

С.П. Галич, д.м.н., А.В. Резников, к.м.н., С.И. Лысенко, д.м.н., Я.П. Огородник, А.С. Лысенко, А.Ю. Дабижа, к.м.н., О.А. Гиндич, Н.И. Гребень, к.м.н., Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Реконструкция нижней челюсти с применением сложносоставных комплексов тканей

Продолжение. Начало на стр. 52.

преламинированного вертикального трапециевидного лоскута возникла серома донорской зоны, что потребовало дренирования.

Оценку отдаленных результатов проводили не ранее чем через 6–12 мес после реконструктивной операции. При оценке учитывали суммарную степень нарушения артикуляции, приема пищи, мимики, движений головы как до, так и после проведенного лечения. Также учитывали эстетический результат операции и степень косметических нарушений донорской зоны.

Хорошие и удовлетворительные результаты хирургического лечения с учетом корригирующих операций в первой группе получены у пяти пациентов (рис. 6–8). Во второй группе хорошие и удовлетворительные результаты были у всех пациентов (рис. 13, 21).

У трех пациентов первой группы в течение года после пересадки выполнены корригирующие операции. В одном случае проводили закрытие экстразированной металлопластины при помощи местнопластических методик, у двух пациентов — лифтинг угла рта и тканей средней зоны лица, у одного — коррекцию послеоперационных рубцов.

У двух пациентов второй группы также проводили коррекцию рубцов, в одном случае выполнили липофиброаспирацию с целью уменьшения объема избыточных тканей пересаженного лоскута, а в другом — липофиллинг средней зоны лица и надключичной области.

Учитывая полученные результаты, можно сделать выводы, что использование указанных методов лечения с пересадкой свободных и перемещением васкуляризированных комплексов тканей имеет значительные преимущества в сравнении с классическими методиками — местнопластическими приемами кожной пластики расщепленными и полнослойными кожными лоскутами, использованием филатовских стеблей, треугольных лоскутов на широкой питающей ножке и т.д. Большинство пациентов неоднократно были оперированы ранее, но результаты перенесенных операций нельзя признать удовлетворительными. Использованные нами в исследованиях лоскутные методики были единственной альтернативой, способной улучшить качество жизни пациентов. Гарантированность кровоснабжения, достаточный объем тканей, возможность формирования лоскутов структурно заданных характеристик, предсказуемость эстетических результатов и возможность выполнения отсроченных корригирующих операций

являются важными преимуществами при использовании сложно-составных комплексов тканей. Вместе с тем возможные осложнения, сложность формирования и выделения лоскутов, необходимость подготовки в области микрохирургии и другие факторы все еще ограничивают широкое применение васкуляризированных лоскутов в отечественной реконструктивной хирургии.

Показания к использованию того или иного варианта реконструкции нижней челюсти продиктованы особенностями существующего дефекта. Так, при сочетании дефекта нижней челюсти с обширной рубцовой трансформацией окружающих тканей и вовлечением в процесс потенциальных реципиентных сосудов (после перенесенной лучевой терапии) методом выбора может быть перемещение лоскута, в частности вертикального трапециевидного, после предварительной его преламинации костным аутоотрансплантатом. При этом дефект нижней челюсти в условиях неизмененных покровных тканей может быть показанием для свободной пересадки малоберцового костно-мышечного лоскута или лоскута передней зубчатой мышцы с углом лопатки. Свободно пересаженные лоскуты не требуют этапа преламинации и вызывают минимальные нарушения в донорской области.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование сложносоставных комплексов тканей является перспективным, а в ряде случаев единственным методом восстановления нижней челюсти. Различные варианты применения сложных лоскутов и при необходимости возможность их преламинации позволяют добиться положительных результатов лечения даже в сложных клинических случаях.

