

Таким образом, определение предложенного суммарного индекса ферритина позволяет повысить точность дифференциальной диагностики и выявления послеоперационного перитонита, что позволяет своевременно выполнить оперативное пособие и снизить летальность в данной группе больных.

#### Литература

1. Ерюхин И.А., Шляпников С.А., Ефимова И.С. Перитонит и абдоминальный сепсис. *Инфекции в хирургии*. 2004; 1: 2–7.
2. Рычагов Г.П., Барадков К.Н. Послеоперационный перитонит: причины, диагностика, лечение. *Хирургия. Восточная Европа*. 2012; 3: 103–4.
3. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит. М.; 2006: 208.
4. Узалчикян А.А., Асатрян А.Р., Закарян А.Е. и др. К вопросу изучения патогенеза энтеральной недостаточности у больных с распространенным послеоперационным перитонитом. *Хирургия*. 2010; 11: 42–7.
5. Назыров Ф.Г., Девятков А. В., Ходжиев Д.Ш. и др. Стандартизация комплексной динамической диагностики и тактики лечения послеоперационного перитонита. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2011; 4 (1): 31–9.
6. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А., Глушков П.С. Послеоперационные осложнения у больных перитонитом. *Хирургия*. 2009; 4: 45–8.
7. Рамазанов М.В., Бутырина Е.В., Кчибеков Э.А. Анализ корреляции ферропротеинов при распространенном перитоните. *Астраханский медицинский журнал*. 2011; 6 (1): 98–101.
8. Wittman D.H. Intraabdominal infections. Basel, Hong Kong; 1991: 256.
9. Al-Delaimy W.K., Jansen E. N. Reliability of biomarkers of iron status, blood lipids, oxidative stress, vitamin D, C-reactive protein and

fructosamine in two Dutch cohorts. *Biomarkers*. 2006; 11 (4): 370–82.

10. Топчиев М. А., Кчибеков Э. А., Паршин Д. С., Орлов Ф. В. Способ диагностики послеоперационного перитонита. Заявитель и патентообладатель ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России. Патент РФ №2456621.

#### References

1. Eryukhin I.A., Shlyapnikov S.A., Efimova I.S. Peritonitis and abdominal sepsis. *Infektsii v khirurgii*. 2004; 1: 2–7 (in Russian).
2. Rychagov G.P., Baradkov K.N. Postoperative peritonitis: causes, diagnosis, treatment. *Khirurgiya. Vostochnaya Evropa*. 2012; 3: 103–4 (in Russian).
3. Savel'ev V.S., Gel'fand B.R., Filimonov M.I. Peritonitis. Moscow; 2006: 208, (in Russian).
4. Uzalchikyan A.A., Asatryan A.R., Zakaryan A.E. et al. On the question of the study of the pathogenesis of enteric disease in patients with advanced postoperative peritonitis. *Khirurgiya*. 2010; 11: 42–7 (in Russian).
5. Nazyrov F.G., Devyatov A.V., Khodzhiev D.Sh. et al. Standardization of complex dynamic diagnosis and tactics of postoperative peritonitis treatment. *Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii*. 2011; 4 (1): 31–9 (in Russian).
6. Shurkalin B.K., Faller A.P., Gorskiy V.A., Glushkov P.S. Postoperative complications in patients with peritonitis. *Khirurgiya*. 2009; 4: 45–8 (in Russian).
7. Ramazanov M.V., Butyrina E.V., Kchibekov E.A. Analysis of correlation of ferroproteins with diffuse peritonitis. *Astrakhanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2011; 6 (1): 98–101 (in Russian).
8. Wittman D.H. Intraabdominal infections. Basel, Hong Kong; 1991.
9. Al-Delaimy W.K., Jansen E. N. Reliability of biomarkers of iron status, blood lipids, oxidative stress, vitamin D, C-reactive protein and fructosamine in two Dutch cohorts. *Biomarkers*. 2006; 11 (4): 370–82.
10. Topchiev M.A., Kchibekov E.A., Parshin D.S., Orlov F.V. Method for the diagnosis of postoperative peritonitis; d. Patent RF, № 2456621 (in Russian).

