

Детская

ISSN 1560-9510



9 771560 951002

хирургия

Pediatric
Surgery



3.2012



Информация для авторов
ТРЕБОВАНИЯ К РИСУНКАМ,
представленным на магнитных носителях

Черно-белые штриховые рисунки:

- формат файла — **TIFF** (расширение *.tif), любая программа, поддерживающая этот формат (Adobe PhotoShop, CorelDRAW, Adobe Illustrator и т. п.);
- режим — **bitmap** (битовая карта);
- разрешение — **600 dpi** (пиксели на дюйм);
- серые и черные заливки должны быть заменены на косую, перекрестную или иную штриховку;
- рисунок должен быть **обрезан** по краям изображения и **очищен** от "пыли" и "царапин";
- ширина рисунка — **не более 180 мм**, желательно не использовать ширину от 87 до 150 мм;
- высота рисунка — не более 230 мм (с учетом запаса на подрисуночную подпись);
- размер шрифта подписей на рисунке — **не менее 7 pt** (7 пунктов);

- возможно использование сжатия LZW или другого;
- носители — floppy 3.5" (1,44 MB), Zip 100 MB, CD-ROM, CD-R, CD-RW;
- обязательно наличие распечатки.

Цветные изображения, фотографии и рисунки с серыми элементами:

- платформа (компьютер) — IBM PC или совместимый;
- формат файла рисунка — TIFF (расширение
- программа, в которой выполнена публикация, — PageMaker 6.5; CorelDRAW 7 и 8;
- цветовая модель — CMYK;
- разрешение — не более 300 dpi (пиксели на дюйм) или 119,975 пикселя на 1 см;
- рисунок должен быть связан с публикацией;
- возможно использование сжатия LZW;
- не использовать цвета PANTONE;
- носители — Zip 100 MB; компакт-диск CD-ROM.

ОАО «ИЗДАТЕЛЬСТВО
"МЕДИЦИНА"»



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ

Детская хирургия

PEDIATRIC SURGERY

Научно-практический журнал

Выходит один раз в 2 месяца

Основан в 1997 г.

3 • 2012

Главный редактор Ю. Ф. ИСАКОВ

Журнал входит в перечень периодических научно-технических изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в котором рекомендуется публикация основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А. В. БАНИН, И. В. БУРКОВ, С. И. ВОЗДВИЖЕНСКИЙ, В. Г. ГЕЛЬДТ, А. Ф. ДРОНОВ, С. Н. ЗОРКИН, И. В. КИРГИЗОВ, С. Л. КОВАРСКИЙ, Е. П. КУЗНЕЧИХИН, Ю. И. КУЧЕРОВ, А. В. ЛОПАТИН, О. Л. МАЛАХОВ, А. М. МЫТНИКОВ, А. Б. ОКУЛОВ, Ю. А. ПОЛЯЕВ, В. Г. ПОЛЯКОВ, А. Ю. РАЗУМОВСКИЙ (научный редактор), В. М. РОЗИНОВ, Л. М. РОШАЛЬ, Ю. Ю. СОКОЛОВ, В. Г. ЦУМАН, Л. Е. ЦЫПИН, С. М. ШАРКОВ (зам. гл. редактора), В. В. ШАФРАНОВ (ответственный секретарь), Н. Д. ШУМОВ, В. Е. ЩИТИНИН, С. П. ЯЦЫК

МОСКВА

**ОАО «ИЗДАТЕЛЬСТВО
"МЕДИЦИНА"»**

119435, Москва,
Новоостاپовская ул., д. 5, стр. 14
Издательство "Медицина"
Тел. редакции: 8 (499) 271-30-10
*44-46

E-mail: 2487561@mail.ru
WWW страница: www.medlit.ru

ЛР № 010215 от 29.04.97

PJSC "MEDITSINA"
Publishing House

**Журнал «Детская хирургия»
представлен в международном
информационно-справочном
издании Ulrich's International
Periodicals Directory**

ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ
Тел./факс 8-499-264-00-90

Ответственность за достоверность
информации, содержащейся в рекламных
материалах, несут рекламодатели.

Редактор *Е. С. Архангельская*

Художественный редактор
Р. Р. Катеева

Корректор *Л. В. Кузнецова*

Переводчик *Ю. В. Морозов*

Сдано в набор 05.03.2012.
Подписано в печать 17.05.2012.
Формат 60 × 88½.
Печать офсетная.
Печ. л. 7,00 + 0,50 цв. вкл.
Усл. печ. л. 7,35.
Уч.-изд. л. 8,49.
Заказ 308.

