

ном периоде. Большинство рецидивов диафрагмальной грыжи наблюдаются в течение первых двух лет. Рецидивы проявляются неспецифическими симптомами, требующими дифференциальной диагностической программы. Предпочтение отдается контрастным рентгенологическим исследованиям, либо КТ. У пациентов с бессимптомным течением и небольшими дефектами целесообразна выжидательная тактика. Основанием для отсроченной операции является предоставление времени для развития легких, набор веса, большая безопасность и меньший объем вмешательства. В последнее время реконструкция выполняется с применением мини-инвазивной техники.

Цель. Определить эффективность применения торакоскопии в лечении рецидивов диафрагмальных грыж у детей, первично оперированных в первый месяц жизни.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 130 детей с врожденной диафрагмальной грыжей, поступивших в период с 1993 до 2015 г в РНПЦ детской хирургии г. Минска. Было выделено 2 группы пациентов. Операции у новорожденных 1 группы в период с 1993 по 2006 г. проводились на 1-2 сутки поступления вне зависимости от их состояния. Стабилизацию состояния пациентов 2 группы с применением высокочастотной осцилляционной вентиляции с 2007 г проводили на базе РНПЦ «Мать и дитя». Операцию выполняли после перевода в РНПЦ детской хирургии среднем на 5-9 сутки жизни.

Результаты и обсуждение. Традиционные методы – лапаротомия и торакотомия применены у 59 из 65 детей первой группы. Рецидивы грыжи в раннем послеоперационном периоде отмечены у 3 пациентов, и у 3 в отдаленном. Основным методом с декабря 2009 г - торакопическая пластика диафрагмы. После изменения тактики пролечено 65 детей. Операции произведены у 57 детей: у 16 детей традиционными методами и у 41 выполнены мини-инвазивные вмешательства. Из этой группы у 4 детей отмечен рецидив грыжи в раннем периоде и у троих в отдаленном. У одного ребенка рецидив отмечен дважды в течение 6 месяцев. В общей сложности пролечено 13 пациентов с рецидивами, из них оперированы торакопически 10 детей. В четырех случаях при пластике дополнительно применены заплаты из «Биокарда». Осложнений не отмечено. Длительность операции от 40 до 120 минут. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 10 суток. Проведен анализ первичных оперативных вмешательств у детей с последующими рецидивами диафрагмальных грыж. Отмечено что у всех детей размеры дефекта диафрагмы при первичной пластике составляли в ширину больше $4,75 \pm 0,25$ сантиметров в ширину и в длину $3,6 \pm 0,33$ сантиметра. При пластике применялось более 7 швов с фиксацией швом вокруг ребра, в 4 случаях применялась заплата из различных материалов (Gore-tex, Биокард). Длительность стояния дренажа в плевральной полости и количество отделяемого составило $5 \pm 0,8$ суток и 424 ± 188 мл., соответственно, что не имело достоверной разницы с пациентами без рецидива. Данные клинического состояния, длительность нахождения на ИВЛ и параметры ИВЛ, лабораторные показатели гомеостаза при анализе также не имели достоверных различий у пациентов с рецидивами и без. Также отмечено, что в этих же группах детей не выявлено различий по сочетанию с сопутствующими пороками развития.

Выводы. Среди причин имеющих важное значение для формирования рецидива заболевания, следует

Сверский А.А., Махлин А.М., Анисимова Е.В., Свирская О.Я.

РНПЦ детской хирургии, БГМУ, РНПЦ «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У ДЕТЕЙ.

Актуальность темы. Лечение новорожденных с диафрагмальной грыжей является сложной актуальной проблемой для хирурга, выполняющего пластику диафрагмы. С увеличением количества выживших пациентов отмечается и рост послеоперационных осложнений, требующих повторного вмешательства. Одним из показаний к этим операциям являются рецидивы грыжи, причина, которых зависит от размера дефекта диафрагмы, метода пластики и продолжительности наблюдения в отдален-

выделить размеры дефекта диафрагмы. Относительное увеличение количества рецидивов у детей, оперированных с применением мини-инвазивное техники, вероятно связано с увеличением количества числа выживших пациентов. Применение мини-инвазивных методик для лечения рецидивов диафрагмальных грыж является эффективным и доступным методом имеющим ряд преимуществ и может быть рекомендовано для более широкого внедрения в детской практике.