

- Ф.А. Тотальное удвоение толстой кишки у 2-летней девочки. *Детская хирургия*. 2009; 5: 45–6.
4. Аскельров М.А., Киргизов И.В., Цап Н.А., Абушкин И.А., Смоленцев М.М., Емельянова В.А. *Детская хирургия*. 2017; 21(3): 165–6.
 6. Машков А.Е., Пыхтеев Д.А., Сигачев А.В., Щербина В.И., Гаганов Л.Е. *Детская хирургия*. 2015; 19(6): 55–6.

REFERENCES

1. Bairov G.A. *Urgent surgery for children: a guide for doctors*. St. Petersburg: Peter Press; 1997. (in Russian)
2. Zhurilo I.P., Fomenko S.A., Litovka V.K., Perunsky V.P., Lepikhov P.A., Gun'kin A.Yu. Rare variants of doubling the digestive tract in children. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitel'noy meditsiny*. 2011; 12(2): 177–82. (in Russian)
3. Khamaraev A.Zh., Nabiev S.N., Talipov S.S., Karimov I.M., Akramov F.A. A total doubling of the large intestine in a 2-year-old girl. *Detskaya khirurgiya*. 2009; (5): 45–6. (in Russian)
4. Askelrov M.A., Kirgizov I.V., Tsap N.A., Abushkin I.A., Smolentsev M.M., Emelyanova V.A. *Detskaya khirurgiya*. 2017; 21(3): 165–6. (in Russian)
5. Bond S.J., Groff D.B. Gastrointestinal Duplications. In: *Pediatric Surgery*. St. Louis: Mosby; 1998: 1257–67.
6. Mashkov A.E., Pykhteev D.A., Sigachev A.V., Shcherbina V.I., Gaganov L.E. *Detskaya khirurgiya*. 2015; 19(6): 55–6. (in Russian)
7. Okamoto T., Takamizawa S., Yokoi A. et al. Completely isolated alimentary tract duplication in neonate. *Pediatr. Surg.* 2008; 24(10): 1145–7.
8. Stringer M.D. Gastrointestinal duplications. In: *Pediatric Surgery*. Berlin: Springer-Verlag; 2006: 239–56.
9. Toth E., Lillienau J., Ekelund M., Alumets J., Olsson R., Thorlacius H. Ulcerated small-intestine duplication cyst: an unusual source of GI bleeding revealed by wireless capsule endoscopy. *Gastrointest. Endosc.* 2006; 63(1): 192–4.
10. Gay G., Delvaux M., Rey J.F. The role of video capsule endoscopy in the diagnosis of digestive diseases. *Endoscopy*. 2004; 36(10): 913–20.

Поступила 25 октября 2017

Принята в печать 27 ноября 2017

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 616.381 + 616.34-007-089-053.2

Чепурной М.Г.¹, Чепурной Г.И.¹, Кацупеев В.Б.¹, Арутюнов А.В.², Лейга А.В.², Дмитриев С.Г.²,
Варичева Н.В.², Астахов Р.Е.², Семешин А.В.², Лукаш Ю.В.¹

ГАСТРОШИЗИС В СОЧЕТАНИИ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНИКА

¹ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет», 344022, г. Ростов-на-Дону;

²МБУЗ «Городская клиническая больница № 20», 344029, г. Ростов-на-Дону

Описано многоэтапное хирургическое лечение пациентки с гастрошизисом в комбинации с атрезией тощей кишки, энтерокистой илеоцекальной области и изолированным конгломератом патологически измененных кишечных петель. На первом этапе была наложена концевая еюностома, на втором этапе – боковой анастомоз между тощей кишкой и восходящим отделом толстой кишки. В последующем была закрыта еюностома.

Ключевые слова: гастрошизис; хирургическое лечение.

