

Сведения об авторах следующих 9 статей

Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова: **ВАРФОЛОМЕЕВ Ахмед Романович** – д.м.н., проф., **НИКОЛАЕВ Валентин Николаевич** – доцент, **СПИРИДОНОВА Аграфена Николаевна** – врач клинич. ординатор.

Республиканская больница №1–Национальный центр медицины: **САВВИНА Валентина Алексеевна** – д.м.н., проф., зам. ген. директора по лечебной работе, гл. внештат. дет. хирург МЗ РС(Я), SavvinaVA@mail.ru, **ТАРАСОВ Антон Юрьевич** – зав. хирургич. отд., silvestry@rambler.ru, **СЛЕПЦОВ Александр Александрович** – зав.отд. гнойной хирургии, sashaogh@mail.ru, **КУПРЯКОВ Сергей Олегович** – зав. урологич.отд. skurgiyakov@yandex.ru, **БОЖЕДОНОВ Константин Константинович** – врач дет. хирург, **ГРИГОРЬЕВ Василий Афанасьевич** – врач дет. уролог-андролог, **ЗУЕВ Алексей Леонидович** – врач дет. хирург, **ПАВЛОВ Ян Григорович** – врач дет. уролог-андролог, **ПЕТРОВА Наталья Ермаковна** – врач дет. хирург, **ПЕТУХОВ Эдуард Иванович** – врач дет. хирург, **СОФРОНОВА Мария Семеновна** – врач дет. хирург, **СТЕПАНЮК Нина Федоровна** – врач дет. уролог-андролог, **ЭРДЫНЕЕВ Тумэн Эрдынеевич** – врач дет. хирург.

**К.К. Божедонов, В.А. Саввина, А.Р. Варфоломеев,
Н.Е. Петрова, А.Ю. Тарасов, В.Н. Николаев**

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КИСТЫ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

УДК 616.367-089.85:616.381-072.1-053.2

В статье отражен опыт лечения детей с врожденными кистами холедоха за период с 2011 по 2016 г. Представлен сравнительный анализ оперативного лечения традиционным и лапароскопическим методами. Сравнительный анализ исходов операций показал преимущества эндохирургического метода лечения: минимальная травматичность, гладкий послеоперационный период, сокращение дней пребывания пациента в стационаре, экономия перевязочных и лекарственных средств. В связи с этим эндохирургический метод лечения можно предложить в качестве операции выбора при оперативном лечении кист холедоха.

Ключевые слова: дети, киста холедоха, лапароскопические операции, осложнения.

Experience of treatment of children with congenital choledochal cyst from 2011 for 2016 is reflected in article. The comparative analysis of result of operations showed advantages of an endosurgical method of treatment: minimum injury, smooth postoperative period, reduction of days of stay of the patient in a hospital, economy of dressing rooms and pharmaceuticals. In this regard the endosurgical method of treatment can be offered as operation of the choice at expeditious treatment of choledochal cyst.

Keywords: children, choledochal cyst, laparoscopic operations, complications.

Введение. По данным различных авторов, среди всех врожденных пороков развития у детей пороки развития желчевыводящих путей составляют от 6 до 8 % [1-3]. Киста общего желчного протока – это врожденное расширение, сопровождающееся признаками обструкции желчевыводящих протоков. Лечение этого порока исключительно хирургическое [2]. В настоящее время тотальное иссечение кисты с формированием гепатикоэнтостомии на изолированной Y-образной петле тощей кишки по методике Ру является методом выбора при лечении кист холедоха. Иссечение кисты должно быть полным, так как оставление части кисты приводит к осложнениям (холангиты, образование камней, малигнизация). Традиционным доступом для данного вмешательства остается широкая поперечная лапаротомия в правом подреберье. В 1995 г. впервые G.A. Farelo предложен лапароскопический вариант операции [2]. Ведущими мировыми клиниками накоплен определенный опыт малоинвазивных вмешательств, где указывается, что количество послеоперационных осложнений сопоставимо с количеством таковых при открытых операциях [3].

