истинный дивертикул. Частота Меккелева дивертикула по секционным данным составляет 2-4%.

Цель. Анализ результатов лечения детей с осложненным дивертикулумом Меккеля

Результаты. За последние 5 лет под нашим наблюдением находилось 55 детей с осложнениями дивертикула Меккеля в возрасте от 10 мес. до 15 лет. Чаще всего дети оперировались по поводу дивертитикулита, на втором месте причиной оперативного лечения явилось кровотечение .

Средний койко-день составил 11,6. Летальных исходов не наблюдалось.

Выводы. 1. В структуре детского абдоминального хирургического отделения больные с осложнениями Меккелева дивертикула составляют 0,4%. 2. Наиболее частым осложнением дивертикула Меккеля является дивертикулит – 57%. 3. Во избежание послеоперационных осложнений необходима адекватная оценка состояния пациента на момент оперативного вмешательства (тяжесть анемии), выраженности воспалительного процесса в брюшной полости. 4. При невозможности дооперационной коррекции анемии и при выраженных воспалительных процессах брюшной полости целесообразно завершение операции наложением стом с последующим их закрытием при стабилизации состояния пациента.

Эффективность применения гипербарической оксигенации в комплексном лечении тяжёлой сочетанной травмы у детей

Чернов А.А., Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Птицын В.А.

Научный руководитель: к.м.н. Нейно Н.Д.
Воронежский государственный медицинский
университет им. Н.Н. Бурденко

Цель. Улучшение результатов лечения детей с тяжёлой сочетанной травмой.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с 2017 по 2018 гг. находилось на лечении 44 ребёнка с тяжёлой сочетанной травмой. Среди пострадавших в результате ДТП на лечении находилось – 29 детей, в результате падения с высоты – 3 ребёнка, травмы другого происхождения – 12 детей. Наряду с общеклиническими методами лечения, применялась гипербарическая оксигенация .

Результаты. Интенсивную терапию детям проводили в ОРИТ и ПИТ. После выведения из шока и стабилизации состояния проводились экстренные оперативные вмешательства в зависимости от характера и степени повреждений внутренних органов: спленэктомии, спленорафии, ушивания ран печени, нефрэктомии, наложение скелетного вытяжения, трепанаций черепа. В послеоперационном периоде 26 детям проводились сеансы ГБО в режиме 1,2-1,3 АТА, длительностью 45-55 мин., курсом до 20-25 сеансов (при тяжелой ЧМТ), что позволяло восстановить в более ранние

сроки центральную гемодинамику, уровень сознания, уменьшить проявления гипоксии, интоксикации. Летальные исходы отмечались у 3 детей.

Выводы. Применение ГБО эффективно в комплексном лечении детей с тяжёлой сочетанной ЧМТ, позволяет уменьшить количество осложнений и повысить качество жизни детей.

Результаты лечения детей с травмой селезёнки

Числова Д.С.

Научный руководитель: к.м.н. Казаков А.Н.
Тверской государственный медицинский университет

Цель. Анализ результатов лечения детей с травмой селезенки (ТС).

Материалы и методы. В ГБУЗ ДОКБ г. Твери с 2007 по 2017 гг. пролечено 32 ребенка с ТС, возраст которых составил от 3 до 17 лет, из них мальчиков 23 (72%), девочек 9 (28%). У 22 (38%) детей причиной повреждения была кататравма. Всем детям выполнялось УЗИ брюшной полости, в 31 (97%) случае выявлено повреждение селезенки, которое только у 12 (38%) эхографически было представлено линейными разрывами паренхимы.

Результаты. Анализ результатов лечения показал, что спонтанный гемостаз при ТС эффективен у 25 (78%) пациентов. Лапаротомия, спленэктомия выполнена 7 (22%) детям, диагностическая лапароскопия проведена 9 (28%) пациентам, одному из которых ввиду продолжающегося кровотечения (ПК) выполнена конверсия и спленэктомия. Один ребенок погиб от геморрагического шока, причиной которого был полный отрыв селезенки. У 16 (50%) пациентов консервативные мероприятия оказались успешными и оперативное вмешательство не потребовалось.

Выводы. 1. Морфофункциональные особенности строения селезенки способствуют спонтанному гемостазу и свидетельствуют о возможности неоперативного лечения ТС у детей. 2. При ПК и отсутствии эффекта от противошоковых мероприятий с гемостатической терапией – экстренная лапаротомия. 3. При наличии «большого гемоперитонеума» (более 25мл/кг) и подозрении на ПК показана диагностическая лапароскопия.

Обоснование эффективной терапевтической дозы альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза в эксперименте

Шамсиев Ш.Ж.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шамсиев А.М.
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Определение эффективности применения альбендазола путем морфологического исследования печени экспериментальных животных, зараженных эхинококкозом.

Материалы и методы. Для изучения влияния альбендазола на процесс формирования эхинококковой кисты проведен опыт на 8 овцах искусственно зараженных эхинококкозом. Для определения действия альбендазола были изучены ткани печени 4 овец, не получивших химиотерапию. Остальные 4 подопытным овцам проводилось лечение альбендазолом в течение 3 недель. Для морфологического изучения брались кусочки ткани печени из отдаленных зон к эхинококковому пузырю.

Результаты. У 4-х овец, которые не подверглись химиотерапии, в печени обнаружены новообразующиеся зародышевые кисты. Стенки эхинококкового пузыря имели тенденцию к инвазированию в сторону здоровой ткани печени. У овец леченных альбендазолом выявлены периферийные зоны зародышевой капсулы эхинококка значительно обогащенные лимфоидно-клеточными инфильтратами.

Выводы. 1. Сравнительное изучение формирующихся зародышевых пузырей леченных и не леченных альбендазолом овец, показали существенную разницу в динамике формирования зародышевых пузырей. 2. Лечение альбендазолом в течение 3 недель угнетает побочное действие сколексов и их продуцентов, способствуя более раннему включению защитных макрофагальных клеток вокруг паразита.

Выбор методов фиксации коленного сустава после артроскопии

Шайдуров К.А., Штеннес Р.А.

Научный руководитель: д.м.н. Поздеев В.В.

Ижевская государственная медицинская академия

Цель. Определить оптимальные методы фиксации коленного сустава, преимущества и недостатки.

Материалы и методы. За 2 года (2017-2018) в клинике обследовали 105 детей в возрасте от 4 до 17 лет, средний возраст 12,3 г., 89 детей поступили экстренно, 16 в плановом порядке с хронической болью.

Результаты. Ушибы и открытые раны были у 50 детей, проведено ПХО ран, артроскопия проведена 55 детям (27 иссечение синовиальных кист, 17 менискэктомия, 5 синовэктомия, 6 восстановление связок). После первичной хирургической обработки ран фиксировали сустав гипсовой лонгетой. После артроскопии, 30 наложили гипсовую лонгету, 25 провели ортезирование сустава.

Выводы. 1. Фиксация гипсовой лонгетой приводила к формированию контрактуры с последующей реабилитацией. 2. Ортезирование с индивидуальным моделированием углов сгибания и разгибания способствовало сохранению подвижности и функции сустава и не требовало последующей реабилитации.

