

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К МОНОПОРТОВОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЮ

Кокоталкин А.А.¹, Аксельров М.А.², Столяр А.В.³

¹ Ноябрьская центральная городская больница, Ноябрьск

² Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

³ Тюменский научный центр СО РАН, Тюмень

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — это дистрофически-дисметаболическое заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и/или билирубина и характеризующееся образованием конкрементов в желчных путях. Частота встречаемости патологии у детей достоверно не определена, однако в последнее время заболевание встречается все чаще. Консервативное лечение несмотря на использование новых фармакологических препаратов и алгоритмов их применения не всегда успешно. При его неэффективности и при наличии органических конкрементов выраженно снижающих «качество жизни» ребенка применяется оперативное лечение. Золотым стандартом оперативного лечения ЖКБ является лапароскопическая холецистэктомия. Единый лапароскопический доступ (ЕЛД) — следующий этап лапароскопии на пути уменьшения разрезов и шрамов на брюшной стенке. В детской хирургии холецистэктомия в настоящее время еще не стала повседневной, рутинной операцией и в литературе носит вид описаний клинических случаев или разбора оперативной техники на небольших, по количеству пациентов, групп детей. Главной проблемой ЕЛД являются измененные параметры условий манипуляций хирургическими инструментами, возможность их переkreщивания, контакта между собой и с видеокамерой и стравливание углекислого газа через не всегда герметичный порт, что существенно повышает сложность вмешательства, так как требует применения специальных инструментов и технических решений.

Цель — разработка анатомических предпосылок, осложняющих манипуляции инструментами при холецистэктомии из ЕЛД и выработка показаний для оптимизации операции постановкой дополнительного порта «монопорт + 1».

Материалы и методы. Измеряли угол реберной дуги по А.В. Чоговадзе, как при осмотре непосредственно на пациенте или оценке рентгеновского снимка, если таковой выполняли для определения состава камней.

Результаты. В ходе исследований и наблюдений было установлено, что угол реберной дуги более 92° соответствует гиперстеническому телосложению, с 91 до 89° нормостеническому и меньше 89° астеническому. Сопоставив данные результатов операций из ЕЛД выявили, что наибольшие трудности с фиксацией дна пузыря и его тракцией возникали у детей с гиперстеническим телосложением в связи с «распластанностью» печени и достаточно узким «углом атаки». При операциях у детей с нормостеническим и астеническим телосложением подобных проблем возникало гораздо меньше.

Заключение. Таким образом классическую монопорттовую холецистэктомию можно рекомендовать к выполнению у детей с углом реберной дуги от 91° и ниже, при угле реберной дуги более 91°, методом выбора доступа для проведения холецистэктомии может быть «монопорт + 1».