

**Посвящен 45-летию кафедры
детской хирургии СамГМУ**

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ
Сборник научных трудов

Самара 2019

Министерство здравоохранения Самарской области
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет
Минздрава РФ»

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Посвящен 45-летию кафедры детской хирургии СамГМУ

Сборник научных трудов

Самара 2019

Актуальные вопросы детской хирургии: Сборник научных работ / Под редакцией проф. М.А.Барской – Самара; 2019- 95с.

В данном сборнике научных работ представлен опыт работы врачей г.Самары и Самарской области, оказывающих хирургическую помощь детям, отражены основные направления научно-исследовательской работы, проводимой детскими хирургами города, области и сотрудниками кафедры детской хирургии

Рецензенты:

профессор В.И.Белоконев

профессор Д.В.Печкуров

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Барская М.А.¹, Варламов А.В.², Завьялкин В.А.¹, Фролова Ю.В.².

¹ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, ²ГБУЗ СОКБ им. В.Д.

Середавина, Самара

Представлены результаты диагностики и лечения 448 детей с кишечной инвагинацией, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина с 2011 по 2018 год. Преобладали дети грудного возраста (264). Абсолютное большинство пациентов поступило в первые сутки заболевания (271), 117 больных поступили на 2 сутки, 52- на 3-и, и 8 – на 4 сутки от начала развития патологии. В диагностике инвагинации использованы клинический метод, лабораторные, рентгенологические методы и ультразвуковое исследование. В 363 наблюдениях проведено консервативное лечение. 83 ребенка оперированы, при этом 59 детям оперативное вмешательство осуществлялось из лапароскопического доступа. В 4 наблюдениях детям с подвздошно-ободочной инвагинацией и некрозом кишки произведена резекция подвздошной кишки. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: дети, инвагинация кишечника.

Инвагинация кишечника, являясь самым частым видом приобретенной кишечной непроходимости в детском возрасте, встречается в основном у детей грудного возраста и относится к смешанной форме механической непроходимости (обтурационная в сочетании со странгуляционной) [1,2,3]. Развитие кишечной инвагинации у пациентов грудного возраста связано с анатомо-физиологическими особенностями этой возрастной группы (мобильность подвздошной и слепой кишки, незрелость баугиниевой заслонки, ферментативная незрелость кишечника), с факторами, вызывающими изменение перистальтики кишечника (нарушение режима вскармливания ребенка, кишечными инфекциями) [3].

У детей старше года причинами инвагинации может быть различная органическая патология, к которой относятся полипы различных отделов кишечника, опухоли, дивертикулы и т.д.

Клиническая картина кишечной инвагинации имеет характерную симптоматику: приступообразные боли в животе, повторяющаяся рвота, выделение крови в виде «малинового желе» из заднего прохода. Последний симптом появляется обычно не ранее 6 часов от начала заболевания. При клиническом исследовании пальпаторно определяется инвагинат в виде опухолевидного образования цилиндрической формы, при этом локализация инвагината может быть различной в зависимости от вида инвагинации и протяженности внедрения. Для подвздошно-ободочной и слепо-ободочной инвагинации характерен симптом Данса (отсутствие слепой кишки в правой подвздошной области), который определяется при пальпации. Из дополнительных методов исследования наиболее информативным является ультразвуковое исследование, которое практически в 100% позволяет диагностировать данную патологию.

Лечение инвагинации кишечника в большинстве наблюдений является консервативным [2,3,4]. При наличии клиники перитонита, тонко-тонкокишечной инвагинации и безуспешности консервативной дезинвагинации показано хирургическое вмешательство [5].

Целью нашего исследования является анализ результатов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей.

Материалы и методы исследования.

В хирургическом отделении педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д.Середавина с 2011 по 2018 годы на лечении находилось 448 детей с инвагинацией кишечника. Возраст наблюдаемых детей колебался от 4 месяцев до 7 лет. Преобладали дети грудного возраста (264). В первые сутки от начала заболевания госпитализирован 271 ребенок (до 6 часов – 12, от 6 до 12 часов – 110, от 12 до 24 – 149 детей); на 2-е сутки-117 пациентов; на 3-и-52; на 4- 8.

Детям, поступившим в стационар с подозрением на инвагинацию кишечника, выполняли клиническое обследование, использовались лабораторные, ультразвуковые и рентгенологические методы исследования.

Результаты исследования

В результате сбора анамнеза выявлено, что в 52 (11,6%) наблюдениях инвагинации предшествовало нарушение диеты, у 24 (5,4%) детей инвагинация появилась на фоне острой респираторной вирусной инфекции, у 31 (6,9%) ребенка – на фоне кишечной инфекции. Таким образом, лишь в 107 наблюдениях (23,9%) удалось выявить факторы, способствующие возникновению инвагинации кишечника.

У 443 (98,9%) пациентов отмечены приступообразные боли в животе (периодическое беспокойство). Продолжительность приступов составляла от 5 до 15 минут, промежутки времени между приступами-10-20 минут. В 401 (89,5%) наблюдении отмечалась повторяющаяся рвота. У 59 (13,2%) детей наблюдалось выделение крови из заднего прохода.

Состояние пациентов при поступлении было следующим: у 58 (12,9%) – удовлетворительным, у 350 (78,1%) - средней тяжести, у 40 (8,9%) - тяжелым.

При клиническом обследовании пальпаторно инвагинат определялся у 257(57,4%) детей, симптом Данса – у 105 (23,4%). У 48 (10,7%) детей отмечалось напряжение мышц передней брюшной стенки, у остальных пациентов живот был мягким.

Изменения в общем анализе крови были следующими: в 331 наблюдении количество лейкоцитов не превышало $10,0 \times 10^9 /л$, у 117 детей отмечался лейкоцитоз от $12,0$ до $25,0 \times 10^9 /л$.

Всем пациентам при поступлении выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при котором у 398 (88,8%) больных выявлены инвагинаты различной локализации. В 312 наблюдениях кроме ультразвукового исследования произведена ирригография со взвесью сульфата бария, при этом у 187 детей при этой манипуляции произошла дезинвагинация.

В 2 наблюдения инвагинация расправилась самостоятельно, что подтверждено при ультразвуковом исследовании и клинически. 176 пациентам дезинвагинация произведена при нагнетании воздуха в толстую кишку с контролем создаваемого давления под общим обезболиванием.

Оперативное вмешательство выполнено у 83 детей с инвагинацией кишечника, при этом в 59 наблюдениях дезинвагинация проведена из лапароскопического доступа.

4 пациентов, поступившие в тяжелом состоянии, обусловленном значительной длительностью заболевания (более 72 часов), после предоперационной подготовки оперированы из лапароскопического доступа. Обнаружена подвздошно-ободочная инвагинация. После дезинвагинации выявлен некроз подвздошной кишки. Произведена конверсия (срединная лапаротомия), затем выполнена резекция подвздошной кишки с анастомозом «конец в конец».

У трех детей после дезинвагинации, выполненной из доступа по Волковичу-Дьяконову, обнаружен Меккелев дивертикул. Последний удален посредством клиновидной резекции подвздошной кишки с наложением анастомоза.

Летальных исходов не было. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. Инвагинация кишечника встречается у детей в различном возрасте, но чаще в грудном возрасте.
2. В диагностике инвагинации кишечника имеют значения клиническая картина, а также такие дополнительные методы, как УЗИ и рентгенологическое исследование.
3. При своевременной диагностике инвагинация кишечника в абсолютном большинстве наблюдений излечивается консервативно.
4. Органическая патология кишечника является достаточно редкой причиной инвагинации.

Список литературы

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю.Ф.Исакова, А.Ф.Дронов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-1168с.
2. Барская М.А. Диагностика и лечение приобретенной кишечной непроходимости у детей: учебное пособие для студентов мед.вузов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию; Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования «Самарский гос. мед. ун-т». 2005.-С.107.
3. Барская М. А., Варламов А.В., Завьялкин В.А. и др. Наш опыт диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 2. – С. 14.
4. Гераськин А.В. Инвагинация кишечника у детей / А.В.Гераськин, А.Ф.Дронов // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2009. - №1. – С.25.
5. Исаков Ю.Ф. Кишечная инвагинация / Ю.Ф.Исаков, А.Ф.Доронов //Детская хирургия. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- С.298-392.
6. Юсуфов А.А. Ультразвуковая диагностика инвагинации кишечника / А. А. Юсуфов, Г.Н. Румянцева, В.Н. Карташев // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. – Т.13. - №1. –С.99.

ПЕРЕКРУТ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕТЕЙ. ДИАГНОСТИКА. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА.

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

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, ГБУЗ СОКБ
им.В.Д.Середавина г.Самары

В статье рассмотрены два клинических случая ведения пациенток детского возраста с односторонним перекрутом придатков матки. Отражены трудности дифференциальной диагностики этой патологии с острыми хирургическими состояниями. Определены диагностическая и хирургическая тактики.

Ключевые слова: перекрут придатков матки, девочки, деторсия, УЗИ.

Перекрут придатков матки - очень серьезная патология, оказывающая негативное влияние на репродуктивную функцию пациентки. Распространенность данной патологии у женщин моложе 20 лет – 1,23-4,9 на 100 тыс.женщин. Перекрут придатков матки выявляется в 2,7% от всех обращений с абдоминальным болевым синдромом[1]

В 60% случаев - это правосторонний перекрут, связанный с большей подвижностью купола слепой кишки, а также с тем, что сигмовидная кишка оставляет ограниченное пространство для смещения придатков матки[2]

Перекрут придатков матки чаще всего ассоциирован с фоновой патологией яичников, а именно - с объемными образованиями яичников (тератомы -30%, функциональной кисты – 25%,цистаденомы – 30%, параовариальной кисты – 2-3%)[1]

Перекрут неизменных придатков матки встречается чаще у детей и подростков (15-20%), чем у взрослых(8-15%). Вероятно, это связано с более длинным связочным аппаратом, а также с особенностью расположения

яичников у детей - чем меньше ребенок, тем более высоко в брюшной полости расположены яичники. Кроме того, имеет значение повышенная физическая активность, характерная для детей. В последнее время появились работы, связывающие перекрут неизмененных придатков матки с дисплазией соединительной ткани[6]

Клиническая картина перекрута придатков матки достаточно характерна:

- резкая односторонняя боль в паховой области (чаще справа) 47-70%
- перемежающаяся боль в течение некоторого времени до перекрута (до нескольких месяцев свидетельствует о перекруте) 57%

- рвота 70-87%

- повышение температуры тела 6-10%

Объективно при осмотре выявляют:

- увеличение придатков при пальпации 20-36%

-перитонеальные симптомы 3-27%

- повышение лейкоцитов (более 13) 40%

Высокоинформативным и доступным методом исследования является ультразвуковое исследование органов малого таза, дополненное ЦДК. УЗИ органов малого таза должно выполняться всем девочкам с абдоминальным болевым синдромом. МРТ показано при трудностях дифференциальной диагностики и/или для определения топографии кистозного образования.

Нужно помнить, что в первые часы от момента заболевания могут быть ложно-отрицательные результаты УЗИ (регистрируется кровоток, повышается эхогенность, увеличивается в размерах заинтересованный яичник). Это стадия инфильтрации.

В стадии деструкции – отсутствует кровоток при ЦДК, эхоструктура становится неоднородной, яичник в размерах резко увеличен, появляются участки деструкции. В полости малого таза определяется жидкость.

При установлении диагноза перекрута придатков матки показано срочное оперативное лечение. Вариантом выбора является органосохраняющая тактика: лапароскопия и деторсия придатков (II-2B). Функция яичника может быть восстановлена после деторсии даже при наличии черного окрашивания во время операции, что подтверждено восстановлением кровотока по данным доплеровского сканирования (II-2). Во всех случаях перекрута придатков матки следует максимально избегать аднексэктомии[3] Удаление поврежденного органа рекомендуется только при наличии очевидных признаков повреждения придатков, таких, как отрыв связок или разрушение тканей яичника[4]. Показано, что восстановление эхографической картины происходит, начиная с 3-их суток после деторсии, а восстановление эхоструктуры яичника с появлением фолликулов - на 8-9-е сутки[5]

Цистэктомия может быть отложена с целью избежать травмы яичника (II-2B) на 6-8 недель

Риск малигнизации при перекруте придатков крайне низок (II-2B)

. При врожденных формах удлинённых яичниковых связок, при рецидивах перекрута, при отсутствии явных причин перекрута яичников у подростков производится (III-C):

- овариопексия к круглой связке матки
- пликация и укорочение воронко-тазовой связки

Тромбоэмболический риск при деторсии не повышен(менее 0,2%) и не является противопоказанием к органосохраняющему лечению (II-2B)

В ГБУЗ СОКБ им. Середавина В.Д. за период с 2011 по 2018гг. было прооперировано 83 пациентки с диагнозом перекрут придатков матки.

Выполнено:

- 66 деторсий (80%)
- 14 аднексэктомий, 3 сальпингоэктомии (20%)
- 4 овариопексии

Представляем вашему вниманию описание 2-х клинических наблюдений (лечение пациенток в отделении детской хирургии ГБУЗ СОКБ им. Середавина В. Д.) , которые, на наш взгляд. достаточно ярко демонстрируют сложности дифференциальной диагностики перекрута придатков матки и хирургической патологии.

Больная Ю., 10 лет поступила в отделение 02.11 2018 с жалобами на боли внизу живота, многократную рвоту, повышение t до 37.

Anamnes morbi: заболела остро 31.10.2018, когда появились указанные жалобы.

Status localis: язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Данные объективных методов обследования:

*УЗИ от 02.11.2018: данных за инфильтрат в правой подвздошной области нет. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

*УЗИ гениталий не проводилось

*ОАК: Нб -118г/л, Le- 13,9, СОЭ-7мм/ч

*ОАМ -N

Был выставлен диагноз: Острый аппендицит.

02.11.2018 С диагностической целью выполнена лапаротомия, которая выявила перекрут правых придатков матки на 720 градусов. Правый яичник и маточная труба были увеличены в размерах, белесоватого цвета с цианотичным оттенком.. Была сделана лапароскопическая деторсия правых придатков матки, после которой наблюдалось восстановление кровотока в придатках(изменение цвета яичника и трубы).



Рис.1. Лапароскопическая картина правостороннего перекрута придатков матки (Больная Ю.)

УЗИ на 7-е сутки после операции : правый яичник 49*25*41мм(V-25см), в структуре фолликулы d-3мм, №10, кровоток сохранен, эхогенность повышена, в структуре фолликулы d- 4мм, №7

Больная П., 7мес. Поступила 02.09.2018 в 21ч30мин с жалобами: на беспокойство ребенка, многократную рвоту

Anamnes morbi: с 14ч 01.09.2018 начали беспокоить указанные жалобы

Status localis: язык влажный, чистый. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный по ходу толстой кишки, больше в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

ОАК от 02.09.2018: Hb- 114г/л, Le- 16,4, СОЭ-15мм/ч

Ирригография 02.09.2018 в 23ч50мин подтвердила инвагинацию кишечника.

Было произведено консервативное расправление инвагината.

Через 8 ч. у пациентки вновь появились признаки беспокойства, болезненность живота при пальпации.

УЗИ от 03.09.2018: правый яичник 25*22*27мм с ослабленным кровотоком в структуре яичника, V-7мл. Левый яичник 12*12*16мм, V-1,3мл., кровоток в структуре регистрируется. Заключение: нельзя исключить перекрут правых придатков матки

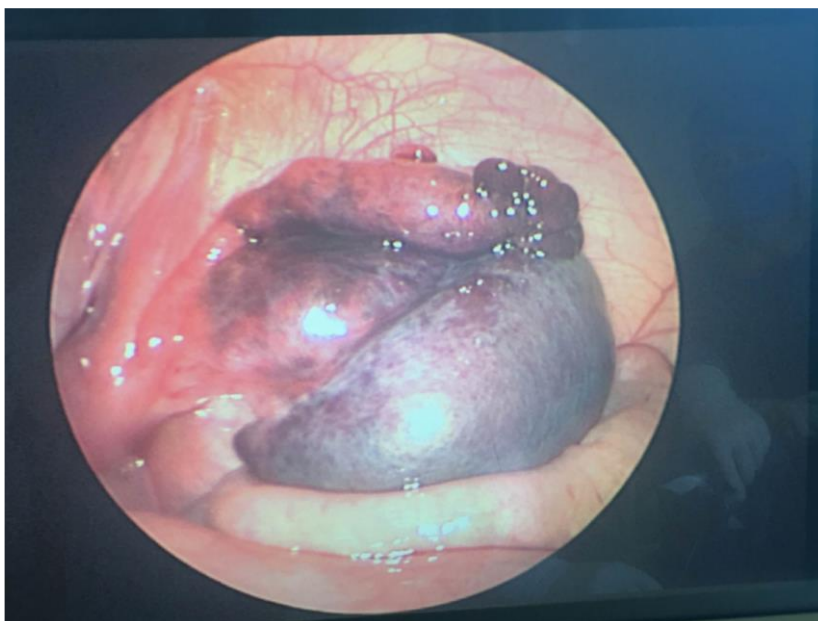


Рис.2. Лапароскопическая картина правостороннего перекрута придатков матки (Больная П.)

03.09.2018 была произведена диагностическая лапароскопия, которая подтвердила перекрут правых придатков матки на 540 градусов. Яичник и

маточная труба были увеличены в размерах. отечны, синюшно-багрового цвета. Была выполнена лапароскопическая деторсия правых придатков матки. Жизнеспособность придатков - сохранена (изменение цвета).

Контроль УЗИ на 7-е сутки после операции: правый яичник 16*14*23мм, V -2,5мл, в структуре фолликулы №4 d-5мм., с кровотоком. Левый яичник 19,5*12*21мм № 4-5мм d-8мм с кровотоком.

Таким образом, из всего вышеприведенного следует сделать вывод, что девочки с болями в животе являются группой риска, в связи с трудностью дифференциальной диагностики между хирургической и гинекологической патологией, обусловленной близким расположением червеобразного отростка и органов малого таза, а также в препубертатном и пубертатном периоде в связи с физиологическими изменениями во время менструального цикла.

Высокоинформативным и доступным методом исследования является ультразвуковое исследование органов малого таза, дополненное ЦДК. УЗИ органов малого таза должно выполняться всем девочкам с абдоминальным болевым синдромом. Ультразвуковое исследование с доплеровским картированием подтверждает подозрение на перекрут придатков матки (II-2B).

