

пациентов младшей возрастной группы с отличием в сроках и в ближайших результатах лечения.

Литература:

1. Горбунов М.В. Черепно-мозговой травматизм у детей: социальные, клинические и организационные аспекты. / М.В. Горбунов, А.И. Мидленко, В.В. Машин, В.И. Горбунов, М.А. Мидленко, Р.Ф. Ишматов, Д.С. Червонный // Журнал «Современные проблемы науки и образования». Выпуск № 1 / 2015.
2. De Roo, Ana,C; Chounthirath,Thiphalak; Smith,Gary,A. 2013. Television-Related Injuries to Children in the United States, 1990-2011. PEDIATRICS. Vol. 132, no. 2. (August): 267-274.
3. Michael D. Cusimano, Nadine Parker. Toppled television sets and head injuries in the pediatric population: a framework for prevention. Journal of Neurosurgery: Pediatrics Jan 2016 / Vol. 17 / No. 1, Pages 3-12.
4. Автор неизвестен. Красноярские врачи предупредили об участвовавших случаях падения телевизоров на детей. Интернет-газета newslab.ru.; 21 января 2016. URL: <http://newslab.ru/news/698307>
5. Adam Ross Befeler, David J. Daniels, Susan A. Helms, Paul Klimo Jr., Frederick Boop. Head injuries following television-related accidents in the pediatric population Journal of Neurosurgery: Pediatrics Oct 2014/ Vol. 14 / No. 4, Pages 414-417.

УДК 616-007-053.1:616.26-007.5:611.26:-053.2

М.В.Плюснина, Н.А.Цап
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ
Кафедра детской хирургии
Уральский Государственный Медицинский Университет
Екатеринбург, Российская Федерация

M.V.Plyusnina, N.A.Tsap
EVALUATION OF RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF
DIAPHRAGMATIC HERNIAS IN NEWBORNS AND CHILDREN
Pediatric Surgery
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: nica27091998@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена оценке результатов оперативного лечения пациентов с диафрагмальными грыжами. Рассмотрены клинические признаки, объем обследований проведенный пациентам. Описываются варианты

оперативного лечения диафрагмальных грыж, послеоперационное ведение, осложнения после операции.

Annotation. The article is devoted to the evaluation of results of surgical treatment patients with diaphragmatic hernias. Considered clinical signs, the volume of surveys conducted patients. Describes the options surgical treatment of diaphragmatic hernia, postoperative management, complications after surgery.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, хирургическое лечение, дети

Keywords: diaphragmatic hernias, surgical treatment, children

Введение

Врожденная диафрагмальная грыжа является тяжелым врожденным пороком развития диафрагмы, характеризующимся высоким уровнем летальности (25% - 90%) на госпитальном этапе. Частота проявления 1:2000–4000 живорожденных и составляет 8 % от всех случаев врожденных пороков развития. Врожденная диафрагмальная грыжа преимущественно является патологией периода новорожденности, но примерно в 10 % случаев она выявляется и в более поздние сроки. В 40% врожденная диафрагмальная грыжа сочетается с пороками других органов, особенно часто поражаются ЦНС (28%), ССС (23%), ЖКТ (20%). Большую часть (60-80%) всех грыж диафрагмы составляют ложные [1].

Цель исследования - оценка результатов хирургического лечения у новорожденных и детей с диафрагмальными грыжами.

Материалы и методы исследования

В ходе работы проводился ретроспективный анализ историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в ОДКБ№1 в период 2014-2015 г. с диагнозом диафрагмальная грыжа. Общее число проведенных за 2 года оперативных вмешательств - 17.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст в группе новорожденных детей составил 8,3 дня, в группе детей от 6 мес. до 14 лет - 6,8 лет. Летальность составила 5,8% (1 человек). Мальчики (65%) преобладают над девочками (35%). Жалобы, наиболее часто предъявляемые при поступлении у детей старшего возраста (n=6), представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Основные жалобы детей с диафрагмальной грыжей