Поступила после переработки 04.09.2013

© С.Н. СТРАХОВ, О.В. СТАРОВЕРОВ, 2013

УДК 616.61-007.63-07-089

## БИСЕГМЕНТАРНЫЙ ГИДРОНЕФРОЗ УДВОЕННОЙ ПОЧКИ: ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

*С.Н. Страхов\**, *О.В. Староверов*

Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Министерства здравоохранения Российской Федерации, 125412, Москва, Российская Федерация; Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, 123317, Москва, Российская Федерация

За последние 15 лет ангиографическое обследование почек было проведено 357 больным с урологическими заболеваниями. Среди них гидронефроз удвоенной половины почки был установлен у 16 больных, что составило 4,5 % наблюдений.

\*Страхов Сергей Никодимович, доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник. 125412, Москва, ул. Талдомская, 2.

Бисегментарный гидронефроз удвоенной почки характеризуется гидронефротической трансформацией двух сегментов, из которых один сегмент — от одной анатомической половины удвоенной почки и второй сегмент — от второй анатомической половины удвоенной почки.

Архитектонику кровоснабжения почки составляют четыре сегмента: верхний, задний, нижний и передний. Верхнюю половину удвоенной почки составляют верхний и задний сегменты, нижнюю половину — нижний и передний сегменты.

Различают верхний бисегментарный гидронефроз удвоенной почки, при котором в патологический процесс вовлечены верхний и передний сегменты, и нижний бисегментарный гидронефроз удвоенной почки, при котором в гидронефроз вовлечены нижний и задний сегменты почки.

Бисегментарный гидронефроз удвоенной почки диагностируется только по данным компьютерной томографии в сосудистом режиме или по данным ангиографии почек.

Дифференцированную хирургическую тактику лечения больных с бисегментарным гидронефрозом удвоенной почки составляет коагуляция только сегментарных артерий у основания гидронефрозной стенки, прилегающей к непопавшим сегментам почки, и исключение лигирования артерий верхней или нижней половины удвоенной почки.

**Ключевые слова:** удвоенная почка; бисегментарный гидронефроз.

## BISEGMENTARY HYDRONEPHROSIS OF DOUBLE KIDNEY: DIAGNOSTICS AND DIFFERENTIATED SURGICAL TACTICS

*S.N. Strakhov, O.V. Staroverov*

Institute of Pediatrics and Children Surgery, 125412, Moscow, Russian Federation; Children's Clinical Hospital No. 9, 123317, Moscow, Russian Federation

Over the past 15 years angiography examination of the kidneys was held in 357 patients with urological diseases. Among them hydronephrosis of the double half of the kidney was installed in 16 patients that amounted to 4.5 % of observations.

Bisegmentary hydronephrosis of the double kidney is characterized by hydronephrosis transformation of two segments, of which one segment belongs to one anatomic half of the double kidney, and the second segment, belongs to the second anatomical half. Architectonics of the blood supply to the kidney of 4 consists segments: top, back, bottom, and front. The top half of the double kidney, consists of the top and rear segments, and the lower half consists of the lower and the front segments.

There are upper bisegmentary hydronephrosis of the double kidney, where the top and front segments are involved in the pathological process, and lower bisegmentary hydronephrosis of the double kidney, which hydronephrosis process involved the bottom and posterior segments of the kidney.

Bisegmentary hydronephrosis of the double kidney is diagnosed only by data of computer tomography in the vascular mode or according to renal angiography.

Differentiated surgical tactics of treatment of patients with bisegmentary hydronephrosis of double kidney is coagulation only segmental arteries at the base of hydronephrosis wall, adjacent to the unaffected segments kidney, and the exclusion of alloying arteries of the top or bottom half of the double kidney.

**Key words:** double kidney; bisegmentary hydronephrosis.

Среди больных с различными хирургическими формами урологических заболеваний определенное место занимают больные с гидронефрозом удвоенной почки. Удвоение почек является часто встречающейся аномалией количества почек. Удвоение почек характеризуется наличием собирающей системы для верхней и нижней половины почек. Удвоение почки, при котором кровоснабжение обеих половин почки осуществляется одной почечной артерией, является неполным [1].

