

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.

THE TACTICS OF THE TREATING CONGENITAL DEFORMITIES OF THE FEET ASSOCIATED WITH THE AMNIOTIC BAND SYNDROME

A.K. Khudoyan, M.A. Baushev, M.A. Vavilov, I.V. Gromov

*Yaroslavl state medical university, Yaroslavl, Russian Federation
The Regional Children's Clinical Hospital, Yaroslavl, Russian Federation*

Amniotic constriction is an anomaly in the development of the amnion, in which tissue soft tissue tissues are formed in the amniotic cavity, stretched between the walls of the uterus. In most cases, they do not harm the fetus and do not interfere with normal childbirth, but sometimes amniotic bands can entangle, bind and squeeze the fetus or cord and cause wrinkles (furrows) on the limbs, leading to their amputation. Often amniotic constrictions are combined with such a defect as congenital equino-varus and flat-valgus deformation of the foot. To avoid loss of correction at the stages of amniotic clubfoot treatment and not to get vascular and neurological complications before the pediatric orthopedic surgeon, it becomes clear what to treat first. Therefore, the goal of this work was to show the tactics of sequential treatment of congenital clubfoot and congenital vertical ram associated with the amniotic band syndrome.

Keywords: foot, clubfoot, amniotic clubfoot, atypical clubfoot, vertical talus, amniotic band syndrome, ABS syndrome, Ponseti method, Dobbs method, Limberg plastic.

Введение

Среди многочисленных пороков развития конечностей, обычно в сочетании с каким-либо из них, встречаются врожденные перетяжки [1]. Синдромом амниотических перетяжек (amniotic band syndrome) называется комплекс врожденных дефектов, вызванных патологическим влиянием амниотических нитей на плод. Сами амниотические перетяжки (тяжи Симонара) — это аномалия развития амниона, при которой в амниотической полости образуются тканевые мягкотканые тяжи, натянутые между двумя стенками матки (чаще всего — между передней или задней и одной из боковых) [6]. 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. Врожденная перетяжка конечности, нарушая нормальные контуры, является большим косметическим недостатком, а при значительной глубине она может быть причиной ряда функциональных расстройств [1].

Этиология возникновения амниотических перетяжек недостаточно изучена, однако предполагается, что влиять на возникновение амниотических перетяжек могут различные эндо- и экзогенные факторы, такие как внутриматочная инфекция, экстрагенитальная патология, аномалии строения и травмы амниона, токсикоз, неблагоприятная экологическая обстановка, курение [1; 6; 15]. Некоторые авторы указывают на наследственный характер данного заболевания [10; 14]. Важным в акушерском анамнезе является влияние патологического фактора в первый триместр беременности [1; 6].

Данные о частоте заболеваемости синдромом амниотических перетяжек сильно различа-

ются. По данным Ossipoff с соавт. (1977), частота встречаемости АП составляет 1:5000 — 1:15 000, по данным Blackfield (1951) — 1:2000 — 1:2500. АП трудно обнаружить до рождения, так как тяжи амниона имеют малые размеры и их трудно увидеть на УЗИ. Намного чаще АП можно обнаружить косвенно за счет борозд и отека на конечностях, пальцах и т.д.

В.С. Прокоповичем (1970) предложено разделение врожденных перетяжек по следующим принципам [1]:

- по форме — циркулярные, полуциркулярные, косые и спиралеобразные;
- по степени вовлечения тканей — поверхностные и глубокие;
- по тяжести поражения — простые и осложненные.

Клинически у новорожденных обнаруживаются кольцевые вдавления на одной или нескольких конечностях. Перетяжки могут располагаться на нескольких уровнях. Простые перетяжки являются лишь косметическим дефектом, осложненные перетяжки проявляются выраженными в различной степени трофическими, неврологическими и сосудистыми нарушениями. Дистальнее перетяжки обычно наблюдается увеличение конечности в объеме вследствие нарушения оттока венозной крови и лимфостаза. Сдавление магистральных артерий ведет к понижению температуры пораженной конечности, ишемии, изъязвлениям и некрозам. Сдавление периферических нервов вызывает паралич конечностей по периферическому типу и атрофии мышц пораженной конечности. В отдельных случаях АП могут привести к полной ампутации фаланг пальцев или всей конечности, в результате чего ампутированные части конечностей могут свободно находиться в амниотической жидкости. Нередко амниотичес-

кие перетяжки сочетаются с такими пороками как синдактилия, эктродактилия, косолапость, вертикальный таран и т.д.

Сочетание врожденных деформаций стоп с амниотическими перетяжками имеет нерегулярный характер, и поэтому частоту встречаемости двух данных патологических состояний в популяции оценить сложно. Стоит также заметить, что сами АП не оказывают какого-либо косвенного или прямого влияния на возникновение той или иной деформации. Т.С. Зацепин и многие отечественные авторы косолапость, сочетаемую с перетяжками, классифицировали как атипичную [7; 8; 9]. Авторы, применяющие методику И. Понсети, характеризуют ее как собственно амниотическую, по аналогии с артрогрипотической или неврогенной, не относя к атипичной [7]. Упоминания о сочетании врожденной плоско-вальгусной деформации с амниотическими перетяжками в литературе отсутствуют. Это может быть обусловлено сравнительно редкой частотой встречаемости вертикального тарана (1:10 000).