Отпечатано в типографии ООО
«Подольская Периодика»,
142110, г. Подольск, ул. Кирова, 15

Подписной тираж номера 339 экз.

Индексы по каталогу "Роспечать"
72096 – для индивидуальных
подписчиков
72119 – для предприятий
и организаций

Индексы по каталогу "Пресса
России"
41313 – для индивидуальных
подписчиков
41314 – для предприятий
и организаций

ISSN 1560–9510. Детская хир. 2012.
№ 3. 1–56.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Т. Б. АБДУФАТТАЕВ
(Душанбе)

К. А. АДАМАЛИЕВ
(Бишкек)

А. С. БАБЛОЯН
(Ереван)

В. В. БАКЛАНОВ
(Иваново)

В. А. БУШМЕЛЕВ
(Ижевск)

Г. А. ГАДЖИМЕРЗАЕВ
(Махачкала)

Я. ГАУЕНС
(Рига)

С. Н. ГИСАК
(Воронеж)

О. С. ГОРБАЧЕВ
(Москва)

И. Н. ГРИГОВИЧ
(Петрозаводск)

А. А. ГУМЕРОВ
(Уфа)

В. А. КАТКО
(Минск)

В. А. КОЖЕВНИКОВ
(Барнаул)

В. С. КОНОНОВ
(Белгород)

Д. Ю. КРИВЧЕНЯ
(Киев)

И. Д. МУРАТОВ
(Московская обл.)

К. С. ОРМАНТАЕВ
(Алматы)

М. Р. РОКИЦКИЙ
(Казань)

А. А. СИТКО
(Омск)

В. А. ТАРАКАНОВ
(Краснодар)

Э. В. УЛЬРИХ
(Санкт-Петербург)

В. А. УРУСОВ
(Иркутск)

Г. И. ЧЕПУРНОЙ
(Рострв-на-Дону)

А. М. ШАМСИЕВ
(Самарканд)

Зав. редакцией *В. И. Легонькова*

ОАО «Издательство "Медицина"», 2012

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть
занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом
без предварительного письменного разрешения издателя.

СОДЕРЖАНИЕ

Разумовский А. Ю., Мокрушина О. Г., Беляева И. Д., Левитская М. В., Шумихин В. С., Афуков И. И., Смирнова С. В. Сравнительный анализ лечения новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей после пластики диафрагмы открытым и эндоскопическим способами	4
Эргашев Н. Ш., Якубов Э. А., Эргашев Ш. Н. Выбор хирургической тактики и способа операции при кистозных трансформациях внепеченочных желчных протоков у детей . . .	9
Иванов В. В., Смоленцев М. М., Кинаров А. Г. Место эндовидеохирургических методов в лечении острой спаечной кишечной непроходимости у детей	13
Масляков В. В., Киричук В. Ф., Барсуков В. Г., Чуманов А. Ю. Влияние сохранения фрагментов селезеночной ткани при спленэктомии на изменения иммунного статуса у детей с травмой селезенки	15
Насыров А. А., Алиев М. М., Хашимов Т. Р. Тактические вопросы хирургии нефролитиаза у детей с первичным гиперпаратиреозом	20
Айнакулов А. Д., Зоркин С. Н. Эндоскопическое устранение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей	23
Баиндурашвили А. Г., Филиппова О. В., Красногорский И. В., Афоничев К. А., Цыплакова М. С. Гистологические особенности врожденных больших и гигантских пигментных невусов, хирургическая техника при их устранении	26
Наумочкина Н. А., Овсянкин Н. А. Анализ факторов риска акушерского паралича верхней конечности	30
Романова М. Н., Зорин В. И., Жила Н. Г. Опыт ультразвуковой диагностики повреждений нервов верхней конечности у детей	34
Кожевников В. В., Осипов А. А., Кожевников В. А., Мотин Ю. Г., Лепилов А. В., Нестеров Ю. Н. Морфологические аспекты выбора адекватной хирургической тактики при лечении врожденного вывиха бедра и профилактике прогрессирования дистрофических изменений в тазобедренном суставе у детей	38
Меркулов О. А., Попов В. Е., Панякина М. А., Дженжера Г. Е. Перспективы применения эндоскопических эндоназальных подходов в лечении краниофарингиомы у детей	40
Петров Е. И., Киргизов И. В., Поляев Ю. А., Дударев В. А. Изменение системы гемостаза у детей с гемангиомами печени	42
Гисак С. И., Тулинов А. И., Большеева Г. С., Баранов Д. А., Шестаков А. А. Мониторинг синегнойной, грибковой и другой микст-инфекции у больных детей с хирургической патологией в многопрофильном детском хирургическом стационаре	45
Кугушев А. Ю., Лопатин А. В., Синякович Н. Б., Дубовик Л. Г., Неудакхин Е. В. Микроциркуляторные и гематологические нарушения у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба на этапах оперативной коррекции . .	47
ОБЗОРЫ	
Коварский С. Л., Шмыров О. С., Текотов А. Н. Осложнения эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса	51
Прощенко Я. Н., Поздеева Н. А., Никитюк И. Е. Хирургические доступы при повреждениях локтевого сустава у детей	54
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ	
Каганцов И. М. Удвоение уретры в сочетании с дистальной гипоспадией	56