Анатомическими и ангиографическими исследованиями была определена архитектоника кровоснабжения удвоенной почки. Основу архитектоники составляет одиночный ствол почечной артерии, отходящий от брюшного отдела аорты. Почечная артерия делится на две артерии (на артерию для сегментов верхней половины и артерию для сегментов нижней половины удвоенной почки), сегментарные, субсегментарные, междольковые, дуговые артерии и артериолы, из которых кровь поступает в капилляры клубочков, капилляры канальцев и венозную сеть почки.

Одиночный ствол почечной артерии определяется в 75 % случаев, добавочные ветви почечной артерии встречаются в 25 % наблюдений [2].

По распределению пирамид почки было установлено, что архитектонику кровоснабжения почки составляют четыре сегмента: верхний, задний, передний и нижний [3, 4].

Известны нозологические формы гидронефроза: двусторонний гидронефроз, левосторонний, правосторонний и гидронефроз удвоенной почки. Недавно был выявлен сегментарный гидронефроз [5, 6].

Цель работы — обосновать наличие бисегментарного гидронефроза удвоенной почки, его ангиографическую диагностику и дифференцированную тактику хирургического лечения.

### Материал и методы

Из урологического отделения (руководитель — проф. В.Г. Гельдт) клиники детской хирургии (руководитель — главный детский хирург РФ, проф. В.М. Розин) Московского НИИ педиатрии и

детской хирургии Минздрава РФ за последние 15 лет (с 1999 г.) ангиографическое обследование почек было проведено 357 урологическим больным.

Из общего числа обследованных были 120 больных с гидронефрозом, что составило 33,6 % наблюдений. В числе последних были 84 больных с односторонним гидронефрозом (всей почки слева – 41, справа – 43), 20 больных с двусторонним и 16 больных с гидронефрозом половины удвоенной почки.

Среди 120 больных гидронефроз половины удвоенной почки был установлен у 16, что составило 13,3 % наблюдений.

Наряду с общепринятыми клиническими исследованиями больным с гидронефрозом удвоенной почки были проведены внутривенная урография и ультразвуковое исследование почек.

Абдоминальная аортография и селективная почечная ангиография выполнены совместно с Н.Б. Косыревой и З.М. Бондар.

Катетеризация сосудов по Сельдингеру осуществлялась под масочным наркозом. Ангиография проводилась с использованием ангиографического аппарата «Chiralux-2» и ангиографического комплекса «Ancog». Были использованы рентгеноконтрастные средства «Визипак» и «Ультравист».

## Результаты

Бисегментарный гидронефроз удвоенной почки характеризуется гидронефротической трансформацией двух сегментов, из которых один патологически измененный сегмент – от одной анатомической половины удвоенной почки и второй сегмент – от второй анатомической половины удвоенной почки.

Различают *нижний бисегментарный гидронефроз* удвоенной почки, при котором в гидронефротическую трансформацию вовлечены нижний сегмент нижней половины удвоенной почки и задний сегмент верхней половины удвоенной почки (рис. 1).

У больных с *верхним бисегментарным гидронефрозом* в патологический процесс вовлечены верхний сегмент верхней половины удвоенной почки и передний сегмент нижней половины удвоенной почки.

У больных с гидронефрозом удвоенной почки кровоснабжение верхнего и заднего сегментов верхней половины удвоенной почки осуществляется верхней артерией (АВ), что в ангиологии трактуется как верхняя артерия первого порядка. Кровоснабжение нижнего и переднего сегментов нижней половины удвоенной почки осуществляется нижней артерией (АН), трактуемой соответственно как нижняя артерия первого порядка.

Под нашим наблюдением было 16 больных с гидронефрозом удвоенной почки.

Среди них у 13 больных в гидронефротическую трансформацию были вовлечены верхний и зад-

ний сегменты верхней половины почки, что правомерно трактуется урологами как гидронефроз верхней половины удвоенной почки.

Вовлечение в гидронефротическую трансформацию нижнего и переднего сегментов нижней половины удвоенной почки диагностируется как гидронефроз нижней половины удвоенной почки. У этой категории больных пораженные сегменты анатомически были сопряжены с одной половиной почки. Этим больным проведена операция эпигеминефрэктомия или гипогеминефрэктомия с хорошими отдаленными результатами.

Что касается еще 3 больных, то у них был диагностирован бисегментарный гидронефроз удвоенных почек, что составило 2,5 % всех больных гидронефрозом и более 18,7 % среди больных с удвоенной почкой.