Для цитирования: Чепурной М.Г., Чепурной Г.И., Кацупеев В.Б., Арутюнов А.В., Лейга А.В., Дмитриев С.Г., Варичева Н.В., Астахов Р.Е., Семешин А.В., Лукаш Ю.В. Гастрошизис в сочетании с множественными пороками развития кишечника. *Детская хирургия*. 2017; 22(2): 109–111. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2018-22-2-109-111>

Для корреспонденции: Чепурной Михаил Геннадьевич, д-р мед. наук, доцент кафедры детской хирургии и ортопедии Ростовского государственного медицинского университета, 344022, Ростов-на-Дону. E-mail: chepur@rambler.ru

Chepurnoy M.G.¹, Chepurnoy G.I.¹, Katsupееv V.B.¹, Arutyunov A.V.², Leyga A.V.², Dmitriev S.G.²,
Varicheva N.V.², Astakhov R.E.², Semeshin A.V.², Lukash Yu.V.¹

GASTROSCHISIS IN THE COMBINATION WITH MULTIPLE INTESTINAL MALFORMATIONS

¹Rostov State Medical University, Rostov-on-don, 344022, Russian Federation;

²Municipal clinical hospital No 20, Rostov-on-don, 344029, Russian Federation

There is described multi-stage surgical treatment of patients with gastroschisis in combination with jejunal atresia, enterocystoma in the ileocecal region and isolated conglomerate of the malformed intestinal loops. At the first stage the end jejunal tube was placed, at the second phase -- side anastomosis was created between jejunum and ascending part of the colon. Later jejunal tube was closed.

Key words: gastroschisis; surgical treatment.

For citation: Chepurnoy M.G., Chepurnoy G.I., Katsupееv V.B., Arutyunov A.V., Leyga A.V., Dmitriev S.G., Varicheva N.V., Astakhov R.E., Semeshin A.V., Lukash Yu.V. Gastroschisis in the combination with multiple intestinal malformations. *Detskaya Khirurgiya (Russian Journal of Pediatric Surgery)* 2018; 22(2): 109–111. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2018-22-2-109-111>

For correspondence: Mikhail G. Chepurnoy, MD, PhD, DSci., Associate Professor of the Department of pediatric surgery and orthopedics, Rostov State Medical University, Rostov-on-don, 344022, Russian Federation. E-mail: chepur@rambler.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received 06 November 2017

Accepted 27 November 2017

Чаще всего гастрошизис встречается как изолированный порок развития передней брюшной стенки [1–3], но нередко сочетается с другими пороками развития желудочно-кишечного тракта, в частности с атрезией тонкой кишки [4, 5]. Исключительно редко приходится оперировать новорожденных с гастрошизисом, сочетающимся с множественными по-

роками развития кишечной трубки [6]. Приводим описание нашего клинического наблюдения.

Б о л ь н а я С. была переведена 01.12.2016 из родильного отделения в детское реанимационное отделение городской больницы № 20 через 2 ч после рождения путем кесарева сечения с диагнозом гастрошизиса. Девочка родилась в геста-

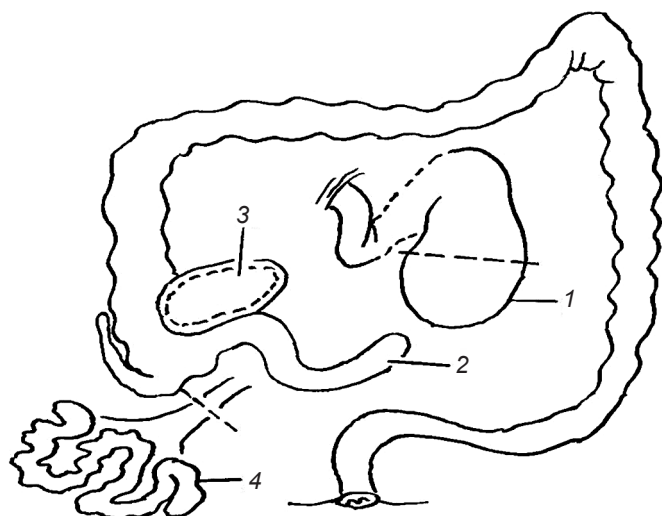


Рис. 1. Схема множественных пороков развития кишечника у больной С.

