

вень амилазы на 17-е послеоперационные сутки – 170 Е/л.

По данным гистологического исследования морфологическая картина соответствует солитарной кистозной опухоли поджелудочной железы.

В заключение хочется отметить возможность выполнения у детей лапароскопической резекции

поджелудочной железы с формированием панкреатодигестивного анастомоза. В случаях СППО тела поджелудочной железы оптимальным вариантом хирургического лечения является лапароскопическая секторальная резекция поджелудочной железы с формированием дистального панкреатоюноанастомоза на петле кишки по Ру.

Список литературы

1. Santini D., Poli F., Lega S. Solid-Papillary Tumors of the Pancreas: Histopathology // J. Pancreas (Online). 2006. № 7. P. 131.
2. Solcia E. et al. – 1997.
3. Asano T., Seya T., Tanaka N. et al. 13-year-old girl with a preoperatively diagnosed solid cystic tumor of the pancreas // J. Nippon MedSch. 2006. № 73. P. 231–234.

ДЕМОНСТРАЦИЯ: «ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ»

Врублевский С.Г., Поддубный И.В., Файзулин А.К., Попов В.Е., Петров М.А., Шмыров О.С., Трунов В.О., Поддубный Г.С.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва; Кафедра детской хирургии Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва; Кафедра детской хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

Множественные врожденные пороки развития встречаются нередко, однако сообщений о множественных удвоениях различных органов, по данным литературы, мало и их количество составляет 1:5 000 000 новорожденных.

В нашу клинику поступил мальчик в возрасте 1 мес с множественными пороками развития. При осмотре сразу после рождения в пояснично-крестцовой области было выявлено менингомиелорадикулоцеле поясничного отдела позвоночника, гипоплазия левой нижней конечности, наличие двух анусов: один – расположен в типичном месте, второй – дистопирован на левую ягодицу, при этом отхождение кала было из обеих отверстий; полное удвоение полового члена, на вершине каждой головки открывается отверстие уретры, из каждого отмечается мочеиспускание. Левое яичко в типичном месте отчетливо не визуализируется (аплазия? гипоплазия?), правое яичко расположено типично, определяется локальное расширение по ходу правого семенного канатика, с жидкостным содержимым, размерами 1,2×0,6 см с протяженностью 2,5 см.

В неврологическом статусе у мальчика: синдром двигательных нарушений, нижний вялый парапарез.

По данным магнитно-резонансной томографии, выполненной в 1 мес, у ребенка выявлено полное удвоение:

1. Мочевого пузыря, при этом мочевые пузыри не имеют общих стенок, в каждый впадает один мочеточник.

2. Простаты; они не имеют общих стенок, плотно прилежат друг к другу, асимметричны (D>S).

3. Полового члена, они асимметричны (D>S).

4. Прямой и сигмовидной кишки, предположительно сообщающихся в общую поперечно-ободочную кишку.

Также у ребенка имеются МР-признаки невыраженной гипоплазии левой почки, гипоплазия левой большой поясничной мышцы, левого яичка, костей таза слева, левой нижней конечности. Определяется дополнительное анальное отверстие, располагающееся в левой ягодичной области.

В возрасте 2 мес ребенку выполнена операция: иссечение менингомиелорадикулоцеле поясничного отдела позвоночника L₂ – S₅ (выполнены иссечение грыжевого мешка, пластика твердой мозговой оболочки). Послеоперационный период протекал без особенностей, ребенок выписан для дальней-

шего амбулаторного наблюдения на 7-е сутки после операции.

В дальнейшем проводилось амбулаторное лечение ортопедической патологии: этапное гипсование по Понсетти, этапное гипсование по поводу врожденного вывиха бедра.

В 6 мес ребенку проведена операция: простое закрытое вправление вывиха левой бедренной кости, ахиллотомия справа. В настоящий момент ребенок находится в шине Виленского.

В возрасте 8 мес принято решение о проведении колопроктологического этапа лечения. Проведено дообследование.