Литература

1. A Prospective Analysis of Bony versus Soft-Tissue Reconstruction for Posterior Mandibular Defects / Hanasono, Matthew M.; Zavallos, Jose P.; Skoracki, Roman J. et al. // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2010. — Vol. 125, N 5. — P. 1413–1421.
2. Maxillofacial Reconstruction with Prefabricated Osseous Free Flaps: A 3-Year Experience with 24 Patients / Dennis Rohner, M.D., D.D.S., Claude Jaquiere, M.D., D.D.S., Christoph Kunz, M.D., D.D.S. et al. // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2003. — Vol. 112. — P. 748.
3. Combined anterolateral thigh flap and vascularized fibula osteoseptocutaneous flap in reconstruction of extensive composite mandibular defects / Wei F.C., Celik N., Chen H.C. et al. // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2002. — Vol. 109. — P. 45.
4. Deschler D.G. The optimum method for reconstruction of complex lateral oromandibular-cutaneous defects / Deschler D.G., Hayden R.E. // Head Neck. — 2000. — Vol. 22. — P. 674.
5. Eufinger, Harald M.D., D.M.D. Individual Prefabricated Titanium Implants in Reconstructive Craniofacial Surgery: Clinical and Technical Aspects of the First 22 Cases / Eufinger, Harald M.D., D.M.D., Ph.D.; Wehmeller Michael Dipl.-Ing. // Plastic and Reconstructive Surgery. — 1998. — Vol. 102, N 2 — P. 300–308.
6. The Dermis-Prelaminated Scapula Flap for Reconstructions of the Hard Palate and the Alveolar Ridge: A Clinical and Histologic Evaluation / Ingrid Schlenz M.D.; Klaus J. Korak M.D.; Rainer Kunstfeld M.D. et al. // Plastic and Reconstructive Surgery. — 2001. — Vol. 108, N 2 — P. 1519–1524.
7. Khouri R.K. Prefabrication of composite free flaps through staged microvascular transfer: An experimental and clinical study / Khouri R.K., Upton J., Shaw W.W. // Plastic and Reconstructive Surgery. — 1991. — Vol. 87 — P. 108.
8. Prefabrication of combined scapula flaps for microsurgical reconstruction in oro-maxillofacial defects: A new method. / Vinzenz K.G., Holle J., Wuringer E. et al. // Craniomaxillofac. Surg. — 1996. — Vol. 24 — P. 214.
9. The prefabricated combined scapula flap for bony and soft-tissue reconstruction in maxillofacial defects: A new method. / Holle J., Vinzenz K., Wuringer E. et al. // Plastic and Reconstructive Surgery. — 1996. — Vol. 98 — P. 542.



Рис. 21. Пациентка П., 6 мес после проведенной реконструкции и корригирующих липофиброаспирации лоскута и липофиллинга окружающих тканей (прямая и косая проекции)

А.А. Калинчук, Винницкая детская областная больница, А.В. Катилов, Д.В. Дмитриев,

Синдром опухоли брюшной

Под термином «объемное образование брюшной полости» (ООБП) подразумевают наличие пальпируемого мягкого или плотного образования в любой области живота [1, 3, 7]. Несмотря на, казалось бы, сугубо хирургический аспект этого вопроса, до 83% пациентов с наличием ООБП обращаются за медицинской помощью к педиатрам или врачам общей практики [2, 5]. Наличие пальпируемого ООБП в любом случае является признаком патологии, требующей срочной и четкой диагностической и лечебной тактики [4].

В подавляющем большинстве случаев ООБП определяется родителями случайно при пальпации живота или замечается визуально при значительных размерах данного образования [6]. Реже ООБП выявляется врачом при осмотре или является случайной находкой при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Если ООБП имеет незначительные размеры и не деформирует переднюю брюшную стенку, то может оставаться недиагностированным длительное время.

По нашим данным, в 40% всех случаев родители самостоятельно в процессе купания или игры выявляют ООБП, как правило, это крупные опухоли, пороки развития органов брюшной полости и паразитарные заболевания. Приблизительно в 50% случаев их выявляет врач при первичном осмотре ребенка с различными жалобами, они в основном представлены острой хирургической патологией, травмами или их осложнениями [1, 5, 7]. До 10% случаев это находка при проведении лучевых методов диагностики (преимущественно это пороки развития органов брюшной полости или болезни, сопровождающиеся органомегалией) [3, 6]. К сожалению, в отечественной литературе не представлены достоверные статистические данные об этиологии и структуре ООБП.