1 – атрезированный проксимальный конец тощей кишки; 2 – атрезированный дистальный конец подвздошной кишки; 3 – место удвоения кишечной трубки; 4 – изолированный конгломерат тонкокишечных петель. Пунктиром обозначены линии сечения при хирургической коррекции пороков.

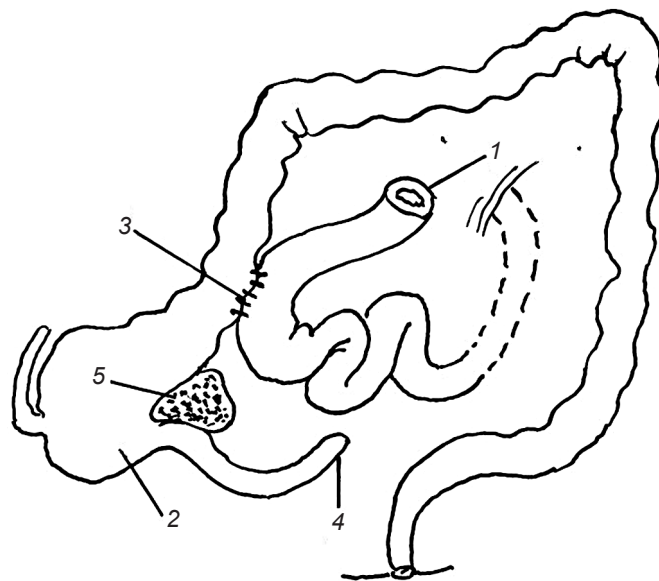


Рис. 2. Схема второго этапа хирургической коррекции пороков у больной С.

1 – концевая еюностома; 2 – илеоцекальный угол; 3 – боковой еюноколо-анастомоз; 4 – дистальный конец атрезированной подвздошной кишки; 5 – место удвоения кишечной трубки.

ционном возрасте 36 нед с массой тела 2890 г при 8 баллах по шкале Апгар.

Спустя 2 ч после госпитализации больная была оперирована под интубационным наркозом. При осмотре обнаружен дефект передней брюшной стенки справа от пупка диаметром 2 см с пролабированием на кожу петель кишечника. После расширения дефекта на 1,5 см в сторону пупочного кольца было установлено (рис. 1), что в тонкой кишке имеется атрезия со слепо заканчивающимся проксимальным концом, который имеет до 4 см в диаметре и заполнен газами и жидким содержимым. Недалеко расположен второй слепой кишечный конец, находящийся на расстоянии 12 см от илеоцекального угла, где обнаружено удвоение стенки кишки. Расположенная экстракорпорально стенка энтерокистомы была черного цвета и мумифицирована. В этой зоне располагался изолированный конгломерат тонкокишечных петель длиной около 40 см с плотными, утолщенными и ригидными стенками багрового цвета. К нему подходила изолированная брыжейка, которая дальше к центру сливалась с массивом брыжейки остального отдела кишечника.

После прошивания брыжейки изолированный конгломерат кишечных петель был удален. Некротизированная часть стенки энтерокистомы иссечена, и стала визуализироваться ее оставшаяся часть с хорошо развитой сосудистой сетью илеоцекального угла. Проксимальный конец атрезированной тонкой кишки резецирован и после погружения органов живота в брюшную полость выведен на переднюю брюшную стенку в параумбиликальной области через дефект с формированием энтеростомы.

При рассмотрении рассеченной стенки тонкой кишки макпрепарата было отмечено ее утолщение до 7 мм, кишечный просвет составлял 1–2 мм.

Послеоперационный период протекал гладко, энтеростома «заработала» на следующий день после операции, отходило болотного вида содержимое. Со 2-х суток ребенок начал питаться через рот; был использован калоприемник.

Через 3 нед девочке наложено (рис. 2) боковое соустье между тонкой кишкой, несущей свищ, и восходящим отделом толстой кишки протяженностью 1,5 см однорядным швом, разработанным в клинике, при этом использован Prolen 5/0. В течение 3 сут послеоперационного периода ребенок полу-

чал парентеральное питание, в дальнейшем он питался *per os*. На 4-е сутки появились каловые массы из прямой кишки, объем которых увеличивался с каждым днем, и через 16 сут больной была закрыта энтеростома.

