Дальнейшая тактика предусматривает плановое грыжесечение после излечения соматической патологии.

2. срок ущемления ПГ более 12 часов, независимо от наличия сопутствующей патологии – экстренная операция грыжесечения, выполнена 18 (1,9%) детям со средним сроком ущемления $18 \pm 2,1$ часов, а также 10 (1,05%) детям в связи с неэффективностью консервативного разущемления.

3. при многократных эпизодах УПГ в анамнезе и отсутствии острого инфекционного процесса после успешного разущемления ПГ дети подлежат госпитализации для проведения оперативного вмешательства в отсроченном порядке. Результативность внедренного в практику лечебно-тактического алгоритма при УПГ высока - количество отсроченных оперативных вмешательств в «безопасный» для малыша период возросло в 4 раза.

Осложнений экстренного и отсроченного грыжесечений при УПГ не было. Динамическое наблюдение в течение 1 года послеоперационного периода показало выздоровление детей.

Выводы. Своевременная диагностика и ранняя санация ПГ у детей младшей возрастной группы позволяет снизить количество ущемленных паховых грыж в структуре экстренной хирургической патологии детского возраста. Разработанный лечебно-тактический алгоритм при УПГ у детей позволяет дифференцированно избрать консервативную терапию, экстренное или отсроченное оперативное вмешательство, и улучшить результаты лечения.

КРИОДЕСТРУКЦИЯ С ЭТАМЗИЛАТОМ НАТРИЯ, РАДИОЧАСТОТНОЙ КОАГУЛЯЦИЕЙ. МОРФОЛОГИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ КОЖИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ БОРОДАВОК У ДЕТЕЙ

Дёгтев М.В.,
Кожевников Е.В.,
Михельсон И.В.,
Иванова Ю.А.

Алтайский государственный медицинский университет
г. Барнаул, Россия

Рецидивы вирусных бородавок после хирургического удаления развиваются часто, поэтому и при лечении жидким азотом возникает необходимость проведения повторных циклов криодеструкции. Материалы; представлены результаты лечения 90 больных с гиперкератозами наблюдавшихся в двух группах 43 (47,7%) мальчика и 47 (52,2%) девочек в возрасте от 3-х до 16 лет. Из них 42 (46,6%) больных имели подошвенные бородавки, 27 (30%) пациентов вульгарные гиперкератозы и 21 (23,3%) плоские. У 46 больных (42,2%) применен метод криогенного лечения - группа сравнения, 44 (40,3%) ребенка пролечены радиочастотной коагуляцией в комбинации с криогенным методом - основная группа и 19 детей (17,4%) криодеструкцией с предварительным введением 12,5% раствора этамзилата натрия. Метод: гиперкератозы инфильтрировались в основание с помощью инсулинового шприца 12,5% раствором этамзилата натрия 1 мл, и через полчаса проводилась криодеструкция. Иссечённая кожа из очагов поражения и деструкции фиксировались в 10% нейтральном растворе формальдегида. Полученный материал подвергся стандартной гистологической обработке и окраске срезов гематоксилин эозином. Результаты: изменения кожи после криодеструкции характеризовались коагуляционным некрозом с гомогенизацией и белковым пропитыванием тканей, с явными сосудистыми расстройствами в виде полнокровия сосудов, стазов и тромбозов. К моменту заживления раны в отличие от радиочастотной коагуляции появлялась менее слабая инфильтрация, заживление происходило под струпом. После радиочастотной коагуляции изменения носили «локальный» характер, с наличием множества «микроролостей» - вакуолей в местах нагрева ткани кожи, из-за свёртывания белковых веществ и «вскипания» жидкости. Сосудистых расстройств, при этом виде воздействия не отмечали, зато с первых дней, была видна отчётливая, лейкоцитарная инфильтрация, которая увеличивалась по мере заживления. При сочетании радиочастотной коагуляции и следом проведённой криодеструкции, обнаруживали меньшую мононуклеарную ограничивающую инфильтрацию глубоких слоёв дермы в сравнении с радиочастотной коагуляцией. Выявляли уже описанные особенности каждого воздействия наряду с продолжительным сохранением очагов мукоидного пропитывания стромы дермы с гипорегенерацией эпителия и сосудистыми нарушениями. Использование 12,5% раствора этамзилата натрия позволяло усилить разрушающее действие криодеструкции, микроскопически обнаруживали, что в сосудистом русле в приносящем и выносящем звене возникали выраженные стазы и тромбозы с микрогематомами (Способ лечения бородавок и гемангиом 2336829 С1 РФ RU от 27.10.2008). Кровоостанавливающее действие этамзилата натрия по современным представлениям о механизме криодеструкции на практике, способствовало более «лёгкому» возникновению стазов, тромбозов и выпадению фибрина в сосудистом русле, а как следствие усилению гибели патологической ткани. Для заживления на обширные раневые поверхности более одного сантиметра накладывали аргосульфан

