

ЛИТЕРАТУРА

1. Разумовский А.Ю., Митупов З.Б. Эндоскопические операции в торакальной хирургии детского возраста. М.: Медицина; 2010.
2. Разумовский А.Ю., Гераскин А.В., Шарипов А.М., Батаев С.-Х.М., Феоктистова Е.В., Куликова Н.В. и др. Сравнительная характеристика эндоскопического лечения внелегочной и внутрилегочной форм секвестрации легких. Анналы хирургии. 2011; 3: 30–6.
3. Belcher E., Lavson M.H., Nicholson A.G., Davison A. Congenital cystic adenomatoid malformation presenting as in-flight systemic air embolisation. Eur. Respir. J. 2007; 30: 801–4.
4. Brown M.F., Lewis D., Brouillette R.M. Successful prenatal management of hydrops, caused by congenital cystic adenomatoid malformation, using serial aspiration. J. Pediatr. Surg. 1995; 30: 1998–2001.
5. Rothenberg S.S. Experience with thoracoscopic lobectomy in infants and children. J. Pediatr. Surg. 2003; 38: 102–4.
6. Sauvat F., Michell J. L., Benachi A. Management of asymptomatic neonatal cyst malformations. J. Pediatr. Surg. 2003; 212: 43–8.
7. Stocker J.T., Madwell J. E., Drake R.M. Congenital cystic adenomatoid malformation of the lung. Classification and morphologic spectrum. Hum. Pathol. 1977; 8: 155–77.
8. MacGillivray T.E., Harrison M.R., Goldstein R.B. Disappearing fetal lung lesions. J. Pediatr. Surg. 1993; 28: 1321–4.
9. Miller J.A., Corteville J.E., Langer J.C. Congenital cystic adenomatoid malformation in the fetus: natural history and predictors of outcome. J. Pediatr. Surg. 1996; 31: 805–8.
10. Laberge J.M., Bratu I., Flageole H. The management of asymptomatic congenital lung malformations. Paediatr. Respir. Rev. 2004; 5 (Suppl. A): 305–10.
11. Aziz D., Langer J.C., Tuuha S.E. Perinatally diagnosed asymptomatic congenital cystic adenomatoid malformation: to resect or not? J. Pediatr. Surg. 2004; 39: 329–33.
12. Azizkhan R.G., Crombleholme T.M. Congenital cystic lung disease: contemporary antenatal and postnatal management. Pediatr. Surg. Int. 2008; 24: 643–57.
13. Altair da Silva Costa Junior, Joro Alíssio Juliano Perfeito, Vicente Forte. Tratamento operatório de 60 pacientes com malformações pulmonares: O que aprendemos? J. Bras. Pneumol. 2008; 34 (9): 661–6.

REFERENCES

1. Rasumovsky A.Y., Mitupov S.B. Endoscopic operations in thoracic surgery in children. Moscow: Meditsina; 2010.
2. Rasumovsky A.Y., Geraskin A.V., Sharipov A.M., Bataev S.-Kh.M., Pheoktistova E.V., Kulikova N.V. et al. Comparative characteristics for endoscopic treatment of extrapulmonary and intrapulmonary forms of lung sequestration in children. Annals of surgery. 2011; 3: 30–6 (in Russian).
3. Belcher E., Lavson M.H., Nicholson A.G., Davison A. Congenital cystic adenomatoid malformation presenting as in-flight systemic air embolisation. Eur. Respir. J. 2007; 30: 801–4.
4. Brown M.F., Lewis D., Brouillette R.M. Successful prenatal management of hydrops, caused by congenital cystic adenomatoid malformation, using serial aspiration. J. Pediatr. Surg. 1995; 30: 1998–2001.
5. Rothenberg S.S. Experience with thoracoscopic lobectomy in infants and children. J. Pediatr. Surg. 2003; 38: 102–4.
6. Sauvat F., Michell J. L., Benachi A. Management of asymptomatic neonatal cyst malformations. J. Pediatr. Surg. 2003; 212: 43–8.
7. Stocker J.T., Madwell J. E., Drake R.M. Congenital cystic adenomatoid malformation of the lung. Classification and morphologic spectrum. Hum. Pathol. 1977; 8: 155–77.
8. MacGillivray T.E., Harrison M.R., Goldstein R.B. Disappearing fetal lung lesions. J. Pediatr. Surg. 1993; 28: 1321–4.
9. Miller J.A., Corteville J.E., Langer J.C. Congenital cystic adenomatoid malformation in the fetus: natural history and predictors of outcome. J. Pediatr. Surg. 1996; 31: 805–8.
10. Laberge J.M., Bratu I., Flageole H. The management of asymptomatic congenital lung malformations. Paediatr. Respir. Rev. 2004; 5 (Suppl. A): 305–10.
11. Aziz D., Langer J.C., Tuuha S.E. Perinatally diagnosed asymptomatic congenital cystic adenomatoid malformation: to resect or not? J. Pediatr. Surg. 2004; 39: 329–33.
12. Azizkhan R.G., Crombleholme T.M. Congenital cystic lung disease: contemporary antenatal and postnatal management. Pediatr. Surg. Int. 2008; 24: 643–57.
13. Altair da Silva Costa Junior, Joro Alíssio Juliano Perfeito, Vicente Forte. Tratamento operatório de 60 pacientes com malformações pulmonares: O que aprendemos? J. Bras. Pneumol. 2008; 34 (9): 661–6.