ООБП у детей являются сложной диагностической проблемой, и определить тяжесть заболевания и прогноз можно лишь с помощью специальных методов обследования. Прогноз течения заболевания у ребенка с ООБП зависит от природы и места локализации процесса.

Синдром ООБП — это комплекс клинических симптомов и признаков, которые характеризуют наличие ООБП различного генеза. Причины возникновения ООБП у детей очень разнообразны, условно их можно разделить на три основные группы:

- опухоли (доброкачественные и злокачественные);
- острые хирургические заболевания брюшной полости (абсцессы и инфильтраты брюшной полости и т.д.), некоторые виды кишечной непроходимости (инвагинация) и травмы (внутрибрюшные и забрюшинные гематомы);
- другие причины и заболевания — паразитарные заболевания (эхинококковые и альвеококковые кисты), пороки развития (пилоростеноз, гидронефроз, тератомы, кисты брыжейки и урахуса, дивертикулярные образования и др.), заболевания, протекающие со спленомегалией (острый лейкоз, болезнь Гоше и др.).

При выявлении ООБП перед врачом встает несколько проблемных вопросов:

- органопринадлежность (какой орган поражен), причина и характер поражения;
- объем и последовательность диагностических обследований;
- лечебная тактика.

Тем не менее уже при банальном первичном осмотре с высокой долей вероятности можно определить орган поражения и предположить его характер (доброкачественный или злокачественный). Необходимо понимать, что именно



А.А. Калинчук



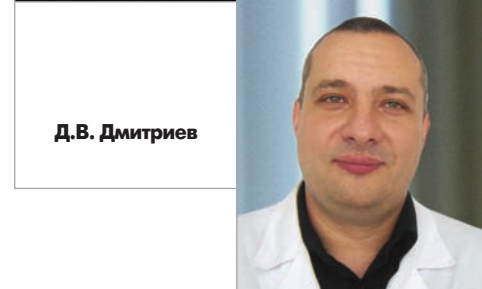
А.В. Катилов



Е.Ю. Дмитриева



Д.В. Дмитриев



внимательный первичный осмотр — один из важнейших шагов в обследовании таких пациентов.

При этом необходимо ориентироваться на:

- знания нормальной анатомии (например, при локализации процесса в правом подреберье более вероятно поражение печени);
- специфическую клиническую картину при определенных заболеваниях (например, клиника аппендикулярного абсцесса);
- данные анамнеза (например, связь с перенесенной травмой).

Анализ наиболее частых причин ООБП у детей позволяет расположить их в определенной последовательности в зависимости от анатомической локализации и возраста (табл.).

Алгоритм клинической диагностики ООБП при первичном осмотре состоит в:

- оценке общего состояния больного с целью определения признаков острого воспаления (гипертермия, интоксикационный синдром) или неопластического процесса (нарушение физического развития, кахексия);
- предположительной оценке степени поражения органа и его функций (признаки портальной гипертензии, симптомы сдавления нижней полой вены, появление варикоцеле, гематурии и т.д.);
- определении характеристик собственно ООБП (визуализация опухоли, размер, подвижность, плотность, бугристость, эластичность и болезненность);

