

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.351-007.271-06-016.006-311.03]-089.844

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ АНОМАЛИИ С КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМОЙ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ

В. А. Саввина, И. В. Кургизов, М. Е. Охлопков, А. Ю. Тарасов, В. Н. Николаев

Перинатальный центр РБ № 1 НЦМ Якутска, НЦЗД, Москва

Аномалии прямой кишки у детей являются одним из частых пороков развития, встречаются с частотой 1:5000 новорожденных [1]. В доступной литературе описания сочетания аноректального порока развития с сосудистой аномалией атрезированной прямой кишки встретились в единичных наблюдениях. Приводим клинический пример.

Ребенок П., родился 22.09.10 в Перинатальном центре Республиканской больницы № 1 Национального центра медицины Якутска от 4-й беременности, протекавшей в первой половине с токсокозом на фоне анемии, хронического пиелонефрита, во второй половине – с гестозом. Роды 4-е, оперативные (у женщины рубец на матке) на 37–38-й неделе, мальчик родился с массой тела 2 600 г, длиной 51 см; оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. После рождения диагностированы пороки развития: высокая аноректальная атрезия с ректоуретральным свищом, атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом, врожденный порок сердца (дефект межсердечной перегородки). Учитывая множественность пороков развития, оперирован этапно: на 1-е сутки жизни выполнена гастро- и сигмостомия, на 6-е сутки жизни произведены правосторонняя торакотомия, ликвидация трахеопищеводного свища, формирование эзофагоанастомоза. На следующий день после операции у ребенка произошла перфорация желудка (рис. 1, на вклейке), выполнены ушивание дефекта передней стенки желудка, туалет и дренирование брюшной полости. В дальнейшем по поводу компенсированного стеноза эзофагоанастомоза проведены 2 процедуры баллонной дилатации пищевода (рис. 2, см. на вклейке). В возрасте 5

мес поступил на лечение по поводу аноректальной атрезии. Сосет хорошо, явлений дисфагии нет, масса тела 6230 г, физическое развитие соответствует возрасту. Отводящая петля сигмостомы при контрастировании водным раствором контрастного вещества короткая, ее длина недостаточна для низведения на промежность, четко определяется ректоуретральный простатический свищ – контрастное вещество свободно попадает в проксимальную уретру и мочевой пузырь (рис. 3, см. на вклейке). 16.03.11 выполнена брюшно-промежностная проктопластика по Ромуальди–Ребейну, при которой операционной находкой явилась субсерозная ангиома на слепо заканчивающейся культе прямой кишки (рис. 4, на вклейке); последняя удалена. Гистологическое заключение: структура кавернозной гемангиомы (рис. 5, на вклейке). Послеоперационный период без осложнений ребенок выписан в удовлетворительном состоянии, стул самостоятельный, стеноза ануса нет.

Заключение. При синдроме каудальной регрессии могут встречаться аномалии и сосудистые мальформации в крестцово-поясничной области, что следует иметь в виду при хирургическом лечении основного порока развития.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. – СПб., 1997.
Bourrat E., Lemarchand-Venencie F., Jacquemont M. L. et al. // Ann. Dermatol. Venereol. – 2008. – Vol. 135, N 12. – P. 855–859.

Поступила 27.06.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616-006.487-053.3-07

СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЙРОБЛАСТОМЫ У РЕБЕНКА 1 ГОДА

С. В. Минаев, Ф. С. Мухорамов, А. В. Rogov, Ф. Ф. Мухорамов

Кафедра детской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии (зав. – проф. С. В. Минаев) ГОУ ВПО Ставропольская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития РФ; ГБУЗ СК краевая детская клиническая больница (главный врач – И. И. Унтевский), Ставрополь

Сергей Викторович Минаев, д-р мед. наук, проф., sminaev@yandex.ru

Актуальность ранней диагностики злокачественных опухолей у детей обусловлена увеличением числа онкологических заболеваний, а также отсутствием онкологической настороженности у врачей первичного звена.

Нейробластома представляет собой злокачественную опухоль, которую впервые описал в 1865 г. Р. Вирхов под названием "глиома". В 1910 г. У. Wright доказал, что нейробластома развивается в эмбриональном периоде в нейробластах симпатической нервной системы [5]. По данным детского канцер-регистра (SIOP), в первый год жизни ребенка нейробластома в США зарегистрирована в 70 случаях, в Европе – в 58 случаях на 1 млн младенцев [4].

Нейробластома может возникнуть в любом органе, имеющем симпатическую иннервацию, но типичными источника-

ми опухолевого роста при нейробластоме являются симпатический нервный ствол на всем его протяжении и мозговое вещество надпочечников. Как правило, нейробластома локализуется в надпочечниках у 32% больных, в забрюшинном пространстве – у 28%, в средостении – у 15%, в области таза – у 5,6%, в области шеи – у 2%; неустановленный первичный очаг составляет до 17% [1].

Мальчики болеют чаще, чем девочки (соотношение 1,2:1) У подростков и взрослых людей нейробластома встречается редко, протекает очень тяжело и характеризуется неблагоприятным прогнозом [2].

По данным Национального института рака США, детская смертность от нейробластомы среди всех злокачественных новообразований составляет 15%. Выживаемость зависит от