Двусторонний верхний бисегментарный уретерогидронефроз удвоенных почек был выявлен у 1 больной в возрасте 1 год 3 мес и нижний бисегментарный гидронефроз удвоенной почки диагностирован у 2 больных, 8 и 15 лет.

Для иллюстрации нижнего бисегментарного гидронефроза удвоенной почки приводим одно клиническое наблюдение.

Больной Р., 15 лет, поступил в урологическое отделение с жалобами на высокую температуру, тупые боли в животе, наличие мутной мочи.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания. Масса тела 55 кг, рост 180 см. Кожные покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологии не выявлено. Симптом Пастернацкого справа положительный. Больному назначена консервативная терапия.

*УЗИ почек.* Левая почка с ровными четкими контурами, паренхима эхоструктурна, толщиной 8 мм, размер почки 111 × 47 × 54 мм. Правая почка представлена образованием шаровидной формы с множественными анэхогенными зонами (расширенными полостями). Размер почки 137 × 60 × 59 мм. Лоханка размером 50 × 30 мм.

Проведена *внутривенная урография*. На урограммах тень левой почки расположена обычно, функция ее удовлетворительная. Собирательная система ампулярного типа строения. Чашечки не изменены. Паренхима сохранена. Мочеточник дифференцируется фрагментарно небольшими участками. Отток мочи не нарушен.

Тень правой почки не определяется. Выявлена группа чашечек с небольшой лоханкой на уровне L1. От лоханки отходит мочеточник, который вместе с чашечками оттеснен кверху. На отсроченных урограммах контрастирования почки не получено.

Заключение: удвоение правой почки с гидронефрозом и полным отсутствием функции нижней половины. Функция левой почки и верхней половины правой почки вполне удовлетворительная.

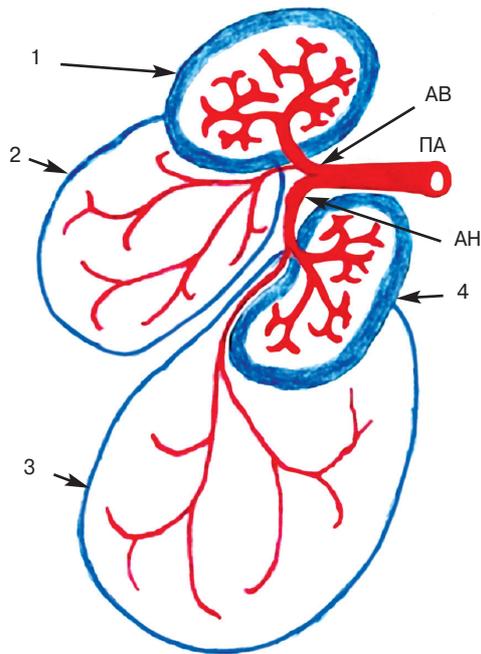


Рис. 1. Схема правостороннего нижнего бисегментарного гидронефроза удвоенной почки в боковой проекции:

ПА – правая почечная артерия; АВ – артерия верхней половины удвоенной почки; АН – артерия нижней половины удвоенной почки; 1 – верхний сегмент верхней половины удвоенной почки; 2 – задний сегмент верхней половины удвоенной почки; 3 – нижний сегмент нижней половины удвоенной почки; 4 – передний сегмент нижней половины удвоенной почки

**Цистография:** рефлюксы в чашечно-лоханочную систему левой и правой почки не определяются.

Проведена *абдоминальная аортография*. Левая почечная артерия диаметром 8 мм, ее внутрипочечные ветви без нарушения архитектоники и гемодинамики. Просвет правой почечной артерии умеренно сужен по сравнению с левой почечной артерией и составляет менее 6 мм.

У ворот правой почки артерия делится на артерию верхней половины (указана желтой стрелкой) и артерию нижней половины (указана фиолетовой стрелкой) удвоенной почки (рис. 2).

От артерии верхней половины кверху отходит гипертрофированная артерия первого сегмента почки (синие стрелки; на рисунке 1 соответствует цифре 1). Кнаружи и вниз от артерии верхней половины отходят две гипоплазированные артерии (их просвет менее 1 мм; на рисунке 1 соответствует цифре 2) заднего сегмента с гидронефротической дистопией (увеличение угла ветвления), резкой редукцией периферических артерий и отсутствием капиллярной фазы.