Е.Ю. Дмитриева, Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

полости у детей

Таблица. Наиболее вероятная причина ООБП		
Локализация ООБП	Патология, заболевания	Характерный возраст
Правое подреберье	Патология правой почки (опухоли, гидронефроз)	1-7 лет
	Патология правой доли печени (опухоли, кисты)	Любой
	Опухоли забрюшинного пространства (нейробластома)	6 мес – 6 лет
	Инвагинация	До года
Левое подреберье	Патология левой почки (опухоли, гидронефроз)	1-7 лет
	Опухоли забрюшинного пространства (нейробластома)	6 мес – 6 лет
	Патология хвоста поджелудочной железы (кисты, воспалительные инфильтраты)	5-18 лет
Эпигастрий	Патология левой доли печени (опухоли, кисты, паразитарные кисты)	Любой
	Патология головки и тела поджелудочной железы (кисты, воспалительные инфильтраты, опухоли)	5-18 лет
	Пилоростеноз	До 6 мес
Правая боковая область	Патология правой почки (опухоли, гидронефроз)	1-7 лет
	Опухоли забрюшинного пространства (нейробластома)	6 мес – 6 лет
	Патология восходящего отдела толстого кишечника (опухоли, воспалительные инфильтраты)	Старше 3 лет
Левая боковая область	Патология левой почки (опухоли, гидронефроз)	1-7 лет
	Опухоли забрюшинного пространства (нейробластома)	6 мес – 6 лет
	Патология восходящего отдела толстого кишечника (опухоли, воспалительные инфильтраты)	Старше 3 лет
Околопупочная область	Болезнь Гишпрунга (пальпируются перерастянутая поперечная ободочная кишка и каловые камни в ней)	Старше года
	Патология поперечного отдела толстого кишечника (опухоли, воспалительные инфильтраты)	Старше 3 лет
Левая подвздошная область	Патология сигмовидной кишки (опухоли, воспалительные инфильтраты)	Старше 3 лет
	Патология левого яичника (опухоли, кисты, воспалительные инфильтраты)	Старше 5 лет
Правая подвздошная область	Аппендикулярные инфильтраты и абсцессы	Старше 3 лет
	Опухоли в области слепой кишки (неходжкинская лимфома)	Старше 3 лет
	Патология правого яичника (опухоли, кисты, воспалительные инфильтраты)	Старше 5 лет
Надлобковая область	Воспалительные инфильтраты и абсцессы с тазовой локализацией	Старше 3 лет
	Патология мочевого пузыря (опухоли, дивертикулы)	Любой
	Заболевания матки (опухоли, пороки развития)	Старше 5 лет

— наличии или отсутствию симптомов «острого живота» (перитонит, кишечная непроходимость).

Общепризнанное разделение опухолей на доброкачественные и злокачественные патогенетически и клинически обосновано в связи с наличием между ними характерных дифференциально-диагностических отличий.

Доброкачественные опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства, как правило, характеризуются медленным ростом, клиническая симптоматика чаще появляется при больших размерах или сдавлении соседних органов и нарушении их функции. Такие опухоли чаще являются случайной находкой при профилактических осмотрах или УЗИ.

Общее состояние пациента удовлетворительное даже при гигантских размерах опухоли, значимые изменения в анализах крови, мочи и биохимических показателях отсутствуют, лабораторные показатели опухолевых маркеров в пределах нормы.

Общепризнанными ультразвуковыми критериями доброкачественных новообразований являются признаки неинвазивного типа роста (правильная форма, горизонтальная ориентация образования, ровный четкий контур, который визуализируется на всем протяжении), преимущественно однородная структура, васкуляризация чаще умеренная. Сосудистый рисунок органа, в котором находится доброкачественное образование, не деформирован (сосуды огибают образование). При возможности провести компрессию (датчиком, рукой) образование изменяет форму.

При компьютерной томографии наблюдается незначительное накопление

контраста в опухоли и отсутствие инвазии в соседние органы.

При проведении ангиографии отсутствуют неоваскуляризация, симптом ампутации и огибания сосудов.

Злокачественные новообразования сопровождаются специфическими признаками паранеопластического синдрома, особенно в поздних стадиях: снижением аппетита, субфебрилитетом, анемией, стойким повышением СОЭ, гематурией (при опухолях почки или прорастании опухоли в почку), гиперфибриногенемией и повышением уровня опухолевых маркеров.

Ультразвуковыми признаками злокачественности выявленного образования являются признаки инвазивного типа роста (неправильная, неопределенная форма, вертикальная или неопределенная ориентация образования, неровный нечеткий контур, часто задняя стенка образования не визуализируется), чаще опухоль гипervasкуляризованная, сосуды расположены хаотично. Сосудистый рисунок органа-хозяина деформирован («обрублен») новообразованием, возможно выявление инвазии сосудов. Проба с компрессией отрицательная. В лимфатических узлах



