

ность кожных покровов правого бедра и ягодицы. Сознание на уровне оглушенности, температура тела до 38 °С. При обследовании в клинике установлен диагноз «Анаэробная флегмона правой ягодичной области и бедра». Выполнено КТ 09.11.2011 г. — флегмона правой ягодичной области с распространением на правое бедро и подколенную область; реактивные изменения в подкожной жировой клетчатке поясничной области и боковой (правой) области живота за счет лимфостаза; гидроцеле; жидкость в позадипрямокишечном пространстве; инфильтрация клетчатки малого таза; увеличенный паховый лимфатический узел справа. Патологических изменений артерий и вен конечностей не выявлено. При поступлении 09.11.2011 г. выполнены разрез и дренирование анаэробного целлюлофасциомиозита правой ягодичной области и правого бедра. Гистологическое заключение: фрагментация и некроз мышц, тотально некротизированный кожный лоскут с лейкоцитарной инфильтрацией. Посев раневого отделяемого — *Kl.pneumoniae*, *Acinetobacter cal.*, *Ps.aeruginosa*, *Enterobacter*; от 25.01.2012 г. — роста микрофлоры нет. Посев крови (21.11.2011 г.) — стерилен.

Микроскопия крови от 10.11.2011 г. — грамположительные палочки со спорами. Прокальцитонинотест >10 нг/мл. Рентгенография костей таза 15.12.2011 г. — патологических изменений нет. Вторичную хирургическую обработку мягких тканей производили трижды — 11.11.2011 г., 15.11.2011 г., 12.12.2011 г. Наложено КСТ 25.11.2011 г. На 42-е сутки выполнена свободная аутодермопластика мягких тканей правого бедра, 30.01.2012 г. — свободная аутодермопластика мягких тканей правой ягодичной области. Площадь приживления — 90%. Выписан на амбулаторное реабилитационное лечение. В настоящее время пациент чувствует себя удовлетворительно, работает, использует трость. При контрольных осмотрах имеется умеренная сгибательная контрактура правых тазобедренного и коленного суставов. Признаков остеомиелита костей таза, бедренной кости не выявлено. Общая длительность лечения 101 сут.

Д.А.Гранов (председатель). Обыкновенное чудо получено коллективом старейшей клиники.

Поступил в редакцию 09.12.2015 г.

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Председатель Правления — Э.В.Ульрих, ответственный секретарь — Д.А.Лебедев,
референт — Т.К.Немилова

482-е заседание 17.04.2013 г.

Председатель — Д.Д.Купатадзе

ДОКЛАД

А.Б.Макеев, С.Н.Погорелький (ЛОГБУЗ «ДКБ»). **Лечение детей и подростков с заболеваниями коленного сустава.**

За 3 года (2010–2012) в отделении травматологии и ортопедии Ленинградской детской областной клинической больницы находились на лечении 361 пациент с повреждениями (72 ребенка), заболеваниями (53) и последствиями травм (236) коленного сустава.

Актуальность проблемы определяется высокой частотой неблагоприятных последствий и осложнений травм коленного сустава, что, в свою очередь, объясняется поздней госпитализацией в специализированное травматологическое отделение, неадекватным ведением пациентов на ранних этапах (до перевода в специализированное отделение). Учитывая тяжесть внутрисуставного повреждения, а также большую вероятность последствий, приводящих к ранним осложнениям, мы поставили перед собой цель разработать схему, сочетающую в себе адекватную диагностику и минимальное хирургическое вмешательство.

Основными составляющими этой схемы, наряду со стандартным клиническим обследованием и рентгенографией (100%), были: магнитно-резонансная томография сустава

(более 90%), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ — более 40%), раннее хирургическое лечение (при наличии показаний) — в 1–5-е сутки от поступления, адекватное обезболивание, активное использование С-дуги (рентгеноскопия) при костной травме, применение лечебной артроскопии как самостоятельно, так и в сочетании с рентгеноскопией (С-дуга). Кроме того, при необходимости и наличии показаний применяли «малые» импланты, предпочитая чрескожное введение в сочетании с ранним и малотравматичным их удалением. Основными принципами вмешательств мы считали минимальную инвазию, максимальное органосохранение и раннюю реабилитацию.

Ответы на вопросы. Для оценки состояния эпифизарной зоны при репозиции эпифизов бедренной кости мы всегда активно используем электронно-оптический преобразователь. Видеоассистированные репозиции мы выполняли при переломе наружного мыщелка.

Прения

И.А.Комиссаров. Поскольку в названии доклада звучат «повреждения коленного сустава», то вряд ли правильно было включать сюда переломы на уровне эпифизов и метафизов.

