

выраженности борозды по вентральной поверхности головки, выраженности уплощения головки, наличия меатального стеноза, дисплазии кожи вентральной поверхности полового члена, наличия или отсутствия спонгиозной ткани вокруг дистальной части уретры.

Анализ причины развития осложнений при оперативной коррекции гипоспадии, их профилактика, разработка эффективных новых методов лечения или усовершенствование уже существующих позволят в значительной мере улучшить результаты лечения этой категории пациентов.

Список литературы:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб. ООО "Раритет-М". 1999. 3.
2. Дубров В.И. Результаты одномоментной коррекции стволовой гипоспадии у детей операцией Снодграсс. Актуальные вопросы детской хирургии. Витебск. 2008. 108-110.
3. Рудин Ю.Э. Способ одномоментной коррекции проксимальной гипоспадии дезэпителизированным лоскутом крайней плоти. Урология. 2002. 5. 58-63.
4. Smigilski M., Wolski J., Skobiejko – Wlodarska L. i wsp. Operacja dystalnych postaci spodziectwa metoda Duago // IX Zjazd Pol.Tow.Chir.Dziecięcych, Kraków. 1996. 83-84.
5. Koszutski T., Kudela G., Utrata W. Ocena wyników leczenia spodziectwa obwodowego sposobami Matieu i Snodgrassa. Urologia. – Urologia Polska. 2004. 57.2.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Кончаковский В.В.- заведующий отделением

*Отделение детской хирургии УЗ «Мозырская городская больница»,
г. Мозырь, Беларусь, valentin.k2010@gmail.com*

Введение. Внедрение в клиническую практику лапароскопических операций - особая глава хирургии, которая открыта К. Semm (1982) и J. Schrieber (1987). За минувшее десятилетие в хирургии произошли события, существенно изменившие принципы оперативного лечения многих заболеваний [1, 2, 3]. Достижения последнего десятилетия позволили выполнять эндохирургические операции и на уровне районного звена здравоохранения по мере укомплектования оборудованием и подготовке специалистов. Объем эндохирургических вмешательств зависит от оснащенности оборудованием, уровня подготовки специалистов.

Первая лапароскопическая аппендэктомия в ОХД УЗ «МГБ» была

выполнена в 2002 году.

Материалы и методы исследований. За последние 6,5 лет (2005-2011гг.) в отделении выполнено 333 лапароскопических вмешательства. Из них, при остром аппендиците - 154, варикоцеле - 142, острой спаечной кишечной непроходимости - 7, травме печени - 1, травме селезенки - 3, разрыве желчного пузыря - 1, диагностических лапароскопий - 23, релапароскопий - 2.

Результаты и их обсуждение. В отделении выполнено 154 лапароскопических аппендэктомий: по поводу гангренозного - 12, флегмонозного - 133, катарального аппендицита - 9. Возраст пациентов составил: до 3 лет - 4 (3%); 3-7 лет - 21 (14%); 7 - 15 лет - 129 (83%). В послеоперационном периоде выполнено 2 релапароскопии: одна по поводу формирующегося абсцесса правой подвздошной ямки, вторая - диагностическая при подозрении на послеоперационное осложнение. Было 2 конверсии в случаях сложных технических условий выполнения операции в начале освоения метода. Средний срок госпитализации составил 7 дней.

По поводу варикоцеле оперированы 142 пациента в возрасте 10 - 16 лет. У всех с левой стороны. У двух пациентов наблюдали рецидив варикоцеле. Они были повторно оперированы лапароскопически. Средний срок лечения составил 5 дней.

Острая спаечная непроходимость кишечника в 7 случаях разрешена эндоскопически: у одного ребенка - 4 лет и у 6 пациентов 7 - 15 лет. Спаечная непроходимость возникла у одного ребенка после многоэтапного лечения болезни Гиршпрунга, а у 6 после стандартных аппендэктомий. Среднее пребывание на больничной койке составило 8 дней.

При закрытой травме живота под лапароскопическим контролем проведено: 1 разрыв печени, 3 разрыва селезенки и выполнена холецистэктомия при изолированном разрыве желчного пузыря. Все дети выздоровели.

Выводы. Бурное развитие эндовидеохирургии, расширяющиеся ее возможности коснулись и районных отделений, тому подтверждение - наш скромный опыт.

В детском хирургическом отделении нами оперированы лапароскопически 100% пациентов с варикоцеле, 7 из 7 пациентов со спаечной кишечной непроходимостью, выполнено 53% от всех аппендэктомий, а эндоскопический контроль при повреждении паренхиматозных органов брюшной полости позволяет обойтись без лапаротомии.

Список литературы:

1. Аверин В.И. Возможности лапароскопии в детской хирургии / В.И. Аверин // Мед. новости. - 2000. - №4 - с.36-38.
2. Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Котловский. // М., 2002 - С.189-195.
3. Федоров И.В. Эндоскопическая хирургия / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, В.В. Одинцов. // ГЭОТАР-МЕД, 2-е изд.-М. - 2001 - С.331-349.