

Kerstin Steiner

Blickdiagnosen in Geburtshilfe und Neonatologie

Unter Mitarbeit von

Julia Altstaedt
Ralf Butzheinen
Karin Jäckle
Sandra Schroth
Rahel Thiessat
Lucas M. Wessel

611 Abbildungen

Hippokrates Verlag • Stuttgart

Керстин Штайнер

Визуальная диагностика в акушерстве и неонатологии

Перевод с немецкого

*Под общей редакцией
докт. мед. наук, проф. **О.В.Шараповой***

УДК 616-07:618.3/.5/.7+616-053.3

ББК 53.4:57.16

Ш87

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Перевод с немецкого: В.Ю.Халатов

Издательство «МЕДпресс-информ» выражает благодарность сотрудникам роддома №4: Байбикову Дмитрию Романовичу, Кузнецовой Нине Петровне, Амриновой Ларисе Рахмановне за помощь в подготовке издания.

Штайнер К.

Ш87 Визуальная диагностика в акушерстве и неонатологии / Керстин Штайнер ; пер. с нем. ; под общ. ред. докт. мед. наук, проф. О.В.Шараповой. – М. : МЕДпресс-информ, 2016. – 280 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-294-1

Книга «Визуальная диагностика в акушерстве и неонатологии» – плод тесного сотрудничества акушеров, гинекологов, педиатров и детских медсестер, результат их слаженной работы. Это руководство-атлас по патологии беременности, акушерской патологии и, что важно, по врожденным порокам развития и наиболее часто встречающимся наследственным заболеваниям у детей. Книга хорошо структурирована; наряду с традиционными рубриками по патофизиологии, клинической картине, первой помощи в ней даются также в систематизированном виде советы и рекомендации по вопросам, наиболее часто задаваемым родителями в связи с заболеваниями, представленными в руководстве.

Это один из немногих атласов по врожденным порокам у детей, в котором представлен богатый клинический материал, и, что особенно ценно, он замечательно иллюстрирован высококачественными фотографиями.

Книга пронизана гуманным отношением к детям и призывает любить их такими, какие они есть. Она будет полезна для студентов-медиков, акушеров-гинекологов, педиатров, акушеров, детских медицинских сестер, которые порой испытывают растерянность от того, что бывают недостаточно ознакомлены с описанной патологией.

УДК 616-07:618.3/.5/.7+616-053.3

ББК 53.4:57.16

ISBN 978-3-8304-5440-3

ISBN 978-5-00030-294-1

© 2013 Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlage GmbH & Co.KG, Stuttgart, Germany

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2016

Содержание

Предисловие	7	5.4	Оболочечное прикрепление сосудов (insertio velamentosa)	56
Благодарности	7	5.5	Двудольная плацента (placenta bipartita)	58
Предисловие к русскому изданию	9	6	Увеличение размеров пуповины	61
Авторы	10	6.1	Кисты пуповины	62
Список сокращений	10	6.2	Узлообразование	64
Часть 1. Беременность	11	7	Послеродовая патология матери	67
1 Зудящие дерматозы беременных	13	7.1	Гипотоническое послеродовое кровотечение	68
1.1 Внутрипеченочный холестаз	14	7.2	Образование гематомы после кесарева сечения	70
1.2 Зудящие уртикарные папулы и бляшки беременных, или сыпь беременных	16	Часть 3. Новорожденные	73	
1.3 Чесотка	18	8	Нарушения размеров и/или пропорций тела ребенка	75
2 Акушерская патология, выявляемая при помощи УЗИ ...	21	8.1	Диабетическая фетопатия	76
2.1 Пролабирование плодного пузыря	22	8.2	Ахондроплазия	78
2.2 Дермоидная киста яичника	24	8.3	Новорожденные с экстремально низкой массой тела	80
2.3 Предлежание сосудов	26	9	Деформации головы или формы черепа	85
2.4 Полное предлежание плаценты ..	28	9.1	Родовая опухоль	86
2.5 Вросшая плацента (placenta increta)	30	9.2	Кефалогематома	88
2.6 Врастание плаценты (placenta percreta)	32	9.3	Признаки вакуум-экстракции	90
3 Матка: интраоперационные находки	35	9.4	Состояние после родов в тазовом предлежании	92
3.1 Матка с полной и неполной перегородкой	36	9.5	Энцефалоцеле	96
3.2 Седловидная матка	36	9.6	Гидроцефалия	98
3.3 Разрыв матки	38	9.7	Микроцефалия	100
Часть 2. Родовспоможение ...	41	9.8	Анэнцефалия	102
4 Патология околоплодных вод ...	43	10	Патология лица	105
4.1 Синдром аспирации мекония	44	10.1	Расщелина нёба	106
4.2 Зеленое окрашивание околоплодных вод	46	10.2	Пороки развития уха	110
5 Патология плаценты	49	10.3	Ушные придатки	112
5.1 Плацента, окруженная валиком (placenta circumvallata)	50	10.4	Состояние после родов в лицевом предлежании	114
5.2 Кольцевидная плацента (placenta annularis)	52	10.5	Состояние после родов в лобном предлежании	116
5.3 Добавочная плацента (placenta succenturiata)	54	10.6	Патологические изменения лица, связанные с механикой родов ...	118
		10.7	Синдром Корнелии де Ланге	120
		10.8	Синдром Пьера Робена	122
		10.9	Синдром де Барси	124
		10.10	Алкогольная эмбриопатия	126

