

При первичном рентгенологическом обследовании пациентов в приемном отделении деструктивных изменений у большинства (у 12) детей в пораженных костях не было выявлено.

При выполнении остеоперфорации пораженных костей у 12 детей было получено гнойное (у 9) или геморрагическое отделяемое под давлением.

При бактериоскопии в 4 случаях определялись Гр+ кокковая флора, или микрофлора не обнаруживалась (нередко после первично начатого антибактериального лечения).

У большей части пациентов, при посеве костного отделяемого, рост микрофлоры не был получен, в посевах у 4 пациентов был обнаружен золотистый стафилококк.

При лабораторном исследовании крови наблюдался лейкоцитоз (у 16) со сдвигом влево и повышением СОЭ (у 10).

Стандартная схема лечения в отделении начиналась с назначения комбинации цефазолин + гентамицин (амикацин) и последующим через 2–3 недели продолжением лечения с линкомицином.

Средняя длительность лечения составила 4 недели, в тяжелых случаях до 1,5 месяцев.

Выводы

1. Среди пациентов в выборке при распределении по полу убедительной разницы выявлено не было.

2. Из числа пролеченных детей преобладали лица дошкольного возраста (18 человек).

3. У пациентов первых лет жизни чаще наблюдались поражения эпифизарных зон в длинных трубчатых костях.

4. В исследуемой группе преобладали пациенты с местной клинической картиной.

5. При исследовании пунктата костей оперированных пациентов обнаруживался золотистый стафилококк. Поэтому одним из моментов лечения в отделении являлось обязательное назначение пациентам курса антистафилококкового иммуноглобулина.

6. В общем анализе крови отмечались признаки неспецифического воспалительного процесса с последующей нормализацией показателей к моменту выписки, что наравне с клинической картиной являлось критерием для определения продолжительности стационарного этапа лечения и возможности продолжения лечения амбулаторно.

7. У большинства пациентов в среднем длительность лечения при неосложненном течении послеоперационного периода составляла 3–4 недели. В случае осложненных форм длительность увеличивалась до полутора месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лосев, А. А. Детская хирургия: учеб. пособие / А. А. Лосев. — Одесса: ОГМУ, 2009. — С. 157–158.
2. Катько, В. А. Справочник детского хирурга / В. А. Катько. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2013. — 380 с.
3. Подкаменев, В. В. Хирургические болезни у детей: учебное пособие / В. В. Подкаменев. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 316 с.

УДК 617.557-007.43-053.2(476.2) «2018»

ПРОИЗОШЕДШИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ Г. ГОМЕЛЯ И ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА ЗА ПЕРИОД 2018 Г.

Зорина С. А., Жалдыбин М. А., Ковзолович А. А.

Научный руководитель: старший преподаватель С. Ю. Баранов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Паховые грыжи среди грыж различной локализации составляют 80–90 %. Они встречаются в 9–10 раз чаще у мальчиков (Н. В. Шварц, С. Д. Терновский) [1].

Паховые грыжи являются частой патологией детского возраста, требующей хирургического вмешательства [2]. Лечение паховых грыж у детей только оперативное, чаще плановое. Наличие у детей паховых грыж является показанием для планового лечения в ближайшее время при отсутствии отягощающей соматической патологии, в urgentных ситуациях — экстренно [1]. Операцию грыжесечения детям проводят под общим обезболиванием. Существует два основных метода операций при паховых грыжах: традиционными (открытыми) и лапароскопическими доступами [3].

Цель

Показать современные тенденции в хирургической тактике при паховых грыжах (ПГ) у детей г. Гомеля и Гомельского района за период 2018 г.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 285 историй болезни детей, находившихся на лечении в детском хирургическом отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» и затем в хирургическом отделении (ХО) учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 2018 г., госпитализированных по поводу паховых грыж.

Результаты исследования и их обсуждение

В стационар госпитализировались дети с разных районов Гомельской области. Число жителей г. Гомеля и Гомельского района составило 136 человек.

Госпитализация пациентов с ПГ в основном проводилась планово из медицинских учреждений, лишь 13 детей обратились urgently самостоятельно или были доставлены бригадами скорой помощи.

Из числа этих детей разделились по полу: 93 мальчик и 43 девочек (что составило 68,1 и 31,9 % соответственно). В возрасте до 6 лет значительно преобладали мальчики.

В анамнезе заболевания период от обнаружения грыжевого выпячивания до госпитализации в стационар в большинстве случаев (около 90 %) составил от 1 месяца до 1 года.