5. Выполнена ирригоскопия: в связи с порок развития аноректальной области исследование проведено в 2 этапа, в просвете кишечника визуализируется большое количество каловых масс. 1-й этап – контрастное вещество введено через зонд в анальное отверстие, расположенное в типичном месте, контрастирован свищевой ход, предположительно открывающийся в сигмовидную кишку. Протяженность свищевого хода – около 9 см. Во время введения контрастного вещества свищевой ход опорожняется. Контрастированная часть кишечника деформирована, заполнена большим количеством каловых масс, рельеф ее отчетливо не прослеживается. 2-й этап – контрастное вещество введено через зонд в анальное отверстие, расположенное в атипичном месте (на 3 часах), визуализируется деформированный просвет прямой кишки (?), гаустрация снижена. Просвет кишечника заполнен каловыми массами. Сигмовидная кишка (?) имеет дополнительные петли. Толстый кишечник контрастирован до восходящей ободочной кишки.

6. Диагностическая цистоскопия. Интубация устья правого мочеточника.

7. ЭГДС. Слизистая пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки без видимых патологических изменений. **Заключение:** органической патологии не выявлено.

8. Колоноскопия. Колоноскоп введен в центрально расположенный анус. В просвете определяются плотные каловые массы. Осмотрены прямая, сигмовидная, нисходящая, поперечная и восходящая ободочные, слепая и дистальные отделы подвздошной кишки. Слизистая на всем протяжении розовая, складки обычной формы, сосудистый рисунок четкий. При параллельной колоноскопии через второе анальное место совмещения кишок

не обнаружено. **Заключение:** Полное удвоение толстой кишки. Удвоение тонкой кишки.

Ребенку выполнена диагностическая лапароскопия, при которой осмотрена толстая кишка, выявлено, что имеется полное удвоение толстой кишки, единая брыжейка толстой кишки, удвоение подвздошной кишки (на протяжении 15–20 см). При осмотре малого таза одна из удвоенных кишок (левая ветвь) проходит рядом с левым мочеточником и левыми подвздошными сосудами, вторая (правая ветвь) уходит в анальный канал. При введении физиологического раствора в уретральные катетеры визуализируются 2 мочевых пузыря, предположительно, с единой стенкой.

Выполнена **мобилизация удвоенной сигмовидной кишки.** Левая ветвь ее выделена со стороны промежности и со стороны брюшной полости, перевязана и погружена в брюшную полость. Правая выделена со стороны промежности с формированием серозно-мышечного цилиндра и эвагинирована на промежность, через этот же цилиндр. Обе кишки низведены на промежность через единый серозно-мышечный цилиндр. Экстраперитонеально создан межкишечный анастомоз длиной 6 см по типу «бок в бок» с использованием сшивающего аппарата. **Сформированная таким образом единая ампула погружена в анальный канал, сформирован колоанальный анастомоз.**

Послеоперационный период протекал без особенностей, нормализация моторики низведенной кишки отмечена на 3-и сутки – получен самостоятельный стул.

В возрасте 1 года 3 мес ребенку выполнен заключительный этап хирургического лечения – пластика полового члена. Выполнен окаймляющий разрез вокруг головки правого и левого половых членов с рассечением переходной складки между ними. Мобилизованы до основания кавернозные тела правого и левого половых членов. Кавернозные тела левого полового члена гипоплазированы по сравнению с правым. Кавернозные тела правого и левого половых членов выведены на одну длину, фиксированы друг к другу за белочную оболочку в проксимальной, средней и дистальной трети узловыми швами Prolen 5/0. Левая полусфера головки правого полового члена и правая полусфера головки левого полового члена деэпидермизированы. Гланулопластика с формированием единой головки полового члена, швы рассасывающиеся

PDS 7/0. Половой член фиксирован у основания на 5 и 7 условных часах узловыми швами Prolen 5/0. Кожная пластика, швы рассасывающиеся PDS 7/0. Установлены 2 уретральных катетера Нелатона Ch № 8.