Послеоперационный период протекал гладко; рана зажила *prima intentio*; девочка продолжала оправляться *per vias naturalis* до 7–9 раз в сутки. С умеренно выраженными признаками «синдрома короткой кишки» пациентка была выписана домой в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки после операции.

Анализируя приведенное наблюдение, следует признать, что атрезия локализовалась в области тощей кишки, что подтвердила ревизия органов брюшной полости во время релапаротомии и развитие «синдрома короткой кишки» в послеоперационном периоде. При этом резонно предположить, что изолированный конгломерат кишечных петель представлял собой отшнуровавшуюся подвздошную кишку, находящуюся неподалёку от илеоцекального угла. Этот конгломерат кишечных петель нельзя было включать в желудочно-кишечный тракт ребенка, так как макроскопически кишечная стенка этого образования была значительно утолщена (7 мм), а просвет кишечной трубки составлял 1–2 мм. Пальпаторно конгломерат состоял из плотных, утолщенных и ригидных кишечных петель, имеющих багровый цвет.

Совершенно невозможно было представить, как можно наложить анастомоз с такой кишкой. Теоретически можно было предположить, что с целью сохранения этого кишечного отрезка следовало бы вскрыть слепые концы и вшить их в брюшную стенку в виде энтеростом. Если бы в дальнейшем они восстановили свою анатомическую структуру и функцию, то их можно было бы использовать в качестве недостающей части кишечника ребенка и предотвратить развитие «синдрома короткой кишки». Однако такие рассуждения находятся в области фантастики и граничат с экспериментами на людях, что совершенно неприемлемо.

Подключение такого отрезка кишечной трубки в желудочно-кишечный тракт ребенка ассоциировалось с риском получения в этом месте препятствия для продвижения химуса. Гистологическая картина стенки кишки в макпрепарате свидетельствовала о грубых структурных изменениях в кишечных слоях, что несомненно указывало на нецелесоо-

бразность оставления этого конгломерата кишечных петель в организме ребенка. С надеждой на большие компенсаторные возможности растущего детского организма в плане нивелирования «синдрома короткой кишки» ребёнок был выписан из клиники в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки после завершающего этапа хирургического вмешательства.

Заключение

Грамотное решение тактических вопросов оказания хирургической помощи вместе с современными достижениями анестезиологии и реаниматологии позволили добиться благоприятных результатов при лечении неординарной больной. В обеспечении благоприятного течения послеоперационного периода не последняя роль принадлежит энтеростомии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 3, 5, 6 см. в REFERENCES)

1. Козлов Ю.А., Новожилов В.А., Подкаменев А.В., Ковалев В.М., Махов А.Н., Купряков С.О. Минимально инвазивное лечение гастрошизиса. *Детская хирургия*. 2005; 2: 10–2.
2. Пушкарёв О.И. Случай лечения ребенка с гастрошизисом. *Детская хирургия*. 2001; 4: 50–1.

4. Морозов Д.А., Филиппов Ю.В., Горьяинов В.Ф., Турковский В.Б., Гусев А.В., Алексеева Л.И. Хирургическое лечение гастрошизиса в сочетании с атрезией и перфорацией тощей кишки у новорожденного. *Детская хирургия*. 2005; 1: 54–5.

