



вскрытия грыжевого мешка с гофрировкой за счет фиксации к ребрам и грудине.

На контрольной рентгенографии органов грудной полости через 6 месяцев визуализируется контур диафрагмы, картина удовлетворительная.

Таким образом, выявлена впервые в нашей практике редкая патология в виде двусторонней диафрагмальной грыжи, представляющая научно-практический интерес, требующая ранней диагностики и хирургической коррекции.

Литература:

1. Flake A.W., Grombleholme T.M., Johnson M.P., Howell L.J., Adzick N.S. Treatment of severe congenital diaphragmatic hernia by fetal tracheal occlusion: clinical experience with fifteen cases. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 1059-1066.
2. К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер Детская хирургия. СПб, 1996. Т.1: 229- 242.
3. С.Я. Долецкий Диафрагмальные грыжи у детей. М., 1960; 176-180.
4. Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, Т.В. Красовская Абдоминальная хирургия у детей, 1988г.

ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

**З.А. Аханзарипов, А.О. Момынкулов, Н.Н. Нугманов, Б.А. Кудабаев,
Э.Ф. Степанкевич, А.С. Тойбеков**

Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова,
Алматинская многопрофильная клиническая больница

В понятие объемные образования брюшной полости входят и опухоли, связанные с почками (преимущественно у маленьких детей), являющиеся забрюшинными структурами. Опухоли и кисты у старших детей исходят от внутрибрюшных органов.

Характерно начальное бессимптомное течение объемных образований. По Г.А. Баирову (1968) внутрибрюшные объемные образования составляют 0,08 % всех хирургических патологий детского возраста.

В основу нашей работы положен анализ наблюдений за 12 детьми, оперированных в хирургическом отделении областной клинической больницы за 2004-2008 году. Преобладали девочки в соотношении 9:3. Дети госпитализировались с болями в животе (3) и увеличением объема живота (4). Два ребенка поступили с диагнозом эхинококкоз печени. Среди госпитализированных больных с болевым синдромом в 2-х случаях диагностирована посттравматическая киста поджелудочной железы, в одном – киста общего желчного протока.

У детей с увеличением объема живота выявлены дивертикул мочевого пузыря (2), лимфоангиома большого сальника (1) и удвоение тонкой кишки (1).

У 2-х детей с эхинококкозом во время проведения оперативного вмешательства выявлена киста общего желчного протока (1) и тератодермоидная киста (1). С целью установления синтопии и органного происхождения объемного образования проведено УЗИ 5 детям. Для уточнения органного происхождения опухоли (кисты) производилось также компьютерная томография (4). В экстренных случаях была возможность интраоперационной визуализации опухолевого образования.

Приводим анализ клинических наблюдений. В одном наблюдении имело место кистозное расширение дивертикула Меккеля. Девочка 10 лет (история болезни №3579/08) поступила в отделение 30.11.2008 г. с болями в животе. С предполагаемым диагнозом острый аппендицит ребенок взят на операцию. На операционном столе обнаружен конгломерат, состоящий из слепой кишки, восходящего отдела толстой кишки и петель тонкой кишки. В середине конгломерата (после разъединения спаек) обнаружено мешкообразное расширение диаметром до 9 -10 см, с приводящей и отводящей петлями тонкой кишки. Кистозное расширение располагалось примерно в 30- 40 см от илеоцекального угла, стенка образования утолщена, бугристая (рис.1). Весь конгломерат воспалительно изменен, в спайках, синюшно- багрового цвета, с признаками нарушения кровообращения. Произведена резекция конгломерата, в пределах здоровых отделов толстой и тонкой кишок. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана девочка 23.12.2008 года, с выздоровлением.

Гистологическое исследование материала (биопсия №№ 10470- 10474). Стенка кисты представлена рыхлой и плотной соединительной тканью, с умеренной диффузной лимфо- лейкоцитарной инфильтрацией, полнокровными сосудами. Слизистый слой истончен, атрофичен, с мелкими железами округлой или вытянутой формы, выстланными низким призматическим эпителием. Диагноз: дивертикул Меккеля, дивертикулит.

Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что мешкообразно расширенный сегмент тонкой кишки (дивертикул Меккеля) служил причиной хронического нарушения кишечного пассажа, с последующим развитием хронического воспали-

тельного процесса, спайкообразования и болевого синдрома.