От коленообразно изогнутой артерии нижней половины кверху отходят множественные ветви (часть из них обозначена зелеными стрелками, на рисунке 1 соответствует цифре 4) переднего сегмента и еще вниз – гипоплазированная артерия (просвет менее

2 мм; на рисунке 1 соответствует цифре 3) нижнего сегмента с резкой редукцией периферических ветвей и отсутствием капиллярной фазы.

**Заключение:** гипоплазия артерий заднего сегмента верхней половины почки и нижнего сегмента нижней половины с гидронефротической дистопией и редукцией периферических ветвей; гипертрофия артерии верхнего сегмента верхней половины и сохранная архитектоника и гемодинамика переднего сегмента нижней половины правой удвоенной почки.

**Клинический диагноз:** нижний бисегментарный гидронефроз правой удвоенной почки с резким нарушением функции.

Была проведена операция – правосторонняя нижняя бисегментарная нефрэктомия.

Люмботомическим доступом выделена правая почка. Гидронефротическая трансформация сегментов почки была в виде мешка, размерами 25 × 15 × 10 см, по вскрытии которого выдвинулось до 50 мл мутной, с фибрином, мочи. Стенка гидронефрозного мешка резко истончена, без паренхимы.

Произведена монополярная коагуляция патологически измененных сегментарных сосудов и сопряженных чашечек лоханочной системы. Стенка гидронефрозного мешка была иссечена электроножом с коагуляцией до границ непораженных сегментов. Верхний и передний сегменты почки размерами 7 × 4 × 3 см с удовлетворительно функционирующей паренхимой.

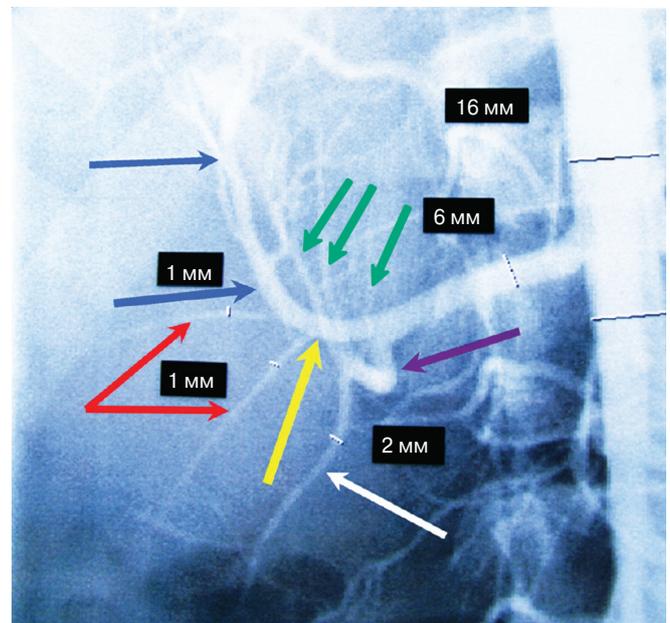


Рис. 2. Аортограмма больного Р. Правая почечная артерия. Желтой стрелкой указана артерия верхней половины; фиолетовой – артерия нижней половины удвоенной почки; синими стрелками – гипертрофированные артерии верхнего сегмента; красными – гипоплазия артерий заднего сегмента; белой стрелкой – гипоплазия артерии нижнего сегмента; зелеными стрелками – ветви артерий переднего сегмента

Гемостаз. Отделяемого нет. Рана послойно зашита. Наклейка. Кровопотеря незначительная. Длительность операции 50 мин.

Послеоперационный период протекал гладко.

*УЗИ почек перед выпиской:* правая почка округлой формы, размерами 51 × 45 × 32 мм. Паренхима 7 мм. Левая почка с ровными четкими контурами, паренхима толщиной 8 мм. Размер почки 112 × 54 × 48 мм.

Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Патогистологическое исследование операционного материала: определяются фрагменты почки с атрофичной корой, резко расширенной чашечно-лоханочной системой. Немногочисленные клубочки с участками нефросклероза и сморщивания. Определяются массивные очаги хронического активного воспаления.