10.11	Синдром Цельвегера	128	15.2	Грыжа мозговых оболочек (менингоцеле)	204
10.12	Синдром Патау (трисомия 13)	130	15.3	Миеломенингоцеле	206
10.13	Синдром Эдвардса (трисомия 18)	132	15.4	Тератома копчиковой области	208
10.14	Синдром (симптомокомплекс) Гольденара	136	16	Патология верхних конечностей	211
10.15	Трисомия 7 (синдром парциальной трисомии 7p)	138	16.1	Пороки развития кистей	212
10.16	Синдром Дауна (трисомия 21)	140	16.2	VACTERL-синдром	216
10.17	Синдром Уильямса–Бойрена	144	17	Патология верхних и нижних конечностей	219
10.18	Синдром Крузона (краниофациальный дизостоз)	146	17.1	Синдром Пена–Шокейра II, или мозго-глазо-лице-скелетный синдром (COFS – cerebro-oculo-facio-skeletal syndrome)	220
10.19	Синдром Пфайффера (акроцефалосиндактилия 5-го типа)	150	17.2	Синдром Прадера–Вилли	223
11	Пороки развития шеи и грудной клетки	153	17.3	Синдром Арнольда–Киари (мальформация Арнольда–Киари)	225
11.1	Синдром Ульриха–Тернера (моносомия X)	154	17.4	Несовершенный остеогенез (болезнь «стеклянных костей»)	229
11.2	Тератома шеи	158	18	Патология нижних конечностей	233
11.3	Опухоли грудной клетки	160	18.1	Серповидная стопа	234
11.4	Лимфангиома	162	18.2	Косолапость	236
12	Патология живота	165	19	Патология кожи у новорожденных	239
12.1	Синдром «сливового живота» (синдром недостаточности мышц живота)	166	19.1	Застойный цианоз	240
12.2	Паховая грыжа	168	19.2	Гематома после трудного кесарева сечения	242
12.3	Омфалоцеле (пуповинная грыжа)	170	19.3	Гемангиома	244
12.4	Гастрошизис (несращение передней брюшной стенки)	174	19.4	Медиальный пламенеющий невус	246
12.5	Экстрофия мочевого пузыря	176	19.5	Латеральный пламенеющий невус	248
12.6	Экстрофия клоаки	178	19.6	Пигментно-волосистой невус	250
12.7	Диафрагмальная грыжа	181	19.7	Паравазация	252
13	Патология пупка	185	19.8	Некрозы	254
13.1	Омфалит (воспаление кожи и подкожной клетчатки в области пупка)	186	19.9	Ожог холодным светом	256
13.2	Персистирующий желточный проток	188	19.10	Дерматит, вызванный спиртовыми растворами	258
13.3	Пупочная грыжа	190	19.11	Инфекционные поражения кожи	260
14	Патология половых органов	193	19.12	Меланоз	262
14.1	Атрезия заднего прохода	194	19.13	MIDAS-синдром	264
14.2	Эписпадия	196	19.14	Ихтиоз (ксеродерма)	266
14.3	Гипоспадия	198	19.15	Фето-фетальный трансфузионный синдром	269
15	Патология позвоночника	201	Приложение		273
15.1	Скрытое расщепление дужек позвонков	202	Литература		275
			Полезные интернет-ресурсы		276
			Алфавитный указатель		277

