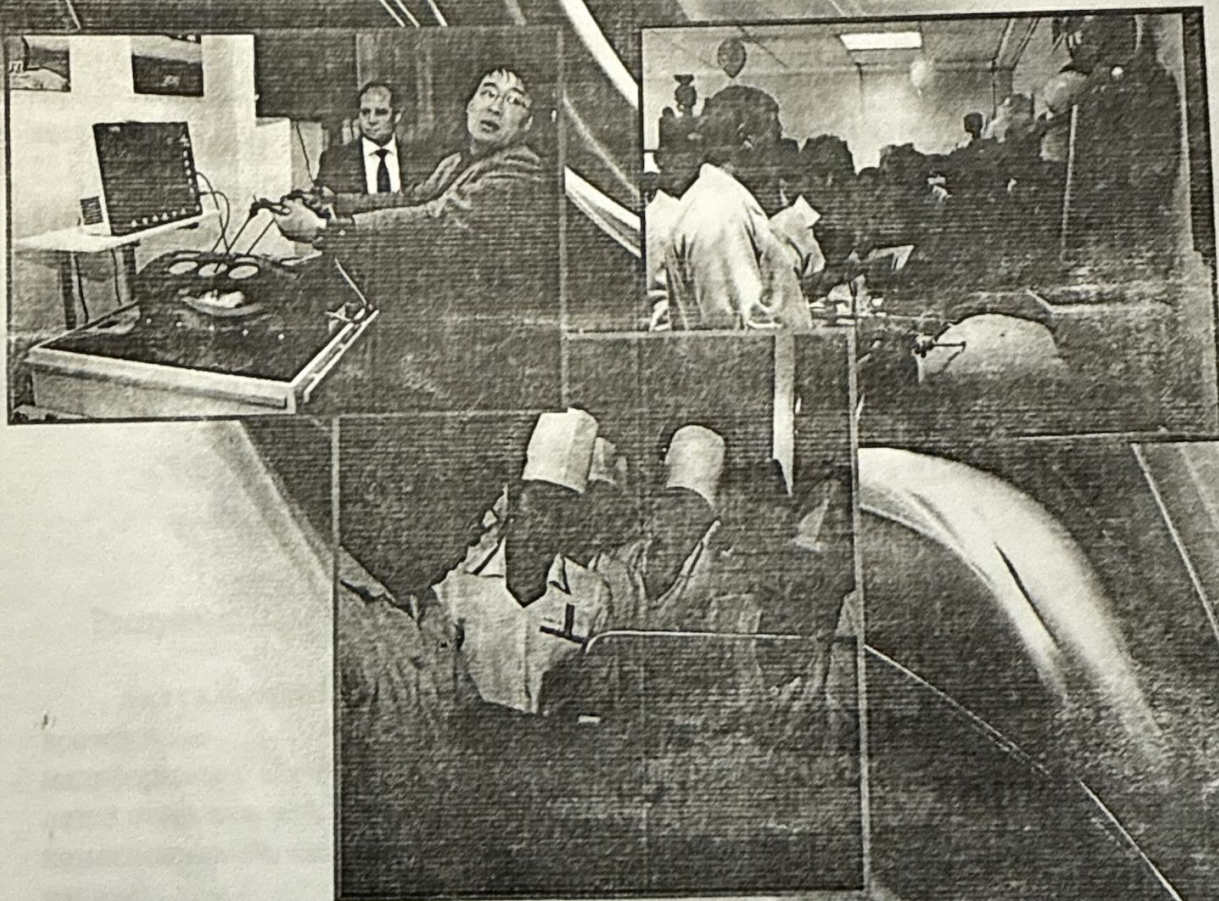


Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Республика болалар каминвазив ва эндовизуал
жаррохлик илмий маркази
Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан
Республиканский научный центр малоинвазивной и
эндовизуальной хирургии детского возраста

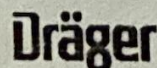
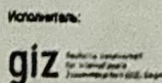
Республиканская конференция



Современные лечебно-диагностические технологии
хирургии и анестезиологии детского возраста

мая 2016 года,

Ташкент, Узбекистан



Цель работы: - обосновать показания к лапароскопической эхинококкэктомии с диафрагмальных сегментов печени у детей.

Материал и методы исследования. В РНПЦМиЭХДВ проведен анализ результатов выполненных нами лапароскопических эхинококкэктомий печени (ЛЭЭП) в период с 2007 по 2015 гг. годы, у 65 больных с поражением диафрагмальных сегментов печени (VII и VIII сегменты). Большинство больных были в возрасте старше 7 (89,2%) лет. Диагноз был установлен на основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, данных УЗИ, МСКТ исследований. Солитарная эхинококковая киста (ЭК) была установлена у 37 (56,9%), множественные у 28 (43,1%) детей. Всего было обнаружено 122 ЭК, в том числе - малых размеров было 40 (32,8%) средних 58 (47,5%), больших 18 (14,8%) и гигантских 6 (4,9%). Хотя поддиафрагмальная локализация ЭК (VII и VIII сегменты) по данным литературы считается абсолютным противопоказанием к ЛЭЭ - из-за технических трудностей и крайне малого угла обзора операционного поля. Создание определенного положения больного на операционном столе (возвышенный головной конец тела на 35-40° с поворотом на левый бок на 25-30°) и точность установки всех портов является одним из основных факторов, определяющих успех эндоскопической операции при ЭК VII-VIII сегментов печени. Так в 53 (81,5%) случаях из 65 диагностических лапароскопий нам удалось провести успешную лечебную ЛЭЭП с VII-VIII сегментов. В 3 (4,6%) случаях из-за технических трудностей была выполнена минилапаротомия - эхинококкэктомия с видеоассистированием, в остальных 10 (15,4%) произведена конверсия - лапаротомия традиционная ЭЭП.