Долгое время операция по устранению амниотических перетяжек заключалась в циркулярном их иссечении и сшивании мобилизованных концов, однако эта операция не полностью устраняла дефект контуров конечности [1; 5]. Циркулярное рассечение перетяжки также не приводило к удовлетворительному результату, так как мягкие ткани в области АП обычно представлены плотной фиброзной тканью, которая, в свою очередь, способствует сокращению послеоперационного шрама и возвращению косметического дефекта [12]. Позже эта задача была решена применением иссечения мягких тканей в области перетяжки с Z-образной пластики АП встречными треугольными лоскутами по Лимбергу [1; 7; 11; 12; 13].

Материалы и методы

В Областной детской клинической больнице г. Ярославля с 2007-го по 2017 год по методу Понсети пролечено 925 детей от 0 до 3 лет с врожденной косолапостью, из них 1,3% детей (12 детей) имели амниотическую косолапость (рис. 1). За тот же пери-



Рис. 1. Пациент К., 2 года 8 мес. Врожденная тяжелая левосторонняя косолапость, амниотическая болезнь. А. Внешний вид стоп до лечения. Б–В. Состояние после 3-кратного гипсования по Понсети и транспозиции ПББС на 3 клиновидную кость. Г. Рецидив на фоне роста. Выполнена пластика амниотической перетяжки, этапное гипсование по Понсети, задний релиз с Z-образной ахиллопластикой. Д–Е. Внешний вид стоп спустя 2 года после оперативного лечения

од времени по методу Доббса пролечено 35 детей (30 стоп) с врожденной плоско-вальгусной деформацией стопы, из них 3 ребенка имели амниотические перетяжки на стороне деформации. У данных детей мы наблюдали в основном поверхностные и глубокие перетяжки циркулярного и полуциркулярного характера, локализующиеся в нижней трети голени. Также имели место амниотические внутриутробные ампутации пальцев стоп. В одном клиническом случае мы наблюдали сочетание врожденной косолапости справа, вертикального тарана слева, а также амниотических перетяжек обеих голени. В случае глубоких перетяжек во избежание возможных осложнений, которые могут возникнуть на этапах гипсования (ишемия дистальных отделов, парезы, параличи), перед его началом мы производили их пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу. Z-пластика геометрически состоит из центрального сегмента и двух боковых сегментов, расположенных так, что они образуют букву Z. Боковые сегменты должны совпадать по длине с центральным сегментом и должны отходить от него под углом, который составляет 60 градусов [2; 3; 4]. Считается, что угол в 60 градусов обеспечивает оптимальную мобильность основания лоскута [4; 11]. Таким образом, происходит рассечение мягких тканей, затем подшивание вершины первого треугольного лоскута к основанию второго и так далее в шахматном порядке. На края операционной раны накладывались отдельные кожные швы, и рана заживала первичным натяжением. Спустя 3–5 недель после полного заживления послеоперационной раны производили этапное гипсование по стандартному протоколу. Если перетяжки имели поверхностный характер, это расценивалось как своеобразный косметический дефект, и они не имели абсолютных показаний к пластике.

Литература

1. Вавилов, М. А. Система лечения эквино-варусных деформаций стоп у детей: дис. ... д-ра мед. наук. — Ярославль, 2016.
2. Влияние амниотических перетяжек на формирование пороков развития у плода (обзор литературы) / Вахарловский В. Г. и др. — Проблемы репродукции. — 1998. — № 5.
3. Зацепин, Т. С. Ортопедия детского и подросткового возраста / Т. С. Зацепин. — М.: Медгиз, 1956. — С. 269–270.
4. Козлов, В. А. Основные принципы планирования местнопластических операций по А. А. Лимбергу / В. А. Козлов, С. С. Мушковская. — СПб., 2011. — С. 11–20.
5. Крестьяшин, В. М. Практическое руководство по амбулаторной ортопедии детского возраста / В. М. Крестьяшин. — М., 2013. — С. 85.
6. Лазюк, Г. И. Этиология и патогенез врожденных пороков развития. Тератология человека / Г. И. Лазюк. — М., 1991. — С. 18–46.
7. Лимберг, А. А. Планирование местнопластических операций / А. А. Лимберг. — М.: Медгиз, 1963.
8. Прокопович, В. С. Врожденные перетяжки конечностей у детей. Клиника и лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1972.
9. Пшениснов, К. П. Курс пластической хирургии в 2-х томах / К. П. Пшениснов. — Ярославль — Рыбинск, 2010. — С. 85–86.

