

# **ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ**

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ**

**Под редакцией  
проф. А.В. Гераськина**



**Москва  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
2011**

УДК 617-053.2(083.132)

ББК 54.5я81+57.3я81

Д38

*К 80-летию педиатрического факультета*

*РГМУ им. Н.И. Пирогова*

*Авторский коллектив:*

д-р мед. наук, проф. Д.Ю. Выборнов, А.С. Задвернюк, д-р мед. наук Д.В. Ковалев, д-р мед. наук, проф. Л.Б. Меновщикова, к.м.н. О.Г. Мокрушина, к.м.н. М.А. Петров, д-р мед. наук Попов В.В., д-р мед. наук, проф. А.Ю. Разумовский, д-р мед. наук, проф. А.Н. Смирнов, к.м.н. Я.П. Сулавко, Р.А. Хагуров, к.м.н. О.С. Шмыров, д-р мед. наук, проф. В.В. Шафранов, к.м.н. В.С. Шумихин.

Д38 **Детская хирургия: клинические разборы** / Под ред. проф. А.В. Гераськина. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 216 с. : ил.

ISBN 978-5-9704-1842-0

В руководстве, подготовленном сотрудниками кафедры детской хирургии Российского государственного медицинского университета, представлены разборы клинических случаев из различных областей детской хирургии. Разборы важны с точки зрения как дифференциальной диагностики и выбора тактики обследования, так и выбора способа лечения. Всего в руководстве представлено 50 клинических разборов.

Предназначено начинающим врачам, практикующим педиатрам и детским хирургам.

К руководству прилагается компакт-диск с видеофрагментами операций.

УДК 617-053.2(083.132)

ББК 54.5я81+57.3я81

*Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».*

© Коллектив авторов, 2010

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»,  
оформление, 2010

ISBN 978-5-9704-1842-0

## СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений . . . . .	6
Предисловие . . . . .	7
Случай 1. «Мокнувший» пупок: необлитерированный омфало-мезентериальный проток . . . . .	9
Случай 2. Болевой абдоминальный синдром: дивертикул подвздошной кишки (дивертикул Меккеля) . . . . .	14
Случай 3. Болевой абдоминальный синдром: инородные тела пищеварительного тракта, осложненное течение . . . . .	17
Случай 4. Болевой абдоминальный синдром: киста яичника . . . . .	21
Случай 5. Болевой абдоминальный синдром: кишечная инвагинация . . . . .	24
Случай 6. Болевой абдоминальный синдром: энтерокистома . . . . .	27
Случай 7. Болевой абдоминальный синдром: двусторонняя нефробластома . . . . .	30
Случай 8. Болевой абдоминальный синдром: гидронефроз. Лапароскопическая пластика пиелоуретерального сегмента . . . . .	34
Случай 9. Болевой абдоминальный синдром: нагноившаяся солитарная киста почки . . . . .	38
Случай 10. Болевой абдоминальный синдром: рубцовый стеноз мочеточника . . . . .	41
Случай 11. Ампутация полового члена . . . . .	45
Случай 12. Боли в нижней конечности: остеоид-остеома бедра . . . . .	48
Случай 13. Боли в нижней конечности: фиброзная остеодисплазия (болезнь Лихтенштейна—Брайцева) . . . . .	51
Случай 14. Боли в нижней конечности: юношеский эпифизолиз . . . . .	56
Случай 15. Боль в области плечевого сустава: хондросаркома плечевой кости . . . . .	60
Случай 16. Боль и дефигурация в области ключицы: саркома Юинга . . . . .	65
Случай 17. Бронхообструктивный синдром: ахалазия пищевода . . . . .	70
Случай 18. Врожденный ложный сустав ключицы . . . . .	75
Случай 19. Гастрошизис . . . . .	80
Случай 20. Диспластический вывих надколенника . . . . .	83
Случай 21. Диспластический сколиоз IVC степени: коррекция с помощью двухпластинчатого эндокорректора . . . . .	87
Случай 22. Дыхательная недостаточность у новорожденного: киста правого легкого . . . . .	92

