

## ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ДЕТЕЙ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРЕСАКРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*Талыпов С.Р., Ахаладзе Д.Г., Меркулов Н.Н., Рабаев Г.С., Ускова Н.Г.*

Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Москва

**Актуальность.** Операции по удалению солидных новообразований полости малого таза у детей сложны по исполнению и травматичны для пациента, требуют широкого доступа и тракции окружающих органов, имеют риск больших кровопотерь. В случае, если новообразование плотно спаяно с крестцом и копчиком, манипуляции по выделению опухоли из окружающих сращений могут быть сильно затруднены.

**Материалы и методы.** В отделении хирургии НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева с января 2019 г. выполнено 14 видеоскопических и эндоскопически ассистированных операций у такого же числа детей с солидными новообразованиями различного генеза пресакральной локализации. Среди 11 пациентов было 9 мальчиков и 5 девочки. Возраст пациентов варьировал от 2 месяцев до 9 лет, средний возраст составил 3,85 лет. У 5 пациентов операция по удалению опухоли была выполнена лапароскопически, из них 2 пациента были с нейрогенной опухолью малого таза, 2 пациента — реактивная фолликулярная гиперплазия лимфатических узлов малого таза, 1 пациент — гиалиноз лимфатического узла. Еще в 8 случаях выполнено видеоассистированное одномоментно двухэтапное удаление опухоли с последующим задне-сагиттальным доступом, из них у 6 пациентов — по поводу герминогенно-клеточной опухоли крестцово-копчиковой области, 1 — эмбриональной рабдомиосаркомы малого таза, 1 — нейробластомы. На первом этапе (лапароскопически) проводили мобилизацию новообразования от крестца, прямой кишки и клетчатки таза, на втором этапе выполнялось непосредственное удаление опухоли с резекцией копчика (6 пациента) и резекцией крестца на уровне S4 (1 пациент). 1 пациент оперирован по поводу рецидива шванномы малого таза.

**Результаты и обсуждение.** Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Время операции зависело от размеров опухоли, выраженности рубцово-спаечного процесса и составило от 40 до 240 мин. Операции осуществлялись из 3-х-4-х троакарного доступа. У 1 пациента, с рецидивом шванномы, прибегли к конверсии, в связи с выявленным при эндоскопической мобилизации опухоли вращением новообразования в правый мочеточник и сигмовидную кишку, что потребовало резекции указанных органов с наложением анастомозов и проведения мочеточникового стента при интраоперационной цистоскопии. У 4 пациентов по гистологическому диагнозу подтвержден патоморфоз герминогенно-клеточной опухоли 4 степени. У 1 пациента с ЭРМС продолжена химиотерапия в ранние послеоперационные сроки.

**Выводы.** Видеоскопические операции у детей с солидными новообразованиями пресакральной локализации обладают меньшей травматичностью, по сравнению с открытыми вмешательствами, что позволяет реабилитировать пациентов в более короткие сроки и продолжить терапию основного заболевания. Сложность проведения эндоскопических оперативных вмешательств в малом тазу, помимо анатомической насыщенности, обусловлена рубцово-спаечным процессом на фоне предшествующей химиотерапии и невозможностью полного осмотра удаляемой опухоли со всех сторон, что требует особого внимания оперирующего хирурга.