Вариантом выбора является органосохраняющая тактика: лапароскопия и деторсия придатков (II-2B)

Функция яичника может быть восстановлена после деторсии даже при наличии черного окрашивания во время операции, что подтверждено восстановлением кровотока по данным доплеровского сканирования(II-2)

В заключении следует отметить, что своевременная диагностика перекрута придатков матки чрезвычайно важна, поскольку она зачастую позволяет сохранить придатки и , соответственно, репродуктивную функцию.

Диагностические мероприятия следует проводить незамедлительно, их характер должен быть всеобъемлющим. В сомнительных случаях всегда следует проводить лапароскопию[7]

После проведенных операций на органах малого таза девочки всех возрастных групп нуждаются в обязательном диспансерном наблюдении детского гинеколога.

Список литературы:

1. Ryan M.F. Desai B.K. Ovarian torsion in a 5-year old a case report and review //Case Rep.Emerg. Мед.2012.2012:679121.Epub 2012 Jun.7.
- 2.Poonai N., Pjina C.,Lim R., Luch T. Pediatric Ovarian torsion: case series and review of the literature //Can.J.Surg.-2013.-Vol 56.N.2.-P.103-108.
- 3.BreechL.L., Hillard P.J.A. Adnexal torsion in pediatric and adolescent girls //Curr.Opin.Obstet.Gynecol.-2005.Vol.17.N5.-P483-489.
- 4.Karayalcin R., Ozcan S., Ozyer.S., Var N. Conservative laparoscopic management of adnexal torsion// J.Turcish-German Gynecol. Assoc.-2011.-Vol.12.-P.4-8.
- 5.Чундокова М.А.Диагностика и лечение хирургической патологии органов малого таза у девочек: Автореф.дис. ... док.мед. наук.-М.,2012.-163.
6. Адамян Л. В., Дьяконова Е.Ю., Сибирская Е.В.,Поддубный И.В., Глыбина Т.М.,гафарова Д.А.,Бекин А.С. Хирургическая тактика при перекруте придатков матки у детей// Репродуктивное здоровье детей и подростков/2014, N3.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ

Бусов В.Н., Бусов Н.А., Князьков Л.В., Еремин П.В.

ГБУЗ СОКБ им. В.Д.Середавина, Самара

Резюме.

В статье приведены результаты использования регионарной анестезии в педиатрической практике при операциях в травматологии, урологии и челюстно-лицевой хирургии. Всего 62 наблюдения. У всех пациентов отмечен хороший обезболивающий эффект. Осложнений не наблюдалось.

Введение.

Регионарная анестезия с каждым годом занимает все более широкую нишу в структуре анестезиологического обеспечения хирургических вмешательств. Во всём мире и во всех направлениях хирургии, начиная традиционно со стоматологии, травматологии и ортопедии, акушерства-гинекологии, урологии, абдоминальной хирургии и заканчивая торакальной хирургией, кардиохирургией, пластической хирургией и даже нейрохирургией, идёт бурный расцвет регионарных методик обезболивания.

Ключевые слова: дети, регионарная анестезия.

На сегодняшний день в мировой педиатрической практике регионарная анестезия (РА) применяется в 20% от общего числа анестезий. Частота использования нейроаксиальных блокад составляет около 35% от всех видов регионарной анестезии, при этом в возрастной группе до 3-х лет процент использования нейроаксиальных блокад выше (до 45%). Наиболее распространенной блокадой (до 80% случаев) у этой возрастной группы является каудальная анестезия. КСЭА применяется значительно реже.

Нейроаксиальные блокады и проводниковая анестезия уже давно хорошо зарекомендовали себя в анестезиологической практике и имеют ряд неоспоримых преимуществ:

- Анестезия, релаксация и вегетативная блокада ограничены только областью оперативного вмешательства. Поэтому нет необходимости в искусственной вентиляции легких, если операция продолжается более одного

часа. У детей сохраняются фарингеальные и ларингеальные рефлексy.

- Позволяет сократить частоту послеоперационных осложнений.
- Уменьшают интра - и послеоперационную кровопотерю.
- Улучшают трофику в зоне оперативного вмешательства и способствуют лучшему и скорейшему заживлению послеоперационных ран.
- Комфортный, безболезненный и укороченный послеоперационный период.
- Ранняя активизация пациентов после операций на органах брюшной полости и эффективная стимуляция моторики ЖКТ.
- Комбинированная регионарная анестезия менее затратна и прямо или косвенно уменьшает расходы на операцию и послеоперационный период.

В качестве основной причины послеоперационных осложнений рассматривается хирургический стресс-ответ – комплекс изменений нейроэндокринного, метаболического и воспалительного характера, развивающийся в результате хирургической травмы. Реакции рефлекторной дуги, приводящие к выбросу адреналовых гормонов, способны предотвратить только местными анестетиками.

Регионарная анестезия с полной блокадой афферентной ноцицептивной импульсации в том или ином варианте являться наиболее эффективным компонентом интраоперационной защиты. Ни один из известных методов ингаляционного и внутривенного наркоза в принципе не способен полноценно блокировать прохождение ноцицептивных импульсов ни на спинальном, ни даже на супраспинальном уровне, и не предотвращает развитие ответной реакции на хирургический стресс. Общая анестезия, устраняя перцепцию боли, не обеспечивает блокаду прохождения ноцицептивных импульсов даже на супрасегментарном уровне, не говоря уже о спинальном уровне.

Регионарные блокады (РА) подразделяются на периферические или нейроаксиальные. Нейроаксиальные блокады (НАБ), по данным литературы, имеют большее количество тяжёлых осложнений по сравнению с

периферическими регионарными блокадами. Из 707425 центральных блокад количество случаев инфаркта спинного мозга, гематом позвоночного канала, менингита, повреждений спинного мозга составило 52. Группа эпидуральных анестезий дала половину осложнений. Для регионарной анестезии действует принцип: чем проксимальнее, тем эффективнее, чем дистальнее, тем безопаснее [Гилева В.М., 1995].

Первые попытки внедрения нейроаксиальных блокад в нашем стационаре предпринимались ещё в конце 90-х и начале 2000 годов Бусовым Н.А., но они не увенчались успехом из-за перебоев с поставками расходных материалов (игл) и качественных местных анестетиков. К тому же тогда хирурги не воспринимали всерьёз значимость и пользу методов РА.

Вторая попытка внедрения методов регионарной анестезии (РА) стартовала совсем недавно.

Основная сфера применения периферических регионарных блокад это, несомненно анестезиологическое обеспечение травматологических операций. За 4 года применения регионарных блокад в этом отделении сформировалось позитивное представление о данной методике, как среди хирургов, так и среди пациентов. Процесс выполнения блокад был оптимизирован за счёт того, что пациенты подавались в оперблок заранее и им поочерёдно выполнялись блокады под УЗ-контролем с нейростимуляцией.

Таким образом, первый пациент, кому была выполнена блокада, был готов к операции через 30 минут, а все последующие подавались в операционную без задержек, так как анестезия начинала действовать заранее, пока шла предыдущая операция. В послеоперационном периоде после периферических блокад пациенты чаще всего не требовали дополнительного обезболивания ещё в течение 6-8 часов, даже после крайне травматичных операций на верхних и нижних конечностях. Несомненным плюсом для пациентов так же была ранняя активизация, возможность приёма пищи и воды сразу после прибытия в палату, при условии выполнения регионарной блокады без наркоза.

Большая часть пациентов от 6 до 16 лет, прооперированных по поводу переломов костей предплечья и плечевой кости, оставались в сознании на протяжении всей операции и не испытывали дискомфорта, при постоянном вербальном контакте. Все регионарные блокады, проводимые в сознании, требовали предварительной местной анестезии кожи в месте вкола лидокаином 1% - 1мл. Ключевым моментом в проведении успешной регионарной анестезии и операции в сознании было установление доверительного контакта с пациентом и подробное разъяснение ему сути всех планируемых процедур. Абсолютное большинство блокад верхней конечности проводилось подключичным доступом к плечевому сплетению, так как он является самым комфортным и безопасным, а так же даёт стабильную и качественную анестезию до средней трети плеча (а иногда и выше). Для операций на ключице успешно применялась межлестничная блокада, но исходя из близости операционной зоны к голове пациента и невозможности отгородить операционное поле ширмой, эти операции требовали в дополнение к блокаде ещё и поверхностного ингаляционного наркоза с применением севофлюрана в минимальных дозировках.

Артроскопии коленного сустава проводились в основном под монолатеральной спинномозговой анестезией [15], которая минимально влияла на гемодинамику, хорошо переносилась и не затрагивала здоровую конечность. Пациенту выполнялась спинномозговая пункция в положении лёжа на боку, на стороне повреждённого коленного сустава. После идентификации субдурального пространства и получения ликвора из канюли, производилось медленное (в течение 2 минут) введение р-ра Маркаина Спинал-Хэви в дозировке 0,1-0,15 мг/кг. Экспозиция на боку в течении 10-15 минут для фиксации анестетика на стороне оперируемой конечности, затем поворот больного в положение лёжа на спине. Анестезия была адекватной в течении 2,5-3 часов.

Так же артроскопии выполнялись под блокадой бедренного и запирающего нервов с введением суммарно 30-40 мл ропивакаина 0,3% [5].

Иногда требовалось дополнительное интраартикулярное введение 10 мл 0,2% ропивакаина [2] с экспозицией 15-20 минут. Адекватная анестезия продолжалась 4-6 часов.

При остеосинтезе бедренной кости использовались спинальная анестезия [1], эпидуральная анестезия[1], КСЭА[2] и блокада бедренного нерва 3 в 1 в комбинации с ингаляционным наркозом севофлюраном. Все методики показали хорошие результаты по адекватности анестезии и стабильности гемодинамики. КСЭА и ЭА выгодно отличались возможностью продлённого послеоперационного обезболивания в течении 2-3 суток.

Остеосинтез костей стопы и голени выполнялся под блокадой седалищного нерва латеральным доступом в средней трети бедра и внутреннего кожного нерва бедра в приводящем канале[15]. Для блокады использовался Ропивакаин 0,375% - 20-30мл. Экспозиция до наступления адекватной анестезии 20-30 минут. Чаще всего методика использовалась в комбинации с поверхностным ингаляционным наркозом севофлюраном через лицевую или ларингеальную маску.

Хорошо зарекомендовали себя регионарные методы анестезии и в урологической практике. Для проведения операций по коррекции гипоспадии успешно испешно использовалась каудальная[5] и поясничная эпидуральная анестезия[3] в комбинации с седацией пропофолом в дозировке 1,5-2,5 мг/кг. Дополнительного введения опиоидов не требовалось. Анестезия была адекватной в течении 4-8 часов после однократной инъекции ропивакаина 0,2% - 2мг/кг. При продлённом обезболивании в послеоперационном периоде перевязки были безболезненными и комфортными для пациентов.

Для выполнения циркумцизии использовалась пениальная блокада[13]. С двух сторон от полового члена на 0,5-1см латеральнее симфиза вводилась игла с коротким срезом под углом 20 градусов к поверхности кожи до ощущения 2-го провала при проколе скарпальной фасции. Под фасцию вводился ропивакаин 0,375% из расчета 0,1 мл/кг, но не более 4 мл с каждой стороны. В дополнение к анальгезии применялся ингаляционный наркоз

севофлюраном через лицевую маску. Анестезия была адекватной в течении 6-8 часов.

ТАР-блок дважды использовался при пластике паховых грыж, блокада влагалища прямой мышцы живота[2] применялась при пластике пупочных грыж в комбинации с ингаляционным наркозом севофлюраном. Анестезия была адекватной до 8 часов.

Блокада поверхностных ветвей шейного сплетения проводилась дважды в ЧЛХ при оперативном лечении гнойного лимфаденита шейных лимфатических узлов. Под задний край кивательной мышцы вводилось 4-5 мл 0,375% ропивакаина под наркозом севофлюраном через лицевую маску. Анестезия была адекватной в течение 6-8 часов.

Ни в одном описанном случае осложнений не наблюдалось!

Таким образом, регионарная анестезия может быть рекомендована к использованию в педиатрической практике, как безопасный метод анестезии, дающий хороший обезболивающий эффект и сокращающий количество послеоперационных осложнений.

Список литературы:

1. Айзенберг В.Л., Ульрих Г.Э., Цыпин Л.Е., Заболотский Д.В. Регионарная анестезия в педиатрии: монография. СПб.: СинтезБук; 2012. 304с.
2. Гильдасио С. Де Оливейра, Дипти Агаруал, Онорио Т. Бензон. Периоперационное введение однократной дозы кеторолака предупреждает развитие болевого синдрома в послеоперационном периоде: метаанализ рандомизированных клинических испытаний // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2012 Т.6, №2. С. 16–31.
3. Голуб И.Е., Сорокина Л.В. Хирургический стресс и обезболивание. Иркутск: ИГМУ, 2005. 201 с.
4. Горобец Е.С., Груздев В.Е., Зотов А.В., Типисев Д.А., Шин А.Р. Мультиmodalная комбинированная анестезия при травматичных операциях

// Общая реаниматология. 2009. Т. 5, № 3. С. 45–50.

5. Заболотский Д.В., Корячкин В.А. Ребенок и регионарная анестезия. Зачем? Куда? И как? Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2016; 10(4): 243–253.

6. Киреев С.С., Филимонова Т.А. Значение исследований кортизол в оценке адекватности анестезии // Вестник новых медицинских технологий. 2001. Т.8, №4. С. 54–55

7. Корячкин В.А. Нейроаксиальные блокады. СПб.: ЭЛБИ- СПб; 2017. 544 с.

8. Ледяйкин В.И., Пятаев Н.А. Нейроаксиальные методы обезболивания в педиатрии: стресспротективная эффективность и неврологическая безопасность // Медицинский альманах. 2011. №1 (14). С. 156–159

9. Любошевский П.А. , Овечкин А.М. Возможности оценки и коррекции хирургического стрессответа при операциях высокой травматичности // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2014. Т. 8, №4. С. 5–12

10. Мархофер П. Основы регионарной анестезии с ультразвуковой навигацией. Принципы и практическое применение. Издание второе. 2014. 236 с.

11. Овечкин А.М. Хирургический стресс-ответ, его патофизиологическая значимость и способы модуляции // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2008. Т. 2, №2. С. 49–62.

12. Benhamou d., Berti m., Brodner G. postoperative analgesic therapy observational survey (pathoS): a practice pattern study in 7 central. Southern european countries. pain. 2008; 136: 134–141.

13. Cote C.J.; Lerman J.; Anderson B.J..Cote and Lerman's a practice of anesthesia for infants and children. 5th ed. 2013; 835–880.

14. Jöhr M. Regional anaesthesia in neonates, infants and children: an educational review. Eur. J. Anaesthesiol. 2015; 32(5): 289-97.

15. Kokki H. Spinal blocks. *Paediatric Anaesthesia*. 2012; 22(1): 56–64.
16. Lees D., Frawley G., Taghavi K., Mirjalili S.A. A review of the surface and internal anatomy of the caudal canal in children. *Paediatric Anaesthesia*. 2014; 24(8): 799–805.
17. Lönnqvist P.A. Toxicity of local anesthetic drugs: a pediatric. Adjuncts should always be used in pediatric regional anesthesia. *Pediatric Anaesthesia*. 2015; 25(1): 100–106.
18. Lundblad M., Forestier J., Marhofer D., et al. Reduction of cerebral mean blood flow velocity and oxygenation after high-volume (1.5 ml kg⁻¹(1)) caudal block in infants. *Br. J. Anaesth*. 2014; 113: 688–694.
19. Polaner D.M., Walker B. J., Taenzer A. Pediatric Regional Anesthesia Network: a multi-institutional study of the use and incidence of complications of pediatric regional anesthesia. *Anesthesia Analgesia*. 2012; 115: 1353–1364.
20. Russell P., von Ungern-Sternberg B.S., Schug S.A. Perioperative analgesia in pediatric surgery. *Current Opinion Anaesthesiol*. 2013; 26(4): 420–427.
21. Schug S., palmer G., Scott d., hallwell r., trinca j. (eds), acute pain management: Scientific evidence. *australian and New Zeland college of anaesthetists*, 4– th edition, 2015.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ

Гасанов Д.А.^{1,2}, Барская М.А.¹, Терёхин С.С.², Елисеев А.Н.², Смолин С.Е., Гасанова Т.И.¹

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина». Самара, Россия

В статье представлена оценка отдалённых результатов оперативного лечения острых заболеваний яичек у детей, на базе урологического отделения педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина. Сложность дифференциальной диагностики между разными состояниями, приводящими к ОЗЯ, оправдывает проведение экстренной операции – ревизии яичка. По нашим результатам, в случаях перекрута яичка операция в течение 12 часов даёт наилучшие отдалённые результаты. В случаях перекрута гидатид отдалённые результаты пациентов разных групп мало отличаются. Более широкое внедрение УЗИ с ЦДК позволяет с наибольшей точностью поставить диагноз перекрут яичка и определить тактику лечения.