В.В.Авраменко. Стоит только поприветствовать то, что вы так тщательно занимаетесь патологией коленного сустава, поскольку этим видом патологии у детей мало кто занимается. Что касается оформления доклада, то хотелось

бы видеть более четкие фото рентгенограмм, так как на некоторых из представленных снимков из-за низкого качества изображения оценить в деталях интересующую зону не представляется возможным.

Т.К.Немилова. Хороший доклад, много интересной информации, но представлена она несколько сумбурно, напоминая некую «галерею». Не хватает структурности в построении доклада.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Д.Д.Купатадзе, В.В.Набоков, Ю.Ю.Махин (СПбГПМУ). **Хирургическое лечение лимфангиом шеи и аксиллярной области.**

Представлен 20-летний опыт лечения лимфангиом шеи у детей дошкольного возраста. Показано, что в случаях кистозно-кавернозных лимфангиом можно столкнуться с трудностями выполнения оперативного приема, связанными с рубцеванием и фиброзом сосудисто-нервных пучков. Успешному выполнению этих операций способствует применение элементов микрохирургической техники. Продемонстрированы два наблюдения.

2. Д.Д.Купатадзе, В.В.Набоков, Ю.Ю.Махин (СПбГПМУ). **Редкий случай удаления опухоли I ребра.**

В литературе отсутствуют данные о выборе оперативного доступа при удалении патологических образований I ребра. Представлен опыт лечения пациента с патологическим переломом средней трети I ребра на фоне его фиброзной дисплазии. Показанием к операции явился стойкий болевой синдром. Выбран «окончатый» доступ со стороны надплечья с разведением трапецевидной мышцы. Патологически измененный сегмент резецирован в пределах здоровых тканей. Повреждения магистральных сосудов и структур плечевого сплетения не было. Заживление раны первичным натяжением. Движения в правой верхней конечности сохранены в полном объеме. Нейроциркуляторных расстройств нет. Болевой синдром купирован.

Ответы на вопросы. Операция была произведена неделю назад, поэтому данные гистологического исследования еще не получены. Предполагаем, что это посттравматический ложный сустав. В данном случае нам был не так важен гистологический диагноз, поскольку основная цель нашей демонстрации — показать возможный доступ к I ребру, ибо, как выяснилось, подобный доступ нигде не описан.

483-е заседание 15.05.2013 г.

Председатель — И.А.Комиссаров

ДОКЛАД

Т.К.Немилова. **Отчет главного детского хирурга Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга о работе детских хирургических стационаров Санкт-Петербурге в 2012 г.**

В ежегодном отчете главного детского хирурга представлена работа в прошедшем году хирургических отделений в пяти городских детских больницах № 1, 2, 5, 19, 22, а также в СПбГПМУ. По-прежнему наибольший объем вмешательств, разнообразных по характеру, осуществляется в ДГБ № 1. Продолжают широко внедряться в практику

миниинвазивные вмешательства, преимущественно в ДГБ № 1, № 5 и СПбГПМУ, причем растет не только количество торако- и лапароскопических вмешательств, но и расширяется диапазон видов патологии, при которой они применяются. Однако в остальных стационарах при наличии соответствующего оборудования для миниинвазивных вмешательств это оборудование не используется в достаточном объеме, а в ДГБ № 2 миниинвазивные вмешательства не применяются совсем. Сократился объем колопроктологических вмешательств в ДГБ № 22, несмотря на наличие в этом стационаре специализированных коек. Широко внедряются ангиорентгенологические методы лечения, в частности при урологической патологии (СПбГМУ). В Педиатрическом университете осуществляется самый большой объем урологических операций, в том числе с использованием внутрипросветных доступов и миниинвазивных. По-прежнему хирургия новорожденных (ДГБ № 1) занимает лидирующие позиции в стране, причем миниинвазивные методы (лапаро- и торакокопия) в неонатальной хирургии все шире используются (диафрагмальные грыжи, кисты брюшной полости и другие виды патологии). В травматологических отделениях шире стали применяться эндоскопические методы (артроскопия). При анализе ошибок, осложнений и летальности отмечено, что в основном летальные исходы могут быть отнесены к «неуправляемой» летальности.

Детские хирурги города принимают активное участие в работе Общества детских хирургов Санкт-Петербурга, а также выступая на российских и международных конференциях, съездах и конгрессах детских хирургов. Говоря о перспективах дальнейшего развития детской хирургии в нашем городе, отмечена необходимость более широкого применения современных миниинвазивных методов.

484-е заседание 18.09.2013 г.

