

Мы полагаем, что ретроперитонеальная нефрэктомия особенно эффективна у детей, находящихся на перитонеальном диализе, так как герметичность брюшной полости при этом доступе не нарушается. Это позволяет продолжить диализ уже в первые часы после операции. Кроме того, минимизация риска спячного процесса между брюшиной и крупными сосудами, интактность бокового фланка и подвздошной области технически облегчают последующую трансплантацию почки у данной группы пациентов.

Специфическим осложнением эндохирургических операций у детей с терминальной почечной недостаточностью является формирование внутри- и забрюшинных гематом с развитием вторичного асептического асцита, что требует постоянной коррекции свертывающей системы крови в пред- и послеоперационном периодах, а также тщательного гемостаза в ходе хирургического вмешательства.

### Заключение

Таким образом, наш опыт применения эндохирургических методов нефр- и нефруретерэктомии свидетельствует о высокой эффективности их использования на этапе предтрансплантационной подготовки у детей с терминальной почечной недостаточностью. Вмешательства из ретроперитонеоскопического доступа позволяют продолжить перитонеальный диализ в первые часы после операции, что особенно актуально у данной категории больных.

### Раскрытие интересов

Никто из авторов не имеет конкурирующих интересов.

### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Таболин В.А., Бельмер С.В., Османов И.М., ред. *Нефрология детского возраста*. М.: ИД МЕДПРАКТИК — М; 2005.  
Tabolin V.A., Bel'mera S.V., Osmanova I.M. *Pediatric nephrology [Nefrologiya detskogo vozrasta]*. Editors prof. Moscow: ID MED-PRAKTIK — M; 2005. (in Russian)

2. Hattori S., Yosioka K., Honda M. et al. The 1998 report of the Japanese National Registry data on paediatric end-stage renal disease patients. *Pediatr Nephrol.* 2002; 17: 456—61.  
3. Lewis M.A., Shaw J., Sinha M.D. et al. UK Renal Registry 12th Annual Report (December 2009): chapter 14: demography of the UK paediatric renal replacement therapy population in 2008. *Nephron Clin. Pract.* 2010; 115: 279—88.  
4. *Pediatric Report*. ANZDATA Registry Report 2009, Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry. Adelaide, South Australia; ESPN/ERA — EDTA Registry (2010) ESPN/ERA — EDTA registry annual report 2008. <http://www.espn-reg.org/>  
5. Fraser N., Lyon P.C., Williams A.R. et al. Native nephrectomy in paediatric transplantation — Less is more! *Journal of Pediatric Urology.* 2013; 9: 84—9.  
6. *Endoscopic Surgery in Infants and Children* / Bax K.N.M.A., Georgeson K.E., Rothenberg S.S. et al. Berlin; Heidelberg.: Springer-Verlag; 2008.  
7. Clayman R.V., Kavoussi L.R., Soper N.J. et al. Laparoscopic nephrectomy: Initial case report. *J. Urol.* (Baltimore). 1991; 146: 278—82.  
8. Figenshau R.S., Clayman R.V., Kerbl K. et al. Laparoscopic nephroretectomy in the child: Initial case report. *J. Urol.* (Baltimore). 1994; 151: 740—1.  
9. Поддубный И.В., Дедов К.А., Корзникова И.Н. и др. Лапароскопические операции при заболеваниях почек у детей. *Детская хирургия.* 1998; 3: 11—5.  
Poddubnyj I.V., Dedov K.A., Korznikova I.N. et al. Laparoscopic procedures in children with kidney illness. *Pediatric surgery.* 1998; 3: 11—5. (in Russian)  
10. Diamond D.A., McDougall E.M., Bloom D.A. et al. Retroperitoneal Laparoscopic nephrectomy in children. *J. Urol.* (Baltimore). 1995; 153: 1966—8.  
11. Borer J.G., Cisek L.J., Atala A. et al. Pediatric retroperitoneoscopic nephrectomy using 2 mm. Instrumentation. *J. Urol.* (Baltimore). 1999; 162: 1725—30.  
12. Цыряк А.Г., Сатаев В.У., Мамлеев И.А. и др. Особенности забрюшинного доступа при видеоретроперитонеоскопических операциях у детей. *Детская хирургия.* 2008; 3: 21—4.  
Cyr'jak A.G., Sataev V.U., Mamleev I.A. et al. Peculiarities of retroperitoneal access during retroperitoneoscopic procedures in children. *Detskaya khirurgiya.* 2008; 3: 21—4. (in Russian)  
13. Mohan S., Gundeti T. Bilateral synchronous posterior prone retroperitoneoscopic nephrectomy with simultaneous peritoneal dialysis: a new management for end-stage renal disease in children. *Br. J. Urol. Int.* 2007; 99: 904—6.

