

Важной задачей в практике детского хирурга является своевременная диагностика и раннее лечение детей с данным заболеванием.

### **Цель**

Изучить результаты диагностики и лечения спонтанного пневмоторакса у новорожденных детей.

### **Материал и методы исследования**

Проанализированы 23 истории болезни пациентов со спонтанным пневмотораксом за период с 2015 по 2019 гг., находившихся на лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница».

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Мальчиков было 18 (78,3 %), девочек — 5 (21,7 %). Возраст пациентов был следующий: до 5 дней — 12 (52,2 %) детей, от 6 до 10 дней — 8 (34,8 %), старше 10 дней — 3 (13 %). Исходя из данных места жительства: 13 (56,5 %) пациентов поступило в стационар из г. Гродно, 10 (43,5 %) — Гродненской области. Клинический диагноз спонтанный пневмоторакс справа выставлен 16 (69,6 %) пациентам, слева — 3 (13 %), двусторонний — 4 (17,4 %). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез во время беременности был у 21 женщины, угроза прерывания беременности выявлена у 6, течение на фоне ОРЗ — 7, кольпита — 4, уреоплазмоза — 3. При рождении очень низкая масса тела отмечалась у 1 (4,3 %) новорожденного, низкая — 9 (39,2 %), соответствующая возрасту — 11 (47,8 %), высокая — 2 (8,7 %). При поступлении в стационар сниженная сатурация кислорода наблюдалась у 11 (47,8 %) детей. В качестве инструментального метода у всех пациентов использовалась рентгенография органов грудной клетки, по результатам которой воздух в плевральной полости выявлен в 23 (100 %) случаях, частичное коллабирование легкого — 14 (60,9 %), смещение средостения — 13 (56,5 %), усиление корневого рисунка — 5 (21,7 %). Всем пациентам была назначена антибактериальная терапия. Дренирование плевральных полостей с активной аспирацией выполнено 12 (52,2 %) пациентам, лобэктомия — 1 (4,3 %), остальным, в связи с отграниченным пристеночным пневмотораксом, оперативное вмешательство не потребовалось. 21 (91,3 %) пациент выписан с выздоровлением, 2 (8,7 %) — умерло. Период лечения у 5 (21,7 %) пациентов составил до 15 дней, 12 (52,2 %) — от 16 до 30 дней, 6 (26,1 %) — более 30 дней.

### **Выводы**

Спонтанный пневмоторакс среди новорожденных детей встречается преимущественно у мальчиков (4:1). В большинстве случаев имеется правосторонняя локализация патологического процесса. Рентгенография грудной клетки позволяет наиболее точно и быстро диагностировать пневмоторакс. Ограниченный пневмоторакс без признаков дыхательной недостаточности не требует оперативного пособия.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Вакульчик, В. Г. Пневмоторакс у новорожденных детей / В. Г. Вакульчик, А. В. Худовцова, Ю. В. Попова // Актуальные вопросы детской хирургии: сб. матер. VII Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященной 30-летию кафедры детской хирургии, Гродно, 24–25 сент. 2015 г. — Гродно, 2015. — С. 53–55.

**УДК 616.381-072.1:616-039.74-089**

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЯ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ**

**Гнедько К. А.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Призенцов**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Внедрение новых технологий в диагностике и лечении хирургической патологии органов брюшной полости является важнейшим фактором в решении ос-

новых задач в ургентной хирургии. Лапароскопическая хирургия – наиболее перспективное и повсеместно развивающееся направление в современной клинической медицине [1, 2].

Использование современных лапароскопических технологий, сочетающих в себе минимальную травматизацию и достаточно высокую информативность, способствует снижению числа послеоперационных осложнений и случаев летального исхода при острых хирургических заболеваниях и травмах брюшной полости [1].

Во многих случаях использование лапароскопии является незаменимым, так как позволяет провести непосредственную визуальную оценку патологического процесса, степень его распространенности, выполнить прицельную биопсию, а также провести инструментальную пальпацию [1, 2].

В настоящее время диагностическая лапароскопия по своей информативности приближается к диагностической лапаротомии [1, 2].

### **Цель**

Изучить структуру пациентов и оценить результаты применения диагностической лапароскопии.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 129 пациентов хирургического отделения № 2 Гомельской городской клинической больницы скорой медицинской помощи, перенесших диагностическую лапароскопию в период 01.01.2020 – 31.12.2020 гг.

Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ( $M \pm SD$ ).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Удельный вес диагностической лапароскопии среди всех вмешательств отделения за 2020 г. составил 27 %.

Мужчин было 46 (35,7 %), женщин — 83 (64,3 %). Средний возраст —  $44 \pm 1,7$  года.