Рис. 1. Пациент С. с опухолью Вильмса

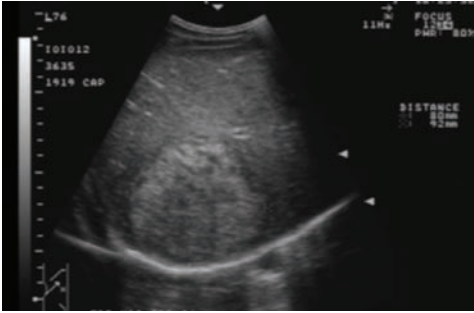


Рис. 3. Метастаз в правой доле печени

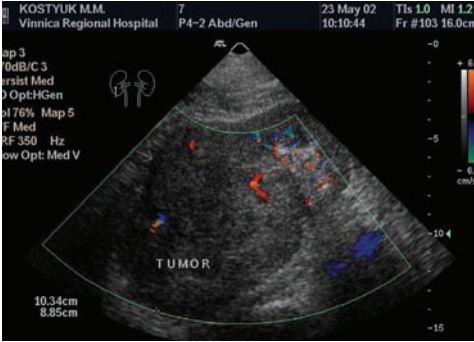


Рис. 2. Опухоль Вильмса

(как в зонах лимфооттока, так и в отдаленных зонах) могут быть признаки метастазирования. При больших размерах опухоли часто трудно четко идентифицировать орган, из которого происходит образование, при использовании только УЗИ (рис. 1-3).

На компьютерной томографии злокачественные образования характеризуются инвазией опухоли в соседние органы, наличием зон некрозов, тромбозами крупных сосудов, интенсивным накоплением контраста, увеличением регионарных лимфоузлов, наличием отдаленных метастазов в печень и другие органы (рис. 4).



Рис. 4. Опухоль малого таза

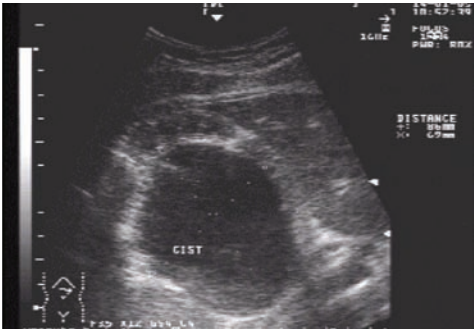


Рис. 5. Опухоль левой почки

характер неоваскуляризации (рис. 5).

Проблемой, требующей экстренной диагностики и неотложной хирургической тактики, является синдром ООБП, возникший в результате острого воспалительного заболевания брюшной полости или забрюшинного пространства, а также травмы.

Клинически это часто проявляется развитием воспалительного инфильтрата или ограниченного абсцесса, в других случаях пальпируется петля кишечника или инвагинат.



Киста хвоста поджелудочной железы

В данной ситуации ведущую роль в диагностике имеет анализ жалоб (боль, рвота, задержка стула, гипертермия и др.), оценка данных анамнеза (длительность заболевания, острое начало, прогрессирующее течение) и клиническое обследование пациента. Общие методы исследования (общий анализ крови и мочи), УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (органопринадлежность, характер и структура ООБП, особенности васкуляризации, наличие свободной жидкости и/или свободного воздуха), обзорная рентгенография (наличие чаш Клойбера, свободного воздуха и др.) дают возможность верно установить диагноз в 95% случаев. При острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства в подавляющем большинстве случаев проводится безотлагательное оперативное вмешательство с ликвидацией причины заболевания, реже — консервативная тактика (аппендикулярный инфильтрат, паранефрит).

При выявлении пальпируемых внутрибрюшных и забрюшинных гематом значительного размера ведущую роль в диагностике имеет анамнез — эпизод травмы с различными механизмами повреждения.

Лабораторные и инструментальные исследования позволяют уточнить диагноз и выбрать правильную тактику терапии. Задачей УЗИ при травме является выявление внутрипеченочных или внепеченочных гематом (рис. 6), свободной жидкости в брюшной полости и забрюшинном пространстве (как признак нарушения целостности органа), оценка дыхательной подвижности органов, васкуляризации (дефект внутрипеченочной перфузии, отрыв ножки почки).

