

спленоренальный анастомоз бок-в-бок – 170, дистальный спленоренальный анастомоз – 110, другие операции – 22. Мы не выполняли паллиативных операций, не использовали склеротерапию как монотерапию острого кровотечения. С 2001 года мы стали выполнять операцию мезопортального шунтирования (МПШ), направленную не только на снижение давления в системе воротной вены, но и на восстановление физиологической портальной перфузии печени. Всего за этот период оперирован 225 ребенка с ВПГ, из них 72 пациентам выполнено МПШ (32%). В остальных случаях распространенный фиброз внутрипеченочных ветвей воротной вены не позволил восстановить кровотока по ветвям воротной вены. В этом случае выполняли операции портосистемного шунтирования. Результаты: Из 139 детей с ПГ поступивших в клинику с кровотечением из варикозных вен у 89 (64%) процентов кровотечение было остановлено с помощью консервативной терапии. Среди 512 оперированных детей с ПГ рецидив кровотечения отмечался у 18 (3,5%) детей. Все дети оперированы повторно. В настоящий момент у этих пациентов риск кровотечения ликвидирован. Летальность - 6 детей (1,1%). Из 72 пациентов с МПШ успешный результат (ликвидация угрозы кровотечений) достигнут у 66 детей (91,7%). По данным точных методов исследования в этой группе детей доказано эффективное восстановление физиологической портальной перфузии печени. Выводы: Современные возможности хирургического лечения позволяют добиться ликвидации угрозы кровотечений у 100% больных. Острое кровотечение должно быть купировано консервативными методами. Показаниями для оперативного вмешательства является неэффективность консервативной терапии – продолжающееся кровотечение. При этом внедрение новых технологий в хирургии ПГ (МПШ) позволяет восстановить нормальные анатомо-физиологические соотношения в бассейне воротной вены.

G134

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Ускова Н.Г., Куликова Н.В., Алхасов М.Б., Митупов З.Б., Феоктистова Е.В.

Кафедра детской хирургии ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова Росздрава
Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, г. Москва, Россия

Обеспечение адекватного оттока желчи у детей с помощью реконструктивных операций необходимо при различных пороках развития (атрезия, кисты) наружных желчевыводящих путей (НЖВП). В настоящее время наиболее широкое применение для реконструкции НЖВП получила операция по Ру с отключенной кишечной петлей. При кистозной мальформации иссекают все кистозноизмененные НЖВП (цистэктомия), и далее выполняют анастомоз между кишечной петлей по Ру и общим печеночным протоком. При атрезии желчных ходов (АЖХ) операцией выбора является операция Касаи – портоэнтероанастомоз. Операция заключается в иссечении облитерированных НЖВП и последующем анастомозе кишечной петли, сформированной по Ру, с фиброзной площадкой в воротах печени, где были отсечены желчные пути. Развитие эндоскопической хирургии в последние годы сделало возможным выполнение этих сложных операций из лапароскопического доступа. В торакальном отделении ДГКБ№13 им. Филатова впервые операция лапароскопической портоэнтеростомии была выполнена в нашем отделении в 2007 года ребенку 2 мес с АЖХ. С 2007 года до настоящего времени с использованием лапароскопического доступа выполнено 26 реконструктивных операций при пороках развития НЖВП. 16 детей в возрасте от 50 дней до 4,5 мес оперированы в связи с АЖХ. Средний вес детей в этой группе составил – 3640 +/-124г. Всем детям этой группы была выполнена лапароскопическая портоэнтеростомия по Касаи. 8 детей в возрасте от 2 мес до 15 лет оперированы в связи с кистозной мальформацией НЖВП. Этим детям выполнялся лапароскопическое иссечение кистозноизмененных желчных ходов и гепатикоэнтероанастомоз по Ру. Результаты. Конверсий не было. Интраоперационных осложнений не отмечалось. Средняя длительность операции составила 2 часа 12 мин при кистах НЖВП и 2 часа 24 мин при атрезии желчных ходов. Из послеоперационных осложнений в одном случае отмечался стеноз гепатикоенероанастомоза и в другом случае - желчный перитонит, связанный с негерметичностью гепатикоенероанастомоза. Все эти осложнения были купированы с помощью лапароскопических операций. Время восстановления пассажа по ЖКТ составило у детей после лапароскопической портоэнтеростомии в среднем 2,9 суток, после лапароскопического удаления кист НЖВП – 2,2 суток. Время пребывания в отделении интенсивной терапии детей оперированных лапароскопическим доступом при атрезиях желчных ходов составило 3,7 дня, при кистах НЖВП – 3,1 дня. Важным показателем эффективности операции Касаи является восстановления пассажа желчи в кишечник и ликвидации симптомов билирубинемии. Стойкая (более 12 мес) ликвидация явлений гипербилирубинемии отмечалась у 8 больных (хороший результат), у 5 детей был достигнут удовлетворительный результат (отсутствие явлений гипербилирубинемии в ближайшие месяцы после операции), и у 3 детей операция была неэффективна. Во всех случаях после лапароскопических операций достигнут хороший косметический результат. Таким образом, наши результаты свидетельствуют, о том, что лапароскопический доступ является методом выбора для реконструкции НЖВП у детей с пороками развития желчевыводящей системы.