Вывод. Разработанная нами интроперационная тактика позволила нам значительно расширить показания к ЛЭЭ с VII-VIII сегментов печени и успешно выполнить ее в 81,5% случаях.

КОНСЕРВАТИВНОЕ И МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ.

Салимов Ш.Т., Досмухамедова Л.В.

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

Актуальность: Гемангиома – самая распространенная доброкачественная сосудистая опухоль детского возраста. На первом году жизни их распространенность составляет до 10 – 12 % и составляет до 50% всех опухолей мягких тканей у детей, причем у девочек гемангиомы встречается в 4-7 раз чаще.

Цель работы: улучшить терапевтические и косметические результаты лечения гемангиом у детей новыми консервативными и малоинвазивными методами.

Материал и методы исследования. В нашем центре проведено лечение 55 детей в возрасте от 20 дней до 4 лет с гемангиомами различной локализации. Девочки составили большинство - 76%. Локализация гемангиом очень разнообразная, но наиболее часто они локализовались на лице, шее и волосистой части головы (67% случаев наблюдений). Из общего числа больных у 42 детей гемангиомы были сложной анатомической локализации: на лице - 42%, в том числе на губах и языке (n=7), в области наружных половых органов и ануса – 21%, на пальцах верхних и нижних конечностей – 16%. У 12 детей имели место осложненные формы в виде изъязвления с инфицированием. В преобладающем большинстве случаев (87,1%) гемангиомы наблюдались уже с рождения, и только в 12,9% случаев образование обнаруживалось в период новорожденности. Для диагностики и оценки терапии в динамике проводились: осмотр с фотодокументированием, общеклинические анализы крови, определение уровня глюкозы натощак, УЗДС области поражения, УЗИ сердца, мониторинг гемодинамики, при обширных формах и при сложной локализации проведено МРТ и МСКТ с контрастированием.

Результаты: Всем детям проведено консервативное лечение пропранололом гидрохлоридом по схеме от 0,5 мг/кг/сут до 2 мг/кг/сут. Доза давалась в три приема после кормления ребенка. Проводилось мониторирование гемодинамики до приема пропранолола, через 1 и 2 часа после приема. Все данные заносились в разработанную таблицу. Контролировался уровень глюкозы крови на 3 и 7 сутки от начала лечения. В случаях с осложненными формами лечение комбинировалось со склеротерапией области изъязвления.

Проведенное лечение у детей до 1,5 лет оказало в 100% случаев положительный эффект. С первых дней приема пропранолола определялось прекращение роста гемангиомы. Далее, курсовой прием препарата индуцировал медикаментозный регресс, который выражался в уменьшении образования, изменения цвета и яркости поверхностной части гемангиомы с выраженного красного на более тусклые оттенки розового, замещение патологической ткани на соединительную и покровную (по данным УЗДС и клинике), вплоть до полного восстановления. В 2 случаях у детей в возрасте 2,5 и 4 лет проведенное курсовое лечение не вызвало регресс гемангиомы, действие препарата ограничилось только заметным размягчением образования, без клинического регресса. При анализе уровня глюкозы крови натощак на 3, 7, 14 и 30 сутки не отмечено снижение показателя ниже 3,7 ммоль/л. Показатели мониторинга гемодинамики во всех случаях оставались в пределах возрастной нормы.

Заключение: Для лечения гемангиом у детей до 1,5 лет пропранолол показан как препарат первой линии. При осложненном течении, при изъязвлении, кровотечении проведение одной процедуры склеротерапии в зоне повреждения покровов останавливало прогрессирование повреждения тканей и быстро улучшало общее состояние детей.

Метод консервативного лечения гемангиом и малотравматичная процедура склеротерапии ее осложнений показали себя как надежный, эффективный способ лечения гемангиом различной локализации, которые в первую очередь должны применяться для лечения детей раннего возраста.

ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Салимов Ш.Т., Рустамова М.Ш., Вахидов А.Ш.

Республиканский научно практический центр малоинвазивной и эндоскопической хирургии детского возраста МЗРУз.

Введение. Некротический энтероколит (НЭК) – одно из наиболее тяжелых заболеваний у детей периода новорожденности. Хирургическое лечение перитонита при НЭК нередко заканчивается наложением высокой колостомы, а иногда и илеостомы. Показатель смертности значительно выше в группе недоношенных новорожденных, среди детей с синдромом задержки внутриутробного развития и колеблется в пределах от 28 до 54%, а после оперативных вмешательств — 60%, несмотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также развитие современных технологий выхаживания и лечения новорожденных.

Целью исследования явилось улучшение хирургической тактики при лечении новорожденных с НЭК.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 17 новорожденных с хирургическими осложнениями НЭК, поступивших в РНПЦМЭХДВ за период 2015 по 2016 гг. Среди пациентов наблюдалось 7 мальчиков (41,2 %) и 10 (58,8%) девочек. Поводом для перевода больных в хирургический стационар явилось резкое ухудшение их общего состояния: рвота с примесью желчи или кишечного содержимого, вздутие и болезненность живота, напряжения передней брюшной стенки, скудный стул с примесью крови, выраженные гемодинамические нарушения – централизация кровообращения, дегидратация, инфекционный токсикоз.