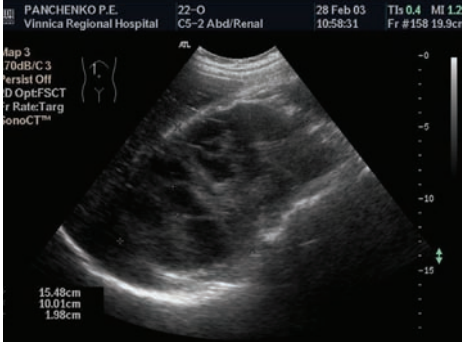


Рис. 6. Нагноившаяся посттравматическая гематома в области правого подреберья

К более редким причинам синдрома опухоли брюшной полости относят пороки развития (пилоростеноз, гидронефроз и удвоение почки значительных размеров) и паразитарные кисты. Пальпация позволяет выявить ООБП преимущественно у детей раннего возраста, в дальнейшем из-за развития мышц брюшного пресса они становятся недоступны пальпации.

Клиническое течение пороков развития органов брюшной полости сходно с клиникой доброкачественных новообразований до момента проявления декомпенсации.

Пилоростеноз — идиопатическая гипертрофия и гиперплазия циркулярных мышечных волокон пилорического отдела желудка, которая приводит к нарушению пассажа из желудка в двенадцатиперстную кишку. Клиническая симптоматика нарастает и чаще максимально проявляется уже на 1-2-м месяце жизни. У ребенка прогрессируют срыгивание и рвота застойным желудочным содержимым и створоженным молоком, снижается масса тела. Симптом «песочных часов» — тугоэластичное

Продолжение на стр. 56.

А.В. Катилов, к.м.н., Д.В. Дмитриев, Е.Ю. Дмитриева, Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова, А.А. Калинин, Вінницька дитяча обласна лікарня

Синдром опухоли брюшной полости у детей

Продолжение. Начало на стр. 54.

опухолевидное образование — обычно пальпируется в эпигастриальной области или области правого подреберья (в стадии декомпенсации может пальпироваться даже в правой подвздошной области). При УЗИ выявляется увеличение длины и диаметра пилорического канала, утолщение мышечного слоя в этом отделе более 3–4 мм. При четких клинических и ультразвуковых признаках не требуется проведение дальнейшей дифференциальной диагностики. Лечение — пилоромитомия (рис. 7).



Рис. 7. Пилоростеноз

В диагностике гидронефроза на фоне мегауретера и пороков развития мочеточника, которые приводят к обструкции мочевыводящих путей, основную роль играет анализ мочи, а также данные УЗИ. Диагноз подтверждается экскреторной урографией, микционной цистографией, применяют цистоскопию. Лечение оперативное (рис. 8).

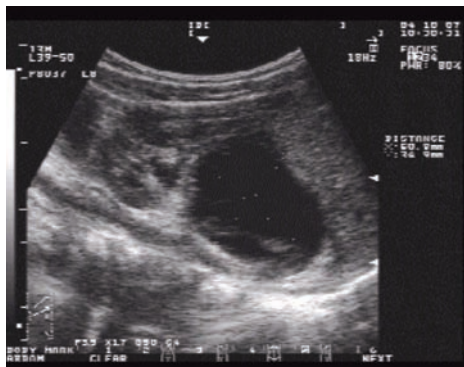


Рис. 8. Гидронефроз верхней части удвоенной почки. Мегауретер

Гематометра — накопление крови в полости матки вследствие порока развития девственной плевы. Имеет значение подростковый возраст, отсутствие менструаций, опухолевидное образование в нижней части живота, боль с периодичностью раз в месяц несколько дней подряд (что отвечает соответствующей фазе цикла), соответствующие данные УЗИ, осмотр гинеколога. Лечение оперативное — рассечение девственной плевы.

Паразитарные заболевания органов брюшной полости встречаются редко и в основном представлены эхинококковыми или альвеококковыми кистами. Заподозрить их на этапе клинического обследования возможно по наличию признаков аллергии (кожные высыпания, эозинофилия в анализе крови) и специфических данных анамнеза (тесный контакт с животными, асоциальные группы населения, контакт с сырым мясом и рыбой, наличие паразитарных кист у членов семьи).

❗ Подавляющее большинство паразитарных кист брюшной полости локализуется в печени, реже в селезенке

и почках и выявляются при проведении УЗИ. Особенности паразитарных кист являются длительное существование и тенденция к постепенному, но значительному увеличению размеров и изменению экоструктуры (в отличие от простых кист).

