

мейную ценность — «любовь». Однако несмотря на то, что современное представление молодежи на институт семьи претерпел значительные изменения, эта тенденция не повлияла на желание вступить в брак. Студенты с уважением относятся к семье, в которой живут, к своим родителям, в дальнейшие планы опрошенных входит создание собственной полноценной семьи в промежутки от

21 года до 30 лет. Большинство обучающихся считают необходимой составляющей благополучия семейной жизни наличие материальной базы как залога уверенности в завтрашнем дне. Это, несомненно, является позитивным моментом, так как, имея финансовую стабильность, молодые супруги смогут позволить себе успешнее вести совместное хозяйство.

#### Литература

1. Токарева, Ю. А. Феномен современного отцовства / Ю. А. Токарева, М. В. Носкова, Е. А. Свеженцева // Психология детско-родительского взаимодействия отца с ребенком. — Екатеринбург: УГМУ, 2014. — 285 с.
2. Авдоница, И. Е. Этика и психология семейных отношений (психолого-педагогические аспекты) / И. Е. Авдоница, М. В. Носкова. — Федеральное агентство по образованию, Российский гос. социальный ун-т, Уральский ин-т социального образования, 2010. — С. 25—26.

---

### ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

УДК 617.55-007-053.1-089-053.2

**Т.К. Устинова, М.А. Барская**

*Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Российская Федерация*

В данной статье рассматриваются различные методы лечения детей с врожденными дефектами передней брюшной стенки. Освещены особенности выбора хирургической тактики, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов с омфалоцеле и гастрошизисом.

**Ключевые слова:** гастрошизис, омфалоцеле, диагностика, лечение.

### CONGENITAL ANOMALIES OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL. DIAGNOSTICS, TREATMENT STRATEGY

**T.K. Ustinova, M.A. Barskaya**

*Samara state medical university, Samara, Russian Federation*

This article discusses the various methods of treatment of children with congenital defects of the anterior abdominal wall. When covering especially the choice of surgical tactics, preoperative and postoperative management of patients with omphalocele and gastroschisis.

**Keywords:** gastroschisis, omphalocele, diagnostics, treatment.

#### Цель исследования

Изучение способов диагностики, хирургической тактики и послеоперационного ведения детей, родившихся с гастрошизисом и омфалоцеле.

#### Материалы и методы исследования

Материалом для настоящего исследования является ретроспективный анализ историй болезней 59 детей с гастрошизисом и омфалоцеле, лечившихся с 2007-го по 2016 год в СГДКБ № 1 им. Н.Н. Ивановой. Из них с омфалоцеле — 23 пациента (39%), с гастрошизисом — 36 пациентов (64%). У мальчиков арахии передней брюшной стенки встречались чаще (38—64%), чем у девочек (21—36%).

#### Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования возраст матерей составил от 16—31 года. Диагноз «врожденный порок развития» (далее — ВПР) передней брюшной стенки установлен антенатально в 54 случаях, с помощью ультразвуковых методов исследования, остальные 5 матерей на учете в женской консультации не состояли. Диагностированы пороки на сроке гестации от 14—22 недель. Ребенок от 1-й беременности у 47 матерей (79,6%), от 2-й беременности — у 12 (40%). Признаки внутриутробной гипотрофии отмечены в 85% случаев. Акушерский анамнез отягощен в 33% случаев.

В 15% случаев при амниоцентезе были выявлены признаки генерализованной внутриутробной инфекции (цитомегаловирус, хламидии). 53 (89%) беременностей были разрешены оперативным путем, 6 — самостоятельные роды, так как порок передней брюшной стенки составлял не более 1,5 см.

Наиболее часто сочетанные аномалии развития наблюдались при омфалоцеле — до 80% (табл. 1).

Таблица 1

Сочетанные аномалии развития при омфалоцеле

Пороки развития	Количество пациентов
Тетрада Фалло	1
ДМПП	1
Расщелины губ	3
Атрезия тонкой кишки	4
Атрезия толстой кишки	2
Атрезия ануса	3
Незаращенный желточный проток	2
Полидактилия	2
Подковообразная почка	1

Предоперационная подготовка проводилась в первые 24 часа жизни при малых размерах диастаза (47—79%) и в течение 5—7 суток при средних и больших размерах диастаза (12—21%). Задачами предоперационной подготовки являлись: профилактика гипотермии, декомпрессия желудка, адекватная волемическая нагрузка кристаллоидными (0,9% NaCl, р-р Рингера) или коллоидными (альбумин) растворами для коррекции гиповолемии, контроль мочеотделения (диурез 1—2 мл/кг/час), контроль лабораторных показателей крови, антибиотикотерапия, стабилизация гемостаза викасолом, обезболивание ненаркотическими анальгетиками для профилактики травматического шока, выявление сопутствующих аномалий развития [2].

Оперативные вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом с контролем давления на вдохе. При хирургической коррекции данных пороков предпочтение отдавалось первичной радикальной пластике передней брюшной стенки (29—49%), а также силопластике по Шустеру (8—14%). У новорожденных с гастрошизисом при массивном поражении кишечных петель, когда существовал риск развития синдрома «короткой кишки», операцией выбора было создание двойной энтеростомы (6—60%), илеоколостомы (1—10%), а также формирование Т-образного анастомоза (3—30%) — в зависимости от степени и локализации поражения. При отсутствии висцеро-абдоминальной диспропорции и удовлетворительном состоянии кишечных петель выбор отводился в

пользу безнаркозного вправления гастрошизиса — метод А. Bianchi. Двум пациентам с омфалоцеле (8%) было проведено консервативное лечение с формированием вентральной грыжи в связи с тяжелыми сопутствующими пороками развития. Одному ребенку с гастрошизисом была проведена пластика по Гроссу, вследствие большого размера диастаза передней брюшной стенки [1; 3].

