

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-

зиологических сужений, в которых наиболее вероятно застревание инородных тел. Физиологическими сужениями пищевода являются: область перстневидно-глоточной мышцы в проксимальном отделе пищевода; сдавление пищевода в средней трети дугой аорты и левым главным бронхом; область нижнего пищеводного сфинктера. Также «физиологическая ловушка» может быть представлена пилорическим жомом; подковой двенадцатиперстной кишки; связкой Трейца; областью илеоцекального клапана; областью печеночного и селезеночного изгибов ободочной кишки; клапаном Хьюстона в прямой кишке; областью сфинктеров анального канала. Патологические сужения просвета кишки, вызванные стриктурами в местах анастомозов, опухолями, могут также являться причиной препятствия для прохождения инородных тел по ЖКТ [1; 5].

В клинике детской хирургии им. профессора Н.Л. Куца за период с 2000-го по 2016 год на лечении находилось 935 детей с инородными телами ЖКТ в возрасте от трех недель до 17 лет. В 645 (69%) случаях инородное тело локализовалось в пищеводе, в желудке — в 215 (23%) случаях и в кишечнике — в 74 (8%) случаях (рис. 1).



Рис. 1. Локализация инородных тел дигестивной системы у детей

Гендерное распределение пациентов представлено на рис. 2.



Рис. 2. Гендерное распределение детей с инородными телами ЖКТ

Инородные тела у больных были представлены следующим образом: монеты (551 случай — 59%), батарейки (130 случаев — 14%), рыбные или мясные кости (94 случая — 10%), фрагменты фруктов (47 случаев — 5%), пластмассовые детали от игрушек (36 случаев — 3,9%), пипетки (18 случаев — 1,9%), острые металлические предметы, в т.ч. шурупы, иглы, заколки, булавки (36 случаев — 3,9%), фрагменты стекол (18 случаев — 1,9), безоары (5 случаев — 0,4%).

По возрасту больные распределились следующим образом (рис. 3): грудной возраст (3 недели — 1 год) — 145 наблюдений (15,5%); период раннего детства (от 1,1 года до 3 лет) — 433 наблюдения (46,3%); дети дошкольного возраста (от 3,1 до 6 лет) — 154 наблюдения (16,5%); младший школьный возраст (от 6,1 до 12 лет) — 115 наблюдений (12,3%); старший школьный возраст (от 12,1 до 17 лет) — 88 наблюдений (9,4%).



Рис. 3. Распределение больных с инородными телами ЖКТ по возрасту

Постановка клинического диагноза основывалась на сборе анамнеза и данных дополнительных методов исследования, включающих ультразвуковое исследование, обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости в двух проекциях, эндоскопические исследования (фибрософагогастроуденоскопия, фиброколоноскопия, ректороманоскопия).

Сроки пребывания инородного тела в ЖКТ варьировались от 1 часа до 3 недель. В среднем этот срок составлял 2—3 суток.

Физиологическим путем вышло 240 (25,7%) инородных тел. В 73% случаев (684 наблюдений) потребовалось использование эндоскопичес-

кой аппаратуры для удаления инородного тела. Прибегли к использованию гибких фиброскопов «Olympus», «Pentax», «Fuginon» и жестких эндоскопов фирмы «Karl Shtorz». Удаление инородных тел из верхних отделов ЖКТ эндоскопическим методом сопряжено с определенным рядом трудностей. Сложность данной процедуры связана с техническими приемами удаления, а также размерами, структурой, формой, локализацией инородного тела, развившимися осложнениями, состоянием и возрастом больного, наличием соответствующих инструментов. Наличие следующего набора инструментов желателен при удалении инородных тел из ЖКТ: щипцы типа «аллигатор» и «крысиный зуб», петля для полипэктомии, корзинка «Дормиа», шинирующая трубка.

Выбор анестезиологического пособия предопределяет успех проведения оперативного пособия. Предпочтительно использование общей

анестезии для большего контроля витальных функций организма.

Прибегнуть к проведению оперативного лечения потребовалось у 11 детей (1,3%) с инородными телами желудка и кишечника. У 2 пациентов отмечалась перфорация стенки желудка инородным телом (раскрытая булавка), у 1 пациента столкнулись с большими размерами инородного тела (зубная щетка, 25 см). У одного больного инородное тело локализовалось в тонкой кишке над местом стеноза анастомоза (2 батарейки диаметром 1,0–1,5 см), и дивертикуле Меккеля (батарейка 0,5 см в диаметре). Выполнение лапаротомии с последующей гастростомией отмечалось в 4 случаях по поводу безоара желудка (фитобезоар и трихобезоар). В 2 случаях — лапаротомия с резекцией участка тонкой и подвздошной кишок из-за «шариков-магнитов», перфорировавших стенку кишечника.

Осложнений и летальных исходов у наблюдаемых пациентов отмечено не было.

Литература

1. Весёлый, С. В. Инородные тела желудочно-кишечного тракта / С. В. Веселый, Г. А. Сопов, К. В. Латышов // Детская хирургия. — 2012. — № 1. — С. 50–51.
2. Безоары желудка у детей / В. Н. Грона, В. К. Литовка, И. П. Журило, А. Ю. Гунькин // Здоровье ребенка. — 2010. — № 6. — С. 67–69.
3. Сторонні тіла верхніх відділів травного каналу у дітей / Іванців В. А., Кімакович В. Й., Кочеркевич О. Н. та ін. // Практична медицина. — 2005. — № 1. — С. 111–113.
4. Соколов, Ю. Ю. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей / Ю. Ю. Соколов, М. И. Давыдов // Педиатрия. — 2010. — № 2. — С. 60–65.
5. Сторонні предмети кишечника у дітей / В. Ф. Рибальченко, О. М. Урін, Б. В. Колташ та ін. // Хірургія дитячого віку. — 2010. — № 2. — С. 79–83.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СТОП, АССОЦИИРОВАННЫХ С СИНДРОМОМ АМНИОТИЧЕСКИХ ПЕРЕТЯЖЕК

УДК 617.586-007-053.1-089.844:618.33

А.К. Худоян, М.А. Баушев, М.А. Вавилов, И.В. Громов

*Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Российская Федерация
Областная детская клиническая больница, г. Ярославль, Российская Федерация*

Амниотические перетяжки — это аномалия развития амниона, при которой в амниотической полости образуются тканевые мягкотканые тяжи, натянутые между стенками матки. В большинстве случаев они не наносят вреда плоду и не препятствуют нормальным родам, но иногда амниотические тяжи могут опутывать, связывать и сдавливать плод или пуповину и приводить к образованию складок-втяжений (борозд) на конечностях, приводя к их ампутации. Нередко амниотические перетяжки сочетаются с таким пороком, как врожденная эквино-варусная и плоско-вальгусная деформация стопы. Чтобы избежать потери коррекции на этапах лечения амниотической косолапости и не получить сосудистых и неврологических осложнений, перед детским ортопедом встает вопрос о том, что лечить первым. Поэтому целью данной работы стояло показать тактику последовательного лечения врожденной косолапости и врожденного вертикального тарана, ассоциированных с синдромом амниотических перетяжек.

Ключевые слова: стопа, косолапость, амниотическая косолапость, атипичная косолапость, врожденная плоско-вальгусная деформация стопы, вертикальный таран, амниотические перетяжки, ABS-синдром, метод Понсети, метод Доббса, пластика по Лимбергу.