Анализ диагностики и лечения крипторхизма у детей

Шакирова К.И.

Научный руководитель: д.м.н. Поздеев В.В.
Ижевская государственная медицинская академия

Цель. Провести анализ диагностики и лечения крипторхизма у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ 164 историй болезни детей, находившихся на лечении в уроandroлогическом отделении РДКБ г. Ижевска в период с 2017 по 2018 гг.

Результаты. До 1 года крипторхизм был у 1 (0,6%) ребёнка; от 1 до 3 лет – 100 (61%), с 4 до 7 лет – 24 (14,6%), с 7 до 10 лет – 31 (18,9%), с 11 до 18 лет – 8 (4,9%). Паховая форма крипторхизма выявлена у 144 (87,8%) детей, абдоминальная форма – у 20 (12,2%) детей. Локализация справа была у 88 (53,7%) детей, слева – у 76 (46,3%). Односторонний крипторхизм диагностирован у 143 (87,2%) детей, двусторонний – у 19 детей (11,6%). В уроandroлогическом отделении РДКБ хирургическое лечение заключалось в низведении яичка в мошонку с фиксацией по методу Петривальского. Другие методы лечения не выполняли.

Выводы. 1. Проведен анализ медицинской документации. 2. По результатам нашего исследования выявлено, что преобладает паховая локализация крипторхизма (87,8%), односторонний вариант (87,2%) и локализация справа (53,7%) встречается чаще. 3. Хирургическое лечение крипторхизма проводили по методу Петривальского у всех детей.

Гидроколонография в лечении кишечной инвагинации

Шевцов Н.В.

Научный руководитель: д.м.н. Саввина В.А.
Северо-Восточный федеральный университет им М.К. Аммосова.
Медицинский институт

Цель. Изучить эффективность метода гидроколонографии в лечении инвагинации кишечника.

Материалы и методы. За 10 лет в хирургическом отделении Педиатрического центра РБ№1 – НЦМ поступил 51 ребенок с инвагинацией кишечника: 63% были дети до 1 года (32), 31% – до 3 лет (16), 4% – до 7 лет (2) и 2% – до 12 лет (1).

Результаты. 74% младенцев (38) поступили в I стадии инвагинации (до 12 ч.), 8% (4) – до суток от начала заболевания и 18% (9) – в III стадии, в сроки более 1 суток. Консервативная дезинвагинация выполнена у 82%

детей (42 ребенка давностью заболевания до 1 сут.), из них у 85% методом гидроколонографии (36). Преимуществом метода является отсутствие лучевой нагрузки и возможность визуально контролировать расправление инвагината. У 9 пациентов (18%) проведена оперативная дезинвагинация.

Выводы. Гидроколонография является эффективным методом консервативной дезинвагинации.

Лапароскопия в комплексном лечении врождённых пороков развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови

Шеслер Э.А.

Научный руководитель: к.м.н. Павленко Н.И.
Омский государственный медицинский университет

Актуальность. Эндометриоз – актуальная научная проблема, корни которой уходят в подростковый возраст. В связи с этим важным остаётся следующий вопрос: Каковы же возможности ранней диагностике этой патологии, позволяющие максимально рано выявить данное заболевание и предотвратить его развитие.

Цель. Оценить влияние нарушения оттока менструальной крови при пороках развития женских половых органов на развитие эндометриоза.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии Омского государственного медицинского университета в 2015-2018 гг. находились на обследовании и лечении 20 девочек с пороками развития органов репродуктивной системы, связанных с нарушением оттока менструальной крови.

Результаты. Диагноз порока устанавливался на основании характерных жалоб, осмотра, результатов ультразвукового исследования и МРТ. Всем пациенткам выполнялась диагностическая лапароскопия с последующим восстановлением проходимости производных мюллеровых протоков. Результаты лапароскопии свидетельствовали о развитии эндометриоза тазовой брюшины во всех случаях независимо от продолжительности менструаций и/или циклического тазового болевого синдрома.

Выводы. Всем пациенткам с пороками развития органов репродуктивной системы, связанных с нарушением оттока менструальной крови, должна проводиться лапароскопия с целью раннего выявления и адекватного лечения эндометриоза.

Заворот селезёнки у ребенка

Шилкин Д.Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Афуков И.В.
Оренбургский государственный медицинский университет

Цель. Рассмотреть клинический случай заворота селезенки у ребенка

Материалы и методы. В работе были использованы данные истории болезни, литературная справка по данной патологии.

Результаты. Девочка двенадцати лет, заболела остро, когда после урока физической культуры, на фоне полного здоровья, появились боли в животе, тошнота, рвота. Госпитализирована в районную больницу, где были выявлены гепатоспленомегалия и тромбоцитопения. Заподозрено гематологическое заболевание.

На КТ в левой половине брюшной полости определялось образование 24x14x9 см, неправильной овальной формы, с четким контуром, паренхиматозной структуры, не накапливающее контраст. Печень увеличена, экзогенность повышена, структура сегментов однородна, левая доля и ворота не визуализируются из-за селезенки. С диагнозом «Абдоминальный болевой синдром, спленомегалия, тромбоз селезеночной вены?» пациент в тот же день была переведена в хир. отделение.

Произведена срединная лапаротомия. Выявлена больших размеров селезенка, связочный аппарат которой отсутствовал. При выведении селезенки в рану обнаружены припаянные к ней петли кишечника. При ревизии ножки выявлен перекрут. Спленэктомия.

На гистологическом исследовании выявлены тромбоз селезеночной вены и геморрагический инфаркт селезенки.

Выводы. Подобные патологические состояния встречаются достаточно редко, однако знать данные заболевания и помнить о них очень важно.

Сравнительный анализ способов лечения ущемленных паховых грыж у детей раннего возраста

Шишкин А.Г.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Козлов Ю.А.,
д.м.н., профессор Новожилов В.А.
Иркутский государственный медицинский университет

Цель. Оценка эффективности лапароскопической герниорафии при ущемленной паховой грыже у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Исследовано 45 случаев ущемленной паховой грыжи по материалам ОГАУЗ ГИМДКБ г. Иркутска за последние 10 лет. Используются следующие хирургические технологии: лапароскопическая экстраперитонеальная герниорафия (I группа – 27) и открытая герниотомия (II группа – 18).

Результаты. Распределение по локализации (справа/слева): I группа – 20/7, II группа – 10/8. Содержимое грыжи: петля тонкой кишки (25), яичник (11), сегмент толстой кишки (9). Достоверные различия в длительности операции, количестве доз анальгезии и продолжительности пребывания в стационаре. Среднее время операции: в I группе – 15,85 мин, во II – 29,53 мин. ($p < 0,05$). Количество доз послеоперационной анальгезии составило 1,03 и 2,24 соответственно ($p < 0,001$). Длительность пребывания в стационаре: I группа – 8,22, II группа – 55,31 ч. Во II группе в отдаленном периоде регистрировались осложнения: 1 рецидив и 1 гидроцеле (по 5,56%).