Экоструктура изменяется в соответствии с переходом из одного типа в другой. Сначала появляется простая однокамерная киста, имитирующая простую солитарную кисту, затем в ней образуются внутренние перегородки, количество которых со временем увеличивается, киста растет до значительных размеров, стенка ее утолщается, затем, если не произошел разрыв кисты, она кальцифицируется, исходом этого заболевания является кальцификат (рис. 9).

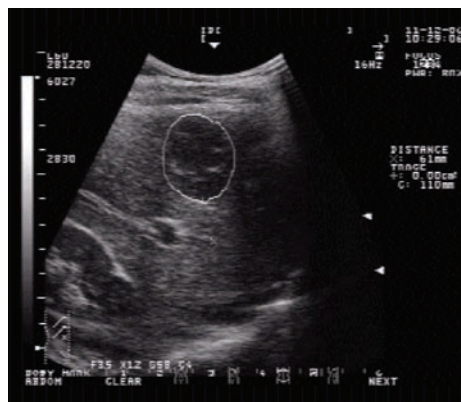


Рис. 9. Эхинококковая киста

Окончательный диагноз выставляют по иммунологическим тестам — антитела к возбудителю заболевания в крови. Обязательно выполнение компьютерной томографии брюшной полости с контрастированием (сколекс, кальцинаты, толщина капсулы кисты, ее топика и отношение к анатомическим структурам), что крайне необходимо для планирования оперативного вмешательства.

❗ Тактика лечения ООБП различной природы зависит от их размеров, локализации, гистологического строения и общего состояния ребенка.

Такие образования у новорожденных обычно являются врожденными пороками и требуют неотложного лечения. Экстренная медицинская помощь необходима также при быстром росте ООБП, так как это может указывать на злокачественный характер.

Пациенты с ООБП нуждаются в максимально возможном объеме обследований. Во-первых, детальное обследование перед оперативным вмешательством дает возможность получить максимально точную информацию об органопринадлежности, связи с соседними органами, размере, структуре, выявить признаки инвазивного (чаще злокачественного) или отграниченного (чаще доброкачественного) типа роста, оценить васкуляризацию образования. Во-вторых, если гистологическое обследование все же подтвердит злокачественную природу новообразования, то неполное обследование приведет к трудностям послеоперационного стадирования процесса со всеми, как правило, негативными последствиями.

❗ Оперативное вмешательство при доброкачественных опухолях направлено на удаление образования,

ликвидацию симптомов компрессии соседних органов и должно проводиться согласно органосберегающим принципам. При возникновении сомнений во время операции в доброкачественности новообразования проводится экспресс-биопсия.

Основными принципами диагностики и лечения при злокачественных новообразованиях в детской онкологии являются:

- максимальное обследование (УЗИ, компьютерная томография с контрастированием, ангиография, лабораторные исследования) и информация о гистологическом варианте опухоли (если была предварительная биопсия), стадии, уровне опухолевых маркеров (если есть) до операции;

- широкая лапаротомия при попытке радикального оперативного вмешательства;

- участие детского онколога при проведении оперативных вмешательств у детей с подозрением или подтвержденным злокачественным процессом;

- при верификации диагноза обязательен забор гистологического материала в достаточном объеме (не менее 1,0×1,0 см) и по показаниям иммуногистохимическое и молекулярно-генетическое исследование материала;

- инцизионная биопсия (пункционная биопсия) показана при сомнениях в радикализме первичного вмешательства, угрозе инвалидизующих последствий при его выполнении, когда последствия радикальной первичной операции приведут к отсрочке последующего лечения, то есть первичные радикальные операции проводятся при локальных формах злокачественных опухолей (1–2 стадии) и доброкачественных опухолях;

- допускается удаление опухоли путем «кускования» при доброкачественной природе для достижения полного удаления новообразования (при злокачественной опухоли — это грубая ошибка);

- биопсия всех подозрительных мест и лимфатических узлов в зонах лимфооттока (при оценке возможно пораженных лимфатических узлов пользоваться правилом: лимфатический узел диаметром до 1 см — маловероятно поражен, от 1 до 2 см — сомнительно поражен, больше 2 см — вероятно поражен, обращая внимание также и на их плотность, спаянность в конгломераты и т.д.);

