



# ВЕСТНИК

УРАЛЬСКОГО  
ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА

Выпуск 1  
2018



**ВЕСТНИК  
Уральского  
государственного  
медицинского университета**

*Научно-практический журнал  
№1, 2018*

**Журнал является печатным органом  
Федерального государственного  
бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Уральский государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)**

**УЧРЕДИТЕЛЬ**

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

**Адрес редакции:**

620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3  
Издательство УГМУ (каб. 310).  
Телефон: (343) 214-85-65  
E-mail: [pressa@usma.ru](mailto:pressa@usma.ru)  
Редактор Е. Бортникова  
Корректор Л. Моисеева  
Дизайн, верстка — И. Дзигунова

**Номер подписан в печать 29.01.2018 г.**

Печатается по решению Ученого совета  
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России  
(протокол № 6 от 19.01.2018)

Свидетельство о регистрации

**ПИ № ФС77-65162** от 28 марта 2016 г.

Выдано Федеральной службой по надзору  
в сфере связи, информационных технологий  
и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)

Зарегистрировано в Национальном  
агентстве ISSN Российской Федерации.

Изданию присвоен номер  
**ISSN: 2500-0667**

Тираж 100 экз.

**Все публикуемые статьи  
рецензируются**

*За содержание статей  
ответственность несут авторы.  
Редакция оставляет за собой право  
сокращать объем публикуемых  
материалов. Все материалы публикуются  
впервые, перепечатка — только  
с письменного разрешения редакции.  
Эксклюзивные материалы являются  
собственностью  
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.*

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**О.П. Ковтун**

главный редактор  
член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор,  
и.о. ректора, заслуженный врач РФ,  
Уральский государственный медицинский университет

**А.В. Зырянов**

заместитель главного редактора  
доктор медицинских наук, и.о. проректора по учебной работе,  
Уральский государственный медицинский университет

**Ю.В. Мандра**

заместитель главного редактора  
доктор медицинских наук, профессор,  
проректор по научной работе и инновациям,  
Уральский государственный медицинский университет

**С.М. Кутепов** — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой травматологии и ортопедии ФПК и ПП, главный научный сотрудник Института травматологии и ортопедии, заслуженный врач РФ, Уральский государственный медицинский университет

**С.А. Коротких** — доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе и международной деятельности, зав. кафедрой офтальмологии, заслуженный врач РФ, Уральский государственный медицинский университет

**А.У. Сабитов** — доктор медицинских наук, профессор, проректор по довузовской и последиplomной подготовке, зав. кафедрой клинической иммунологии и инфекционных болезней, заслуженный работник высшей школы РФ, Уральский государственный медицинский университет

**С.А. Чернядьев** — доктор медицинских наук, профессор, декан лечебно-профилактического факультета, зав. кафедрой хирургических болезней, Уральский государственный медицинский университет.

**Т.В. Бородулина** — доктор медицинских наук, доцент, декан педиатрического факультета, зав. кафедрой факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней, Уральский государственный медицинский университет

**Г.М. Насыбуллина** — доктор медицинских наук, профессор, декан медико-профилактического факультета, зав. кафедрой гигиены и экологии, Уральский государственный медицинский университет

**С.Е. Жолудев** — доктор медицинских наук, профессор, декан стоматологического факультета, зав. кафедрой ортопедической стоматологии, заслуженный врач РФ, Уральский государственный медицинский университет

**Г.Н. Андрианова** — доктор медицинских наук, профессор, декан фармацевтического факультета, зав. кафедрой управления и экономики фармации, Уральский государственный медицинский университет

**С.В. Цвиренко** — доктор медицинских наук, профессор, декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики и бактериологии, Уральский государственный медицинский университет

**И.В. Борзунов** — доктор медицинских наук, доцент, руководитель отдела интернатуры, ординатуры, Уральский государственный медицинский университет

**В.В. Базарный** — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела докторантуры, аспирантуры, магистратуры, Уральский государственный медицинский университет

**Е.С. Набойченко** — доктор психологических наук, профессор, декан факультета психолого-социальной работы и высшего сестринского образования, Уральский государственный медицинский университет.

# СОДЕРЖАНИЕ

*Алексин П.Н., Копылова Д.Ю.*

**РЕДКАЯ ФОРМА ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ У РЕБЕНКА ДВУХ ЛЕТ ..... 2**

*Бисалиев Б.Н., Тусупкалиев А.Б., Досмагамбетов С.П., Кенжалина Р.А., Баубеков Ж.Т., Ильясов М.Т.*

**ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ..... 4**

*Борисов С.А., Цап Н.А., Оленина Н.В., Чудаков В.Б., Наумова О.А.*

**ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ  
ПРИ ПОЗДНО ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ..... 7**

*Васильева Е.Ю., Дьяченко Е.В., Гайкина М.Ю.*

**Я ХИРУРГОМ СТАТЬ ХОЧУ? ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ВЫБОРА СПЕЦИАЛЬНОСТИ ..... 13**

*Винокурова Н.В., Цап Н.А.*

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ..... 18**

*Замирбеков К.З., Мыкыев К.М., Ибраимов Ш.А.*

**ТЕРАТОМА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ..... 21**

*Карачева М.С.*

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПИЛОРОСТЕНОЗА ..... 23**

*Козырев С.В., Медведев И.П., Сахаров С.П.*

**О СИНДРОМЕ ЛАЕЙЛЛА ..... 26**

*Крылова Л.В., Мухаметшина Г.И., Хуснуллина Е.В., Мартынова Т.А.*

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕФИЦИТА ФТОРА И ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ ..... 30**

*Кутцов Д.А.*

**БУЛЛЕЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ..... 31**

*Огнев С.И., Винокурова Н.В., Цап Н.А., Аболина Т.Б., Комарова С.Ю.*

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ДЕТСКОГО ХИРУРГА..... 33**

*Рябченко Е.В., Комарова С.Ю., Чудаков В.Б., Наумова О.А.*

**ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОШОНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ  
И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ..... 35**

*Сенина М.С., Карпова И.Ю., Железнов А.С.*

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА КОЛОСТОМЫ  
У РЕБЕНКА С VACTERL-АССОЦИАЦИЕЙ ..... 39**

*Тыгчирина М.А., Носкова М.В.*

**ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К СЕМЕЙНЫМ ЦЕННОСТЯМ..... 41**

*Устинова Т.К., Барская М.А.*

**ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. ДИАГНОСТИКА,  
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ..... 43**

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

**ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ..... 45**

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

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СТОП,  
АССОЦИИРОВАННЫХ С СИНДРОМОМ АМНИОТИЧЕСКИХ ПЕРЕТЯЖЕК ..... 47**

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

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНЫХ И СТВОЛОВЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ..... 51**

РЕДКАЯ ФОРМА ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ  
У РЕБЕНКА ДВУХ ЛЕТ

УДК 616.27-006-089-053.2

П.Н. Алексин, Д.Ю. Копылова

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Частота новообразований средостения в структуре онкологических заболеваний составляет около 1%. Цель — представить клинический случай редкой формы средостенной опухоли. Пациент С., мальчик, 5 лет, поступил в службу экстренной помощи. Вечером мать обратила внимание на появление образования в мягких тканях над яремным браслетом, одышкой и периодическим кашлем. Известно, что через год он получил безуспешное лечение дерматита и конъюнктивита в поликлинике по месту жительства. Была проведена хирургическая биопсия опухоли. Гистологическая картина соответствует Langerhanscellular histiocytosis. Вывод: при диагностике гистиоцитоза клеток Лангергана должен быть «командный» подход, включающий современные диагностические методы. Несмотря на разнообразие форм гистиоцитоза, существуют различные атипичные проявления, которые не всегда можно своевременно диагностировать.

**Ключевые слова:** гистиоцитоз клеток Лангерганса, атипичное вовлечение медиастинальной перегородки, лимфома с гистиоцитами.

THE RARE FORM OF MEDIASTINAL TUMOR IN  
A CHILD OF TWO YEARS

P.N. Aleksin, D.U. Kopylova

Nizhny Novgorod state medical academy, Nizhny Novgorod, Russian Federation

The frequency of neoplasm of mediastinum in the structure of oncological diseases is about 1%. Objective: to present the clinical case of a rare form of mediastinal tumor. Patient S. boy, 5 years old. enrolled in for emergency indications. In the evening, the mother drew attention to the appearance of education in soft tissues over the jugular breaststroke, dyspnoea and periodic coughing. It is known that within a year he received unsuccessful treatment of dermatitis and conjunctivitis in a polyclinic at the place of residence. A surgical tumor biopsy was performed. The histological picture corresponds to the Langerhanscellular histiocytosis. Conclusion: In the diagnosis of Langergan cell histiocytosis, there should be a “team” approach involving modern diagnostic techniques. Despite the variety of forms of histiocytosis, there are various atypical manifestations that can not always be diagnosed on time.

**Keywords:** Hystiocytosis from Langerhans cell, atypical involvement mediastinal septum, lymphoma with hystiocytes.

Опухоли и кисты средостений — одна из наиболее сложных глав торакальной хирургии у детей. Остается еще достаточно высоким процент ошибок дооперационной диагностики, отмечаются большое число пробных операций и высокая летальность. Причиной этого является ряд особенностей, присущих новообразованиям в данной анатомической области:

1) в средостении локализуется большое число разнородных по гистогенезу и морфологическому строению опухолей и кист;

2) эти патологические образования имеют весьма сходные рентгенологические и клинические признаки;

3) глубина залегания опухолей и сложные анатомические взаимоотношения органов и тканей средостения создают большие трудности в диагностике и лечении этих патологических процессов.

Частота новообразований средостения в структуре онкологических заболеваний составляет около 1%. Злокачественные и доброкачественные встречаются и диагностируются в соотноше-

нии 4:1. Опухоли средостения выявляют преимущественно в молодом и среднем возрасте.

**Цель исследования**

Представить клинический случай редкой формы опухоли средостения.

**Материалы и методы исследования**

На базе Нижегородской областной детской клинической больницы (НОДКБ) с 2006-го по 2017 год был выявлен 21 больной с лангергансоподобным гистиоцитозом. При этом пик заболеваемости пришелся на 2012 год (5 пациентов), что было связано с выраженными климатическими изменениями (аномально жаркое лето). При этом поражение области средостения наблюдалось только в одном клиническом случае, что является уникальным.

**Результаты исследования  
и их обсуждение**

Пациент С. Анамнез: мальчик, 5 лет, поступил в ГУ «НОДКБ» 5.12.06 по экстренным показа-

ниям, т.к. вечером того же дня мать обратила внимание на появление образования в мягких тканях над яремной вырезкой грудины, одышку и периодическое покашливание. Известно, что в течение года получал безуспешное лечение дерматита и конъюнктивита в поликлинике по месту жительства.

Обследование. По УЗИ брюшной полости патологии нет, в средостении выявлено объемное образование размером из яремной вырезки грудины 7,10 см<sup>3</sup>, смещающее сердце кзади.

При поступлении в общем анализе крови умеренная лимфопения и ускорение СОЭ, HbsAG и HCV отрицательный, общий анализ мочи без патологии, среди биохимических показателей — гипокалиемия и диспротеинемия.

Выполнялась хирургическая биопсия опухоли. Под интубационным наркозом после обработки операционного поля в проекции опухолевидного образования, выступающего из яремной вырезки грудины, выполнен линейный разрез кожи длиной 4,5 см. Подлежащие мягкие ткани тупым и острым путем разведены. Обнаружена п. platuzma, которая рассечена линейным разрезом, при этом обнаружена подлежащая опухолевая масса, обильно кровоточащая, по внешнему виду рыхлая, серо-грязного цвета, типа «рыбьего мяса». Взято 3 куса опухоли размерами 1,0х1,2 см и отправлено на гистологическое исследование. Гемостаз. Послойный шов раны. Асептическая повязка. Под наркозом выполнена костно-мозговая пункция из 2-х точек гребней подвздошных костей.

Цитологически № 670/73 — подозрение на гистиоцитоз, гистологически № 12258/64 — злокачественная анапластическая крупноклеточная лимфома с присутствием гистиоцитарных клеток.

### Литература

1. Детская онкология. Клинические рекомендации по лечению пациентов с солидными опухолями / под редакцией М. Ю. Рыкова, В. Г. Полякова. — ГЭОТАР-Медиа, 2017.
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса / под ред. А. Г. Румянцева, А. А. Масчан, 2014.

Иммуногистохимическое исследование № 927 от 19.07.2017 г.: в препаратах фрагменты опухолевого инфильтрата, представленного полями из клеток среднего размера с овальными, округлыми и несколько угловатыми просветленными ядрами и ободком бледной эозинофильной и просветленной цитоплазмы. В ядрах опухолевых клеток просматривается продольная борозда, придающая им вид «кофейного зерна». В виде примеси в инфильтрате присутствуют скопления эозинофилов и малых лимфоцитов.

При иммуногистохимическом исследовании опухолевые клетки ярко и равномерно экспрессируют S-100, CD1a, Виментин, слабо и неравномерно ОЛА и не экспрессируют ЦКР-PAN, CD 99/mic2, Десмин.

Заключение. Гистологическая картина и полученный иммунофенотип соответствуют лангергансоклеточному гистиоцитозу.

Диагноз: лангергансоклеточный гистиоцитоз с поражением ткани средостения, кожи и конъюнктив, ногтевых пластин.

### Выводы

1. Основные клинические проявления лангергансоклеточного гистиоцитоза у детей: очаги костной деструкции литического характера, кожные изменения, экзофтальм, легочные поражения, гепатоспленомегалия, лимфаденопатия, нарушение гемопоэза, поражение ЦНС.
2. Несмотря на разнообразие форм гистиоцитозов, существуют различные атипичные проявления, которые не всегда можно диагностировать вовремя.
3. В диагностике лангергансоклеточного гистиоцитоза должен быть «командный» подход с привлечением современных диагностических методик.

## ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

УДК 616.348-002-089-053.2

**Б.Н. Бисалиев, А.Б. Тусупкалиев, С.П. Досмагамбетов, Р.А. Кенжалина, Ж.Т. Баубек, М.Т. Ильясов***Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан  
Актюбинский медицинский центр, г. Актобе, Казахстан*

В современной хирургии новорожденных лечение некротизирующего энтероколита (НЭК) у младенцев остается предметом оживленной дискуссии. Приведены результаты лечения 24 новорожденных детей с НЭК, находившихся в Актюбинском медицинском центре в период 2015—2017 гг. У 2-х детей после проведения консервативной терапии получен положительный результат. В 22 случаях дети поступили на III—IV стадиях НЭК. У 15 детей проводился лапароцентез и дренирование брюшной полости на этапе предоперационной подготовки. В 7 случаях лапароцентез не выполнялся. 21 детей с НЭК подверглись оперативному лечению в различные сроки стационарного лечения. Лапароскопия проводилась у 1 ребенка, лапаротомия — у 20 детей. Летальность составила 41,6%. Послеоперационная летальность — 42,8%. Высокая летальность наблюдалась в группе недоношенных детей с сопутствующей патологией других органов. Возросло число пациентов с НЭК с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Обязательное проведение лапароцентеза с дренированием брюшной полости в предоперационном периоде положительно отражается на результатах лечения. Раннее начало лечения неонатологами в педиатрической стадии НЭК приводит к нарушению стадийности заболевания, к искажению картины внутрибрюшной катастрофы, особенно при инфильтративно-спаечных формах некротического энтероколита с подострым течением заболевания. Отложенное оперативное лечение приводит к распространению процесса и неблагоприятному исходу. Некротические изменения в начальных отделах тонкой кишки вынуждают хирурга формировать высокие еюностомы. Формирование магнитно-компрессионных анастомозов в послеоперационном периоде способствует решению проблемы раннего закрытия еюностом. Проведенный анализ результатов лечения соответствует результатам большого количества научных работ, где показаны изменения, произошедшие в последние годы в клинике и диагностике некротизирующего энтероколита.

**Ключевые слова:** новорожденные, некротический энтероколит, лапароцентез, лечение.

## THE TREATMENT NECROTISING ENTEROCOLITIS IN NEWBORNS

**B.N. Bisaliev, A.B. Tusupkaliyev, S.P. Dosmagambetov, Z.T. Baubekov, R.A. Kenzhalina, M.T. Ilyasov***West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university, Aktobe, Kazakhstan  
Aktubinsk Medical Center, Aktobe, Kazakhstan*

In modern neonatal surgery, the treatment of necrotizing enterocolitis (NEC) in infants remains the subject of lively discussion. The results of treatment of 24 newborns with NEC, who were in the Aktobe medical center in the period 2015-2017. A positive result was obtained in 2 children after conservative therapy. In 22 cases, children entered the III-IV stages of NEC. 15 children underwent laparocentesis and drainage of the abdominal cavity at the stage of preoperative preparation. In 7 cases laparocentesis was not performed. 21 children with NEC underwent surgical treatment in different periods of inpatient treatment. Laparoscopy was performed in 1 child, laparotomy in 20 children. Mortality rate was 41.6%. Postoperative lethality 42.8%. High mortality was observed in a group of premature babies with concomitant pathology of other organs. The number of patients with NEC with a very low body weight has increased. Mandatory laparocentesis with drainage of the abdominal cavity in the preoperative period positively affects the results of treatment. The early initiation of treatment by neonatologists in the pediatric stage of NEC leads to a disruption in the staging of the disease, to a distortion of the pattern of intra-abdominal catastrophe, especially when infiltrative-adhesive forms of necrotic enterocolitis with a subacute course of the disease. Deferred surgical treatment leads to the spread of the process and an unfavorable outcome. Necrotic changes in the primary parts of the jejunum compel the surgeon to form high stomas. The formation of magneto-compression anastomoses in the postoperative period would help in solving the problem of early closure with anejunostoms.

The analysis of the results of treatment corresponds to the results of a large number of scientific works and shows the changes that have occurred in recent years in the clinic and the diagnosis of necrotizing enterocolitis.

**Keywords:** newborns, necrotizing enterocolitis, laparocentesis, treatment.

**Актуальность проблемы**

Некротический энтероколит новорожденных — это болезнь выживших недоношенных, поэтому наиболее часто встречается у недоношен-

ных детей первых недель жизни [1; 2]. Несмотря на значимое улучшение качества оказания помощи недоношенным детям с неблагоприятными анте- и интранатальными факторами, неуклонно

растет количество случаев заболевания, и на сегодняшний день добиться значительного прорыва в лечении данной патологии не удается [3; 4; 5]. Росту количества заболевания также способствует переход на новые критерии живорожденности, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, что делает проблему лечения и выхаживания пациентов с очень и экстремально низкой массой тела еще более острой [6]. Проблемой остается нетипичная клиническая и рентгенологическая картина заболевания при подостром его течении на фоне проводимой интенсивной терапии в роддоме, своевременная диагностика тяжелых и угрожающих жизни осложнений некротического энтероколита [6; 7; 8]. Летальность при НЭК остается высокой и составляет 35–70% у пациентов с наиболее тяжелыми формами заболевания и сопутствующими патологическими состояниями [9; 10]. Необходимость проведения лапароцентеза в составе комплекса предоперационной подготовки до сих пор является предметом дискуссии [11].

Таким образом, лечение НЭК у новорожденных младенцев остается актуальной проблемой всей перинатальной службы в целом, успешное решение которой позволит улучшить результаты лечения данного заболевания.

**Целью** работы является анализ результатов лечения НЭК.

#### **Материалы и методы исследования**

В Актюбинском медицинском центре в период 2015–2017 гг. находились на лечении 24 новорожденных ребенка с НЭК. Недоношенные дети составили значительное количество — 87,5% (21 ребенок). Из них по срокам гестации распределение следующее: 5 детей (20,8%) родились 30–33 недели, 16 детей (66,6%) — в сроки 33–36 недель. Путем самостоятельных родов родились 18 (75%), от оперативных родов — 6 (25%) детей. Вес детей при рождении варьировал от 1140 гр. до 2840 гр. Возраст детей составил от 5 до 24 суток. У большинства количества детей диагностирована задержка внутриутробного развития плода по гипотрофическому типу — 88% из поступивших младенцев. Анте- и перинатальное поражение плода и новорожденного, приведшее к хронической или острой гипоксии ребенка, выявлено в анамнезе у всех детей.

Все дети поступали в состоянии эксикоза, гиповолемии, метаболического или смешанного ацидоза, в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, в зависимости от начатой адекватной терапии в роддоме. В 74% случаев дети имели сопутствующую и конкурирующую патологию других

органов и систем: кровоизлияние в желудочки головного мозга, внутриутробная пневмония, фетальный гепатит. У всех детей диагностирована внутриутробная моно- или микст-инфекция (цитомегаловирус, вирус простого герпеса, токсоплазмоз, хламидиоз).

Дети госпитализировались в отделение реанимации, где проводилась интенсивная терапия, предоперационная подготовка и послеоперационное выхаживание. Параллельно проводимой интенсивной терапии (голод, зондовая декомпрессия ЖКТ, полное парентеральное питание, антибактериальная терапия, иммунотерапия) проводилось обследование ребенка: серии рентгеновских снимков брюшной полости в динамике лечения, повторные УЗИ брюшной полости, нейросонография, компьютерная томография головного мозга, осмотры неонатолога, невролога. У 2-х детей (8,3%) после проведения консервативной терапии: исключение энтерального кормления, повторные очистительные клизмы, декомпрессия желудка, комбинированная антибактериальная терапия, деконтаминация кишечника, иммунотерапия, детоксикация — получен положительный результат, дети переведены в соматический стационар для дальнейшего выхаживания. В 22 случаях дети поступили на III–IV стадиях НЭК по классификации Walsh M.C. (1986). У 15 детей при выявлении на рентгенограммах брюшной полости пневмоперитонеума проводились лапароцентез и дренирование брюшной полости с целью декомпрессии на этапе предоперационной подготовки. В 7 случаях лапароцентез не выполнялся — рентгенологических признаков перфорации полого органа не было. Показаниями для проведения экстренного оперативного вмешательства явились следующие признаки абдоминальной катастрофы: отек и покраснение передней брюшной стенки, симптом фиксированной петли, пальпируемая опухоль в брюшной полости, кишечное кровотечение. Один ребенок поступил в крайне тяжелом состоянии с клиникой полиорганной недостаточности, что явилось причиной летального исхода до проведения оперативного вмешательства. Остальные 21 детей с НЭК подверглись оперативному лечению в различные сроки стационарного лечения. Сроки проведения операции составили от 8 часов до 3-х суток с момента поступления. Лапароскопия проводилась у 1 ребенка, лапаротомия — у 20 детей.