Председатель — проф. Т.К.Немилова

ДОКЛАД

Т.В.Кесаева, М.Ф.Ковшова, А.Н.Котин, А.В.Туркин, Е.М.Игнатъев, В.Е.Малых (ДГБ № 1). **Лечение деструктивных пневмоний, осложненных эмпиемой плевры — современный взгляд.**

Проблема лечения деструктивных пневмоний у детей в последнее время приобретает все большую актуальность. Это связано с ростом числа заболевших, совершенствованием методов диагностики и лечения. Основным методом диагностики внутриплевральных осложнений является рентгенография, однако она не позволяет провести четкую дифференциальную диагностику стадий эмпиемы плевры. Для оценки характера патологических изменений в плевральной полости в настоящее время широко используется ультразвуковая диагностика. В отличие от рентгенографии, УЗИ позволяет оценить характер и распределение выпота по плевральной полости и определить стадию заболевания, что является важным для выбора тактики лечения детей с деструктивными формами пневмоний.

Современный подход к лечению деструктивных пневмоний у детей включает в себя сочетание консервативного и хирургического лечения. Наряду с общепринятым методом лечения эмпиемы плевры — дренированием плевральной полости, в мировой практике широко используется метод

ранней санационной торакоскопии. Однако и консервативная терапия с применением фибринолитиков также имеет своих сторонников.

Наш опыт использования санационной торакоскопии в лечении детей с эмпиемой плевры достаточно небольшой. За последние 3 года были прооперированы 15 детей в возрасте от 15 дней жизни до 16 лет. Показанием к проведению вмешательства явилась неэффективность дренирования плевральной полости на фоне формирования отграниченных полостей и фиброзных наложений в плевральной полости. Технически выполнение операции было более простым у детей, оперированных не позднее 5–7 сут от начала заболевания. Осложнений не было. Выписаны с 16-го по 23-й день. На основе данных литературы и собственного опыта мы пришли к следующим выводам.

Эмпиема плевры у детей — динамический воспалительный процесс. Ее лечение должно быть основано на определении стадии заболевания и оценке клинического состояния. Ультразвуковое исследование — оптимальный метод оценки характера выпота в плевральной полости. При возникновении показаний к операции целесообразно проведение КТ. Торакоскопическая санация наиболее эффективна в гнойно-фибринозную стадию эмпиемы плевры.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А.С.Иова, С.А.Сотников, Е.Ю.Крюков (ДГБ № 1). **Ультразвуковая стереотаксическая навигация в режиме реального времени в лечении множественных абсцессов мозга у детей.**

Авторами представлены 2 случая лечения указанным способом абсцессов мозга у детей.

1. Пациент Б., 2 года 4 мес, госпитализирован в ДГБ № 1 в 1-й день болезни с жалобами на подъем температуры тела до 39 °С, мама обратила внимание, что ребенок перестал пользоваться правой рукой. В день поступления ребенку выполнены КТ и МРТ головного мозга — обнаружены множественные абсцессы в лобно-теменно-височной области слева с выраженным смещением срединных структур. На следующий день выполнена операция — пункционная аспирация и дренирование множественных абсцессов левой лобно-теменно-височной области (при пункции абсцессов и имплантации в их полости катетера применяли ультразвуковую стереотаксическую навигацию в режиме реального времени). После операции ребенок получал комбинированную внутривенную антибактериальную терапию (меронем, ванкомицин, дифлюкан). В дренаж, заведенный в полости абсцессов, вводили ванкомицин. Длительность дренирования — 26 сут. При клинко-интраскопическом мониторинге отмечалась положительная динамика.

2. Пациентка А., 5 лет, госпитализирована в ДГБ № 1 в связи с тем, что на фоне подъема температуры тела до 39 °С у ребенка развился генерализованный тонико-клонический припадок. При обследовании в связи с сохраняющейся температурой тела, частым жидким стулом, рвотой у девочки обнаружена тетрада Фалло, и пациентка переведена в отделение кардиохирургии для планового оперативного лечения. После консультации невролога выполнена МРТ, обнаружен многокамерный абсцесс левой теменной и затылочной областей со смещением срединных структур до 6 мм и признаками перифокального отека. Выполнена стереотаксическая аспирация множественных абсцессов левой теменной и затылочной долей (при пункции абсцессов и имплантации в их

полости катетера применяли ультразвуковую стереотаксическую навигацию в режиме реального времени). Полости абсцессов дренировались одним катетером в течение 8 сут. В послеоперационном периоде проводили массивную антибактериальную терапию. При клинко-интраскопическом мониторинге отмечали положительную динамику.