Выводы. Лапароскопия в лечении ущемленных паховых грыж имеет ряд очевидных преимуществ, заключающихся в быстром послеоперационном восстановлении детей и лучших послеоперационных результатах.

Аспекты оперативного лечения врожденных паховых грыж у детей

Шкурова А.В., Елькова Д.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Тен Ю.В.
Алтайский государственный медицинский университет

Цель. Разработать алгоритм выбора наиболее оптимального из современных оперативных методик лечения врожденных паховых грыж для конкретного пациента.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 710 историй болезни пациентов клиники детской хирургии Алтайского края с паховой грыжей за период 2013-2018 гг.

Результаты. За указанный период пролечено 560 детей с паховой грыжей открытым методом, 150 – при помощи эндоскопического преперитонеального лигирования вагинального отростка. Применялась стандартная методика SEAL, внедрённая Harrison и подразумевающая преперитонеальное проведение и подкожное завязывание проленовой нити вокруг внутреннего пахового кольца через просвет иглы Туохи, введённой чрескожно над элементами семенного канатика или круглой связки матки. При традиционном грыжесечении выделение вагинального отростка брюшины происходило без вскрытия пахового канала.

Выводы. 1. Эволюция методов лечения врожденных паховых грыж у детей привела к появлению двух равноправных и эффективных методик

лечения, не уступающих друг другу в своём клиническом значении. 2. Эндоскопическое преперитонеальное лигирование вагинального отростка предпочтительнее у детей до 3 лет, при двухсторонней паховой грыже, при сочетании паховой и пупочной грыж, в случаях ущемленных грыж. 3. В остальных случаях методом выбора остаётся открытый традиционный способ в авторской модификации.

Результаты консервативного лечения детей с воронкообразной деформацией грудной клетки

Шоминова А.О.

Научный руководитель: д.м.н. Митупов З.Б.

Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова

Цель. Анализ результатов консервативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) с помощью Vacuum Bell (VB).

Материалы и методы. На базе ДГКБ №13 проведено исследование результатов терапии VB 33 пациентов (средний возраст – 10,7 лет) с ВДГК без кардиореспираторных нарушений. Всем детям проводилось измерение глубины деформации до, во время и после лечения. Пациенты проходили анкетирование, где визуально оценивали эффективность: значимый эффект, отсутствие улучшения.

Результаты. 9 (27,3%) пациентов отказались от лечения из-за негативных отзывов и высокой цены. Из 24 (72,7%) детей, использовавших VB, 2 (8,3%) пациентки 12 и 13 лет через 1 мес. отказались от лечения из-за дискомфорта в области молочных желез. Среди 22 детей, использовавших VB в среднем 14,9 мес., при ношении в среднем 3,5 ч. в сут., эффект получен у 16 (72,7%) пациентов с неглубокой (индекс Гижицкой >0,5) и симметричной ВДГК. Неэффективен VB был у 6 детей, из которых у 4 наблюдалась глубокая деформация (индекс Гижицкой <0,5), из них 2 имели ассиметричную ВДГК, а 2 пациента использовали VB нерегулярно, менее 12 месяцев и меньше 2 ч. в день.

Выводы. VB является альтернативой хирургическому лечению ВДГК у пациентов с неглубокой и симметричной деформацией. Значимым фактором, влияющим на прогноз лечения, является время использования.

Острый панкреатит у детей – тяжелая патология поджелудочной железы

Щёголева В.А., Вечеркин В.А., Баранов Д.А., Шестаков А.А.

Научный руководитель: к.м.н. Птицын В.А.
Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко

Цель. Изучить клинику, диагностику, результаты лечения ОП у детей.

Материалы и методы. В 2008-2018 гг. наблюдалось 11 детей. В 6 случаях причиной была травма, у 5 детей-нетравматический генез. В 3 случаях вначале диагностировали другие заболевания. Клиника: боли в животе, рвота; болезненность, напряжение брюшной стенки, перитонеальные симптомы; лейкоцитоз, повышение амилазы крови. УЗИ, РКТ выявляли характер поражения ПЖ, свободную жидкость в сальниковой сумке и брюшной полости.

Результаты. 3 детей с травматическим ОП и ушибом ПЖ лечились консервативно (выздоровление). 3 ребёнка с травматическим ОП оперированы: ушивание разрыва ПЖ, дренаж сальниковой сумки и брюшной полости. Исход – посттравматические кисты. 2 детей с нетравматическим ОП лечились консервативно (выздоровление). 3 ребёнка с тем же ОП с ферментативным перитонитом оперированы (дренаж сальниковой сумки и брюшной полости). У 2 исход – выздоровление. Девочка с врождённой деформацией панкреатического протока направлена в федеральный центр.

Выводы. 1. Картина ОП бывает сходна с болезнями другого профиля. 2. Своевременной диагностике ОП нужны лабораторные экспресс-методы, особенно при поступлении большого количества детей с болями в животе. УЗИ, РКТ помогают определить способ лечения и обеспечивают мониторинг. 3. ОП – нерешённая проблема, о чём свидетельствуют исходы в посттравматические кисты ПЖ.

Диагностика и лечение атрезии пищевода на современном этапе

Щукина А.Ю.

Научный руководитель: д.м.н. Разин М.П.
Кировский государственный медицинский университет

Цель. Проанализировать результаты лечения АП у детей, оперированных торакоскопическим методом.

Материалы и методы. Всего за 25 лет в Кировской областной детской клинической больнице было прооперировано 73 ребенка, из них

девочек 37%. Доношенные составили 57%. Средняя масса новорожденных за последние 5 лет составила 1636 г.

Результаты. Сопутствующая патология в 27% – ВПС, по 9% – аноректальные атрезии и аплазии почек, 6% – синдром Дауна. АП встречалась в различных формах: бессвищевая – 10%, с верхним ТПС – 2%, с нижним ТПС – 84%, с верхним и нижним свищами – 2%. Было проведено 93 операции с использованием торакоскопического доступа: в 58% случаев были поставлены временные эзофаго и гастростомы, 35% первичный пищеводный анастомоз, 6% – пластика пищевода толстой кишкой. Летальность составила 42%. Среди нехирургических осложнений чаще встречалась аспирационная пневмония, отек головного мозга, ДВС-синдром, полиорганная недостаточность. В 28% отмечены хирургические осложнения – несостоятельность пищеводного анастомоза с медиастинитом. Поздние хирургические осложнения – по 5% рецидивирующий ТПС и стеноз пищеводного анастомоза.

Выводы. Сравнительный анализ результатов лечения АП с использованием торакоскопии за 25 лет проведения операций указывает на совершенствования метода, снижение летальных случаев у детей с данной патологией, снижение риска послеоперационных осложнений.

Нарушение функции тазовых органов, как основная причина снижения качества жизни семьи и ребенка с пороками развития позвоночника и спинного мозга

Юдина А.А., Кузнецова Л.В., Никитин С.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Кузнецова Л.В.

