

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 адьювантной 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. Махачкала 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» филатовский 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 лимфоррея в течение 5 – 7 дней.

## **НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ**

**Т.В. Турובה, 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.

Клинические проявления и хирургическая тактика зависели от вида МКН, а также от морфологии и локализации опухоли.

Таким образом, большинство детей с МКН (77,3%) поступило в клинику в экстренном порядке. Среди всех случаев МКН преобладали случаи обтурационной МКН (61,5%), из них чаще выявлялась низкая частичная МКН наружного типа (43,8%). В группе смешанной МКН преобладала хроническая инвагинация кишечника (50%), которая имела признаки низкой МКН. **ТОРАКАЛЬНАЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ**

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПЛЕВРИТАХ У ДЕТЕЙ

**Н. Амираев, А. Шамаев, Т. Искандаров, Ж. Иманбекова, А. Абдиев, Б. Тулебаев**  
**Кыргызская государственная медицинская академия,**  
**Бишкек, Кыргызстан**

Ультразвуковое исследование плевральных полостей у детей не является столь распространенным, как абдоминальная эхография. Полученная при ультразвуковом исследовании информация существенно может дополнить информацию, полученную в результате рентгенографии. Кроме того, ультразвуковое исследование является безвредным, а рентгенография, не смотря на рутинность, ведет к ионизирующему облучению.

Для исследования использовались ультразвуковые сканеры фирмы Siemens (Sonoline SL -450), Aloka (SSD-900), датчики: конвексный 3,5 МГц, линейный 7,5 МГц. Ультразвуковому исследованию предшествовала обзорная рентгенография грудной клетки при поступлении. Сначала сканирование проводилось конвексным датчиком, продольно ориентированным, по анатомо-топографическим линиям и со всех сторон. Вначале в положении лежа и при спокойном дыхании.

При выявлении патологического очага для детализации проводили продольные и косые срезы под различными углами линейным датчиком от подреберья по межреберным промежуткам снизу вверх, в положении лежа, сидя и с наклоном туловища. Верхние отрезки плевральной полости исследовались из-под надключичных ямок под различными углами, вводя луч. При наличии патологического очага в нижних отделах плевральной полости сканирование проводилось через печень и селезенку. Нами проанализированы данные ультразвукового исследования плевральной полости у 142 больных детей, лечившихся в городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) г. Бишкека за 2003-2008 г. В возрастном аспекте до 5 лет – 88 (61,9%), 6-10 лет – 35 (24,6%), 11-15 – 19 (13,4%) больных. Мальчики – 85 (60%), девочки – 57 (40%).

При ультразвуковом исследовании определялись не только характер выпота плевральной полости, но и объем жидкости, локализация, толщина плевральных листков, состояние близко расположенных отделов легкого, наличие свободного или осумкованного процесса.

При гнойно-фибринозном плеврите осуществляли дренирование плевральной полости. При наличии серозного выпота – пункционное удаление жидкости. У 98 больных проводилось повторное ультразвуковое исследование от 2 до 5 раз, особенно при осумкованных формах, и в 18 случаях - повторно дренировано. В 12 случаях активное проточное промывание для профилактики спаек и хронической эмпиемы плевры.

Выводы: ультразвуковое исследование плевральной полости у детей является не только безвредным, но и высокоинформативным, неионизирующим методом диагностики плеврита и имеет большое значение при выборе тактики лечения детей с плевритами. Применение ультразвукового исследования плевральной полости привело к снижению рентгенологических исследований органов грудной клетки с  $4,3 \pm 0,95$  до  $2,2 \pm 0,25$  снимков.

## СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

**Р.С. Бошхаджиева, О.Н. Ушанева, И.Н. Герасименко, М.Х-М. Хабекирова**  
**Ставропольская государственная медицинская академия,**  
**Ставрополь, Российская Федерация**

Актуальность. Будучи тяжелым инфекционным заболеванием, эхинококкоз в настоящее время продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой.

По данным Госсанэпиднадзора МЗ РФ (2007 г.) количество больных эхинококкозом за последние пять лет возросло в 3 раза, в основном за счет республики Дагестан, Карачаево-Черкесской республики и Ставропольского края.

Цель настоящего исследования - оценить эффективность хирургического лечения при эхинококкозе печени у детей. Структура исследования: первичное ретроспективное исследование типа описания случаев.

Критерии включения: больные эхинококкозом печени до 18 лет. Критерии исключения: возраст респондентов старше 18 лет.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезней, находившихся на стационарном лечении по поводу эхинококкоза легких на базе КДКБ г. Ставрополя за период с 2000 по 2008 г. Благодаря широкому использованию современных методов исследования (УЗ-диагностика, КТ, МРТ и др.) возможна ранняя диагностика с уточненной топикой патологического процесса, что значительно улучшает результаты лечения.

Результаты. Всем детям выполнялась закрытая эхинококкэктомия с капитонажем и устранением остаточной полости. В качестве основного препарата для предоперационной и послеоперационной химиотерапии эхинококкоза используем альбендазол. Дозировка альбендазола варьируется от 6 до 15 мг/кг/сут. (средняя доза составляет 10 мг/кг/сут.). Обычно лечение проводим курсами по 3-4 недели с 2-4-х недельным перерывом. В общей сложности проводим 3-6 курсов.

Вывод. В настоящее время хирургическое лечение остается единственным радикальным методом в лечении эхинококкоза легких. У детей оно должно быть комплексным, с применением химиотерапии, обеспечивающей высокий противорецидивный результат.