Предисловие

Диагностика по внешним признакам

В современной медицине все большее распространение получают инструментальные и лабораторные методы диагностики. В то же время простые методы, такие как пальпация, осмотр, наблюдение, отходят на второй план.

В повседневной акушерской практике и в неонатологии мы часто встречаемся с состояниями, диагностика которых выходит за рамки возможностей обычных методов. Некоторые из таких состояний не представляют какой-либо опасности и легко излечиваются, другие опасны и с трудом поддаются терапии.

Этот атлас позволяет развить навыки визуальной диагностики для своевременной оценки клинической ситуации в процессе оказания консультативной помощи. Множество высококачественных рисунков с краткими описаниями облегчают первичную визуальную диагностику и процесс перехода от нее к предположительному диагнозу и далее к клиническому диагнозу и назначению терапии. Однако автор атласа не претендует на полноту охвата заявленной темы.

Благодарности



Помощь при консультировании родителей

Эта книга будет весьма полезна при консультировании родителей. В ней содержатся ответы на ряд актуальных вопросов и много другой полезной информации. Фотографии детей, сделанные в процессе их развития, можно использовать для того, чтобы успокоить родителей.

С появлением этого атласа у врачей акушеров-гинекологов и среднего медицинского персонала появилась возможность проводить наглядную разъяснительную работу среди родителей, используя имеющиеся в нем рисунки, и повысить эффективность консультаций.

Междисциплинарный проект

Эта книга является междисциплинарным проектом, который удалось осуществить лишь при сотрудничестве акушеров, гинекологов, детских медсестер и педиатров. Большинство этих специалистов – сотрудники Штутгартского перинатального центра. Все участники были рады сотрудничеству в рамках такого нерутинного проекта.

Marion Lübke

ведущий врач-консультант клиники Бад-Канштатт перинатального центра Штутгарта

Мужество – это готовность выйти за рамки, которые установил сам себе

Elisabeth Hable

Уже после первой беседы о нашей «особой книге» вы, дорогая доктор Reutter, были убеждены в том, что она будет написана. У вас не было ни капли сомнения в том, что мы ее осилим.

«Идею надо претворить в жизнь...»

Сначала я подумала: «Создам-ка я быстренько иллюстрированный атлас, которым наши студенты, да и мы сами, могли бы пользоваться прямо в родильном зале». Было понятно, что атлас потребует дополнительных усилий и затрат времени, помимо работы в родильном зале, посещения пациенток на дому, а также встреч

с друзьями и многих других вещей, на которые уходило мое свободное время.

И вот я оказалась с договором, со своей идеей и множеством фотографий в руках. И до меня стало доходить, сколько времени и труда нужно потратить, чтобы написать одну книгу.

Педиатры Ralf Butzheinen и Thomas Strahleck были первыми, кто начал вместе со мной работать над созданием книги. Мы сидели целыми днями над первым вариантом текста и первыми отобранными иллюстрациями. Очень медленно расширялся круг посвященных в наше предприятие. Временами наш проект казался мне неосуществимым.

И лишь потом я действительно поняла, сколь значительную помощь я получила от людей, которые предоставили мне свои профессиональные знания и которые посвятили свое свободное время совместному написанию этой книги.

Я очень признательна своим двум сотрудникам из Штутгартского перинагального центра, Karin Jäckle и доктору Julia Altstaedt, которые «вдруг» оказались рядом и согласились помочь. Я тогда не могла представить, с какой ответственностью, спокойствием и невозмутимостью они возьмутся за дело, не проявляя ни малейших признаков нервозности (несмотря на постоянно появляющиеся новые идеи и темы и мои сообщения, отправляемые по электронной почте иногда далеко за полночь).