Петрозаводский государственный университет. Медицинский институт

Актуальность. Спинномозговые грыжи (СМГ) встречаются у 1 из 3000 новорождённых. В основе возникновения порока лежит нарушение закладки и замыкания медуллярной пластинки в мозговую трубку. У подавляющего большинства пациентов, перенесших операцию по поводу СМГ наблюдаются нарушения функций тазовых органов.

Цель. Оценить качество жизни ребёнка и семьи после операций по поводу СМГ.

Материалы и методы. 22 ребенка, оперированных по поводу СМГ пояснично-крестцового отдела в раннем возрасте (36% мальчиков и 64% девочек), из разных регионов России обследованы с помощью УЗИ, МРТ, ЭНМГ и уродинамических методик .

Результаты. Нарушение функции тазовых органов отмечено у всех детей (запоры и у 70% – арефлекторно-неадаптированный, у 30% –

арефлекторно-адаптированный мочевой пузырь). Смешанные параличи ног – 55%. Методами нейровизуализации выявлен синдром фиксированного спинного мозга (ФСМ) у 50% детей.

Лечение: ФТЛ, уротерапия, медикаментозное лечение (доксазозин, троспия хлорид), устранение ФСМ.

Выводы. 1. Течение и прогноз СМГ зависит от варианта порока и техники оперативного лечения. 2. После операции наиболее актуальной проблемой, снижающей качество жизни, является нарушение тазовых функций и нижние парезы. 3. Улучшение качества жизни достигается постоянным нейроурологическим сопровождением и устранением ФСМ.

Неосложненные компрессионные переломы позвоночника у детей

Юндунов Н.Д.

Научный руководитель: к.м.н. Доржиев Б.Д.

Бурятский государственный университет

Цель. Анализ диагностики и лечения компрессионных переломов позвоночника у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 64 историй болезни детей с диагнозом неосложненный компрессионный перелом позвоночника, находившихся на стационарном лечении ДТО РК БСМП г. Улан-Удэ за период 2014-2018 гг.

Результаты. Распределение детей по возрасту и полу было следующим: 1-3 года – 3 (4%), 3-7 лет – 24 (38%), 7-14 лет – 27 (42%), 14-18 лет – 10 (16%). Мальчики – 39 (61%), девочки – 25 (39%). Основные причины перелома – падение с высоты 36 (56%); переломы, связанные с спортом – 16 (25%), ДТП – 9 (14%). Всем детям диагноз установлен с помощью рентгенологического исследования, с использованием КТ и МРТ при отсутствии изменений на рентгенограмме. Лечение состояло из обезболивающей терапии, наложения лямочного вытяжения, реклинующего валика, с последующим использованием корсета, ЛФК и физиотерапии.

Выводы. 1. Частота встречаемости компрессионных переломов наибольшее в период от 3 до 7 лет, с основной причиной – падение с высоты. 2. Основным инструментальным методом диагностики является рентгенологический. 3. Лечение компрессионного перелома методом вытяжения за подмышечные впадины в сочетании с физиолечением, массажем и ЛФК является эффективным и приводит к выздоровлению детей.

Опыт одноэтапной феминизирующей генитопластики у девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников

Яруллина Л.И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Акрамов Н.Р., к.м.н. Закиров А.К.
Казанский государственный медицинский университет

Цель. За последние два десятилетия были достигнуты колоссальные успехи в хирургической коррекции вирилизации при врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН). Однако наличие конкурирующих методик лечения свидетельствует о неудовлетворенности хирургов и пациентов их результатами.

Материалы и методы. На базе ДРКБ МЗ РТ с 2008 по 2018 гг. был пролечен 41 пациент с ВДКН (46XX) с низким уrogenитальным синусом. Хирургическая коррекция пола была проведена в один этап. Феминизирующая операция была выполнена в возрасте 1 года у 2 пациентов (4,9%), в возрасте 2-3 лет у 13 пациентов (31,7%), в возрасте 3-7 лет у 21 пациент (51,2%), в возрасте 8-12 лет у 3 пациентов (7,3%) и в возрасте 13-17 лет у 2 пациентов (4,9%).

Результаты. В 39 (95%) случаях результат хирургической коррекции был оценен, как положительный. Осложнения были выявлены в 2 (5%) случаях: расхождение шва малой половой губы, которое потребовало хирургической коррекции с положительными результатами в обоих случаях. Отдаленные результаты также оценены как положительные.

Выводы. Одноэтапная феминизирующая генитопластика позволяет своевременно провести коррекцию данной патологии с наименьшим количеством осложнений и хорошими косметическими результатами, подвергая пациентов меньшей психологической травме.

Новый подход в компрессионной терапии послеоперационных рубцов

Яхьяева Л.А., Ивченко А.А., Афанасова А.И., Самурганов Н.О.,
Филиппева Н.В., Погосян А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Минаев С.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Цель. Оценка эффективности компрессионной терапии пластырем пролонгированного действия Контрактубекс в формировании рубцов кожи в детском возрасте после оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В проспективном открытом рандомизированном исследовании участвовали 109 пациентов в возрасте $5,3 \pm 2,1$ года после оперативного вмешательства (73 мальчика и 36 девочек). Пациенты были разделены на 2 группы: в основной группе (54 ребенка) выполнялось

наложение пролонгированного пластыря Контрактубекс, в контрольной группе (55 пациентов) – динамическое наблюдение. Рубцовую деформацию оценивали по Ванкуверской шкале на 10, 30 и 90 послеоперационные сутки.

Результаты. У 94,4% пациентов отмечали хорошую комплаентность, у 2 (3,7%) – удовлетворительную, у 1 (1,9%) – неудовлетворительную. В проведенном исследовании образование гипер-трофических рубцов в основной группе отмечалось достоверно реже, чем в контрольной группе (1 и 8 пациентов соответственно, $\chi^2=4,241$ с 1-й степенью свободы; $p=0,042$).

Выводы. Таким образом, применение пролонгированного пластыря Контрактубекс в ближайшем и отдаленном периодах обеспечивало хороший косметический и функциональный результат при формировании послеоперационного рубца.

Остеоперфорация длинных трубчатых костей ультразвуковым скальпелем HARMONIC

Яхьяева Л.А., Афанасова А.И., Самурганов Н.О.,
Филиппева Н.В., Погосян А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Минаев С.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Цель. Отработка режимов остеоперфорации длинных трубчатых костей ультразвуковым скальпелем Harmonic в экспериментальных условиях.

Материалы и методы. Проведена остеоперфорация – 10 большеберцовых костей (куриная кость) ультразвуковым скальпелем Harmonic (Johnson & Johnson, USA) с насадкой Sharp Curved Blade – 10 см с использованием Hand Piece HP054. 5 (50%) остеоперфораций выполнялось в средней мощности (3 режим), 5 (50%) остеоперфораций выполнялись на максимальной мощности (7 режим). Оценка производилась следующих параметров: длительность проведения остеоперфорации, наличие обугливание кости (краевой некроз), размер остеоперфоративного отверстия.