Представленные случаи свидетельствуют о высокой эффективности лечения абсцессов мозга у детей с использованием УЗ-стереотаксической навигации в режиме реального времени.

2. М.А.Гописенко, Е.Б.Попова, А.Н.Котин, А.С.Маркарян, И.Ю.Богданов, Д.В.Иванов (ДГБ № 1). **Гипоплазия толстой и аплазия прямой кишки — редкий вид аномалии.**

Цель демонстрации — представить опыт лечения ребёнка с редким пороком развития, проходившего лечение в ДГБ № 1 в 2011–2013 гг.

Ваня С., поступил в ДГБ № 1 в 1-е сутки жизни в связи с выявленной атрезией ануса. Клинически диагностирована несвищевая форма атрезии ануса и прямой кишки, на инвертограммах купол прямой кишки необычно больших размеров, в связи с чем произведена лапаротомия. Обнаружено, что вся толстая кишка представлена шаровидным слепо заканчивающимся образованием 10×15 см, в которое впадала подвздошная кишка (интактная). Данный участок решено сохранить, из него смоделирована трубка, выведенная в виде концевой колостомы. Наложена концевая илеостомы. В 11 мес ребенок оперирован повторно: остаток толстой кишки (длиной 7 см) был низведён на промежность (по методике А.Пенья), его проксимальный конец анастомозирован с терминальным отделом подвздошной кишки («конец в конец»), наложена защитная двойная илеостомы (впоследствии закрытая через 1,5 мес).

В течение всего периода (ребёнок находился в больнице больше 1 года) основной проблемой оставались рецидивирующие эпизоды энтеропатии, требовавшие подбора и коррекции энтерального питания, инфузионной и антибактериальной терапии, ферментов и биопрепаратов. Благодаря усилиям педиатров к возрасту 1 года 10 мес ребёнка удалось перевести на обычный стол «Малютка» с исключением только хлеба и молочных продуктов. В настоящее время мальчику 2 года 3 мес, масса тела — 10,5 кг, неплохо развивается, стул удерживает (кашицеобразный, 6 раз в сутки).

Представленный случай редкой аномалии, которая в мировой литературе называется «ректальный мешок», характерна почти исключительно для Индии и «классически» предполагает наличие свища в мочевого пузыря (описания несвищевых вариантов порока — единичны). Ключевыми моментами в успешном лечении ребёнка явились сохранение рудиментарной толстой кишки на первом этапе и тесное сотрудничество хирургов с педиатрами.

Поступил в редакцию 09.12.2015 г.

485-е заседание 20.11.2013 г.

Председатель — И.Б.Осипов

ДОКЛАД

И.Б.Осипов, С.А.Сарычев, А.Ю.Щедрин, Д.А.Лебедев (СПбГПМУ). Ботулинотерапия в детской урологии.

В докладе проведена оценка результатов лечения недержания мочи у детей, резистентных к консервативной терапии, с помощью внутридетрузорного введения ботулинического токсина. В СПбГПМУ с 2003 г. выполнено 100 процедур ботулотоксинотерапии 61 ребенку (27 мальчиков, 34 девочки).

Причинами уродинамических нарушений являлись заболевания нервной системы (20 мальчиков, 25 девочек), патология мочевого пузыря (8 мальчиков, 2 девочки) и идиопатическая детрузорная гиперактивность (4 девочки, 2 мальчика). 27 детей имели гиперактивный мочевой пузырь, 24 ребенка были с полной или частичной утратой пузырного рефлекса, у 10 детей мочевой пузырь был норморефлекторный низкокомплаентный; 35 детей имели дезадаптированный мочевой пузырь, у 26 — функциональный объем мочевого пузыря соответствовал возрастной норме. У 16 детей отмечалось умеренное повышение внутрипузырного давления (ВПД) в пределах менее 40 см вод. ст., а у 45 детей — существенная гипертензия в пределах 40–170 см вод. ст.

У 14 детей имела место выраженная нестабильность детрузора, у 15 — умеренно выраженная, а у 32 — не зафиксировано незаторможенных сокращений детрузора.

Из 250 детей с недержанием мочи применение М-холинолитиков оказалось недостаточно эффективным у 44 детей или вызвало побочные эффекты у 17. В этих случаях была выполнена ботулотоксинотерапия детрузора.

Уродинамически оценены результаты после 47 процедур у 28 человек. В среднем емкость мочевого пузыря увеличилась на 165 мл, ВПД снизилось на 38 см вод. ст. Существенных осложнений после инъекций ботулотоксина А не зафиксировано. Длительность эффекта ботулинотерапии, в среднем, составила 6–9 мес.