Случай 23. Дыхательная недостаточность: сосудистое кольцо трахеи. . . . .	96
Случай 24. Застарелое повреждение Монтеджи. . . . .	102
Случай 25. Застарелое повреждение сухожилий сгибателя 5-го пальца левой кисти . . . . .	106
Случай 26. Инородное тело средостения: торакоскопическое удаление. . . . .	109
Случай 27. Инородные тела желудка. . . . .	112
Случай 28. Инфекция органов мочевой системы: рабдомиосаркома мочевого пузыря. . . . .	116
Случай 29. Инфекция органов мочевой системы: гиперактивный мочевого пузырь . . . . .	121
Случай 30. Инфекция органов мочевой системы: двусторонний мегауретер. . . . .	125
Случай 31. Киста брюшной полости, осложнившаяся энтероколитом . . . . .	130
Случай 32. Киста брюшной полости: гигантская киста яичника . . . . .	134
Случай 33. Лимфангиома брюшной полости . . . . .	138
Случай 34. Кишечная непроходимость у новорожденного: изолированный заворот подвздошной кишки . . . . .	144
Случай 35. Кишечное кровотечение: псевдоопухоль прямой кишки. . . . .	148
Случай 36. Кожная форма синдактилии в старшем возрасте . . . . .	154
Случай 37. Крестцово-копчиковая киста. . . . .	158
Случай 38. Недержание мочи: эктопия мочеточника . . . . .	162
Случай 39. Нерентгенконтрастное инородное тело мягких тканей. . . . .	168
Случай 40. Опухолевидное образование области шеи: лимфангиома . . . . .	172
Случай 41. Опухолевидное образование области щеки: быстрорастущая гемангиома. . . . .	176
Случай 42. Фиброматоз гемиторакса и поясничной области справа с прорастанием в позвоночный канал . . . . .	181
Случай 43. Парафимоз . . . . .	187
Случай 44. Перелом ключицы. . . . .	190
Случай 45. Посттравматическая алопеция: результат лечения с использованием метода баллонной дерматензии. . . . .	193
Случай 46. Пупочная грыжа, aberrantный сосуд пупочной области . . . . .	198

---

Случай 47. Рвота с примесью желчи: синдром Ледда . . . . .	201
Случай 48. Синдром отечной мошонки: перекрут яичка. . . . .	206
Случай 49. Синдром отечной мошонки: перекрут яичка у новорожденного . . . . .	209
Случай 50. Синдром отечной мошонки: тератома яичка . . . . .	213

## Случай 1

# «МОКНУЩИЙ» ПУПОК: НЕОБЛИТЕРИРОВАННЫЙ ОМФАЛО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК

---

---

Мальчик К. родился от первой нормально протекавшей беременности, роды срочные, шкала Апгар 8/9 баллов, масса при рождении 3600 г. Вскармливался грудным молоком, питание усваивал. Выписан из родильного дома на 4-е сутки. С 10-го дня периодически отмечалось отделяемое из пупочной ямки, гиперемия, мацерация кожи. Осмотрен педиатром, диагностирован «мокнущий» пупок, проведена местная терапия мазевыми повязками. В связи с отсутствием эффекта от лечения родители ребенка обратились в приемное отделение клиники, ребенок госпитализирован с диагнозом « свищ пупка ».

При осмотре — состояние ребенка удовлетворительное. Кожные покровы розовые. Живот не вздут, мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Ребенка кормят по возрасту грудным молоком. Стул желтого цвета, кашицеобразный, после каждого кормления. При обследовании: в области пупочной ямки отмечается гиперемия и мацерация кожи (рис. 1.1). При зондировании — глубокий свищ, после извлечения зонда — кишечное отделяемое. Установлен диагноз: необлитерированный омфало-мезентериальный проток.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Омфалит.
- Фунгус пупка.
- Персистирующий омфало-мезентериальный проток.