#### **Результаты**

После проведения лапаротомии, ревизии брюшной полости характер операции определялся в зависимости от уровня и протяженности повреждения кишечника. Выполнялась резекция некротизированного участка кишки. Операция

завершалась либо ушиванием дефекта, формированием кишечного анастомоза или чаще стомированием кишечника. Санация и дренирование брюшной полости проводились в обязательном порядке. Соответственно уровню поражения отделов кишечника наиболее часто выявлены некроз, перфорация подвздошной кишки — 10 случаев (47,6%), перфорация желудка и 12-перстной кишки — в 4-х случаях (19%), 3 случая перфорации тощей (14,2%), толстой кишки — в 2-х случаях (9,5%), множественные перфорации тощей и подвздошной кишки — 2 случая (9,5%). В случаях перфорации желудка и 12-перстной кишки проведено ушивание дефекта без резекции пораженного участка. В случае перфорации тощей кишки вследствие высокого расположения перфорации сформирован тонкокишечный анастомоз в 1 случае, в 2 случаях формировалась еюностома. В 1 случае перфорации толстой кишки проводилась операция илеостомии с резекцией илеоцекального угла, в 1 случае — двойная колостомия по Микуличу. При множественных очагах некроза подвздошной кишки проводилась резекция наиболее обширного участка некротизированной кишки, множественные стомы. В 4-х случаях выявлена гангрена тощей и подвздошной кишки в стадии предперфорации. Прикрытые перфорации тонкого кишечника, воспалительные инфильтраты, состоящие из конгломерата петель кишечника, спаянные с передней брюшной стенкой, наблюдались в 3-х случаях. Релапаротомии по поводу различных осложнений потребовались в 6 случаях. Закрывание сформированных илео- или колостом проводилось после 14—21 суток послеоперационного периода.

### Обсуждение

Осложнениями в послеоперационном периоде явились несостоятельность тонкокишечного анастомоза 1 (4,7%), ранняя спаечная кишечная непроходимость 2 (9,5%), синдром полиорганной недостаточности 4 (19%), продолженный перитонит со «свежими» участками некроза, несущие перфорации 1 (4,7%). В 3-х случаях (14,2%) произошла генерализация внутриутробной инфекции, в дальнейшем — развитие гепатита, геморрагического синдрома. Потребность в полном парентеральном питании и ИВЛ, быстрое восстановление пассажа по ЖКТ, соответственно наименьшее количество проведенных койко-дней наблюдалось в группе детей с перфорациями желудка и 12-перстной кишки. Обширные резекции подвздошной кишки и участка тощей кишки в 2 случаях привели к обильным потерям по стоме, далее — к необратимым метаболическим нарушениям, что явилось причиной летального исхо-

да. Все случаи инфильтративно-спаечной формы НЭК с подострым течением заболевания закончились летальным исходом (4). Тяжелые метаболические нарушения, длительное восстановление после операции наблюдались в группе детей, которым в предоперационном периоде не проводился лапароцентез.

Летальность составила 41,6%. Послеоперационная летальность — 42,8%. Высокая летальность наблюдалась в группе недоношенных детей с сопутствующей патологией других органов.

### Выводы

1. Возросло число пациентов с НЭК с очень низкой массой тела. Тяжелые фоновые заболевания усугубляют тяжесть состояния в периоперационном периоде выхаживания.

2. Обязательно проведение лапароцентеза с дренированием брюшной полости в предоперационном периоде. Борьба с синдромом внутрибрюшного давления позволяет провести полноценную предоперационную подготовку ребенка, что положительно отражается на результатах лечения.

3. Лечение НЭК с перфорациями верхних отделов ЖКТ (желудка, 12-перстной кишки) имеет хороший результат. Вероятно, это связано с отчетливым проявлением клиники перитонита, абдоминального шока, что приводит к ранней его диагностике и, соответственно, раннему оперативному лечению.

4. Раннее начало лечения неонатологами в педиатрической стадии НЭК приводит к нарушению стадийности заболевания, к искажению картины внутрибрюшной катастрофы, особенно при инфильтративно-спаечных формах некротического энтероколита с подострым течением заболевания. Прикрытые перфорации кишечника создают ложную картину педиатрической стадии подозреваемого НЭК. Оперативное лечение откладывается, что приводит к распространению процесса и неблагоприятному исходу.

5. Некротические изменения в начальных отделах тощей кишки вынуждают хирурга формировать кишечный анастомоз на фоне имеющегося перитонита либо формировать высокие еюностомы. Вопрос о хирургической тактике при данной ситуации остается открытым. Формирование магнитно-компрессионных анастомозов в послеоперационном периоде решило бы проблему раннего закрытия еюностом.

6. Неблагоприятный соматический фон ребенка, сопутствующие заболевания, незрелость органов и систем недоношенного новорожденно-го отрицательно влияют на результат лечения.



## Литература

1. Ильясов, М. Т. Лечение некротического энтероколита новорожденных / М. Т. Ильясов // Медицинский журнал Западного Казахстана. — 2012. — № 4 (36). — С. 42–43.
2. Подкаменев, В. В. Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных: монография / В. В. Подкаменев, Е. Г. Григорьев. — Иркутск, 2010. — 244 с.
3. Анализ результатов лечения некротического энтероколита у новорожденных / Б. Н. Бисалиев, Б. К. Джаналаев, С. П. Досмагамбетов и др. // Медицинский журнал Западного Казахстана. — 2016. — № 1 (49). — С. 50–52.
4. Алтынбаева, Г. Б. Возможности ранней неинвазивной диагностики некротического энтероколита у недоношенных детей / Г. Б. Алтынбаева, Н. С. Божбанбаева, И. М. Адильбекова // Педиатрия және бала хирургиясы. — 2017. — № 1 (87). — С. 15–20.
5. Некротизирующий энтероколит у новорожденных. Новые взгляды и тенденции / Ю. А. Козлов, В. А. Новожилов, К. А. Ковальков и др. // Детская хирургия — 2016. — Т. 20, № 4. — С. 188–193.
6. Некротический энтероколит в свете изменения критериев живорожденности / А. Ю. Разумовский, Н. В. Полунина, В. А. Саввина и др. // Вопросы практической педиатрии. — 2014. — Т. 9, № 3. — С. 56–59.
7. Макарова, М. А. Некротический энтероколит: рентгенологические, ультразвуковые и лабораторные методы исследования, лапароцентез и лапароскопия / М. А. Макарова, О. В. Лятуринская, О. В. Спахи // Запорожский медицинский журнал. — 2015. — № 1 (88). — С. 111–116.
8. Язвенно-некротический энтероколит новорожденных: тактика ведения, результаты лечения, проблемы и способы их решения / П. С. Русак, И. В. Смирнова, В. П. Васьковская, Н. П. Русак // Хирургия. Восточная Европа. — 2016. — № 3 (19). — С. 318–326.
9. Тусупкалиев, Б. Т. Перинатальная смертность в Актюбинской области в зависимости от массы тела при рождении / Б. Т. Тусупкалиев, Г. Абубакир, Д. Сотникова // Научная дискуссия: вопросы медицины. — 2014. — № 11 (24). — С. 36–40.
10. Nino, D. F. Necrotizing enterocolitis: new insights into pathogenesis and mechanisms / D. F. Nino, C. P. Sodhi, D. J. Hackam // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. — 2016. — № 13 (10). — P. 590–600.
11. Muller, M. J. Necrotizing enterocolitis in premature infants and newborns / M. J. Muller, T. Paul, S. Seeliger // J. Neonatal Perinatal Med. — 2016. — № 9 (3). — P. 233–242.

## ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОЗДНО ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ

УДК 616.26-007.43-07-053.2

**С.А. Борисов, Н.А. Цап, Н.В. Оленина, В.Б. Чудаков, О.А. Наумова**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В статье представлены результаты лечения пациентов с врожденной диафрагмальной грыжей, не установленной антенатально, а обнаруженных случайно, при диагностике или лечении нехирургических патологий. За 10-летний период в ОТХ и ОХН ОДКБ № 1 г. Екатеринбурга пролечено 22 пациента с данным пороком развития в возрасте от 1 суток до 14 лет. В гендерной структуре незначительно преобладали девочки — 12 (54,54%), мальчиков было 10 (45,46%). Методами визуализации порока являлись ультразвуковое исследование брюшной полости и плевральных полостей, обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, пассаж рентгенконтрастного вещества по ЖКТ, компьютерная томография. Для исключения патологии пищевода и желудка 27,3% пациентов прошли процедуру ФГС. Большинство детей с рождения — часто болеющие дети, неоднократно перенесшие инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания. В структуре сопутствующих пороков развития преобладали пороки сердца. Все дети прошли необходимый объем обследования. Несмотря на выявленную ДГ в 36,3% оперативное вмешательство не проводилось из-за отсутствия клинической картины со стороны органов дыхания и ЖКТ, 63,7% пациентов нуждались в неотложном или плановом оперативном лечении порока. Все пациенты, которым было показано оперативное лечение, были прооперированы и выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Из осложнений встречались: у одного пациента — ранняя спаечная кишечная непроходимость (7,1%), у двух — напряженный пневмоторакс (14,28%). Рецидив — у одного пациента (7,1%). Все осложнения успешно ликвидированы, больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов нет.

**Ключевые слова:** врожденная диафрагмальная грыжа, диафрагма, поздняя диагностика.

ASSESSMENT OF MEDICAL AND DIAGNOSTIC TACTICS  
AT LATE DIAGNOSED DIAFRAGMA HERNIA

S.A. Borissof, N.A. Tsap, N.V. Olenina, V.B. Chudakov, O.A. Naumova

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

Results of treatment of the patients with the congenital diaphragmal hernia which isn't established antenatal and found accidentally at diagnostics or treatment not of surgical pathologies are presented in article. For the 9-year period in Regional children's hospital No. 1 of Yekaterinburg 22 patients with this malformation aged from 1 days up to 14 years are treated. In gender structure girls – 12 slightly prevailed (54,54%), there were 10 boys (45,46%). Methods of visualization of defect were ultrasound examination of an abdominal cavity and pleural cavities, survey rentgenography of organs of a thorax and abdominal cavity, a passage of X-ray contrast substance up to a GIT, a computer tomography. For an exception of pathology of an esophagus and a stomach of 27,3% of patients underwent the FGS procedure. Most of children since the birth – often ill children, who repeatedly had infectious and inflammatory diseases of respiratory organs. In structure of the accompanying malformations heart diseases prevailed. All children passed the necessary volume of inspection. Despite the taped DG, 36,3% an operative measure wasn't carried out due to the lack of a clinical picture from respiratory organs and a GIT, 63,7% of patients needed urgent or planned expeditious treatment of defect. All patients to whom expeditious treatment was shown were operated and written out from a hospital in satisfactory condition. From complications met: one patient has an early commissural intestinal obstruction – 7,1%, at two – a tension pneumothorax – 14,28%. A recurrence – at one patient (7,1%). All complications are successfully liquidated, patients are written out from a hospital in satisfactory condition. There are no lethal outcomes.

**Keywords:** congenital diaphragmal hernia, diaphragm, late diagnostics.

**Введение**

Под термином «диафрагмальная грыжа» понимают перемещение органов брюшной полости в грудную, через естественное или патологическое отверстие в грудобрюшной преграде. Врожденная диафрагмальная грыжа составляет 8% всех врожденных аномалий, встречающихся у новорожденных детей [3]. Сопутствующая патология в основном представлена врожденными пороками сердца и генетическими синдромами (8,1 и 16,2%) [1]. Хотя традиционно врожденная диафрагмальная грыжа рассматривается как заболевание периода новорожденности, у 10% пациентов данная патология выявляется после месячного возраста, а у некоторых – даже в течение взрослой жизни. И хотя в общей группе пациентов 9,52% детей умирают до операции, а общая выживаемость на протяжении долгих лет, по данным российских и зарубежных авторов, остается на уровне 70–80% даже в крупных центрах неонатальной хирургии [1], результаты лечения этих 10% пациентов очень хорошие, с низкой или нулевой смертностью [3; 6].

Несмотря на длительность изучения проблемы ВДГ, сохраняются сложности в пренатальном прогнозировании и высокий процент летальности у детей с этим пороком [1]. Установлено, что диагноз ВДГ верифицирован пренатально в сроки от 13 до 36 недель беременности по данным УЗИ в 55–60% от общего числа поступивших, что, вероятно, обусловлено невысокой чувствительностью метода либо разным уровнем владения методикой обследования специалистами в женских консультациях [7]. Но в то же время, по данным исследо-

вателей, чаще всего такой порок диагностируется только в конце II триместра в связи с отсутствием характерных ультразвуковых признаков данной патологии в ранние сроки беременности [12]. Несмотря на значительное повышение разрешающей способности ультразвуковых аппаратов, срок диагностики изолированных ВДГ за последнее время особо не изменился и составляет в среднем 25 недель [12].

Некоторые авторы указывают, что внутриутробная оценка целостности диафрагмы не представляется возможной. Пренатальная диагностика данного порока основывается на обнаружении косвенных признаков во время проведения УЗИ: аномальное изображение органов грудной клетки, сдавление и смещение сердца в сторону, противоположную дефекту диафрагмы, в сочетании с появлением в ней патологических анэхогенных образований: желудка, петель тонкого кишечника, в некоторых случаях – печени и селезенки [12].

По данным G. Sharland и соавторов, показатели смертности при ДГ коррелируют со временем обнаружения порока. При ранней (до 25 недель) диагностике ДГ выжили только 33% новорожденных, при поздней манифестации порока и, соответственно, поздней диагностике – 67%. Однако некоторые авторы не подтверждают эти закономерности. По данным K. Heling и соавторов, при ранней (22–27 недель) диагностике ДГ выживаемость составила 80%. [12]. Ранняя диагностика порока дает возможность определения основных, используемых в настоящее время предиктивных и прогностических признаков: фактического легоч-

но-головного соотношения (LHR) и его отношения к нормативному в данном сроке беременности — observed/expected LHR (O/E LHR). Поздняя диагностика диафрагмальной грыжи приводит к тому, что семья лишается возможности выбора и не может принимать альтернативные решения о судьбе беременности. Сочетанная патология, внутригрудное расположение печени, степень гипоплазии легких и индекс компрессии сердца являются основными прогностическими признаками, которые коррелируют с выживаемостью.

Стоит заметить, что зачастую ДГ становятся случайной находкой при рентгенологическом исследовании по поводу инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания в старшем возрасте [2]. При парастеральных грыжах симптомы не выражены и непостоянны, чаще выявляются у детей ясельного и школьного возраста, когда они начинают жаловаться на болезненные, неприятные ощущения в эпигастрии. Иногда ухудшение в состоянии возникает у детей ясельного и даже школьного возраста среди кажущегося полного здоровья, когда происходит ущемление стенки желудка в грыжевых воротах или его заворот [3].

**Целью** настоящего исследования является оценка лечебно-диагностической тактики ведения пациентов с диафрагмальными грыжами, диагностированными в постнатальном периоде.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 22 историй болезни детей в период 2009—2016 гг., пролеченных в ОТХ и ОХН ОДКБ № 1 г. Екатеринбурга с диагнозом «врожденная диафрагмальная грыжа», который не был выявлен антенатально. Статистическая обработка проводилась с помощью стандартной программы MS Excel.

В период с 2009-го по 2016 год в отделении торакальной хирургии ОДКБ № 1 поступили 22 пациента с диагнозом врожденная диафрагмальная грыжа, который был поставлен в постнатальный период. У 86,37% матерей данных пациентов беременность протекала с осложнениями, такими как урогенитальные инфекции, многоводие, угроза прерывания, анемии, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты. Недоношенность отмечена у 54,5% пациентов. У 18,18% детей при рождении отмечена большая масса тела — 3900 г и выше. Возраст детей на момент выявления порока впервые был от 1 дня (2 пациента) до 14 лет и в среднем составлял  $2,5 \pm 3,3$  года. В гендерной структуре незначительно преобладали девочки — 54,52%. Из сопутствующих патологий у 50% детей отмечались пороки сердца, 27,27% детей имели перинатальные поражения ЦНС различной степени, у 9,09% выявля-

лись пороки развития ЖКТ, у 13,62% детей ВДГ была единственным пороком развития. У 63,63% пациентов диагноз был поставлен в результате проведенных инструментальных методов диагностики по поводу инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания, причем 100% из них — часто болеющие дети, неоднократно переболевшие бронхитами, пневмониями, ОРЗ, ларинготрахеитами. У 9,09% ВДГ была выявлена в процессе лечения порока сердца, 13,62% (3 пациента) направлены детскими хирургами, которые выявили порок развития в процессе лечения хирургических (инвагинация кишечника, состояние после спленэктомии) или ортопедических (килевидная деформация грудной клетки) патологий, только лишь у 9,09% в результате острой дыхательной недостаточности на первые сутки жизни рентгенологическими методами выявлена ВДГ, а один пациент (4,54%) был ошибочно госпитализирован в инфекционное детское отделение, где в рамках дифференциальной диагностики с острыми кишечными инфекциями была заподозрена ВДГ. Из инструментальных методов визуализации УЗИ использовалось у 100% пациентов, у 22,72% — нейросонография, 77,28% пациентам было назначено рентгенологическое исследование с контрастным веществом, 38,81% детей выполнялась КТ, причем у некоторых из них данное исследование, проведенное по поводу соматической патологии, способствовало случайной находке ВДГ. Для исключения для исключения гастрита, эзофагита 27,27% пациентов направлялись на ФГС. Одному пациенту, 4,54%, по показаниям была выполнена бронхоскопия и бронхография. В структуре грыж преобладали истинные грыжи с плевроперитонеальным грыжевым мешком (63,63%), ложная диафрагмальная грыжа (18,18%), парастеральные (9,09%) и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (4,54%) выявлялись гораздо реже. Несмотря на выявленную ДГ, 36,3% пациентов оперативное вмешательство не проводилось из-за отсутствия клинической картины со стороны органов дыхания и ЖКТ, 63,7% пациентов нуждались в неотложном или плановом оперативном лечении порока. В неотложном порядке прооперированы 4 пациента (18,2%), в плановом — 45,5%. Методом выбора доступа являлась лапаротомия — 64,3%, торакотомия — 21,4% и торакоскопия — 14,3% выполнялись значительно реже. Торакоскопически были прооперированы дети в период новорожденности и первых 4-х месяцев жизни. Размеры грыжевых ворот в 100% случаев были больше 4 см. Грыжевое содержимое составляли чаще всего петли кишечника (у 78,6%), желудок (у 42,8%), иногда селезенка (28,6%). Присутствие печени в грудной полости, как неблагоприятного прогност-

тического признака, выявлено у 2-х пациентов, что составило 14,3% от всех оперированных. Методом выбора пластика диафрагмы стала пластика собственными тканями — 85,7%. У двух пациентов применена проленовая сетка. Из осложнений встречались: у одного пациента — ранняя спаечная кишечная непроходимость (7,1%), у двух — напряженный пневмоторакс (14,3%). Рецидив — у одного пациента (7,1%). Все осложнения успешно ликвидированы, больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов нет. В среднем дети провели в стационаре  $21,14 \pm 6,1$  суток.

В качестве примера приводим клинический случай врожденной диафрагмальной грыжи, не диагностированной в антенатальный период.

Больная М., 4 месяцев, поступила в отделение хирургии новорожденных ГБУЗ «Областная детская клиническая больница № 1» 10.01.18 г. Из анамнеза жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестационного сахарного диабета, никотинозависимости. Роды самостоятельные, срочные (40 недель). Масса тела при рождении — 3150 г, длина тела — 50 см. Привита по возрасту. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Выявлен врожденный порок сердца — правостороннее сердце.

07.01.18 появилось беспокойство, отказ от еды, рвота до 4 раз за сутки, отсутствие самостоятельного стула, при этом газы отходили. 08.01.18 в связи с сохраняющимся беспокойством, периодической рвотой родителями вызвана бригада СМП, девочка доставлена в инфекционное отделение с подозрением на кишечную инфекцию. Ребенок получал консервативную терапию, выполнены ОАК и биохимический анализ крови — в пределах референсных значений. Появилась одышка. Пациентка доставлена в приемный покой ОДКБ № 1 с диагнозом «ущемленная диафрагмальная грыжа слева».

Учитывая стабильное состояние пациента, показано оперативное лечение после предоперационной подготовки и дообследования.

В отделении проведены лабораторные и инструментальные методы диагностики. Выполнено УЗИ брюшной полости и плевральных полостей. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и брюшной полости — диафрагмальная грыжа слева (рис. 1).

12.01.18 проведено оперативное вмешательство: торакоскопия, пластика левого купола диафрагмы.

Положение пациента на правом боку с валиком под нижней поясницей. Троякары для оптики и рабочих инструментов располагались по средней, передней и задней подмышечным линии

слева во II, III и IV межреберьях соответственно. При осмотре в грудной полости определяются селезенка, петли кишечника, большой сальник, которые переместились через дефект в левом куполе диафрагмы. В левой плевральной полости небольшое количество мутного хилезного выпота. Органы погружены в брюшную полость мягкими зажимами. Пластика порочного купола диафрагмы проведена путем ушивания дефекта отдельными швами. Ввиду отсутствия пристеночного мышечного валика задний край диафрагмы был фиксирован к грудной стенке узловыми швами с захватом противоположного ребра (рис. 2).



Рис. 1. Врожденная левосторонняя диафрагмальная грыжа. Левый купол диафрагмы четко не определяется. Весь левый гемиторакс заполнен петлями кишечника, пневматизация левого легкого прослеживается в области верхушки



Рис. 2. А — петли кишечника и селезенка в левом гемитораксе; В — органы погружены в брюшную полость, ушивание дефекта диафрагмы через ребро; С — фиксация швов диафрагмы через ребро (вид изнутри); D — фиксационный шов на грудной стенке

Послеоперационный период протекал без осложнений. При аускультации дыхание выслушивали во всех отделах. Проявлений дисфагии и задержки стула не было. В анализах крови и мочи признаков воспаления не отмечали. На обзорной рентгенограмме грудной полости данных за врожденную патологию не выявлено.

