

ваниями. Все дети поступали из родильного дома. Проводилось полное клиническое обследование, предоперационная подготовка, оперативное лечение с радикальным удалением опухоли. Все дети выписаны с выздоровлением. По данным гистологического заключения 18,8% опухолей имели злокачественный характер.

Наибольшее внимание привлекло следующее наблюдение: «Больной К. поступил в клинику детской хирургии с пренатальной диагностикой опухоли брюшной полости с прорастанием в заднее средостение (от L2 до Th6 позвонков, размеры 65×40×41 мм). После проведения клинического обследования (УЗИ, РКТ) и предоперационной подготовки проведено радикальное удаление опухоли лапаротомным доступом. По данным гистологического исследования образование являлось зрелой тератомой».

Выводы: при подозрении на объемное образование плода необходимо проведение углубленной пренатальной диагностики с участием всех специалистов пренатального консилиума; в лечении данной группы пациентов необходимо участие хирургов-неонатологов, онкологов, неонатологов; методом выбора при постнатальной диагностике является РКТ с реконструкцией трёхмерного изображения; операцией выбора в период новорожденности считаем радикальное удаление опухоли; обязательное наблюдение и проведение контрольных обследований (УЗИ и при необходимости - РКТ) в послеоперационном периоде.

ИНФРАКРАСНЫЕ ДИОДНЫЕ ЛАЗЕРЫ В ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ И ГЛУБОКИХ АНГИОМ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Л.М. Сираева, М.П. Нехорошкова, Р.Ф. Искакова
Челябинская медицинская академия, Челябинский государственный университет,
Межвузовский медико-физический центр,
Челябинск, Российская Федерация

Целью работы являлось изучение эффективности диодного лазера в лечении сложных ангиом у детей.

Были использованы диодные лазеры с длиной волны 920, 970 и 1064 нм. С 2001 по 2008 год проанализированы результаты лечения 783 детей в возрасте от 24 дней до 13 лет. Пациенты до 6 месяцев составили 42,27%. Девочек было в 3 раза больше, чем мальчиков. 66,5% ангиом были кавернозными и комбинированными. 48,2% гемангиом находились в стадии пролиферации. Большинство (45,6%) ангиом располагалось на лице. Их площадь варьировала от 6 мм² до 50 см². У всех детей при отсутствии лечения в течение одного месяца после рождения отмечали прогрессирующее течение и наличие существенного косметического дефекта. Показанием к лечению диодным лазером в первую очередь являлись гемангиомы сложной анатомической локализации (лицо, пальцы и т.д.) и ангиомы участков тела, сложных для ухода (половые органы, промежность). У 84 (10,7%) детей гемангиомы до лечения сопровождались наличием осложнений, проявляющихся изъязвлением. Поверхностную часть гемангиом обрабатывали лазером дистанционно в импульсно-периодическом режиме. Индивидуальный подбор мощности излучения, длительности импульса и паузы позволял избежать повреждения элементов кожи, формирования грубых рубцовых изменений и сохранять волосную покров. Раны заживали под сухим струпом, который образовывался к 3 суткам. Отхождение струпа и эпителизация наступали, в среднем, на 15 сутки. На глубокие слои ангиом воздействовали интерстициально лазером, работающим в постоянном режиме. Длительность и распределение воздействия лазера по всему объему образования контролировались пальпаторно, с помощью ультразвука и тепловидения. Деструкция ангиом, расположенных в трахее, в полых органах (прямая кишка, коленный сустав), проводилась эндоскопически. В целом, отличные и хорошие результаты были достигнуты у 94,3% больных.

Таким образом, применение новых технических средств позволяет получить хорошие результаты и в ряде случаев избежать тяжелых травматических операций у столь сложных больных. С учетом полученных данных, коагуляция инфракрасным диодным лазером успешно останавливает рост и ускоряет инволюцию ангиом. Для получения оптимальных результатов лечение должно быть начато как можно раньше.

КИШЕЧНАЯ ИНВАГИНАЦИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ

И.Н. Стерлев, Т.В. Турובה
Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Российская Федерация

В детской онкологии хирургический метод лечения не является определяющим и используется лишь при солидных новообразованиях или в случаях развития острых осложнений опухолей. Особый интерес среди подобных ситуаций вызывает синдром «острого живота», вызванный инвагинацией кишечника, основной причиной которого является картина нарастающей кишечной непроходимости.

В медицинской литературе содержится мало сведений о кишечной инвагинации при злокачественных новообразованиях у детей.

В 1985-2008 гг. в Архангельской ОДКБ в экстренном порядке оперировано 34 ребенка с различными видами злокачественных новообразований, из них 17 - по поводу кишечной непроходимости. У 7 пациентов (6 из которых заболели в 1985-1994 г.) в возрасте 5-14 лет диагностирована инвагинация кишечника (1 - тонко-тонкокишечная, 6 - тонко-толстокишечная). Сроки поступления в стационар от момента возникновения болевого абдоминального синдрома составили у всех пациентов более 24 часов. Причинами развития инвагинации являлись: неходжкинские лимфомы - 5, саркомы мягких тканей - 2. Во всех случаях инвагинация кишечника стала первым клиническим проявлением основного заболевания. Тонко-толстокишечная инвагинация имела признаки хронической, а тонко-тонкокишечная - острой. Во всех случаях диагноз был установлен на дооперационном этапе с использованием лучевых методов диагностики. При проведении ирригографии у 3 пациентов с тонко-толстокишечной инвагинацией толстая кишка заполнялась контрастом (бариевой взвесью) до уровня препятствия, которое контраст обходил в виде «серпа», кишка в этом месте была расширена, имела измененный рельеф слизистой оболочки. По