Поступила 30.12.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.149-008.331.1-053.2-089.163-089.12

Н.Т. Зурбаев¹, Е.В. Рысхун¹, А.К. Папаян¹, Е.В. Рыжов², З.М. Бондар¹, Н.Б. Косырева¹, В.А. Темнова²**ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ**¹ФГБУ МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздравсоцразвития России, Москва; ²детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, 123317, Москва

N.T. Zurbaev, E.V. Rysukhin, A.K. Papayan, E.V. Ryzhov, Z.M. Bondar, N.B. Kosyрева, V.A. Temnova

PREOPERATIVE PLANNING OF SURGICAL CORRECTION OF EXTRAHEPATIC PORTAL HYPERTENSION IN CHILDREN

Moscow Research Institute of Pediatrics and Children's Surgery

В статье представлен дифференциальный подход к выбору шунтирующих операций у детей с внепеченочной портальной гипертензией. В зависимости от анатомо-функциональных особенностей течения патологического процесса портальной системы, определяемые взаимно дополняющими методами исследования – ангиографией и ультразвуковой доплерографией, планировался способ коррекции: мезопортальное шунтирование, декомпрессия с использованием магистральных вен или нестандартные варианты анастомозов.

Ключевые слова: дети, портальная гипертензия, шунтирующие операции

Differential approach to the choice of bypass operations in children with extrahepatic portal hypertension is discussed with reference to anatomic and functional features and peculiarities of pathological processes in the portal system revealed by angiography and ultrasonic dopplerography. The methods used included mesoportal bypass, decompression involving the main veins, and non-standard anastomosing. Despite recent achievements, the role of miniinvasive surgery in the treatment of benign hepatic masses remains unclear just as well as optimal approaches to the effected sites and methods to stimulate liver regeneration. This paper reports results of the treatment of children with benign hepatic lesions and describes a new clinically efficacious, readily available and cost-effective method for the stimulation of regeneration.

Key words: surgery, hepatic regeneration, children

Зурбаев Нодари Темурович (Zurbaev Nodari Temurovich), e-mail: nod42@rambler.ru

Внепеченочная блокада воротного кровообращения нередко является причиной кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. Массивные варикозные кровотечения в свою очередь представляют реальную угрозу жизни ребенка. Наиболее радикальными операциями, направленными на профилактику, а зачастую и на остановку кровотечений, являются различные варианты шунтирующих операций [1, 2]. В настоящее время чаще других используют спленоренальные анастомозы в различных модификациях, которые в меньшей степени приводят к редукции перфузии печени по порто-портальным анастомозам и, в то же время дают достаточный декомпрессивный эффект. Другую группу сосудистых анастомозов, в частности различные модификации мезокавальных анастомозов, используют реже, поскольку в большей степени редуцируют портопеченочную перфузию [3, 4]. Не следует сбрасывать со счетов атипичные методы шунтирования, которые позволяют радикально решить задачу при невозможности использования магистральных вен портальной системы [3, 5].