Результаты. При использовании 3 режима мощности длительность остеоперфорации – 5 с. Появлялся краевой некроз в виде обугливания краев остеоперфоративного отверстия. Размеры остеоперфоративного отверстия были 4-5 мм. При использовании 7 режима мощности длительность остеоперфорации – 3 с. Краевой некроз отсутствовал. Размеры остеоперфоративного отверстия были 3-4 мм.

Выводы. 1. Остеоперфорацию длинных трубчатых костей необходимо проводить на максимальной мощности ультразвуковым скальпелем Harmonic с помощью насадкой Sharp Curved Blade. 2. Применение ультразвука в данном сочетании обеспечивает быстрое проведение остеоперфорации с минимальным обугливанием кости.

СОДЕРЖАНИЕ

Экспериментальное обоснование эффективности озонотерапии при разлитом перитоните	
Абдувойитов Б.Б., Рафиков Б.Р., Шавази Р.Н.	3
Новообразования брюшной полости и забрюшинного пространства, проявляющиеся синдромом пальпируемой опухоли у детей	
Абдусаламова П.М., Идрисова З.М., Гасанова А.М.	3
Стабилизация грудинно-реберного комплекса при обширных флотирующих переломах ребер у детей	
Аксельров П.М.	4
Современное звучание проблемы диафрагмальных грыж у детей	
Аксенова А.А., Кулаева А.С.	5
Синдром врожденной мраморной телеангиоэктатической кожи с изъязвлениями у новорожденного ребенка	
Александрова Е.А.	6
Вторичная опухоль щитовидной железы у детей (папиллярный рак)	
Алексин П.Н., Копылова Д.Ю.	6
Перитониты у детей первых трех лет жизни в Чеченской Республике	
Алиева М.М., Ибрагимова Х.У., Мункаева А.Х.	7
Удвоение почек и мочеточников у детей, особенности лечения	
Аляутдинова Д.А.	8
Натальные повреждения висцеральных органов	
Амачиев Ш.Ю.	9
Результаты лечения детей с инородными телами дыхательных путей	
Амерханов Н.З., Линьков В.М., Нугманов А.Ф., Поспелов М.С.	9
Применение мининвазивных методов лечения в экстренной урологии детского возраста	
Аметов Э.Т., Мавлянов Н.Х., Маматкулова М.	10
Консервативное лечение врожденной дисплазии тазобедренного сустава у детей первых двух лет жизни	
Арсамирзаева Х.И., Атабаева Х.В., Ферзаули Ш.А.	11
Факторы риска и профилактика некротизирующего энтероколита у новорождённых (НЭК)	
Асеев А.А., Спахова Т.А., Щербинин Р.Л., Кулинченко Н.М.	12
Программируемая смена технологий остеосинтеза в лечении детей с политравмой	
Астафьев И.С.	12
Использование ортоимплантов при двусторонних и односторонних расщелинах верхней губы с дефектом альвеолярного отростка	
Атабаева Х.В., Ферзаули Ш.А., Арсамирзаева Х.И.	13
Влияние рН плевральной жидкости на лечебную тактику у детей с ОГДП	
Афанасова А.И., Рокитина Е.Н., Погосян А.А., Чинтаева Л.А., Яхьяева Л.А., Самурганов Н.О.	14
Лечение острой гнойно-деструктивной пневмонии в детском возрасте	
Афанасова А.И., Яхьяева Л.А., Чинтаева Л.А., Рокитина Е.Н., Погосян А.А., Самурганов Н.О.	14
Операции по протезированию митрального и аортального клапанов	
Афзалутдинова А.Р.	15
Отдаленные результаты пластики аортального клапана у детей	
Афлятумов К.М.	16

Опыт лечения детей с гастрошизисом	16
Ахмаров М.М., Арсамирзаева Х.И., Мункаева А.Х.	
Эффективность видеолaparоскопии в диагностике и лечении закрытых травм паренхиматозных органов брюшной полости у детей	17
Ахмедов И.Ю., Аметов Э.Т., Мавлянов Н.Х., Маматкулова М.	
Оценка состояния репродуктивной системы женщин, перенесших разлитой аппендикулярный перитонит в детском возрасте	18
Ахмедов И.Ю., Шамсиева Л.А., Юсупова Ш.Ш.	
Опыт хирургического лечения узлового зоба у детей в Краснодарском крае	19
Бабаян Б.В.	
Опыт ведения пациента с диафрагмальной грыжей в раннем послеоперационном периоде	19
Бадалагина Д.А., Зязина А.О.	
Взаимосвязь времени начала ущемления паховой грыжи до начала оперативного лечения с уровнем лейкоцитов в крови	20
Балюра М.Г.	
Инородные тела желудочно-кишечного тракта	21
Батирмирзаева П.Ж., Нурмагомедова Ж.М., Гитинова А.А.	
Особенности лечения врожденной косолапости по методу понсети	22
Башларова А.Г., Рустамов Г.Н.	
Цифровая аускультация как метод диагностики в детской хирургии	22
Баязитов Р.Р., Закирова А.А., Рустамов М.А.	
Экстренная гинекология в структуре острого живота у детей	23
Бибенина А.А.	
Лечение перитонита и спаечной болезни в эксперименте	24
Борисов С.А., Цап Н.А.	
Оценка эффективности эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса 4 и 5 степени у детей	24
Булудов Н.Н.	
Анализ хирургического лечения паховых грыж у детей с использованием метода чрескожного ушивания внутреннего пахового кольца	25
Бурлачко А.В.	
Влияет ли форма внутреннего пахового кольца на технику операции при врожденной кривой паховой грыже у детей	26
Быкова Ю.А., Сычёва А.А.	
Современное лечение кист селезенки у детей	26
Вавилов Р.М., Сырчина Д.Н.	
Морфологическая картина внутренних органов, в эксперименте при сепсисе	27
Вириясов Е.П.	
Тактика лечения при инвагинации кишечника у детей	28
Вихорев А.С.	
Мочекаменная болезнь у детей	28
Вишневская К.А.	
Мочекаменная болезнь у детей	29
Власова Е.В., Горностаева Е.А., Фролова Е.А.	
Лечение ущемленных паховых грыж у детей	30
Власова Е.В., Фролова Е.А.	
Особенности синдрома «острой мошонки» у детей	31
Волков Д.В.	
Использование малоинвазивных технологий у детей с гидронефрозом и пузырно-мочеточниковым рефлюксом(ПМР)	31
Воркель Я.М., Чернов А.А., Нейно Н.Д., Баранов Д.А.	