Ключевые слова: гидатида, мошонка, ревизия яичка, орхоэпидидимит, физиотерапия

Введение

Острые заболевания яичек (ОЗЯ) остаются одной из актуальных проблем экстренной детской уроандрологии. Дети с ОЗЯ составляют до 15 – 20% от всей ургентной патологии в детской хирургии и урологии [2]. На протяжении долгого времени проблема ОЗЯ является предметом особого внимания, как детских хирургов, так и детских урологов – андрологов. Это обусловлено срочностью оперативного вмешательства, низкой эффективностью консервативного лечения, ведущего к некрозу органов мошонки. Острые заболевания яичек, перенесённые в детстве, довольно часто являются причиной нарушения сперматогенной и репродуктивной функции в зрелом возрасте [3,4]. До конца 80 – х годов прошлого столетия

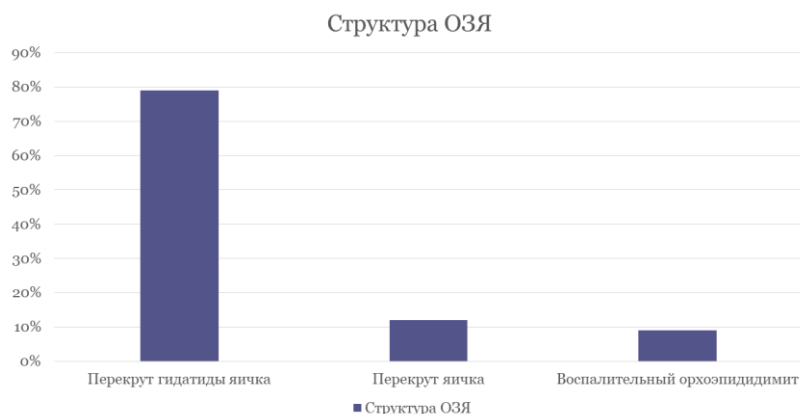
все острые заболевания мошонки были объединены в понятие «Неспецифический острый орхит» и наблюдались консервативно. Неоперабельная тактика лечения актуальна на сегодняшний день в урологии взрослого возраста. Выжидательная тактика и запоздалое оперативное лечение в 60 – 70% случаев приводило к атрофии пораженного яичка, при перекруте яичка [2,5]. С начала 90 – х годов практически все детские хирурги и урологи перешли к активной тактике и срочному оперативному лечению при ОЗЯ, что значительно улучшило результаты лечения, как в ближайшем, так и в отдалённом периоде [3]. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в изучении этиологии, патогенеза, усовершенствовании методов диагностики и лечения ОЗЯ, остаётся нерешенным ряд научных и практических вопросов, в результате которых наблюдаются неблагоприятные исходы лечения ОЗЯ. Особенно важную роль в неблагоприятных исходах играет поздняя диагностика ОЗЯ и запоздалое оперативное лечение [1]. Практически ни один крупный симпозиум детских урологов и детских хирургов не оставляет без внимания проблему ОЗЯ. С внедрением ультразвуковой аппаратуры экспертного класса, диагностика ОЗЯ вышла на новый уровень. Опытный специалист ультразвуковой диагностики может дифференцировать острый орхоэпидидимит от перекрута яичка, по УЗ картине, появилась возможность определения кровотока в пораженном яичке [4,5]. Активное внедрение физиотерапевтических процедур позволяет ускорять сроки заживления и выздоровления в послеоперационном периоде.

Цель исследования: Провести анализ отдалённых результатов хирургического лечения ОЗЯ в отделении урологии педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина

Материалы и методы

С 2006 – 2018 гг. в отделении урологии педиатрического корпуса СОКБ им. В.Д. Середавина (заведующий отделением к.м.н. Терёхин С.С.) прооперировано 2620 детей с диагнозом ОЗЯ, что составило 16% от всех детей, прооперированных в отделении. По структуре дети с ОЗЯ

распределены следующим образом: 79% (2070 детей) приходится на перекрут гидатиды яичка, 12% (314 детей) пациенты с перекрутом яичка, 9% (236 детей) – острый воспалительный (в том числе посттравматический) орхоэпидидимит. Средний возраст детей составил 8,3 лет.



Обращает внимание, что дети с перекрутом яичка составляют две возрастные группы. В первую группу входят дети до 1 года, 34% (80 детей). Во вторую группу входят дети, в возрасте 12 – 16 лет, 60% (142 ребёнка). Детей с перекрутом яичка, в возрасте 1 – 12 лет мы наблюдали в 6% случаев. Дети с ОЗЯ поступали из различных районов Самарской области и г. Самары. 70% детей обращается самотеком, или по направлению поликлиник в экстренный стационар, спустя 24 часа, от начала заболевания. К сожалению, до настоящего времени около 7% детей поступают в стационар через 5 – 7 дней после начала заболевания. Все эти дети получают неоправданную консервативную терапию на местах, на приёме у хирурга городской поликлиники, ЦРБ. Все пациенты прооперированы по срочным показаниям, объём операции заключался в ревизии яичка, при необходимости производилась деторсия яичка, гидатидэктомия, по показаниям орхидэктомия. В послеоперационном периоде дети получали антибактериальную терапию, физиотерапию (УВЧ, ПЕМП). Проведение физиотерапевтических процедур возможно уже с первых послеоперационных суток на весь период лечения, а при выраженном воспалительном отёке тканей мошонки возможно проведение физиотерапевтических процедур и

после выписки из круглосуточного стационара, в условиях поликлиники и дневного стационара.

Результаты и их обсуждение

Для оценки отдалённых результатов нами вызваны 90 детей, прооперированные 3 года назад и более. Все дети разделены на 3 группы, в зависимости от времени выполнения операции, после начала заболевания: 1 группа (30 детей) – 0 – 24 часа, 2 группа (30 детей) – 24 – 48 часов, 3 группа (30 детей) – более 48 часов. Для оценки отдалённых результатов мы использовали осмотр (пальпация яичек, определение симметричности яичек, наличие кремастерного рефлекса), УЗИ мошонки (размеры яичек, оценка кровотока).

У пациентов 1 группы, в 98% (29 пациентов) нами отмечены благоприятные отдалённые результаты. Хорошим исходом мы считали симметричность яичек при осмотре, сохранённый кремастерный рефлекс, симметричный хороший кровоток при ЦДК у 2% (1 пациент), в случаях перекрута яичка отмечалось снижение кровотока при ЦДК в оперированном яичке. У пациентов 2 группы, в случаях перекрута гидатид и острого орхоэпидидимита отдалённые результаты благоприятные у 88% (26 пациентов), у 10 % (3 пациента) отмечается асимметрия яичек и снижения кровотока при ЦДК в оперированном яичке, у 2% (1 пациент) с перекрутом яичка отмечаются признаки атрофии яичка. У пациентов 3 группы пациентов, в случаях перекрута яичка, в 100% (5 пациентов) наступила атрофия яичка. Среди пациентов с перекрутом гидатиды благоприятные результаты отмечались у 60% (18 пациентов), асимметрия яичек и снижения кровотока при ЦДК в оперированном яичке отмечались у 23% (7 пациентов).

Выводы:

1. Сложность дифференциальной диагностики между разными состояниями, приводящими к ОЗЯ, оправдывает проведение экстренной

операции – ревизии яичка. Даже операция, выполненная по поводу орхоэпидидимита и произведённая декомпрессия оболочек яичка, ускоряет сроки выздоровления в несколько раз.

2. Наиболее частой причиной ОЗЯ в детском возрасте является перекрут гидатиды яичка.

3. В случаях перекрута яичка операция в течение 12 часов даёт наилучшие отдалённые результаты. В случаях перекрута гидатид отдалённые результаты пациентов разных групп мало отличаются.

4. Более широкое внедрение УЗИ с ЦДК позволяет с наибольшей точностью поставить диагноз перекрут яичка и определить тактику лечения.

5. Широкое использование физиотерапевтических процедур (УВЧ, ПЕМП) в послеоперационном периоде ускоряет сроки заживления и выздоровления

6. Настороженность врачей первичного звена, включающих неонатологов, педиатров, детских хирургов поликлиник в отношении ОЗЯ, позволяет начинать активное лечение пациентов в максимально короткие сроки от начала заболевания

Список литературы:

1. Гасанов Д.А. Лечение острых заболеваний яичек в детском урологическом отделении // Медицинский вестник Северного Кавказа / 2009. №1 с 133 – 134

2. Окулов А.Б., Зуев Ю.Е. Острые заболевания яичек у детей: учебное пособие. М., 1982. 22 с.

3. Меновщикова Л. Б., Корзникова И. Н. О применении ультразвуковой доплерографии в оценке состояния гонад при крипторхизме у детей // Дет. хир. -2008. -№ 3. С. 32–35

4. Baker L.A., Sigman D., Mathews R.L., Benson J., Docimo S.S. An analysis of clinical outcomes using color Doppler testicular ultrasound for testicular torsion // Pediatrics. 2000. Vol. 105. - № 3. - P. 604-607

5. Waag KL. Acute testicular torsion in children: the role of sonography in the diagnostic workup. // Eur Radiol. 2006. — Vol. 16. — № 11. — P. 2527–2532

КОМПЛЕКСНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ

В.А. Завьялкин, М.А. Барская, А.А.Варламов А.И.Кузьмин

¹ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, ГБУЗ «Самарская областная
клиническая больница им. В.Д. Середавина»

В статье рассматриваются вопросы комплексной терапии
распространенных гнойных перитонитов в детском возрасте.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения
распространенного гнойного перитонита у детей с помощью применения в
терапии комбинированных препаратов: антигипоксанта Реамберина и
гепатопротектора Ремаксол, адекватной нутритивной поддержки,
использование аппаратной вено-венозной мультифильтрации,
лапароскопической санации брюшной полости.

Материалом исследования явилось 347 пациентов с распространенным
гнойным перитонитом различной этиологии в возрасте от 1 до 15 лет,
находившихся на лечении в детских хирургических отделениях г.Самары с
2001 года по 2018 год. В основную группу вошел 261 ребенок, у которого
применялась оптимизированная патогенетическая терапия. В основной
группе было выделено 2 подгруппы: 69 детей, в патогенетической терапии
которых использовался антигипоксант Реамберин, и 110 детей, в лечении
которых применялся Реамберин и гепатопротектор Ремаксол. Все дети
основной группы получали нутритивную поддержку (трофическое питание),
в хирургическом лечении в основном использовалась лапароскопическая
санация брюшной полости. Комплексное обследование включало изучение
динамики уровня лейкоцитов, лейкоцитарного индекса интоксикации, СОЭ,
общей концентрации альбумина, уровня трансаминаз, С-реактивного белка.

Результаты: исследование сравнимых показателей основной и
контрольной групп, обнаружило более быстрое снижение симптомов
интоксикации (лейкоцитоза, ЛИИ, СОЭ), исчезновение энтеральной

недостаточности, более быстрое восстановление белково-синтетической функции печени, уменьшение цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдромов в основной группе, особенно в подгруппе, в лечение которых был включен Ремаксол.

Выводы: Таким образом, комплексная патогенетическая терапия, включающая применение антигипоксанта Реамберин, гепатопротектора Ремаксол, нутритивную поддержку, эфферентной методики (аппаратная вено-венозная диафильтрация), лапароскопической санации брюшной полости позволила добиться улучшения результатов лечения распространенных перитонитов различного генеза у детей.

Ключевые слова: распространенный перитонит, гепатопротектор, Ремаксол, Реамберин, нутритивная поддержка, лапароскопическая санация брюшной полости.

Лечение детей с тяжелыми гнойно-септическими заболеваниями органов брюшной полости остается актуальным, так как несмотря на усовершенствование методик хирургических вмешательств, внедрение современных антибактериальных препаратов, проблемой детской хирургии [1, 2, 3].

В некоторых клиниках до сих пор сохраняется летальность, высока частота осложнений и последующее значительное снижение качества жизни, оставляют проблему лечения распространенного гнойного перитонита у детей открытой [4, 5].

В результате кишечной недостаточности возникающая эндогенная интоксикация, при гнойно-воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, осложняет течение послеоперационного периода у 5-10% пациентов. Вследствие воспалительной реакции органов брюшной полости происходит гиперактивация симпатического звена регуляции моторики кишечника и выброс цитокинов (медиаторов воспаления), а также гормонов и метаболитов. Все это приводит к нарушению работы мигрирующего электрического комплекса кишки с развитием пареза кишечника, ишемии его

стенки, с нарушением резорбтивной и барьерной функций кишки.

Следующая волна патологических механизмов, с глубоким нарушением белкового метаболизма и водно-электролитного баланса, захватывает не только интерстициальный, но и клеточный сектор, приводит к транслокации эндотоксинов из просвета желудочно-кишечного тракта в брюшную полость, системный и портальный кровотоки. Соответственно, желудочно-кишечный тракт становится источником мощной эндогенной интоксикации, бактериальной и дисметаболической природы [2, 4].

В возникновении гипоксических повреждений при эндотоксикозе играют роль многие факторы: нарушение оксигенации миокарда и периферической микроциркуляции, развитие синдрома гиперкатаболизма-гиперметаболизма, развитие патологии тканевого метаболизма. Однако, в основе всех характерных для гипоксии нарушений лежит недостаточность клеточной энергообразующей системы митохондриального окислительного фосфорилирования.

В связи с этим комплексная патогенетическая терапия, способствующая фармакологической коррекции внутриклеточного метаболизма при гнойно-воспалительных заболеваниях брюшной полости, имеет большое значение. Одним из современных методов интракорпоральной детоксикации является использование инфузионных препаратов антигипоксантов, эффективность которых при критических состояниях доказана многими исследованиями [6, 7].

Кроме того, исследование дисметаболических последствий перитонита доказало, что при хирургическом абдоминальном сепсисе, сопровождающим практически все абдоминальные катастрофы, как и при атеросклерозе, иницирующая роль принадлежит одному и тому же факту, а именно, эндотоксину грамотрицательной микрофлоры, который реализует свой патологический потенциал в дисфункцию эндотелия. В работах В.С. Савельева (2009) эндотелиальная дисфункция является главной причиной

сердечно-сосудистых заболеваний, и смерти пациентов, перенесших перитонит [2, 4].

Таким образом, изучение эндотелиальной дисфункции у детей, перенесших распространенный гнойный перитонит, и разработка методов ее коррекции позволяет добиться улучшения последующего качества жизни пациентов.

Целью исследования является улучшение результатов лечения распространенного гнойного перитонита у детей с помощью применения в патогенетической терапии комбинированных препаратов (антигипоксанта Реамберина, гепатопротектора Ремаксол), диафильтрации, лапароскопической санации брюшной полости.

Задачи исследования: изучить влияние комплексной патогенетической терапии в лечении распространенных гнойных перитонитов у детей в ближайший период и отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 347 пациентов с распространенным гнойным перитонитом различной этиологии, в возрасте от 1 до 15 лет, находившихся на лечении в детских хирургических отделениях г. Самары с 2001 по 2018 год.

261 ребенок составил основную группу. У этих детей использовалась оптимизированная патогенетическая терапия. Было выделено 2 подгруппы. Первая подгруппа состояла из 79 пациентов (в патогенетической терапии, использовался антигипоксанта Реамберин в дозировке 10 мл на килограмм в сутки внутривенно капельно, суточная доза распределялась на 2 введения). Вторая подгруппа - 120 пациентов (в лечении применялся Реамберин и гепатопротектор Ремаксол в суточных дозировках по 5 миллилитров на килограмм, в одном введении использовался Реамберин, во втором через 12 часов – Ремаксол). Препараты назначались, как во время предоперационной подготовки, так и в послеоперационном периоде в последующие 4 - 5 дней (по стабилизации состояния ребенка).

На применение гепатопротектора Ремаксол у детей получено разрешение биоэтического комитета – решение от 15.04.2011.

Все дети основной группы получали нутритивную поддержку в режиме трофического питания специализированными препаратами.

В хирургическом лечении использовалась в основном лапароскопическая санация брюшной полости.

У 37 пациентов с проявлениями SIRS синдрома использовалась аппаратная вено-венозная диафильтрация.

Комплексное обследование включало изучение динамики уровня лейкоцитов, лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф - Калифу, СОЭ, общей концентрации альбумина, уровня трансаминаз, С-реактивного белка.

С целью изучения состояния эндотелия исследован катамнез 48 пациентов, у которых определялась толщина комплекса интим-медиа в проекции базилярной, плечевой и бедренной артерии.

У 123 пациентов с распространенным перитонитом выполнялась средне-срединная лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости.

У 224 детей операция выполнена из лапароскопического доступа. После устранения причины распространенного гнойного перитонита проводилась санация брюшной полости с последующим дренированием через надлобковый троакар. В 57 наблюдениях дренировались правый или левый боковые каналы через контрапертуру.

Причинами распространенного перитонита у 24 пациентов явились деструктивные изменения дивертикула Меккеля – выполнена видеоассистированная резекция тонкой кишки с наложением анастомоза конец в конец. У 11 детей причиной гнойного перитонита явилась перфорация тонкой кишки инородными телами (магниты) – инородные тела удалены, перфорации ушиты. В 312 наблюдениях причиной распространенного перитонита явились деструктивные формы аппендицита.

Группу сравнения составили 86 пациентов с распространенным гнойным перитонитом. В этой группе использовалась стандартная инфузионная

терапия растворами кристаллоидов и коллоидов (глюкоза 5% и 10%, натрия хлорида 0,9%, альбумина 10%, волювен 6%).

Результаты и их обсуждение

При оценке уровня лейкоцитоза у детей с распространенным гнойным перитонитом при поступлении в стационар выявлено значимое увеличение во всех группах сравнения ($17,3 \times 10^9 \pm 1,3$). Изучение динамики уровня лейкоцитов показало статистически достоверное снижение этого показателя на 3-и сутки в основной группе пациентов ($10,3 \times 10^9 \pm 1,2$) по сравнению с контрольной ($16,4 \times 10^9 \pm 1,5$) при $p=0,006$ и на 5-е сутки в основной группе (до нормы: $6,3 \times 10^9 \pm 0,6$) по сравнению с контрольной ($13,6 \times 10^9 \pm 1,1$) при $p=0,001$.

Анализ показателя лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу у детей с распространенным гнойным перитонитом выявил статистически значимое его увеличение как в основной (до $3,8 \pm 0,4$), так и в контрольной ($3,7 \pm 0,3$) группах, $p \leq 0,5$. Через 1 и 3 дня обнаружено более значимое достоверное снижение ЛИИ у пациентов основной группы (до $2,1 \pm 0,2$, $p=0,01$, и $1,52 \pm 0,3$ соответственно) по сравнению с детьми контрольной группы (до $2,2 \pm 0,3$ и $3,23 \pm 0,2$ соответственно). Через 5 дней результаты сравнения ЛИИ у больных основной группы достоверно подтвердили снижение данного показателя практически до нормы ($1,13 \pm 0,2$) в отличие от ЛИИ у детей контрольной группы ($1,83 \pm 0,2$) ($p \leq 0,5$).

Изучая изменения показателя СОЭ, мы обнаружили значимое снижение через 1 и 3 дня у детей основной группы с $23,6 \pm 1,3$ до $15,3 \pm 1,2$ и $12,7 \pm 0,9$ мм/ч соответственно, по сравнению с детьми контрольной группы (до $21,7 \pm 0,9$ и $16,4 \pm 1,1$ мм/ч соответственно), $p \leq 0,5$. Через 5 суток результат анализа СОЭ выявил достоверное уменьшение практически до нормы у детей основной ($5,4 \pm 0,7$ мм/ч) и контрольной групп ($13,4 \pm 0,9$ мм/ч), $p=0,01$.

Динамика регрессии кишечной недостаточности выявила значимое купирование у пациентов основной группы уже на вторые сутки по

сравнению с контрольной группой, у которых появление перистальтики кишечника происходило на 3-5 сутки, в среднем на полтора дня позже $p \leq 0,5$.