В последние 10–15 лет в детской хирургии отдаются предпочтение мезопортальным анастомозам, поскольку эти операции направлены на восстановление портопеченочной перфузии, следовательно, являются оправданными с точки зрения физиологии. Однако их применение в ряде случаев ограничено в связи с отсутствием функционирующей и пригодной для анастомозирования левой ветви воротной вены [6–12].

Таким образом, в арсенале детских хирургов имеется достаточное количество стандартных и атипичных вариантов шунтирования для устранения угрозы кровотечения. Однако планирование наиболее оптимального варианта шунтирования до операции представляется весьма важным этапом в ходе диагностического процесса, что позволяет, с одной стороны, в каждом конкретном случае учитывать анатомические и физиологические особенности течения патологического процесса, с другой – добиться адекватной декомпрессии и сохранить минимальную или восстановить портопеченочную перфузию.

Материалы и методы

С 2009 по 2012 г. в клинике детской хирургии МНИИ педиатрии и детской хирургии на базе ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского находились 25 детей в возрасте от 3 до 17 лет с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ). Пищеводно-желудочные кровотечения зарегистрировали у 21 (84%) ребенка. Частота кровотечений у разных больных составила от 1 до 3. 4 (16%) детей поступили к нам после установления диагноза при обследовании по поводу интеркуррентных заболеваний.

Все дети, поступившие с подозрением на ВПГ, были обследованы по разработанному алгоритму, который условно разделили на два этапа. Первый этап диагностический, направленный на верификацию диагноза, второй – тактический для определения варианта коррекции ВПГ.

С диагностической целью выполняли:

1) общеклинические исследования для оценки состояния функции печени и селезенки (общий анализ, биохимический анализ крови и коагулограмма);

2) ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором выявляли наличие кавернозной трансформации воротной вены – специфического признака ВПГ, размер, структуру печени и селезенки;

3) эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) для определения степени варикозного расширения вен пищевода, угрозы кровотечения и сопутствующей патологии.

С тактической целью мы осуществили:

1) доплерографию сосудов портальной системы для определения проходимости и размера селезеночной, верхнебрыжеечной вен, а также объема перфузии печени по порто-портальным коллатералям, проходимости и размера левой ветви воротной вены; кроме того, оценивали внутренние яремные вены на случай их использования в качестве вставки между анастомозируемыми сосудами;

2) ангиографическое исследование (возвратная мезентерико- и спленопортография), а при необходимости выполняли чрезкожную спленопортографию.

Два последних исследования дополняли друг друга недостающей информацией и давали полную картину анатомического строения сосудов портальной системы и их функциональной активности, что позволяло планировать ход операции и выбирать оптимальный вариант шунтирования.

Планирование хирургического вмешательства позволило также сократить время операции, затрачиваемое на ревизию и поиск магистральных сосудов или расширенных аркадных вен и коллатералей портальной системы, которые пригодны для анастомозирования.

Результаты и обсуждение

Полученные результаты в процессе комплексного обследования позволили нам подойти к выбору коррекции портальной гипертензии дифференцированно.

При наличии функционирующей левой ветви воротной вены, размеры и функциональную активность которой определяли при мощи УЗИ и доплерографии, мы выполняли мезопортальный шунт со вставкой из правой внутренней яремной вены. Окончательное решение о выполнении порто-портального шунта принимали интраоперационно, после ревизии левой ветви воротной вены. В наших наблюдениях выполнены 2 (8%) обходных анастомоза (by-pass или Rex-shunt) в модификации.

У 1 ребенка 6 лет после перенесенного варикозного кровотечения произвели аркадно-портальный анастомоз (между левой ветвью воротной вены и аркадной веной), поскольку верхнебрыжеечная вена оказалась малого диаметра и непригодной для шунтирования, а аркадная вена тонкой кишки была расширена до 10 мм с хорошим кровотоком. (рис. 1, а, б, см. на вклейке). В послеоперационном периоде отметили хилоперитонеум, с которым удалось справиться консервативно. Размер селезенки сократился, и уменьшилась степень варикоза в пищеводе. Рецидивов кровотечения не было. По данным ультразвуковой доплерографии шунт функционировал, скорость кровотока по нему 16 см/с.