Хирургическая коррекция дистальных форм гипоспадии у детей Воропаева А.В., Максимова П.В., Тен К.Ю.	32
Анализ хирургических методов лечения варикоцеле у детей и подростков Гарянин Р.В., Ищенко Е.М.	33
Отдаленные результаты эндохирургического лечения уретероцеле у детей Герасимова О.В.	33
Лечение детей с проксимальной атрезией тонкой кишки с применением различных видов анастомозирования Гогичаева А.А.	34
Диагностика и лечение переломов дистального отдела плечевой кости в детском возрасте Горбанева К.Е., Москалева А.В., Назарова В.В.	35
Экспериментальная оценка эффективности применения микроаутодермопластики в сочетании с адипогенными стволовыми клетками Гордиенко В.А., Шабунин А.С., Зубов В.В., Асадулаев М.С.	36
Актуальные аспекты лечения ран у детей с хирургической инфекцией Городилов М.В.	36
Анализ результатов хирургического лечения варикоцеле Григорян А.М., Колхидова З.А.	37
Экспериментальная оценка резорбции шовных нитей на основе хитозана Давлетова Л.А., Маевская Е.Н., Шабунин А.С., Зубов В.В., Асадулаев М.С.	38
Дивертикул Меккеля как причина кишечной непроходимости у детей Давыденко Д.А.	38
Нейробластома у детей Данилова А.А., Сосламбекова Ж.А.	39
Энтеральное питание подростков с сочетанной травмой Дарбишева Х.А.	40
Структура дорожно-транспортного травматизма у детей и подростков в Краснодарском крае за 2016-2018 год Денисенко Л.Г.	40
Ангиомикрохирургическое лечение варикоцеле у детей Довжанский И.В., Панин И.С., Фокин А.А., Ковалева Д.Ю., Минаева А.А., Лобзин А.А., Уварова Д.Б., Уваров Н.А.	41
От чего зависит эффективность эндокоррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей? Долотов Д.А., Невиницына Д.А.	42
Лечение пограничных ожогов у детей Дрыга Д.Ю., Тонян С.С., Хакимов М.О.	43
Особенности хирургической коррекции врожденной кишечной непроходимости Ермолаева Н.С.	43
Современные возможности в ранней реабилитации детей с термической травмой Еськова Д.А.	44
Ретроспективный анализ осложнений ликворосунтирующих операций у детей с гидроцефалией Жакенов Т.С., Маммадинова И.З.	45
Заболевания крайней плоти у мальчиков и подростков Жаксальков А.С.	45
Лечение рубцовых стенозов пищевода у детей Жеренюк П.С.	46
Лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей с тяжелыми неврологическими заболеваниями Жигулин Г.М.	47

Анализ заболеваемости и лечения гидронефроза у детей Журавлев В.О.	47
Результаты лечения аппендикулярного и первичного перитонитов у детей Забаровский А.В., Сташков А.К.	48
Результаты лечения метаэпифизарного остеомиелита у детей первого года жизни с использованием высокоинтенсивного лазерного излучения Захарова Е.А.	49
Состояние внемошоночных гонад у детей с двухсторонней и абдоминальной формами крипторхизма после комбинированного лечения Звонарева А.В., Кузнеченкова Н.А.	49
Комплексное лечение болезни Пертеса у детей Зубкова Е.В., Воробьева В.И., Птицын В.А., Коряшкин П.В.	50
Кишечная непроходимость у новорожденных Ибрагимов Х.У., Байрамова Т.М., Алиева М.М.	51
Консервативное лечение инфантильных гемангиом наружных половых органов у девочек раннего возраста Иванов А.А.	51
Ретроспективный анализ лечения паховых грыж у детей Иванова А.С., Дорофеева А.Д.	52
Диагностика и лечение врожденных портосистемных шунтов на примере пациентов с функционирующим Аранциевым протоком Идрис Л.Я.	53
Анализ результатов оперативного лечения пациентов старше 1 года с низкими свищевыми формами аноректальных пороков Ижогина С.Д., Старченко В.С., Пепеляева И.М., Миронова И.К.	54
Врожденный гидронефроз у новорожденных и младенцев Ильенко А.Ю.	54
Диагностика и лечение синдрома отечной мошонки у детей Индроква С.Б., Назарова Н.Я.	55
Результаты хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей Ирискулов А., Солиева Н.	56
Микробиологический пейзаж мочи в пораженной почке при монолатеральном гидронефрозе Ихсанова С.Р.	56
Травма глаз у детей Казаева В.И., Молчанов Г.А.	57
Отсроченная торакоскопическая эзофагопластика, как операция выбора при атрезии пищевода с большим диастазом Калинин И.В.	58
Киста холедоха: диагностика, лечение Каминская В.Д.	59
Однорядный непрерывный серозно-мышечно-подслизистый кишечный шов при формировании анастомозов у детей Карсельян А.Г.	59
Лапароскопическое лечение эхинококковых кист печени у детей Карькова Т.А., Насирова В.А.	60
Экспериментальное внедрение имплантируемой системы для дистанционной электростимуляции Кашигина О.Ю., Мырзагалиев А.К., Пунтикова А.Ю.	61

Гистоморфологические особенности структуры крайней плоти полового члена в различных возрастных группах	
Кенжеканова Ж.Б., Бакытжан А.Г.	61
Гидронефроз у детей старше трех лет	
Кензина О.И., Джураева Д.Д.	62
Мининвазивные технологии в лечении детей с калькулезным холециститом	
Киргизов Ф.И., Алексеенко Д.А., Зарецкая Ю.А.	63
Врожденная диафрагмальная грыжа и возможности фетальной хирургии	
Кислова А.Ю., Слепцова Д.А.	64
Реплантация сегментов конечности у детей	
Ковалева Д.Ю.	64
Аутотрансплантация кишки у детей	
Ковалева Д.Ю., Панин И.С., Фокин А.А., Довжанский И.В., Минаева А.А., Лобзин А.А., Уварова Д.Б., Уваров Н.А.	65
Значение антенатального рефлюкса в патогенезе гидронефроза	
Коломытцева Е.А.	66
Антенатальная диагностика обструктивных уropатий	
Колхидова З.А., Григорян А.М.	66
Хроническая мезентериальная ишемия в эксперименте	
Королев Г.А., Марчук Т.Д.	67
Применение усовершенствованной портоэнтеростомии для лечения билиарной атрезии	
Круталевич Ю.М.	68
Лечение химических ожогов пищевода у детей	
Кузьмина К.Д.	68
Лечение болезни Гиршпрунга у детей	
Кулаева А.С., Аксенова А.А.	69
Опыт применения биополимерного материала "хитопран" в закрытии раневых дефектов у детей	
Курбатова Г.А., Гриценко А.Ю.	70
Диагностика и лечение опухолей и кист грудной полости	
Кутдусова А.В., Ломакина В.Д.	70
Перфорация пищевода инородным телом у ребенка. Клинический случай	
Кутлююлова Л.К., Поспелов М.С.	71
Морфологические изменения мочеточника при мегауретере у детей	
Кяримов И.А.	72
Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области.	
Дефекты твердого и мягкого неба	
Ларина В.Г., Верещагина А.И., Томасян Э.С.	72
Иммуноткоррекция у детей грудного возраста с тяжелой формой БЛД при вентилятор-ассоциированной пневмонии	
Ларина Н.Е.	73
Предварительное отведение мочи при обструктивных уropатиях у новорожденных	
Липперт В.Н.	74
Определение концентрации Д-лактата как метод ранней диагностики инфицирования брюшной полости при остром аппендиците у детей	
Литвяков М.А., Аверин В.И., Семенов В.М.	74
Микрохирургическая реконструкция портального кровотока в эксперименте	
Лобзин А.А., Панин И.С., Фокин А.А., Минаева А.А., Уварова Д.Б., Уваров Н.А., Ковалева Д.Ю., Довжанский И.В.	75

