

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КИСТАХ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Введения. Кистозное расширение наружных желчных протоков – редкая аномалия, до сих пор малоизученная. В современной литературе их часто называют «кистой холедоха» (КХ). Лечение КХ исключительно хирургическое. Среди авторов нет единого мнения о способах проведения оперативного лечения КХ.

Цель исследования. Проанализировать роль лапароскопических операций при лечении кист холедоха у детей по материалам клиники.

Материал и методы исследования. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ в 1990-2024 годы находились на обследовании и лечении 106 больных с КХ. Возраст больных колебался от 15 дней до 16 лет.

Результаты и обсуждение. Из 106 больных у 66 (62,3%) проведено наложение гепатикоэнтеростомии по Ру, у 5 (4,7%) наложение портоэнтероанастомоз по Касаи на отключенной петле Ру, у 14 (13,2%) наложение гепатикодуоденоанастомоз, у 3 (0,3%) наложение кистоэнтероанастомоз с частичным иссечением кисты, у 4 (3,8%) наложение кистодуоденоанастомоз с частичным иссечением кисты, у 13 (12,2%) наружное дренирование кисты, у 1 (0,1%) ушивание разрыва кисты без дренирования. У 23 (21,7%) из 106 больных было проведено поэтапная тактика лечения. С постоянным развитием лапароскопической хирургии в детском возрасте большую популярность для лечения кист холедоха приобретает лапароскопическая резекция кисты с наложением билидигестивного анастомоза. Он имеет преимущества минимально инвазивной хирургии и быстрого восстановления. Однако лапароскопическая резекция кисты с наложением билидигестивного анастомоза является сложной операцией.

В наших наблюдениях у 6 (0,6%) из 106 больных проведено лапароскопическая резекция кисты с наложением билидигестивного анастомоза: гепатикоэнтеростомия - 3, портоэнтероанастомоз по Касаи – 1; гепатикодуоденостомия – 2. При этом лапароскопические операции занимали больше времени, чем открытые операции. Это было связано с различиями в опыте и уровне квалификации хирургов из-за высокой сложности лапароскопических операций. Мы обнаружили, что частота хирургических осложнений в группе лапароскопии была значительно ниже, чем в открытой группе. С точки зрения уменьшения хирургической травмы и ускорения послеоперационного восстановления наши результаты аналогичны с исследованиями других клиник мира. Лапароскоп, введенный через небольшое отверстие в брюшной полости, обеспечивал широкое поле зрения и при этом уменьшался количество кровотечений, травму тканей и риск возникновения осложнений. Однако из-за высокого уровня сложности процедуры оперирующий хирург должен обладать высокой квалификацией в лапароскопических методах и при необходимости оценить сроки перехода от лапароскопической операции к открытой. Отделение кисты проводили поэтапно, начиная с передней стенки и боковых сторон, затем поднимая боковую стенку и отделяли заднюю стенку. Выделяли желчный пузырь из ложи и использовали как держалка для ретракции самой кисты. Создание Y-образной петли тощей кишки проводили традиционно по методике Ру через минилапаротомный разрез, полученный путем расширения умбиликального порта до 1,5-2,0 см экстракорпорально. А наложение гепатикодуоденостомии проводили



интракорпорально.

В заключение следует отметить, что, лапароскопическая резекция кисты обладает меньшей степенью травмы, более быстрым восстановлением, меньшим воспалением и меньшим количеством осложнений, чем открытая операция. Однако техническая сложность этого метода, требующая от хирурга большого опыта в выполнении как открытых, так и эндоскопических операций в целом, не позволяет данному методу получить широкое распространение.