У 1 мальчика 16 лет левая ветвь воротной вены анастомозировалась при помощи вставки из внутренней яремной вены с местом слияния селезеночной и верхнебрыжеечной вен. После завершения этапа шунтирования отметили массивный кровоток в венозной вставке (рис. 2, см. на вклейке). Послеоперационный период осложнился образованием гематомы в области шеи, в ложе правой яремной вены, откуда был изъят венозный трансплантат. На 5-е сутки после операции выполнили ревизию этой области с дренированием гематомы. Результат операции оказался положительным с хорошей динамикой размера селезенки, вари-

козного расширения вен пищевода и отсутствием рецидивов кровотечения. По данным доплерографии шунт функционирует.

У 1 ребенка 8 лет с тотальным флеботромбозом вен портальной системы на возвратной мезентерико-портотомии выявили крупную коллатеральную вену верхнего полюса селезенки (рис. 3, а, б, см. на вклейке). При планировании операции решили использовать ее для осуществления декомпрессии портального русла через левую почечную вену. При интраоперационной ревизии обнаруженная вена осуществляла отток крови из селезенки, в частности от верхнего полюса, проходила сквозь большой сальник и уходила в корень брыжейки толстой кишки (рис. 3, б). По сути этот сосуд осуществлял функцию непроходимой селезеночной вены. Как и запланировали до операции, выполнили анастомоз между селезеночной и левой почечной венами. В послеоперационном периоде отметили положительную динамику, уменьшилась степень варикозного расширения вен пищевода. Рецидивов кровотечения не наблюдали.

Еще у девочки 9 лет при проведении ангиографии выявили, что селезеночная вена непроходима, анатомия верхнебрыжеечной вена нарушена. Она располагалась не в типичном месте, несколько смещена в левую сторону от обычного расположения и имела косое направление снизу вверх под углом около 45° (рис. 4, см. на вклейке). Оценив анатомию портальной системы, решили произвести мезокавальный анастомоз. Однако в связи с большим диастазом между этим сосудом и нижней полой веной, который не позволял выполнить анастомоз по типу бок в бок, использовали правую внутреннюю яремную вену для формирования мезокавального Н-образного анастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений, отметили положительную динамику варикозного расширения вен пищевода, однако размер селезенки сократился незначительно, сохраняется умеренный гиперспленизм.

Через 2 мес после незначительной травмы живота ребенок 8 лет перенес 2 пищеводно-желудочных кровотечения. Лечился в отделении реанимации по месту жительства. Поступил в нашу клинику с выраженной анемией, гипотрофией, асцитом, диареей. Размер селезенки не увеличен. При аускультации живота в эпигастральной области выслушивались пульсация и шум, напоминающий доплерографический шум кровотока. По данным ЭГДС варикозное расширение вен пищевода III–IV степени. УЗИ показало наличие в левой доле печени, в месте расположения левой ветви воротной вены, жидкостное образование размером 4 x 5 см с турбулентным кровотоком в ней. В нижний отдел образования впадает левая ветвь воротной вены, в верхний полюс впадает артериальный сосуд (рис. 5, а–в, см. на вклейке). На основании полученной ультразвуковой картины заподозрили артериопортальную фистулу и решили выполнить компьютерную томографию (КТ) в сосудистом режиме. По данным КТ уже на этапе артериальной фазы контрастировалась портальная система, что свидетельствовало о наличии соустья между артериальной и венозной системами. Артериальная часть фистулы была представлена aberrантным сосудом, отходящим

непосредственно от аорты и впадающим в левую долю печени, непосредственно в образование, которое напоминало аневризму (рис. 5, б, см. на вклейке).

Разобщить данную фистулу можно было двумя способами. Первый вариант заключался в лапаротомии, ревизии и обнаружении aberrантного сосуда, наложении лигатур на протяжении с последующим пересечением. Второй вариант предполагал эндоваскулярную окклюзию спиралью Gianturco. Мы отдали предпочтение второму варианту как менее травматичному и более безопасному. Согласно запланированному плану выполнили ангиографию, при которой удалось пройти катетером в aberrантный сосуд и установить в его дистальной части, непосредственно у места впадения в аневризмоподобное образования, 4 спирали Gianturco. При контрольном введении контраста отметили его небольшое попадание в аневризму, однако массивного кровотока в этой области не выявили. При катаметрическом обследовании через 1 год ребенок прибавил в массе тела, физическое развитие соответствовало возрастной норме, асцит не наблюдалось, полностью исчезли варикозно-расширенные вены пищевода. На КТ отметили регресс аневризмы и отсутствие функционирующей фистулы (рис. 5, в, см. на вклейке). Ребенок выздоровел.