Анализ динамики показателя общей концентрации альбумина определил статистически достоверное восстановление у детей особенно 2 группы, где применялся антигипоксикант Реамберин в сочетании с гепатопротектором Ремаксол, в основной группе через 1 и 3 дня (до $38,4 \pm 2,3$ и $41,3 \pm 1,5$ г/л соответственно) и на 5-е сутки (до $44,3 \pm 1,9$ г/л) по сравнению с контрольной группой.

Сравнивая состояние эндотелия у пациентов, как в основной группе, так и в контрольной группе, мы выявили статистически значимое утолщение комплекса интим-медиа (КИМ) в полтора раза до $0,073-0,084$ мкм по сравнению с возрастной нормой (рис. 1).

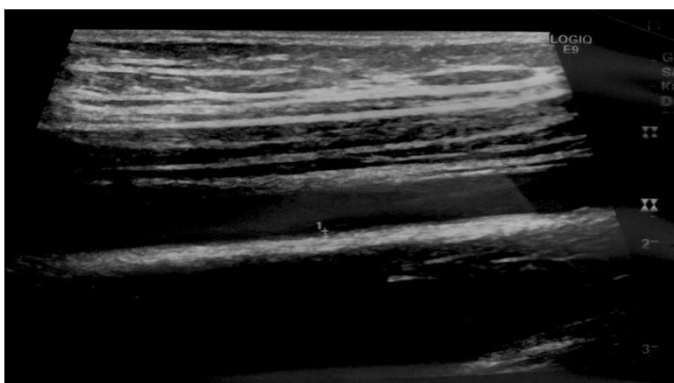


Рис. 1. Толщина комплекса интим-медиа у детей с распространенным гнойным перитонитом при выписке из стационара.

Были разработаны клинические рекомендации для детей, перенесших распространенный гнойный перитонит. Кроме стандартной диеты и противовоспалительной терапии, с целью профилактики эндотелиальной дисфункции мы рекомендуем применение желчегонных препаратов (хофитол в течение 14 дней), эубиотиков, (хилак форте в течение 4 недель в возрастной дозировке); сорбентов (полисорб 2 недели в возрастной дозировке); и эндотелийпротектора (цитофлавина 4 недели в возрастной дозировке).

При изучении катамнеза детей, перенесших распространенный перитонит, выявлено, что у пациентов основной группы через 3 года

толщина комплекса интим-медиа пришла к возрастной норме (0,037-0,048 мкм) (рис. 2).

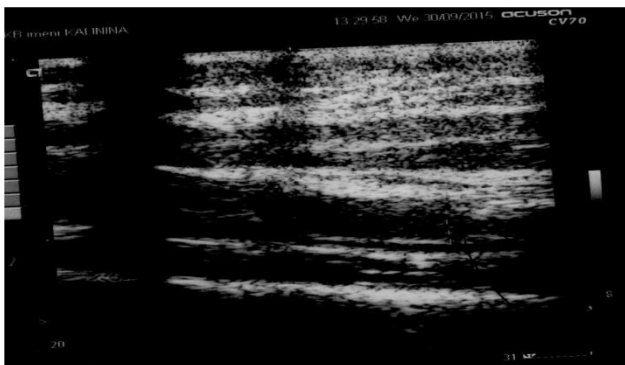


Рис. 2. Толщина комплекса интим-медиа у детей у детей основной группы через 3 года после выписки из стационара.

В контрольной группе пациентов мы обнаружили значимое утолщение комплекса интим-медиа через 3 года (в полтора раза по сравнению с возрастной нормой до 0.063-0,078 мкм ($p \leq 0,5$) (рис. 3).

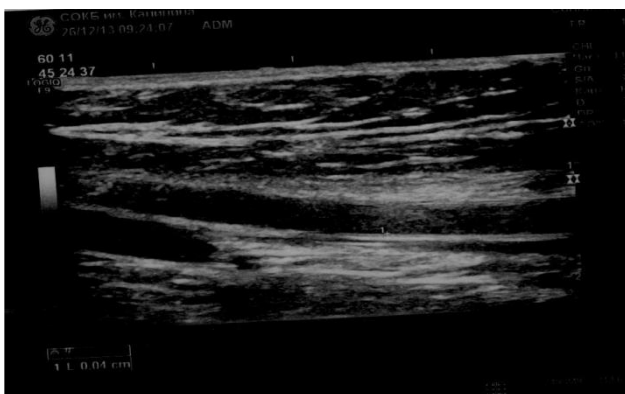


Рис. 3. Толщина комплекса интим-медиа у детей у детей контрольной группы через 3 года после выписки из стационара.

Сравнивая показатели основной и контрольной групп обнаружили более быстрое снижение симптомов интоксикации (таких как лейкоцитоз, лейкоцитарной индекс интоксикации), исчезновение энтеральной недостаточности, более быстрое восстановление белково-синтетической функции печени, уменьшение цитолитического и мезенхимально-воспалительного синдрома в основной группе, особенно в подгруппе, в

инфузионной терапии которых применялся не только Реамберин, но и Ремаксол.

Анализ катамнестических данных с исследованием комплекса интим-медиа выявил, что у пациентов, перенесших распространенный гнойный перитонит, в дальнейшем развиваются признаки эндотелиальной дисфункции (значительное статистически достоверное утолщение комплекса интим-медиа по сравнению с возрастными нормами), а соответственно у них значительно выше риск развития в последующем сосудистой патологии.

Таким образом, комплексная патогенетическая терапии включающая применение антигипоксанта Реамберин, гепатопротектора Ремаксол, нутритивную поддержку, эфферентной методики (аппаратная вено-венозная диафильтрация), применение лапароскопической санации позволяет добиться улучшения результатов лечения распространенных перитонитов различного генеза, более быстрое уменьшение симптомов интоксикации, и быстрый регресс кишечной недостаточности, а так же восстановление комплекса интим-медиа, способствует улучшению качества жизни, так как уменьшает количество сосудистой патологии в будущем.

Список литературы:

1. Завьялкин В.А., Барская М.А., Варламов А.В., Быков Д.В., Кузьмин А.И., Бородин Р.В., Родионов В.Г., Фролова Ю.В. Оптимизация лечения распространенного гнойного перитонита у детей. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015. № 7. С. 65-68.
1. Zavyalkin V.A.
Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит: практич. рук-во. М.: Литтерра, 2006.
2. Hotchkiss R.S., Karl I.E. The pathophysiology and treatment of sepsis. N Engl J Med. 2003; 348:138-150.
3. Петухов В.А., Семенов Ж.С. Перитонит и эндотелиальная дисфункция: руководство для врачей. М. «Макс Пресс», 2011.

4. Solomkin J.S., Mazuski J.E., Baron E.J., Sawyer R.G., Nathens A.B., DiPiro J.T., Buchman T., Dellinger E.P., Jernigan J., Gorbach S., Chow A.W., Bartlett J. Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the selection of anti-infective agents for complicated intra-abdominal infections. ClinInfectDis. 2003; 37 (8):997-1005.

5. Применение Реамберина в интенсивной терапии перитонита, осложненного полиорганной недостаточностью: методическое пособие / А.Ю. Яковлев [и др.]; Военно-мед. ин-т Федеральной службы безопасности Российской Федерации, Гос. учреждение здравоохранения, Нижегородская обл. больница им. Н.А. Семашко. - Нижний Новгород: Тактик-Студио, 2008. - 23, [1] с. : ил., табл.; 20 см.

6. Яковлев А.Ю. Реамберин в практике инфузионной терапии критических состояний / А.Ю. Яковлев // Практические рекомендации. Санкт-Петербург, 2007. - 36 с.

1. Zav'yalkin V.A., Barskaya M.A., Varlamov A.V., Bykov D.V., Kuz'min A.I., Borodin R.V., Rodionov V.G., Frolova YU.V. Optimizaciya lecheniya rasprostranennogo gnojnogo peritonita u detej. Hirurgiya. Jurnal im. N.I. Pirogova. 2015. № 7. S. 65-68.

2. Savel'ev V.S., Gel'fand B.R., Filimonov M.I. Peritonit: praktich. ruk-vo. M.: Litterra, 2006.

3yu. Hotchkiss R.S., Karl I.E. The pathophysiology and treatment of sepsis. N Engl J Med. 2003; 348:138-150.

5. Petuhov V.A., Semenov ZH.S. Peritonit i endotelial'naya disfunkciya: rukovodstvo dlya vrachej. M. «Maks Press», 2011.

4. Solomkin J.S., Mazuski J.E., Baron E.J., Sawyer R.G., Nathens A.B., DiPiro J.T., Buchman T., Dellinger E.P., Jernigan J., Gorbach S., Chow A.W., Bartlett J. Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the selection of anti-infective agents for complicated intra-abdominal infections. ClinInfectDis. 2003; 37 (8):997-1005.

6. Primenenie Reamberina v intensivnoj terapii peritonita, oslozhnennogo poliorgannoj nedostatochnost'yu: metodicheskoe posobie / A.YU. YAKovlev [i dr.]; Voenno-med. in-t Federal'noj sluzhby bezopasnosti Rossijskoj Federacii, Gos. uchrezhdenie zdravoohraneniya, Nizhegorodskaya obl. bol'nica im. N.A. Semashko. - Nizhnij Novgorod: Taktik-Studio, 2008. - 23, [1] s. : il., tabl.; 20 sm.

7. YAKovlev A.YU. Reamberin v praktike infuzionnoj terapii kriticheskikh sostoyanij / A.YU. YAKovlev // Prakticheskie rekomendacii. Sankt-Peterburg, 2007. - 36 s.

НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ И СОПУТСТВУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ

Зеброва Т.А.¹, Барская М.А.¹, Хасянзянов А.К.², Устинова Т.К.¹,

Мельникова Л.С.¹

1-ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, 2- Самарская областная детская клиническая больница им. Н.Н.Ивановой

Резюме. Несмотря на успехи, достигнутые на сегодняшний день в неонатологии и хирургии новорожденных, некротизирующий энтероколит (НЭК) по сей день остается сложным состоянием, требующим грамотного подхода к его лечению. Это заболевание иногда называют «болезнью выживших недоношенных», из чего следует, что данная патология, как правило, наблюдается в сопровождении других нарушений. Целью нашего исследования был поиск и анализ спектра сопутствующей патологии у новорожденных с НЭК. В статье приводится опыт наблюдения новорожденных, пролеченных в 2016 году на базе Самарской областной детской клинической больницы им. Н.Н. Ивановой.

Ключевые слова: *НЭК, некротизирующий энтероколит, недоношенные, новорожденные, сопутствующие заболевания*

Введение. Несмотря на то, что на протяжении двух столетий некротизирующий энтероколит (НЭК) известен как наиболее тяжелое заболевание недоношенных детей, а более пятидесяти лет это патологическое состояние интенсивно изучается, оно все еще остается нерешенной проблемой. [1] По данным работы I.Philippart, E.Rector (1999), НЭК заболевают 2 из 1000 новорожденных и 10 из 1000 недоношенных, или 1-9% пациентов отделений интенсивной терапии, поступающих в клинику по поводу различных неотложных состояний.[2] Помимо тяжести состояния, вызываемого самим НЭК, у новорожденных, как правило, наблюдается

большое количество различных сопутствующих состояний. Некротизирующий энтероколит – тяжелая форма патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), особенно у недоношенных новорожденных, обусловленная преимущественно незрелостью системы физиологической регуляции кишечного кровообращения, которая сопровождается нарушением бактериальной колонизации кишечника, перфорациями ЖКТ, перитонитом, сепсисом с развитием синдрома полиорганной недостаточности.[3] Исходя из этого, актуальность данной темы заключается в том, что у недоношенных вследствие морфофункциональной незрелости органов и систем встречается множество сопутствующих заболеваний, в зависимости от проявления которых меняется и тактика ведения пациентов с НЭЖ.

Целью нашей работы стал поиск и анализ сопутствующих заболеваний и состояний у новорожденных с НЭЖ.

Материалы и методы. За 2016 г. в СГДКБ №1 им. Н.Н. Ивановой поступило 19 пациентов. 16 (84%) из них были пролечены оперативно. Среди них отмечалось 4 (21%) летальных исхода (все эти дети прооперированы), причиной которых стала полиорганная недостаточность. Масса детей при рождении (г) составила: <1000 – 3 детей (16%), 1000-2000 – 8 детей (42 %), >2000 – 8 детей (42 %). При оценке по шкале Апгар на 5-ой минуте были получены следующие данные: 3-4 балла – 2 детей (10,5%), 5-6 баллов – 7 детей (36,8%), 7-8 баллов – 8 детей (42,1%), 9-10 баллов – 1 ребенок (5,2%).

Результаты и обсуждение. Проанализировав истории болезней, можно выделить следующие группы сопутствующих заболеваний: заболевания, связанные с поражением ЦНС (ПП ЦНС – 5 пациентов (26,3%), ПИВК – 4 пациента (21%), ПВЛ – 6 пациентов (31,6%), гипертензивно-гидроцефальный синдром – 2 пациента (10,5%), ВЖК – 3 пациента (15,8%), церебральная ишемия – 11 пациентов (57,9%), синдром угнетения ЦНС – 8 пациентов (42,1%), патология влагалищного отростка брюшины (пахово-мошоночная грыжа – 2 пациента (10,5%), водянка оболочек обоих яичек – 1 пациент (5,2%)), патология дыхательной системы (БЛД – 2 пациента (10,5%), РДС,

или синдром дыхательных расстройств – 3 пациента (15,8%), пневмония – 3 пациента (15,8%), ателектазы – 1 пациент (5,2%), врожденные пороки сердца (ДМЖП – 1 пациент (5,2%), ООС – 4 пациента (21%), ОАП – 2 пациента (10,5%), недостаточность митрального клапана – 1 пациент (5,2%), инфекционные заболевания (перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции – 2 пациента (10,5%), ЦМВ – 2 пациента (10,5%), врожденный сифилис – 1 пациент (5,2%)), заболевания системы крови (анемия – 11 пациентов (57,9%)), сосудистая патология (тромбоз кишечника – 1 пациент (5,2%)), патология органов зрения (ретинопатия – 3 пациента (15,8%)), патология желудочно-кишечного тракта (атрезия заднего прохода – 1 пациент (5,2%), пупочная грыжа – 1 пациент (5,2%), трещина заднего прохода – 1 пациент (5,2%)), другие врожденные пороки развития (полная расщелина неба – 1 пациент (5,2%)). Отдельно нами были выделены заболевания, являющиеся преморбидным фоном у данных пациентов (ВУИ – 4 пациента (21%), гипотрофия – 4 пациента (21%)). При изучении анамнеза выявлено, что у 12 матерей (63,15%) отмечался отягощенный акушерский анамнез. 16 матерей (84,2%) родоразрешились раньше срока. 2 матерей не состояли на учете по беременности (10,5%). Беременность протекала на фоне заболеваний почек у 5 пациенток (26,3%), ХФПН – у 4 пациенток (21%), угрозы прерывания беременности – у 7 пациенток (36,8%), преэклампсии – у 1 пациентки (5,2%).

Выводы. Некротизирующий энтероколит является полиэтиологическим заболеванием, обуславливающий высокую летальность. Развивается НЭК в основном у детей с низкой массой тела, а также как осложнение при некоторых врожденных пороках развития желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и других видах патологии, сопровождающихся стрессом.[4] Также в группу риска попадают дети с ВУИ, гипотрофией, различными инфекционными заболеваниями, осложняющими течение НЭК. Факт развития НЭК у новорожденных, чьи матери перенесли состояния, приводящие к гипоксии во внутриутробном состоянии подтверждает, что НЭК – это внутриутробное пролонгированное патологическое состояние

кишечника, которое возникает на гипоксически-ишемическое повреждение, персистирующее в постнатальном периоде с последующим развитием местного ишемически-реперфузионного патологического процесса, вызванного нарушением энтерального вскармливания. [5] Так как основной категорией детей, подверженных данному заболеванию, являются глубоко недоношенные новорожденные, при постановке диагноза и выборе метода лечения необходимо учитывать все сопутствующие проявления, а так же преморбидный фон. Выбор тактики лечения осуществляется основываясь на тяжести и серьезности сопутствующих заболеваний и общем состоянии ребенка.

Список литературы:

1. Хирургические болезни недоношенных детей: национальное руководство / под ред. Ю.А. Козлова, В.А. Новожилова, А.Р. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 592 с.
2. Чубарова А.И. Частота развития некротизирующего энтероколита в отделении интенсивной терапии новорожденных / А.И. Чубарова, Г.Р. Хаматвалеева, Т.Н.Эверестова // Вестник РГМУ – 2012 - №3 – с.15-18
3. Хворостов И.Н. Прогнозирование течения и исходов язвенно-некротического энтероколита у новорожденных / И.Н. Хворостов, И.Е. Смирнов, О.Н. Дамиров, А.Г. Кучеренко, В.Н. Шрамко, А.Г. Синицин, Д.А. Андреев, О.И. Вербин, О.В. Фурсик // Российский педиатрический журнал. – 2014 – №2 – С.10-14
4. Караваева С.А. Диагностика и особенности клинического течения некротического энтероколита у детей / С.А. Караваева // Вестник хирургии. – 2002 – Том 161. – №4 - С.41-44
5. Подкаменев В.В. Факторы риска язвенно-некротического энтероколита у новорожденных/ В.В. Подкаменев, Н.В. Протопопова, А.В. Подкаменев // Вопросы диагностики в педиатрии. – 2010. – Том 2. – №1 – С.43-48

СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БОЛЕЗНЬЮ ЛИТТЛА

Е.В. Ковалев, П.В. Рыжов, Н.В. Пирогова

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии им. академика РАН А.Ф. Краснова

Представлены результаты лечения 268-и детей в возрасте от 3 до 18 лет с различными степенями выраженности и проявлениями ДЦП. В основном были дети с различными степенями выраженности парезов и параличей нижних конечностей. За многие годы удалось выработать определенный алгоритм лечения наших пациентов с этой тяжелой патологией. Дифференциальный подход позволил достичь хороших результатов у 71% пациентов, удовлетворительный - 22%, и у 7% состояние осталось без перемен.

