

4. Методом выбора являются лапароскопические операции.
5. Лечение кист селезенки пункционно-аспирационным методом неэффективно.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ЯИЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Аверин В. И¹., Кандратьева О. В²., Заполянский А. В².,
Алесин Е. А².

¹Белорусский государственный медицинский университет

²Республиканский научно-практический центр детской хирургии,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Врожденные кисты яичников встречаются с частотой 1: 500 живорожденных детей. Овариальные кисты у новорожденных чаще бывают однокамерными и односторонними. Особенностью кист яичника у плода является их появление после 30-й недели беременности. С течением внутриутробного периода киста яичника может увеличиваться, оставаться неизменной или уменьшаться вплоть до полного исчезновения.

Цель: оптимизация методов диагностики и тактики лечения опухолевидных образований яичников у новорожденных, поскольку данная тема является актуальной проблемой современной педиатрии, гинекологии и urgentной хирургии детского возраста вследствие поздней диагностики, неэффективного лечения и, тем самым, влияния на репродуктивную функцию будущих матерей

Материал и методы. В период с 2015 по август 2018 гг. в РНПЦ детской хирургии на стационарном лечении находилось 20 пациентов. Из них у 18 пациентов (90%) кисты были односторонними: справа у двенадцати девочек, слева у 8. Перекрут с некрозом изменённых придатков диагностирован у 10 из них.

С кистами малых размеров (до 3 см) консультированы 7 девочек, которые впоследствии наблюдались амбулаторно.

В большинстве случаев (13 новорожденных) диагноз заподозрен пренатально в 30-34 недели гестации. Во всех случаях постнатально диагноз установлен с помощью эхосонографии, которая имеет типичную ультразвуковую картину. У 3 пациентов (25%) выполнены дополнительные лучевые методы диагностики: МРТ и КТ, которые позволили уточнить локализацию, характер образования и взаимоотношения с окружающими органами.

Результаты и обсуждение. Тактика лечения пациентов определяется размерами кист и характером их содержимого.

У 7 пациентов, наблюдавшихся амбулаторно, где размеры кист не превышали 3 см по данным УЗИ, в течение первых месяцев жизни произошло спонтанное регрессирование кист.

У 20 новорожденных с размерами кист более 3 см выполнялось оперативное вмешательство. Необходимость операции обусловлена высоким риском перекрута крупной кисты с вовлечением здоровой ткани яичника и потери последнего. В современных условиях все операции были выполнены лапароскопически, что обеспечивает хороший обзор и бережные манипуляции на органах малого таза. При неосложненных кистах объем операции сводился к пункции кисты и удалению оболочек с сохранением непораженной ткани яичника. У 10 пациентов с внутриутробным перекрутом и некрозом придатков выполнялось аднексэктомия. Вопрос о фиксации контрлатерального яичника для профилактики его перекрута остается предметом дискуссий, однако в настоящее время большинство исследователей склоняются к необоснованности этой манипуляции во избежание травмы ткани яичника и маточной трубы и сохранения его репродуктивной функции.

Интра- и послеоперационных осложнений не было. Средняя продолжительность операции составила 40 минут.

Выводы:

1. УЗИ является информативным методом диагностики объёмных образований яичников у новорожденных, в том числе и антенатальная УЗИ диагностика.

2. Кисты до 3 см в диаметре нуждаются в динамическом наблюдении и не требуют срочного оперативного вмешательства, так как могут спонтанно регрессировать.

3. Своевременная диагностика и малоинвазивное лечение позволяет максимально сберечь ткань яичника, что обеспечивает благоприятный исход заболевания и в дальнейшем дает надежду на сохранение репродуктивной функции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.

Аверин В. И¹., Гринь А. И²., Свирский А. А., Ротко Н. В².

¹Белорусский государственный медицинский университет,

²Республиканский научно-практический центр детской хирургии, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Несмотря на внедрение в медицинскую практику новейших технологий, проблема лечения врожденной дуоденальной непроходимости остается актуальной и в настоящее время, что определяет необходимость поиска оптимальных методов хирургического вмешательства.

Цель: оценить результаты лечения непроходимости двенадцатиперстной кишки у новорожденных.

Материал и методы. С 1 января 2015 г. по 1 сентября 2018 г. в РНПЦ детской хирургии по поводу высокой кишечной непроходимости было пролечено 28 новорожденных (13 мальчиков и 15 девочек), которая была обусловлена полным или частичным механическим препятствием на уровне двенадцатиперстной кишки (ДПК). Проведен ретроспективный анализ по историям болезни. Исключены случаи, когда дуоденальная непроходимость сочеталась с другими пороками желудочно-кишечного тракта (атрезия пищевода, аноректальные пороки и др.).

В 85,7% случаев патология была диагностирована в роддоме. Эти пациенты в возрасте до 7 суток были госпитализированы по экстренным показаниям в наш стационар. Пренатально при УЗИ патология ДПК была заподозрена в 13 (46%) случаях (многоводие, расширение желудка и ДПК). Недоношенными родились 16 (57,7%) детей, путем экстренного или планового кесарева сечения – 7 (25%). Масса тела при