Helmuth Heilbronner сказал мне как-то: «Как хорошо, что я вначале не представлял, во что я ввязываюсь». После многих лет нашей совместной работы я очень высоко ценю наш совместный труд над этой книгой. И профессор Lucas Wessel, даже не зная меня, сразу выразил по электронной почте и по телефону готовность помочь при написании раздела о диафрагмальных грыжах.

Сердечно благодарю также моих коллег, с которыми я работаю в родильном зале. Если вдруг меня вовремя не оказывалось на месте, чтобы сфотографировать особый клинический случай, меня сразу же вызывали или коллеги сами делали снимок.

Доктор Verena Bitter всегда заранее ставила меня в известность о предстоящей плановой операции. Доброзелательное отно-

шение анестезиологов, с которыми я к тому времени подружилась, облегчило мне работу по фотографированию в операционной.

Спокойствие, свойственное доктору Neuberger, передавалось мне, когда мы с ним проводили долгие часы за обсуждением снимков необычных случаев.

И, наконец, я бы хотела поблагодарить заведующую отделением доктора Marion Lübke. Мы очень ценим ее мастерство и готовность вместе с нами узнавать новое. Ее высокий профессионализм и особые человеческие качества особенно ценны для меня. Я не могу выразить, как много значат для меня ее содействие и поддержка в работе.

Конечно же, создание этой книги было бы невозможно без большого числа родителей, без их согласия на фотографирование себя и своих детей, чтобы мы, медики, могли учиться на этом материале и в неожиданных клинических ситуациях не оказывались в растерянности.

При рождении Ronja, дочери моей лучшей подруги (у которой неожиданно оказалась трисомия по 21-й хромосоме), я поняла, что значит с любовью принимать каждого ребенка таким, какой он есть, независимо от того, с какими особенностями он появился на свет.

Я благодарю всех, кто принял участие в работе над атласом и дал мне возможность осуществить этот большой проект.

«Сияние дружбы – не в протянутой руке помощи, не в доброй улыбке, не в радости сотрудничества; оно – в духовном озарении, которое нисходит на человека в тот момент, когда он понимает, что существует другой человек, верящий в него и доверяющийся ему в дружбе» (Ralph Waldo Emerson).

Дорогая Ela, ты часами караулила контейнер для мусора, зная, что я частенько подумывала выбросить туда свой книжный проект. В минуты, когда ты оказывалась без моей поддержки, когда тексту, казалось, не будет конца, а рисунки не хотели складываться в связную систему, ты, будучи неспециалистом, разбирала медицинские заголовки, только бы помочь мне не сдаться. Структурируя и распечатывая мои темы и помогая мне советами, ты всегда заставляла меня преодолевать мною же обозначен-

ные границы и вселяла в меня уверенность в том, что я справлюсь.

Список помогавших мне огромен, я благодарна им от всей души.

Спасибо:

Доктору Renate Reutter, сотруднице издательства «Hippokrates» и всем авторам этой книги;

всем врачам и среднему медицинскому персоналу Штутгартского перинатального центра, которые внесли свою лепту в написание этой книги, особенно доктору Loredana Delle-Chiaie;

нашей заведующей отделением доктору Marion Lübke;

доктору Oksana Babiy-Pachomow;

доктору Sylvia Ottmüller;

моим коллегам Andrea Mora и Christalla Christodoulou-Reichel;

врачам и медицинским сестрам первого и третьего отделения патологии новорожденных, особенно доктору Patrick Neuberger; доктору Thomas Strahleck; доктору Zoubida El Hafid; кроме того, доктору Helmut Heilbronner; доктору Jan Pauluschke; профессору Steffan Loff; Michaela Hohenstein.

Я также признательна Ricarda Dallas за рисунок 6.7 «Узел, образовавшийся на пуповине у моноамниотической монохориальной двойни» и господину Schmid, фотографу Штутгартской клиники кожных болезней, за две фотографии к теме «Чесотка».