Ключевые слова: дети, сухожильно-мышечная пластика

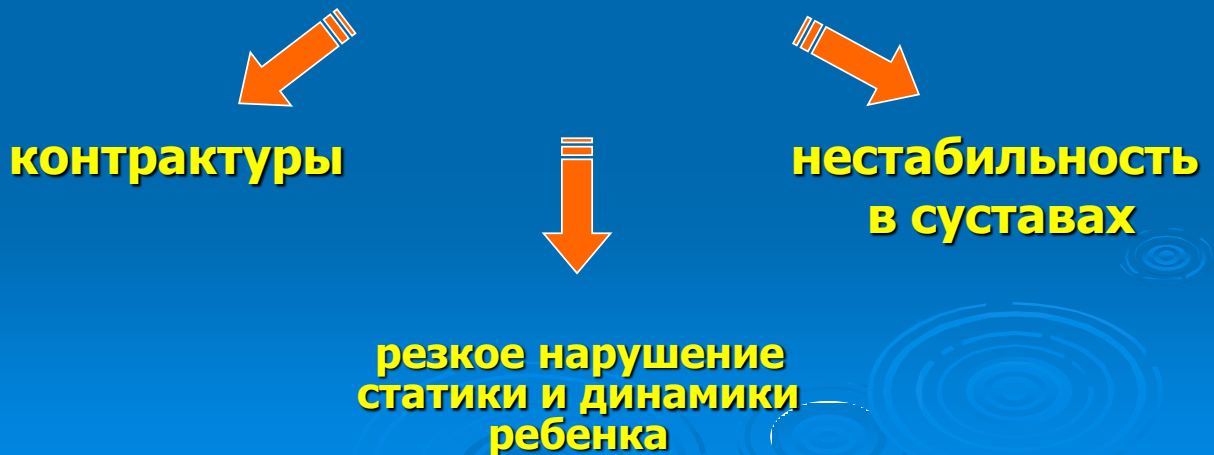
Болезнь Литтла (детский церебральный паралич) - заболевание центральной нервной системы, при котором выявляется поражение двигательной сферы, сопровождающееся нарушением содружественной функцией мышц – антагонистов, что со временем приводит к развитию контрактур, нестабильности в суставах, резко нарушая вертикализацию и возможность передвижение ребенка.

В течении многих десятилетий на кафедре и в клинике травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии СамГМУ им. академика А.Ф. Краснова больным с ДЦП уделялось особое внимание, что можно объяснить желанием ортопедов «поднять» ползающих, улучшить статику и динамику тех, которые как-то умеют передвигаться.



Детский церебральный паралич

заболевание центральной нервной системы, при котором ведущим является поражение двигательной сферы больного, сопровождающееся нарушением содружественной функции мышц-антагонистов



Используя большой клинический опыт лечения детей с ДЦП, в клинике выработан определенный алгоритм хирургического лечения, который в первую очередь зависит от возраста ребенка, степени поражения ЦНС, состояния сухожильно-мышечной системы, наличия деформации со стороны костей и суставов.

За последние 10 лет в детском ортопедическом отделении кафедры и клиники травматологии и ортопедии было прооперированно 268 детей. Их возраст колеблется от 3-х до 18-и лет. В предоперационном периоде всем больным было проведено биомеханические исследования: плантография, подография, стабиллометрия, электромиография и КОМОТ.

В 3 – 4летнем возрасте при наличии сгибательно-приводящих контрактур в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах выполняли первый этап хирургических вмешательств – ахиллотомия (по Байеру),

аддукторотомия, грацилотомия, частичная теотомия сгибателей в подколенной ямке.





Фиксация повязками до в\3 бедра с распоркой и отведением до 20-30 на 6 недель

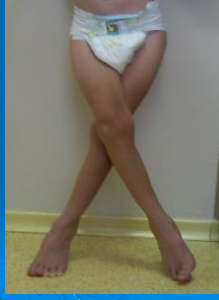


При выполнении подкожной ахиллотомии из нижнего прокола рассекали целенаправленно внутреннюю или наружную порцию ахиллова сухожилия в зависимости от варусной или вальгусной установки стопы. При наличии приведения дистального отдела стопы выполняли апоневротомию поперек продольного свода или через два вкола (по внутренней поверхности) пяточной кости и у головки первой плюсневой кости. Нижние конечности фиксировали повязкой до верхней трети бедра с распоркой и отведением до 20-30 градусов на 6 недель. Распорку удаляли через три недели, давая возможность обучения ребенка новому стереотипу передвижения.

Следующий этап вмешательств приходился на 6-7-летний возраст больных когда формировались и выявлялись патологические стереотипы походки, деформации костей и суставов а также сгибательные контрактуры в коленных суставах.



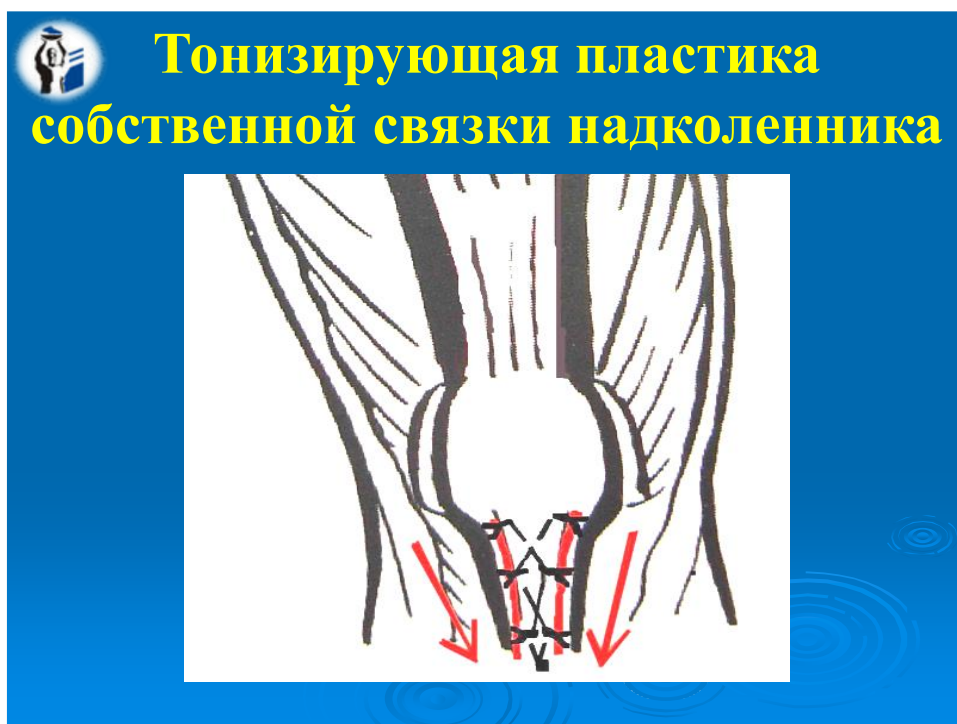
Сгибательно-приводящие контрактуры нижних конечностей



Плоско-вальгусные стопы



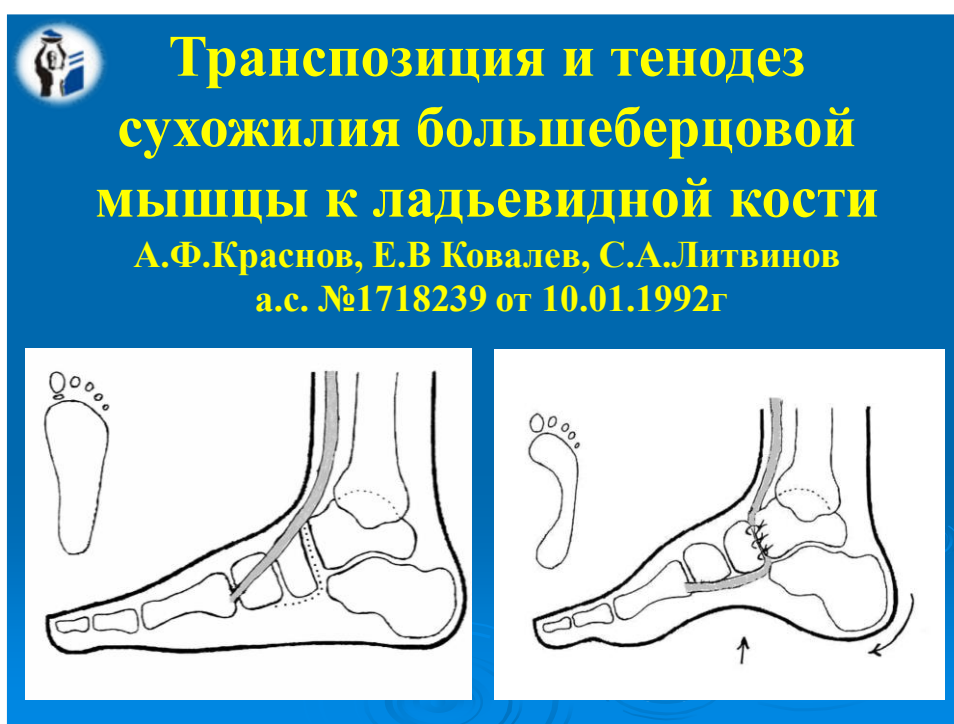
У больных с целью стабилизации коленного сустава выполняли тонизирующую пластику в двух вариантах в зависимости от расположения надколенника. При его высоком стоянии тонизировали собственную связку надколенника с пластикой бугристости большеберцовой кости, ее латерализацией и вентрализацией (патентное изобретения №2494696 от 10.10.2013г.) чем увеличивали вращательный момент разгибателя голени.



Второй вариант тонизации – перемещение сухожильной части 4-х
главой мышцы верхнего полюса надколенника.



При устранении плоско-вальгусной деформации стоп формирование сводов выполняли за счет транспозиции и тенодеза сухожилия большеберцовой мышцы к ладьевидной кости (А.Ф. Краснов, Е.В. Ковалев, С.А. Литвинов, а.с.№1718239 от 10.01.1992г.)



И стяжки стопы (Г.П.Котельников, А.П. Чернов, а.с. №2198592 от 10.01.2003г.) за счет сближения 1-2ой плюсневых костей.



При наличии торсионных деформаций голеней выполняли закрытые кортикотомии с фиксацией сегмента полиуретановой или гипсовой повязками без металлоостеосинтеза.

При хирургическом лечении подростков от 9-и до 18-и лет (3 возрастная группа) отмечали резкие стойкие деформации стоп, сгибательные контрактуры суставов, наружно-ротационно-вальгусные деформации голеней. Часто для устранения сгибательных контрактур в коленных суставах применяли аппарат внешней фиксации (А.М. Савин, А.М. Складчиков, М.И. Бабкова, Г.П. Котельников, 1980г.)

Наружно-ротационную деформацию большеберцовой кости устраняли подкожной кортикотомией большеберцовой кости. Сложную деформацию стоп устраняли за счет аппаратной коррекции стопы (Е.В. Ковалев, П.В. Рыжов, Патент РФ №55576 от 26.08.2006г.) при формировании «ползучего» регенерата после поперечной остеотомии предплюсны и 3-х суставного артродеза стопы (И.И. Лосев, А.П Чернов, Патент на изобретение №2197193

от 23.01.2003г.) ,тем самым, создавая стабильность в проксимальном отделе стопы.

Большинство оперируемых больных получали реабилитационное лечение, включающее гравитационную терапию, ГБО-терапию, лечебное плавание, электростимуляцию мышц, физиотерапию, ЛФК.

Таким образом, комплексное хирургическое поэтапное лечение детей и подростков, страдающих ДЦП, дает хороший эффект, увеличивая физические возможности, что в свою очередь расширяет круг общения и интересов наших пациентов.

Список литературы:

1. Краснов А.Ф., Котельников Г.П. Чернов А.П. «Сухожильно-мышечная пластика в травматологии, ортопедии. – Самара, 1999, - 372 с.
2. Краснов А.Ф., Савин А.М. «Хирургическое устранение сгибательных контрактур коленного сустава у больных с ДЦП». «Ортопедия» стр. 29-31. 2008г.
3. Лосев И.И, Чернов А.П., Чернов А.А. «Восстановительное ортопедическое лечение паралитической нестабильности и деформации стоп у больных с последствием полиомиелита» Казан. Мед. Журн. – 2002. - №4-С. 262-265.
4. Савин А.М. «Устранение контрактур в суставе конечностей, дистракционно-компрессионными аппаратами у больных с ДЦП. – Куйбышев, 1982. – с.17.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛИПАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Кузьмин А.И., Барская М.А., Мунин А.Г., Терехина М.И., Вернер В.В.,
Завьялкин В.А., Маркова М.Н., Скрипичин Н.А., Шифрин Г.И.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, ГБУЗ СОКБ им.
В.Д.Середавина

Резюме.

Проанализированы результаты диагностики и лечения детей с полипами толстой кишки. В диагностике и лечении полипов толстой кишки основным исследованием являлось фиброколоноскопия с внутрипросветной полипэктомией. Гистологическое исследование удаленных полипов позволило определиться с послеоперационной тактикой ведения этих пациентов.

Ключевые слова: дети, полипы толстой кишки, фиброколоноскопия, полипэктомия.

Актуальность. Полип - регенераторные, воспалительные и опухолевидные изменения слизистой оболочки, а также разнообразные неэпителиальные образования и выбухания на ней. Полип - все патологические выступы на поверхности слизистой оболочки. Полипы толстой кишки встречаются у 0,2% - 1% детей [3,4]. Различают полипы ювенильные(кистозно-гранулирующие), аденоматозные (тубулярная, ворсинчатая, тубулярно-ворсинчатая аденомы), гиперпластические(лимфоидные), воспалительные (псевдополипы). Ювенильные полипы могут трансформироваться в аденоматозные и необходимо выделять простые ювенильные полипы и ювенильные полипы с диспластическими изменениями [1,2]. Аденоматозные полипы склонны к изъязвлению с кровотечением и малигнизации.

Цель работы - анализ результатов диагностики и лечения полипов толстой кишки у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ диагностики и лечения 61 ребенка с полипами толстой кишки с 2014 по 2018 годы в отделении гнойной хирургии СОКБ. Диагностика у больных с подозрением на наличие полипа толстой кишки проводилась следующим образом: изучался анамнез, проводился общий осмотр по органам, наружный осмотр заднего прохода, пальцевое исследование прямой кишки, общий клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, ректоскопия, рентгенологические исследования, фиброколоноскопия, гистологическое исследование удаленного полипа. Трактовка полипов осуществлялась в соответствии с МКБ 10:

- Полип толстой кишки (K63.5)
- "Псевдополипоз ободочной кишки" - K51.4;
- "Полип анального канала" - K62.0;
- "Полип прямой кишки" - K62.1;
- "Доброкачественное новообразование ободочной кишки неуточненной части (аденомы и аденоматоз ободочной кишки)" - D12.6.

Морфологическое заключение соответствовало Международной гистологической классификацией опухолей, где выделяется доброкачественные новообразования толстой кишки и опухолеподобные поражения (дисплазии), связанные с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. Основными лечебными мероприятиями являлись трансанальная (с ректоскопией) и эндоскопическая внутрипросветная полипэктомия.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов мальчиков было 36, девочек 25. В соответствии с возрастными группами детей с полипами до 3 лет - 18 (29,5%), от 3 до 7 лет – 32 (52,5%), от 7 до 14 лет – 11 (18,0%). В

анамнезе у 20,8% больных воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта и глистная инвазия. Из сопутствующей патологии у 11 пациентов выявлен проктосигмоидит, у 2 – долихосигма с запорами и панкреатопатией. Из симптоматики основной жалобой у всех пациентов являлось наличие крови во время или после акта дефекации в стуле. Остальные симптомы, такие как наличие

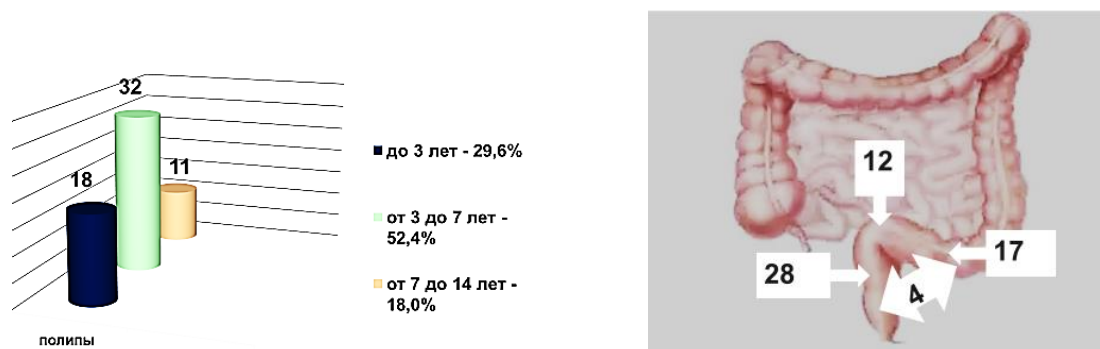


Рис. 1. Возраст детей с полипами и локализация полипов.

желобка на каловом столбике, боли во время дефекации, тенезмы и учащенные позывы на дефекацию, встречались значительно реже. При пальцевом исследовании полипы выявлены у 16 больных. Контрастное исследование толстой кишки, выполненное для диагностики другой патологии толстой кишки, выявило наличие полипа у 2 больных. Ущемление полипа отмечалось у 2 больных. У 4 пациентов отмечалось выпадение полипов из анального канала. У 2 детей выявлена самоампутация полипов с кровотечением из ножки, им проведена экстренная коагуляция по время колоноскопии.

Подготовка к колоноскопии производилась следующими способами: очистительные или сифонные клизмы, пероральный прием слабительных (дюфалак, касторовое масло 15-25 мл для детей старшего возраста), бесшлаковая диета за 3 дня до обследования. Перед колоноскопией выполнялось пальцевое исследование прямой кишки для предварительной оценки проведенной подготовки к исследованию. Под наркозом выполнялась фиброколоноскопия с удалением полипов и

гистологическим исследованием. Использовали эндоскопы фирмы "Olimpus» с видеостойкой Exera II CV – 180 с блоком PSD -10 для коагуляции. Оценка подготовки толстой кишки проводилась в соответствии с Чикагской и Бостонскими шкалами. Результат должен быть выше 6 баллов. Техника фиброколоноскопии заключалась в ротационном введении аппарата под контролем зрения по просвету (с инсуфляцией воздуха) с поэтапным продвижением по кишке с ее сегментарным сбириванием и периодической фиксацией через переднюю брюшную стенку. Наиболее детальное исследование толстой кишки выполнялось при извлечении эндоскопа с эвакуацией инсуфлированного воздуха и аспирацией жидких каловых масс с помощью отсоса. Локализация полипов: в прямой кишке полипы обнаружены у 28 пациентов, в месте перехода прямой кишки в сигмовидную у 12, в сигмовидной кишке у 17. У 4 детей отмечался множественный полипоз с захватом прямой и сигмовидной кишки одновременно. Тактика при обнаружении полипа была следующая: обнаруженный полип на тонкой ножке удалялся сразу электрорезекцией с последующим осмотром культи

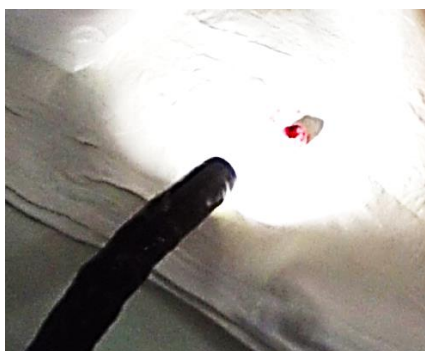


Рис. 2. Колоноскопическая полипэктомия: электрокоагуляции ножки полипа с извлечением полипа.

