



Рис. 2. МСКТ с в/в контрастированием

стью регрессировал. Однако на контрольном УЗИ полость абсцесса сохранялась в проекции правой доли печени.

15 сентября 2014 г. под общей анестезией и контролем ультразвукографии (рис. 3) произведена пункция иглой Bard Magnum Green в пересечении средней подмышечной линии и X межреберья на глубину 40 мм. Без технических трудностей получено около 7 мл густого сливкообразного гноя (в посеве – *E. coli*). Полость промыта раствором диоксидина до чистых вод, игла удалена. Компрессия по правой реберной дуге в течение 20 мин с целью гемостаза. Наложена асептическая наклейка (спирт + левомеколь).

В послеоперационном периоде антибактериальную терапию изменили (имепенем + цила-



Рис. 3. Операция: Пункция, санация абсцесса правой доли печени

статин + ванкомицин + метронидазол), на контрольном УЗИ на 7-е сутки, 1 и 3 мес – паренхима правой доли печени без патологии. Ребенок выписан из стационара на 7-е послеоперационные сутки с выздоровлением.

Цель данной демонстрации – ознакомить аудиторию детских хирургов с таким крайне редким осложнением деструктивного аппендицита, как абсцесс печени на фоне пилефлебита. Таким образом, как показывают данные литературы и собственные клинические наблюдения, пункционное лечение под ультразвуковой навигацией является малоинвазивным, максимально атравматичным и весьма эффективным в лечении абсцесса, расположенного в толще паренхимы печени.

ДОКЛАД «НОВЫЙ МЕТОД МАЛОИНВАЗИВНОЙ ГАСТРОСТОМИИ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ У ДЕТЕЙ»

Рачков В. Е., Захаров И. В., Прохорова Е. С.

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава РФ, Москва; Европейский медицинский центр (ЗАО «Юропиан Медикал Сентер»), Москва

Гастростомия – одна из самых распространенных паллиативных операций, применяемых при невозможности энтерального питания через рот. Показания к гастростомии в детском возрасте: непроходимость глотки и/или пищевода вследствие рубцового стеноза или атрезии пищевода, трахеопищеводные свищи, перфорация пищевода, ротоглоточная дисфагия, вызванная органическим поражением или дегенеративными заболеваниями

ЦНС, опухолями головного мозга, тяжелые воспалительные изменения слизистой пищевода – мукозиты – у онкологических больных после химио- или лучевой терапии.

При выполнении вмешательства должны быть соблюдены следующие принципы: малая инвазивность, относительная простота выполнения, безопасность процедуры, обеспечение адекватного питания, герметичность. Наиболее традиционна

в детской хирургии гастростомия по Кадеру. Развитие малоинвазивных подходов привело к разработке и внедрению альтернативных методов гастростомии: чрескожная эндоскопическая гастростомия (PEG), различные варианты лапароскопической операции.

По литературным данным, частота осложнений при гастростомии варьирует от 1 до 17%. К наиболее серьезным осложнениям, которые могут потребовать хирургического вмешательства, относятся перитонит, абсцесс брюшной полости, гнойные осложнения в мягких тканях вокруг стомы, формирование хронического желудочного свища. Менее серьезные осложнения встречаются чаще (до 50%), к ним относят негерметичность гастростомы, появление симптомов желудочно-пищеводного рефлюкса, формирование грануляций, нарушение проходимости гастростомической трубки.

Мы хотели бы предложить свой опыт малоинвазивной пункционной гастростомии (МПГ) с использованием стандартного набора для установки низкопрофильных гастростомических трубок MicKey компании «Kimberly-Clark». Набор включает все необходимые инструменты для установки трубки определенного диаметра. Эта методика широко применяется у взрослых больных в Европе и США. Подобные операции впервые выполнены в детском возрасте в нашей стране.