У остальных больных произвели спленоренальное шунтирование по типу бок в бок, за исключением 1 больного, которому выполнен спленосупраренальный анастомоз. После проведенного комплекса диагностических исследований у этого пациента предполагали произвести спленоренальное шунтирование бок в бок. Однако при интраоперационной ревизии оказалось, что наложение анастомоза с почечной веной не представляется возможным из-за большого диастаза между выделенными сосудами, а супраренальная вена располагалась в непосредственной близости к селезеночной вене, что позволяло без особого натяжения сопоставить эти сосуды.

Ребенок 6 лет оперирован повторно в связи с недостаточной функцией спленоренального шунта, отсутствием динамики варикозного расширения вен пищевода и сохраняющейся спленомегалией и явлениями вторичного гиперспленизма. При повторной операции выполнили мезокавальный анастомоз бок в бок. Послеоперационный период протекал гладко, наметилась тенденция к сокращению размера селезенки и снижению степени варикозного расширения вен пищевода.

Выводы

1. Для достоверной оценки портальной системы у детей с ВПГ необходим тщательный анализ результатов ультразвуковой доплерографии и ангиографии, которые дополняют друг друга и дают полную анатомическую картину и функциональное состояние магистральных вен и коллатерального шунтирования крови.

2. Особенности анатомии и функциональной активности сосудов портальной системы при ВПГ у детей, выявленные на этапе диагностики, определяют выбор операции: восстановление перфузии печени посредством мезопортального шунта, декомпрессия с использованием магистральных вен портальной системы или нестандартные варианты шунтирующих операций.

3. Знание анатомо-физиологических особенностей портальной системы и достаточный опыт оперативного вмешательства при портальной гипертензии у детей, а также владение различными вариантами шунтирующих операций позволяют добиться высокого результата лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Леонтьев А.Ф., Сенякович В.М., Лекманов А.У. Сосудистое шунтирование при лечении пищеводно-желудочных кровотечений у детей с портальной гипертензией. Хирургия. 1996; 4: 20–5.
2. Сенякович В.М., Лекманов А.У., Леонтьев А.Ф. Лечение острых желудочно-пищеводных кровотечений у детей с внепеченочной блокадой портального кровотока. Вестник хирургии. 1986; 8: 80–4.
3. Дроздов А.В. Алгоритм диагностики и методы хирургической коррекции внепеченочной формы портальной гипертензии у детей: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2002.
4. Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Данжинов Б.П. и др. Радикальный метод лечения внепеченочной портальной гипертензии у детей. Хирургия. 2003; 7: 17–21.
5. Леонтьев А.Ф., Сенякович В.М. Редкие варианты портокавальных анастомозов у больных с внепеченочной блокадой портального кровообращения. Вестник хирургии. 1979; 10: 97–9.
6. Разумовский А.Ю., Данжинов Б.П., Рачков В.Е. и др. Мезентерико-портальный шунт – радикальное лечение внепеченочной портальной гипертензии у детей. Вопросы современной педиатрии. 2003; 6: 45–52.
7. Разумовский А.Ю. Хирургическое лечение портальной гипертензии у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1995.
8. Сухов М.Н., Дроздов А.В., Кобяцкий А.В. и др. Мезопортальный анастомоз у детей с внепеченочной портальной гипертензией. Детская хирургия. 2005; 1: 23–6.
9. De Ville de Goyet J., Clapuyt P., Otte J.B. Extrahilar mesenterico-left portal shunt to relieve extrahepatic portal hypertension after partial liver transplant. Transplantation. 1992; 53 (1): 231–2.
10. De Ville de Goyet J., Martinet J.P., Lacrosse M., Goffette P., Melange M., Lerut J. Mesenterico-left intrahepatic portal vein shunt: original technique to treat symptomatic extrahepatic portal hypertension. Acta Gastroenterol. Belg. 1998; 61 (1): 13–6.
11. Bambini D.A., Superina R., Almond P.S., Whittington P.F., Alonso E. Experience with the Rex shunt (mesenterico-left portal bypass) in children with extrahepatic portal hypertension. J. Pediatr. Surg. 2000; 35 (1): 13–8; discuss. 18–9.