Жалобы	Абсолютное кол-во, N	Относительное кол-во %
Цианоз	3	50%
Одышка	1	17%
Асимметрия грудной клетки	3	50%
Беспокойство	2	34%
Кашель	2	34%

В клинической картине у детей отмечались: цианоз носогубного треугольника (80%); нарастающая при плаче и крике одышка (71%);

приступообразный кашель (29%); асимметрия грудной клетки с выбуханием на стороне поражения (64%); аускультативно отмечалось ослабление дыхания на стороне поражения (59%); перкуторно - тимпанит над соответствующей половиной грудной клетки (53%); запавший ладьевидный живот (47%). Клинические синдромы, выявленные у пациентов: синдром дыхательной недостаточности (смещение средостения, легочная гипертензия); синдром сердечно-сосудистой недостаточности (нарушение гемодинамики); синдром энтеральной недостаточности, болевой синдром (ущемление кишок) [5]. Были проведены инструментальные методы диагностики: рентгенография грудной клетки в двух проекциях 71% (смещение границ сердца вправо, высокое стояние купола диафрагмы, ячеистые полости неравномерной величины); рентгеноскопия пищевода с барием+проба на ГЭР 47% (частичное смещение желудка и тонкой кишки в грудную полость); пассаж бария по ЖКТ 24% (смещение петель тонкой и толстой кишки в грудную полость); УЗИ брюшной и плевральных полостей 24% (перистальтирующие петли кишечника в плевральной полости); КТ 18% (образование, пролабирующее из брюшной полости в кардио-диафрагмальный угол).

Из ранних признаков врожденной диафрагмальной грыжи по УЗИ можно отметить: у матери - многоводие 75%, у плода - декстракардия 44%, внутригрудное расположение желудка 24%, асимметрия живота 17%.[1] У пациентов диафрагмальная грыжа выявлялась чаще слева 76%. Показатель летальности составил 5,8% (умер 1 ребенок после рецидива ложной диафрагмальной грыжи).

Преимущественным методом выбора лечения диафрагмальных грыж у детей является лапаротомия (63%), так как этот метод облегчает разделение спаек с нижней поверхностью диафрагмы, удобен при расположении дефекта позади грудины и ребер, приемственен при появлении симптомов кишечной непроходимости. Торакотомии проводятся при узкой нижней апертуре у пациента, грыже пищеводного отверстия диафрагмы, коротком пищеводе.

Торакоскопические операции (37%) применялись в случаях, если желудок, кишечник, печень находятся в брюшной полости (подтверждено рентгенологически), если нет ГПОД [4].

Операция по поводу врожденной диафрагмальной грыжи проводится при условии респираторной и гемодинамической стабилизации. Предоперационная подготовка включает в себя: декомпрессию желудка; интубацию трахеи (ни в коем случае не масочная, так как грозит разрывом легкого с противоположной стороны); ИВЛ; контроль оксигенации, КЩС, газового состояния; седацию, миоплегию; инотропную поддержку (допамин/добутамин); очистительные клизмы [2]. Используемыми лапаротомными доступами являются: по Федорову (начинают от срединной линии ниже мечевидного отростка, ведут несколько сантиметров вниз, а затем параллельно реберной дуге), верхнесрединная лапаротомия (была проведена у 1 ребенка с передней диафрагмальной грыжей и врожденной килевидной деформацией грудной клетки), у новорожденных

паракостальный доступ (параллельно ребрам).

Эндоскопическое вмешательство выполнялось на здоровом боку с помощью 3 троакаров диаметром 3,5 мм для телескопа и манипуляторов. Троакары устанавливали в четвертом межреберье по заднеподмышечной линии и в шестом межреберье по переднеподмышечной и лопаточной линиям. Пластику дефекта диафрагмы производили местными тканями (35%) и с помощью синтетического материала (65%). У 12 (70%) детей послеоперационный период протекал без осложнений.