### Результаты и их обсуждение

В ходе исследования выявлено, что количество пациентов с ВДГ, которая не была выявлена антенатально, достаточно велико. Хотя достоверно не выявлена связь диафрагмальной грыжи с другими пороками развития, у 50% детей антенатально или в период новорожденности выявлялись пороки сердца. В основном диагноз у таких детей являлся случайной находкой, обнаруженной в ходе исследования органов дыхания по поводу соматической патологии. Клиническая картина у детей дошкольного, дошкольного и школьного возраста крайне скудна. В большинстве случаев (63,6%) она проявлялась в виде сухого длительного кашля, одышки при физических нагрузках, дети часто (а некоторые и ежемесячно) страдали ОРЗ, бронхитами, ангиной, в анамнезе у 27,3% — пневмония. Со стороны органов ЖКТ клинические проявления носили функциональный характер. У одного из пролеченных пациентов с рождения до 4-х месяцев наблюдалась одышка, периодическая рвота, затем он длительно наблюдался у гастроэнтеролога, однако диагноз диафрагмальной грыжи был выявлен только в 8-летнем возрасте с помощью рентгенографии, проведенной по показаниям для диагностики инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания. Из всей выборки только 2 пациента (9,09%) выдали клинику ДН с первых суток после рождения, отмечалось ослабленное дыхание, с помощью лучевых методов визуализации выполнена диагностика порока, проведена предоперационная подготовка, ВЧИВЛ, инфузионная терапия и оперативное лечение в неотложном порядке.

Оперативное лечение детей с поздно диагностированной диафрагмальной грыжей проводилось из открытых доступов (лапаротомия, торакотомия) и торакоскопически.

Ряд научных работ посвящен изучению показаний и ограничений для проведения торакоскопической реконструкции ВДГ. Таким образом, в настоящее время торакоскопия применяется чаще, являясь предпочтительным вмешательством у новорожденных [1]. Преимущества торакоскопии неоспоримы — это малая травматичность, хороший обзор анатомической области, в которой работает хирург, минимальный болевой синдром в послеоперационном периоде, быстрое

восстановление после проведенной операции, сокращение продолжительности пребывания пациентов в стационаре. Большое значение имеет хороший косметический результат [2; 3; 4; 8]. Однако, по данным Morini F. в 2012 г. [11], несмотря на прогресс малоинвазивной хирургии, лапаротомия по-прежнему остается самым распространенным способом (91,4%) лечения ВДГ, а частота рецидивов в данном случае ниже, чем при торакоскопических операциях. В работе Разумовского А.Ю. в 2016 г. [1] сообщается о значительном количестве рецидивов после торакоскопического лечения (у 11 из 37 новорожденных — 29,7%).

В связи с тем, что размер дефекта диафрагмы имеет одно из решающих значений при определении прогноза по исходу лечения пациентов с диафрагмальной грыжей, имела место быть проблема выбора закрытия дефекта диафрагмы при недостатке собственных тканей. Она решалась путем применений проленовой сетки (2 пациента — 14 оперированных — 14,28%). Каких-либо осложнений, связанных с применением этого материала, не наблюдалось. В остальных случаях удалось успешно закрыть дефект, используя отдельные, иногда П-образные швы. Иногда из-за отсутствия пристеночного мышечного валика край дефекта был фиксирован к грудной стенке узловыми швами, проведенными над и под ребром.

### Выводы

1. Несмотря на длительность изучения проблемы ВДГ, сохраняются сложности в пренатальном прогнозировании порока.
2. Врожденная диафрагмальная грыжа — порок развития, который может и должен быть выявлен в антенатальном периоде.
3. Ранняя диагностика порока дает возможность определения основных, используемых в настоящее время предиктивных и прогностических признаков, а также повышает выживаемость детей с ВДГ.
4. Несмотря на преимущества торакоскопической коррекции диафрагмальной грыжи у новорожденных с ВДГ, для многих пациентов старшей возрастной группы методом выбора пластики остаются открытые вмешательства.
5. Диафрагмальная грыжа должна входить в диагностический перечень заболеваний у детей, имеющих в анамнезе порок сердца, страдающих частой патологией органов дыхания.

## Литература

1. Торакоскопическая коррекция ложной врожденной диафрагмальной грыжи с применением имплантационных материалов / А. Ю. Разумовский, О. Г. Мокрушина, В. С. Шумихин и др. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2016. — Т. 4, № 1. — С. 87–92.
2. Лапароскопическая коррекция диафрагмальной грыжи у ребенка пяти лет / В. В. Паршиков, И. Ю. Карпова, В. П. Обрядов и др. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2016. — Т. 4, № 3. — С. 81–85.
3. Грыжи диафрагмы у детей: учеб. пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей / под ред. П. П. Кузьмичева. — Министерство здравоохранения Хабаровского края, ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», 2009. — 95 с.
4. Плеханов, А. Н. Диагностические возможности клиничко-рентгенологических исследований при диафрагмальных грыжах / А. Н. Плеханов, А. И. Товаришинов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2005. — № 3. — С. 163–165.
5. Диафрагмальные грыжи. Диагностика и хирургическое лечение / А. Е. Борисов, К. Г. Кубачев, А. В. Кукушкин и др. // Вестник хирургии. — 2012. — Т. 171, № 6. — С. 38–42.
6. Врожденная диафрагмальная грыжа у новорожденного: МРТ — патоморфологические сопоставления / У. Н. Туманова, В. Г. Быченко, В. М. Ляпин и др. // Медицинская визуализация. — 2014. — № 4. — С. 72–83.
7. Разумовский, А. Ю. Эндохирургические операции у новорожденных / А. Ю. Разумовский, О. Г. Мокрушина. — М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. — 344 с.
8. Ковалева, О. А. Периоперационное сопровождение новорожденных детей с диафрагмальными грыжами / О. А. Ковалева, К. И. Горковец // Новые технологии в детской хирургии // Сб. науч. трудов, посвящ. 100-летию медицинского образования в Пермском крае, 95-летию со дня рождения проф. А. А. Лишке. — 2014. — № 1. — С. 93–99.
9. Аврелькина, Е. В. Морфологические особенности грудобрюшной перегородки при врожденной диафрагмальной грыже / Е. В. Аврелькина, Л. П. Перетятко // Вестник ЧГПУ им. И. Я. Яковлева. — 2012. — № 2. — С. 3–8.
10. Демидов, В. Н. Внутригрудное расположение почки при левосторонней диафрагмальной грыже: обзор литературы и собственное наблюдение / В. Н. Демидов, Н. В. Машинец // Пренатальная диагностика. — 2016. — Т. 15, № 1. — С. 64–68.
11. Звездкина, Е. А. Врожденные диафрагмальные грыжи у взрослых / Е. А. Звездкина, В. Н. Лесняк, М. А. Белов // Клиническая практика. — 2013. — № 2. — С. 12–19.
12. Диафрагмальная грыжа у плода, диагностика и терапия / П. Н. Веропотвелян, Н. П. Веропотвелян, А. А. Бондаренко, С. А. Журавлева // Семейная медицина. — 2016. — № 4. — С. 128–133.
13. Jeffrey, W. Early recurrence of congenital diaphragmatic hernia is higher after thoracoscopic than open repair: a single institutional study / W. Jeffrey, C. Jason, E. Gross // J. Pediatr. Surg. — 2010. — № 11. — P. 048.
14. Fisher, A. C. Congenital iaphragmatic hernia / A. C. Fisher // State of the Art Reconstruction-Biologics Versus Synthetics. — P. 125–136.
15. Lally, K. P. Congenital Diaphragmatic Hernia Group. Defect size determines survival in infants with congenital diaphragmatic hernia / K. P. Lally, P. A. Lally, R. E. Lasky // Pediatrics. — 2007. — № 120. — P. 651–657.
16. Morini, F. Surgical techniques in congenital diaphragmatic hernia / F. Morini, P. Bagolan // Eur J. Pediatr Surg. — 2012. — № 22. — P. 355–363.
17. Indications for thoracoscopic repair of congenital diaphragmatic hernia in neonates / T. Okazaki, K. Nishimura, Takahashi et al. // Pediatr. Surg. Int. — 2011. — № 27. — P. 35–38.
18. Saxena, A. K. Dome-shaped patch offers optimal biomechanics for repair of large defects in congenital diaphragmatic hernia. Case report / A. K. Saxena // Acta medica medianae. — 2014. — V. 53 (4).

## Я ХИРУРГОМ СТАТЬ ХОЧУ? ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ВЫБОРА СПЕЦИАЛЬНОСТИ

УДК 378.1:614.23:617.5-053.2.

**Е.Ю. Васильева, Е.В. Дьяченко, М.Ю. Гайкина**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация  
Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация*

В статье представлены результаты изучения факторов выбора хирургической специальности студентами старших курсов медицинских вузов (Архангельск, Екатеринбург, Воронеж). Приведена оценка студентами ресурсов и возможностей вуза для подготовки будущих хирургов.

**Ключевые слова:** медицинский вуз, хирургическая специальность, факторы выбора специальности, качество обучения.

## I SURGER TO BECOME I WANT? INVESTIGATION OF FACTORS OF ELECTION OF SPECIALTY

**E.Yu. Vasilyeva, E.V.D'yachenko, M.Yu. Gaikina**

*Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation  
Northern state medical university, Arkhangelsk, Russian Federation*

The article presents the results of studying the factors of choosing a surgical specialty for senior students of medical schools (Arkhangelsk, Yekaterinburg, Voronezh). The students estimate the resources and capabilities of the university for the training of future surgeons.

**Keywords:** medical high school, surgical specialty, factors of choice of specialty, quality of training.

Темой острых дискуссий остаются вопросы причин дефицита кадров врачей во всех регионах страны, особенно в сельской местности; качества подготовки обучающихся в медицинском вузе; отсутствия системной целенаправленной работы в вузе по профориентации на этапе додипломного обучения и формированию культуры профессионального поведения на клинических кафедрах; кадрового кризиса врачей, особенно в хирургии и, как следствие, увеличения количества обоснованных жалоб пациентов по вопросам оказания качества хирургической помощи [1].

Очевидно, что общество всегда волновали и будут неизменно волновать такие вопросы: кто, как и почему приходит во врачебную профессию и, в частности, в хирургию? Что и как нужно изменить в образовательном процессе вуза, чтобы профессиональный выбор врачебной специальности студентами в медицинском вузе был осознанным?

### Участники и методы

Для проведения исследования была разработана анкета, включающая 34 вопроса, ответы на которые позволяли бы составить социологический портрет выборки исследования, определить факторы, оказывающие влияние на выбор профессии врача и на выбор врачебной специальности, факторы, мешающие выбору хирургической специальности, выявить степень влияния факторов на

выбор хирургической специальности, ожидания студентов относительно будущей заработной платы, информированность о профориентационной работе в вузе и мнение об эффективности ее форм, изучить мнение студентов о качестве обучения в медицинском вузе и на клинических кафедрах в частности.

Анкетирование проводилось сплошным методом у студентов 5-го курса лечебного факультета Северного государственного медицинского университета (СГМУ, г. Архангельск); у студентов 5-го курса лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (УГМУ, г. Екатеринбург); у студентов 5-го курса лечебного факультета Воронежского государственного медицинского университета (ВГМУ, г. Воронеж).

Изучение факторов, оказывающих влияние на выбор хирургической специальности в период обучения в вузе представлено в табл. 2. Так, например, 37,8% студентов СГМУ, 25,93% ВГМА и 22,50% УГМУ считают, что ППС кафедр хирургического профиля оказывает очень сильное влияние на выбор врачебной специальности. Сильное влияние на выбор хирургической специальности, по мнению 30% опрошенных студентов, оказывают условия обучения на кафедрах хирургического профиля. Влияние возможности работы в симуляционном центре для отработки хирургических навыков как сильное отметили все студенты. Однако 19,69%

респондентов СГМУ считают этот фактор слабым по степени влияния на выбор хирургической специальности. 27,56% студентов СГМУ считают, что введение обязательных дежурств в хирургических отделениях оказало бы сильное влияние на выбор хирургической специальности, хотя студенты двух других вузов считают, что данный фактор играет незначительную роль. 20,47% студентов СГМУ и 31,82% студентов ВГМА уверены, что обмен студентами из других стран — это слабый фактор выбора

врачебной специальности, а студенты УГМУ выделяют этот фактор как очень слабый для выбора будущей врачебной специальности [3].

Встречи с выдающимися хирургами как фактор влияния на профессиональный выбор отмечаются 30% всех опрошенных респондентов как средний фактор, только 16,54% студентов СГМУ, 18,89% ВГМА и 20,83% УГМУ оценивают степень его влияния на выбор врачебной специальности как очень сильную.

Таблица 1  
Структура выборки исследования

Вуз	Выборочная совокупность (чел.)	Средний возраст (лет)	Мужчины (чел., %)	Женщины (чел.,%)
СГМУ	127	22,60	30 чел. (23,62%)	97 чел. (76,38%)
УГМУ	118	20,6	36 чел. (30,0%)	82 чел. (68,3%)
ВГМА	267	19,97	75 чел. (22,78%)	192 чел. (71,11%),

Таблица 2  
Факторы выбора хирургической специальности: мнение студентов (ранжированный ряд)

№ Ранг	Фактор влияния на выбор хирургической специальности	Степень влияния фактора на выбор хирургической специальности (доля ответивших от общего числа студентов, в %)						ВУЗ
		очень слабое	слабое	среднее	сильное	очень сильное	затрудняюсь	
1	Преподавательский состав кафедр хирургического профиля	2,36	2,36	10,24	37,80	37,80	0,79	СГМУ
		1,48	4,44	18,89	40,37	25,93	7,78	ВГМА
		5,00	7,50	24,17	35,83	22,50	1,67	УГМУ
2	Условия обучения на кафедрах хирургического профиля	1,57	11,81	26,77	31,50	18,11	0,00	СГМУ
		1,48	8,15	30,00	32,59	22,22	4,44	ВГМА
		1,67	17,50	28,33	30,00	16,67	2,50	УГМУ
3	Возможность работы в симуляционных центрах для отработки хирургических навыков	11,02	19,69	14,17	25,98	18,11	2,36	СГМУ
		4,81	7,78	25,56	30,00	22,96	7,78	ВГМА
		2,50	8,33	23,33	20,00	18,33	18,33	УГМУ
4	Введение обязательных дежурств в хирургических отделениях	12,60	16,54	18,90	27,56	11,81	1,57	СГМУ
		5,56	16,30	32,59	24,81	10,00	9,63	ВГМА
		11,67	18,33	28,33	26,67	8,33	2,50	УГМУ
5	Обмен студентами из других стран	14,17	20,47	20,47	16,54	12,60	4,72	СГМУ
		13,33	16,30	31,85	15,56	11,11	10,74	ВГМА
		27,50	20,00	19,17	10,00	7,50	11,67	УГМУ
6	Встречи с выдающимися хирургами	3,94	9,45	29,92	24,41	16,54	3,94	СГМУ
		4,81	9,63	28,15	30,74	18,89	6,67	ВГМА
		12,50	8,33	22,50	24,17	20,83	8,33	УГМУ
7	Другое	1,57	0,79	2,36	3,15	3,15	0,79	СГМУ
		1,11	0,37	2,59	1,11	0,37	4,81	ВГМА
		0,00	0,00	1,67	0,83	0,83	0,83	УГМУ



Определение факторов, которые мешают студентам выбрать хирургическую специальность после окончания вуза, приведено в табл. 3. Большинство ответивших от общего числа опрошенных студентов называют «страх перед ожидаемыми трудностями в работе хирурга» как основной фактор, препятствующий выбору хирургической специальности. Вторым по значимости для 41,73% студентов СГМУ, 50,83% УГМУ и 47,78% респондентов ВГМА является мнение о том, что профессия хирурга приводит очень быстро к синдрому эмоционального выгорания. Для остальных студентов таким фактором является суждение о том, что хирургами могут работать только мужчины, а 30% опрошенных придают значение зарплате хирургов (табл. 4).

Профориентационная работа со студентами на предмет определения врачебной специальности является важной составляющей образовательного процесса. Однако на практике в медицинском вузе она проводится скорее формально и не системно, чем целенаправленно и регулярно. Так, на вопрос «Проводились ли в текущем учебном году на факультете рекламные мероприятия по привлечению студентов в интернатуру/ордина-

туру по хирургическим специальностям?» 13,39% студентов СГМУ ответили, что были встречи с выдающимися хирургами региона, 25,98% студентов СГМУ, 15,0% УГМУ и 19,63% ВГМА отметили проведение олимпиад и конкурсов, 47,50% студентов УГМУ констатировали, что никаких мероприятий не проводилось, но они очень нужны, а 18,11% считают, что хирургические специальности хорошо известны и в рекламе не нуждаются.

Выявление представлений студентов об ожидаемой зарплате хирургов и влиянии ее размера на выбор хирургической специальности представлено в табл. 4. Студенты назвали уровень зарплаты, который гарантировал бы, что они выберут хирургическую специализацию, — 47,81 тыс. рублей. Респонденты СГМУ, г. Архангельск, думают, что средняя заработная плата, на которую может рассчитывать выпускник, выбравший хирургическую специальность, с наилучшими и наихудшими возможностями трудоустройства без дополнительной подготовки, находится в пределах от 11,20 тыс. рублей до 48,77 тыс. рублей в месяц. В медицинских вузах Екатеринбурга и Воронежа эта цифра немного выше — от 13,57 до 76,12 тыс. рублей.

Таблица 3  
Рейтинг факторов, мешающих студентам выбрать хирургическую специальность после окончания вуза

Вуз	Страх перед ожидаемыми трудностями	Риск эмоционального выгорания	Хирургами могут работать только мужчины	Зарплата хирургов	Самая низкая продолжительность жизни
СГМУ	47,24%	41,73%	36,22%	29,92%	25,20%
УГМУ	65,83%	50,83%	32,50%	37,50%	12,50%
ВГМА	64,44%	47,78%	32,96%	25,19%	29,63%
Достоверные различия	P = 0,988	P = 0,852	P = 0,980	P = 0,014	P = 0,000

Таблица 4  
Мнение студентов о средней заработной плате, на которую может рассчитывать выпускник по хирургическим специальностям с наилучшими и наихудшими возможностями трудоустройства без дополнительной подготовки

Средняя заработная плата, исходя из мнений <b>всех</b> опрошенных <b>студентов</b>		
	ОТ (тыс. руб.)	ДО (тыс. руб.)
Наилучшие возможности трудоустройства	25,68	48,77
Наихудшие возможности трудоустройства	11,20	19,93
Средняя заработная плата, исходя из мнений всех опрошенных <b>мужчин</b>		
	ОТ (тыс. руб.)	ДО (тыс. руб.)
Наилучшие возможности трудоустройства	19,60	38,73
Наихудшие возможности трудоустройства	9,59	16,98
Средняя заработная плата, исходя из мнений всех опрошенных <b>женщин</b>		
	ОТ (тыс. руб.)	ДО (тыс. руб.)
Наилучшие возможности трудоустройства	23,06	39,31
Наихудшие возможности трудоустройства	8,35	14,89

Изучение мнения студентов о признаках высокого качества обучения и его оценка в медицинском вузе приведены в табл. 5. Из возможных вариантов признаков высокого качества обучения доля студентов, выбравших такие признаки, как наличие международных программ обучения, составила 50,39%, высокая квалификация ППС — 47,24%, научная работа ППС, их публикации — 44,88%, возможность зарубежных стажировок, обмена для учащихся — 43,31%, наличие дополнительных программ и факультативных курсов — 36,22%, возможность быстрого трудоустройства

— 25,20% и высокая позиция в рейтингах министерства или СМИ — 22,05%. Далее по убывающей идут такие признаки высокого качества, как известность выпускников, свободное владение иностранным языком выпускниками, высокий конкурс среди поступающих, уровень заработка выпускников, отзывы родителей и обучающихся и пр. В УГМУ и ВГМА на первое место студенты ставят высокую квалификацию ППС, далее идет возможность трудоустройства и возможность зарубежных стажировок, а также наличие международных программ.

Таблица 5

Качество имеющихся в вузе ресурсов и возможностей для подготовки будущих хирургов в субъективной оценке студентов

Ресурсы и возможности	ВУЗ	Качество ресурсов и возможностей для подготовки будущих хирургов (доля ответивших от общего числа опрошенных студентов, %)			
		плохое	удовлетворительное	хорошее	не имеем
Административно-управленческий персонал	СГМУ	8,6	29,9	46,4	0,7
	ВГМА	3,3	40,7	52,9	1,4
	УГМУ	8,3	39,1	35,0	0,0
Профессорско-преподавательский состав	СГМУ	1,7	9,4	81,9	0,8
	ВГМА	2,6	20,4	74,8	0,7
	УГМУ	4,2	39,2	49,1	0,8
Учебные программы	СГМУ	4,2	17,3	66,9	2,3
	ВГМА	3,7	36,3	58,5	0,0
	УГМУ	6,7	40,0	45,8	0,0
Учебная и учебно-методическая литература	СГМУ	6,3	28,4	53,5	2,3
	ВГМА	6,3	45,2	47,0	0,0
	УГМУ	8,3	32,5	52,5	0,0
Компьютеры и другая информационная техника	СГМУ	15,0	40,9	28,4	4,7
	ВГМА	14,8	44,8	38,5	0,3
	УГМУ	18,3	39,2	33,3	2,5
Компьютерные программы и базы данных	СГМУ	17,3	42,5	24,4	3,1
	ВГМА	16,3	45,2	35,9	1,1
	УГМУ	20,8	45,8	20,0	6,6
Доступ к Интернету	СГМУ	19,7	32,3	33,1	3,1
	ВГМА	14,8	39,0	43,7	1,1
	УГМУ	16,7	36,6	31,7	4,1
Учебные площади	СГМУ	22,3	29,9	33,8	1,5
	ВГМА	8,9	42,2	47,0	0,3
	УГМУ	14,2	45,8	31,6	0,8
Мебель и инвентарь	СГМУ	26,0	35,4	26,8	0,7
	ВГМА	12,2	48,5	36,7	1,1
	УГМУ	24,2	43,3	25,0	0,0
Учебное оборудование (симуляторы)	СГМУ	35,4	33,1	18,1	4,7
	ВГМА	13,0	49,0	36,3	0,3
	УГМУ	39,2	37,0	12,5	5,0
Научное оборудование и приборы	СГМУ	26,8	33,9	24,4	3,9
	ВГМА	13,7	45,9	37,8	1,1
	УГМУ	30,0	42,5	17,5	3,3

Примечание. Жирным шрифтом в таблице обозначен процент студентов, равный и/или превышающий порог в 1/3 от общего количества студентов в подвыборке исследования.