Этот проект состоялся лишь благодаря совместной работе.

Kerstin Steiner

Штутгарт, декабрь 2012 г.

Предисловие к русскому изданию

Монография «Визуальная диагностика в акушерстве и неонатологии» Kerstin Steiner представляет собой руководство-атлас по наиболее часто встречающейся патологии у беременных и новорожденных при первом контакте медицинских работников учреждений родовспоможения, женских консультаций, акушерских стационаров и детских поликлиник, в которые поступают новорожденные для дальнейшего наблюдения.

Материалы издания основаны на большом практическом опыте автора. В книге представлен уникальный алгоритм последовательности действий медицинского персонала: от визуальной диагностики, применения современных диагностических технологий, ведения беременных женщин и новорожденных с той или иной патологией до их реабилитации.

В представленном руководстве практические врачи акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры поликлиник, а также

акушерки и детские медицинские сестры найдут для себя полезные рекомендации по технологиям, объему и срокам обследования, методам родоразрешения беременных, лечению и реабилитации.

Кроме того, в монографии даны важные и полезные рекомендации по содержанию бесед с родственниками и членами семьи при выявлении той или иной патологии у женщин и детей.

Руководство будет полезным для врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров и среднего медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства, а также для преподавателей и студентов медицинских вузов, училищ и колледжей.

**Шарапова О.В.,
редактор издания, д.м.н.,
профессор, заслуженный врач РФ**

1.1 Внутрипеченочный холестаз

Kerstin Steiner

Ведущий визуальный симптом

Легкая желтушность кожных покровов. Иногда, при сильном зуде, следы расчесов и покраснение кожи у беременной пациентки

Экстренная помощь

Да

1.1.1 Патофизиология

Нарушение оттока желчи в двенадцатиперстную кишку неясной этиологии. Время появления: обычно в III триместре.

Наиболее часто встречающееся заболевание печени у беременных, вторая по частоте причина желтухи в период беременности, встречается у 0,2–0,4% беременных женщин в странах Центральной Европы.

1.1.2 Клиническая картина

- Сильный зуд (обусловленный накоплением желчных кислот в коже), начинающийся на подошвах и ладонях.
- Иногда следы расчесов, покраснение и другие вторичные изменения кожи.
- Легкая желтушность; примерно в одной трети случаев отмечается атипичное течение.
- Иногда тошнота, рвота, потеря аппетита; примерно в 10% случаев темно-коричневый цвет мочи (цвет пива).
- Результаты анализов: повышение концентрации билирубина, желчных кислот, активности трансаминаз.

1.1.3 Неотложные мероприятия/ первая помощь

- Урсодезоксихолевая кислота (Урсофальк®) в дозе 250 мг 3 раза в день.
- Витамин К в дозе 10 мг/сут.
- Контроль с помощью доплеровского исследования.
- Биохимический анализ крови и коагулограмма для контроля функции печени.
- При ухудшении состояния плода – родоразрешение (путем индукции родов или кесарева сечения).
- Индукция родов при гестационном возрасте 37 нед.

1.1.4 Прогноз

Частота преждевременных родов – 20%, перинатальная смертность – 10%, высокая вероятность рождения маловесного для гестационного возраста ребенка.

Отрицательные последствия у матери обычно не наблюдаются, иногда отмечается повышенная кровоточивость во время или после родов. Кожные симптомы после родов быстро (в течение 24–48 ч) исчезают.

Частота рецидивов составляет 45–70%, трехкратное повышение риска образования желчных камней.



► **Рис. 1.1** Сыпь у беременной на обеих ногах, особенно выраженная в области стоп (35-я неделя).



► **Рис. 1.2** Сыпь у беременной в области крестца и ягодиц.



► **Рис. 1.3** Сыпь на правой руке, кисти и в области живота у женщины на 39-й неделе беременности.



► **Рис. 1.4** «Лоснящаяся» эритема обеих голеней, частично распространяющаяся на стопы.