- Персистирующий урахус.
- Флебит пупочной вены.

Под «мокнушим» пупком подразумевают его отек, гиперемию и выделения из пупка. Одна из причин — варианты инволюции омфало-мезентериального протока. Этот проток образуется на этапах эмбриофетогенеза как соединение между зачатком кишки и желточным мешком. Он подвергается инволюции и должен полностью исчезнуть к 7–8-й неделе гестации. Аномалии инволюции омфало-мезентериального протока в зависимости от степени облитерации могут приводить к развитию протоков, синусов, кист, фиброзных тяжей, меккелевых дивертикулов или пупочных гранулем (фунгус пупка).

Выраженные клинические проявления у новорожденных отмечают при полном свище, пупочном синусе и фунгусе пупка, остальные формы при отсутствии осложнений могут клинически не проявляться вообще. При полном сохранении просвета протока после отсечения пуповины возможно отделение кишечного содержимого из пупочной ямки, мацерация кожи, пролабирование стенки кишки (см. рис. 1.1). В сомнительных случаях для подтверждения диагноза выполняют зондирование протока и фистулографию, при которой контрастное вещество поступает в просвет тонкой кишки.

В данном случае диагностика необлитерированного протока была затруднена тем, что кишечное отделяемое из пупочной ямки отсутствовало. При первом осмотре не было проведено зондирование пупочной ямки, и лечение в основном было направлено на вторичные проявления: раздражение и мацерацию кожи пупочной области. Получение кишечного содержимого при зондировании дает основание диагностировать необлитерированный омфало-мезентериальный проток.

В плановом порядке в возрасте 16 дней выполнено оперативное вмешательство — лапароскопическая резекция омфало-мезентериального протока.

В брюшную полость введено три 3-миллиметровых троакара (рис. 1.2), визуализирован проток, идущий от пупочной области к подвздошной кишке. Диаметр протока — около 5 мм, диаметр приводящего и отводящего отдела несущей кишки — около 1 см. Брыжейка протока коагулирована, пересечена (рис. 1.3, а). Проток у основания лигирован нитью «Викрил» 3/0 (рис. 1.3, б), коагулирован

на протяжении (рис. 1.3, в), пересечен (рис. 1.3, г) и удален через троакар. Слизистая оболочка культи коагулирована (рис. 1.3, д). Брюшная полость санирована (см. фильм).

Течение послеоперационного периода гладкое. Пассаж по кишечнику восстановился на 1-е сутки после операции. Начата энтеральная нагрузка. Проводилась антибактериальная терапия. Объем кормления доведен до возрастного к 3-м суткам после операции. Ребенок выписан домой на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии.

При осмотре в возрасте 3 мес и 1 год — ребенок растет и развивается в соответствии с возрастом, каких-либо жалоб родители не предъявляют (рис. 1.4).

## ЛЕЧЕНИЕ

При отсутствии облитерации омфало-мезентериального протока лечение только оперативное — резекция протока. Выполнение операции возможно из лапаротомного или лапароскопического доступа. Чаще всего достаточно наложения лигатуры на основание протока. При широком основании протока, а также при несоответствии диаметров приводящего и отводящего отделов кишки может потребоваться клиновидная резекция несущей кишки или резекция сегмента кишки с наложением межкишечного анастомоза.