Материалы и методы исследования. За период с января 2011 по декабрь 2016 г. в хирургическом от-

делении Педиатрического центра находилось на лечении 13 пациентов с кистой трансформацией холедоха. Из них у 5 выполнена лапароскопическая коррекция. Возраст пациентов на момент операции составил от 1,5 лет до 15. 7 пациентов поступили в экстренном порядке, из них у 5 отмечены явления холангита с повышением уровня билирубина и болями в животе, у 2 – явления механической обструкции желчных протоков, интенсивная желтушность кожи и склер, ахоличный стул и потемнение мочи. У остальных больных жалоб не было.

Комплекс предоперационного обследования включал общеклинические анализы, абдоминальную эхографию, фиброгастродуоденоскопию, рентгенконтрастную компьютерную томографию органов брюшной полости, по показаниям магнитно-резонансную холангиографию, осмотр специалистов.

Комплекс предоперационной подготовки включал следующую терапию: у детей с явлениями холангита, панкреатита, повышением уровня билирубина назначались антибактериальная терапия, антиферментные препараты, дезинтоксикационная терапия, гепатопротекторы, диетотерапия до нормализации показателей анализов, парентеральное питание в течение 1-2 дней до операции, очистительные

клизмы. У 2 пациентов с явлениями выраженной билиарной гипертензии первым этапом выполнено наружное пункционное дренирование желчных протоков.

Оперативное вмешательство при традиционной операции выполнялось из широкой поперечной лапаротомии в правом подреберье. При эндохирургическом способе все этапы операции выполнялись с помощью 4 лапаропортов, расположенных ромбовидно. Начальным этапом проводилось вскрытие просвета кисты и эвакуация содержимого, затем выполнялась мобилизация ее стенок. Кисту тщательно тупым и острым путем мобилизовали от окружающих тканей (ДПК, желудочная железа, воротная вена, печеночная артерия). Дистальный конец холедоха после иссечения кисты ушивался узловыми швами. Техника формирования изолированной петли тощей кишки проводилась по методике Ру. Формирование межкишечного анастомоза осуществлялось ручным непрерывным швом через мини-лапаротомный параумбиликальный разрез. Антирефлюксный механизм на отводящей петле мы не использовали, так как нет необходимости в формировании антирефлюксного клапана при достаточно длинной петле Ру (не менее 40 см) [2,3]. После создания изолиро-

ванной петли ее свободный слепой конец проводился позади поперечно-ободочной кишки через «окно» в брюшной стенке к воротам печени. В 1-1,5 см от слепого конца по противобрыжеечному краю петли проводилась энтеротомия до 10 мм, накладывался гепатикоэнтероанастомоз. Оперативное вмешательство заканчивали дренированием подпеченочного пространства.

Результаты и обсуждение. Летальности и интраоперационных осложнений не отмечалось. При традиционном методе лечения во время операции, как правило, требовалось возмещение факторов свертывания. Средняя продолжительность операции при эндохирургическом методе составила 150-180 мин, при открытой операции – 90-120 мин. В раннем послеоперационном периоде дети находились в ОАРИТ в среднем в течение 4-5 сут. Дети, перенесшие лапаротомию, нуждались в продленной эпидуральной анестезии в течение 48-72 ч и дополнительном использовании наркотических анальгетиков. Двигательная активность восстанавливалась быстрее у детей, перенесших эндохирургический вариант операции (в среднем через 48-60 ч после операции). Энтеральная нагрузка у них была возможна с 3 послеоперационных суток. У 2 больных после традиционного вмешательства в раннем послеоперационном периоде наблюдали несостоятельность гепати-

коэнтероанастомоза, что потребовало проведения повторной операции. У 1 больного отмечались явления панкреатита, которые были купированы консервативно. Также у одного больного в послеоперационном периоде наблюдались явления ранней спаечной кишечной непроходимости, которые потребовали повторной операции (лапаротомия, висцеролиз). После лапароскопического вмешательства у 1 пациента отмечено «подтекание» желчи по дренажу, что потребовало релапароскопии и наложения дополнительных герметизирующих швов на зону анастомоза. Продолжительность госпитализации составила в среднем 10-12 сут после лапароскопического вмешательства против 18-20 сут после традиционного открытого вмешательства.

