

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Республика болалар каминвазив ва эндовизуал
жаррохлик илмий маркази
Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан
Республиканский научный центр малоинвазивной и
эндовизуальной хирургии детского возраста

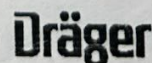
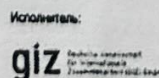
Республиканская конференция



Современные лечебно-диагностические технологии
хирургии и анестезиологии детского возраста

мая 2016 года,

Ташкент, Узбекистан



Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста. Ташкент. Узбекистан.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени у детей.

Материал и методы исследования. Лапароскопическая эхинококкэктомия при осложненной эхинококковой болезни печени (ЭБП) выполнена у 39 больных, в возрасте от 6 до 18 лет. Алгоритм диагностики включал в себя клинико-лабораторные обследования, УЗИ печени и органов брюшной полости, КТ, рентгенографию грудной клетки, МРТ.

Результаты и обсуждения. У 23 больных (59%), эхинококковая киста (ЭК) осложнилась нагноением. Перфорацию ЭК наблюдали в 5 (12,8%) случаях, прорыв содержимого кисты в желчные протоки имело место у 4 (10,3%) детей. Во время диагностической лапароскопии, при перфорации кисты, эвакуировали скопившейся выпот из брюшной полости с последующей санацией ее растворами антисептиков. Затем проводилось рассечение фиброзной оболочки, аспирация остаточной жидкости, удаление хитиновой оболочки путем вакуум-экстракции, антипаразитарная обработка остаточной полости (ОП) 100% раствором глицерина, 3% раствором перекиси водорода и 96⁰ спиртом, с последующим дренированием ОП печени. У 13 (33,3%) больных были выявлены дополнительные, не осложненные ЭК, которые также были лапароскопически удалены. У 8 (20,6%) пациентов при больших размерах ЭК, локализованных около ворот печени, висцеральной поверхности и поддиафрагмальных - VII-VIII сегментах использовали вариант абдоминализация ОП с оментопексией. В 6 (15,4%) случаях была осуществлена конверсия, в связи с полным внутривенечным расположением ЭК. Мониторинг объемов ОП с использованием УЗИ в послеоперационном периоде проводился ежеквартально. Через год после оперативного вмешательства у 28 (71,8%) больных в печени не было каких-либо патологических образований, в 11 (38,2%) случаях были отмечены ламинарные или неправильной формы ОП малых размеров, заполненные тканевым детритом. Рецидива болезни в течении 2 лет наблюдения не отмечено.

Выводы. Осложнение ЭК печени нагноением и перфорацией у детей является относительным противопоказанием к выполнению лапароскопической эхинококкэктомии.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Салимов Ш.Т., Досмухамедова Л.В.

Республиканский Научно Практический Центр Малоинвазивной и Эндовизуальной хирургии детского возраста, г. Ташкент.

Актуальность: В настоящее время в связи с развитием методов диагностики врожденные сосудистые аномалии перестали быть редкостью. Хотя венозная мальформация и является врожденным заболеванием, манифестирует она в основном у детей старшего возраста и взрослых. В раннем детстве венозная недостаточность хорошо компенсирована, нет связанных с ней клиники и осложнений. Поэтому и лечение нужно начинать как можно раньше, когда будут эффективны малоинвазивные мероприятия.

Цель работы: улучшить результаты лечения венозных мальформаций конечностей у детей малоинвазивными методами.

Результаты: В нашем центре проведено лечение 35 детей в возрасте от 1,5 до 17 лет с врожденными мальформациями конечностей. В исследовании мальчики составили большинство - 80%. На верхних конечностях во всех случаях диагностирована мальформация поверхностных вен в диффузной форме. Поражение вен нижних конечностей (n=28) наблюдалось в диффузной (51,4%) и стволовой (28,6%) формах. Диффузная форма поражения поверхностных вен нижних конечностей чаще встречалась у

детей от 1,5 до 12 лет, а стволовая форма превалировала у детей с пубертатного возраста (13-17 лет).

Клиника мальформации представлена нарушениями местной и общей гемодинамики конечностей. У больных наблюдались различные по калибру и протяженности флебэктазы, локальные отёки, сегментарная или тотальная гипертрофия конечности. По данным УЗДС и МСКТ установлено, что в большинстве случаев (82%) флебэктазии на нижних конечностях связаны с системой БПВ и в 37% содержали флеболиты.

Для лечения детей с диффузными формами мальформаций на верхних (100%) и нижних (60%) конечностях мы применяли метод этапной пенной склеротерапии. При стволовых формах проводилась флебэктомия. Склерозирование флебэктазов начинали с дистальных участков конечности. Детям до 3 лет за 1 сеанс вводилось до 2 мл, а более старшим детям до 6 мл 3% раствора натрия тетрадецилсульфата или лауромакрогола. Препарат вводился строго внутривенно, в 40% случаев под контролем ультразвукового сканирования. Для инъекций использовались самые тонкие иглы с сечением G30-31. После инъекции проводилась эластическая компрессия конечности. В течении часа назначалась ходьба или сгибание и разгибание кисти. Повторные сеансы в проксимальные участки проводились с интервалом в 3-7 дней.

Заключение: Для лечения мальформаций верхних конечностей проведено 2-10 курсов, а на нижних конечностях 4-10 курсов склеротерапии. Максимальное число процедур проведено у детей 8-12 лет с распространенными диффузными формами. Далее все дети взяты на диспансерный учет и проходят медицинское обследование 1 раз в год. Метод склеротерапии врожденных мальформаций конечностей у детей зарекомендовал себя как надежный, эффективный, малотравматичный метод лечения, который не требует общего обезболивания и может применяться для лечения детей с раннего возраста.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Салимов Ш.Т., Очилов Р.О., Абдусаматов Б.З.

Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста. Ташкент, Узбекистан.

Введение. Варикозное расширение вен семенного канатика и гроздевидного сплетения яичка у мальчиков дошкольного возраста регистрируют не более чем в 0,5-1% случаев, у детей школьного возраста 2,2 до 10%, достигая подростковой популяции до 20%, в возрасте 15-30 лет примерно у 7-10% мужчин. Основной причиной, которая беспокоит специалистов, является связь варикоцеле с нарушением сперматогенеза и бесплодием, по оценке некоторых авторов, различные нарушения сперматогенеза возможны у 20-90% больных с варикоцеле.

Целью: изучить результатов эффективности лапароскопической перевязки яичковых вен при варикоцеле у детей.

Материалы и методы: В Республиканском научно-практическом центре малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста с 2007 по 2015 г. пролечились 212 детей по поводу варикоцеле, в возрасте от 10 до 18 лет. Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза и обще-клинических симптомов УЗИ с доплерографией. У всех детей подтвердилось варикоцеле II-III степени. Всем больным была проведена лапароскопическая коррекция варикоцеле.

Результаты и обсуждения. Во время ревизии обращали внимание Дальше париетальную брюшину вскрывали поперечно сосудистому пучку яичка на расстоянии 4-5 см от внутреннего пахового кольца. После вскрытия брюшины с помощью диссектора производили циркулярную мобилизацию всего сосудистого пучка от подлежащих тканей и оставляли нить держалку.