Трудности диагностики перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки у детей	
Ломакина В.Д., Кутдусова А.В.	76
Посттравматический синовит коленного сустава у детей	77
Мавлеткулов А.М., Мустафин А.Д., Миниахметов А.А., Кутдусова А.В.	
Значение миниинвазивных методов диагностики и лечения в неотложной хирургии детского возраста	
Мавлянов Н.Х., Аметов Э.Т., Маматкулова М.	77
Результаты лечения дистальных форм гипоспадий у детей	
Магомед А.М., Хабиева П.Г.	78
Ахалазия пищевода: лечение у детей	
Максимова П.В., Воропаева А.В., Тен К.Ю.	79
Желудочно-кишечные кровотечения у детей	
Марчук Т.Д.	80
Оценка результатов хирургического лечения различного типа расщелин гортани и трахеи у детей	
Матвеев И.Ю.	80
Тактика ведения пациентов с некротизирующим энтероколитом при различных сопутствующих заболеваниях	
Мельникова Л.С.	81
Аутотрансплантация костей у детей	
Минаева А.А., Лобзин А.А., Панин И.С., Фокин А.А., Уварова Д.Б., Уваров Н.А., Ковалева Д.Ю., Довжанский И.В.	82
Гастроэзофагеальный рефлюкс в сочетании с первичным гиперпаратиреозом у ребенка раннего возраста	
Минеева Л.В.	83
Маститы у детей	
Миронов В.З.	83
Роль трансъяремной ретроградной портографии у детей с портальной гипертензией при выборе метода шунтирующих операций	
Миронова И.К., Смолянкин А.А.	84
Диагностика и лечение атрезии пищевода у новорожденных	
Молчанова Д.В., Бебенина А.А., Ладыгина Т.М.	85
Моделирование периоперационной ишемии неоректум в эксперименте	
Морозов Д.Д.	86
Причины несостоятельности кишечного анастомоза при перитоните в эксперименте	
Морозов К.Д.	86
Оценка первичных результатов артроскопического лечения врожденного вывиха бедра у детей	
Москаленко А.С.	87
Причины поздней диагностики острого аппендицита у детей: результаты ретроспективного исследования	
Мохов Р.В.	88
Анализ результатов оперативного лечения врожденного гидронефроза у детей	
Мункаева А.Х., Ахмаров М.М., Алиева М.М.	88
Видеоторакоскопия в лечении острых деструктивных пневмоний	
Муртазалиев И.Ю., Поспелов М.С., Амерханов Н.З.	89
Экспериментальный отрыв брыжейки подвздошной кишки	
Мустафин А.Д., Мавлеткулов А.М., Миниахметов А.А., Щекин В.С.	90

Анализ результатов лечения детей с воронкообразной деформацией грудной клетки	
Мырзагалиев А.К., Каирбекова К.Д., Убушиева Н.А.	90
Особенности ранней диагностики, подконтрольное рождение и успешное разъединение сиамских близнецов	
Насирова В.А., Сушко Ю.А.	91
Клинический случай: оперативное лечение гигантской опухоли яичника	
Насирова В.А., Карькова В.А., Елькова Д.А.	92
Редкий случай лапароскопической находки внутренней эмбриональной грыжи	
Насирова В.А., Седнев С.И., Елькова Д.А.	93
Нетравматический внутричерепной геморрагический синдром у новорожденных и детей раннего возраста	
Нахапетян Р.А.	93
Выбор метода лечения пузырно-мочеточниковом рефлюкса с учетом сочетанной патологии	
Нилова М.Ю.	94
Результаты диагностики и лечебной тактики при инвагинации кишечника у детей	
Носиров У., Хакимова Х.	95
Результаты хирургического лечения краниосиностоза (краниостеноза) у детей	
Огиди О.И., Аутлева Р.М.	95
Возможности ретроперитонеоскопических операций при заболеваниях верхних мочевых путей у детей	
Онйенехо Ч.П., Гриднева Н.А., Бунджун П.	96
Перфорация желудка у недоношенных младенцев	
Ошоров Ц.Б.	97
Осложнения у новорожденных с атрезией пищевода	
Павлюкова Ю.П.	97
Микрохирургия артериовенозных фистул для диализа у детей	
Панин И.С., Фокин А. А., Ковалева Д.Ю., Довжанский И.В., Минаева А.А., Лобзин А.А., Уварова Д.Б., Уваров Н.А.	98
Эндоскопическое лечение краниостеноза	
Панкратьев Р.М., Громыхалин П.С., Галеев Н.Н., Нагимуллина Д.Р.	99
Патофизиологические показатели у детей с инвагинацией	
Пархоменко А.А.	100
Эффективность эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у младенцев	
Пепеляева И.М.	100
Опыт ведения пациентов с синдромом короткой кишки в детской республиканской клинической больнице республики Татарстан	
Петров Р.Д.	101
Малоинвазивный способ лечения переломов шейки лучевой кости спицей с изогнутым концом у детей	
Петров Ф.-М.А.	102
Сравнительный анализ хирургической стратегии лечения спаечной кишечной непроходимости у детей	
Петров Ю.М., Ошоров Ц.Б.	103
Высокочастотная осцилляторная искусственная вентиляция легких как основной режим дыхательной поддержки у новорожденных в условиях ОРИТН	
Полятинская А.А.	103

Морфологическая характеристика врожденной тонкокишечной непроходимости у экспериментальных животных	104
Пулатов Д., Шамсиев О.	
Особенности диагностики и лечения легочно-плевральных форм деструктивных пневмоний	105
Пушкарева А.В., Тузилина Н.В.	
Хирургическое лечение опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области	105
Рамазанов А.М., Амирова А.Н., Курбанова Н.М., Фатулаева З.А.	
Результаты оперативного лечения мочекаменной болезни у детей	106
Расулова Д., Батирмурзаева П.М.	
Малоинвазивные методы лечения варикоцеле у детей	107
Рахимов М., Азизов Ш.	
Анализ эффективности временной деривации мочи у детей с врожденным обструктивным нерефлюксирующим мегауретером	108
Раштвина А.Р.	
Врожденный гидронефроз: особенности лечения у детей	108
Решетников А.Г., Максимова П.В., Тен К.Ю.	
Хирургическая тактика при удвоениях почки у детей	109
Решетников А.Г., Мусиенко М.В., Рытенко Е.А., Сыса А.А.	
Анализ результатов лечения девочек с острой гинекологической патологией	110
Рзаева Е.С.	
Экспериментальная оценка эффективности применения инкасулированного пептида hldf6 в составе нановолоконного раневого покрытия для лечения ожогов III степени	110
Рыстенко Е.А., Шабунин А.С., Зубов В.В., Асадулаев М.С.	
Исследование отдаленных результатов хирургической коррекции сколиотической деформации позвоночника с целью изучения качества жизни и особенностей протекания беременности	111
Сайфуллин А.П., Леонтьев А.В.	
3d модель и виртуальная реконструкция: дополнительный инструмент в хирургии эхинококкоза печени детского возраста	112
Самурганов Н.О., Яхьяева Л.А., Афанасова А.И., Герасименко И.Н., Погосян А.А.	
Диагностика и лечение перекрута яичка	113
Сафин Р.Т., Борисов А.В., Галеев Н.Н., Ражетдинов Т.И., Мавлютова Р.Р.	
«Батутная травма» у детей	113
Сергеев В.Е.	
Наш опыт диагностики и лечения дивертикула Меккеля у детей	114
Смагулова А.К.	
Анализ осложнений у детей с энтеро- и (или) колостомами	115
Сорина И.Э.	
Лечение анизомелии нижних конечностей у детей	115
Соколов А.Г.	
Значение мобилизации НПВ при омфалоцеле больших размеров на клиническом примере	116
Сорокина Т.Е.	
Анализ хирургического лечения сосудистых колец у детей	117
Старченко В.С.	
Современные аспекты терапии аппендикулярного перитонита у детей	118
Сташков А.К., Забаровский А.В.	
Опухоли головного и спинного мозга у детей	