Ближайший послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Ребенок выписан домой на 10-е сутки после оперативного вмешательства. **В настоящий момент** мальчик находится дома под наблюдением невролога и детского хирурга.

ДОКЛАД: «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ КРОНА»

Щербакова О. В., Ионов А. Л., Врублевский С. Г., Трунов В. О., Щиголева Н. Е.

Российская детская клиническая больница, Москва; Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Болезнь Крона (БК) – хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неуточненной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением, вовлекающим любой отдел кишечника от ротовой полости до анального канала, с развитием местных и системных осложнений [1]. В последнее десятилетие отмечаются неуклонный рост заболеваемости и распространенности БК у детей и подростков, увеличение тяжелых и осложненных форм, смещение дебюта болезни на более ранний возраст [2, 3].

БК является одной из самых сложных патологий в детской гастроэнтерологии, а вопросы хирургического лечения осложненных форм БК у детей по-прежнему трудны и далеки от окончательного решения [4, 5]. Современная концепция хирургического лечения БК направлена на выполнение экономных резекций кишки, применение малоинвазивных методик и проведение органосохраняющих операций [6–8].

В данной публикации представлен уникальный опыт взаимодействия детских хирургов-колопроктологов и гастроэнтерологов, более 25 лет занимающихся пациентами с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

На основании анализа результатов хирургического лечения мы разработали показания к операции при осложненной БК с определением сроков и тактики вмешательства.

Материал и методы исследования

С 1990 г. по декабрь 2014 г. в отделении колопроктологии ФГБУ РДКБ МЗ РФ и отделении неотложной абдоминальной хирургии Морозовской ДГКБ ДЗ г. Москвы находилось на лечении 80 детей с БК в возрасте от 1 года до 17 лет (рис. 1). Преоб-

ладали пациенты препубертатного и пубертатного возраста (67 из 80–83,7%). На момент манифестации БК возраст детей варьировал от 11 мес до 15 лет.

Пациентам проводили комплексное обследование: 1) сбор анамнеза и клинический осмотр с определением индекса массы тела (документируя дефицит веса и роста), 2) лабораторная диагностика (включая маркеры воспаления и ВЗК, в последние 3 года – определение фекального кальпротектина); 3) ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; 4) эндоскопические исследования (гастроэзофагодуоденоскопия, илеоколоноскопия, при необходимости цисто- и вагиноскопия); 4) рентгенологические исследования (ирригография, рентгенография ЖКТ с барием, фистулография, компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости с двойным контрастированием); 5) гистологические исследования (биопсии слизистой оболочки и резекционные полнослойные препараты).

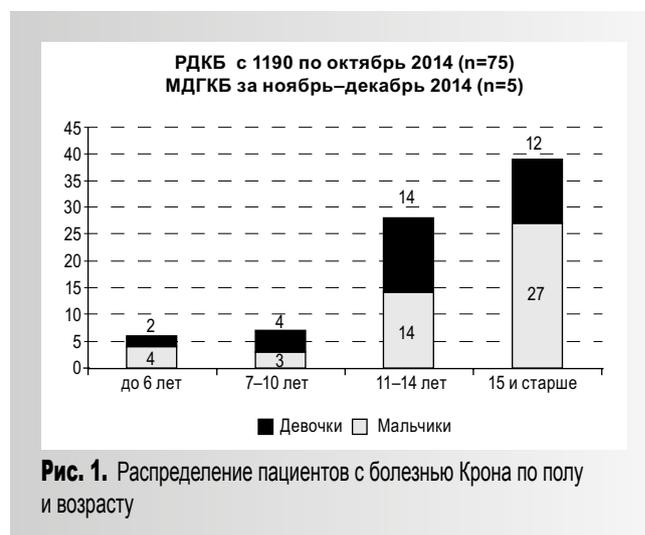


Рис. 1. Распределение пациентов с болезнью Крона по полу и возрасту