3.1 Матка с полной и неполной перегородкой

Sandra Schroth

Ведущий визуальный симптом

Интраоперационная находка: перегородка (соединительнотканная перемычка) посередине полости матки

Экстренная помощь

Нет

3.1.1 Клиническая картина

- Часто – бесплодие.
- Возможны случаи привычного аборта (нарушение имплантации плодного яйца, ранний аборт).

2/3 полости матки, при необходимости – в сочетании с лапароскопией (визуальный осмотр брюшной полости с помощью лапароскопа).

3.1.2 Неотложные мероприятия/ первая помощь

- Гистероскопическая резекция перегородки (иссечение), если она занимает более

3.1.3 Родоразрешение

- Возможны спонтанные роды.

3.2 Седловидная матка

Sandra Schroth

Ведущий визуальный симптом

Интраоперационная находка: расширение тела матки в области дна и наличие на ней западения, придающего матке форму сердечка

Экстренная помощь

Нет

3.2.1 Клиническая картина

- Обычно бессимптомное течение.

- Удвоенная матка с полным обособлением тел (*uterus didelphys*):

Интраоперационная находка: два тела матки, две шейки матки и, возможно, два влагалища.

3.2.2 Дифференциальная диагностика

- Двурогая матка (одна шейка) (*uterus bicornis unicollis*):
Интраоперационная находка: два тела матки при одной шейке.
- Удвоенная матка с полным или частичным сращением тел (*uterus duplex bicornis*):
Интраоперационная находка: два тела матки со сросшимися стенками, две шейки матки, редко два влагалища.

3.2.3 Неотложные мероприятия/ первая помощь

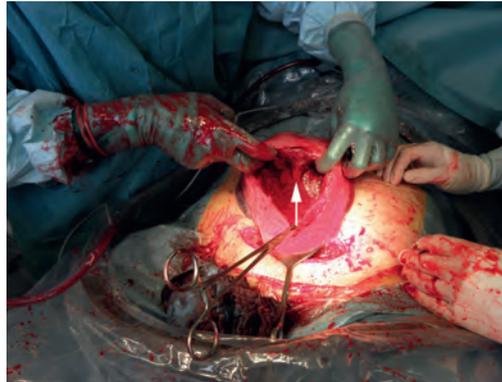
- Нет.

3.2.4 Родоразрешение

- Возможны спонтанные роды.



► **Рис. 3.1** Матка с неполной перегородкой. Перегородка (захвачена зажимом) в беременной матке указывает на вторую матку.



► **Рис. 3.2** Небольшая перегородка при седловидной матке (стрелка).



Рис. 3.3

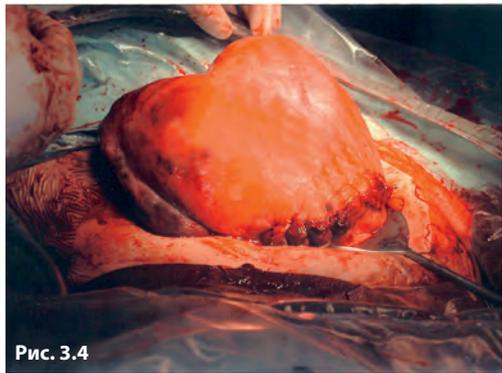
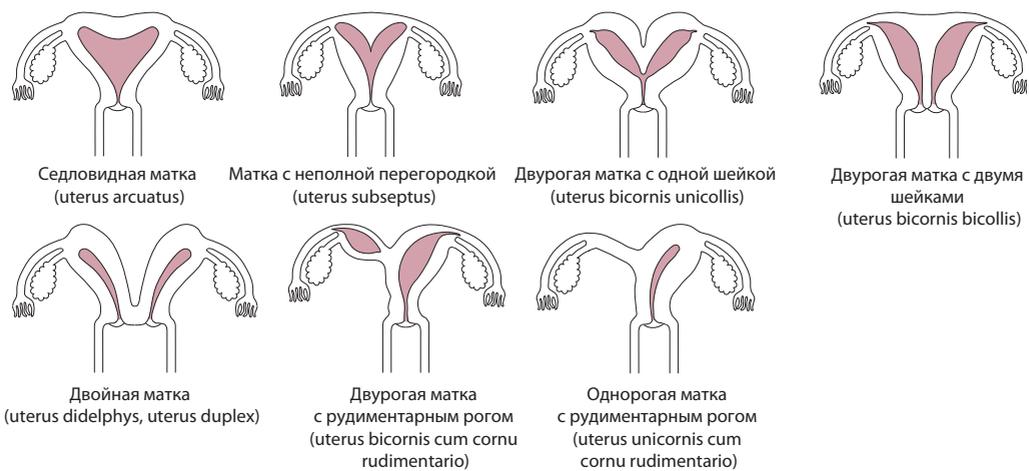