крем с 2% сульфатамиозолом серебра. Заключение: из девятнадцати детей с гиперкератозами пролеченных методом криодеструкции с предварительным введением 12,5% раствора этилсульфата натрия (дицинона) в 77,8% случаев констатировали полное излечение, а у остальных пациентов (4) отмечено улучшение. Сроки заживления раневой поверхности были короче в среднем на сутки $X = 13,66$, чем при чистой криодеструкции $X = 14,73$ результаты подтверждались статистически $T = 5$. В группе сравнения с чистой криодеструкцией, такой результат с выздоровлением, прослеживался только у 69,56% детей пролеченных однократно изолированной криодеструкцией.

ОТКРЫТАЯ АРГОНО-ПЛАЗМЕННАЯ ДЕЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Огнев С.И.,

Цап Н.А.,

Винокурова Н.В.

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, ГБУЗ
СО Областная детская клиническая больница №1, МАУ Детская город-
ская клиническая больница №9, Екатеринбург, Россия

Актуальность. По данным экспертов ВОЗ особенности эхинококкового паразита способствовали широкому географическому распространению этой инвазии. В уральском регионе эхинококкоз до недавнего времени являлся чрезвычайной редкостью, тем более у детей.

Цель исследования – улучшение результатов лечения эхинококкоза за счет ранней (до развития осложнений) диагностики паразитарных кист в организме ребенка и радикализма оперативного вмешательства.

Для достижения цели одна из задач предусматривала разработку и внедрение нового способа противорецидивной обработки внутренней оболочки фиброзной капсулы при эхинококкэктомии.

Пациенты и методы. Клиника детской хирургии УГМА обладает опытом лечения за 5-летний период 16 детей с эхинококкозом паренхиматозных органов: печень, селезенка, легкие. Только в 2-х случаях это было сочетанное поражение всех вышеуказанных органов. По полу преобладали девочки, средний возраст пациентов - $11 \pm 2,5$ лет. Клинические проявления эхинококкоза у детей длительное время оставались стерты, локальная симптоматика выражена слабо. Лишь с ростом кисты отмечается абдоминальный или грудной болевой синдром, стойкий кашель, в зависимости от её локализации, проявляются признаки хронической паразитарной интоксикации.

Диагностический комплекс включал: общеклинические и лабораторные методы обследования, УЗИ органов брюшной и грудной полости, первичную рентгенографию и динамическую КТ органов грудной и брюшной полости, серологические методы обследования (выявление титра антител к эхинококку), морфологическое исследование.

Результаты и обсуждение. Методы лучевой диагностики констатируют наличие в паренхиматозных органах кистозных образований, с плотной капсулой, с перемычками и жидкостным компонентом внутри. Серологические реакции оказались положительными у 86% детей с эхинококкозом печени, селезенки, отрицательными во всех случаях эхинококкоза легких, и превысили допустимые показатели в 20 раз при множественном, сочетанном поражении цистами паразита. Всем детям выполнены открытые оперативные вмешательства (лапаротомия, торакотомия), эхинококкэктомия. При сочетанном эхинококкозе – многоэтапное лечение. Паразитарные кисты легких малых размеров удаляли путем атипичной резекции легких аппаратом УО. В одном случае локализации эхинококковой кисты больших размеров в воротах селезенки потребовалось выполнение оргоноуносящей операции. Интраоперационный алгоритм предусматривает: пункцию кисты, эвакуацию прозрачной жидкости, введение в полость кисты 2% раствора формалина с экспозицией от 3 до 10 минут, затем его эвакуация, максимальная фенестрация фиброзной капсулы, удаление хитиновой оболочки паразита, санация внутренней оболочки фиброзной капсулы 2%-ым раствором формалина. Внедрен способ радикальной обработки фиброзной капсулы эхинококка – бесконтактная аргоно-плазменная деэпителизация всей поверхности внутренней оболочки с экспозицией на каждом поле 5 ± 1 секунд, что позволяет достичь деструкции ткани фиброзной капсулы на глубину до $2 \pm 0,6$ мм (морфометрия) и достоверно уничтожить сколексы. При обработке аргоновой плазмой остаточная паразитарная полость значительно сокращается в размерах за счет деструкции структур (морфология). —

Все дети в послеоперационном периоде находятся на длительном сонографическом мониторинге. Рецидивирования не наблюдали.

Таким образом, радикализм лечения эхинококкоза паренхиматозных органов базируется на аргоно-плазменной деэпителизации внутренней поверхности фиброзной капсулы паразитарной кисты.