CONTENTS

Razumovsky A.Yu., Mokrushina O.G., Belyaeva I.D., Levitskaya M. V., Shumikhin V.S., Afukov I.I., Smirnova S.V. Comparative analysis of the treatment of newborn infants with congenital diaphragmatic hernia after open and endoscopic diaphragmoplasty	4
Ergashev N.Sh., Yakubov E.A., Ergashev Sh.N. The choice of surgical strategy and the method of operation in children with cystic transformations of extrahepatic biliary ducts	9
Ivanov V.V., Smolentsev M.M., Kinarov A.G. The role of endovideosurgical methods in the treatment of acute adhesive bowel obstruction	13
Maslyakov V.V., Kirichuk V.F., Barsukov V.G., Chumanov A.Yu. The importance of preservation of splenic tissue fragments during splenectomy for the immune status of children with splenic injury	15
Nasyrov A.A., Aliev M.M., Khashimov T.R. Tactical aspects of surgery of nephrolithiasis in children with primary hyperparathyroidism	20
Ainakulov A.D., Zorkin S.N. Endoscopic treatment of vesicoureteral reflux in children	23
Baindurashvili A.G., Filippova O.V., Krasnogorsky I.V., Afonichev K.A., Tsyplakova M.S. Histological features of large and giant congenital pigmented nevi, surgical techniques for their removal	26
Naumochkina N.A., Ovsyankin N.A. Analysis of risk factors of obstetrical paralysis of an upper extremity	30
Romanova M.N., Zorin V.I., Zhila N.G. Experience with ultrasonic diagnostics of nerve lesions in upper limbs of children	34
Kozhevnikov V.V., Osipov A.A., Kozhevnikov V.A., Motin Yu.G., Lepilov A.V., Nesterov Yu.N. Morphological aspects of the choice of adequate surgical strategy for the treatment of congenital hip dislocation and prevention of progressive dystrophic changes in the children's hip	38
Merkulov O.A., Popov V.E., Panyakina M.A., Dzhenzhera G.E. Prospects for the use of endoscopic endonasal methods for the treatment of craniopharyngioma in children	40
Petrov E.I., Kirgizov I.V., Polyaev Yu.A., Dudarev V.A. Modulation of hemostatic system in children with liver hemangiomas	42
Gisak S.I., Tulinov A.I., Bolysheva G.S., Baranov D.A., Shestakov A.A. Monitoring Pseudomonas, mycotic, and other mixed infections in children with surgical pathology in a children's multidisciplinary surgical hospital	45
Kugushev A.Yu., Lopatin A.V., Sinyakovich N.B., Dubovik L.G., Neudakhin E.V. Microcirculatory and hematological disorders in children with congenital cleft lip and palate at different stages of surgical correction	47
REVIEWS	
Kovarsky S.L., Shmyrov O.S., Tekotov A.N. Complications of endoscopic correction of vesicoureteral reflux	51
Proshchenko Ya.N., Pozdeeva N.A., Nikityuk I.E. Surgical treatment of children with elbow joint injuries	54
CASE REPORT	
Kagantsev I.M. Urethral duplication with distal hypospadias	56

А. Ю. Разумовский^{1,2}, О. Г. Мокрушина^{1,2}, И. Д. Беляева², М. В. Левитская², В. С. Шумихин^{1,2}, И. И. Афуков^{1,2}, С. В. Смирнова¹

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ДИАФРАГМЫ ОТКРЫТЫМ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБАМИ

¹Кафедра детской хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ Минздравсоцразвития РФ (зав. — д-р мед. наук проф. А. В. Гераськин); ²Детская городская клиническая больница № 13 им. Н. Ф. Филатова (гл. врач — канд. мед. наук К. В. Константинов)