- обязательная биопсия регионарных лимфатических узлов независимо от их характеристик;

- удаление пораженных регионарных лимфатических узлов;

- цитологическое исследование выпота (при его отсутствии обязательно выполняются смывы из брюшной полости);

- при попытке радикального вмешательства оценить края резекции — места прилегания опухоли к окружающим тканям (проводится забор материала на гистологическое исследование не менее чем из трех мест);

- уделения особого внимания оперативному вмешательству у девочек с поражением внутренних половых органов — стандартом лечения является органосберегающий принцип;

- по возможности заканчивать оперативные вмешательства без наложения кишечной стомы, так как ее наличие существенно ухудшает прогноз. Она может быть причиной отсрочки полихимиотерапии, источником дополнительных потерь, инфицирования, осложняет уход и морально-психологическое состояние пациента. Если же без стомы

невозможно обойтись, то ее закрытие после первого вмешательства должно осуществляться как можно скорее. Мы считаем, что лучше использовать методику обходных анастомозов при первично неоперабельных опухолях, которые дают признаки полной или частичной кишечной непроходимости.

❗ Если говорить о лечении пороков развития, то основной метод — это оперативная коррекция.

Порок, который не был своевременно скорректирован, приводит зачастую к последующей потере органа (например, терминальный гидронефроз) или к развитию тяжелых осложнений (например, кахексия при пилоростенозе). Необходимо также упомянуть о возможности малигнизации пороков развития у детей (например, после четырехмесячного возраста тератома может трансформироваться в тератобласту, что, соответственно, определяет сроки оперативного вмешательства).

❗ Как правило, лечение объемных процессов брюшной полости воспалительного характера нуждается в неотложном оперативном вмешательстве, таком как вскрытие и дренирование. Однако в определенных случаях при воспалительных инфильтратах проводится консервативная терапия (паранефрит, аппендикулярный инфильтрат).

Консервативная тактика (активная антибиотикотерапия, местно холод) применяется в случаях, когда заболевание длится более 5–6 суток. Динамическое наблюдение в подобной ситуации проводится с целью выявления факта трансформации инфильтрата в абсцесс. Абсцедирование инфильтрата проявляется резким повышением температуры, учащением пульса, усилением боли в животе. В подобных случаях требуется срочное оперативное вмешательство. При благоприятном течении инфильтрат полностью рассасывается в течение 1–1,5 месяца.

❗ При гематомах в брюшной полости или забрюшинной клетчатке, обусловленных травмой, оперативное лечение показано при продолжающемся кровотечении или наличии признаков нагноения гематомы.

Таким образом, синдром опухоли в брюшной полости у детей — это группа разнообразных заболеваний с различными подходами в диагностике и лечении, и зачастую своевременная и правильно проведенная дифференциальная диагностика определяет дальнейший прогноз.

Литература

- Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В. Детская онкология. — М.: Медицина, 2002. — 608 с.
- Журило И.П., Литовка В.К., Латышов К.В., Четверик А.Н. Некоторые новые данные о структуре детской онкозаболеваемости в Донецкой области // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2005. — № 3. — С. 443–447.
- Ковалев В.И., Копосов П.В., Ковалев Д.В., Бородачев А.В. Онкологическое отделение детской многопрофильной больницы: современное состояние и перспективы // Детская хирургия. — 2001. — № 5. — С. 49–53.
- Москаленко В.З., Журило И.П., Литовка В.К. Опухоли и опухолеподобные заболевания у детей. — Донецк: Донецчина, 2003. — 96 с.
- Breitfeld Ph.P., Kreissman S.G. Principles of Pediatric Oncology // Pediatric Surgery. — St. Louis; Baltimore; Boston...: Mosby, 1998. — P. 367–389.
- Grosfeld J.L. Neuroblastoma // Pediatric Surgery. — St. Louis; Baltimore; Boston...: Mosby, 1998. — P. 405–419.
- Othersen H.B., Tage E.P., Garvin A.J. Wilms' Tumor // Pediatric Surgery. — St. Louis; Baltimore; Boston...: Mosby, 1998. — P. 391–403.