

когда разница в диаметре превышала 1 к 3. При диаметре культи общего печеночного протока более 6 мм анастомоз накладывался однорядным непрерывным швом PDS 6-0 для передней и задней полуокружности. Если же диаметр культи составлял менее 6 мм, передняя «губа» формировалась отдельными узловыми швами.

По данным патолого-морфологического исследования резецированной стенки кисты выявлялись атрофия и изъязвления слизистой, а также фиброз и воспалительная инфильтрация мышечной оболочки, что является характерными патолого-гистологическими признаками врожденных кист общего желчного протока.

Выводы. МРТ-холангиопанкреатография является методом выбора для постановки диагноза и выявления патологического панкреато-билиарного соустья. Резекция кистозно измененного общего желчного протока с формированием гепатико-еюноанастомоза на петле по Ру позволяет наиболее радикально выполнить хирургическую коррекцию этого порока и обеспечивает хорошие отдаленные результаты лечения.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ

Зуев Н. Н., Ясученко В. П., Солонович А. П.,
Шмаков А. П., Зуева О. С.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

УЗ «Витебский областной детский клинический центр», г. Витебск,
Республика Беларусь

Введение. Гидронефроз – это прогрессирующее расширение чашечно-лоханочной системы вследствие нарушения проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента, приводящее со временем к необратимым изменениям в паренхиме и нефросклерозу. За последние два десятилетия в детской практике активно стала применяться лапароскопическая пиелопластика, эффективность колеблется от 96 до 100%.

Цель работы: улучшение результатов лечения детей с

гидронефрозом путем внедрения в практику детской урологии лапароскопических методик.

Материал и методы. С 2014 по 2018 гг. в Витебском областном детском клиническом центре лапароскопическая пиелопластика была выполнена 22 детям с гидронефрозом разной степени. Среди них было 13 мальчиков и 9 девочек. Возраст пациентов от 3 месяцев до 15 лет. Левосторонний гидронефроз отмечался у 16 пациентов, правосторонний – у 6.

Всем пациентам проводилось стандартное обследование, включавшее экскреторную урографию, микционную цистографию, УЗИ почек и мочевого пузыря, УЗИ с лазерной нагрузкой. При необходимости выполнялась компьютерная томография почек.

Оперативное вмешательство выполнялось у детей с гидронефрозом III и IV степенями. Показаниями к операции являлась отрицательная динамика размеров чашечно-лоханочной системы почки в течение 6 месяцев наблюдения, истончение паренхимы почки по сравнению с возрастной нормой и в динамике, частые обострения пиелонефрита (до 3-4 раз в год) или эпизоды лейкоцитурии (более 8-10 в п/з), боли в животе.

Оперативная техника. Во всех случаях использовали трансперитонеальный доступ. Лоханку и мочеточник выделяли на таком протяжении, которого было достаточно для формирования анастомоза без натяжения.

У 18 оперированных пациентов выполнялась интраоперационная установка нефростомы, двум больным проводилась ретроградная установка стента, под контролем цистоскопа и ЭОП в операционной и двум пациентам была наложена пиелостомы. Анастомоз формировали непрерывным швом ниткой ПГА 5/0 или 4/0. После операции оставлялся страховочный дренаж в зоне анастомоза. Который удаляли на 3-4 сутки. В послеоперационном периоде назначалась стандартная антибактериальная терапия по результатам посева мочи, симптоматическая, инфузионная терапия. На 10 сутки перед удалением из почки нефростомический дренаж в течение 4-5 дней перекрывали, последовательно увеличивая время пережатия на 2-4-8-16-24 часа. Отсутствие почечной колики, большого

объема остаточной мочи и температуры свидетельствовало о проходимости ЛМС. УЗИ почек выполнялось через 2 и 6 мес. после операции. Стент удаляли через 4-6 недель. Контрольное обследование проводилось через 12 месяцев после операции, включавшее в/в урографию и УЗИ.

Результаты и обсуждение. При оценке результатов лечения учитывались следующие показатели: длительность операции, общая продолжительность пребывания пациента в клинике, осложнения, ультразвуковые данные о состоянии собирательной системы почек и толщины паренхимы. Интраоперационные осложнения, при которых требовалась конверсия, отсутствовали. Длительность операции колебалась от 120 до 260 минут. Следует отметить, что в ходе увеличения опыта продолжительность операций сокращается. После лапароскопической операции пациенты не требовали частого применения анальгетиков и наблюдалось быстрое восстановление физической активности. Послеоперационный период в стационаре составил 14-23 дня, что в основном было обусловлено наличием нефростомического или пиелостомического дренажа.

Хорошим результатом лечения гидронефроза считали: отсутствие конверсии при лапароскопической пиелопластике, повторных операций (манипуляций); исчезновение жалоб, уменьшение размеров лоханки и чашечек, увеличение размера паренхимы. У трех пациентов отмечалось обострение хронического пиелонефрита в ближайшем послеоперационном периоде. У двух пациентов в первые сутки после операции произошло выпадение нефростомы (это было в самом начале освоения методики), что в одном случае потребовало выполнения открытой постановки, за последние два года случаев выпадения нефростомы не было. Осложнений в виде рубцевания в зоне анастомоза не выявлено.

При контрольном обследовании (через 4-6 мес.) уменьшение размеров лоханки и чашечек почки было достигнуто у 93% пациентов. Косметические результаты отличные.

Заключение. Таким образом, преимущества лапароскопической пиелопластики следующие: хорошая визуализация анатомических структур за счет оптического

увеличения, локальное выделение пиелoureтерального сегмента, возможности прецизионного наложения швов, достаточное рабочее пространство для выполнения пиелoureтероанастомоза, хороший косметический эффект, короткий послеоперационный период и быстрое восстановление физической активности, а также получение отличных результатов лечения. Лапароскопическая пиелопластика может являться операцией выбора у пациентов с обструкцией лоханочно-мочеточникового сегмента.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Катько В. А.¹, Дегтяров Ю. Г.,¹ Севковский И. А.².

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»

²ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Инвагинация кишечника – один из наиболее частых видов механической кишечной непроходимости у детей, чаще возникающий в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. Причина заболевания во многих случаях неизвестна. В 94% случаев заболевание носит идиопатический характер, в 3,5% случаев оно обусловлено интестинальными причинами и в 2,5% случаев – экстраинтестинальными факторами. Число оперативных вмешательств по поводу инвагинации колеблется от 15 до 85,3%.

Цель: провести оценку результатов лечения инвагинации кишечника разными методами.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 1965 пациентов с инвагинацией кишечника, которые находились на стационарном лечении в Детском хирургическом центре 1 ГКБ г. Минска (с 2015 г. ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии») за период с 1970 по 2017 гг.

Результаты и обсуждение. С 1970 по 2001 г. в клинику поступил 1051 пациент с диагнозом инвагинация кишечника. У 830 (78,9%) инвагинат расправлен с помощью гидростатической ирригоскопии бариевой взвесью, операции произведены у 221