Таблица 2

Сравнительная характеристика ближайших результатов послеоперационного периода лечения детей с омфалоцеле и гастрошизисом

	Омфалоцеле	Гастрошизис
Кол-во койко-дней из них в ОРИТ	31(25-38) 18(14-23)	48(33-66) 25(20-38)
Длительность ИВЛ	до 4 дней	до 6 дней
Длительность интубационной терапии	До 7 дней	до 12 дней
Восстановление пассажа по ЖКТ	13	18
Длительность парентерального питания	16	22
Осложнения	6	8
Летальность	3 (13%)	4 (11%)
Релапаротомия	4	5

Причинами летальности в послеоперационном периоде стали возникшие осложнения, такие как: язвенно-некротический энтероколит — 3 пациента, сепсис — 2 пациента, геморрагический синдром на фоне диссеминированного внутрисосудистого свертывания — 1 пациент, тромбоз сосудов брыжейки — 1 пациент. Релапаротомия проводилась в связи с данными осложнениями, а также при развитии спаечной кишечной непроходимости у 5 пациентов.

### Выводы

1. Дети с данными пороками развития нуждаются с момента рождения в экстренном переводе в детский хирургический стационар, транспортировку целесообразно осуществлять в специально оборудованных машинах с использованием транспортных кювезов.

2. Предоперационная подготовка должна проводиться в оптимальные сроки и не должна превышать 2—3 часа при малых размерах диастаза передней брюшной стенки и 5—7 дней при диастазах средних и больших размеров.

3. Выбор способа хирургической коррекции при врожденных арахиях передней брюшной стенки должен осуществляться на основании определения степени выраженности висцеро-абдоминальной диспропорции, состоянии кишечных петель, содержимого грыжевого мешка, сопутствующих аномалий развития.

4. Пациентам с относительно небольшими размерами диастаза, отсутствием сочетанных аномалий, удовлетворительным состоянием кишечника показана первичная радикальная пластика передней брюшной стенки. При наличии эвентрации печени, больших размеров диастаза, высокой степени висцеро-абдоминальной диспропорции целесообразно применение силопластики по Шустеру.

5. Детям с сильно выраженной висцеро-абдоминальной диспропорцией, а также с тяжелыми сопутствующими патологиями развития показано проведение консервативного лечения с формированием вентральной грыжи и с последу-

ющей отсроченной радикальной пластикой передней брюшной стенки.

6. В послеоперационном периоде, кроме мероприятий, направленных на поддержание функций жизненно важных органов, необходимо проводить комплексную терапию для восстановления пассажа по кишечнику.

7. Правильно выбранный способ хирургической коррекции данных заболеваний позволяет избежать возможных осложнений, а при их развитии — своевременно диагностировать, что способствует повышению качества оказываемой помощи и улучшению результатов лечения.

### Литература

1. Ашкрафт, К. У. Детская хирургия / К. У. Ашкрафт, Г. М. Холдер. — Т. 2. — СПб., 1997. — 223 с.
2. Интенсивная терапия в до- и послеоперационном периоде у новорожденных детей с гастрошизисом / Жиркова Ю. В. и др. — М.: РГМУ, Кафедра детской хирургии, 1999.
3. Атлас детской оперативной хирургии / под общ. ред. проф. Т. К. Немиловой. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 167 с.

## ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

УДК 616.34-003.6-089-053.2

**В.А. Халабузарь, М.В. Вакуленко, А.В. Легур, Л.В. Залюбовская, И.П. Лепихов**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
г. Донецк, Донецкая народная республика*

Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей представляют особую опасность в практике детского хирурга. Выбор оптимальной тактики лечения предопределяет исход данного патологического состояния. Тактика врача зависит от физических свойств, давности попадания инородного тела в пищеварительный тракт ребенка, а также данных дополнительных методов исследования и наличия специализированной аппаратуры.

**Ключевые слова:** инородные тела, эндоскопическое лечение, хирургическое лечение.

## FOREIGN BODIES OF DIGESTIVE TRACT IN CHILDREN

**V.A. Khalabuzar, M.V. Vakulenko, A.V. Legur, L.V. Zalyubovskaja, I.P. Lepihov**

*Donetsk state medical university M. Gorky, Donetsk, Donetsk People's Republic*

Annotation. Foreign bodies of the gastrointestinal tract in children represent a particular danger in the practice of a child surgeon. The choice of optimal treatment tactics predetermines the outcome of this pathological condition. The physician's tactics depend on the physical properties, the prescription of foreign body entry into the child's digestive tract, as well as these additional research methods and the availability of specialized equipment.

**Keywords:** foreign bodies, endoscopic treatment, surgical treatment.

Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей — распространенное патологическое состояние в практике детского хирурга [1; 3; 5]. Преимущественно они попадают в организм во время игр, шалостей, реже — попадают случайно. Нередки случаи образования безоаров непосредственно в желудке: волосяных (трихобезоаров), растительных (фитобезоаров), смоляных (пих-

собоаров), жировых (себобезоаров). Необходимость в проведении оперативного лечения возникает в 20 процентах случаев, в остальных случаях инородные тела самостоятельно проходят транзитом по желудочно-кишечному тракту беспрепятственно [5].

На протяжении желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) существуют участки анатомо-фи-