

что в свою очередь приводит к значительному увеличению общей площади уретральной площадки (до 2-3 раз). Далее выполняется уретропластика на катетере возрастного калибра без какого-либо натяжения тканей неоуретры и без риска свищеобразования в этом месте. В дальнейшем образовавшийся дефект уретры полностью эпителизируется, что снижает вероятность образования свища. Затем ствол полового члена закрывается кожными лоскутами с крайней плоти.

Все операции были выполнены под оптическим увеличением с использованием атравматического шовного материала.

В послеоперационном периоде с целью отведения мочи мы использовали полихлорвиниловые уретральные катетеры. Оптимальным считалось введение катетера на 1-2 см проксимальнее внутреннего сфинктера мочевого пузыря, что позволяло производить длительное дренирование мочевого пузыря без признаков цисталгии. Трансуретральная деривация проводилась в течение 10 дней.

По окончании операции накладывалась марлевая салфетка, пропитанная глицерином. После чего накладывалась компрессионная повязка марлевым или эластичным бинтом спиралевидно, от головки полового члена до основания. Швы в послеоперационном периоде не снимались, ввиду лизиса шовного материала, в течение 2-3 мес.

**Результаты исследования.** Было выполнено 27 уретропластик по Снодграссу. Средний возраст мальчиков – 4 года. Предпочтительным возрас-

том для проведения уретропластики считается возраст 2 года, поскольку в этом случае половой член становится несколько больше и пребывание в стационаре дети переносят легче. Продолжительность операции в среднем составила 55 мин. Эластичная повязка накладывается на 5 сут. Продолжительность катетеризации мочевого пузыря 10 дней. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде проводилась с применением антибиотиков широкого спектра. Лечение антибиотиками длится до удаления катетера, при этом первую инъекцию антибиотика проводили перед операцией с целью периоперационной антибиотикопрофилактики. Через неделю переходили на уросептики, сроком на 10-14 дней. Средняя продолжительность нахождения в стационаре после операции 12 дней (перевязки, физиолечение). Осложнения имели место у двух пациентов (7,4%) в виде свища уретры (1 случай) и меатостеноза (1 случай). Этим детям выполнялись операции по ушиванию свища и меатотомия (рассечение наружного отверстия уретры). В последующем осложнений не наблюдалось.

#### Выводы:

1. Метод одноэтапной коррекции гипоспадии по Снодграссу позволяет устранить порок развития в ранние сроки практически при любой дистальной и средней форме порока.

2. Коррекция гипоспадии с помощью уретропластики по Снодграссу вызывает послеоперационные осложнения с низкой частотой (7,4%).

3. Для послеоперационного отведе-

ния мочи эффективным методом является трансуретральная деривация мочи.

#### Литература

1. Каганцов И.М. Хирургическая коррекция тяжелых форм гипоспадии у детей / И.М. Каганцов // Казанский мед журнал. – №2. – 2012. – С. 255-260.

Kagantsov I.M. Surgical correction of severe forms of hypospadias in children / I.M. Kagantsov // Kazan Medical Journal (Rus.). – №2. – 2012. – P. 255-260.

2. Оперативное лечение проксимальных форм гипоспадии у детей с использованием бокового кожного лоскута на сосудистой ножке / Файзуллин А.К., Коварский С.Л., Меновщикова Л.Б. [и др.] // Дет. хир. – №5. – 2003. – С. 34-35.

Operative treatment of proximal forms of hypospadias in children using a lateral cutaneous flap on the vascular pedicle / A.K. Faizullin, S.L. Kovarsky, L.B. Menovshchikova // Pediatric surgery (Rus.). – №5. – 2003. – P. 34-35.

3. Рудин Ю.Э. Реконструктивно-пластические операции при лечении гипоспадии в детском возрасте / Ю.Э. Рудин. – 2004.

Rudin Yu.E. Reconstructive plastic surgery in the treatment of hypospadias in childhood / Yu.E. Rudin. – 2004.

4. Рудин Ю.Э. Способ одномоментной коррекции проксимальной гипоспадии деэпителизованным лоскутом крайней плоти / Ю.Э. Рудин // Урология. – 2002. – №5. – С. 59-63.

Rudin Yu.E. Method of simultaneous correction of proximal hypospadias with de-epithelialized flap of foreskin / Yu.E. Rudin // Urology (Rus.). – 2002. – №5. – P. 59-63.