При оценке результатов лечения у пациентов после лапароскопического гепатикоэнтероанастомоза отмечались более быстрое послеоперационное восстановление, менее выраженный болевой синдром, хороший эстетический результат, существенная экономия перевязочных средств и медикаментов.

Заключение. Анализируя проведенную работу, следует сказать, что лапароскопический метод лечения выполняем и может являться операцией выбора. К преимуществам лапароскопии относится хорошая визуализация

операционного поля, хирургическая точность, менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, быстрое восстановление перистальтики, хороший эстетический результат, быстрое восстановление активности пациентов, сокращение проведения койко-дней в стационаре, снижение риска возникновения спаечного процесса в брюшной полости. Нужно отметить, что данный метод требует от хирурга большого опыта в выполнении эндоскопических операций.

Литература

1. Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Котловский. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2002.
Dronov A.F. Endoscopic surgery in children / A.F. Dronov, I.V. Poddubny, V.I. Kotlovsky. – M.: GEOTAR – Media, 2002.
2. Лапароскопические операции при пороках развития желчевыводящих путей у детей / А.Ю. Разумовский, А.В. Дегтярева, Н.В. Куликова [и др.] // Российский вестник детской хирургии. – 2012. – №1 – С.19-24.
Laparoscopic surgery of malformations of bile ducts in children / A.Yu. Razumovsky, A.V. Degtyareva, N.V. Kulikova [et al.] // Russian Journal of Pediatric Surgery. – 2012. - № 1 - P.19-24.
3. Ускова Н.Г. Лапароскопические операции при пороках развития желчевыводящих путей у детей: дис. ... канд. мед. наук / Н.Г. Ускова. – М., 2014.
Uskova N.G. Laparoscopic surgery of malformations of biliary tract in children: thesis for the degree of candidate of medical sciences / N.G. Uskova. – M., 2014.

С.О. Купряков, Н.Ф. Степанюк, В.А. Саввина, В.А. Григорьев, А.Р. Варфоломеев, В.Н. Николаев, Я.Г. Павлов

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПИЕЛОПЛАСТИК У ДЕТЕЙ И ВЫБОР СПОСОБА ДРЕНИРОВАНИЯ

УДК 616.613.-089.848

Представлен опыт выполнения 22 лапароскопических пиелопластик у детей. Проведена оценка длительности операций, послеоперационного койко-дня и осложнений. Также проведен анализ методов дренирования.

Ключевые слова: лапароскопия, пиелопластика, стент, педиатрия.

We presented experience of performance of 22 laparoscopy pyeloplasty at children. Assessment of duration of operations, postoperative day and complications is carried out. The methods of drainage are analyzed as well.

Keywords: laparoscopic, pyeloplasty, stent, pediatrics.

Введение. Среди обструктивных уропатий гидронефроз является наиболее частой патологией. В детской урологической практике частота встречаемости составляет 1:800 или 2,8 случая на 1000 новорожденных [3]. Стеноз пиелоуретерального сегмента при гидронефрозе является одним из частых показаний к инструментальной или хирургической коррекции [1,3].

На сегодняшний день «золотым стандартом» для коррекции проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) у детей остается расчленяющая пластика ЛМС, предложенная J. Anderson и W. Hynes в 1949 г. [5], которая по прошествии времени доказала свою надежность и высокий процент хороших результатов (более 90%) [4]. Почти до конца 20-го в. эта опера-

ция выполнялась из открытого доступа. В настоящее время люмботомная пиелопластика отходит на второй план, как во взрослой, так и в детской урологической практике. Бурное развитие малоинвазивных технологий не обошло стороной и детскую урологию. С 1993 г. описываются клинические случаи проведения лапароскопических операций у взрослых пациентов.