Поступила 25.09.14

Received 25.09.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.45-089.87-053.2

Поддубный И.В.<sup>1,2</sup>, Толстов К.Н.<sup>2,3</sup>, Оганесян Р.С.<sup>4</sup>

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

<sup>1</sup>Институт детской хирургии ФГБНУ НИЗД; <sup>2</sup>кафедра детской хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета; <sup>3</sup>ФМБА ДКБ № 38; <sup>4</sup>ФНКЦ ДГОИ им. Дм. Рогачева

Для корреспонденции: Оганесян Раиса Суменовна, [oganesyanraisa@rambler.ru](mailto:oganesyanraisa@rambler.ru)

For correspondence: Oganesyana Raissa, [oganesyanraisa@rambler.ru](mailto:oganesyanraisa@rambler.ru)

Актуальность решения вопросов целесообразности и возможности применения миниинвазивных технологий в хирургии надпочечников у детей обусловлена, с одной стороны, высокой травматичностью открытых вмешательств, а с другой — необходимостью выработать единую технику видеоретроперитонеоскопического вмешательства у детей.

Ключевые слова: лапароскопическая адреналэктомия; надпочечники; хирургия надпочечников; заболевания надпочечников; инциденталомы у детей; детская хирургия.

Для цитирования: Детская хирургия. 2015; 19(1): 11—15.

Poddubny I.V.<sup>1,2</sup>, Tolstov K.N.<sup>2,3</sup>, Oganesyana R.S.<sup>4</sup>

RESULTS OF LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY IN CHILDREN

<sup>1</sup>Institute of Pediatric Surgery; <sup>2</sup>Moscow State Medical Stomatological University; <sup>3</sup>Children's City Hospital, No 38; <sup>4</sup>D. Rogachev Federal Research and Clinical Centre of Paediatric Haematology, Oncology and Immunology

*The importance and possibility of the use of mini-invasive technologies in adrenal surgery come on the one hand from high traumaticity of open surgery and on the other hand from the necessity to develop a universal videoscopic technique.*

**Key words:** laparoscopic adrenalectomy, adrenals, adrenal surgery, adrenal diseases, incidentaloma, children, pediatric surgery.

**Citation:** Detskaya khirurgiya. 2015; 19(1): 11—15.

За период с 2003 по 2014 г. сотрудниками кафедры детской хирургии МГМСУ было выполнено 32 адреналэктомии, как односторонних, так и двусторонних, и в том числе удаление вненадпочечниковой хромаффиномы. Возраст пациентов варьировал от 5 мес до 17 лет. Все дети были оперированы лапароскопически, без необходимости конверсии на открытую адреналэктомию. После выписки из хирургического стационара все пациенты продолжали наблюдаться у врачей-эндокринологов в ЭНЦ детской эндокринологии РАМН с контролем гормонального статуса, визуализацией и коррекцией гормональной терапии при необходимости последней.

Контрольную группу составили 20 пациентов, которым адреналэктомия, в том числе удаление вненадпочечниковой феохромоцитомы, была выполнена посредством различных открытых доступов, включавших в себя торакофренолюмботомию, люмботомию, одно- и двустороннюю лапаротомию, в том числе комбинированную с торакофреномией. Возраст пациентов во 2-й группе составил от 6 до 20 лет. В послеоперационном периоде пациенты 2-й группы продолжали наблюдаться в ЭНЦ детской эндокринологии РАМН, врачи которого контролировали данные лабораторных и инструментальных методов обследования, проводили коррекцию приема гормональных препаратов.

Показания к мини-инвазивному вмешательству выставлялись совместно с врачами-эндокринологами и ограничивались в основном потенциальной злокачественностью выявленного образования. Однако, несмотря на тщательное предоперационное обследование, по данным патоморфологических исследований препаратов удаленных опухолей надпочечников в двух случаях был диагностирован адреналкортикальный рак. Катамнез этих двух детей составил 3 года, в течение которых данных, указывающих на рецидив, продолженный рост или отдаленные метастазы, не выявлено.

До недавнего времени, по данным различных авторов, ограничением для эндовидеохирургического удаления пораженных надпочечников был размер образования более 6—7 см [1—4]. Однако в последние годы появляется все больше сообщений о мини-инвазивном удалении образований надпочечников более 6 см у детей.