5. Ширяев Н.Д. Хирургическая коррекция дистальных форм гипоспадии у детей методом Снодграсса / Н.Д. Ширяев, Т.И. Кыркалова, И.Ю. Савенков // Дет. хир. – 2011. – №3. – С. 4-8.

Shiryayev N.D. Surgical correction of distal forms of hypospadias in children by Snodgrass method / N.D. Shiryayev, T.I. Kirkalova, I.Yu. Savenkov // Pediatric surgery (Rus.). – 2011. – №3. – P. 4-8.

В.А. Саввина, А.Ю. Тарасов, В.Н. Николаев, А.Р. Варфоломеев, Н.Е. Петрова, К.К. Божедонов

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРАТОМ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

УДК 617.559-006.2-08

В статье представлены результаты лечения крестцово-копчиковых тератом у новорожденных за период с 2001 по 2015 г. У большинства новорожденных патология выявлена антенатально. В 30% случаев имеет место злокачественное течение крестцово-копчиковой тератомы.

**Ключевые слова:** тератома, озлокачествление.

The article presents the results of treatment of sacro-coccygeal teratomas in newborn in the period from 2001 to 2015. In the majority of the newborns the pathology was detected prenatally. In 30% of cases there is a malignant course of sacro-coccygeal teratoma.

**Keywords:** teratoma, malignancy.

Тератома крестцово-копчиковой области является одним из частых пороков развития, чаще выявляется в периоде новорожденности или антенатально. При тератомах больших

размеров проводится пренатальный консилиум для определения способа родоразрешения. Тератомы преимущественно забрюшинного расположения могут проявиться позже клиникой

сдавления прямой кишки или дизурическими симптомами. В большинстве случаев диагностика крестцово-копчиковых тератом не вызывает затруднений, как правило, выполняется ран-

нее оперативное вмешательство [1, 2]. Дальнейшая тактика решается по результатам гистологического исследования удаленной опухоли. Но констатация доброкачественного варианта опухоли не исключает тщательного наблюдения за ребенком, так как, с возрастом, встречаются случаи выявления рецидивной опухоли или отдаленных метастазов.

**Цель исследования** – изучить отдаленные результаты лечения крестцово-копчиковых тератом у новорожденных.

**Материалы и методы исследования.** За 15 лет (2001–2015 гг.) в хирургическом отделении Педиатрического центра РБ №1-Национального центра медицины оперировано 10 новорожденных по поводу тератомы крестцово-копчиковой области. Новорожденные поступили в возрасте 1–5 сут жизни: 9 – из роддомов г. Якутска, 1 – транспортирован из районной больницы. При поступлении всем новорожденным проведены УЗИ опухоли, малого таза, МРТ крестцово-копчиковой области, взят анализ на уровень АФП. 40% тератом были кистозные, 40 – смешанные, в 20% случаев выявлена солидная структура. По классификации отмечались варианты: I типа – 10%, II – 50, III – 40%, IV тип не выявлен. В 1 случае тератома крестцово-копчиковой области выявлена антенатально у девочки из тройни, в связи с незрелостью и низким весом ребенка удаление опухоли выполнено в возрасте 3 нед., остальные новорожденные оперированы на 1-й неделе жизни. В 1 случае на этапе ЦРБ атипичное расположение тератомы средних размеров в ягодичной области новорожденной расценено было как постинъекционный абсцесс и выполнено вскрытие полости опухоли. Девочка санавиацией доставлена в Педиатрический центр, оперирована на 3-и сут жизни после дообследования.

**Результаты и обсуждение.** У всех детей уровень АФП был повышен и составил в среднем 1500 МЕ. Операции выполнены сакральным поперечным доступом с обязательной резекцией копчика. По экстренным показаниям на 1-е сут жизни оперирован ребенок с гигантской тератомой крестцово-копчиковой области (рис.1), опухоль удалена с резекцией копчика без технических сложностей, гистологически установлена зрелая тератома.

Послеоперационные осложнения наблюдались в 2 случаях. В первом случае произошло подслизистое ранение уретры при установке метал-

лического уретрального катетера, в дальнейшем отказались от подобных катетеризаций. В другом случае в раннем послеоперационном периоде открылся свищ прямой кишки по послеоперационной ране, во время оперативного вмешательства ранение кишки не было установлено. Большой наложена превентивная колостома, свищ прямой кишки закрылся на фоне консервативных мероприятий, через 6 мес. после контрольного МРТ крестцово-копчиковой области и контрастирования прямой кишки колостома ликвидирована.