на гемостаз. При этом учитывалась эндоскопическая методика S. Kudo et al. (2001) с изучением морфологического строения опухоли на основе рисунка ямок желез. Выделялось 5 типов картины ямок желез. Первый тип, характеризующийся круглыми, правильно расположенными ямками практически одинакового размера (является признаком неизменной слизистой оболочки). Второй тип (регулярно расположенные ямки больших размеров и "звездчатой" или "луковичной" формы) в 69, 4 % случаев встречается при гиперпластических, а в 30, 5 % аденоматозных полипах. Третий тип (S) - компактно расположенные маленькие округлые ямки в 86, 3 это аденомы, а 12, 3 % карциномы. Третий тип (L) - большие, вытянутые ямки - аденомы в 92, 7 % и карциномы в 4, 2 %. Четвертый тип - ямки по типу ветвей или извилин - в 74, 9 % наблюдений это аденомы (чаще железисто-ворсинчатые), а в остальных карциномы. Пятый тип - с частичным или полным нарушением структуры ямок - карцинома в 93,3 % случаев и аденома в 6,7 %. Из сомнительных полипов (особенно четвертый и пятый типы) при колоноскопии выполнялась биопсия с последующим избранием хирургических методов лечения: а) трансанальное иссечение; б) полипэктомия через колоноскоп путем электрокоагуляции ножки. Лапаротомия и колотомия с удалением полипов, резекция кишки не выполнялись. В день полипэктомии ребенку обеспечивался постельный режим, контроль за выделениями из прямой кишки.

При гистологическом исследовании ювенильные полипы диагностированы у 30

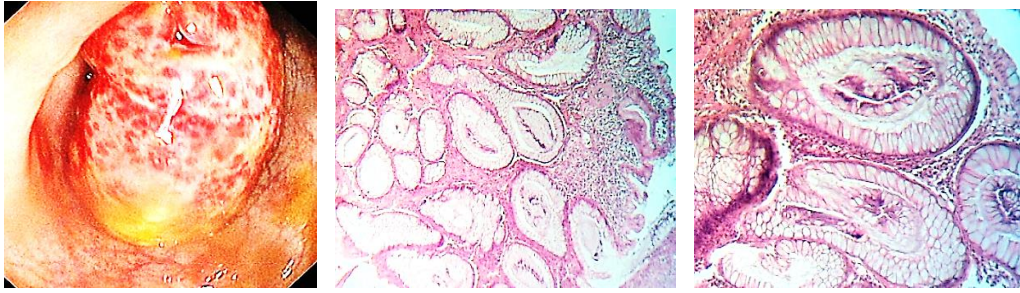


Рис. 3. Аденоматозный полип внешний вид и гистологическая картина: полиморфизм и пролиферация клеток в герминативном слое эпителиального пласта, у базального слоя граница размыта, клетки разные по размеру и формам.

пациентов (у 16 из них с аденоматозными диспластическими изменениями), лимфоидные гиперпластические полипы – у 26, истинные аденоматозные - у 5.

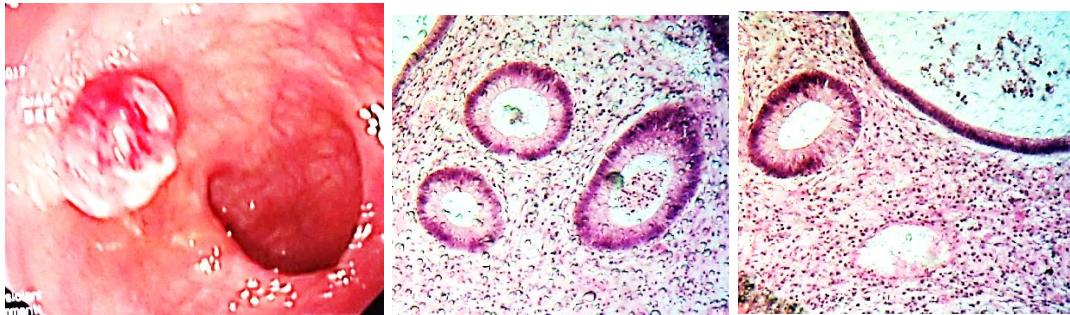


Рис. 4. Ювенильный полип внешний вид и гистологическая картина: выявляются кистозные расширения, содержащими муцин, высланные кубическим эпителием, диффузная лимфо-гистиоцитарная инфильтрация, с примесью эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов.

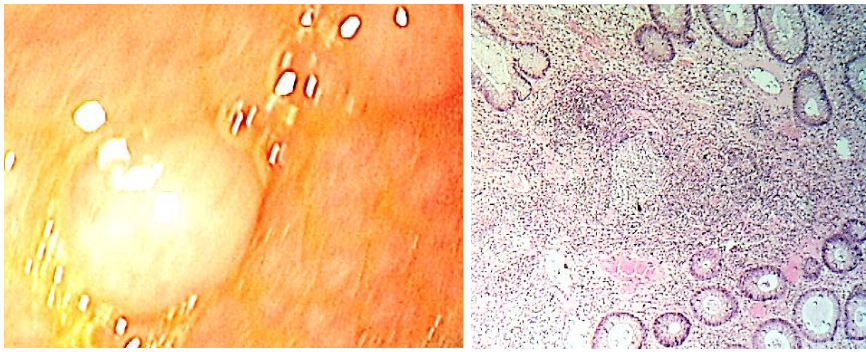


Рис. 5. Гиперпластический полип: небольшие однородные серовато-белые выбухания нормальной слизистой размером до 0,5 см, лимфоидные скопления с большими зародышевыми фолликулами.

После полипэктомии пациенты выписывались на 3-5 день при неоднократном самостоятельном стуле без патологических примесей. Колоноскопия у детей была безопасной и эффективной, как диагностическая, так и лечебная. Среди преимуществ колоноскопии следует отметить визуальный осмотр внутреннего состояния толстой кишки. обнаружение опухоли, выявление причин кровяных выделений из заднего прохода, удаление новообразований, возможность взятия материала для проведения анализа (биопсии).

Летальных исходов у больных не наблюдалось, у 2 больных после колоноскопической полипэктомии отмечалось кровотечение из ножки на 2 и 10 день соответственно, остановлено при повторной колоноскопии. После иссечения полипа необходимо постоянное наблюдение, особенно, на протяжении первых 2-3 лет. Колоноскопическое исследование показано 1 раз в полгода в течение первого года, при наличии ворсинчатых полипов 1 раз в 3 месяца на первом году, затем – раз в год.

Заключение.

В диагностическом плане колоноскопия с последующим гистологическим исследованием является основным исследованием.

Эндоскопическая полипэктомия — это эффективный и безопасный метод лечения полипов в детской возрастной группе.

Список литературы:

1. Детская колопроктология: Руководство для врачей/под общ. ред. Гераськина А.В., Дронова А.Ф., Смирнова А.Н. – М.: «Контэнт», 2012. - С.
2. Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Папенина О.А. Полипы и полипозы толстой кишки у детей// Колопроктология. – 2006. - № 4 (18). - С.49 – 50.
3. Омельчук О. В. Полипы кишечника: этиология, клиника, эндоскопические методы лечения, интересный случай из практики // Молодой ученый. — 2019. — №12. — С. 46-48.
4. Тертычный А.С., Коновалов Д.М., Талалаев А.Г. Морфологические особенности ювенильных полипов толстой кишки у детей // Архив патологии. -2004.-№ 1.-С.28-31.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Мазнова А.В., Варламов А.В., Завьялкин В.А., Быков Д.В., , Бородин Р.В., Щуклова В.В., Еремин П.В.

ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им.В.Д.Середавина»,
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – дистрофически-дисметаболическое заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и/или билирубина и характеризующееся образованием конкрементов в желчных путях.

Актуальность.

В современном мире ЖКБ является достаточно частой патологией у взрослых, распространенность в странах с западным стилем жизни (Европа, Северная Америка, Россия) это заболевание регистрируется с частотой 10-20 %. Столь высокую частоту, помимо важного вклада генетических факторов, объясняют особенностями питания с употреблением большого количества простых углеводов. В Африке, странах Азии и Японии распространенность ЖКБ ниже - 3,5-5% [1, 3, 6, 7, 8, 9]

Среди заболеваний пищеварительной системы у детей удельный вес ЖКБ в нашей стране составляет более 1%, а по данным зарубежных авторов частота развития колеблется от 0,13 до 0,3% (2018г) [2,4]. При этом за последние 10 лет отмечен рост частоты этого заболевания на порядок во всем мире [5, 10].

Цель исследования.

Проанализировать данные историй болезни пациентов с ЖКБ, находившихся на лечении в хирургическом отделении ПК ГБУЗ «СОКБ

им.В.Д.Середавина» с целью улучшения оказания помощи детям и выбора единой тактики лечения.

Материалы и методы.

В период с 2010 по 2019 г на лечении в хирургическом отделении находилось 60 детей в возрасте от 10 месяцев до 15 лет. Среди них 24 мальчика (40%) и 36 девочек (60%)

В настоящее время известно, что мальчики в возрасте до 7 лет болеют в 2 раза чаще девочек. К 8-11 годам частота выравнивается, а в пубертатном и подростковом периодах девочки болеют в 3-4 раза чаще мальчиков. Мы так же распределили наших пациентов по возрастам, данные соответствуют общероссийской статистике и приведены в таблице 1:

Таблица 1.

Возрастная группа	Мальчики	Девочки
От 0 до 7 лет	9	6
От 8 до 11 лет	5	6
От 12 до 15 лет	10	24

Среди наших пациентов 45 детей (75%) являются жителями городов Самарской области, 15 пациентов (15%) жителями сельской местности.

Основные факторы риска развития ЖКБ в детском возрасте по данным Союза педиатров России:

- 1) Возраст. Заболеваемость ЖКБ четко коррелирует с возрастом.

2) Женский пол. Риск развития ЖКБ у девочек пубертатного периода выше в 2-3 раза, что связано с влиянием эстрогенов на литогенный потенциал.

3) Отягощенная наследственность по ЖКБ (повышает риск в 4-5 раз).

4) Избыточный вес и ожирение. Среди детей с метаболическим синдромом ЖКБ выявляется в 20 % случаев.

5) Сахарный диабет (повышает риск в 3 раза).

6) Заболевания печени (повышает риск в 10 раз).

7) Применение лекарственных средств, влияющих на концентрацию холестерина в желчи, моторику желчных путей или способных к кристаллизации в желчи (цефтриаксон).

8) Быстрое снижение веса (вероятность развития ЖКБ >30%).

9) Поражение терминальных отделов подвздошной кишки (болезнь Крона).

10) Продолжительное парентеральное питание.

11) Нарушение состава и режима питания.

По нашим данным у 14 детей выявлен отягощенный наследственный анамнез по ЖКБ, у 7 ожирение различной степени, 16 детей получали лечение Цефтриаксоном до установления диагноза ЖКБ, у 4 ВПР ЖКТ, у 8 хронический гастродуоденит, 3 ребенка с неонатальной желтухой, по 1 ребенку с гемолитической анемией, наследственным сфероцитозом и атопическим дерматитом. Лишь у 5 пациентов не выявлено особенностей анамнеза по сопутствующим патологиям, что составляет 8,3%. Однако у всех детей отмечались нарушения в режиме питания, чрезмерное употребление жирной и углеводистой пищи, а так же малоподвижный образ жизни, чаще в

подростковом периоде. Исключение составили 2 пациента в возрасте 10 месяцев и 1,5 лет.

В отличие от взрослых больных, у детей клинические проявления желчнокаменной болезни не имеют четкого симптомокомплекса.

Можно выделить несколько вариантов клинической картины ЖКБ:

- латентное течение (бессимптомное камненосительство);
- болевая форма с типичными желчными коликами;
- диспепсическая форма;
- под маской других заболеваний.

Латентное течение среди наших пациентов отмечалось лишь в 2 случаях. Дети, поступающие на плановое оперативное лечение, предъявляли жалобы на периодические боли в животе, больше в правом подреберье или мезогастррии, усиливающиеся после погрешности в питании. Поступающие в экстренном порядке дети, с подозрением на другие заболевания органов брюшной полости: острый аппендицит, острый панкреатит, язвенную болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки и др, чаще жаловались на боли в животе, тошноту и рвоту с примесью желчи. 5 детей поступали с жалобами на желтушность кожных покровов и склер, ахоличный стул.

В плане обследования детям при поступлении выполнялось УЗИ органов брюшной полости, по результатам которого выявлялись камни желчного пузыря, режы и холедоха, признаки холецистита и панкреатопатии, б/х крови в котором отмечалось повышение трансаминаз, билирубина, желочной фосфатазы лишь в 16% случаев, ОАК и ОАМ оставались в пределах возрастной нормы. Далее проводилось прицельное УЗИ желчного пузыря (размеры, форма, наличие перегибов и перетяжек, толщина и эхографическая плотность стенки, характер содержимого, локализацию,

смещаемость, эхоплотность и размеры конкрементов, состояние общего желчного протока) с оценкой функции, на котором у 29 пациентов (48,3%) выявлено снижение функции менее 28%, а у 7 пациентов (11,6%) признаки отключенного желчного пузыря. В связи с тем, что основную часть камней у детей составляют холестериновые (рентгеннегативные) в стандарт обследования обзорная рентгенография брюшной полости не включалась, но выполнялась для исключения других патологий, по результатам у 4 детей выявлены рентгенпозитивные конкременты желчного пузыря, что явилось одним из показаний к оперативному лечению. У двоих детей (девочки, 11 и 15 лет), выявлен вколоченный камень холедоха и им по экстренным показаниям проводилась ЭРХПГ, папиллосфинктеротомия.

Дети с впервые выявленной желчнокаменной болезнью получали консервативное лечение, направленное на снятие интоксикации, купирование болевого синдрома, явлений холецистита, обострений сопутствующих заболеваний. Всем назначались препараты урсодоксихоловой кислоты (Урсофальк, Урсосан) с целью литолитической терапии, давались рекомендации по лечебному питанию. Дальше дети выписывались под наблюдение педиатра и гастроэнтеролога.

По клиническим рекомендациям гастроэнтерологов консервативное лечение должно длиться от 6 до 24 месяцев, под контролем УЗИ и б/х показателей крови. Среди наших наблюдений консервативную терапию дети получали от 1 до 32 месяцев. Были выявлены случаи невыполнения рекомендаций (отказ от приема препаратов родителями, несоблюдение диетотерпии, неявки на контрольное обследование), в случаях установления диагноза ЖКБ в амбулаторных условиях не назначение врачами педиатрами литолитических препаратов.

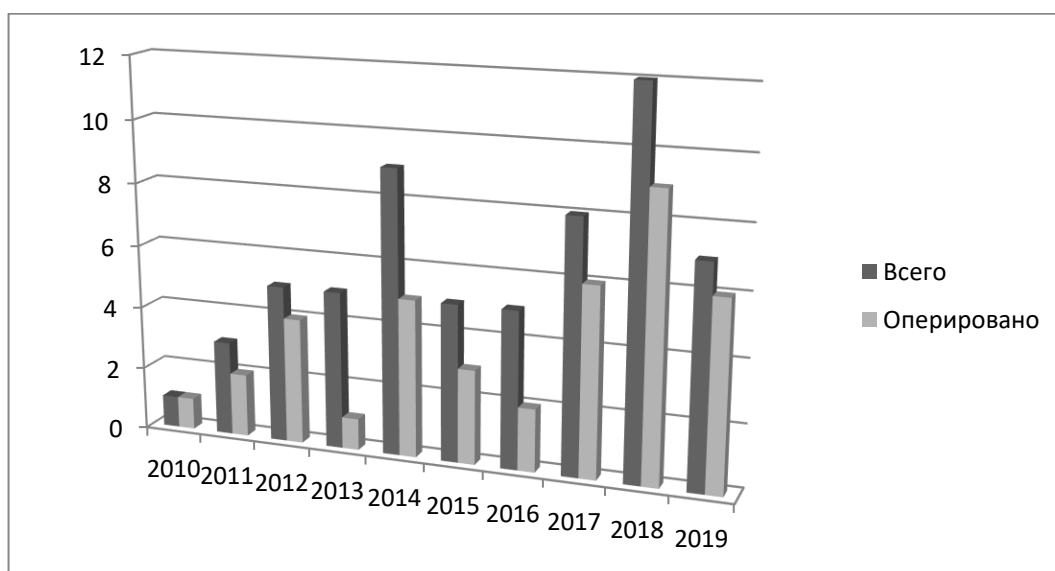
Консервативная терапия при желчнокаменной болезни длительная и чаще малоэффективная. Хотя по данным некоторых европейских источников процент оперативного лечения составляет всего 11,7%. В настоящее время

лапароскопическая холецистэктомия, характеризующаяся большей безопасностью и высокой эффективностью, считается «золотым стандартом» хирургического лечения неосложненного холелитиаза.

Выделяют следующие показания к операции:

1. Отсутствие эффекта от консервативного лечения;
2. Размер конкремента более 20мм или заполнение желчного пузыря конкрементами меньшего диаметра на $\frac{1}{2}$ объема;
3. Отключенный желчный пузырь;
4. Рецидивирующие боли в животе;
5. Рентгенпозитивные конкременты.

На базе хирургического отделения за период с 2010 по 2019 г нами было прооперировано 37 детей, что составило 61,6% от всех наблюдений. Как видно из представленной ниже диаграммы, за последние 3 года возрастает количество пациентов с ЖКБ и проведение оперативного лечения.



Всем детям проводилась лапароскопическая холецистэктомия. В большинстве случаев выявлялся рубцовый перипроцесс в шейке желчного

пузыря. Средний койко-день составил 7+/- 2. Послеоперационных осложнений не было.

В одном нашем наблюдении проводилась конверсия с переходом на лапаротомию, в связи с наличием вколоченного в проток конкремента и безуспешным его извлечением при проведении интраоперационной холедохоскопии.

Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение педиатра и гастроэнтеролога.

Выводы.

1. При установлении диагноза ЖКБ в амбулаторных условиях, ребенок должен находиться под наблюдением не только педиатра, но и гастроэнтеролога
2. При выявлении сладжа в желчном пузыре обязательное назначение препаратов урсодеоксихолевой кислоты с контролем УЗИ через 1 месяц и б/х показателей крови, для предотвращения развития ЖКБ.
3. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течении 6 месяцев, проведение оперативного лечения, до развития осложнений.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Желчнокаменная болезнь у детей» / Союз педиатров России, пересмотр 2016г
2. «Детская хирургия»: учебник /под ред. Ю.Ф.Исакова, А.Ю.Разумовского. – М.: «ГЭОТАР-Медиа» 2014.
3. «Эндоскопическая хирургия в педиатрии» : руководство для врачей / А.Ю.Разумовский, А.Ф.Дронов, А.Н.Смирнов [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
4. Национальное руководство «Детская хирургия» под ред. Академика РАМН Ю.Ф Исакова профессора А.Ф.Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

5. Запруднов А.М. «Билиарная патология у детей» / А.М.Запруднов, Л.А.Харитонова. – М.: Медицинское информационное агенство, 2008.
6. Желчнокаменная болезнь и холецистит /М.А.Галеев, В.М.Тимербулатов, Р.М.Гарипов, И.В.Верзакова. – М.: МЕДпресс-информ, 2001.
7. Современное представление о желчнокаменной болезни у детей /В.Ф.Приворотский, М.В.Эрман, Н.Е.Луппова. – Спб.: Медицина XXI век. 2006. №2. С.76-80
8. Cholelithiasis and choledocholithiasis in children; risk factors for development/ Barbora Frybova , Jiri Drabek , Jindra Lochmannova , Ladislav Douda , Stepan Hlava , Daniela Zemkova , Vladimir Mixa , Martin Kyncl , Lubos Zeman, Michal Rygl, Radan Keil - PLOS ONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196475> May 15, 2018
9. Management of cholelithiasis in Italian children: A national multicenter study/ Claudia Della Corte, Diego Falchetti, Gabriella Nebbia, Marisa Calacoci, Maria Pastore, Ruggiero Francavilla, Matilde Marcellini, Pietro Vajro, Raffaele Iorio - World J Gastroenterol 2008; 14(9): 1383-1388 Available from: URL: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/14/1383.asp>
10. Cholelithiasis in Children: A Diagnostic and Therapeutic Approach/ Hasan Karami, Hamid Reza Kianifar and Shahryar Karami - J Pediatr Rev. 2017 January; 5(1):e9114.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВДГК У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДУ NUSS

Рыжов ПВ, Хасянзанов АК, Шмельков АВ, Новоженев ЕН

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, ГБУЗ ДОКБ им. Н.Н.Ивановой

Резюме.

В работе приведены результаты лечения 15 детей с врожденной деформацией грудной клетки – воронкообразной грудиной. У данных детей выполнена методика по **Nuss**. Средний возраст оперированных пациентов составил $12 \pm 1,5$ года. У абсолютного большинства больных наблюдалась 3 степень деформации. В 15 наблюдениях в послеоперационном периоде осложнений не было. Имеющиеся осложнения у 2-х пациентов своевременно ликвидированы.

Ключевые слова: дети, врожденная деформация грудной клетки, операция **Nuss**

Актуальность:

Врожденные деформации грудной клетки встречаются у 1–4% детей. Чаще всего наблюдается это воронкообразная деформация грудной клетки. Воронкообразная деформация грудной клетки встречается в 90% случаев всех врожденных пороков развития грудной клетки [1–4]. Впервые оперативные вмешательства по лечению воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК), выполнены в 1911 г. На данный момент в медицинской литературе описано более 100 способов коррекции деформации. Не смотря на улучшение методов хирургического лечения, количество неудовлетворительных результатов варьируется от 10 до 40%, а осложнения отмечаются у 30 % пациентов в послеоперационном периоде [5]. На данный момент при анализе медицинской литературы нами выделены 3 оперативные методики, положительные результаты которых, в процентном соотношении, значительно отличаются от общего числа неудовлетворительных результатов. Это методики операции по Тимошенко и

Paltia (96 % положительных результатов) и минимально инвазивный метод оперативного лечения ВДГК по Nuss (99 % положительных результатов) [6]

Цель:

Оценить результаты оперативного лечения ВДГК по методу Nuss.

Материалы и методы:

На базе Детской областной клинической больницы им. Н. Н. Ивановой в период с 2016 по 2019 годы в общей сложности выполнено 15 оперативных вмешательств по поводу ВДГК у детей. По обобщенным данным исследования соотношение мальчики/девочки в общей группе больных зафиксировано как 2,2:1 (среди больных мальчики преобладают более чем в 2 раза). Наиболее часто дети оперировались в возрасте $12 \pm 1,5$ года. Степень тяжести деформации рассчитывали по индексу Гижницкой. В 80% случаев деформация грудной клетки у пациентов была 3 ст и в 20 % случаев 2 ст. Все показания для данной операции нами были разделены на 3 группы:

1. Функциональные (проявляющиеся в патологических изменениях со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, объективная оценка которых проводилась на основании ЭКГ, ФВД и ЭхоКГ).

2. Ортопедические (вызванные прогрессированием самой деформации грудной клетки с параллельным нарушением осанки и искривлением позвоночника, выставлялись на основании внешнего осмотра, рентгенографии и КТ грудной клетки).

3. Косметические (связанные с наличием непосредственно дефекта грудной клетки).

100% пациентов были прооперированы по функциональным и ортопедическим показаниям.

Для выполнения оперативного лечения ВДГК нами был выбран метод Nuss. Это обусловлено тем, что данная операция входит в группу малоинвазивных операций данной патологии в основе которой применяется внутренняя фиксация без резекции костных структур грудной клетки и по данным литературы данный метод дает 95-99% положительных результатов.

Результаты:

Все дети были осмотрены через 2 недели, через 3, 6 и 12 мес. с момента оперативного лечения. У всех детей в послеоперационном периоде через 6 и 12 мес. отмечались положительные, как функциональные улучшения (подтверждалось при повторном выполнении ЭКГ, ФВД и ЭхоКГ через 6 и 12 мес), так и ортопедические – коррекция деформации грудной клетки, частичная коррекция осанки (подтверждалось при повторном выполнении внешнего осмотра, рентгенографии и КТ грудной клетки). В послеоперационном периоде осложнения отмечены у двоих детей: у одного ребенка пневмоторакс и еще у одного ребенка асимметрия коррекции за счет миграции металлофиксатора, через 3 мес. данному пациенту выполнена повторная операция, в результате которой устранена миграция металлофиксатора и при контрольном осмотре через 3 мес. с момента повторной операции отмечалось устранение асимметрии. Не смотря на положительный результат, данный случай рассматривается нами как неудовлетворительный, так как пришлось прибегнуть к повторному хирургическому вмешательству.

Выводы:

Таким образом, по нашим данным, из 15 оперированных детей в 13 наблюдениях осложнений не наблюдалось. У 2-х пациентов отмечены послеоперационные осложнения, которые были своевременно ликвидированы.

Список литературы:

1. Детская хирургия. Национальное руководство / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009.
2. Жила Н.Г. Хирургическое моделирование правильной формы грудной клетки у детей и подростков при врожденных и приобретенных деформациях. – Хабаровск, 2002.
3. Ортопедия /Под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

4. Разумовский А.Ю., А.Б. Алхасов, М.П. Разин, М.А. Аксельров, Н.А. Цап, И.В. Киргизов, И.А. Абушкин, Г.В. Слизовский, Е.Г. Скрыбин, В.А. Скобелев, М.А. Яговкин, Е.Г. Некрасова, М.Н. Сатывалдаев, А.В. Молчанов, Н.В. Оленина, Н.С. Александрова, И.И. Кужеливский, С.И. Апросимова, В.А. Дударев, В.А. Мальчевский, И.А. Бродер. Сравнительная характеристика эффективности различных способов оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей: мультицентровое исследование. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. Том 6. Выпуск 1. 2018.

5. Creswick HA, Stacey MW, Kelly RE, Jr., et al. Family study of the inheritance of pectus excavatum. *J Pediatr Surg.* 2006;41(10):1699-1703. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2006.05.071.

6. Mansour KA, Thourani VH, Odessey EA, et al. Thirty-year experience with repair of pectus deformities in adults. *Ann Thorac Surg.* 2003;76(2):391-395. doi: 10.1016/s0003-4975(03)00441-7.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО БРОНХА КАК НАХОДКА У ПАЦИЕНТА С ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).

Терехина М.И.¹, Кузьмин А.И.¹, Мунин А.Г.², Вернер В.В.², Кавкаев А.В.²

¹ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, ²СОКБ им. В.Д. Середавина
г. Самара

Аннотация: В статье представлен клинический случай развития лобарной эмфиземы и пневмонии у пациента с длительно существующим инородным телом бронха. Пластиковое инородное тело находилось в бронхе более месяца из-за отсутствия анамнестического указания на возможный факт аспирации, а также из-за невозможности его рентгенологической визуализации, что привело к закономерным изменениям в слизистой бронха и паренхиме легкого.

Ключевые слова: инородное тело, дыхательные пути, осложнение, дети.

Актуальность: Аспирация инородных тел в детском возрасте – проблема, не теряющая своей актуальности, что обусловлено последующим развитием самых различных патологических состояний. Инородные тела трахеобронхиального дерева могут являться причиной угрожающего жизни состояния, требующего неотложной помощи [1, 2]. При попадании в долевые и сегментарные бронхи небольшие инородные тела довольно сложны для диагностики, если нет четкого анамнестического указания на факт аспирации [1]. Косвенными признаками наличия рентгеннегативных инородных тел в бронхах являются повышение пневматизации, эмфизематозное вздутие легочной ткани на стороне нахождения инородного тела в ранние сроки после аспирации и ателектаз доли, сегмента легкого в более поздние сроки [3]. Несвоевременная диагностика инородного тела бронха с его длительным

пребыванием является доказанным этиологическим фактором последующего развития хронического нагноительного заболевания легкого [4, 5, 6].

Клинический случай. Мальчик С.Д. 1 год 1 мес. поступил в отделение гнойной хирургии СОКБ им. В.Д. Середавина 24.09.2019 в 18:35 в экстренном порядке с жалобами мамы на кашель и затрудненное дыхание у ребенка, повышение температуры тела до 38.8⁰С, снижение аппетита.

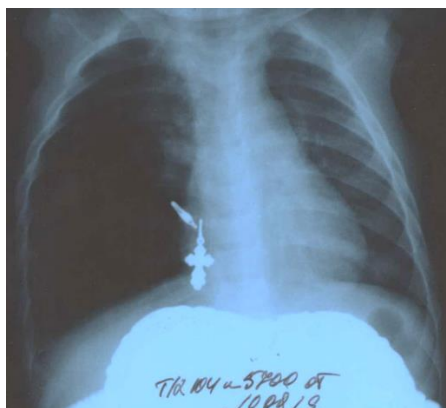


Рис. 1. Рентгенограмма легких С.Д. от 10.09.19

Из анамнеза известно, что 17.08.2019 впервые появились жалобы на кашель, повышение температуры тела до 38.4⁰С, насморк. Лечился амбулаторно по поводу ОРВИ, затем, после выполнения рентгенографии легких, в педиатрическом отделении Жигулевской ЦРБ с диагнозом: Обструктивный бронхит. Получал комплексное лечение, включая цефтриаксон. В стационаре выполнялось контрольное рентгенологическое исследование легких, патологических образований при котором не обнаружено (рис.1), хотя на снимке обращает на себя внимание повышение пневматизации легочной ткани справа.

Выписан с улучшением, но мать отмечает сохраняющийся у ребенка кашель. С 20.09.2019 у ребенка вновь появился насморк, повысилась температура тела до 39.5⁰С, усилился кашель. Осмотрен педиатром, назначена антибактериальная терапия (аугментин). Продолжал температурить, 24.09 появилось затрудненное дыхание, обратились в ЦРБ, где оказана помощь (жаропонижающие, ингаляция с беродуалом) и выполнена рентгенография легких, на которой визуализирована

нижнедолевая полисегментарная пневмония и округлое образование правого легкого. Бригадой САС ребенок доставлен в СОКБ с диагнозом: Правосторонняя деструктивная пневмония. Правосторонний пневмоторакс? Лобарная эмфизема справа. Анемия легкой степени.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Активен. Кашель частый, приступообразный, малопродуктивный. Кожа бледная. Носовое дыхание незначительно затруднено. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 128 уд. в мин, SatO₂ 98-99%. Грудная клетка правильной формы, при дыхании симметрична, без участия вспомогательной мускулатуры. ЧД 32 в мин. Аускультативно в легких жесткое дыхание, справа ослаблено в средних и нижних отделах, хрипы единичные проводные.

На рентгенограмме органов грудной клетки (рис.2) – увеличение объема с повышением прозрачности средней доли и инфильтративная тень с ателектазом в проекции S8-S9 нижней доли справа.



Рис.2. Рентгенография легких С.Д. от 24.09.19 – лобарная эмфизема справа.

УЗИ плевральных полостей 24.09.2019: свободная жидкость справа до 8мм, слева узкая полоска.

ОАК от 24.09.2019: Эр - $4.37 \times 10^{12}/л$; Нб – 113 г/л; Le - $19.70 \times 10^9/л$; Tr - $644 \times 10^9/л$; э-1%, п/я-0%, с/я-63%, Л-27%, М-9%, СОЭ – 31 мм/ч.

ОАМ – без патологии.

Биохимический анализ крови от 25.09.19: С-реактивный белок 116,8 мг/л (норма 0-5 мг/л), фибриноген 4,7 г/л (норма 1,8-3,5 г/л), остальные

исследуемые показатели (общий белок, мочеви́на, креатинин, АлАТ, АсАТ) в пределах возрастной нормы.

Диагноз: Острая внебольничная нижнедолевая пневмония справа. Лобарная эмфизема средней доли. Реактивный правосторонний плеврит. ДН 0.

Учитывая стабильное состояние ребенка и отсутствие признаков внутригрудного напряжения начата подготовка к диагностической фибробронхоскопии. Назначена дезинтоксикационная, антибактериальная (бакперазон, амикацин), противовоспалительная, антикоагулянтная терапия. Динамически наблюдался.

25.09.19 ребенку под наркозом выполнена диагностическая фибробронхоскопия, при которой в промежуточной бронхе справа обнаружено инородное тело – пластиковый колпачок 0,9x0,4 см. Инородное тело захвачено щипцами, удалено (рис.3). Слизистая промежуточного бронха справа выражено отечна, гиперемирована.

Микроскопия промывных вод бронхов: эпителий мерцательный 1-5 в п/з, лейкоциты 12-40 в п/з, эритроциты 1-3 в п/з, макрофаги 10-20 в скоплениях б/к в п/з.



Рис.3. Извлеченное инородное тело промежуточного бронха.

При контрольных рентгенологическом и ультразвуковом исследованиях отмечено уменьшение в объеме эмфизематозного вздутия уже вечером в день проведения ФБС и нарастание количества выпота в плевральной полости справа (рис.4 и 5).

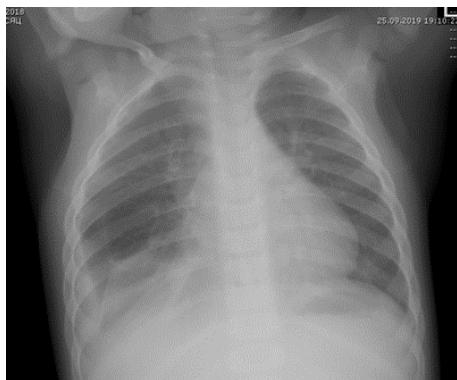


Рис. 4. Рентгенография от 25.09.19 – уменьшение размеров лобарной эмфиземы и правосторонний плеврит.



Рис. 5. УЗИ плевральных полостей – анэхогенный выпот.

Плевральная пункция справа выполнялась пациенту дважды – 27.09.19 и 29.09.19, эвакуировано 50,0 мл и 5,0 мл выпота геморрагического характера соответственно.

Микроскопия пунктата: лейкоциты 0-1-2 в п/з, эритроциты б/к.

Исследование плевральной жидкости на туберкулез (микроскопия и ПЦР) – отрицательно.

Бактериологическому исследованию подвергались промывные воды бронхов, плевральный выпот и кровь – все посева стерильны.

Учитывая длительность анамнеза, неясный срок пребывания инородного тела в бронхе, пациенту 30.09.19 выполнена компьютерная томография органов грудной клетки с контрастным усилением (рис. 6): В нижней доле правого легкого определяются инфильтративные изменения в виде участков повышенной плотности, неоднородные, с видимыми просветами бронхов. Полостей деструкции и участков буллезного вздутия не выявлено. Междолевая плевра уплотнена. Повышена воздушность средней доли справа. Просвет трахей и бронхов свободны. Определяется диффузное утолщение стенок крупных бронхов. Признаков нарушения бронхиальной проходимости не выявлено. Легочные сосуды не изменены. В правой плевральной полости скопление жидкости толщиной 13 – 15 мм по задней поверхности.

Клинический диагноз: Острая внебольничная нижнедолевая пневмония, ателектаз нижней доли, викарная эмфизема средней доли справа. Иностранное тело промежуточного бронха справа.

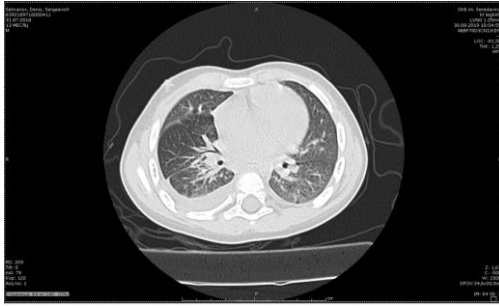


Рис. 6. КТ – правосторонняя нижнедолевая пневмония. Свободная жидкость в правой плевральной полости. Викарная эмфизема средней доли справа.