Бисегментарный гидронефроз удвоенной почки был диагностирован только при рентгеноконтрастном исследовании сосудов (ангиографии). Получить информацию о бисегментарном гидронефрозе удвоенной почки методами ультразвуковой диагностики и внутривенной урографии у больного было невозможно.

Особенность обработки сосудов пораженных сегментов почки у больного с нижним бисегментарным гидронефрозом состояла в лигировании монокоагулятором сегментарных артерий у основания гидронефрозной стенки, прилегающей к непораженным сегментам почки, и устьев пораженных чашечек. Исключено лигирование артерий верхней половины или нижней половины удвоенной почки.

Особенность бисегментарного гидронефроза составляет его локализация в системе чашечек, исключая лоханку. Показаний для вмешательства на правой лоханке не было.

### Обсуждение

До настоящего времени мы не нашли в литературе сообщений о бисегментарном гидронефрозе удвоенной почки. В историях болезни такой категории больных верхний или нижний бисегментарный гидронефроз удвоенной почки трактуется как гидронефроз верхней или нижней половины удвоенной почки, что не соответствует анатомической архитектонике бисегментарного гидронефроза удвоенной почки. Операция удаления гидронефрозных бисегментов почки обычно записывается в истории болезни как эпигеминефрэктомия или гипогеминефрэктомия.

Удельное значение бисегментарного гидронефроза среди больных с удвоенной почкой, по нашим наблюдениям, составило более 18,7 %. Однако не все больные с гидронефрозом удвоенной почки подвергаются ангиографическому обследованию, поэтому частота больных с бисегментарным гидро-

нефрозом среди больных с удвоенной почкой в действительности будет значительно меньше.

Больных с верхним бисегментарным гидронефрозом удвоенной почки в урологических клиниках оперируют с диагнозом «гидронефроз верхней половины удвоенной почки». При этом лигируется артерия верхней половины удвоенной почки и прекращается кровообращение не только пораженного верхнего сегмента, но выключается из кровоснабжения и задний непораженный сегмент почки.

Последующее удаление гидронефроза переднего сегмента нижней половины удвоенной почки, прилегающего к артерии нижней половины, сопровождается травмой артериальной стенки и тромбозом артерии нижней половины удвоенной почки с выключением из кровообращения не только пораженного переднего сегмента, но и непораженного нижнего сегмента почки.

Подобная хирургическая тактика лечения больных с верхним бисегментарным гидронефрозом удвоенной почки сопровождается утратой всей почки. Такие очень редкие случаи возможны в практике урологических отделений.

### Заключение

Бисегментарный гидронефроз удвоенной почки характеризуется патологией, в которую вовлечены два почечных сегмента: один сегмент — от верхней половины удвоенной почки и еще один сегмент — от нижней половины.

Различают верхний и нижний бисегментарный гидронефроз удвоенной почки.

Верхний бисегментарный гидронефроз удвоенной почки составляют патологически измененные верхний сегмент верхней половины и передний сегмент нижней половины удвоенной почки.

Нижний бисегментарный гидронефроз удвоенной почки составляют патологически измененные нижний сегмент нижней половины удвоенной почки и задний сегмент верхней половины удвоенной почки.

Всем больным с гидронефрозом удвоенной почки до операции необходимо проведение ангиологического обследования методом компьютерной томографии в сосудистом режиме или рентгеноконтрастное исследование сосудов почки (ангиография). По патологии архитектоники сегментарных почечных артерий диагностируется бисегментарный гидронефроз.

Дифференцированную хирургическую тактику лечения больных бисегментарным гидронефрозом удвоенной почки составляет лигирование монокоагулятором сегментарных артерий у основания гидронефрозной стенки, прилегающей к непораженным сегментам почки, и устьев пораженных чашечек. Показаний для вмешательства на правой

лоханке не было. Исключено лигирование артерий верхней половины или нижней половины удвоенной почки.