Рис. 3.4

► **Рис. 3.3 и 3.4** Седловидная матка.



► **Рис. 3.5** Обзорная схема аномалий развития матки (Цит. по: Stauber M., Weyerstahl Th. Gynäkologie und Geburtshilfe. Stuttgart: Thieme, 2007).

14.2 Эписпадия

Kerstin Steiner, Ralf Butzheimen, Karin Jäckle

Ведущий визуальный симптом

Аномальное расположение наружного отверстия уретры

Экстренная помощь

Нет

14.2.1 Патофизиология

Нарушение развития клоачной мембраны. Частота: 1 случай на 100 000 новорожденных. Порок встречается у представителей обоих полов, но чаще у мальчиков.

14.2.2 Клиническая картина

- У мальчиков наружное отверстие уретры расположено на тыльной стороне полового члена.
- У девочек отмечается незаращение передней стенки уретры и расщепление клитора.

14.2.3 Неотложные мероприятия/ первая помощь

- Обследование педиатром.
- Ребенка на первое время можно оставить с матерью.
- Планирование хирургической коррекции детским хирургом и урологом.

14.2.4 Прогноз

Прогноз благоприятный, но у некоторых детей остается недержание мочи.

Основные вопросы родителей

Надо ли переводить ребенка в специализированную клинику?

Ребенка можно перевести в детскую клинику или наблюдать амбулаторно.

Можно ли кормить ребенка грудью?

Можно.

Что нас ожидает в детской клинике?

Разъяснительная беседа, проводимая детским хирургом, анестезиологом, педиатром; участие в составлении плана лечения; исследования методом визуализации для исключения сопутствующих пороков. Предоставление согласия на общую анестезию и операцию; заготовка донорской крови и ее препаратов для гемотрансфузии. Реконструктивную операцию выполняют в первые 3 года жизни.

Что ожидает нашего ребенка?

Взятие крови для анализов; инфузионная терапия; общая анестезия и реконструктивная операция, а в дальнейшем, в случае недержания мочи, могут понадобиться дополнительные операции, которые обычно выполняют в дошкольном возрасте. Возможны частые эпизоды инфекции мочевыводящих путей. При необходимости для отведения мочи накладывают нефростому или выполняют уретеросигмоидостомию.

Помощь

Специалисты по уходу, педиатр, детский хирург, священник, психолог, группы самопомощи.



Рис. 14.5



Рис. 14.6

► **Рис. 14.5 и 14.6** Очень маленький половой член и расположение уретры на его тыльной стороне. Мошонка не изменена.



Рис. 14.7



Рис. 14.8

► **Рис. 14.7 и 14.8** Железистая эписпадия и пупок, смещенный к лобковому симфизу. Короткое расстояние между пупком и половым членом.

14.3 Гипоспадия

Kerstin Steiner, Ralf Butzheinen, Karin Jäckle

Ведущий визуальный симптом

Необычное расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала у мальчиков

Экстренная помощь

Нет

14.3.1 Патофизиология

Частота: 1 случай на 300 новорожденных мальчиков. Частота гипоспадии растет, причина такой тенденции не ясна.

14.3.2 Клиническая картина

- Необычное расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала на участке от конца головки полового члена до корня мошонки.
- Половой член во время эрекции изогнут.
- Крайняя плоть имеется только на тыльной стороне полового члена.

