

больных с септикопиемической формой ОГО длинных трубчатых костей, находившихся в отделении гнойной хирургии. В сроки до 3 суток от начала заболевания поступило 2 больных, на 4-7 сутки – 9 больных, 8-10 сутки – 7 больных, более 10 суток – 5 больных. У 12 - отмечено поражение большеберцовой кости, у 3 - бедренной, у 4 - плечевой. В 4-х случаях было одновременное поражение 2-х и более костей. Методом светооптической микроскопии изучено 62 гистологических препарата.

Исследования показали, что в патоморфологической картине содержимого костномозгового канала больных, поступивших в ранние сроки (до 3 суток), выявлена воспалительная клеточная инфильтрация костномозговой ткани. В последующие сроки наблюдения (4-7 сутки) в препаратах доминировали распавшиеся клеточные элементы, выявлялись фибрин, детрит и очаги некроза костного мозга. В более поздние сроки от начала заболевания (8-10 сутки и позже) патоморфологическая картина гнойного очага представлена обширными участками гнойного расплавления костного мозга с обилием фибрина, некротических масс, грануляционной ткани и разрастанием соединительнотканых элементов в пораженных фрагментах. При исследовании биоптатов, прилежащих к плотной кости, выявлены сохранившиеся фрагменты кроветворного костного мозга с клетками эритроидного и миелоидного ряда и многочисленные группы митозов.

Таким образом, септикопиемическая форма ОГО характеризуется тяжелыми патоморфологическими изменениями в костномозговой ткани поражённой кости. Эти изменения более выражены у пациентов с длительными сроками от начала заболевания, что существенно затрудняет санацию патологического очага и требует более активной хирургической тактики. Характерно, что во все изученные сроки развития заболевания сохраняются участки жизнеспособного костного мозга с клетками гемо- и миелопоэза, которые в последующем, учитывая высокие пролиферативные свойства костномозговой ткани детского организма, являются основой его морфо-функционального восстановления.

## **ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОГОУЗЛОВОГО ЗОБА У ДЕТЕЙ**

**К.С. Куликова**

**Саратовский государственный медицинский университет,  
Саратов, Российская Федерация**

Проведен ретроспективный анализ диагностики, хирургического лечения и его результатов у 70 детей с многоузловым зобом (МУЗ) в период с 1990 по 2005гг.

Пациентам было проведено комплексное ультразвуковое исследование и тонкоигольная аспирационная биопсия узлов. Все дети были прооперированы. Использованы экстракапсулярные вмешательства с визуализацией п. гессигенс. Абсолютными показаниями к тиреоидэктомии считали двустороннее поражение опухолью и конгломератный зоб. Оценка результатов оперативного лечения проведена путем катамнеза пациентов в срок до 10 лет.

Больные условно разделены на две группы – с многоузловым поражением одной и двух анатомических долей (АД). МУЗ составил 25,1% от всех больных, оперированных по поводу тиреоидной патологии. При анализе гистоморфологической структуры каждого узла было выявлено, что МУЗ был представлен коллоидным пролиферирующим зобом (КПЗ) (50%), опухолями ЩЖ (ОЩЖ) (20,4%) и сочетанными поражениями (СП) (29%). КПЗ в обеих группах был представлен равнозначно, выявлено достоверно частое поражение обеих долей ЩЖ ОЩЖ (33,3% против 7,5%) и локализация СП в одной доле (32,2% против 23,3%). При анализе структуры СП в обеих группах превалировала комбинация - КПЗ и папиллярный рак (ПР) (76,3%). При сравнительном анализе операционных характеристик клинического осмотра, ультразвукового исследования (УЗИ), цветного доплеровского картирования (ЦДК), селективной флоуметрии и тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) было выявлено, что наиболее целесообразным при МУЗ являлось применение УЗИ как метода визуализации, ЦДК – как метода косвенной диагностики ПР и ТАБ - как основного метода дооперационной морфологической диагностики. При поражении одной АД преимущественно выполнялись гемитиреоидэктомии (35/40). Ранние послеоперационные осложнения отмечены в 12,5% (парез п. гессигенс – 1, транзитный гипопаратиреоз – 2). При поражении обеих АД выполнены субтотальные резекции (19/30) и тиреоидэктомии (11/30). Послеоперационные осложнения отмечены в 36% наблюдений (парез п. гессигенс – 4, транзитный гипопаратиреоз – 7). В группе с поражением одной АД частота рецидивов составила 12,5%, при поражении обеих АД - 23%. Предложен алгоритм выбора хирургической тактики при МУЗ, согласно которому органосохраняющие резекции могли быть признаны адекватными при КПЗ и СП с Т1 стадией ОЩЖ при локализации узлов в одной АД. Применение органосохраняющих резекций при мультифокусном раке и СП с Т2-3 стадией ОЩЖ при любой локализации узлов определяли максимальный риск рецидива опухоли. При двусторонней локализации КПЗ и СП с Т1 стадией ОЩЖ риск рецидива составил до 70%.

В результате проведенного исследования предложен алгоритм выбора хирургической тактики при МУЗ у детей при его различных морфологических формах.

## **ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЁМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ**

**А.Ф. Бахтиярова, А.К. Закиров**

**Казанский государственный медицинский университет,  
Казань, Российская Федерация**

Цель работы – анализ лечения новорождённых с онкологическими заболеваниями (опухоли различной этиологии) в отделении хирургии новорожденных. На базе ДРКБ МЗ РТ с 2003 по 2008 год было пролечено 3 ребёнка с лимфангиомами, 3 ребёнка - с опухолями забрюшинного пространства, 4 детей - с опухолями мягких тканей и 6 детей - с крестцовокопчиковыми тератомами. Всего было прооперировано 16 детей с онкологическими заболе-

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 мм<sup>2</sup> до 50 см<sup>2</sup>. 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 сухой 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