

в плоскости задержки функции анастомозов за счет гипомоторики приводящего сегмента, что создает угрозу длительной энтеральной недостаточности у ребенка.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ НА БАЗЕ РАЙОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Жиронкина В.К., Петров А.В., Армашов В.П., Мирошников Д.А., Лаврик Ю.Г., Шапоренко А.Г. (Москва)

Актуальность: Лапароскопическая герниорафия становится все более востребованным методом лечения паховых грыж у детей. Преимущества лапароскопического доступа состоят в возможности выявления изменений с контрлатеральной стороны и оценке интактности семенного канатика. Несмотря на это, до настоящего времени ведутся серьезные споры относительно отдаленных результатов проводимого подобным способом оперативного лечения. Целью данной работы явилась оценка собственного опыта лечения паховых грыж у детей традиционным и миниинвазивным методами на базе районной клинической больницы. Материал и методы: С мая 2018 года по май 2019 года в условиях ГБУЗ МО «Видновская районная клиническая больница» было пролечено 50 детей с паховыми грыжами. Все пациенты были оперированы в плановом порядке в условиях общей комбинированной анестезии. Использовался набор стандартных эндохирургических инструментов диаметром 5 мм. Ретроспективное исследование включало сбор данных о распределении по полу и возрасту, стороне выполнения вмешательства, методе хирургической коррекции, длительности выполнения операции, наличии осложнений и рецидивов.

Результаты: У 50 детей было выполнено 52 операции, 33 мальчика и 17 девочек, средних возраст пациентов составил 4 года и 6 месяцев. Из них у 28 (56,0%) имелась правосторонняя паховая грыжа, 20 (40,0%) – левосторонняя, у 2 (4,0%) – двухсторонние грыжи. В 17 случаях вмешательство было выполнено лапароскопическим способом, в 35 – открытым. Среднее время выполнения лапароскопической герниорафии составило $26,4 \pm 12,0$ минуты, а традиционной открытой операции – $31,5 \pm 16,6$ минуты ($P < 0,01$). Средний койко-день после лапароскопического лечения составил $4,7 \pm 1,2$, а после открытого вмешательства – $4,9 \pm 1,5$. Ни в одном случае в ближайшем послеоперационном периоде осложнений выявлено не было. Что касается рецидивов, то он был выявлен в отдаленном периоде после открытой герниорафии в 1 случае (3,0%).

Заключение: Лапароскопическая герниорафия при сравнении с традиционным методом лечения обладает преимуществами по таким критериям, как время затрачиваемое на выполнение операции и количество рецидивов, что позволяет считать данное вмешательство методом выбора при лечении паховых грыж у детей.

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИГАНТСКОЙ ЮВЕНИЛЬНОЙ КСАНТОГРАНУЛЕМЫ У РЕБЕНКА 5 МЕСЯЦЕВ

Жиронкина В.К., Петров А.В., Армашов В.П., Устинов Ф.С., Елисеева М.Е., Павленко В.В. (Москва)

Введение. Ювенильная ксантогранулёма (ЮКГ) относится к группе нелангергансоклеточных гистиоцитозов (НЛКГ) - гистиоцитоз класса II, это обширная группа родственных

заболеваний, характеризующихся пролиферацией гистиоцитов отличных от клеток Лангерганса. Патогенез НЛКГ неизвестен. Большинство его форм считаются реактивными заболеваниями без клинических признаков злокачественного перерождения, но некоторые формы, как при гистиоцитозе класса I, могут быть инвазивными. В 80% случаев ЮКГ проявляется на первом году жизни, имеет доброкачественное течение с самопроизвольным разрешением в течение нескольких лет.

Описание клинического случая. Девочка Я., 5 месяцев. Из анамнеза известно, что образование выявлено в один месяц во время прохождения профилактического осмотра. Ребенок наблюдался у хирурга по месту жительства с диагнозом гемангиома передней брюшной стенки. В январе 2019 года родители ребенка обратилась в клинко-диагностический центр с жалобами на интенсивный рост образования в течение последнего месяца. При осмотре в правом мезогастрii визуализировалось опухолевидное образование овальной формы, розоватого цвета, с гладкой блестящей поверхностью, размерами 2,0 на 1,5 на 1,0 см, расположенное преимущественно на коже. Капиллярная реакция отрицательная. По данным УЗИ образование аваскулярное, локализуется подкожно. Так как клиническая картина не соответствовала диагнозу, ребенок был направлен на консультацию к онкологу. Дифференциальная диагностика проводилась между гемангиомой и дерматофибросаркомой. Онкологом рекомендовано удаление образования с последующим морфологическим исследованием. Интраоперационно образование мягко-эластичной консистенции, неинкапсулированное, располагалось не глубже подкожно-жировой клетчатки, поверхностную фасцию не прорастало. Выполнено иссечение в пределах неизмененных тканей отступая на 0,5 см от краев. По результатам гистологического исследования образование состояло из густого лимфоидного инфильтрата, с множеством гигантских многоядерных клеток (по типу клеток Тугона) без признаков митотической активности. Для более достоверной верификации также было проведено иммуногистохимическое исследование. Образование соответствовало ювенильной ксантогрануле.

Заключение. Диагностировать узловатую форму ЮКГ порой достаточно сложно, так как необходимо проводить дифференциальную диагностику с множеством новообразований кожи и подкожно-жировой клетчатки. Постановке правильного диагноза способствует привлечение врачей смежных специальностей.

АНТИГИПОКСАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Завьялкин В.А., Варламов А.В., Бородин Р.В. (Самара)

Несмотря на внедрение современных антибактериальных препаратов, усовершенствование методик хирургических вмешательств, лечение детей с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями заболеваний органов брюшной полости является одной из актуальных проблем в хирургии

Целью исследования является изучение результатов лечения распространенного гнойного перитонита у детей в инфузионной терапии которых включено использование комбинированных препаратов: антигипоксанта Реамберина и Ремаксолола.