Таблица 6  
Характеристики, которые, по мнению студентов,  
наиболее важны для хорошего преподавателя клинической кафедры

№ ранга	Характеристика хорошего преподавателя клинической кафедры	Доля ответивших от общего числа опрошенных студентов, в %		
		СГМУ	ВГМА	УГМУ
1	Желание научить, готовность ответить на вопросы, помочь обучающимся	63,78	80,74	78,33
2	Эрудиция, знания, современность материала, учебных программ	59,06	64,44	69,17
3	Опыт практической работы в качестве врача	46,46	40,74	51,67
4	Спокойный характер, уравновешенность	41,73	47,78	51,67
5	Наличие собственных учебных программ, методических материалов, учебных пособий	35,43	29,26	20,0
6	Контактность, умение общаться, убеждать	31,5	34,44	37,5
7	Объективность оценивания знаний	25,2	30,74	32,5
8	Умение хорошо объяснять	18,90	40,0	41,67
	Ориентация обучения на подготовку к итоговому экзамену	14,96	7,04	12,5
9	Лояльность, умение войти в положение учащихся	13,39	22,59	32,5
10	Научная работа, публикации	10,24	9,26	3,33
11	Другое	0,0	0,74	1,67

Условия обучения или качество имеющихся ресурсов и возможностей в вузе для подготовки будущих хирургов — основа образовательного процесса и фактор, оказывающий влияние на выбор врачебной специальности. Респонденты оценивали по шкале «плохое — удовлетворительное — хорошее — не имеем» такие условия обучения, как: административно-управленческий персонал, преподавательские кадры, учебные программы, наличие учебной и учебно-методической литературы, компьютеров и другой информационной техники, компьютерных программ и баз данных, доступ к Интернету, учебные площади, мебель и инвентарь, учебное оборудование (симуляторы), научное оборудование и приборы. Результаты ответов приведены в табл. 5.

Анализ ответов респондентов важно знать администрации для принятия управленческих решений относительно определения приоритетов в распределении ресурсов, направленных на улучшение учебного оборудования на клинических кафедрах, а также научного оборудования и приборов для привлечения студентов к научно-исследовательской работе.

Доказано, что личный пример преподавателя клинической кафедры имеет огромное значение в формировании образа врача, клинического мышления и при выборе студентами врачебной специальности. Респонденты отметили следующие характеристики, которые наиболее важны для хорошего преподавателя клинической кафедры (табл. 6). Статистически значимых различий не выявлено.

### Результаты и их обсуждение, выводы

Проведенное исследование позволяет выделить наиболее значимые факторы профессионального выбора врачебной специальности студентами в медицинском вузе на современном этапе. В исследовании установлено, что факторами выбора хирургической специальности студентами в соответствии с принятой классификацией в основном являются субъективные внешние факторы, такие как преподавательский состав кафедр хирургического профиля, условия обучения на клинических кафедрах и возможность работы и обучения в симуляционных центрах для отработки хирургических навыков.

Для управления вышеперечисленными факторами требуется обучение преподавателей педагогическим технологиям формирования профессионального выбора врачебной специальности студентами, которое следует проводить непосредственно в медицинском вузе, без отрыва от профессиональной педагогической деятельности, тесно связав его с целями и задачами высшего медицинского образования в общем и вуза в частности, придав такому обучению ярко выраженную практическую направленность.

Компетентность преподавателей в области педагогических технологий формирования профессионального выбора врачебной специальности студентами в учебной, внеучебной и воспитательной работе может быть обеспечена посредством: обозначения стратегии включения преподавателей в работу по формированию профессионального выбора врачебной специальности студентами в медицинском вузе; повышения квалификации

преподавателей по освоению комплекса разнообразных педагогических технологий формирования профессионального выбора врачебной специальности студентами в учебной, внеучебной и вос-

питательной деятельности; заинтересованности администрации образовательного учреждения в овладении преподавателями современными педагогическими технологиями.

### Литература

1. Пчелина, И. В. Профессиональная ориентация в подготовке врачей: учеб.-метод. пособие / И. В. Пчелина, В. Г. Дьяченко. — Хабаровск: Издательский центр «ДВГМУ», 2004. — 151 с.
2. Ценностные ориентации студентов-медиков и их сравнительный анализ в контексте других профессий / С. Ю. Даукилас, А. Л. Думчене, А. А. Думчюс, И. Якушовайте // Социологические исследования. — 2005. — № 9. — С. 131—135.
3. Дьяченко, Е. В. Выбор хирургической специальности выпускниками медицинского вуза: что на него влияет? / Е. В. Дьяченко // Успенские чтения. Вып. 8.: мат. научно-практической конференции врачей России с международным участием, посвященной 60-летию кафедры общей хирургии Тверского государственного медицинского университета. — С. 139—140.

.....

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

УДК 616.35-007-089-053.2

**Н.В. Винокурова, Н.А. Цап**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Аноректальные пороки относятся к тяжелой врожденной патологии и составляют основную долю колопроктологических проблем в детском возрасте. Лечение детей данной группы этапное, первое — хирургическая операция, направленная на создание неоануса. Выбор метода оперативного вмешательства зависит от анатомического варианта порока и сопутствующей патологии. Второй этап заключается в проведении многократных курсов реабилитационных мероприятий. Только совокупность этих методов лечения позволяет достичь социальной адаптации ребенка.

**Ключевые слова:** аноректальные пороки, дети, проктопластика, энкопрез, реабилитация.

## COMPREHENSIVE APPROACH TO TREATMENT OF ANORECTIVE MALFORMATIONS IN CHILDREN

**N.V. Vinokurova, N.A. Tsap**

*Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation*

Anorectal malformations are a serious disease pathology and constitute the major proportion of coloproctological diseases in childhood. Treatment of children of this group is a step-by-step, the first surgical operation aimed at creating neoanus. The choice of the method of surgical intervention depends on the anatomical version of the defect and the concomitant pathology. The second stage is to conduct multiple courses of rehabilitation activities. Only a combination of these methods of treatment allows to achieve social adaptation of the child.

**Keywords:** anorectal defects, children, proctoplasty, encopresis, rehabilitation.

### Введение

Аноректальные аномалии у детей — одна из самых многочисленных групп колопроктологической патологии, составляет до 85% от всех заболеваний аноректальной области и встречается с частотой 1 на 4000—5000, преобладают мальчики.

Отсутствие заднепроходного отверстия было хорошо известно и распознавалось еще с древних времен, т.к. для постановки диагноза достаточно осмотра промежности новорожденного ребенка.

Лечение заключалось в создании отверстия на промежности, однако пациенты с так называемыми «высокими» формами после данного вмешательства погибали. Amussat впервые в 1835 году подшил стенку прямой кишки к кожным краям, соответственно именно эта операция может считаться первой истинной анопластикой.

На сегодняшний день в распоряжении хирургов имеется более 20 способов хирургической коррекции аноректальных пороков. Неудовлетворительные результаты лечения аноректальных

пороков по статистике составляют от 10 до 60%. Это обусловлено комплексом факторов: разнообразием анатомических вариантов порока, сочетанием с другими аномалиями развития, неполной предоперационной диагностикой, высокой травматичностью традиционных способов коррекции аноректальных пороков, что определяет наличие на фоне хорошей анатомической реконструкции неудовлетворительных функциональных результатов.

К наиболее тяжелым нарушениям функции относят недержание кишечного содержимого, что ведет к осознанию физической неполноценности и социальной изоляции больного, так как восстановить функцию наружного сфинктера в полном объеме часто не удается. В этих условиях необходимо проведение многократных курсов консервативной терапии, направленных на формирование рефлекторных механизмов дефекации с регулярным опорожнением кишечника. Реабилитационные мероприятия являются необходимым этапом дальнейшего лечения детей с аноректальными пороками.

### **Цель работы**

Проанализировать частоту встречаемости анатомических вариантов аноректальных пороков, а также оценить анатомическое и функциональное состояние прямой кишки и ее сфинктерного аппарата после промежностной и брюшно-промежностной проктопластики.

### **Материалы и методы**

В клинике детской хирургии за период с 2013-го по 2017 год находились на лечении 66 детей в возрасте от 1 до 17 лет, из них 27 (40,9%) — девочки и 39 (59,1%) — мальчики. При этом 26 (39,4%) детей госпитализировались для проведения оперативного вмешательства и 40 (60,6%) детей — для обследования курса реабилитационного консервативного лечения.

Преобладали свищевые формы у 50 (75,8%) больных (ректопромежностный свищ — 26,9%, ректовезикальный и ректоуретральный свищи обнаружены у 23,1% мальчиков, ректовестибулярный свищ — у 42,3% и ректовлагалищный свищ — у 7,7% девочек). Рецидив ректоуретрального свища у двух мальчиков 9 (3%). В структуре сочетанных пороков развития ведущее место занимает МПС (41%), пороки развития ЖКТ (18%) и ВПС (16%), также выявлены аномалии развития скелета у 13% детей. Группа прочих аномалий составила 13% (пороки развития ЦНС, диафрагмальная грыжа, синдром Дауна). У 6 детей выявлено сочетание 3 и более пороков развития. В половине случаев атрезия ануса и прямой кишки были изолированными пороками.

При выполнении радикального этапа оперативного вмешательства использованы следующие виды проктопластик: промежностная — 19 (28,8%), открытая брюшно-промежностная — 26 (39,4%), и переднесагитальная — 18 (27,3%), лапароскопическая брюшно-промежностная — 3 (4,5%). Повторные оперативные вмешательства выполнены 9 (13,6%) детям, из них 2 детям были проведены повторные промежностные проктопластики с иссечением свища и пластикой уретры, и 7 пациентам иссечен избыток слизистой прямой кишки.

Ближайшие результаты оперативного лечения благоприятные. Все больные в дальнейшем находились на диспансерном наблюдении у хирурга. Для оценки анатомического и функционального состояния прямой кишки и ее сфинктерного аппарата у детей после проктопластики комплекс обследования включал: сбор анамнеза, осмотр промежности, ректальное исследование, ультразвуковую диагностику дистальных отделов толстой кишки, ректороманоскопию и ирригографию.

Операция является этапом в комплексном лечении этих детей, так как после реплантации анального канала в наружный сфинктер имеют место не только анатомические отклонения от нормы, но и рефлекторно-функциональные. В этих условиях надо «научить» прямую кишку нормально функционировать, необходимо сформировать рефлекторные механизмы дефекации с регулярным опорожнением кишечника, поэтому такие дети должны концентрироваться в специализированных детских хирургических отделениях, в которых производится их обследование, выбор метода хирургического лечения, лечение в послеоперационном периоде, диспансерное наблюдение, назначение и проведение повторных курсов реабилитационных мероприятий (эндотон с анальным электродом, массаж и аппликации парафина на пояснично-крестцовый отдел позвоночника и переднюю брюшную стенку, лечебная гимнастика на мышцы тазового дна).

### **Результаты и обсуждение**

Выбор срока и способа оперативного лечения зависит от варианта самой аноректальной аномалии и сочетания с другими пороками развития. Отсутствие свищевого хода и узкие свищи потребовали проведения неотложного оперативного вмешательства в первые сутки жизни после непродолжительной предоперационной подготовки. При низкой форме атрезии у 12 детей (18,1%) удалось выполнить одномоментную проктопластику с ликвидацией свища.

Наличие широкого ректопромежностного свища, ректовестibuлярного свища, диаметр которого был достаточным для опорожнения толстой кишки, позволило отложить проведение оперативного вмешательства до возраста 6–8 месяцев у 25 детей (37,9%). При высокой форме атрезии ануса 29 (44%) детям выполнялась этапная хирургическая коррекция. Первым этапом формировали сигмо- или десцендостому. Через 8–12 недель выполнялся радикальный этап коррекции — брюшно-промежностная проктопластика (открытая и с лапароскопической поддержкой) с последующим закрытием колостомы. Сочетание с доминирующими и конкурирующими пороками развития требовало первоначального или одномоментного устранения жизнеугрожающих пороков.

Результаты лечения детей с аноректальными аномалиями напрямую зависели от «высоты» порока и проведения реабилитационных мероприятий. У большинства детей имелся самостоятельный стул — 35 (87,5%) детей. Наиболее часто пациенты жаловались на каломазание — 25 (62,5%) детей; периодические запоры отмечали 8 (20%) пациентов, у такого же количества неэффективный самостоятельный стул; затруднение акта дефекации у 6 (15%) детей; снижение позыва на дефекацию у 1 (2,5%) ребенка. При ректальном обследовании определяется циркулярный рубец у 9 (22,5%) пациентов. У 3 (7,5%) с трудом пропускает, у остальных детей (28) исследующий палец свободно проходит. Тонус сфинктера снижен у 17 (42,5%) пациентов и не определяется у 5 (12,5%) больных. Расширение ампулы прямой кишки наблюдалось у 8 (20%) детей.

По данным УЗИ дистального отдела кишечника выявлены анатомические и функциональные изменения: рубцовая недостаточность анального сфинктера — у 11 (27,5%) больных; рубцовый стеноз анального сфинктера — у 4 (10%) детей; дисфункция анального сфинктера — у 6 (15%); вторичный мегаколон I–II степени —

у 17 (42,5%) пациентов; рубцовые изменения — у 2 (5%) детей.

При эндоскопическом исследовании дистального отдела толстой кишки (ректороманоскопия) определяется неполная корреляция с сонографическими результатами: рубцовая недостаточность анального сфинктера — у 7 (17,5%) больных; рубцовый стеноз анального сфинктера — у 4 (10%) детей; вторичный мегаколон I–III степени — у 21 (52,5%) пациентов; проктосигмоидит — у 8 (20%) детей. Ирригография установила мегаколон у большинства детей — 15 (60%) случаев.

Все детям проводилось плановое обследование и курсы реабилитационной терапии, направленной на восстановление нервно-мышечной проводимости сфинктерного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна. При проведении курсов терапии у детей постепенно отмечалось улучшение в состоянии, нормализовались позывы на дефекацию, отмечалась нормализация регулярности самостоятельного стула, уменьшалось каломазание вплоть до его полного исчезновения.

### Выводы

1. В структуре аномалий ануса и прямой кишки преобладают свищевые атрезии.
2. Все дети подлежат оперативной коррекции с выбором оптимальных сроков и способов хирургического лечения.
3. Анатомически удовлетворительная коррекция высокой атрезии прямой кишки требует комплексной реабилитационной терапии для достижения полноценного стойкого функционального результата.
4. Дети с аноректальными пороками развития должны концентрироваться в специализированных детских хирургических отделениях, в которых производится их обследование, выбор метода хирургического лечения, лечение в послеоперационном периоде, диспансерное наблюдение, назначение и проведение повторных курсов реабилитационных мероприятий.

### Литература

1. Ашкрафт, К. У. Детская хирургия / К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. — Т. 2. — СПб., 1997.
2. Организационные принципы лечения детей с аноректальной патологией / Ю. Г. Дектерев, В. И., Аврин, О. В. Прибушения, С. К. Новицкая // Здоровоохранение. — 2016. — № 5. — С. 25–32.
3. Этапное лечение аноректальных пороков у детей / П. В. Иванов, И. В. Киргизов, К. Н. Баранов, И. А. Шишкин // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2010. — № 3. — С. 88–89.
4. Структура послеоперационных осложнений у детей с пороками развития толстой кишки и аноректальной области / А. Л. Ионов, О. В. Шербакова, В. А. Лука и др. // Детская больница. — 2010. — № 2. — С. 19–27.

## ТЕРАТОМА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

УДК 617.559-006.2-053.2

**К.З. Замирбеков, К.М. Мыкыев, Ш.А. Ибраимов**

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

В работе представлен анализ 59 случаев тератом крестцово-копчиковой области у детей.

**Ключевые слова:** тератома, крестцово-копчиковая область, опухоли у детей, лечение.

## SACROCOCYGEAL TERATOMA IN CHILDREN

**K.Z. Zamirbekov, K.M. Mykyev, Sh.A. Ibrahimov**

*Kyrgyz Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyz Republic*

In this study we present an analysis 59 cases of sacrococcygeal teratomas in children.

**Keywords:** sacrococcygeal teratoma, tumors in children, treatment.

### Актуальность

Крестцово-копчиковая тератома — вид опухоли, встречающейся с частотой 1 : 40 000 новорожденных [3; 8; 9; 11]. Несмотря на то, что эти опухоли являются доброкачественными, вероятность малигнизации очень высока [10]. Характер опухоли может быть кистозным, солидным или смешанным, причем солидный часто носит злокачественный характер [1; 8; 9]. Прогноз зависит от размера, гистологического строения опухоли, степени недоношенности новорожденного, наличия сопутствующих пороков, от срока постановки диагноза, полного хирургического удаления опухоли с обязательной резекцией копчика [2; 7; 11]. Заболеваемость злокачественной формой опухоли в неонатальном периоде составляет примерно 10% против почти 100% в возрасте 3 года [4].

Дородовая диагностика крестцово-копчиковой тератомы является очень важным аспектом и чаще проводится с помощью УЗИ плода [12].

В Республике из-за ограничения диагностических возможностей первичного и вторичного уровней здравоохранения довольно остро стоит проблема дородовой диагностики врожденных пороков, в том числе тератом у детей.

Актуальность проблемы тератом у детей определяется не только лидирующим положением их среди опухолей у новорожденных [5], но и высокой частотой малигнизации в постнеонатальном периоде [4; 10], ранним появлением отдаленных метастазов, приводящих к ранней инвалидности и смертности детей, наличием функциональных и косметических дефектов.

### Цель исследования

Изучить отдаленные результаты комплексного метода лечения тератом крестцово-копчиковой области у детей.

### Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезней 59 детей с тератомами крестцово-копчиковой области, оперированных с 2005-го по 2015 год в Городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) и Национальном центре охраны материнства и детства (НЦОМид). Была разработана карта-опросник, которая включала в себя следующие вопросы: анамнез беременности, анамнез заболевания, объективные данные, общеклинические анализы, анализ крови на АФП, данные УЗИ и МРТ, данные гистологического типирования опухоли.

Всем больным детям было проведено оперативное вмешательство. Из них 4 больных получили несколько курсов полихимиотерапии по протоколу SIOP (международное общество детских онкологов) по схеме РЕВ (Platinol, Etoposide, Vleomycin) — как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах в детском отделении Национального центра онкологии (НЦО).

### Результаты исследования и их обсуждение

По половому признаку дети распределились следующим образом: мальчиков — 13 (24%), девочек — 46 (76%), в соотношении (1:3,5), что соответствует данным зарубежной литературы [3; 6; 8; 13].

Согласно анатомо-морфологической классификации, предложенной Американской академией педиатрии (AAP) [5], тератомы были классифицированы следующим образом:

- 1) тип I n = 32, или 54,2%;
- 2) тип II n = 17, или 28,8%;
- 3) тип III n = 7, или 11,9%;
- 4) тип IV n = 3, или 5,1%.

В зависимости от возраста на момент операции больные дети были разделены на две клинические группы. В I группу были включены 30 детей — дети, оперированные в периоде новорожденности. Во II группу были включены 29 детей — дети старше 1 месяца на момент операции. В I группе всем детям проводилось полное лабораторно-инструментальное исследование, которое включало в себя: общеклинические анализы, анализ крови на ВУИ и уровень АФП в крови, УЗИ, МРТ. В то же время во II группе только 9 больным детям была сделана МРТ крестцово-копчиковой области, а уровень АФП в крови был определен только у 12 больных детей. Это объяснялось отсутствием клинических протоколов ведения данного контингента больных с одной стороны и материального состояния родителей — с другой.

Сопутствующая патология (врожденный порок сердца) была обнаружена в 12 (20%) случаях.

Аntenатально тератома крестцово-копчиковой области была установлена у 18 детей (30,5%) в поздних сроках беременности (дети, прописанные в городе Бишкек и близ расположенных районов); при этом установлено, что антенатальная диагностика детям, переведенным из лечебных учреждений первичного и вторичного уровней здравоохранения, не проводилась. В периоде новорожденности детей (I и II типы опухоли) диагноз установлен у 49 (83,1%) и после 1 месяца (III тип) у 7 детей (11,9%). У 3 (5,1%) больных детей (IV тип) диагноз установлен в возрасте старше одного года в связи с острой задержкой выделения мочи и/или запоров.

Неоценима роль определения уровня АФП как для установления степени зрелости опухоли, так и для контроля радикальности проводимой операции. Из 59 оперированных детей контроль уровня АФП проводился лишь у 17 исследуемых детей: 9 детям из первой группы (n = 30) и 8 — из второй группы (n = 29). Уровень АФП планомерно снижался в послеоперационном периоде у всех исследуемых детей первой группы в 2—3 раза при первичном уровне 135±56

нг/мл в возрасте 2 месяца и нормализация АФП (<8,5нг/мл) наступала по достижении 1 года. В случае неэффективного оперативного лечения нарастание уровня АФП начиналось задолго до очевидного роста опухоли. Так, в одном случае у ребенка из второй группы имело место повышение уровня АФП планомерно в 1,5—2 раза в послеоперационном периоде в течение 6 месяцев, и в возрасте 1 года был диагностирован рецидив опухоли.

Как видно из таблицы, в первой группе у 93,3% оперированных больных обнаружен зрелый тип опухоли, что сравнительно больше, чем во второй группе (82,8%).

Во второй группе у 13,8% диагностирована незрелая тератома против 6,7% в первой группе и 3,4% тератобластом во второй группе отсутствием в первой группе, тем самым подтверждает высокий риск малигнизации опухоли среди оперированных в более старшем возрасте. Дети с незрелыми тератомами (n=7 (11,9%)) были консультированы онкологами и 4 (6,7%) из них продолжили лечение в детском отделении Национального центра онкологии, а 3 детей по показателям опухолевых маркеров в химиотерапии не нуждались.