В 1 случае гистологически выявлена незрелая тератома, ребенку проведена полихимиотерапия, девочка наблюдается у онколога. У больного после удаления гигантской тератомы крестцово-копчиковой области в отдаленном периоде появился рецидив опухоли. Ребенок наблюдался после операции: каждые 6 мес. проводился осмотр хирурга, онколога, пальцевое ректальное исследование, УЗИ промежности и забрюшинного простран-

ства. Мальчик поступил в хирургическое отделение в возрасте 2 лет с клиникой рецидивирующей низкой кишечной непроходимости, выявлена опухоль малого таза, сдавливающая прямую кишку, оперирован. Гистологически установлена опухоль желточного мешка, перенес курсы полихимиотерапии с летальным исходом.

*Представляем клинический случай тератомы крестцово-копчиковой области: девочка оперирована в периоде новорожденности по поводу тератомы II типа, опухоль удалена с резекцией копчика, радикально. Гистологическое заключение – зрелая тератома. Уровень АФП до операции был умеренно повышен, после операции отмечено стойкое снижение уровня АФП. Ребенок наблюдался у детского хирурга, проведено стационарное обследование в хирургическом отделении через 6 мес. после операции: выполнена МРТ промежности и забрюшинного пространства, выявлено небольших размеров (1,5x1,0 см) образование по рубцу, онкомаркеры –*



Рис.1. Гигантская тератома крестцово-копчиковой области

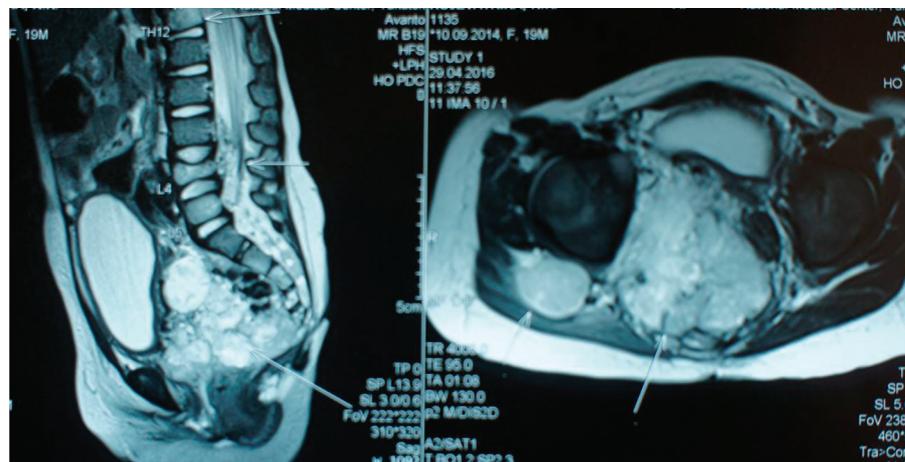


Рис.2. МРТ ребенка 1,5 лет: рецидивная опухоль малого таза и промежности

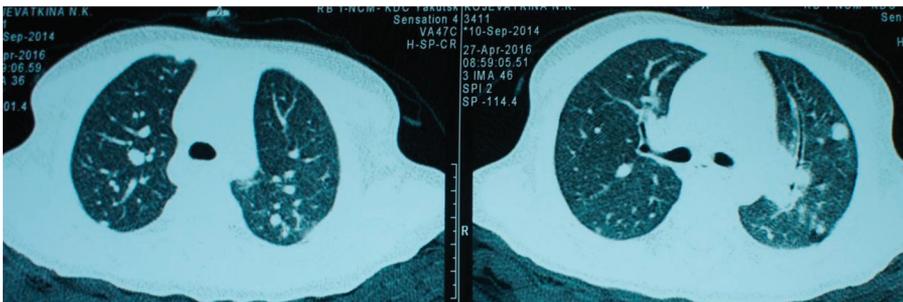


Рис.3. Отдаленные метастазы в легкие у ребенка 1,5 лет

в пределах возрастной нормы. В возрасте 1,5 лет при очередной госпитализации уровень АФП – 46105 МЕ/мл, жалобы на запоры, дизурические явления. При обследовании диагностирован рецидив опухоли в полости малого таза с прорастанием в просвет нижней полой вены, метастазы в легкие, печень, мягкие ткани правой ягодичной области (рис. 2, 3).