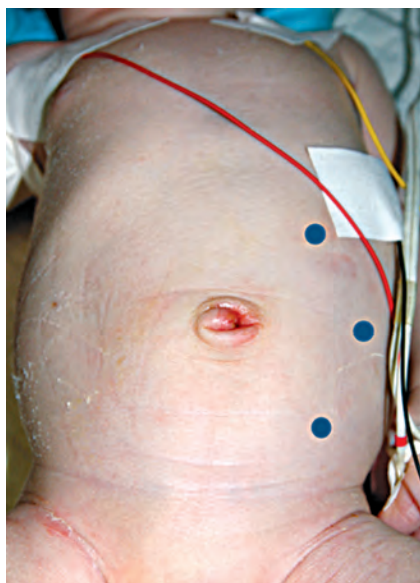
В данном случае наличие узкого основания протока дало возможность закончить операцию лапароскопически, что отразилось на благоприятном течении послеоперационного периода.

**КЛЮЧЕВОЙ МОМЕНТ!** Необходимо обращать внимание на возможность патологии омфало-мезентериального протока у детей с «мокнущим» пупком. Ранняя диагностика позволяет провести раннюю коррекцию порока, в том числе с применением малоинвазивных технологий.

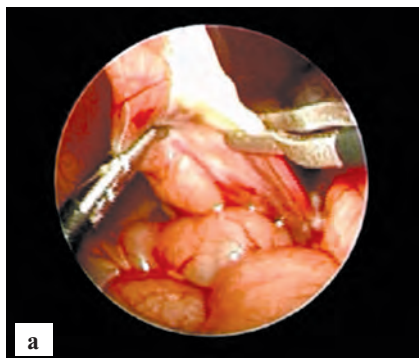




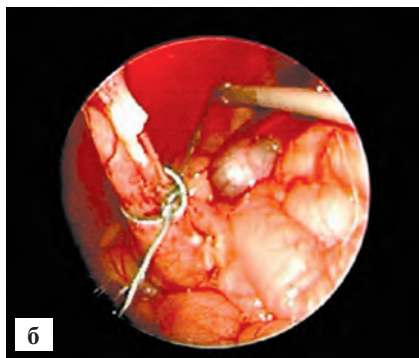
**Рис. 1.1.** Вид пупочной области ребенка К., 14 дней



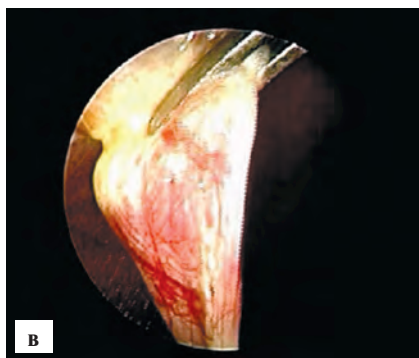
**Рис. 1.2.** Места установки лапаропортов



**а**

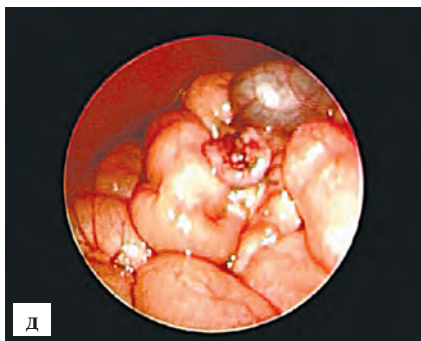
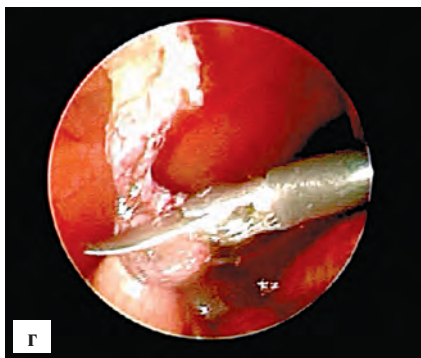


**б**



**в**

**Рис. 1.3.** Лапароскопическая резекция омфало-мезентериального протока: а — коагуляция брыжейки; б — лигирование протока



**Рис. 1.3.** Лапароскопическая резекция омфало-мезентериального протока: в — коагуляция протока; г — пересечение протока; д — петля подвздошной кишки с культей омфало-мезентериального протока



**Рис. 1.4.** Вид ребенка после операции