#### Литература

1. Лопаткин Н.А. Пугачёв А.Г. Детская урология: Руководство. М.: Медицина; 1984: 151–70.
2. Luzsa Gy. Posmertna angiografie brisnich organu. *Cs. Rentgenol.* 1965; 19: 2.
3. Boijesen E. Angiographic studies of anatomy of single and multiple renal arteries. *Acta Radiol. (Stockh.)*. 1959; Suppl: 183.
4. Серов В.В. Гистоангиорентгенографические параллели при гломерулонефритах. Урология. 1959; 24: 15–7.
5. Страхов С.Н. Сегментарный гидронефроз: ангиологическая диагностика и сегментарная нефрэктомия. *Российский электронный журнал лучевой диагностики*. 2012; 2 (2): 565–7.
6. Страхов С.Н. Сегментарный гидронефроз и сегментарная гипоплазия почки у детей: ангиографические критерии диагно-

тики и дифференцированное хирургическое лечение. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2013; 58 (2): 74–9.

#### References

1. Lopatkin N.A. Pugachev A. G. Pediatric urology: Guide. Moscow: Meditsina; 1984: 151–70 (in Russian).
2. Luzsa Gy. Posmertna angiografie brisnich organu. *Cs. Rentgenol.* 1965; 19: 2.
3. Boijesen E. Angiographic studies of anatomy of single and multiple renal arteries. *Acta Radiol. (Stockh.)*. 1959; Suppl: 183.
4. Serov V.V. Histological, angiographic and radiographic parallels in glomerulonephritis. *Urologiya*. 1959; 24: 15–7 (in Russian).
5. Strakhov S.N. Segmental hydronephrosis: angiologic diagnosis and segmental nephrectomy. *Rossiyskiy elektronnyy zhurnal luchevoy diagnostiki*. 2012; 2 (2): 565–7 (in Russian).
6. Strakhov S.N. Segmental hydronephrosis and renal segmental hypoplasia in children: angiographic criteria for the diagnosis and differentiated surgical treatment. *Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii*. 2013; 58 (2): 74–9 (in Russian).

Поступила 26.11.2013

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 617.557-007.43-053.31-089

## ТЕХНОЛОГИЯ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ю.А. Козлов<sup>\*1,3</sup>, В.А. Новожилов<sup>1,2,3</sup>, А.А. Распутин<sup>1</sup>, П.А. Краснов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Центр хирургии и реанимации новорожденных МАУЗ «Ивано-Матренинская детская клиническая больница», 664009, Иркутск, Российская Федерация; <sup>2</sup>Кафедра детской хирургии Иркутского государственного медицинского университета, 664003, Иркутск, Российская Федерация; <sup>3</sup>Кафедра детской хирургии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, 664049, Иркутск, Российская Федерация

Целью этого исследования явилось сравнение однопортового и мультипортового лапароскопических способов лечения паховых грыж у детей первых трех месяцев жизни.

**Материал и методы.** С января 2002 по декабрь 2012 г. было выполнено 260 лапароскопических операций у новорожденных и детей раннего грудного возраста с диагнозом «паховая грыжа». Использовались хирургические технологии однопортовой (1-я группа – 180 пациентов) и мультипортовой эндоскопической герниорафии (2-я группа – 80 больных). Произведено сравнение демографических данных, интра- и послеоперационных результатов в двух группах пациентов.

**Результаты.** В ходе исследования не было обнаружено разницы в длительности операции, количестве доз анальгезии и продолжительности пребывания в стационаре у пациентов сравниваемых групп. Среднее время операции (продолжительность моно- и билатеральной реконструкции) у больных 1-й группы составило 16 мин, среднее время открытой герниотомии у пациентов 2-й группы – 15,72 мин; количество доз послеоперационной анальгезии – 1,19 и 1,22 соответственно. Длительность пребывания в госпитале у пациентов 1-й группы составила 8,12 ч и у больных 2-й группы – 8,27 ч. В отдаленном периоде наблюдений регистрировалась сопоставимая частота осложнений: рецидив (0:0) и гидроцеле (0:1).

**Заключение.** Мы констатируем одинаковые функциональные результаты в лечении паховых грыж у детей первых трех месяцев жизни с использованием однопортовой и многопортовой лапароскопии и демонстрируем безрубцовый результат в группе единого лапароскопического доступа.

**Ключевые слова:** лапароскопия; паховая грыжа; единый лапароскопический доступ; новорожденные; дети раннего грудного возраста.

\* Козлов Юрий Андреевич, кандидат мед. наук, заведующий Центром хирургии и реанимации новорожденных, ассистент кафедры детской хирургии ИГМАПО. 664009, Иркутск, ул. Советская, д. 57.