Строкатова А.А., Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Баранов Д.А.	118
Отдалённые результаты лечения детей оперированных с прогрессирующим некротизирующим энтероколитом	
Сударева Д.И.	119
Лапароскопическое лечение паховых грыж у детей	
Суенкова Д.Д.	120
Аневризальная киста бедренной кости	
Сыса А.А., Решетников А.Г.	120
Анализ эффективности консервативного лечения килевидной деформации грудной клетки	
Твердов И.В.	121
Оперативное лечение диафизарных переломов у детей	
Темралиев Б.Б., Пахместерова О.В.	122
Особенности ведения пациентов с редкими формами врожденной ложной диафрагмальной грыжи	
Теплов В.О.	122
Лечение переломов шейки бедра у детей перкутанном остесинтезом	
Тиялков А.А., Мавлянов Н.Х., Аметов Э.Т.	123
Сравнительная оценка различных методов проведения пилоромии по Рамштедту у новорожденных	
Ткач Е.В.	124
Видеоторакокопия в лечении острой гнойной деструктивной пневмонии	
Томилова Я.В.	124
Факторы риска летального исхода у новорожденных с атрезией пищевода	
Торопов Н.В.	125
Эффективность применения высокопоточных назальных канюль у детей с эмпиемой плевры, сепсисом, ОРДС и тяжелыми органическими поражениями ЦНС	
Трембач И.В.	126
Результаты лечения герминогенных опухолей крестцово-копчиковой области у детей	
Тумилович О.С.	127
Результат гистологического исследования участков внутреннего сфинктера заднего прохода и прямой кишки у пациентов с анальной ахалазией	
Уваров Н. А., Уварова Д. Б.	127
Время отхождения мекония у детей с запорами и болезнью Гиршпрунга	
Уварова Д.Б., Уваров Н.А.	128
Отдаленные результаты хирургического лечения гипоспадии у детей	
Узинцева А.А.	129
Методы лечения врождённых диафрагмальных грыж у новорожденных	
Устаева Г.А., Магомедов Р.Р., Абасов Ш.М.	129
Интраоперационная тактика лечения некротизирующего энтероколита у новорожденных	
Устинова Т.К.	130
Особенности диагностики и лечения врожденного гидронефроза у детей	
Федорова И.К.	131
Экспериментальная оценка эффективности применения низкотемпературной атмосферной плазмы для лечения ожогов III степени	
Федюк А.М., Шабунин А.С., Зубов В.В., Асадулаев М.С.	131
Трудные интубации у детей	
Ферзаули Ш.А., Атабаева Х.В., Ахмаров М.М.	132

Диагностика и лечение повреждений сосудисто-нервных магистралей у детей Фокин А.А., Панин И.С., Ковалева Д.Ю., Довжанский И.В., Минаева А.А., Лобзин А.А., Уварова Д.Б.	133
Закономерности изменений размеров промежности у детей разного возраста, которые необходимо учитывать в хирургии тазового дна Фокин А.А., Панин И.С.	134
Сравнительный анализ лапароскопической и традиционной аппендэктомии Хадикова Д.К., Григорян С.В.	134
Сравнительный анализ хирургического лечения аппендикулярного перитонита у детей Хакимов М.О.	135
Клиническое наблюдение успешного лечения пациента с обширными травматическими дефектами обоих бедер Хачак Д.Р., Шахова А.А.	136
Оценка влияния индекса перегрузки жидкостью на тяжесть органной дисфункции у детей Хорев В.В., Дуванов И.А.	137
Наш опыт лечения осложненного дивертикула Меккеля у детей Чахкиева Т.М., Завьялкин П.В.	137
Эффективность применения гипербарической оксигенации в комплексном лечении тяжёлой сочетанной травмы у детей Чернов А.А., Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Птицын В.А.	138
Результаты лечения детей с травмой селезёнки Числова Д.С.	139
Обоснование эффективной терапевтической дозы альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза в эксперименте Шамсиев Ш.Ж.	139
Выбор методов фиксации коленного сустава после артроскопии Шайдуров К.А., Штеннес Р.А.	140
Анализ диагностики и лечения крипторхизма у детей Шакирова К.И.	141
Гидроколонография в лечении кишечной инвагинации Шевцов Н.В.	141
Лапароскопия в комплексном лечении врождённых пороков развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови Шеслер Э.А.	142
Заворот селезёнки у ребенка Шилкин Д.Н.	143
Сравнительный анализ способов лечения ущемленных паховых грыж у детей раннего возраста Шишкин А.Г.	143
Аспекты оперативного лечения врожденных паховых грыж у детей Шкурова А.В., Елькова Д.А.	144
Результаты консервативного лечения детей с воронкообразной деформации грудной клетки Шоминова А.О.	145
Острый панкреатит у детей – тяжелая патология поджелудочной железы Щёголева В.А., Вечеркин В.А., Баранов Д.А., Шестаков А.А.	146
Диагностика и лечение атрезии пищевода на современном этапе Щукина А.Ю.	146

Нарушение функции тазовых органов, как основная причина снижения качества жизни семьи и ребенка с пороками развития позвоночника и спинного мозга	
Юдина А.А., Кузнецова Л.В., Никитин С.С.	147
Неосложненные компрессионные переломы позвоночника у детей	
Юндунов Н.Д.	148
Опыт одноэтапной феминизирующей генитопластики у девочек с врожденной дисфункцией коры надпочечников	
Яруллина Л.И.	149
Новый подход в компрессионной терапии послеоперационных рубцов	
Яхьяева Л.А., Ивченко А.А., Афанасова А.И., Самурганов Н.О., Филипьева Н.В., Погосян А.А.	149
Остеоперфорация длинных трубчатых костей ультразвуковым скальпелем HARMONIC	
Яхьяева Л.А., Афанасова А.И., Самурганов Н.О., Филипьева Н.В., Погосян А.А.	150