Ботулотоксинотерапия является малоинвазивным, эффективным и безопасным методом тяжелых форм недержания мочи, резистентных к консервативным методам лечения у детей, с хорошим клиническим и уродинамическим эффектом.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. *И.Б.Осипов, Д.А.Лебедев, Р.С.Задыкан* (СПбГПМУ). **Случай успешной ботулинотерапии гиперактивного мочевого пузыря.**

Мальчик, 8 лет, поступил в клинику СПбГПМУ в 2008 г. с диагнозом: гиперактивный мочевой пузырь, двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс IV степени, недержание мочи и кала, хронический пиелонефрит. В 2004 г. обследован в г. Майкоп по поводу дневного и ночного недержания мочи, выявлен ПМР, получал консервативную терапию, в 2007 г. эндоскопическое лечение ПМР справа. В клинике урологии СПбГПМУ в 2008 г.: при цистографии сохраняется двусторонний рефлюкс, проведено эндоскопическое лечение ПМР с двух сторон, назначена холинолитическая терапия. Через 6 мес: рецидивирование рефлюкса с двух сторон, ритм микций 12 раз в сутки, недержание мочи, энурез, анальная инконтиненция. Проведено повторное эндоскопическое лечение рефлюкса, назначена холинолитическая терапия.

2009 г.: гиперактивность детрузора, резистентная к антихолинергической терапии. По поводу рецидивного ПМР выполнено эндоскопическое лечение с двух сторон. Получал альфа₁-адреноблокатор с целью понижения микционного давления. 2011 г. — сохраняется гиперактивность и рефлюкс с двух сторон. Выполнена ботулинотерапия детрузора. 2012 г.: рост емкости мочевого пузыря до 160 мл, сохранение недержания мочи, рефлюкса нет. Патологии в анализах мочи и обострений пиелонефрита не было. Цистометрия: нормализация функции, объема и детрузорного давления. Выполнена повторная ботулинотерапия детрузора. Через 6 мес — рост емкости мочевого пузыря до 230 мл. Жалобы на недержание мочи редко, энурез до 2 раз в неделю. Проведена ботулинотерапия детрузора. 2013 г.: через 6 мес — рост емкости мочевого пузыря до 260 мл. Жалоб на недержание мочи нет. Ритм микций — 6 раз в сутки. Императивных позывов, энуреза, анальной инконтиненции нет. Цистография — рефлюкс не определяется.

2. *И.Б.Осипов, С.А.Сарычев, Д.А.Лебедев, Л.А.Алексеева, А.Ю.Щедрина* (СПбГПМУ). **Результат лечения ребенка с клапаном задней уретры и редукцией емкости мочевого пузыря.**

Представлен результат лечения клапана задней уретры I типа у ребенка с редукцией емкости мочевого пузыря.

Мальчик, 11 мес, поступил в 1-е хирургическое отделение СПбГПМУ для обследования 12.04.2013 г. с диагнозом: двусторонний уретерогидронефроз IV степени на фоне ПМР V степени с двух сторон, хроническая почечная недостаточность II степени, хроническая болезнь почек III степени, хронический вторичный пиелонефрит. Из анамнеза: при УЗИ на 14-й неделе выявлена пиелоектазия плода, с 20-й недели — нарастание отрицательной динамики.

Был госпитализирован в детский стационар после рождения, выполнены внутривенная урография и цистография. Диагностирован двусторонний рефлюксирующий мегауртер, в связи с ухудшением состояния на фоне высокой активности пиелонефрита наложена двусторонняя уретерокутанеостомия в возрасте 2 нед. К 8 мес отмечена редукция емкости мочевого пузыря до 10 мл. При контрольной цистографии сохраняется ПМР V степени с двух сторон, резко расширен простатический отдел уретры. При уретроскопии подтвержден клапан I типа, простатический отдел уретры резко расширен. Введено 250 ЕД dysport в детрузор, выполнено лазерное рассечение (вапоризация) структур клапана. Через 6 мес при обследовании емкость мочевого пузыря — до 40 мл, рефлюкс при цистографии не получен. Повторная ботулинотерапия — в детрузор введено 210 ЕД dysport. Цистометрия в 1 год 5 мес: емкость мочевого пузыря — 65 мл, адаптивная способность детрузора сохранена, давление — до 12 см вод. ст. По данным анализов крови — стабилизация уровня мочевины, креатинина, кислотно-основного равновесия. При УЗИ — сокращение размеров собирательного комплекса почек. Ребенок прибавляет в массе тела, активности пиелонефрита нет, готовится к операции закрытия уретерокутанеостом.

Поступил в редакцию 09.12.2015 г.