14.3.3 Неотложные мероприятия/ первая помощь

- Обследование педиатром.
- Разъяснение родителям сути патологии и дальнейших действий.
- Выполнение реконструктивной операции в возрасте от 3 до 15 мес.

14.3.4 Прогноз

Прогноз в целом благоприятный. Частота осложнений тем выше, чем проксимальнее расположено наружное отверстие уретры и чем старше ребенок к моменту выполнения операции.

Основные вопросы родителей

Надо ли переводить ребенка в специализированную клинику?

Такой необходимости нет.

Можно ли кормить ребенка грудью?

Можно.

Что нас ожидает в детской клинике?

УЗИ почек и мочевыводящих путей, при необходимости выполнение микционной цистоуретрографии (рентгеноконтрастное исследование мочевого пузыря и уретры, выполняемое при мочеиспускании).

Что ожидает нашего ребенка?

Одна или несколько операций в первые 15 месяцев жизни; возможно, длительная антибиотикопрофилактика инфекций мочевыводящих путей.



► **Рис. 14.9** Расположение наружного отверстия уретры на вентральной стороне головки полового члена. Нормальные размеры полового члена и мошонки.



► **Рис. 14.10** Расположение наружного отверстия уретры на вентральной стороне полового члена. Создается впечатление, что половой член сращен с мошонкой. Мошонка имеет нормальные размеры.



► **Рис. 14.11** Расположение наружного отверстия уретры на вентральной поверхности головки полового члена, отсутствие на этом месте крайней плоти (половой член выглядит, как при расщеплении).



► **Рис. 14.12** Отчетливо видно искривление полового члена.



► **Рис. 14.13** Половой член втянут в увеличенную дряблую мошонку. Наружное отверстие уретры расположено на вентральной стороне полового члена.



► **Рис. 14.14** Расположение наружного отверстия уретры на вентральной стороне полового члена, которая укорочена и сращена с мошонкой.

19.5 Латеральный пламенеющий невус

Kerstin Steiner, Ralf Butzheimen, Karin Jäckle

Ведущий визуальный симптом

Локальное покраснение кожи, имеющее резко очерченные границы

Экстренная помощь

Нет

19.5.1 Патофизиология

Частота: 0,2–0,3% всех новорожденных. Врожденный порок с характерным расширением зрелых капилляров.

19.5.2 Клиническая картина

- Локальное изменение цвета кожи от розового до красного, имеющее четкие границы.
- Асимметричность поражения, которое в большинстве случаев локализуется на одной половине тела.
- При локализации на лице (область иннервации тройничного нерва) следует исключить синдром Стерджа–Вебера.
- При локализации на конечностях необходимо исключить синдром Клиппеля–Треноне.

19.5.3 Неотложные мероприятия/ первая помощь

- Обследование педиатром для исключения синдромного поражения.

19.5.4 Прогноз

Сосудистый невус не исчезает, а наоборот, по мере взросления ребенка приобретает более темный цвет.

Основные вопросы родителей

Надо ли переводить ребенка в специализированную клинику?

Нет, перевод ребенка не требуется.

Можно ли кормить ребенка грудью?

Можно.

Что нас ожидает в детской клинике?

При локализации невуса в области головы ребенку будет выполнено УЗИ головы, а если необходимо, то и МРТ. При локализации невуса на конечностях будет проведена консультация дерматолога.

Что ожидает нашего ребенка?

Во взрослом периоде можно прибегнуть к помощи пластыря для «осветления» невуса или к маскировке с помощью косметических средств. Возможно проведение также лазерной терапии. Уход в течение очень длительного времени.



► **Рис. 19.22** Обширный сосудистый невус на правой половине грудной клетки и всей правой руке, достигающий также правого уха.



► **Рис. 19.23** Большой сосудистый невус на левой половине лица и в левой височной области.



Рис. 19.24



Рис. 19.25

► **Рис. 19.24 и 19.25** Большой сосудистый невус в правой лобной области, достигающий глаза.



Рис. 19.26



Рис. 19.27

► **Рис. 19.26 и 19.27** У ребенка выявлено также несколько сосудистых невусов различных размеров на левой ноге.