REFERENCES

1. Kozlov Yu.A., Novozhilov V.A., Podkamenev A.V., Kovalev V.M., Makhov A.N., Kupryakov S.O. Minimally Invasive Treatment of Gastroschisis. *Detskaya khirurgiya*. 2005; 2: 10–2. (in Russian)
2. Pushkarev O.I. A Case of Gastroschisis Treatment in a Child. *Detskaya khirurgiya*. 2001; 4: 50–1. (in Russian)
3. Bergholz R., Boettcher M., Reinshagen K. et al. Complex gastroschisis is a different entity to simple gastroschisis affecting morbidity and mortality – A systematic review and meta-analysis. *J. Pediatr. Surg.* 2014; 10(49): 1527–32
4. Morozov D.A., Filippov Yu.V., Goryainov V.F., Turkovskiy V.B., Gusev A.V., Alekseeva L.I. Surgical treatment of gastroschisis complicated with jejunal atresia and perforation in newborn. *Detskaya khirurgiya*. 2005; 1: 54–5. (in Russian)
5. Alsheri A., Emil S., Laberge J.-M. et al. Outcomes of early versus late intestinal operation in patients with gastroschisis and intestinal atresia: Results from a prospective national database. *J. Pediatr. Surg.* 2013; 10(48): 2022–6.
6. Benjamin B., Wilson G.N. Anomalies associated with gastroschisis and omphalocele: Analysis of 2825 cases from the Texas Birth Defects Registry. *J. Pediatr. Surg.* 2013; 4(49): 514–9.

Поступила 06 ноября 2017
Принята в печать 27 ноября 2017

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 616.321-001.5-08-053.2

Дмитриев С.Г.², Чепурной М.Г.², Пушкарёв И.Ю.², Ковалев М.В.¹

КОНСЕРВАТИВНОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА С РАЗРЫВОМ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ

¹Кафедра детской хирургии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет, 344022, г. Ростов-на-Дону;

²МБУЗ «Городская клиническая больница № 20», 344029, г. Ростов-на-Дону

Описано наблюдение 3-летнего ребенка, у которого сквозное ранение задней стенки глотки нанесено барабанной палочкой, находившейся во рту при падении. Начинаясь медиастинит удалось купировать массивной антибиотикотерапией и вначале парентеральным питанием ребенка, а затем – через назогастральный зонд.

Ключевые слова: перфорация задней стенки глотки; дети; лечение.

Для цитирования: Дмитриев С.Г., Чепурной М.Г., Пушкарёв И.Ю., Ковалев М.В. Консервативное лечение ребенка с разрывом задней стенки глотки. *Детская хирургия*. 2018; 22(2): 111–112. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2018-22-2-111-112>

Для корреспонденции: Чепурной Михаил Геннадьевич, доц. кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону. E-mail: chepur@rambler.ru

Dmitriev S.G.¹, Chepurnoy M.G.², Pushkar' I.Yu.¹, Kovalev M.V.¹

CONSERVATIVE CURE OF A CHILD WITH RUPTURE OF THE POSTERIOR PHARYNGEAL WALL

¹Municipal clinical hospital No 20, Rostov-on-don, 344029, Russian Federation;

²Rostov State Medical University, Rostov-on-don, 344022, Russian Federation

The authors present an observation of the 3-year-old child with the perforating wound of the posterior pharyngeal wall caused by a drumstick, happened in the mouth during the fall. Starting mediastinitis was managed to stop with a massive antibiotic therapy and parenteral nutrition of the child, and then nutrition via a nasogastric tube.

Key words: perforation of the posterior pharyngeal wall; children; treatment.

For citation: Dmitriev S.G., Chepurnoy M.G., Pushkar I.Yu., Kovalev M.V. Conservative cure of a child with rupture of the posterior pharyngeal wall. *Detskaya Khirurgiya (Russian Journal of Pediatric Surgery)* 2018; 22(2): 111–112. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2018-22-2-111-112>

For correspondence: Mikhail G. Chepurnoy, MD, PhD, DSci., Associate Professor of the Department of pediatric surgery and orthopedics, Rostov State Medical University, Rostov-on-don, 344022, Russian Federation. E-mail: chepur@rambler.ru

Information about authors:

Dmitriev S.G. <http://orcid.org/0000-0001-6542-7789>; Chepurnoy M.G. <http://orcid.org/0000-0002-7703-1097>; Pushkar' I.Yu. <http://orcid.org/0000-0001-6077-5903>; Kovalev M.V. <http://orcid.org/0000-0001-5393-6257>.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Received: 20 August 2017

Accepted: 27 November 2017