

E545K. В послеоперационном периоде 1 пациенту проведена терапия октреотидом по поводу хилоперитонеума. Ребёнку, которому объёмное образование не было удалено в связи с прорастанием сосудов, была назначена терапия алпелисибom. Больной с объёмным образованием забрюшинного пространства, учитывая прорастание окружающих тканей, в рамках профилактики лимфореи в послеоперационном периоде получал сиролимуc коротким курсом в течение 1 мес. Через 3 мес по данным контрольной МРТ в мягких тканях туловища и в области операции забрюшинно был выявлен рецидив в виде множественных разрастаний на фоне таргетной терапии ингибитором Р1ЗК — алпелисибom — с положительной динамикой. Двое детей были выписаны в удовлетворительном состоянии после оперативного лечения.

Заключение. До недавнего времени пациентам с лимфангиомами не проводились исследования на наличие мутации в гене *PIK3CA*. Таргетная терапия алпелисибom у детей с PROS — эффективный способ лечения детей с лимфангиомами и подтверждённым PROS. PROS оставался вне зоны внимания профессионального сообщества, так как постановка диагноза не вела к проведению специфического лечения.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПЕРЕНЁСШИМ РАЗЛИЧНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Гурьянова М.П., Соловьёва Ю.В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: дети, хирургические вмешательства, реабилитация, социально-педагогическая помощь

Актуальность. В настоящее время отмечается рост числа детей, перенёсших различные хирургические вмешательства. В связи с достаточно длительным периодом реабилитации эти больные нуждаются не только во врачебной помощи хирурга, педиатра, но и в квалифицированной помощи социального педагога.

Цель: определить особенности социально-педагогической помощи детям, перенёсшим различные хирургические вмешательства и находящимся на реабилитации.

Материалы и методы. Деятельность социального педагога в медицинском учреждении является значимым и незаменимым звеном в процессе сопровождения детей, перенёсших различные хирургические вмешательства. Работа с ребёнком после проведённого оперативного вмешательства начинается фактически сразу после операции. Процесс реабилитации продолжается с включением в него врача-педиатра на участке, а при длительном восстановительном периоде с включением социального педагога, психолога и других специалистов не только дома, но и в школе. У некоторых детей после проведённого оперативного вмешательства могут отмечаться стрессовые проявления: нарушения сна, повышенная тревожность и неврозоподобные состояния.

Результаты. Основными задачами социального педагога являются социально-педагогическая поддержка ребёнка в период медицинской реабилитации, оценка физического и психологического состояния ребёнка, его оптимизация; организация взаимодействия хирургов, педиатров, психологов и родителей ребёнка в процессе его реабилитации, проведение персонализированных занятий с ребёнком, включая обучение с педаго-

гом. К основным функциям социального педагога относятся выявление психологических особенностей ребёнка и его родителей; педагогическая коррекция психоэмоционального состояния ребёнка, помощь ребёнку и его родителям в снятии стресса, депрессии, тревоги, ощущения своей беспомощности и неполноценности; содействие выздоровлению ребёнка посредством доверительного общения, организации досуга, обеспечения связи с родителями, другими социальными значимыми для ребёнка людьми; обучение ребёнка необходимым навыкам самообслуживания после проведённых оперативных вмешательств; контроль за предписаниями врачей, включая выполнение рекомендаций, соблюдение специализированной диеты, ЛФК и др. Особое внимание социальный педагог уделяет работе с родителями, обеспечивая их знаниями о состоянии и возможности помощи ребёнку после перенесённых хирургических вмешательств, о создании благоприятного психологического климата в семье. Социальный педагог призван обратить внимание родителей на жалобы и тревожные клинические симптомы у ребёнка, чтобы в случае необходимости они могли вовремя реагировать, подключить специалистов, занимающихся данной проблемой.

Заключение. Командная работа медицинских работников, социального педагога и родителей позволяет улучшить состояние физического и психического здоровья детей, перенёсших хирургические вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОМПРЕССИОННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Дурягин В.Д., Кузьмичев В.А., Гацуцын В.В., Пыхтеев Д.А.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Ключевые слова: деформации грудной клетки, дети, килевидная деформация, лечение

Актуальность. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) занимает второе место среди врождённых деформаций грудной клетки и составляет 1–3 : 10 000 рождённых. С 2011 г. коррекция КДГК костального типа выполнялась малоинвазивным атравматичным методом по Абрамсону, который характеризуется малой травматичностью, быстрой активизацией больных и коротким реабилитационным периодом. С 2018 г. основным методом лечения КДГК является динамическая компрессионная система (ДКС), которая в большинстве случаев позволяет добиться удовлетворительных результатов. Основные показания к коррекции КДГК консервативным методом остаются такими же, как у торакопластики по Абрамсону, но основной причиной отказа от ДКС является нежелание больных использовать ортез и относительная дороговизна.

Цель: улучшение результатов лечения КДГК у детей.

Материалы и методы. Безоперационный метод коррекции КДГК путём ношения ортеза мы применили у 47 (93,6%) детей, а операция Абрамсона была выполнена 3 (6,4%) пациентам, которые отказались от консервативного лечения. В 2 случаях это было связано с отказом пациента носить ортез, у 1 больного — с невозможностью приобретения данной системы. Критериями оценки эффективности этих методов коррек-