Результаты

Всем детям первично удалось восстановить нормальные контуры пораженной конечности и устранить все компоненты деформации. Ранний и поздний послеоперационные периоды протекали гладко. Инфекционных осложнений, сосудистых и неврологических расстройств не наблюдалось. В отдаленном наблюдении (в среднем 5,5 года) рецидива деформации стоп и возвращения косметического дефекта в области бывшего нахождения амниотических перетяжек не выявлено. Послеоперационные рубцы нормотрофичны. В ряде случаев пациентам назначался фонофорез с гелем «Ферменкол» или контратубекс.

Обсуждение

Нередко амниотические перетяжки сочетаются с таким пороком как косолапость и вертикальный таран. 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. В данном случае хорошо себя зарекомендовал метод предварительного иссечения амниотических перетяжек и пластики местных тканей по Лимбергу с последующим лечением деформации стоп.

Выводы

Последовательное этапное лечение деформаций стоп, ассоциирующееся с амниотическими перетяжками, применяемое в нашей клинике, позволило у всех детей получить хорошую и удовлетворительную коррекцию стоп с сохранением функции и косметического вида нижних конечностей.

10. Чаклин, В. Д. Основы оперативной травматологии и ортопедии / В. Д. Чаклин. — М.: Медицина, 1964.
11. Herring, J. A. Tachdjians. Pediatric Orthopaedic / J. A. Herring. — Fourth edition. — Vol. 1. — 2007. — Chapter 15. — P. 593–598.
12. Morrissy, R. T. Atlas of Pediatric Orthopaedic Surgery / R. T. Morrissy, S. L. Weinstein. — Fourth edition. — Lippincott Williams & Wilkins. — 2006. — Vol. 1. — P. 15–17.
13. Canal, S. T. CAMPBELL'S Operative Orthopaedics / S. T. Canal, J. H. Beaty. — Twelfth edition. — Part 18. — P. 3780–3782.
14. Etches, P. L. Familial congenital amputation / P. L. Etches, A. R. Stewart, E. Y. Yves. — J Pediatrics. — 1982. — № 101. — P. 448–449.
15. Ossipoff, V. Etiologic factors on the amniotic band syndrome: a study of 24 patients / V. Ossipoff, B. O. Hall. — Birth Defects: Orig Art Ser. — 1977. — № 13. — P. 117–132.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ И СТВОЛОВЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

УДК 616.66-007.26-089-053.2

Б.И. Эсембаев, В.Н. Порощай, К.М. Мыкыев, К.З. Замирбеков

Кыргызско-Российский Славянский университет, г. Бишкек, Кыргызская Республика

В статье приведены результаты хирургической коррекции гипоспадии у 156 пациентов в возрасте от 1-го до 16 лет. Использованы одномоментные методы уретропластики: MAGPAI, Mathieu, Thiersh-Duplay-Snodgrass. Проводилась комбинированная методика отведения мочи из мочевого пузыря. Получены удовлетворительные результаты у 134 (86%) мальчиков.

Ключевые слова: гипоспадия, дети.

COMPLEX TREATMENT OF DISTAL AND PENILE HYPOSPADIAS IN CHILDREN

B.I. Esembaev, V.N. Poroshai, K.M. Mykyev, K.Z. Zamirbekov

Kyrgyz Russian Slavic university, Bishkek, Kyrgyz Republic

The article presents the results of surgical correction of hypospadias in 156 patients aged from 1 to 16 years. Were used single-stage methods of urethroplasty: MAGPAI, Mathieu, Thiersh-Duplay-Snodgrass. A combined urine drainage method was carried out from the bladder. The results were satisfactory in 134(86%) boys.

Keywords: hypospadias, children.

Актуальность. Лечение гипоспадии является одной из актуальных проблем детской урологии. Несмотря на многолетний опыт реконструктивно-пластических коррекций гипоспадии, осложнения встречаются при всех видах уретропластики. При дистальных формах число неудовлетворительных результатов может достигать до 50%, а при проксимальных — до 100% [1; 4; 8]. Одной из основных причин возникновения осложнений является попадание мочи в просвет созданной уретры в послеоперационном периоде [7; 8], а длительное нахождение уретрального катетера приводит к инфицированию раны [4; 5]. Технически блестяще проведенная операция может закончиться неудачно, если не выполнен адекватный способ отведения мочи [2; 3; 6]. Немаловажное значение имеет техническая составляющая при выполнении операции: бережное отношение к тканям, использование микрохирур-

гического инструментария, инертного рассасывающегося шовного материала и оптических приборов [6; 7; 8].

Цель исследования

Улучшить результаты лечения гипоспадии путем оптимизации уретропластики и адекватно-комбинированного дренирования мочевого пузыря.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением за период с 2010-го по 2016 год на базе ГДКБСМП и НЦОМид отделения урологии находилось 156 больных в возрасте от 1 года до 16 лет. Головчатая форма гипоспадии выявлена у 1-го больного (0,6%), венечная — у 34 (21,8%), стволовая — у 62 (39,7%), члено-мошоночная — у 12 (7,7%), мошоночная — у 36 (21,8%), промежностная — у 4 (2,6%) и гипоспадия без гипоспадии — у 7 (4,5%) пациентов (рис. 1).