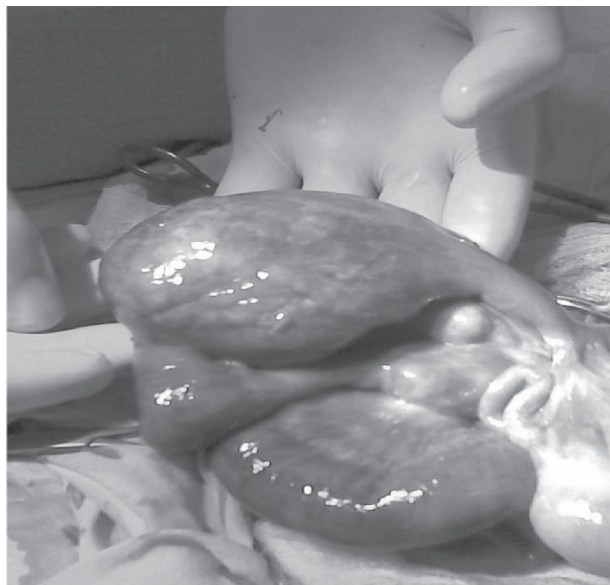


Рисунок 1

Во втором наблюдении – мальчик 6 лет (история болезни №8925/06), поступил в хирургическое отделение областной больницы 13.10.2006 года, с картиной перитонита и увеличением живота. После УЗИ и предоперационной подготовки, ребенок взят на операцию. На операционном столе разлитой гнойный перитонит. Обнаружено кистозное образование, занимающее всю брюшную полость и состоящее из двух самостоятельных камер, связанных с одной из петель тонкой кишки узкими каналами (рис. 2, рис 3 макропрепарат).

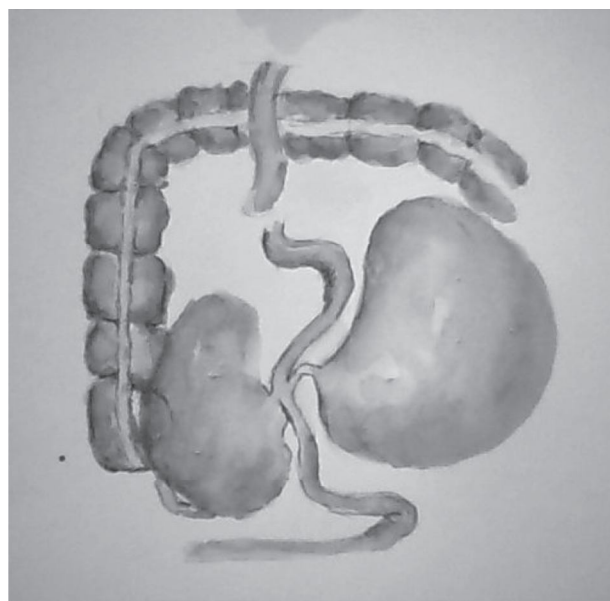


Рисунок 2

Содержимое камер темно-коричневого цвета 700 и 800 мл в каждой. Размеры камер: большой - 15x15 см, меньший – 10x10 см. Большая камера

располагалась больше в нижнем отделе живота, меньшая – под брыжейкой тонкой кишки. Произведена резекция петли с кистозным образованием. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок выписан домой на 14- сутки, с выздоровлением. Послеоперационный диагноз – кистозное удвоение тонкой кишки.



Рисунок 3

В двух случаях, у девочки 14 лет (история болезни №1322/08) и у мальчика 7,5 лет (история болезни №1869/08) обнаружены тератодермоидные образования. Девочка поступила с жалобами на боли и увеличение объема живота. При пальпации живота прощупывалось плотное образование. На операции опухоль исходила из левого яичника и состояла из двух половин, каждая размером 10x10x10 см. Верхняя половина мягкотканая, распадающаяся, нижняя – кистозная. Опухоль удалена вместе с остатком яичника и маточной трубой. При гистологическом исследовании опухоль желточного мешка (энтодермального синуса).

Мальчик 7,5 лет, оперирован по поводу эхинококкоза печени. Киста верифицирована компьютерной томографией. Однако, на операционном столе на нижнебоковой поверхности правой доли печени обнаружена киста размером 7x5 см., при пункции прозрачная жидкость, на дне полости – жировое включение. Хитиновой оболочки не оказалось.

В трех наблюдениях объемные образования, в брюшной полости, представляли кисты холедоха. Девочки 2 лет 4 месяцев и 5 лет обратились в клинику, с болями в животе. Ранее лечились по поводу дискинезии желчных путей. При клиническом обследовании (УЗИ и компьютерная томография) установлены кистозная трансформация общего желчного протока (кисты размером 3x4 см). Девочкам выполнена операция по Ру-Герцену. В настоящее время состояние детей удовлетворительное, биохимические параметры (билирубин и его фракции), без особенностей, признаков инфекции нет. Дети находятся под наблюдением уже в течении двух и трех лет.