Всем 4 больным детям (1 мальчик и 3 девочки) в возрасте 2—5 лет была проведена неадекватная полихимиотерапия в связи с рецидивом по протоколу SIOP по схеме РЕВ в Национальном центре онкологии.

В раннем послеоперационном периоде осложнение, как вторичное заживление раны, отмечено у 2 больных из первой группы, а во второй группе у всех детей — первичным натяжением. Из поздних послеоперационных осложнений во второй группе, по данным анкетирования, у 2 (3,4%) детей выявлена нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, которая у первого ребенка сохранялась до 3-летнего возраста, а у второго — вплоть до школьного возраста. В первой группе не было выявлено поздних послеоперационных осложнений.

Летальность в раннем послеоперационном периоде отмечена в 1 (1,7%) случае.

Таблица  
Гистологическая верификация опухоли

Гистологические типы опухоли	Всего		I группа (n=30)				II группа (n=29)			
	количество		количество		рецидив		количество		рецидив	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Зрелая	52	88,1%	28	93,3%	0	0%	24	82,8%	1	3,4%
Незрелая	6	10,2%	2	6,7%	0	0%	4	13,8%	2	6,8%
Тератобластома	1	1,7%	0	0%	0	0%	1	3,4%	1	3,4%
Всего	59	100%	30	100%	0	0%	29	100%	4	13,6%



Рецидив опухоли был обнаружен у 4 (6,8%) пациентов. Причиной рецидива послужил в 3 случаях не резецированный копчик, и в одном случае опухоль переросла в злокачественную форму.

Косметические результаты (внешний вид ягодич) следует признать неудовлетворительными во всех случаях: из них 3 пациентам требовалась пластическая операция по поводу грубого деформирующего послеоперационного рубца.

### Литература

1. Детская онкология. Национальное руководство / М. Д. Алиев и др. — М., 2012. — 589—597с.
2. Детская хирургия. Национальное руководство / Ю. Ф. Исаков, А. Ф. Дронов. — М., 2009. — 546—550 с.
3. Пури, П. Атлас детской оперативной хирургии; пер. с англ. / П. Пури, М. Гольварт; под общ. ред. проф. Т. К. Немиловой. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 451—458 с.
4. Isaacs-Jr., H. Germ cell tumors. Tumors of the Fetus and Newborn / H. Isaacs-Jr. // Vol. 35 in the series Major Problems in Pathology. — Philadelphia, PA, Saunders, 1997. — P. 15—38.
5. Altman, R. P. Sacrococcygeal teratoma. American Academy of Pediatrics Surgical Section Survey. — 1973 / R. P. Altman, J. G. Randolph, J. R. Lilly. — J Pediatr Surg. — 1974. — № 9. — P. 389—398.
6. Barakat, M. I. Sacrococcygeal teratoma in infants and children / M. I. Barakat, S. M. Abdelaal, A. M. Saleh. — Acta Neurochir (Wien). — 2011 Sep. — № 153 (9). — P. 1781—1786.
7. Bittmann, S. Surgical experience and cosmetic outcomes in children with sacrococcygeal teratoma / S. Bittmann, V. Bittmann. — Curr Surg. — 2006. — № 63. — P. 51—54.
8. Malignant sacrococcygeal germ cell tumors in children: a 30-year experience from a single institution / М. Вьюкратмукзу, А. Varan, S. Кьпели et al. — Tumori. — 2013, Jan—Feb. — № 99 (1). — P. 51—56.
9. Sacrococcygeal teratoma-a 25-year experience in a UK regional center / H. O. Gabra, E. C. Jesudason, H. P. McDowell et al. // J Pediatr Surg. — 2006. — № 41. — P. 1513—1516.
10. Treatment and clinical outcomes of patients with teratoma with somatic-type malignant transformation: an International collaboration / P. Giannatempo, G. R. Pond, G. Sonpavde et al. // J Urol. — 2015, Dec 31. pii: S0022-5347(15)05538-X.
11. Graf, J. L. Fetal sacrococcygeal teratoma / J. L. Graf, C. T. Albanese // World J Surg. — 2003. — № 27. — P. 84—86.
12. Prenatal assessment and management of sacrococcygeal teratoma / L. Gucciardo, A. Uyttebroek, I. De Wever et al. // J Prenat Diagn — 2011, Jul. — № 31 (7). — P. 678—688.
13. Sacrococcygeal tumors: clinica characteristics and outcome of pediatric patients treated at South Egypt Cancer Institute. A retrospective analysis / H. A. Sayed, A. M. Ali, H. M. Hamza et al. // J Pediatr Surg. — 2013, Jul. — № 48 (7). — P. 1604—1608.

### Выводы

1. Отмечено преобладание крестцово-копчиковой тератомы у девочек (78%).
2. Антенатально тератомы выявлены только у 30,5% детей.
3. В 13,8% случаях тератомы были злокачественными и были диагностированы после 1 месяца жизни, что доказывает важность первичного радикального удаления тератомы с обязательной резекцией копчика в периоде новорожденности.

---

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПИЛОРОСТЕНОЗА

УДК 616.33-007-053.1-089-053.2

**М.С. Карачева**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В исследование были включены все дети с установленным диагнозом «врожденный пилоростеноз». Анализ анамнестических данных позволил выявить наличие полиморфной клинической картины в дебюте заболевания у детей с врожденным пилоростенозом. Контроль весо-ростовых показателей у этой группы детей позволяет своевременно диагностировать отклонения в пищевом статусе и проводить коррекцию. Необходимо настороженность врачей амбулаторного звена в отношении данной патологии.

**Ключевые слова:** дети, пилоростеноз, диагностика, хирургическое лечение.

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE  
OF CHILDREN OPERATED ON FOR PYLORIC STENOSIS

M.S. Karacheva

Urals state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The study included all children with an established diagnosis of congenital pyloric stenosis. The analysis of anamnestic data revealed the presence of polymorphic clinical picture at disease onset in children with congenital pyloric stenosis. Monitoring weight and growth indicators in this group of children allows you to diagnose abnormalities in nutritional status and to carry out correction. The necessary alertness of physicians outpatient management in relation to this disease.

**Keywords:** children, pyloric stenosis, diagnosis, surgical treatment.

Гипертрофический пилоростеноз — заболевание детей первого месяца жизни, вызванное утолщением и уплотнением циркулярного мышечного слоя пилорического отдела желудка, что является причиной непроходимости желудка. Частота встречаемости данного заболевания составляет 2—3 случая на 1000 новорожденных (P. Puri, M. Hollwarth, 2009). В настоящее время в РФ нет корректной статистики о распространенности пилоростеноза среди детского населения, т.к. отсутствуют доказательные специальные эпидемиологические исследования в данной области [1]. Мальчики болеют в 4 раза чаще, чем девочки. Клинические симптомы пилоростеноза проявляются со 2—5-й недели жизни. Диагностика пилоростеноза основана на клинических проявлениях, данных инструментального обследования. В настоящее время безопасным методом диагностики пилоростеноза является УЗИ желудка, при котором определяется утолщение мышечной стенки привратника.

Для дополнительной диагностики, при несоответствии клинических проявлений и эхографической картины при ультразвуковом исследовании (УЗИ), выполняется фиброгастроскопия, позволяющая увидеть суженный белесоватый просвет пилорического отдела желудка, не проходимый для инструмента. Лечение данной патологии осуществляется оперативным путем. Операция по поводу пилоростеноза не является экстренной и не проводится, прежде чем будут устранены гиповолемические и электролитные нарушения. Универсальным оперативным вмешательством при пилоростенозе является пилоромиотомия по Фреде — Рамштедту [4].

**Цель работы**

Провести анализ клинико-анамнестических данных детей, оперированных по поводу пилоростеноза.

**Материалы и методы**

В работе проведен ретроспективный анализ историй болезней и медицинских карт формы 026/

у детей первого года жизни (n=40). Все дети были оперированы в отделении хирургии новорожденных ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1» (главный врач — О.Ю. Аверьянов) в период 2015—2017 гг. Медиана возраста пациентов составила 1 год 2 месяца 19 дней. По гендерному признаку дети распределились следующим образом: девочки — n = 18, мальчики — n = 22.

В исследование были включены все дети с установленным диагнозом «врожденный пилоростеноз». Нами проведен анализ анамнестических данных, оценка объективного статуса при поступлении в клинику и в динамике послеоперационного периода. Всем детям проведена оценка антропометрических параметров на этапах наблюдения.

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере Pentium IV с использованием программного продукта Statistica 6.0. Вычисляли среднюю арифметическую, ошибку средней, определяли коэффициент вариации. Проводился расчет медианы в случаях непараметрического распределения значений выборки.

**Результаты и обсуждение**

При анализе анамнеза жизни детей обращало на себя внимание, что более половины из них (56%) родились от второй и более беременностей, у 8% брат или сестра были оперированы по поводу врожденного пилоростеноза, у 24% родители работали в условиях наличия производственных вредностей, 60% детей к моменту госпитализации находились на искусственном вскармливании.

Анализ анамнестических данных позволил выявить у пациентов в дебюте заболевания следующие симптомы: рвота «фонтаном» и срыгивания наблюдались у 92% детей, дефицит массы тела — у 46%, обезвоживание диагностировалось в 28% случаев, запоры — у 38% детей, беспокойство после кормления — у каждого третьего ребенка (30%). Последнее согласуется с данными литературы [2].

Пациенты наблюдались по месту жительства по поводу гастроэзофагеального рефлюкса

(16%), запоров (30%), функционального нарушения кишечника (28%), инфекционного энтероколита не уточненной этиологии (26%), в связи с чем получали антибактериальную терапию в инфекционных стационарах по месту жительства. Следует отметить, что только 17% больных были направлены в хирургические отделения стационаров или на консультацию к детскому хирургу по месту жительства с подозрением на пилоростеноз участковыми педиатрами, остальные дети были доставлены в хирургический стационар службой скорой медицинской помощи.

У 26% детей на догоспитальном этапе была выполнена фиброгастродуоденоскопия с подтверждением пилоростеноза; у 10% детей при проведении УЗИ пилорического отдела желудка диагноз пилоростеноза был исключен, что затруднило последующую диагностику и лечение этих детей, а значит, и своевременную госпитализацию в хирургическое отделение.

Следующим этапом нашей работы явился анализ лабораторных данных, полученных при поступлении больного в клинику.

При первичном осмотре в отделении хирургии новорожденных у 100% детей отмечалась, помимо вышеперечисленных симптомов, анемия (при оценке клинического анализа крови у 26% детей выявлена анемия III степени тяжести, что потребовало проведения заместительной терапии препаратами крови перед оперативным вмешательством). Среднее количество эритроцитов составило  $3,1 \pm 0,6 \times 10^9$ /л, среднее количество гемоглобина —  $94 \pm 3,6$  г/л. У 89% детей диагностирована гипотрофия, в том числе у 20% — гипотрофия III степени.

У 10% детей выявлен отягощенный аллерго-анамнез (непереносимость белка коровьего молока).

После стабилизации состояния (коррекции водно-электролитных нарушений, при необходимости — проведения заместительной терапии компонентами крови (эритроцитарная масса по подбору) всем детям было выполнено оперативное вмешательство — пилоромиотомия по Фреде — Рамштедту (медиана срока проведения оперативного вмешательства — 3 дня 19 часов). После хирургической коррекции 94% детей выписаны с положительными показателями прибавки в массе тела домой, 6% детей переведены в соматические стационары по месту жительства в связи с сохраняющимся дефицитом весовых показателей (в том числе 2 детей перенесли внутрибольничную пневмонию).

При оценке данных объективного осмотра в послеоперационном периоде было установлено, что 79% детей восстанавливают весо-ростовые по-

казатели через 2 месяца после оперативного вмешательства, 94% — через 6 месяцев. Нервно-психическое развитие детей соответствует возрасту в 94% случаев. Обращает на себя внимание факт перевода детей на искусственное вскармливание: через месяц после выписки из хирургического отделения 69% детей получали адаптированные молочные смеси. Сроки введения прикормов (каши, овощные и мясные пюре) соответствовали медиане по этому показателю 5 месяцев 14 дней, в 96% случаев первым прикормом являлась каша.

Через 1 месяц после оперативного вмешательства диспептический синдром в виде отрыжки сохранялся у 12% детей, срыгивания — у 4% детей; нормализация физиологических отпавлений наблюдалась, в среднем, через  $14,3 \pm 3,4$  дней после проведения оперативного вмешательства.

К году 92% детей имели нормальные весо-ростовые показатели, два человека сформировали гипотрофию I степени, два человека — паратрофию. Нервно-психическое развитие соответствовало возрасту у 98% детей. У 10% детей к году сохранялся диспептический синдром в виде отрыжки.

## Выводы

1. Анализ анамнестических данных позволил выявить наличие полиморфной клинической картины в дебюте заболевания у детей с врожденным пилоростенозом.

2. Ведущими клиническими симптомами в момент поступления в хирургический стационар были: рвота «фонтаном», срыгивания, дефицит массы тела, обезвоживание, запоры, беспокойство после кормления.

3. Поступление детей в хирургические стационары с выраженной гипотрофией и тяжелой анемией удлиняет сроки предоперационной подготовки и влечет за собой необходимость последующей госпитализации в соматические стационары, что не только ухудшает качество жизни пациентов и их родителей, но и создает риск инфекционных осложнений (внутрибольничных инфекций).

4. Отсутствие настороженности по данной патологии у участковых педиатров влечет за собой не только позднюю госпитализацию в хирургический стационар, но и необоснованное назначение антибактериальной терапии с риском формирования антибиотикорезистентности.

5. УЗИ пилорического отдела желудка на раннем этапе заболевания не является стопроцентным диагностическим методом, что требует динамического наблюдения за такими детьми и их повторного обследования.

6. Анализ результатов послеоперационного наблюдения за детьми с врожденным пилоросте-

нозом показывает, что необходима помощь матери в сохранении грудного вскармливания, что, несомненно, является лучшим питанием для ребенка на первом году жизни.

7. Контроль весо-ростовых показателей у этой группы детей позволяет своевременно диагностировать отклонения в пищевом статусе и проводить коррекцию.

### Литература

1. Неонатология. Национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. — Издательство: ГЭОТАР – Медиа, 2007. — С. 749.
2. Красовская, Т. В. Исследование эвакуаторной функции желудка у детей с гастроэзофагеальным рефлюксом методом ультрасонографии / Т. В. Красовская, Ю. И. Кучеров, М. В. Сафонова // Детская хирургия. — 2000. — № 3. — С. 38–40.
3. Розанова, Н. А. Врожденный пилоростеноз у грудных детей и его оперативное лечение / Н. А. Розанова. — М., 1960.
4. Didgeon, D. L. Детская хирургия / D. L. Didgeon, К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. — Т. 1. — СПб., 1996. — С. 323–327.

## О СИНДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА

УДК 616.591

**С.В. Козырев, И.П. Медведев, С.П. Сахаров**

*Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Российская Федерация*

Статья посвящена такому тяжелому заболеванию как синдром Лайелла. Данная болезнь характеризуется тяжелыми тотальными эритематозно-буллезными поражениями кожи и слизистых оболочек, в финальной стадии образующими некротические поля, которые напоминают ожог кипятком 2-й и 3-й степени тяжести. В данной статье дается наглядное сравнение двух болезней: синдрома Лайелла и синдрома Стивенса — Джонсона. Данным заболеваниям подвержены как взрослые люди, так и дети. Приводятся данные о сроках и стоимости лечения синдрома Лайелла взрослого человека и ребенка. Лечение синдрома Стивенса — Джонсона обойдется дешевле и занимает меньше времени, чем лечение больных с синдромом Лайелла. Этиология и патогенез этих заболеваний до конца не изучен, но благодаря генетическим, иммунологическим и другим активным научным исследованиям идет активное изучение этих болезней.

**Ключевые слова:** синдром Лайелла, токсический эпидермальный некролиз (ТЭН), синдром Стивенса — Джонсона (ССД), лечение, интенсивная терапия, шкала SCORTEN.

## LAYELL'S SYNDROME

**S.V. Kozyrev, I.P. Medvedev, S.P. Sacharov**

*Tyumen state medical university, Tyumen, Russian Federation*

The article is devoted to such a serious disease as Lyell's syndrome. This disease is characterized by severe total erythematous-bullous lesions of the skin and mucous membranes, forming necrotic fields in the final stage, which resemble a burn with 2 and 3 degree boiling water. This article compares these two diseases with Lyell's syndrome and Stevens-Johnson syndrome. These diseases are susceptible to both adults and children. Data on the timing and cost of treatment for Lyell's syndrome of an adult and a child are given. The treatment of Stevens-Johnson syndrome will be cheaper and takes less time than treatment of patients with Lyell's syndrome. The etiology and pathogenesis of these diseases has not been fully understood, but due to genetic, immunological and other active scientific research, there is an active study of these diseases.

**Keywords:** Lyell syndrome, toxic epidermal necrolysis (TEN), Stevens-Johnson syndrome (SSD), treatment, intensive care, SCORTEN scale.

Первое описание токсического эпидермального некролиза (ТЭН) в 1956 году дал английский врач А. Layell, впоследствии данное заболевание стали называть синдромом Лайелла. Термин «некролиз» Алан Лайелл получил, скомбинировав ключевой клинический признак «эпидермолиз» с

типичным гистопатологическим признаком «некроз».

Синдром Лайелла (ТЭН) — заболевание с тяжелым тотальным эритематозно-буллезным поражением кожи и слизистых оболочек. Появляются эритематозные пятна на коже и сли-

зистых оболочках, в течение 2–3 дней превращающиеся в дряблые тонкостенные пузыри неправильной формы со склонностью к слиянию, легко разрывающиеся с эрозированием обширных поверхностей. В кульминационной стадии болезни образуются обширные некротические поля, напоминающие ожог кипятком II–III степени, сопровождающиеся токсемией и явлениями сепсиса. Определяются положительные симптомы Никольского (отслойка эпидермиса) и Асбо — Гайзена (при надавливании на пузырь увеличивается его размер вследствие отслойки эпидермиса по периферии). При тяжелой форме ТЭН наблюдаются патологические изменения внутренних органов (печень, почки, кишечник, сердце и др.) и токсическое поражение нервной системы. Потеря жидкости и белка с экссудатом через эрозированные поверхности приводит к нарушению водно-солевого баланса, развитию инфекционных осложнений (пневмоний, вторичного инфицирования кожи).

С каждым годом выявляются новые доказательства связи двух форм эпидермолических лекарственных реакций (ЭЛР) — синдрома Стивенса-Джонсона и синдрома Лайелла (ТЭН). В зависимости от площади поражения кожи выделяют следующие формы эпидермолических лекарственных реакций (ЭЛР):

- синдром Стивенса-Джонсона (ССД) — менее 10% поверхности тела;
- токсический эпидермальный некролиз (ТЭН, синдром Лайелла) — более 30% поверхности тела;

— промежуточная форма ССД/ТЭН — поражение 10–30% поверхности тела.

Распространенность синдромов Стивенса — Джонсона и Лайелла, по данным американского исследования, составляет для ССД — 9,3 случая на миллион человек в год, для ССД/ТЭН — 1,6 случая на миллион человек в год, для ТЭН — 1,9 случая на миллион человек в год. Среди детей распространенность данных заболеваний ниже, что подтверждается американским исследованием: для ССД — 5,5 случая на миллион детей в год, для ССД/ТЭН — 0,8 случая на миллион детей в год, для ТЭН — 0,4 случая на миллион детей в год.

В соответствии с этиологией выделяют 4 формы заболевания: лекарственную, стафилококковую, смешанную и идиопатическую (невыясненной этиологии). Основной формой, в 80% случаев, считается лекарственная — как аллергическая реакция на лекарственные препараты. Однако у каждого конкретного больного определить причину заболевания бывает сложно либо невозможно в силу ряда причин. На сегодняшний день установлено, что более чем 100 лекарственных средств связаны с синдромом Стивенса — Джонсона и синдромом Лайелла, сульфаниламиды, хлормазанон, пенициллины, а также цефалоспорины, фторхинолоны, теноксикам, сулиндак, диклофенак, тиабендазол, кетопрофен, тиапрофеновая кислота.

Сравнительные отличия диапазона поражений кожных покровов эпидермических лекарственных реакций (ЭЛР), таких как синдром Стивенса — Джонса (ССД) и синдром Лайелла (ТЭН), представлены в таблице 1.

Таблица 1

Клинический признак	Синдром Стивена-Джонса	Синдром Лайелла
Первоначальные высыпания	Темно-красные поражения, плоские мишени с четкими краями	Темно-красные поражения, плохо очерченные эритематозные бляшки, отслойка спонтанная или трением
Распределение	Чаще изолированные поражения, слияние +, лицо, туловище	Изолированные поражения редки, слияние +++, лицо, туловище, конечности
Поражение слизистых оболочек	Да	Да
Общие симптомы	Умеренно выраженные	Бурное развитие эндотоксикоза
Отслойка эпидермиса	Менее 10%	Более 30%
Летальность	5–15%	20–70%
Распространенность среди взрослых	9,3 случая на миллион человек в год	1,9 случая на миллион человек в год
Распространенность среди детей	5,5 случая на миллион детей в год	0,4 случая на миллион детей в год
Сроки лечения для взрослых	9,8 ± 0,3 дня	16,2 ± 1,0 дня
Сроки лечения для детей	9,3 ± 0,6 дня	20,4 ± 6,3 дня
Стоимость затрат на лечение взрослых	\$21437 ± \$807 за курс терапии	\$53695 ± \$4037 за курс терапии
Стоимость затрат на лечение детей	\$24776 ± \$3183 за курс терапии	\$102243 ± \$37588 за курс терапии

Патогенез синдрома Лайелла (ТЭН) не вполне ясен. Ключевая роль в патофизиологии иммунного ответа отводится активным метаболитам лекарственных веществ. Основным патогенетическим механизмом считается экспрессивное образование лизосомальных ферментов в коже как иммунного, так и неиммунного генеза. Таким образом проявляется цитотоксическое действие лимфоцитов (макрофагов) на клетки эпидермиса.