Александр Юрьевич Разумовский, д-р мед. наук, проф. каф., 159105@mail.ru

Врожденная диафрагмальная грыжа (ВДГ) — наиболее сложный порок развития перинатального периода. Однако при своевременной диагностике, проведении оперативного вмешательства и отсутствии послеоперационных осложнений это абсолютно корригируемый порок. Традиционным доступом для коррекции ВДГ является лапаротомия. В последнее время в России развивается торакоскопическая коррекция ВДГ. На сегодняшний день клиника детской хирургии РНИМУ имеет наибольший положительный опыт лечения новорожденных с ВДГ с использованием высокотехнологичных видов медицинской помощи. В течение четырех лет эндохирургически прооперировано более 40 детей. Это позволило провести сравнительный анализ лечения пациентов с данной патологией при использовании традиционного открытого оперативного вмешательства и при торакоскопической коррекции. Кроме того, отработаны принципиально важные технические приемы, позволившие предупредить развитие рецидива ДГ. Наши исследования показали, что внедрение современных способов хирургического лечения ВДГ позволяет снизить процент неблагоприятных результатов лечения, а в случае их возникновения применить такие способы лечения, которые позволяют избежать развития необратимых патологических процессов.

Ключевые слова: врожденная диафрагмальная грыжа, новорожденные, торакоскопия

Congenital diaphragmatic hernia (CDH) is a most serious malformation in the perinatal period even if readily correctible by laparotomy given early diagnosis and the lack of postoperative complications. Thoracoscopic correction of CDH becomes increasingly popular in Russia. Russian National Medical University has the most extensive positive experience with the treatment of CDH in newborn infants with the use of high-tech medical technologies. More than 40 patients were operated endosurgically for 4 years which makes possible comparative analysis of the results of traditional and thoracoscopic surgery. New methods for the prevention of CHD relapses were developed. It was shown that up-to-date technologies permit reducing the frequency of unfavourable outcomes of CDH treatment and avoiding the development of irreversible pathological processes.

Key words: congenital diaphragmatic hernia, newborn infants, thoracoscopy

Накопление опыта выполнения эндохирургических операций у новорожденных позволило проводить коррекцию врожденной диафрагмальной грыжи (ВДГ) эндоскопически. Преимущественным способом коррекции ВДГ является пластика диафрагмы местными тканями. В случае дефицита собственного пластического материала появляется необходимость использования имплантатов из синтетического материала [3, 4, 6, 8]. Развитие послеоперационных осложнений ухудшает результаты оперативной коррекции порока [4, 7]. В ближайшем послеоперационном периоде наиболее часто встречаются хилоторакс, гемоторакс, язвенно-некротический энтероколит, раневая инфекция; в отдаленном послеоперационном периоде — желудочно-пищеводный рефлюкс (ЖПР), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), рецидив диафрагмальной грыжи (ДГ), спаечная кишечная непроходимость [1, 4, 6–8, 11].

С декабря 2007 г. всем новорожденным с ВДГ, поступившим в ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, выполняется эндохирургическая коррекция порока. По мере накопления опыта появляется возможность проведения сравнительного анализа лечения новорожденных с ВДГ открытым способом и эндоскопически, что и стало целью нашего исследования.

Материалы и методы

В период 2000–2011 гг. в клинику поступило 99 новорожденных с ВДГ собственно диафрагмы. 17 детей умерли до проведения оперативного вмешательства, они исключены из исследования. В зависимости от способа проведения оперативного вмешательства дети разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 39 (47,6%) новорожденных с ВДГ, оперированных открытым способом. Средняя масса тела детей при рождении составила 2947 ± 444 г (1500–3570 г), средний гестационный возраст — $36,7 \pm 1,7$ нед (33–39 нед). С сочетанными аномалиями развития в 1-й группе было 10 (25,6%) детей. Возраст на момент операции составил $5,8 \pm 4,4$ сут (1–24 сут). Во 2-ю группу вошли 43 (52,4%) новорожденных с ВДГ, оперированных с использованием эндохирургической техники. Средняя масса тела детей при рождении составила 3059 ± 184 г (1950–4300 г), средний гестационный возраст — $38,5 \pm 0,76$ нед (31–40 нед). С сочетанными аномалиями развития во 2-й группе было 12 (27,9%) детей. Возраст на момент операции составил $2,4 \pm 0,7$ сут (от 1 до 12 сут).

В 1-й группе антенатально диагноз ВДГ выставлен 2 (5%) детям, во 2-й группе — 35 (75%) детям. Сравнительные показатели представлены в табл. 1.

В обеих исследуемых группах количество детей было практически одинаковым, средняя масса тела и гестационный возраст — сопоставимыми. Существенных различий по количеству детей с сопутствующей и синдромальной патологией между группами не было. У детей 2-й группы сокраще-