Третий ребенок, мальчик 3 лет, был взят на операцию после компьютерной томографии, с диагнозом эхинококкоз печени. Во время операции обнаружена киста холедоха (диаметр до 10 см). Ребенку так же была выполнена операция цистоеюноанастомоз на отводящей петле по Ру-Герцену. На вторые сутки ребенок экзистировал. Причина смерти – кровотечение.

У двух детей обнаружены больших размеров дивертикулы мочевого пузыря. Новорожденная девочка в возрасте 8 дней и девочка – 4-х месяцев были госпитализированы в клинику с диагнозом объемные образования брюшной полости (кисты яичника). В обоих случаях кисты не были связаны с половыми органами. Образования исходили из задней поверхности мочевого пузыря, содержимым являлась светлая жидкость.

Интересно отметить, что у новорожденной на УЗИ органов брюшной полости, наряду с кистой, исходящей из малого таза и занимающей нижнюю половину брюшной полости, обнаружено расширение коллекторной системы левой почки (гидронефроз). После удаления кисты на контрольном УЗИ органов брюшной полости не обнаружены признаки гидронефроза. Дети остаются под наблюдением, в течении 3-х – 4-х лет.

Мальчик 6 лет (история болезни №1388/08) поступил в хирургическое отделение 07.04.2008 года, с жалобами на боли в животе и увеличение объема живота. После клинического обследования и проведения компьютерной томографии, был поставлен диагноз – лимфангиома брюшной полости.

Во время операции обнаружена многокамерная киста большого сальника. При гистологическом исследовании стенка кисты представлялась фиброзной и жировой тканью, с очагами воспалительной инфильтрации.

Двое детей, девочки 12 лет и 8 лет, были доставлены в хирургическое отделение, с болями в животе, первая сразу после травмы (катаясь на велосипеде, ударились об руль), вторая через 8 дней после получения аналогичной травмы. У первой при поступлении была картина разрыва кисты. У второй девочки наличие кисты было установлено на компьютерной томографии. Размеры кист на операционном столе у первой 10х17 см, у второй 8х9 см. Природа кист была уточнена во время операции. Это были ложные кисты поджелудочной железы. Посттравматические ложные кисты поджелудочной железы у детей излечены методом наружного дренирования и промывания полости кист антиферментными препаратами.

Таким образом, анализируя даже небольшой клинический материал, можно сказать, что проблема ранней диагностики объемных образований брюшной полости и адекватной хирургической тактики остается актуальной. Больные поступают с целой палитрой клинических проявлений и чаще всего в период развития осложнений (болевого синдрома, увеличения живота и перитонита). Несмотря на широкий арсенал средств диагностики заболеваний, УЗИ и компьютерная томография остаются методами выбора, позволяющими определить синтопию опухоли (кисты) и органное происхождение объемных образований.

Литература:

1. Е.Б. Ольхова. Интраабдоминальные кисты у новорожденных. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2006; 2: 77-90.
2. В.В. Телеба, Р.А. Ставинский, А.И. Рашковский. О некоторых объемных образованиях брюшной полости и их осложнениях у детей. Здоровоохранение. Кишинев.1988;5: 23-25.
3. Г.А. Баиров, Д.Е. Абкин. Кисты и кистоподобные образования брюшной полости у новорожденных. Актуальные вопросы хирургии детского возраста. Баку, 1968; 23-27.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭНДОВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ У ДЕТЕЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Э.Т.Баймухаметов

Казахский НИИ онкологии и радиологии, г. Алматы

Торакоскопия как самостоятельный хирургический метод имеет почти 100-летнюю историю. В 1910 году в Швеции Ганс Христиан Якобеус ввел термин «торакокопия» и применил этот метод в клинической практике. Он же впервые при туберкулезе легких наложил лечебный пневмоторакс и сообщил о рассечении спаек в плевральной полости. Правда до конца 50-х годов торакоскопия применялась почти исключительно для создания

лечебного пневмоторакса. Лишь в 70-80-е годы торакоскопия нашла применение для диагностики и лечения заболеваний и повреждений груди. До появления эндовидеохирургии торакоскопия имела весьма ограниченные показания, и во многом они определялись опытом, накопленным в отдельных торакальных стационарах [1].

Цель данной манипуляции: определение степени распространенности патологического процесса