Таким образом, процент малигнизации в нашем исследовании составил 30%, в 2/3 случаев из которых озлокачествление выявлено в отдаленном периоде. Учитывая высокий риск ре-

цидивирования и метастазирования опухоли в послеоперационном периоде, несмотря на констатацию доброкачественного варианта образования, больные после операции должны в обязательном порядке наблюдаться у детского онколога. В нашем исследовании все дети в послеоперационном периоде были под контролем детского хирурга, 1 раз в 6 мес. проводили скрининг АФП, осмотр хирурга, УЗИ промежности и забрюшинного пространства, а в первые 6 мес. после операции – МРТ под общей седацией стационарно.

#### Выводы:

1. Тератомы крестцово-копчиковой области в большинстве случаев диагностируются антенатально (80% в нашем исследовании).

2. Уровень АФП в периоде новорожденности не является диагностическим критерием малигнизации, но может служить скрининговым методом в послеоперационном периоде.

3. В послеоперационном периоде больные должны наблюдаться у детского онколога при любом гистологическом заключении, так как высока вероятность малигнизации и рецидивирования опухоли в последующем.

4. В 30% случаев в нашем исследовании тератома крестцово-копчиковой области дала озлокачествление.

#### Литература

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. – СПб.: ООО «Раритет-М», 1999.

Ashcraft K.U. Pediatric surgery / K.U. Ashcraft, T.M. Holder. – Spb.: LLC «Raritet-M», 1999.

2. Lakhoo K. Neonatal teratomas / K. Lakhoo // Early Hum. Dev. – 2010. – 86 (10). – P. 643-7.

А.А. Слепцов, В.А. Саввина, А.Р. Варфоломеев, В.Н. Николаев, Э.И. Петухов, А.Л. Зуев, Т.Э. Эрдынеев

## ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

УДК 616-007. 271-089-053.2

В статье приводится опыт лечения острой спаечной кишечной непроходимости. Авторами проведен анализ литературных данных этиопатогенеза заболевания, изменены сроки рентгенологических исследований, использована диагностическая лапароскопия для постановки диагноза и оценки выраженности спаечного процесса у детей. Доказана эффективность использования лапароскопии при urgent воспалительных заболеваниях органов брюшной полости у детей в снижении частоты спаечной кишечной непроходимости, приведены схемы профилактики спаечной непроходимости брюшной полости. В результате проведенных мероприятий частота внутрибрюшных осложнений снизилась в три раза.

**Ключевые слова:** спаечная непроходимость, дети, лапароскопия

The article describes the experience of treatment of acute adhesive intestinal obstruction. The authors analyzed the literature data of etiopathogenesis of the disease, changed terms of radiological investigations, diagnostic laparoscopy is used for diagnosis and assessment of severity of adhesions in children. The effectiveness of the using of laparoscopy in urgent inflammatory operations in children in reducing the frequency of adhesive intestinal obstruction is proved; diagrams of prevention of adhesion obstruction of the abdomen are given. As a result of activities, the frequency of intra-abdominal complications reduced to three times.

**Keywords:** adhesive intestinal obstruction, children, laparoscopy.

**Актуальность.** В настоящее время в современной неотложной абдоминальной хирургии детского возраста проблема образования спаечного процесса не утратила своей актуальности. Несмотря на интенсивное развитие малоинвазивных технологий в абдоминальной хирургии, когда при помощи высокотехнологичного оборудования удалось существенно снизить травматичность оперативных вмешательств, количество ближайших и

отдаленных осложнений, вызванных спаечным процессом, не уменьшается [2]. Около 1% всех госпитализаций в стационары хирургического профиля и 3% лапаротомий выполняются по поводу спаечной болезни, а в 60-90% случаев эти процессы являются причиной острой кишечной непроходимости [4].

По данным литературы [1-6], у 55-70% пациентов после абдоминального хирургического вмешательства разви-

вается спаечный процесс в брюшной полости, который способен привести к такому грозному осложнению, как острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) [1]. Послеоперационная летальность при неблагоприятном течении ОСКН достигает 16-25% [4].

В настоящее время вопрос своевременности диагностики острого спаечного процесса, несмотря на существующие рекомендации по диагностике спаечной кишечной непроходимости,