Выделяют три формы протекания ТЭН:

1) сверхострое (злокачественное, молниеносное), с поражением 80–90% поверхностных покровов, вторичной инфекцией, безрезультативностью любого лечения и летальным исходом в течение 2–3 суток;

2) острое, с присоединением токсико-инфекционного процесса, с возможным летальным исходом в течение 4–20 дней заболевания, сопровождается поражением почек, легких, печени, геморрагическим некрозом надпочечников и др.;

3) благоприятное, при частых инфекционных осложнениях и обменных нарушениях, на 5–30 день от первых симптомов наступает выздоровление.

Для каждой из этих форм течения ТЭН определяют три фазы: продромальную, критическую и стадию выздоровления.

Согласно Международной классификации болезней МКБ-10 синдром Стивенса — Джонсона (ССД) имеет шифр — L51.1, токсический эпидермальный некролиз — L51.2.

Для оценки нарушений функции жизненно важных органов, оценки динамики состояния пациента и прогнозирования летального исхода при поступлении данной категории пациентов существует шкала SCORTEN, представленная в таблице 2.

Ведение данной категории пациентов очень близко к интенсивной терапии в комбустиологии. Необходимо правильно оценивать протяженность

некролиза, правила для оценки площади поверхности термических ожогов, подходят для этой цели.

Разработаны клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской помощи при токсическом эпидермальном некролизе (синдром Лайелла). Данные рекомендации включают в себя профилактику ТЭН, общие данные, диагностику, дифференциальную диагностику и лечение на догоспитальном и госпитальном этапах оказания скорой медицинской помощи.

В плане проведения интенсивной терапии чрезвычайно важными оказались условия ведения больных и местное лечение:

1) основы ведения — как в комбустиологии: пациент находится на полипропиленовой сетке, натянутой на балканскую раму, температура в палате (изоляторе) поддерживается на уровне 27–28° С, используется одноразовое стерильное белье;

2) бережное отношение к пораженным кожным покровам: смена белья, обработка кожи, запрет на применение пластырей, клеола и других фиксирующих средств, мягкая прокладка под манжеткой тонометра, кратность измерения АД тщательно контролируется;

3) обработка пораженных участков кожи: антисептики (метиленовый синий), при появлении признаков эпителизации — пантенол.

В организации лечения следует предусмотреть срочную консультацию больного, находящегося в отделении интенсивной терапии или ожоговом центре, дерматологом, иммунологом, офтальмологом, терапевтом, гастроэнтерологом, хирургом. Ранний осмотр офтальмолога и его рациональные назначения при благоприятном исходе могут предотвратить инвалидизацию по зрению в связи с рубцеванием и кератинизацией.

Таблица 2

Прогностический фактор	Баллы
Возраст >40 лет	1
ЧСС >120 в минуту	1
Злокачественная опухоль или лейкоз	1
Отслойка кожи в 1-й день >10%	1
Уровень мочевины >10 ммоль/л	1
Уровень бикарбоната <20 ммоль/л	1
Уровень глюкозы >14 ммоль/л	1
Сумма баллов по шкале SCORTEN	Прогнозируемая летальность, %
0–1	3,20%
2	12,10%
3	35,80%
4	58,30%
≥5	90,0%

Учитывая нестерпимую боль в местах поражения кожи и слизистых, больные нуждаются в сильнодействующих обезболивающих и седативных средствах.

Для профилактики и лечения гнойно-септических осложнений показаны антибиотики и фунгициды.

С целью предотвращения эпидермального цитолиза и учитывая роль активирования Т-лимфоцитов, кератиноцитов, выделяющих цитокины, можно ожидать эффект от использования цитостатиков.

Лечение кортикостероидами может влиять только на кожные поражения, оставляя индифферентными поражения пищеварительного канала и поджелудочной железы. При молниеносном течении ТЭН отмечается прогрессирование кожных высыпаний, полиорганных поражений и агранулоцитоза даже на фоне начатого лечения глюкокортикоидами.

Заместительная иммунная терапия: в настоящее время наиболее рекомендуемым режимом лечения является 1 г/кг/сут. внутривенного иммуноглобулина в течение трех последовательных дней до суммарной дозы 3 г/кг. Высокие дозы внутривенного иммуноглобулина, по-види-

мому, являются целесообразным и безопасным выбором среди специфических способов лечения, имеющихся в настоящее время и предварительно прошедших испытание.

Лечение больных с синдромом Лайелла (ТЭН) следует проводить в условиях отделения интенсивной терапии или ожогового отделения. Лечебные мероприятия ТЭН требуют дальнейшего совершенствования, поскольку их выбор связан с представлением об этиопатогенезе заболевания, который окончательно не выяснен.

Медикаментозное лечение должно быть исключительно рациональным. В частности, применение антигистаминных средств целесообразно в начале заболевания при достоверной аллергической реакции. Кортикостероиды целесообразно применять только на стадии эритродермии в дозах 60–90 мг преднизолона. После образования некротических полей дальнейшее лечение исключает системное применение кортикостероидов.

Дальнейшее выяснение этиологии и патогенеза токсического эпидермального некролиза путем генетических, иммунологических и других научных исследований может обеспечить верное лечение и вселить надежду на благоприятный исход заболевания.

## Литература

1. К проблеме лечения синдрома Лайелла: вопросы дискуссионного характера / А. С. Владыка, П. П. Рыжко, В. М. Воронцов, К. О. Подоплелов // Дерматология. — 2007. — № 4. — С. 21–26.
2. Синдром Стивенса — Джонсона (клиническое наблюдение) / Д. Я. Головченко, В. М. Кисилевский, О. В. Пасечникова, С. В. Иванов // Венерология. — 2003. — № 2. — С. 60–62.
3. Синдром Лайелла у ребенка 9 месяцев / Н. И. Зрячкин, О. А. Макарова, А. Е. Сигарева, М. М. Базалицкий // Педиатрия. — 2011. — Т. 90. — № 6. — С. 152–154.
4. Синдром Стивенса — Джонсона после лечения ритуксимабом у больной с В-клеточной лимфомой из малых лимфоцитов, аутоиммунной гемолитической анемией и антифосфолипидным синдромом / А. Л. Меликян, И. Н. Суборцева, А. М. Ковригина, Т. И. Колошейнова // Клиническая онкогематология. — 2017. — 10 (1). — С. 120–127.
5. Синдром Лайелла как редкое осложнение медикаментозной терапии (клинический случай) / С. А. Тезяева, Р. А. Млинник, С. Ф. Дегтярева, Т. В. Вагапова // Медиаль. — 2015. — № 2 (16). — С. 42–45.
6. Hsu, Derek Y. Pediatric Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in the US / Derek Y. Hsu // Dermatology Online Journal. — 2016. — № 22 (9). URL: <https://escholarship.org/uc/item/7tm9h8kp> (дата обращения: 03.01.2018).
7. Hsu, Derek Y. Stevens — Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in US adults / Derek Y. Hsu // Dermatology Online Journal. — 2016. — 22 (9). URL: <https://escholarship.org/uc/item/1817t577> (дата обращения: 03.01.2018).
8. Mockenhaupt, M. The current understanding of Stevens — Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis / M. Mockenhaupt // Expert Review of Clinical Immunology. — № 7. — P. 803–815. URL: <https://www.medscape.org/viewarticle/751622> (дата обращения: 03.01.2018).

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕФИЦИТА ФТОРА И ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ

УДК 616-008.9

Л.В. Крылова, Г.И. Мухаметшина, Е.В. Хуснуллина, Т.А. Мартынова

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В статье представлены некоторые аспекты взаимосвязи между фтором и железом у детей грудного и раннего возраста.

**Ключевые слова:** дети, фтор, железодефицитные состояния.

## RELATIONSHIP OF FLUORINE AND IRON DEFICIENCY IN CHILDREN

L.V. Krylova., G.I. Mukhametshina, E.V. Khusnullina, T.A. Martynova

Urals state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation

The article presents some aspects of the relationship between fluorine and iron in infants and young children.

**Keywords:** children, fluorine, iron, deficient states.

**Введение**

Для оптимального функционирования организма человека и поддержания его гомеостаза огромную роль играет уровень обеспеченности витаминами, макро- и микроэлементами. Особенностью данных нутриентов является то, что они не синтезируются и практически не накапливаются в нашем организме, а, следовательно, должны постоянно поступать извне с продуктами питания в физиологических концентрациях. Недостаток, как и избыток микронутриентов в среде обитания нарушает не только весь нутриентный баланс организма, но и обмен отдельных элементов [1].

По данным ВОЗ, одним из наиболее распространенных дефицитных состояний среди детей раннего возраста, связанных с нарушением питания, является дефицит железа. В условиях хронического дефицита железа формируется целый ряд патологических состояний, таких как железодефицитная анемия, несостоятельность иммунной системы, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, нарушения со стороны нервной системы. Как правило, дефицитные состояния имеют сочетанный характер, что отражается на росте и развитии организма в целом. Менее изученным является микроэлемент фтор, основной точкой приложения которого рассматривается костный скелет и твердые ткани зубов. В отдельных работах показано, что фтор принимает опосредованное участие в процессах кроветворения [2; 3]. Известно, что Уральский регион является эндемичным по дефициту фтора, основным источником которого является питьевая вода [1]. Недостаток фтора в питьевой воде и, следовательно, в продуктах предопределяет развитие многих патологических состояний.

**Цель работы**

Определить взаимосвязь между фтором и железом у детей раннего возраста в зависимости от уровня обеспеченности.

**Материалы и методы**

Изучена обеспеченность фтором и железом детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет ( $n = 50$ ). В исследование включались дети с отсутствием острых и хронических заболеваний на момент обследования. Критериями исключения явились дети-инвалиды и дети с органической патологией ЦНС, недоношенные дети.

В работе использованы методы клинического наблюдения за детьми. Проведена оценка нутритивного статуса с использованием лабораторных неинвазивных методов диагностики дефицитных состояний — определение уровня суточной экскреции железа и фтора с мочой.

Статистическая обработка проведена с использованием компьютерных программ Microsoft Excel XP, SPSS 12.0, STATISTICA 6.0. Вычислялись: среднее арифметическое значение ( $M$ ), среднеквадратичное отклонение ( $\sigma$ ), средняя квадратичная ошибка среднего значения ( $m$ ). При оценке достоверности различий ( $p$ ) между признаками с нормальным распределением применялся коэффициент Стьюдента ( $t$ ), а для признаков с непараметрическими величинами — критерий Манна — Уитни. Для установления корреляционных взаимосвязей ряда показателей использовался линейный коэффициент корреляции Пирсона ( $r$ ). Различия результатов считали статистически достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение**

При объективном исследовании клинические признаки анемии у обследуемых детей



отсутствовали. Однако по уровню экскреции железа с мочой можно косвенно оценивать обеспеченность железом организма ребенка. Экскреция железа с мочой у детей раннего возраста была в пределах референсных значений —  $0,5 \pm 0,011$  мг/л ( $0,01 - 0,025$  мг/л) [4], а средний уровень фторурии был ниже нормативных значений —  $0,42 \pm 0,015$  мг/л (референсные значения  $0,5 - 0,7$  мг/л) [5].

При проведении статистического анализа выявлена прямая сильная положительная корреляционная связь между уровнем фтора и железа в моче ( $r = +0,99$ ), что свидетельствует о прямом влиянии фтора на обмен железа в организме человека.

С целью углубленного изучения взаимосвязи между уровнем обеспеченности фтором и обменом железа мы разделили обследованных детей на две группы: с нормальной ( $n=15$ ) и пониженной обеспеченностью фтором ( $n=35$ ), что

определялось по уровню экскреции фтора с мочой.

У детей, имеющих достаточный уровень фторурии, зарегистрирована сильная положительная взаимосвязь с уровнем экскреции железа с мочой ( $r=+1,0$ ).

У детей с низким уровнем фторурии (менее  $0,5$  мг/л) определялось более низкое значение экскреции железа с мочой ( $0,47 \pm 0,012$  мг/л).

### Выводы

1. Установлено прямое влияние уровня обеспеченности организма фтором на обмен железа.

2. Показано, что при низком уровне обеспеченности фтором параллельно определяется дефицит железа.

Таким образом, дефицитные состояния имеют сочетанный характер и взаимное влияние, что диктует необходимость учитывать это при диагностике патологических состояний.

### Литература

1. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология / А. П. Авцын и др. — М.: Медицина, 1991. — 496 с.
2. Громова, Л. Е. Исследование адаптивных показателей иммунитета школьников, проживающих в условиях Севера в рамках применения оздоровительного минерально-витаминного комплекса / Л. Е. Громова, Г. Н. Дегтева, Н. А. Назаренко // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2011. — Т. 13. — № 2 (6). — С. 1371—1374.
3. Барабаш, А. Л. Влияние химико-микробиологического состава подземных питьевых вод на здоровье человека / А. Л. Барабаш, Н. Г. Булгаков // Успехи современной биологии. — 2015. — Т. 135. — № 5. — С. 480—495.
4. Скальный, А. В. Биоэлементы в медицине / А. В. Скальный, И. А. Рудаков. — М.: ОНИКС 21 век, Мир, 2004. — 272 с.
5. Tusl, I. Direct determination of fluoride in human urine using fluoride electrode / I. Tusl // Clin Chim Acta. — 1970. — № 27. — P. 216—218.

## БУЛЛЕЗНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

УДК 616.24-007.63-089-053.2

**Д.А. Купцов**

*Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

В сообщении представлены данные о результатах обследования и лечения детей с буллезной болезнью легких, прооперированных в Нижегородской областной детской клинической больнице. Отмечена роль компьютерной томографии в диагностике данной патологии. Доказана эффективность торакоскопии в лечении буллезной болезни легких у детей.

**Ключевые слова:** буллезная болезнь легких, спонтанный пневмоторакс, торакоскопия.

## BULLOUS LUNG DISEASE IN CHILDREN

**D.A. Kuptsov**

*Nizhny Novgorod state medical academy, Nizhny Novgorod, Russian Federation*

Article presents the data about results of a medical examination and treatment of children with bullous lung disease operated in Nizhny Novgorod Regional Children's Clinical Hospital. Part of CT scan registered in diagnostic of this

pathology. Effectiveness of thoracoscopy proved in treatment of the bullous lung disease in children.

**Keywords:** bullous disease, spontaneous pneumothorax, thoracoscopy.

### Цель

Изучить методы диагностики и лечения буллезной болезни легких у детей.

### Материалы и методы

В отделении гнойной хирургии Нижегородской областной детской клинической больницы в период с 2011-го по 2017 год пролечено 16 детей со спонтанным пневмотораксом в возрасте от 14 до 17 лет, средний возраст  $15,34 \pm 0,82$  года. При поступлении проводились рентгенография органов грудной клетки и клинико-лабораторное обследование. С целью расправления легкого выполнялся торакоцентез с дренированием плевральных полостей. Для установления причины пневмоторакса всем пациентам на этапе лечения выполнена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки, по результатам которой у 4 детей данных за очаговое поражение легких не выявлено. У 12 больных обнаружены буллезные изменения в легких, в 3 случаях они носили двусторонний характер. У одного ребенка буллы располагались на диафрагмальной поверхности легкого, у остальных — на верхушках. Из них мальчиков было 10 (83,3%), девочек — 2 (16,7%). Среди пациентов преобладали дети с астеническим типом телосложения (91,7%).

### Результаты

После установления диагноза «буллезная болезнь легких» пациентам выполнялась торакоскопия под отдельной интубацией с атипич-

ной резекцией пораженной поверхности легкого биполярным электрокоагулятором. У троих больных в связи с двусторонним расположением булл в дальнейшем была выполнена операция на контралатеральной стороне. У одного ребенка в ближайшем послеоперационном периоде отмечено отхождение воздуха и крови по плевральному дренажу, консервативные методы остановки кровотечения оказались неэффективными, что потребовало проведения реторакоскопии, в результате которой выявлено паренхиматозное кровотечение из области сформированного струпа; оно остановлено при помощи биполярной коагуляции. У троих детей в послеоперационном периоде сформировались бронхиальные свищи, закрывшиеся на пассивном дренировании плевральной полости по Бюлау на 5–7 сутки. Среди пролеченных больных рецидивов спонтанного пневмоторакса не было.

### Выводы

1. Среди детей с буллезной болезнью легких преобладают мальчики с астеническим типом телосложения.

2. С диагностической целью больным со спонтанным пневмотораксом необходимо проведение КТ органов грудной клетки. Буллезные изменения чаще локализуются в области верхушек легких (91,67%).

3. Торакоскопия с электрокоагуляцией пораженного участка легкого является эффективным методом лечения буллезной болезни у детей.

### Литература

1. Токтохоев, В. А. Современные особенности видеотораскопического лечения спонтанного пневмоторакса как осложнения буллезной эмфиземы легкого: систематизированный обзор литератур / Д. Д. Бадмаев, А. Э. Будаев, В. А. Токтохоев, Е. Е. Чепурных // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2016. — Т. 1. — № 4 (110). — С. 162–164.
2. Клинические рекомендации по лечению спонтанного пневмоторакса: Утверждены на общем собрании Ассоциации торакальных хирургов России на IV Международном конгрессе «Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии». — СПб., 2014. — С. 1–20.
3. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010 [Электронный ресурс] / A. MacDuff, A. Arnold, J. Harvey et al. // Thorax. — 2010. — Vol. 65. — Suppl. 2. — P. ii18–ii31. URL: [http://thorax.bmj.com/content/65/Suppl\\_2/ii18](http://thorax.bmj.com/content/65/Suppl_2/ii18) (дата обращения: 20.12.2017).

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

УДК 159.9:614.23:617.5-053.2

**С.И. Огнев, Н.В. Винокурова, Н.А. Цап, Т.Б. Аболина, С.Ю. Комарова**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Выбор профессиональной деятельности сложен и зависит от многих факторов, как внешних, так и внутренних. В статье представлен процесс формирования врача детского хирурга, дана характеристика необходимых нравственных и профессиональных качеств, необходимых в данной профессии.

**Ключевые слова:** детский хирург, профессиональная деятельность, пациент, самореализация.

## PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF A CHILDREN'S SURGEON

**S.I. Ognev, N.V. Vinokurova, N.A. Tsap, T.B. Abolina, S.Y. Komarova**

*Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation*

The choice of professional activity is complex and depends on many factors, both external and internal. The article presents the process of the formation of a doctor of a child surgeon, the characteristics of the necessary moral and professional qualities necessary in this profession are given.

**Keywords:** child's surgeon, professional activity, patient, self-realization.

Человек в течение своего существования всегда стоит перед выбором, выбором своего жизненного пути. Выбор профессии и есть отражение жизненного пути.

Процесс профессионального самоопределения является динамичным и охватывает существенную часть жизненного пути человека, внося специфический вклад в развитие личности на каждом этапе ее становления. Он не ограничивается формированием профессиональной пригодности, а является составной частью личностного самоопределения в целом.

Вне зависимости от психологического, физического и социального содержания человека, выбор профессии сказывается на его личностном развитии, формируя те или иные черты. Можно выделить ряд причин, определяющих важное значение профессиональной деятельности как фактор, оказывающий существенное формирующее воздействие на личность. Личность — продукт общественного развития, субъект труда, общения и познания, детерминированный конкретно-историческими условиями жизни общества.

В процессе овладения профессией значительную перестройку претерпевает мотивационно-потребностная сфера личности. Особенности и направления ее развития определяются типом профессий, богатством их содержания, составом действий, сложностью задач, определяющих длительность обучения, уровень квалификации, представленность элементов творчества.

В профессиональном самоопределении можно выбрать стадии: выбор профессии, профессиональное обучение, овладение профессиональным мастерством и самореализация в ней,

творческий вклад в развитие самой деятельности и передача профессионального опыта другим людям. Указанные фазы не являются строго разведенными во времени, в значительной степени они зависят от содержания профессии, индивидуальных и личностных качеств человека, сформировавшихся до вступления в профессию (задатки, интересы, мотивы, способности и пр.), внешних благоприятных или неблагоприятных обстоятельств, в том числе экономических и социально-психологических.

Итак, выбор пал на одну из сложнейших, многогранных профессий, как врач! Врач — детский хирург! Безусловно, специальность «детский хирург» стоит отдельной графой в широком выборе медицинских специальностей, ни в коей мере не умаляя достоинств других.

Каким же должен быть детский хирург? Какими качествами характера должен обладать, в современных условиях существования общества? Замечательный русский писатель, врач А. П. Чехов подчеркивал: «Профессия врача — подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это». В настоящее время последняя фраза нуждается в некоторой коррекции: тот способен на это, кто систематически, непрерывно учится медицинскому искусству, воспитывает в себе все необходимые современному врачу нравственные качества.

Среди профессионально важных качеств на первое место ставятся компетентность, высокий профессионализм (владение всем арсеналом средств медицинского воздействия), «клиническое мышление», а также выдержанность, хладнокровие, выносливость, умение принимать ре-

шения в условиях дефицита времени, гуманное отношение к больным. Также должны преобладать и такие качества как хорошее понятийное мышление, гибкость мышления, аналитичность, коммуникативность, толерантность, уверенность в себе, переключаемость (лабильность), устойчивость к фрустрациям, деловая направленность, активность, доминантность и др.

Вспомним постулат или принцип «не навреди». Старейшее и, вероятно, самое главное положение медицинской этики в латинской формулировке звучит так: *primum non nocere* («прежде всего — не навреди»). Любой врач, наверное, согласится с утверждением Е. Ламберта, что «есть больные, которым нельзя помочь, но нет таких, которым нельзя навредить». Ведь известно, что порой лечение может быть тяжелее болезни. И здесь нужно вспомнить о той высокой ответственности, которую несет детский хирург перед маленьким пациентом и его родителями, хирург, от тонкости действий которого зависит исход операции и лечения в целом.

Необходимо подчеркнуть значимость деонтологии. Важную роль при этом сыграли труды английского философа и правоведа И. Бентама, который первым ввел термин «деонтология», обозначающий у него философскую теорию нравственности в целом. В настоящее время в медицине деонтология понимается как учение о долге, наука о моральном, эстетическом и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу — заботе о здоровье человека, о том, каковы должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинском коллективе и целыми учреждениями, участвующими в борьбе за жизнь и здоровье людей.

Гуманизм, сознание долга, выдержка и самообладание в отношениях с больными, совесть всегда считались главными характеристиками врача. Впервые эти морально-этические и нравственные нормы врачебной профессии были сформулированы врачом и мыслителем древности Гиппократом в своей знаменитой клятве. Конечно, исторические и социальные условия, классовые интересы сменявшихся эпох многократно трансформировали клятву Гиппократа. Однако и сегодня она считается и воспринимается как вполне современный, полный нравственный силы и гуманизма документ.