Все пациенты при поступлении предъявляли жалобы на боли в животе: 74 (57,3 %) — в правой половине живота, 14 (10,8 %) — внизу живота, 11 (8,5 %) — в эпигастрии, 29 (23,4 %) — неопределенной локализации. Средняя продолжительность болевого синдрома перед обращением составила  $16,7 \pm 4,9$  ч. Диспепсия в виде тошноты и рвоты имела у 37 (28,6 %) пациентов. Средняя температура тела была  $37,2 \pm 0,4$  °C. В 13 (10 %) случаях наблюдались перитонеальные симптомы.

Среднее количество лейкоцитов в периферической крови составило  $10,7 \pm 0,3 \times 10^9/\text{л}$ . У 40 (31 %) пациентов при ультразвуковом исследовании выявлена свободная жидкость в брюшной полости.

Среднее время динамического наблюдения до операции составило  $5,4 \pm 0,5$  ч. Лапароскопия выполнялась по стандартной методике под многокомпонентной общей анестезией. Лапароскоп со скошенной под 30° оптикой вводился через троакар D10 над пупком после предварительно наложенного карбоксиперитонеума до 10–12 мм рт. ст. Для дополнительных манипуляторов использовали 1, реже 2 троакара D5 в левой и правой подвздошных областях.

В 67 (51,9 %) случаях произведена изолированная диагностическая лапароскопия, в 62 (48,1 %) случаях объем вмешательства был расширен, из них у 52 (40,3 %) пациентов потребовалась лапаротомия. Средняя продолжительность вмешательства составила  $49,8 \pm 2,8$  мин.

Диагноз аппендицита установлен у 64 (49,6 %) пациентов, мезаденита — у 12 (9,3 %), спаечной болезни — у 8 (6,2 %), перфоративной язвы — у 4 (3,1 %), кишечной колики — у 11 (8,5 %). По 3 случая пришлось на мезотромбоз, маточно-трубный рефлюкс, панкреонекроз, терминальный илеит. По два случая вы-

явлено кишечной непроходимости, аппендикулярного инфильтрата, оментита, отека панкреатита. По одному наблюдению диагностированы: перфорация дивертикула Меккеля, перфорация дивертикула сигмовидной кишки, спонтанный разрыв прямой мышцы живота, инфильтрат и абсцесс подвздошной области, забрюшинная гематома, рак слепой кишки, болезнь Крона, ушиб брюшной стенки, острый пиелонефрит.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила  $9,6 \pm 0,3$  дней. Осложнения не зафиксированы, все пациенты выписаны с выздоровлением.

#### **Выводы**

Актуальность применения диагностической лапароскопии в современных условиях несомненна — более четверти операций (27 %) хирургического отделения, оказывающего экстренную помощь, выполняется с ее использованием. Наиболее частыми поводами для вмешательства явились острый аппендицит (49,6 %), острый мезаденит (9,3 %), кишечная колика (8,5 %). Всего по результатам применения диагностической лапароскопии было выявлено 23 различные нозологические единицы. Более чем в половине случаев (51,9 %) вмешательство ограничивается диагностической процедурой, что позволяет избежать напрасных лапаротомий. Малую травматичность методики подтверждает отсутствие послеоперационных осложнений и короткий период пребывания пациента в стационаре.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Хаджибаев, А. М. Применение эндовидеохирургии в диагностике и лечении больных с осложненными формами острого аппендицита / А. М. Хаджибаев, А. М. Ризаев, У. Р. Арипов // Эндоскопическая хирургия. — 2014. — № 20. — С. 17–20.
2. Koganti, D. The role of diagnostic laparoscopy for trauma at a high-volume level one center / D. Koganti, B. J. Hazen, C. J. Dente // Surgical Endoscopy. — 2020. — P. 1–4.

**УДК 616.717.9-089.846**

### **МЕТОДЫ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ С ОБНАЖЕНИЕМ ГЛУБОКИХ СТРУКТУР**

**Гришечкин В. Ю.**

**Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель И. А. Славников**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В практике кистевого хирурга значительную часть пациентов составляют пострадавшие с дефектами покровных тканей ногтевых фаланг пальцев, дном которых являются глубокие структуры пальца (кость, сухожилия). Сложность в лечении указанной группы пострадавших заключается в необходимости максимального сохранения данного сегмента верхней конечности, так как ногтевая фаланга играет важную функциональную роль (прикрепление сухожилий глубокого сгибателя и разгибателя пальца, место сосредоточения большого количества чувствительных нервных окончаний). Кроме того, утрата ногтевой фаланги пальца приводит к выраженному косметическому дефекту, так как сопровождается утратой ростковой зоны ногтевой пластины. Подлежание на дне ране глубоких анатомических структур исключает возможность применения наиболее простой операции аутодермопластики, которая в данной ситуации приводит к неудовлетворительному функциональному и косметическому результату и диктует необходимость использования вариантов оперативного лечения, позволяющих выполнить полноценное пластическое закрытие вышеуказанных дефектов покровных тканей ногтевых фаланг пальцев [1, 2]. Данным