

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 сопровождалась 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 струмом, 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

данным УЗИ инвагинат определялся в виде опухолевидного образования округлой формы и слоистой структуры.

Всем детям производилась резекция кишки с наложением прямого кишечного анастомоза. В послеоперационном периоде все пациенты получали полихимиотерапию, однако программное противоопухолевое лечение (BFM-протоколы) в клинике проводится лишь с 1996 г. В настоящее время жив 1 пациент с неходжкинской В-лимфомой, который лечился в клинике в 2007 г.

Таким образом, инвагинация кишечника при злокачественных опухолях у детей не является неблагоприятным фактором при условии адекватной адъювантной противоопухолевой терапии.

СОСУДИСТЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛИЦА И ШЕИ

С.О. Султанмуратов, З.М. Магомедова, Н.А. Омарова, Д.О. Алилова
Дагестанская государственная медицинская академия,
Махачкала, Российская Федерация

В отделении челюстно – лицевой хирургии Дагестанской республиканской клинической больницы г. Махачкалы с момента его открытия в 2001 г. оперированы 1148 детей с опухолями и опухолеподобными образованиями лица и шеи. Сосудистые новообразования (гемангиомы и лимфангиомы) составили 65% и 70%.

Среди 682 детей с гемангиомами наиболее частым оперативным вмешательством было иссечение новообразования с наложением кометического шва. При этом у 547 детей выполнено 576 операций. Трудности в лечении возникли при локализации гемангиом на веках, кончике носа, в области надбровной дуги, красной кайме губ и на ушной раковине. В 72 случаях требовался строго индивидуальный выбор метода лечения. Гемангиомы лба и века иссекали с использованием ротационного кожного лоскута для закрытия дефекта. Для прикрытия дефектов кончика носа у 3-х больных применили «шагающий» филоатовский стебель, сформированный из кожи передней брюшной стенки. Нередко требовалось сочетание различных методов: частичное иссечение, прошивание и перевязка по Клаппу или послеоперационная поэтапная криодеструкция и гормонотерапия по Свешникову.

Вторую сложную патологию составили обширные кавернозные и смешанные гемангиомы лица, околоушной и подчелюстной области с переходом на шею. В этих случаях оперативное вмешательство начинали с выделения и катетеризации наружной сонной артерии. Вводя через катетер глюкозоновокаиновую смесь выявляли бассейн кровоснабжения гемангиомы, после чего перевязывали наружную сонную артерию. Операционные доступы применяли с формированием кожных лоскутов, которые при ушивании не приводили бы к деформации лица и натяжению по ходу послеоперационной раны. В ходе операции принципиально важным было выделение и сохранение ветвей лицевого нерва. Иссекали доступные участки гемангиомы, а остальные прошивали и перевязывали. У 35 детей в ходе удаления гемангиомы выполнена экстирпация околоушной слюнной железы. Подобные оперативные вмешательства выполнены у 67 детей.

Лимфангиомы во всех 56 случаях локализовались на шее и подчелюстной области. Предварительную пункцию для частичного опорожнения обширных лимфангиом пришлось выполнить у 9 детей в связи с угрозой возникновения дыхательных расстройств. Оперативное вмешательство выполняли из широкого поперечного доступа на шее с тщательным выделением лимфангиомы по всей поверхности. Артериальные и венозные сосуды шеи при этом брали на держалки и по возможности сохраняли. Однако принципиально важным было сохранение в основном внутренней сонной артерии и внутренней яремной вены, так как перевязка наружных сосудов шеи у детей не представляет опасности. Операции завершали обязательным дренированием подкожного пространства сквозной силиконовой трубкой с множеством боковых отверстий в связи с тем, что для лимфангиом в послеоперационном периоде характерна лимфорея в течение 5 – 7 дней.

НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ

Т.В. Турбова, И.А. Турабов
Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Российская Федерация

Основными причинами механической кишечной непроходимости (МКН) при злокачественных опухолях у детей являются: обструкция кишечного просвета опухолью, опухолевая инфильтрация стенки кишки, образование стриктур и внешнее сдавление кишки. Клиническая картина зависит от того, является ли МКН острой или подострой, полной или частичной, а также от того, какая часть кишечника поражена. В детской онкологии одной из самых частых причин возникновения МКН являются неходжкинские лимфомы. При наличии МКН часто требуется экстренное хирургическое вмешательство на разных этапах ведения больного, в том числе при первичном обращении в стационар, когда МКН является доминирующим проявлением болезни. Планируя оперативное вмешательство при наличии механической обструкции на фоне опухоли необходимо учитывать широкие возможности современного лечения, которые значительно увеличивают радикальность лечения и уменьшают травматичность операции.

Нами проведен анализ историй болезни и протоколов операций 300 пациентов от 0 до 18 лет, оперированных по поводу онкологической патологии в ГУЗ «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» (АОДКБ) в 1985-2005 гг., 70 из которых (23,3%) были оперированы по поводу хирургических осложнений. У 22 пациентов из этой группы (31,4%) зарегистрировано 26 случаев МКН. Преобладали дети и подростки с неходжкинскими лимфомами брюшной полости (12 больных – 54,6%). Живы к настоящему времени 7 детей (31,8%), умерли - 15 (68,2%). Длительность анамнеза от первых проявлений до начала лечения МКН составила: до 24 часов - 1 (4,5%), 24 - 72 час. - 2 (9,1%), 3 сут. - 1 мес. - 11 (50%), 1-3 мес. - 4 (18,2%), более 6 мес. - 4 (18,2%). В экстренном порядке госпитализировано 17 (77,3%) больных, проведено 14 экстренных операций. Преобладали случаи обтурационной МКН - 16 случаев из 26 (61,5%), из них чаще выявлялась низкая частичная МКН наружного типа (7). Среди случаев смешанной МКН (10) чаще диагностировалась хроническая инвагинация кишечника (5), которая имела признаки низкой МКН.