Результаты исследования представлены в таблице 1 и 2.

Таблица 1 — Распределение детей с паховыми грыжами по возрасту и полу

Параметры	Возраст ребенка	Мальчики	Девочки	Всего
До 6 лет не включая	До 1 месяца	4	1	5
	1 месяца до 1 года (не включая)	9	2	11
	1–2 лет (не включая)	19	1	20
	2–3 лет (не включая)	10	7	16
	3–4 года (не включая)	15	7	22
	4–5 лет (не включая)	6	3	9
6–11 лет не включая	5–6 лет (не включая)	8	8	16
6–11 лет не включая		18	14	32
11–16 лет		4	0	4
Всего		93	43	136

Таблица 2 — Распределение паховых грыж у детей по локализации

Локализация паховой грыжи (ПГ)		Мальчики	Девочки	Всего
Односторонняя паховая грыжа: * в том числе — свободная — неврвямая — ущемленная — разущемившаяся	Справа	41	27	68
	Слева	30	10	40
	Справа	1	0	1
	Слева	1	1	2
	Справа	1	0	1
	Слева	0	0	0
	Справа	1	0	1
	Слева	0	0	0
	Справа	8	1	9
	слева	2	0	2
Двусторонняя		7	5	12

У пациентов наблюдались преимущественно односторонние локализации ПГ, чаще справа (54,8 %).

У 10 пациентов с разущемившимися ПГ в связи с наличием отягощающей сопутствующей патологии (ОРИ) показаний к срочной операции и осложнений не было выявлено, дети были выписаны с рекомендациями для планового оперативного лечения.

Всего было оперировано 126 детей (в основном под масочным наркозом и 5 под эндотрахеальным). 131 операция была выполнена открытым способом (с пластикой грыжевых ворот по Краснобаеву) и 1 операция (при ущемленной ПГ) — по Мартынову в экстренном порядке. Лапароскопически было оперировано 5 детей (в 1 случае — с 2 сторон).

В послеоперационном периоде осложнений не было. У 10 детей отмечалось присоединение клинической картины ОРИ, что потом было консервативно устранено.

Длительность лечения детей с ПГ при неосложненном периоде составила в среднем около 5–6 дней после операции. Из числа оперированных детей по поводу рецидивов оперировано 2 детей (мальчики, из числа ранее оперированных в 2017 г.).

Выводы

1. В нашем исследовании с ПГ было оперировано больше мальчиков (почти в 2 раза).
2. У пациентов преимущественно (до 91 %) наблюдались односторонние локализации ПГ, чаще справа (до 54,8 % от числа односторонних форм ПГ).
3. В настоящее время в ХО доминируют при лечении паховых грыж традиционные операции открытыми доступами с пластикой по Краснобаеву под масочным наркозом. Однако стали внедряться понемногу и малоинвазивные технологии. В виду сложности анестезиологического пособия, недостатке и перегруженности лапароскопической аппаратуры и наработке технологии число этих операций пока невелико.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долецкий, С. Я. Паховые грыжи у детей / С. Я. Долецкий, А. Б. Окулов // Хирургия. — 1978. — № 10. — С. 55–63.
2. Kapur, P. Pediatric hernias and hydroceles / P. Kapur, M. G. Caty, P. L. Glick // *Pediatr. Clin. North Am.* — 1998. — Vol. 45. — P. 773–789.
3. Clarke, S. Pediatric inguinal hernia and hydrocele: An evi-decebased review in the era of minimal access surgery / S. Clarke // *J. Lapparo-endosc. Adv. Surg. Tech.* — 2010. — Vol. 20. — P. 305–309.

УДК 616.34-007.43-031:611.957]-053.2-089.85-089.844

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ

Зуевич А. С.

Учреждение

**«Могилевская областная детская клиническая больница»
г. Могилев, Республика Беларусь**

Введение

Паховая грыжа (ПГ) является одним из наиболее частых заболеваний у детей, которое требует хирургического вмешательства. По мнению ряда авторов, заболеваемость детей грыжами передней брюшной стенки составляет 5 % всего детского населения [1].

ПГ составляет более 90 % всех грыж брюшной стенки. Преобладают моносторонние грыжи до 90 %, справа они локализуются в 80 %, слева до 15 % наблюдений. Билатеральная локализация отмечается до 15 % случаев. ПГ у мальчиков встречаются в 8 раз чаще, чем у девочек [2].

Необлитерированный влагалищный отросток брюшины обнаруживают у 80 % новорожденных и у 50 % детей, достигших 1 года [3].