Осложнения были выявлены у 4 пациентов (все дети периода новорожденности), оперированных «открытым» методом: хилоторакс 2 (18%); гастроэзофагеальный рефлюкс 1 (9%); ранняя спаечная непроходимость 1 (9%). У 1 новорожденного в возрасте 15 суток произошел рецидив ложной диафрагмальной грыжи после торакоскопической операции. Было выполнено повторное оперативное вмешательство, отмечалось нарастание дыхательной недостаточности, в итоге ребенок умер. Рентгенологическое и ультразвуковое исследования проводятся всем детям после операции для определения уровня стояния диафрагмы, расположения и взаимоотношения органов брюшной полости. Так же важно оценить состояние легких, наличие выпота в плевральных полостях [3]. Все дети в послеоперационном периоде получали адекватные обезболивание (Промедол, Парацетамол) и антибактериальную терапию (Цефатоксим, Цефтриаксон, Амписид), инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами (глюкозы, Рингера), соляно-щелочные ингаляции. Положительная клинико-рентгенологическая динамика, снятие швов на 10-12 сутки послеоперационного периода свидетельствовали о выздоровлении ребенка.

Выводы:

1. Врожденные диафрагмальные грыжи проявляются преимущественно в периоде новорожденности.
2. В антенатальной диагностике признаками врожденной диафрагмальной грыжи явились: у матери - многоводие, у плода - декстракардия, внутригрудное расположение желудка, асимметрия живота.
3. Рентгенологическое и ультразвуковое исследования проводятся до и после хирургического вмешательства, позволяют определить эффективность выполненной операции.
4. Стабилизация состояния, нормализация респираторных и гемодинамических показателей - критерии эффективной предоперационной подготовки.
5. Пластика дефекта синтетическими материалами дает хороший результат, снижает риск рецидивов.
6. Использование торакоскопии у детей с врожденной диафрагмальной грыжей является новым перспективным направлением в развитии хирургии, позволяет оказать более эффективную хирургическую помощь детям, имеет преимущества перед «открытым» оперативным вмешательством (удобный

доступ, минимальная травматизация, хороший косметический эффект, быстрое восстановление в послеоперационном периоде).

Литература:

1. Доржиев Б.Д. Ранняя антенатальная диагностика и лечение врожденной диафрагмальной грыжи по материалам детского хирургического отделения городской клинической больницы скорой медицинской помощи. / Доржиев Б.Д. // – Бюллетень ВСНЦ СО РАМН №4-2, 2011. – 63-65 с.
2. Исакова Ю.Ф. Детская хирургия: Национальное руководство / Ю.Ф.Исакова, А.Ф.Дронова // – М.:ГЭОТАР-Медия, 2014.-280-287с.
3. Разумовский А.Ю. с соавт. Сравнительный анализ лечения новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей после пластики диафрагмы открытым и эндоскопическим способами. / Разумовский А.Ю. //– Детская хирургия №3, 2012. – 4-8 с.
4. Тарасов А.Ю. с соавт. Эндоскопические операции при диафрагмальных грыжах у детей. / А.Ю. Тарасов // - Детская хирургия N 6, 2012. – 21-23с.
5. Троян В.В. Диафрагмальные грыжи у детей (клиника, диагностика, лечение): / В.В. Троян, Э.М. Колесников, Ю.М. Гриневич // Учебно-методическое пособие. – Мн.: БелМАПО, 2006. – 45 с. 5 ил.

УДК: 616.24-002.951.21 -089.844- 617

К.Э. Рахманов

**ЗНАЧЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

Кафедра хирургических болезней №1 и онкологии
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

K.E. Rakhmanov

**VALUE CHEMOTHERAPY IN PREVENTING RECURRENCE LIVER
ECHINOCOCCOSIS**

Department of oncology and surgical diseases №1
Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan

Контактный e-mail: sammi-xirurgiya@yandex.ru

Аннотация. Анализу подвергнуты результаты лечения 513 больных, оперированных в отделении хирургии клиники Самаркандского Государственного медицинского института за последние 10 лет. По поводу первичного эхинококкоза печени оперировано 379 больных. Доля первично-множественного эхинококкоза составила 26,9%. Большая доля рецидивных