12. Stenger A.M., Malago M., Nolkemper D., Broelsch C.E., Burdelski M., Rogiers X. Mesentericoportal Rex-shunt as a treatment for extrahepatic portal vein thrombosis. Chirurg. 1999; 70 (4): 476–9.

REFERENCES

1. Leont'ev A.F., Senjakovich V.M., Lekmanov A.U. Sosudisty shunting at treatment of esophageal and gastric bleedings at children with portal hypertension. Surgery. 1996; 4: 120–5.
2. Senjakovich V.M., Lekmanov A.U., Leont'ev A.F. Treatment of sharp zheludochno-pishchevodny bleedings at children with extra hepatic blockade of a portal blood-groove. Vest. hir. 1986; 8: 80–4.
3. Drozdov A.V. Algorithm of diagnostics and methods of surgical correction of an extra hepatic form of portal hypertension at children. Diss. Kand. medical sciences. Moscow; 2002.
4. Razumovskij A.Ju., Danzhinov B.P., Rachkov V.E. et al. Radical method of treatment of extra hepatic portal hypertension at children. Hirurgija. 2003; 7: 17–21.
5. Leont'ev A.F., Senjakovich V.M. Rare options porto-kavalny anastomozovy patients with extra hepatic blockade portal кровообращения Vestnik hirurgii. 1979; 10: 97–9.
6. Razumovskij A.Ju., Danzhinov B.P., Rachkov V.E. et al. Mezenteriko-portalny the shunt – radical treatment of extra hepatic portal hypertension at children. Voprosy sovremennoj pediatrii. 2003; 6: 45–52.
7. Razumovskij A.Ju. Surgical treatment of portal hypertension at children. Abstract yew... doкт. medical sciences. Moscow; 1995.
8. Suhov M.N., Drozdov A.B., Kobjackij A.B. et al. Meso-portal anastomoz at children with extra hepatic portal hypertension. Detskaja hirurgija. 2005; 1: 23–6.
9. De Ville de Goyet J., Clapuyt P., Otte J.B. Extrahilar mesenterico-left portal shunt to relieve extrahepatic portal hypertension after partial liver transplant. Transplantation. 1992; 53 (1): 231–2.
10. De Ville de Goyet J., Martinet J.P., Lacrosse M., Goffette P., Melange M., Lerut J. Mesenterico-left intrahepatic portal vein shunt: original technique to treat symptomatic extrahepatic portal hypertension. Acta Gastroenterol. Belg. 1998; 61 (1): 13–6.
11. Bambini D.A., Superina R., Almond P.S., Whittington P.F., Alonso E. Experience with the Rex shunt (mesenterico-left portal bypass) in children with extrahepatic portal hypertension. J. Pediatr. Surg. 2000; 35 (1): 13–8; discuss. 18–9.
12. Stenger A.M., Malago M., Nolkemper D., Broelsch C.E., Burdelski M., Rogiers X. Mesentericoportal Rex-shunt as a treatment for extrahepatic portal vein thrombosis. Chirurg. 1999; 70 (4): 476–9.

Поступила 29.06.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.36-006.03-089.873

Д.В. Фокин¹, В.А. Дударев², И.В. Киргизов³, В.О. Складнева³

ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

¹МУЗ ГКБ № 20 им. И.С. Берзона, 660014, Красноярск; ²Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития России, 660003, Красноярск; ³Научный центр здоровья детей РАМН, 119991, Москва

Fokin D.V., Dudarev V.A., Kirgizov I.V., Skladneva V.O.

TREATMENT OF FOCAL HEPATIC LESIONS IN CHILDREN

Несмотря на все достижения, в настоящее время еще не определены роль и место методов малоинвазивной хирургии в лечении доброкачественных образований печени. Дискутабельными остаются вопросы о наиболее оптимальных хирургических доступах к патологическому очагу, о наилучшем способе стимуляции регенерации печени. В настоящей статье изложены результаты лечения и обследования детей с доброкачественными образованиями печени. Предложена новая методика стимуляции регенераторных процессов печеночной ткани, которая является эффективным способом экономически выгодной и доступной.

Ключевые слова: хирургия, регенерация печени, дети

Фокин Дмитрий Владимирович (Fokin Dmitri Vladimirovich),
e-mail: fokin_01@mail.ru