Хороший детский хирург — это не только профессионал, обладающий энциклопедическими знаниями, взвешенными решениями и в совершенстве владеющий операционной техникой, но и умеющий говорить с больным.

Давно известно, что врачи могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств. Авторитетное слово врача может оказывать влияние на самочувствие пациента: уверенность врача передается пациенту и его родителям. Прочитаем Б. Сейгела: «Никогда нельзя говорить, что вы больше ничего не можете сделать, даже если единственное оставшееся у вас средство — быть рядом и помогать больному, надеяться и молиться».

К сожалению, навыками общения врачи овладевают «стихийно», это приходит с годами и приобретенным опытом. Горько видеть, если врач пренебрегает беседой с пациентом, становясь слепым заложником лабораторно-инструментальной диагностики или безвольным исполнителем схем лечения и директив, спущенных сверху. Искусство беседы с больным, умение вести с ребенком диалог требует не только желания врача, но и, в определенной степени, таланта.

Еще один важный момент во взаимоотношениях врача и пациента — это эмпатия. Эмпатия включает в себя способность человека воспринимать эмоциональное состояние другого человека и сопереживать ему. Так, по мнению В.П. Петленко, в практике с пациентом врач нередко способен почувствовать его переживание не столько на основании словесных сообщений, сколько по характеру его невербального поведения. Эмпатический подход врача проявляется в его способности чувствовать эмоциональное состояние больного в каждый момент общения с ним и, что немаловажно, вызвать доверие ребенка.

Следующей характеристикой психологического портрета детского хирурга является такое понятие как самоактуализация. По мнению Е.П. Ильина, понятие «человек» не существует без понятия «деятельность». Пока в теле человека присутствует жизнь, она непременно будет осуществлять себя вовне, через деятельность, что подтверждается большим количеством исследований связи личности с производимой ею деятельностью, согласно которой между субъектом и его деятельностью происходит взаимовлияние.

По словам Е.П. Ермолаева, профессиональная деятельность, заполняя более 2/3 сознательной жизни человека, тем самым определяет ее сущность как основы развития самой личности. Богатство внутренней структуры человека во многом зависит от его деятельности, а профессия составляет основную, наиболее существенную, целенаправленную ее часть. Трудовая деятельность, направленная не только на предмет труда, но и на социальную среду и на самоё себя, характеризуется в основном тем, что в процессе деятельности происходит идентификация и усвоение ценностей, которые обеспечивают самосовершенствование

личности как в личном, так и в профессиональном плане. Механизм этого процесса выступает в качестве своеобразного транслятора ценностей. На каждой стадии профессионального самоопределения личностью осознаются и формулируются определенные цели и задачи, которые соотносятся с общественно выработанными требованиями, нормативами и реализуются в соответствии с ними и собственными «ресурсами», интересами, потребностями и ценностными ориентациями. То есть в определенной среде и условиях формируя личность врача — детского хирурга.

Профессия детского хирурга предъявляет требования, связанные с эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, с дефицитом времени, необходимостью принимать решения при ограниченном объеме информации.

Работа детского хирурга необычайно сложна, напряженна, порой протекает в недостаточно благоприятных условиях. К последним относится режим труда, неблагоприятный микроклимат (высокая температура воздуха в операционной, увлажненность), необходимость выполнять свои обязанности в экстремальных условиях и при дефиците времени, постоянный прямой контакт с больными. При этом бросается в глаза, что сре-

ди отрицательных сторон профессии очень часто появляются эмоциональные стороны, вызванные душевными переживаниями за пациентов.

Самоотверженность детского хирурга проявляется во многих его действиях, начиная от обыденных для него дежурств у постели больного, неожиданных выездов к больным независимо от времени суток и погоды, выполнения жизненно показанных больному сложных оперативных вмешательств в условиях отсутствия даже подобия операционной и заканчивая истинно героическими поступками, связанными с риском для собственной жизни.

Таким образом, профессия детского хирурга остается самой почитаемой и необходимой. Между тем она предъявляет к медицинскому работнику свод этических принципов и требований, так как на нем лежит огромная ответственность за жизнь и охрану здоровья детей. Важную роль играет наличие определенных индивидуально-психологических особенностей: представляет ли собой врач гармонически развитую личность с морально-этическими устоями, обладает ли терпением и спокойствием, умением найти правильный подход к каждому больному? Все это также является составляющим личности детского хирурга как профессионала.

### Литература

1. Соловьева, С. Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача / С. Л. Соловьева. — СПб.: ГОУВПО, 2001.
2. Ермолаева, Е. П. Психология социальной реализации профессионала / Е. П. Ермолаева. — М.: Институт РАН, 2008.
3. Ильин, Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности / Е. П. Ильин. — СПб.: Питер, 2008.
4. Петленко, В. П. Мудрость взаимности / В. П. Петленко, И. А. Шамов. — Л.: Лениздат, 1989.
5. Косарев, И. И. Путь в медицину / И. И. Косарев, Т. Л. Бухарина. — Челябинск: Мед-пресс, 1983.

---

## ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОШОНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

УДК 616.672-002.1-053.2

**Е.В. Рябченко, С.Ю. Комарова, В.Б. Чудаков, О.А. Наумова**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация  
Областная детская клиническая больница № 1, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

В статье представлены результаты ретроспективного анализа лечения 64 новорожденных и детей грудного возраста с острыми заболеваниями органов мошонки, поступивших в отделение хирургии новорожденных ОДКБ № 1 г. Екатеринбурга с 2007-го до 2017 год. Проанализированы структура острых заболеваний органов мошонки у детей раннего возраста, особенности клиники, сроки оказания специализированной помощи. Определены наиболее значимые факторы, выделены группы риска. Установлено, что внутриутробный заворот яичка составляет наибольшую группу риска.

**Ключевые слова:** новорожденные, заворот яичка, инфаркт яичка, травма яичка, орхоэпидимит, перекут гидатиды.

## ACUTE DISEASES OF THE SCROTUM IN NEWBORN INFANTS AND CHILDREN OF THE FIRST YEAR OF LIFE

E.V. Ryabchenko, S.Yu. Komarova, V.B. Chudakov, O.A Naumova

Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation  
Regional Children's Clinical Hospital № 1, Yekaterinburg, Russian Federation

The article presents the results of a retrospective analysis of the treatment of 64 newborns and infants with acute diseases of the scrotal organ received by the department of surgery of the newborn Regional Children's Clinical Hospital №1 of Yekaterinburg from 2007 to 2017. The structure of acute diseases of the scrotum organs in infants, the features of the clinic, specialized assistance. The most significant factors were identified, and risk groups were identified. It is established that the intrauterine testicle is the largest risk group.

**Keywords:** newborns, intrauterine testicular tachycardia, testicular infarction, testicle trauma, orcoepidymitis, torsion of the hydatina morgani.

**Введение**

Изучение особенностей этиологии, клиники, диагностики и лечения острых заболеваний яичка у новорожденных и детей грудного возраста в последнее время становится актуальным, учитывая улучшение диагностики. Применение аппаратов УЗИ экспертного класса дает возможность дифференцировать заворот яичка от других острых заболеваний органов мошонки (ОЗОМ) и оптимизировать тактику ведения пациентов этой группы [1; 2].

У младенцев заворот яичка развивается преимущественно антенатально и является наиболее тяжелым заболеванием из всех ОЗОМ. По данным литературы, частота встречаемости заворота яичка у новорожденных — от 0,06 до 0,13 на 1000 живорожденных детей. Относительно редкая встречаемость, недостаточно изученный этиопатогенез, отсутствие литературных данных по ультразвуковой семиотике ведет к трудностям дифференциальной диагностики «дородового» и «послеродового» заворота. Антенатальная ультразвуковая диагностика заворота яичка описана в единичных публикациях [2; 3].

Основными причинами развития заворота яичка у новорожденных являются: врожденные anomalies развития строения наружных половых органов, anomalies присоединения придатка к яичку, отсутствие нормального крепления яичка ко дну мошонки, врожденные пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (грыжа, водянка, крипторхизм). Во многих исследованиях отмечается высокая частота заворота неопустившегося яичка у детей первого года жизни. Отягощенная беременность и сложные роды, по некоторым источникам, могут служить преморбидным фоном для ОЗОМ, в т.ч. антенатальном завороте яичка [1; 4].

Наиболее часто клинические симптомы (выраженный отек и гиперемия мошонки, боль при пальпации) наблюдаются, с одной стороны. В литературе описано двустороннее поражение яичек.

Все авторы, несмотря на различные данные УЗИ, рекомендуют выполнение оперативного вмешательства. А часть авторов предпочитают не тратить «драгоценное» время на выполнение сонографического исследования перед хирургической деторсией [3; 4; 5].

Принимая во внимание, что заворот яичка встречается лишь в 30% случаев от всех ОЗОМ, некоторые авторы говорят о том, что большинство можно лечить консервативно [4]. Но большая часть авторов предпочитают выполнять ревизию органов мошонки и орхидэктомия некротизированного яичка с фиксацией контрлатерального [5; 6].

**Целью** данной работы является изучение особенности клиники острых заболеваний органов мошонки у новорожденных и детей грудного возраста.

**Материалы и методы**

Проведен ретроспективный анализ 64 историй болезни новорожденных и детей грудного возраста, проходивших лечение в отделении хирургии новорожденных ОДКБ № 1 г. Екатеринбург за период 2007—2017 гг. с диагнозом «острое заболевание органов мошонки». Возраст детей на момент поступления — от 1 суток и до 5,1 месяца. Клинически у всех мальчиков был выявлен отек и гиперемия мошонки разной степени выраженности. По нозологии все случаи острого заболевания органов мошонки нами разделены на следующие группы: I группа — мальчики с заворотом яичка — 27(42,2%); II группа — дети с орхоэпидимитом — 25 (39,1%); III группа — мальчики, у которых при ревизии мошонки был выявлен перекрут гидатиды — 5 (7,8%); IV группа — пациенты, которым был установлен диагноз различных сосудистых нарушений (инфаркт правого яичка, тромбоз семенных сосудов) — 5 (7,8 %) мальчиков; V группа — дети с травматическим повреждением яичка — 2 (3,13%). Всем мальчикам с острыми

заболеваниями органов мошонки при поступлении проводилось ультразвуковое исследование. В большинстве случаев выявлялись сонографические признаки орхоэпидидимита.

### Результаты

При анализе I группы выявлено, что заворот яичка встречается у новорожденных и детей первого года жизни, преимущественно справа — в 56% случаев. Клиническая картина и степень ишемизации яичка зависели от сроков заболевания и степени заворота. Вторая степень заворота выявлена наиболее часто у 59,3% мальчиков. Реже встречается первая и третья степень — 14,8% и 25,9% соответственно. У всех детей отмечалось увеличение мошонки, выраженный отек, гиперемия. Яичко не определялось у 57% мальчиков. Точные сроки заболевания установить не удалось. Возраст на момент поступления от 1 суток до 4 месяцев (табл. 1).

Таблица 1  
Возраст новорожденных и грудных детей на момент поступления с заворотом яичка

Возраст на момент поступления	N	%
1 сутки	10	37%
2 дня	5	18,6%
3 дня	3	11,1%
4 дня	2	7,4
5 дней	1	3,7%
7 дней	1	3,7%
14 дней	1	3,7%
19 дней	1	3,7%
1 месяц	1	3,7%
4 месяца	2	7,4%
Всего	27	100%

Как видно из таблицы, наиболее часто, в 67%, новорожденные поступают в первые 3 суток с момента рождения. Несмотря на это, интраоперационно после проведения деторсии во всех случаях яичко признано нежизнеспособным. Всем детям была выполнена орхэктомия.

При изучении II группы выявлено, что орхоэпидидимит встречается чаще слева — 60% случаев. Возраст детей на момент поступления — от 3,8 до 5,1 месяца. Время с начала заболевания составило более 48 часов. Клинически у всех мальчиков этой группы отмечался выраженный отек и гиперемия мошонки, увеличенное и болезненное яичко при пальпации, сонографические признаки орхоэпидидимита. Интраоперационно выявляли увеличенные и гиперемированные яичко и придаток, мутный выпот. В послеоперационном периоде детям этой группы назначалась антибактериальная терапия (цефалоспорины 3 поколения).

В III группе перекрут гидатиды выявлен у 3 (60%) слева и у 2 (40%) справа. Длительность заболевания — более 48 часов. Возраст — от 4,5–4,7 месяца. Клинически отмечались жалобы на постепенное увеличение одной половины мошонки. Позже (2 сутки) появлялись отек и гиперемия мошонки. Сонографически диагноз перекрут гидатиды не установлен. Интраоперационно выявлена гидатида темного цвета у верхнего полюса яичка, размерами лт 0,3 до 0,7 см в диаметре, прозрачный выпот. Яичко и придаток не изменены. Выполнена гидатидэктомия. Послеоперационный период без назначения антибактериальной терапии.

В IV группе — сосудистые нарушения — выявлены следующие заболевания: у 1 (20%) ребенка — инфаркт правого яичка, патология была установлена на 23 сутки, ребенку выполнена орхэктомия; у 2 (40%) мальчиков выявлен тромбоз яичковых сосудов. Сроки поступления у 1 ребенка — 1 сутки, у второго — 16 суток. В обоих случаях поражено правое яичко. Во время выполнения ревизии органов мошонки яичко некротизировано, выполнена оргоуносящая операция; у 1 (20%) ребенка 1 суток жизни выявлен тромбоз сосудов обоих яичек, была выполнена ревизия органов мошонки, по результатам которой яички признаны нежизнеспособными, выполнена орхэктомия с двух сторон; микротромбозы сосудов правого и левого яичка выявлены у 1 (20%) ребенка в возрасте 3 суток, после выполнения ревизии органов мошонки яички признаны жизнеспособными. В большинстве случаев (80%) при сосудистых нарушениях в яичке наступает его некроз. Структура сосудистых нарушений яичка у новорожденных и детей грудного возраста и возраст установления диагноза представлены в таблице 2.

Таблица 2  
Структура сосудистых нарушений яичка у новорожденных и детей грудного возраста и возраст установления диагноза

Выявленная патология	N	%	Сроки поступления (возраст жизни)
Инфаркт правого яичка	1	20%	23 сутки
Тромбоз семенных сосудов правого яичка	2	40%	1 сутки 16 сутки
Тромбоз семенных сосудов правого и левого яичка	1	20%	1 сутки
Микротромбозы сосудов правого и левого яичка	1	20%	3 сутки

Как представлено в таблице, наиболее часто, в 60% случаев, встречается тромбоз семенных сосудов, в 40% процесс двусторонний.

К V группе нами отнесена травма яичка, которая установлена у 2-х мальчиков: у 1 ребенка первых суток жизни родовая травма правого яичка, патология выявлена, выполнена ревизия мошонки, яичко признано жизнеспособным.

Ушиб правой половины мошонки, патология выявлена у ребенка в возрасте 3,5 месяца (механизм травмы не выяснен). При ревизии мошонки, проведенной через 3/1 часа после травмы, яичко признано жизнеспособным.

### Выводы

1. Наиболее часто в структуре острых заболеваний органов мошонки у новорожденных и детей грудного возраста встречается заворот яичка и орхоэпидимит — 42,2% и 39,1% соответственно.

2. Заворот яичка у новорожденных является антенатальным, и при выполнении интраоперационной деторсии устанавливается диагноз — некроз яичка.

3. Возраст мальчиков с орхоэпидимитом на момент поступления — от 3,8 до 5,1 месяцев.

4. Перекрут гидатид в структуре острых заболеваний органов мошонки встречается редко — 7,8%, в возрасте старше 4 месяцев.

5. В 7,8% среди всех острых заболеваний органов мошонки установлен диагноз различных сосудистых нарушений (инфаркт правого яичка, тромбоз семенных сосудов). Наиболее часто, в 60% случаев, встречается тромбоз семенных сосудов, в 40% процесс двусторонний.

6. Травматические поражения яичка выявлены в 1,6%, что говорит о редкости данной патологии.

### Литература

1. Ольхова, Е. Б. Ультразвуковая диагностика перекрута яичка у новорожденных / Е. Б. Ольхова, М. С. Юткина // Радиология — практика. — 2015. — № 2 (50). — С. 14–22.
2. Intrauterine Testicular Torsion // Thejournalof urology. Vol. 191, 217-218, January, 2014
3. Casolam, G. Intrauterine/Newborn Testicular Torsion / G. Casolam, W. Scheible // J Ultrasound Med. — 1963. — № 2. — P. 563–564.
4. Driver, C. P. Neonatal testicular torsion / C. P. Driver, P. D. Losty // British Journal of Urology. — 1998. — № 82. — P. 855–858.
5. Riaz-Ul-haq, M. Neonatal Testicular Torsion / M. Riaz-Ul-haq, E. U. Elhassan // Review Article Iran J Pediatr. — 2012. — Vol. 22 (№ 3). — P. 281–289.
6. Bombinsk, P. Extravaginal testicular torsion in neonates — review of clinical symptoms with ultrasound and intraoperative photo documentation / P. Bombinsk, M. Brzewski // ECR. — 2014. — P. 1013.
7. Doll, D. Perinatal testicular torsion — An emergency with grave consequences / D. Doll, J. Erkel // Case Reports in Clinical Medicine. — 2013. — Vol. 2. — №1. — P. 66–69.
8. Bombiński, P. Ultrasonography of Extravaginal Testicular Torsion in NeonatesPol / P. Bombiński, S. Warchol // J Radiol. — 2016. — № 81. — P. 469–472.
9. Zelik, F. Z. A newborn with antenatal testis tortion / F. Z. Zelik, T. Ayzizek // Turk Pediatri Arsivi. — 2014. — № 49. — P. 254–256.
10. Callewaert, P. R. H. New insights into perinatal testicular torsion / P. R. H. Callewaert, P. V. Kerrebroeck // Eur J Pediatr. — 2010. — № 169. — P. 705–712.
11. Arena, F. A case of bilateral prenatal testicular torsion: Ultrasonographic features, histopathological findings and management / F. Arena, P. A. Nico`tina // Journal of Pediatric Urology. — 2005. — № 1. — P. 369–372.
12. Jensen, R. Low success rate of salvage surgery for testicular torsion in newborns / R. Jensen, M. Ellebжк // Danish medical journal. — 2015. — № 62/1. — P. 1–3.



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА КОЛОСТОМЫ У РЕБЕНКА С VACTERL-АССОЦИАЦИЕЙ

УДК 616.348-007-053.1-053.2

*М.С. Сенина, И.Ю. Карпова, А.С. Железнов*

*Нижегородская государственная медицинская академия,  
г. Нижний Новгород, Российская Федерация*

Первые описания Ассоциации VACTERL появились в литературе конца XX века. Этот комплекс врожденных аномалий развития включает в себя: дефекты позвоночника (V) и атрезию ануса (A), пороки сердца (C), трахеопищеводный свищ (TE) в сочетании или без атрезии пищевода, нарушения формирования почек (R) и лучевой кости (L). Стоит отметить, что патология довольно редко встречается у новорожденных от 1: 10000 до 1: 40000. Напротив, инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей являются довольно распространенной проблемой, особенно в возрасте 3-4 лет. Для большинства случаев характерный независимый свободный выход постороннего объекта и только 10-20% требуется его удаление в связи с фиксацией в физиологических и патологических зонах сужения пищеварительной трубки. Однако наличие инородного тела в колостомии у ребенка с множественными врожденными пороками развития является казуистикой.

**Ключевые слова:** VACTERL-ассоциация, колостома, инородное тело, атрезия прямой кишки и ануса.

### A CLINICAL CASE OF A FOREIGN BODY COLOSTOMY IN A CHILD WITH VACTERL ASSOCIATION

*M.S. Senina, I.Yu. Karpova, A.S. Zheleznov*

*Nizhny Novgorod state medical academy, Nizhny Novgorod, Russian Federation*

The first descriptions of the VACTERL-Association appeared in the literature in the late twentieth century. This range of congenital abnormalities includes defects of the spine (V) and atresia of the anus (A), cardiac defects (C), tracheoesophageal fistula (TE), violations of the formation of the kidneys (R), radius (L). It is worth noting that the pathology is quite rare from 1:10000 to 1:40000 newborns. On the contrary, foreign bodies of the gastrointestinal tract in children are a fairly common problem especially in the age of 3-4 years. For most cases characteristic independent free exit of a foreign object, and only 10-20% is required its removal in connection with the fixation in physiological and pathological zones of narrowing of the digestive tube. However, the presence of a foreign body in the colostomy in a child with multiple congenital malformations is casuistry.

**Keywords:** VACTERL-Association, colostomy, foreign body, atresia of the rectum and anus.

Первые описания VATER-синдрома появились в литературе в конце XX века благодаря L. Quan и D. Smith [1]. Впоследствии формула компонентов заболевания была трансформирована и расширена до VACTERL-ассоциации. Этот комплекс врожденных аномалий развития включает в себя: дефекты позвоночника (V) и атрезию ануса (A), пороки сердца (C), трахеопищеводный свищ (TE) в сочетании или без атрезии пищевода, нарушения формирования почек (R) и лучевой кости (L). Стоит отметить, что патология встречается довольно редко от 1:10000 до 1:40000 новорожденных [2], и до сих пор нет четких диагностических критериев постановки синдрома, однако большинство клиницистов ориентируются на присутствие как минимум трех основных компонентов, таких как анальная атрезия, трахеопищеводное соустье и аномалии позвоночного столба [3]. Пациенты с данным диагнозом нуждаются в многоэтапной хирургической коррекции пороков, регулярно находятся на стационарном лечении и

практически постоянно наблюдаются широким кругом специалистов (детским хирургом, урологом, кардиологом, травматологом-ортопедом и т.д.), а также требуют к себе тщательного внимания родителей ввиду тяжести состояния и частой сопутствующей патологии ЦНС.

Инородные тела ЖКТ у детей являются частой проблемой, особенно в возрасте 3–4 лет. Для большинства случаев характерен самостоятельный свободный выход инородного предмета, и только в 10–20% требуется его удаление в связи с фиксацией в физиологических и патологических зонах сужения пищеварительной трубки [4]. Однако нахождение инородного тела в колостоме у ребенка с множественными врожденными пороками развития является казуистикой.

