

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» 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 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.