Техника операции. Одновременно работают хирург и врач-эндоскопист. Эндоскопист вводит фиброскоп в желудок, хорошо раздувает его и подсвечивает переднюю стенку желудка так, чтобы оперирующий хирург увидел свет эндоскопа на передней брюшной стенке. Выбирают место для будущей гастростомы в проекции тела желудка, надавливая пальцем на переднюю брюшную стенку. Размечают 3 точки фиксации желудка к передней брюшной стенке, примерно в 2 см от места будущей гастростомы. Выбранные точки должны быть вершинами треугольника с центром в гастростомическом отверстии.

Следующий этап – гастропексия. Для этого в вершинах треугольника переднюю брюшную стенку прокалывают с помощью специальной иглы из набора, содержащую нить (Biosin) с анкером на конце. Нить подтягивают и фиксируют с помощью специального фиксатора по типу запонки. Важно избегать чрезмерного затягивания нити, чтобы исключить прорезывание стенки желудка.

Таким образом, фиксируют желудок к передней брюшной стенке в 3-х точках.

Формируют канал гастростомы. Для этого в центре треугольника с помощью специальной иглы из набора прокалывают переднюю брюшную стенку. Через иглу проводят гибкую струну-проводник. По струне проводят специальные телескопические бужи из набора, которыми последовательно расширяют отверстие до заданного диаметра. Эндоскопист контролирует последовательное прохождение телескопических бужей через переднюю брюшную стенку и стенку желудка и отсутствие травматизации его задней стенки острым концом первого бужа. Низкопрофильную гастростомическую трубку необходимого диаметра и заданной длины устанавливают через сформированное отверстие по внутреннему каналу последнего телескопического бужа, имеющего разрываемую оболочку. Раздувают манжету гастростомической трубки и проверяют ее проходимость.

МПГ выполнена у 20 детей в возрасте от 9 мес до 16 лет. Средний возраст – 6,7 лет. Показания для гастростомии – невозможность кормления ребенка через рот в связи с опухолью ротовой полости и глотки (3 детей), выраженный мукозит у детей на фоне химиотерапии (6 пациента), плановая гастростомия перед проведением облучения на область шеи (3 детей), неврологические нарушения с нарушением акта глотания (5 детей), специфическое поражение слизистой глотки и пищевода при РТПХ. У 8 (40%) детей операция выполнялась на фоне выраженных нарушений свертываемости крови. Средний срок наблюдения за пациентами составил 1 год 8 мес. Среднее время операции – 25 мин. Кормление ребенка начинают вечером после операции. Отмечено 1 интраоперационное осложнение на этапе накопления опыта – повреждение задней стенки желудка острым концом бужа во время формирования гастростомического канала. После гастростомии у 2-х детей отмечали транзиторный пневматоз передней брюшной стенки. В отдаленные сроки (6 мес) у 1 ребенка отмечено формирование незначительных грануляций в области гастростомы.

Все гастростомы оставались герметичными. Предлагаемая в наборе низкопрофильная гастростомическая трубка очень удобна для использования медперсоналом и пациентом. Замена гастростоми-

ческих трубок при такой методике – относительно простая манипуляция, которую могут выполнить предварительно обученные родители.

В нашей практике МПГ стала операцией выбора для проведения длительного парентерального питания. Малая инвазивность операции, функциональность и удобство в использовании стали теми факторами, на которых был основан наш выбор. Перед традиционной чрескожной пункционной гастростомией у нее есть значимое преимущество – гастропексия, что делает гастростому более герметичной и уменьшает технические

сложности при смене гастростомической трубки. В то же время МПГ менее инвазивна, чем лапароскопическая гастростомия. Относительный недостаток представленного метода – высокая стоимость оригинального набора Kimberly-Clark. Важно отметить, что залогом безопасности процедуры являются согласованные действия хирурга и эндоскописта. Мы считаем, что МПГ является хорошей альтернативой существующим методам, она может широко использоваться при проведении длительного энтерального питания у детей.