#### Цель исследования

Представить клинический случай инородного тела колостомы у ребенка с VACTERL-ассоциацией.

### Материалы и методы исследования

В отделении плановой хирургии Нижегородской областной детской клинической больницы (НОДКБ) в июле 2014 года проходил лечение мальчик М., 2 г. 10 мес., у которого при плановом урологическом обследовании (цистография) было выявлено инородное тело колостомы (батарейка), сроки нахождения которой в организме были неизвестны (рис. 1).

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 2-й беременности, 2-х родов на фоне угрозы прерывания, вес при рождении 2400 г, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. В первые дни жизни установлена неполная VACTERL-ассоциация: атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом, атрезия ануса и прямой кишки с промежностным свищом, тазовая дистопия обеих почек с гипоплазией правой почки, врожденный порок сердца (ДМПП), гипоспадия III степени. Резидуально-органическое поражение ЦНС: микроцефалия, кисты левой лобной области. Антенатально пороки развития диагностированы не были. В периоде новорожденности выполнена раздельная колостомия по А. Рена, торакотомия справа с ликвидацией трахеопищеводного соустья и наложением эзофагоэзофагоанастомоза. Ввиду отягощенного преморбидного фона со стороны ЦНС и частых обострений вирусных инфекций второй этап проктоанопластики в рекомендуемые сроки не был произведен.

### Результаты исследования и их обсуждение

При поступлении (28.07.2014) состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие удовлетворительное. Отмечено отставание в физическом (масса тела — 9 кг, прибавка в весе за последний год — 1100 г) и психомоторном разви-

тии. На следующий день (29.07.2014) проведена попытка фиброколоноскопии — стома функционирует, приводящий отдел колостомы диаметром менее 5 мм, завести фиброколоноскоп невозможно. На основании чего выполнено бужирование стомы бужом Гегара № 10, но самостоятельно инородное тело через искусственное отверстие не покидало ЖКТ, что потребовало повторной фиброколоноскопии: батарейка извлечена, на следующий день ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. В октябре этого же года мальчик поступил в плановом порядке для проведения задней сагиттальной ректоанопластики с ликвидацией ректоуретрального свища. Послеоперационный период протекал без осложнений, и через 3 месяца колостома была закрыта. На сегодняшний день состояние пациента ближе к удовлетворительному, выполнена оперативная коррекция гипоспадии, педиатрами и гастроэнтерологами проводится лечение белково-энергетической недостаточности, мальчик проходит регулярное контрольное обследование и реабилитационное лечение.

### Выводы

1. Инородные тела ЖКТ не всегда могут свободно покинуть организм ребенка, поэтому настоятельность при выборе игрушек и своевременная диагностика патологии позволит избежать дополнительных осложнений в состоянии здоровья.

2. Стомы, как искусственно сформированные отверстия, не обладают эвакуаторной способностью, что требует инструментального удаления инородных предметов.

3. Проведение санитарно-просветительных бесед с родителями по уходу и психоэмоциональному развитию детей является обязательной частью работы врача педиатра.

### Литература

1. VATER/VACTERL ассоциация / Ж. Г. Левиашвили, И. Б. Осипов, О. В. Левичева, Т. В. Карпова // Нефрология. — Т. 19. — № 3. — 2015. — С. 79—85.
2. Quan, L. The VATER association / L. Quan, D. W. Smith // J. of Pediatrics. — 1973. — № 82. — P. 104—107.
3. Научный обзор. VACTERL-ассоциация врожденных пороков развития — взгляд хирурга / Козлов Ю. А., Ковальков К. А., Чубко Д. М. и др. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — Т. VI. — № 3. — 2016. — С. 95—101.
4. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: особенности диагностики и лечебной тактики / С. Н. Белик, М. Н. Семенистый, Е. В. Моргуль, О. А. Крючкова // Сборник конференций НИЦ Социосфера. — № 19. — 2015. — С. 102—104.

## ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К СЕМЕЙНЫМ ЦЕННОСТЯМ

УДК 159.9.072.423

*М.А. Тьчнина, М.В. Носкова*

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Семья — одна из главных ценностей личности, так как все люди на разных возрастных периодах своей жизни связаны именно с ней. Семья — первая ячейка общества, духовное образование, социоэкономическая единица. Однако развитие семьи и изменение ее функций постепенно меняют ценностное отношение к ней у современной молодежи. В статье представлены результаты исследования, направленного на выявление мнений об отношении к семейным ценностям студентов Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург).

**Ключевые слова:** отношение, семейные ценности, студенты медицинского вуза.

## ATTITUDE OF STUDENTS-MEDICINES TO FAMILY VALUES

*М.А. Tychinina, M.V. Noskova*

*Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation*

The family is one of the main values of the person, as all people at different age periods of his life are connected with it. The family is the first cell of society, spiritual education, socio-economic unit. However, the family development and change of its functions are gradually changing the value attitude to it among modern youth. The article presents the results of a study aimed at the identification of opinions about the attitude to the family values of students of the Ural state medical University (Yekaterinburg).

**Keywords:** relation, family values, students of medical school.

### Введение

Социальный заказ, который определяет приоритетные направления семейной политики, векторы развития прикладных аспектов психолого-педагогической науки, подчеркивает важнейшую роль семьи в развитии личности, подготовке подрастающих поколений к труду и родительству. Повышение воспитательного потенциала семьи в современном российском обществе требует усиления влияния семьи как системы, формирования эффективного отцовства и материнства, использования эффективных воспитательных практик, технологий семейного воспитания, оптимизации методов взаимодействия родителей с детьми [1].

Семья — главный институт, сопровождающий человека на протяжении всей жизни. В ней происходит развитие личности в целом и формируются семейные ценности. Отметим, что семейные ценности представляют собой совокупность взглядов о семье, традициях, культуре. Их подразделяют на самодостаточный тип (социальный статус семьи, ответственность перед близкими, возможность самоутверждения, привязанность к детям) и инструментальный тип (ценности — отношения, ценности — качества, ценности — знания, умения, навыки) [2]. Современная молодежь осознает, что для гармоничной семейной жизни необходима психологическая подготовка к браку, личностные качества, которые будут обеспечивать духовно-нравственное единство всех членов семьи.

### Цель работы

Выявить мнение студентов медицинского университета об отношении к семейным ценностям.

### Материалы и методы

В исследовании участвовали студенты 1—6 курсов педиатрического, стоматологического факультета и студенты специальности «Клиническая психология» Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Всего 75 человек в возрасте от 18 до 23 лет. Из них 77% составили девушки, 23% — юноши. Для выявления мнения об отношении к семейным ценностям у студентов была разработана анкета, включающая в себя закрытые вопросы поливариантной формы, закрытые вопросы дихотомической формы, полузакрытые вопросы.

### Результаты и обсуждения

Большинство студентов (94,7%) в браке не состоят, 2,7% состоят в официальном браке, и 2,6% опрошенных проживают в «гражданском браке» (сожителство). Значительная часть студентов (66,7%) готовы вступить в брак. Из желающих вступить в брак 22% составляют юноши и 78% — девушки. 24% опрошенных пока задумываются о вступлении в брак, и 9,3% студентов отметили, что не собираются вступать в брак.

На вопрос «Какой возраст Вы считаете оптимальным для вступления в брак?» обучающиеся ответили следующим образом (табл. 1):

Таблица 1  
Оптимальный возраст для вступления в брак

Возрастные границы	%
до 20 лет	1,3
с 21 до 25 лет	38,8
с 26 до 30 лет	31,3
свыше 30 лет	6,3
возраст не имеет значения	22,5

Мы получили распределение, согласно которому 38,8% опрошенных считают, что оптимальным возрастом для вступления в брак являются границы с 21 до 25 лет и с 26 до 30 лет. Именно в этот период — период взрослости — происходит профессиональное становление, а также реализация себя в роли супруга (или супруги) и родителя. Одним из мотивов этого возраста является создание семьи.

44,4% студентов главной причиной для заключения официального брака выделили «желание создать семью», 41% опрошенных отметили «любовь», 9,4% — «рождение ребенка», 3,5% респондентов хотели бы вступить в «брак по расчету», и небольшой процент опрошенных (1,7%) составила причина «независимость от родителей». Полученные ответы можно объяснить потребностью в принадлежности и любви. Каждый человек нуждается в том, чтобы проявлять любовь и получать ее по отношению к себе.

В большинстве случаев (74,7%) студентов считают, что супруги должны быть равноправными членами семьи, 25,3% человек (в основном представители женского пола) считают, что главой семьи должен быть мужчина, т.е. для них определенную ценность имеет уже давно устоявшийся патриархальный тип взаимоотношений, несмотря на современное представление о семейных ценностях и взаимоотношениях.

Респондентам предлагалось отметить условия, влияющие на выбор создания их семьи. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2  
Условия для создания семьи глазами студентов-медиков

Условие	%
достаточно только желания создать семью	27,7
высшее образование	7,6
собственное жилье	21,0
работа и постоянный доход	34,5
не задумывался (ась)	6,7
другое	2,5

Как видно из табл. 2, в полученных результатах преобладают такие условия как «работа,

постоянный доход» и «желание создать семью». Современная молодежь хочет быть самодостаточными, иметь определенность и уверенность в завтрашнем дне.

На вопрос «Кто, по Вашему мнению, в семье должен зарабатывать деньги?» значительная часть студенческой молодежи (72,2%) ответили: «В семье должны зарабатывать оба супруга». Такой выбор вполне очевиден, глядя на картину жизни современной молодежи, основанную на равноправии полов.

Мы предлагали обучающимся отметить причины распада семьи. Так, главной причиной является «измена» (45%). Это объясняется тем, что помимо основных видов любви между супругами психологи выделяют романтическую и, самое главное, верную любовь, что и послужило выбору в пользу измены. 25,6% респондентов отметили «не сошлись характером», 16,3% медиков полагают — «скучная жизнь» и 6,2% — «отсутствие денег».

Результаты на вопрос «Какие ценности в семейной жизни для Вас важны?» представлены в табл. 3.

Таблица 3  
Ранговое распределение ценностей семейной жизни на основе самооценки студентов

Семейные ценности	Ранг
Любовь	1
Поддержка, забота, взаимопонимание	2
Эмоционально-психологический комфорт	3
Дети	4
Совместное времяпрепровождение, досуг	5
Стабильность	6
Материальная обеспеченность	7
Социальная защита	8
Преемственность поколений	9

Обучающиеся чаще других в качестве значимых семейных ценностей называли «любовь», «поддержка, забота, взаимопонимание», «эмоционально-психологический комфорт». На последнем месте — «преемственность поколений», что говорит о частичной потере контакта с предками, а значит, и утрате опыта, традиций, что могло бы способствовать накоплению знаний и передаче их через поколение.

Большинство студентов считают, что семейная жизнь их родителей является для них образцом.

### Выводы

На основании вышеизложенных результатов исследования, студенты выделяют главную се-

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-

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 пищеварительной 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 (фиброзофагогастроуденоскопия, 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.

## 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).

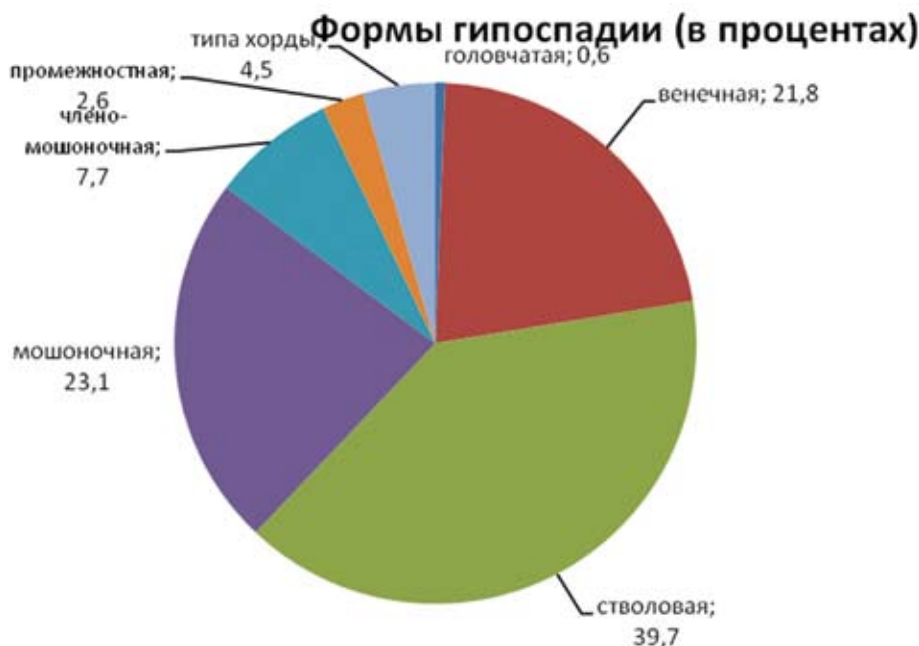


Рис. 1. Распределение больных в зависимости от формы гипоспадии

Как видно из рисунка 1, наиболее часто, в 39,7% случаев, выявлялась стволовая форма гипоспадии. Всем детям выполнялись общепринятые методы обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи. УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевого пузыря. Проводились уродинамические методы исследования как до, так и после оперативной коррекции врожденного порока. При необходимости — экскреторная урография, микционная цистография, посев мочи с определением микрофлоры и чувствительности к антибиотикам.

### Результаты и их обсуждение

Всего прооперировано 156 больных с различными формами гипоспадии. При проведении

хирургического лечения нами был сделан акцент на одноэтапные методы пластики уретры. Головчатые формы гипоспадии, когда головка полового члена достаточно широкая и есть возможность выполнить гланулопластику, корригировали по методике MAGPAI. Пациентов с венечной формой гипоспадии и маленькой головкой, но выраженной ладьевидной ямкой оперировали по методике Matheiu и Snodgraft. При передней, средней и задней стволовых формах гипоспадии были выполнены операции по Thiersch-Duplau и Thiersch-Duplau-Snodgrass с модификацией. Проксимальные, сложные формы оперировались по методике Bracka. В таблице 1 представлены методы операций, выполненные за 2011—2016 гг.

Таблица 1  
Методы операций, выполненные за 2011—2016 гг.

Методы операции	Количество больных	Результаты операции абс. (%)		
		выздоровление	улучшение	осложнение
Bracka, 1 этап	10 (6,4)	0 (0)	10 (100,0)	0 (0)
Bracka, 2 этап	3 (1,9)	2 (66,7)	0 (0)	1 (33,3)
Коррекция, 1 этап	3 (1,9)	1 (33,3)	2 (66,7)	0 (0)
Меатотомия	1 (0,6)	1 (100,0)	0 (0)	0 (0)
Одномоментная коррекция	7 (4,4)	7 (100,0)	0 (0)	0 (0)
Пластика по Duplay модиф.	29 (18,5)	23 (79,3)	0 (0)	6 (20,7)
Пластика по Snodgraft	5 (3,2)	3 (60,0)	0 (0)	2 (40,0)
Пластика по Snodgrass модиф.	62 (39,7)	51 (82,3)	0 (0)	11 (17,7)
По MAGPAI	7 (4,4)	5 (71,4)	0 (0)	2 (28,6)
По Matheiu	10 (6,4)	9 (90,0)	0 (0)	1 (10,0)
Ушивание свища	19 (12,1)	14 (73,7)	0 (0)	5 (26,3)
Итого	156	116 (74,4)	12 (7,7)	28 (17,9)

Суть нашей модификации заключается в особенности наложения швов во время формирования неоуретры путем проведения дополнительных узловых укрепляющих швов на расстоянии от 0,5—1,0 см на непрерывный внутрикожный основной шов. Таким образом добивались хорошего соприкосновения краев раны, что предотвращало их расхождение. При наличии натяжения тканей или недостаточности кожи по вентральной поверхности кавернозных тел перемещали дорзальный кожный лоскут по Nesbit. Операция заканчивалась выведением наружного отверстия уретры на верхушку головки с укрыванием линии шва кожей крайней плоти.

Как видно в таблице 1, по методике Thiersch — Duplau прооперировано 29 больных у 3 (10,3%) из них сформировались кожно-уретральные свищи, которые повторно оперировались. Полное расхождение швов после применения данной методики было отмечено у 2 (6,9%) больных, метостеноз у 1(3,4%) пациента. Общее количество осложнений выявлено у 6(20,7%) мальчиков. Удовлетворительный результат у 23(79,3%) боль-

ных. По методике Thyersch — Duplay — Snodgrass прооперировано 62 больных. Удовлетворительные результаты отмечались у 51 (82,3%) мальчика. Неудовлетворительные — у 11 (17,7%), в виде кожно-уретральных свищей — у 8 (12,9%) детей в раннем послеоперационном периоде, у 2-х из них свищи самостоятельно закрылись в течение месяца. В результате проводимого лечения хороший функциональный и косметический эффект был отмечен в группе пациентов с применением методики Thiersch — Duplau — Snodgrass с модификацией.

Как видно из таблицы 1, при применении методики MAGPAI осложнения выявлены в 28,6% случаев, а при выполнении операции по Mathieu у 10 больных осложнения получили только у одного в виде кожно-уретрального свища, что составило 10%. С целью улучшения конечных результатов лечения гипоспадии нами проводилась замена уретрального катетера на 7 сутки. С удаленного уретрального катетера брали посев на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам. Результаты посева представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты посева с уретрального катетера на 7 сутки после пластики уретры

Кол-во микроб. в 1 мл	103—104	104—106	106—107	Всего	%
E. coli	11	7	4	22	64.7
Pseudomonas. aer	4	3	1	8	23.5
Strep. pyogenes	3	1	0	4	11.7

Как видно из таблицы 2, в 64 (7%) случаев высевалась E. coli. Немного меньше высевались

Pseudomonas. aer (23,5%), Strep. pyogenes (11,7%).

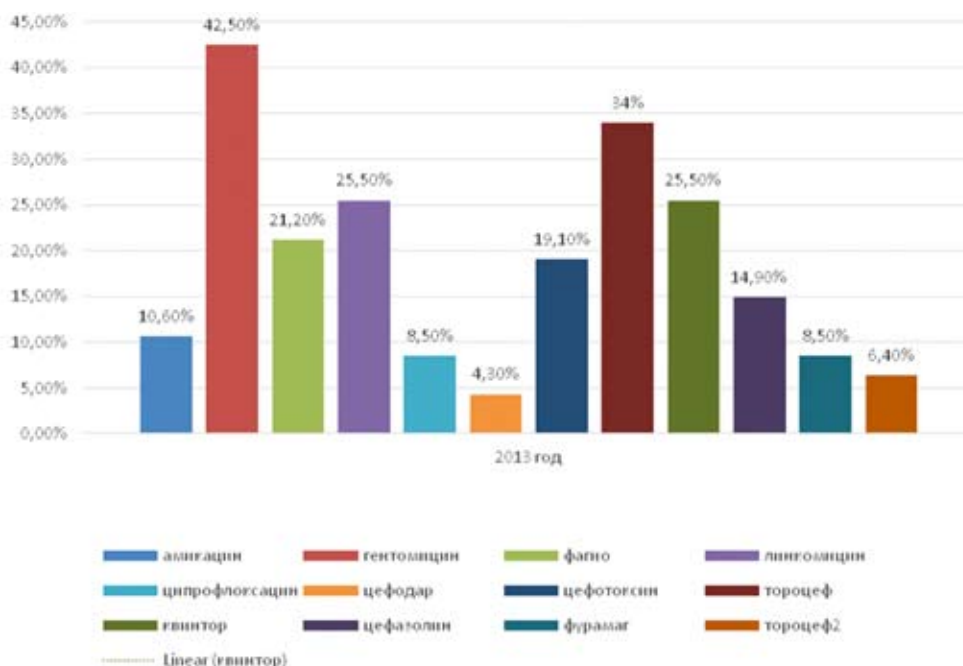


Рис. 2. Чувствительность микроорганизмов к антибиотикам

Как видно из диаграммы, высокая (42,5%) чувствительность выявлена к антибиотикам группы аминогликозидов, а наиболее низкая (4,3%) — к цефалоспорином. Назначение антибиотиков группы аминогликозидов в послеоперационном периоде является приоритетным при выборе антибиотика.

### Выводы

1. Применение метода Thiersch-Duplaur-Snodgrass с модификацией при коррекции стволо-

вых форм гипоспадии улучшает функциональный и косметический эффект проведенной операции, а также снижает психоэмоциональный стресс для больного в связи с одноэтапной коррекцией порока.

2. Длительное нахождение уретрального катетера приводит к росту титра микрофлоры, что в конечном итоге может повлиять на результаты лечения. Замена уретрального катетера на 7 суток после уретропластики улучшило конечные результаты лечения и снизило количество осложнений до 17%.

### Литература

1. Аникеев, А. В. Лечение дистальных форм гипоспадии у мальчиков: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.35 / А. В. Аникеев. — М., 2002. — 23 с.
2. Жарков, Д. А. Хирургическое лечение гипоспадии при вариантах андроген-детерминированного дисгенеза половой системы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.23, 14.00.19 / Д. А. Жарков. — Саратов, 2010. — 26 с.
3. Каганцов, И. М. Хирургическая коррекция гипоспадии у детей: автореферат. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.19—14.01.23 / И. М. Каганцов. — Ростов н/Д., 2015. — 43 с.
4. Козлов, Р. С. Нозокомиальные инфекции: эпидемиология, патогенез, профилактика, контроль / Р. С. Козлов // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. — 2000. — № 2 (2). — С. 16—30.
5. Продеус, П. П. Гипоспадия / П. П. Продеус, О. В. Староверов. — М., 2003. — 175 с.
6. Рудин, Ю. Э. Реконструктивно-пластические операции при лечении гипоспадии в детском возрасте: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.35 / Ю. Э. Рудин. — М., 2003. — 36 с.
7. Файзулин, А. К. Современные аспекты хирургического лечения гипоспадии у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.35 / А. К. Файзулин. — М., 2003. — 261 с.
8. Ширяев, Н. Д. Очерки реконструктивной хирургии наружных половых органов у детей: монография / Н. Д. Ширяев, И. М. Каганцов. — Сыктывкар, 2012. — 144 с.