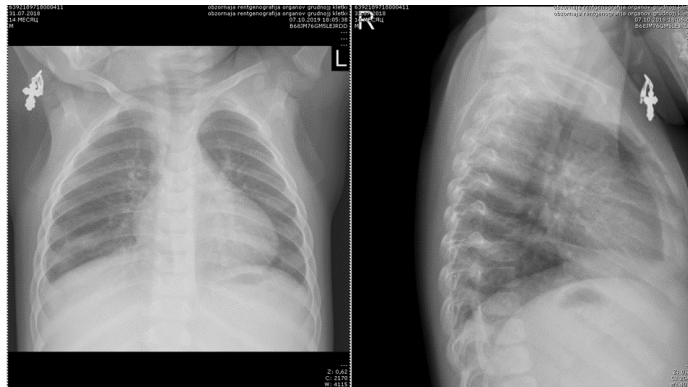


Рис. 7. Рентгенография легких С.Д. от 07.10.19 – улучшение пневматизации правого легкого.

На фоне проведенного лечения состояние ребенка улучшилось, температура нормализовалась, положительная динамика отмечена и при контрольных рентгенологическом (рис.7) и ультразвуковом исследованиях (от 07.10 – выпота в плевральных полостях нет). По лабораторным данным – снижение лейкоцитоза до $13,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 14 мм/ч.

Тем не менее, выраженность вторичных изменений в легком и плевральной полости и длительный неясный срок пребывания инородного тела в бронхе диктовали необходимость контрольного осмотра слизистой бронхов для макроскопической оценки их состояния и прогнозирования дальнейшего диспансерного наблюдения.

При повторной фибробронхоскопии от 07.10.19 выявлено: в просвете бронхов слизистый секрет в умеренном количестве, больше справа. Слизистая трахеобронхиального дерева (ТБД) гиперемирована очагово в промежуточном, среднедолевом и нижнедолевом бронхах справа. На слизистой промежуточного бронха сохраняются грануляции до 0,05 см, просвет промежуточного бронха перекрыт грануляциями до $\frac{1}{4}$; сосудистый рисунок смазан в промежуточном, среднедолевом и нижнедолевом бронхах.

Ребенок выписан 09.10.19 (15 к/дней) на амбулаторное лечение по месту жительства. Рекомендован бисептол 10 дней, фитотерапия 1 месяц, прием поливитаминов. Контрольная рентгенография легких через 1 месяц с консультацией торакального хирурга СОКБ.

Результаты и обсуждение: Приведенный клинический пример демонстрирует наиболее частые сложности и ошибки в диагностике инородных тел бронхов. Прежде всего, недостаточный контроль за ребенком и оставшийся незамеченный родителями факт аспирации не позволил заподозрить наличие инородного тела при первичном обращении за медицинской помощью. Рентгенологически пластиковый предмет выявить не представляется возможным, но необходимо обращать внимание на возникшую повышенную пневматизацию легочной ткани справа, свидетельствующую о вентильном механизме закупорки бронха. Следующим клиническим признаком возможного инородного тела бронха является длительный упорный кашель, присутствовавший у данного пациента. Особенным в клинико-рентгенологической картине данного случая является одновременное развитие и эмфиземы средней доли и ателектаза сегментов нижней доли, что обусловлено фиксацией инородного тела в промежуточном бронхе и длительном его пребывании там. Выявленные при контрольной бронхоскопии грануляции на слизистой бронха, перекрывающих четверть его просвета, являются неблагоприятным фактором и свидетельствуют об угрозе развития хронического нагноительного заболевания легких.

Выводы:

1. В детском возрасте полноценный анамнез заболевания является важнейшим звеном в диагностическом поиске, а для факта аспирации инородных тел – ключевым.

2. Упорно сохраняющийся кашель, рецидивы бронхита, а также косвенные рентгенологические признаки в виде неравномерной пневматизации должны становиться отправной точкой для поиска инородного тела бронха даже без указания на возможность аспирации в анамнезе.

3. Своевременно выполненная фибробронхоскопия позволяет обнаружить инородное тело бронха, удалить его и оценить состояние слизистой бронха, а компьютерная томография легких – обнаружить инородное тело и оценить состояние легочной ткани и проходимости бронхов.

4. После удаления инородного тела бронха, независимо от сроков его пребывания, ребенок нуждается в интенсивном лечении бронхита и длительном диспансерном наблюдении у педиатра и пульмонолога, а также торакального хирурга при выявлении развития хронических нагноительных заболеваний легких.

Список литературы:

1. Егоров В.И., Мустафаев Д.М. Наш опыт лечения инородных тел в нижних отделах дыхательных путей у детей//Наука и инновации в медицине. – 2018. – № 1 (9). – С. 11-14.

2. Инородное тело бронхов как причина необычного течения пневмонии у ребенка 2,5 лет / Т.В. Спичак, О.В. Кустова, Ю.В. Разуваева, Д.В. Хаспеков // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2016. - №1. – с.143-145.

3. Козырева Н.О. К проблеме аспирации инородных тел в дыхательные пути у детей/ Н.О. Козырева // Фундаментальные исследования. – 2011. - №9. – с.411-415.

4. Кузьмин А.И. Хирургические заболевания легких у детей: учебное пособие для студентов медицинских вузов. / А.И. Кузьмин, М.И. Терехина. – Самара: ФГБОУ ВО СамГМУ; ООО «Полиграфическое объединение «Стандарт», 2018. – 240 с.

5. Рокицкий М.Р. Хирургические заболевания легких у детей: Руководство. – Л.: Медицина, 1988. – 288 с.

6. Хронические заболевания легких у детей / под ред. Н.Н. Розиновой, Ю.Л. Мизерницкого. – М., Практика, 2011. – 224 с.

ОСОБЕННОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЛЬЦЕВ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ДЕТСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.

Фомин В.Д.

ГБУЗ СО СГП №4 ПО №2 г. Самара

В работе приведены результаты хирургического лечения 328 детей с гнойно-воспалительными заболеваниями пальцев, выполненными под анестезией по Оберст-Лукашевичу с использованием 2% раствора лидокаина без наложения жгута на оперированный палец. Осложнений не отмечено.

Ключевые слова: дети, панариций, вросший ноготь, проводниковая анестезия.

Примерно 30% всех больных хирургических кабинетов поликлиник составляют пациенты с гнойными заболеваниями пальцев кисти и стоп.

Вопрос адекватного обезболивания при вмешательствах на пальцах у детей является одним из важнейших в детской амбулаторной хирургии [1, 3, 5, 6].

Основным методом местного обезболивания, при операциях на пальцах конечностей в амбулаторной практике является проводниковая анестезия по Оберст-Лукашевичу. С внедрением в амбулаторную практику 2% раствора лидокаина вместо 0,5% и 1% раствора новокаина, появились случаи некроза кожи и подкожной клетчатки при анестезии по данной методике. Это можно связать с более высокой концентрацией анестетика (2% лидокаин против 1% новокаина). Введение 2% раствора лидокаина при наложении жгута приводит к более глубокому расстройству кровообращения. Кроме того в некоторых случаях применяется 2% раствор лидокаина с добавлением адреналина. Данное сочетание используется в стоматологической практике. Учитывая рассыпной тип кровоснабжения на лице, такое сочетание в

стоматологии полезно, но имея в виду, магистральный тип кровоснабжения пальцев, эта методика становится опасной, так как сдавление сосудов и мягких тканей жгутом дополняется сосудосуживающим действием адреналина.

Следует остановиться на следующих преимуществах лидокаина: быстрое наступление анестезии, практически на кончике иглы, меньшее количество самого анестетика, меньшая частота аллергических реакций по сравнению с раствором новокаина, более длительное последствие [2, 4, 5]

Инфильтрационная анестезия основана на пропитывании растворами анестетиков всех слоев тканей в области операционного поля и его ближайшего окружения. При местной анестезии по методу А.В.Вишневого «тугого ползучего инфильтрата» анестезия начинается с пропитывания кожи до «лимонной корочки», болевые рецепторы быстро блокируются тугим новокаиновым инфильтратом, что позволяет начинать операцию сразу без ожидания [1, 3, 5, 6]

Анестезия по Оберст-Лукашевичу – анестетик вводится у основания основной фаланги из двух вколов, дистальнее наложенного жгута.

Цель работы – анализ результатов хирургического лечения детей с гнойно-воспалительными заболеваниями пальцев с использованием модифицированной проводниковой анестезией.

Материал и методы исследования

В СГП №4 ПО №2 Кировского района за последние 10 лет (с 2008 по 2018 год), проведено 328 обезболиваний пальцев конечностей у детей по оригинальной методике. Операции производились по поводу вросших ногтей, подногтевых и подкожных панарициев.

Обезболивание выполнялось при помощи 2% лидокаина, который вводился у основания пораженной фаланги с двух сторон с тыльной стороны

пальца. Объем вводимого анестетика варьировал в зависимости от возраста ребенка от 2 до 3 мл. жгут не накладывался. Таким образом, удалось совместить преимущества проводниковой анестезии – выключение основных нервных веточек фаланги пальца, с инфильтрационным методом тугого инфильтрата, при котором анестезия наступает на кончике иглы (тугая инфильтрация кожи до «лимонной корочки» не производилась). Кроме того метод тугого инфильтрата на пальцах позволяет избегать кровотечения во время операции Бартлетта при рецидивных вросших ногтях у детей (клиновидная резекция мягких тканей с наложением швов).

Результаты.

По данной методике прооперировано 328 детей. Осложнений в виде кровотечения и некрозов не отмечалось. После операции каждый больной наблюдался 30 минут, прежде чем отпущался домой. Обезболивающий эффект в послеоперационном периоде продолжался в зависимости от возраста от двух до шести часов. Прием анальгетиков после окончания эффекта анестезии примерно у 40% детей не требовался.

Таким образом, данный вариант местной анестезии может быть рекомендован для широкого внедрения в детскую амбулаторную практику, как достаточно эффективный и безопасный.

В детской амбулаторной практике осуществляется следующий спектр оперативных вмешательств на пальцах конечностей при гнойно-воспалительных заболеваниях – вскрытие внутрикожных, подкожных, подногтевых панарициев (удаление ногтевых пластинок) и операции по поводу врастания ногтевой пластинки.

Костные, суставные и сухожильные панариции относятся к категории стационарных больных, так как требуют общего обезболивания и иногда сопровождаются необходимостью повторных перевязок под наркозом.

За последние 10 лет (с 2008 по 2018 год) в ПО №2 СГП №4 г. Самара проведены следующие операции на пальцах конечностей:

1. Вскрытие подкожных панарициев 42
2. Удаление ногтевых пластинок при подногтевых панарициях 100
3. Операции при вросших ногтях 186

Осложнений после обезболивания и повторных вмешательств при острых гнойных процессах не отмечалось.

Необходимо помнить, что наличие у ребенка подкожного панариция является показанием для подключения антибактериальной терапии.

С 2008 по 2018 год в СГП №4 ПО №2 по поводу вросшего ногтя прооперировано 186 детей. В 176 случаях выполнялось полное или частичное удаление ногтевой пластинки (удаление ногтевой пластинки с иссечением гипергрануляций - 88, удаление ногтевой пластинки с краевой резекцией матрикса - 18, краевая резекция ногтевой пластинки - 70, операция Бартлетта - 10. (у 10 человек из 186.)

Удаление всей ногтевой пластинки производилось при осложненном вросшем ногте с двусторонними гипергрануляциями и явлениями подногтевого панариция или при тотальном грибковом поражении последней с врастанием в мягкие ткани. Как правило, это запущенные случаи после самолечения с применением мази Вишневского или ихтиоловой мази, якобы для «высасывания гноя из-под ногтя». Частота подобных случаев уменьшается из-за медленно, но все-таки растущей грамотности населения.

Удаление ногтевой пластинки с краевой резекцией матрикса производилось при рецидиве врастания ногтевой пластинки после ранее перенесенного удаления всей ногтевой пластинки или краевой резекции. В амбулаторной практике не рекомендуется производить эту операцию из-за

повышенной кровоточивости с раневой поверхности в послеоперационном периоде и невозможности наблюдать за пациентом более 30 минут.

При отсутствии гнойных осложнений (перехода в подногтевой панариций), гипергрануляций, грибкового процесса, а так же отсутствии эффекта от консервативного лечения производилась краевая резекция ногтевой пластинки. Преимущества этого метода – быстрое заживление раневой поверхности (5-7 дней), недостатки – частые рецидивы при несоблюдении рекомендаций в позднем послеоперационном периоде (неправильное подстригание отросшей ногтевой пластинки, ношение узконосой обуви, отсутствие адекватной коррекции плоскостопия).

Венцом оперативного лечения вросшего ногтя в амбулаторной детской поликлинической практике является операция Бартлета - удаление ногтевой пластинки или ее краевая резекция, дополненная иссечением кожи со стороны врастания двумя полуовальными разрезами с наложением швов.

Преимущества этого метода – отсутствие рецидивов, недостаток – удлиненные сроки лечения, так как швы снимаются на 10, а лучше на 14 сутки после операции. Данный метод не применялся при наличии гипергрануляций и гнойного отделяемого – высока вероятность несостоятельности швов. При расхождении или нагноении швов сроки лечения увеличиваются до 21 дня и более.

Вопрос о целесообразности выполнения операции Бартлета при первом врастании остается спорным из-за длительных сроков лечения – 14 дней, тогда как при краевой резекции ногтевой пластинки ребенок идет в школу или детский сад на 7-й день после операции.

Отдельно стоит проблема сочетания врастания ногтевой пластинки с грибковой инфекцией. Данный контингент детей целесообразно лечить в тесном контакте с дерматологами. Во 2 ПО ГБ №4 организовано совместное лечение и обследование детей с грибковым поражением ногтевой пластинки,

сопровождающимся ее врастанием. При наличии внешних признаков грибковой инфекции пластинка удалялась полностью, с последующим микологическим исследованием и долечиванием противогрибковыми препаратами под наблюдением дерматолога. Так же отправлялись на микологическое исследование ногтевые пластинки при рецидивном врастании, если сроки формирования ногтевой пластинки после первого оперативного лечения превышали 5-6 месяцев. В норме ногтевая пластинка формируется за 3 месяца после удаления, задержка в росте - косвенный признак грибковой инфекции.

Краевая резекция матрикса при грибковой инфекции, сочетающейся с врастанием ногтевой пластинки не производилась, так как эта манипуляция сопровождается повышенной кровоточивостью, особенно на фоне грибкового процесса. Кроме того, иссечение матрикса при отсутствии противогрибковой терапии не избавляет пациента от грибковой инфекции и высокого риска повторного врастания.

Операция Бартлета нецелесообразна из-за более позднего перевода больного под наблюдение дерматолога – на 14-й день после операции.

Кроме того, даже иссечение мягких тканей со стороны врастания, при отсутствии противогрибковой терапии, не гарантирует скручивания и повторного врастания ногтевой пластинки с противоположной стороны.

Выводы.

1. Обезболивание пальцев конечностей 2% раствором лидокаина без наложения жгута эффективно и безопасно.

2. Лечение глубоких форм панарициев – костный, суставной, сухожильный недопустимо в условиях детской поликлиники.

3.Своевременная коррекция предрасполагающих факторов при врастании ногтевой пластинки позволяет существенно уменьшить количество операций при вросших ногтях.

4.Проблема лечения рецидивного врастания ногтевой пластинки достаточно успешно решается при операции Бартлета.

5.При отсутствии гнойных осложнений и грибкового процесса, на фоне отсутствия эффекта от консервативного лечения целесообразно выполнять краевую резекцию ногтевой пластинки, как менее травматичную и с меньшими сроками лечения – до 7 дней. При выполнении пациентом рекомендаций в отдаленном послеоперационном периоде и своевременной коррекции предрасполагающих факторов риск повторного врастания удается свести к минимуму.

6.Оперативное лечение вросшего ногтя в сочетании с грибковой инфекцией обязательно должно дополняться противогрибковой терапией, микологическим исследованием ногтевой пластинки и наблюдением дерматолога.

7.Будущее в успешном лечении неосложненного вросшего ногтя в амбулаторной практике за скобами Фрезера, к сожалению пока недоступными в бюджетной медицине.

Список литературы.

1.А.И.Ленюшкин «Руководство по детской поликлинической хирургии» Ленинград «Медицина» 1986г

2.Г.А.Баиров, Л.М.Рошаль "Гнойная хирургия детей" Ленинград "Медицина" 1991г.

3.А.В.Барский «Диагностика и лечение гнойных заболеваний кисти и пальцев.» Куйбышев 1987г.

4. Детская хирургия: национальное руководство/под ред. Ю.Ф.Исакова, А.Ф.Дронова. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168с

5. А.В.Барский, М.А.Барская «Диагностика и лечение гнойных заболеваний кисти и пальцев у взрослых и детей» Учебное пособие. Самара 2004

6. Б.В.Усольцева, К.И.Машкара « Хирургия заболеваний и повреждений кисти» Ленинград Медицина 1986г.

Содержание

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ. Барская М.А. ¹ , Варламов А.В. ² , Завьялкин В.А. ¹ , Фролова Ю.В. ²	4
ПЕРЕКРУТ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕТЕЙ. ДИАГНОСТИКА. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА. Богдан З.В., Завьялкин В.А., Варламов А.В., Тимашев И. В.....	9
ПРИМЕНЕНИЕ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ. Бусов В.Н., Бусов Н.А., Князьков Л.В., Еремин П.В.....	17
ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ. Гасанов Д.А. ^{1,2} , Барская М.А. ¹ , Терёхин С.С. ² , Елисеев А.Н. ² , Смолин С.Е., Гасанова Т.И.....	25
КОМПЛЕКСНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПЕРИТОНИТАХ У ДЕТЕЙ. В.А. Завьялкин, М.А. Барская, А.А.Варламов, А.И.Кузьмин.....	31
НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ И СОПУТСТВУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ Зеброва Т.А., Барская М.А., Хасянзянов А.К., Устинова Т.К., Мельникова Л.С.....	42
СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БОЛЕЗНЬЮ ЛИТТЛА. Е.В. Ковалев, П.В. Рыжов, Н.В. Пирогова.....	46
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛИПАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ Кузьмин А.И., Барская М.А., Мунин А.Г., Терехина М.И., Вернер В.В., Завьялкин В.А., Маркова М.Н., Скрипичин Н.А., Шифрин Г.И.....	55
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ Мазнова А.В., Варламов А.В., Быков Д.В., Завьялкин В.А., Щуклова В.В....	63

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВДГК У ДЕТЕЙ ПО МЕТОДУ NUSS. Рыжов ПВ, Хасянзанов АК, Шмельков АВ, Новоженков ЕН.....	71
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО БРОНХА КАК НАХОДКА У ПАЦИЕНТА С ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ). Терехина М.И., Кузьмин А.И., Мушин А.Г ² , Вернер В.В., Кавкаев А.В.....	75
ОСОБЕННОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЛЬЦЕВ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ДЕТСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ. Фомин В.Д.....	85