Английские хирурги ретроспективно сравнили результаты лапароскопических адреналэктомий при размерах образований надпочечников менее и более 6 см. За семилетний период наблюдений из 111 операций лишь 10 выполнено лапаротомным доступом. Среди выполненных мини-инвазивных вмешательств 39 были проведены при образованиях надпочечников размером более 6 см в сравнении с 9 открытыми уда-

лениями надпочечников с образованиями большого размера. Оценивались время анестезиологического пособия, послеоперационные осложнения, длительность послеоперационной госпитализации, которые не увеличились при эндовидеохирургическом удалении надпочечников с образованиями меньше 6 см. Однако в 5 случаях потребовалась конверсия на открытую адреналэктомию по различным причинам: 3 — инвазия, 1 — спаечный процесс, 1 — первичная нефрокарцинома. Катамнез составил 50 мес. В качестве выводов авторы говорят о потенциальной возможности лапароскопической адреналэктомии при образованиях надпочечников более 6 см при условии неинвазивного роста, верифицированном на этапе предоперационной подготовки [5]. В другом иностранном исследовании хирурги выделили 3 группы пациентов с образованиями надпочечников менее 6 см, от 6 до 8 см и более 8 см. Несмотря на незначительное увеличение времени оперативного вмешательства (80 мин по сравнению с 60 мин в 1-й группе), кровопотери (100 мл по сравнению с 50 мл в 1-й группе) и более длительные сроки госпитализации (3 койко-дня по сравнению с 2 койко-днями в 1-й группе), процент осложнений в 3-й группе оказался не выше, чем в 1-й и 2-й, что позволило рекомендовать лапароскопическую адреналэктомию в случаях образований надпочечников более 8 см [6].

Среди пациентов, оперированных специалистами нашей кафедры, наибольшим по размерам образованием была киста левого надпочечника 8 см в диаметре, которая прилежала к верифицированной в процессе гистологического исследования аденоме левого надпочечника. Удаление данного образования было выполнено без технических сложностей или развития интра- или послеоперационных осложнений. Киста была вскрыта на этапе эвакуации из брюшной полости после помещения в эндомешок, жидкость аспирирована в пределах эндомешка.

Тем не менее в нашей работе средние размеры удаленных образований посредством больших кожных разрезов были в 1,2 раза больше средних размеров лапароскопически удаленных опухолей надпочечников:  $5,72 \pm 4,11$  и  $4,65 \pm 1,29$  см соответственно (рис. 1).

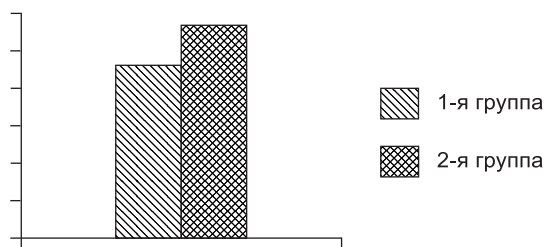


Рис. 1. Размер удаленного надпочечника с образованием.

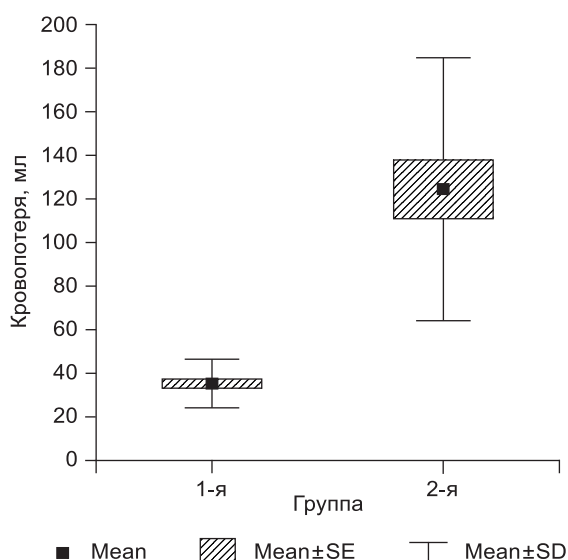


Рис. 2. Интраоперационная кровопотеря.

В 1-й группе доступы к надпочечникам осуществлялись через 3, 4 или 5 троакарных ран, одна из которых по длине составляла около 12 мм, остальные — около 5 мм. Послеоперационные рубцы практически незаметны. Конверсий на открытую адrenaлэктомию не было ни в одном случае. Доступы во 2-й группе по длине доходили до 30 см. В настоящее время практически не вызывают споров преимуществ мини-доступов по сравнению с большими лапаротомными разрезами [7, 8], которые сопровождаются пересечением большого мышечного массива, более выраженным кровотечением, необходимостью коагуляции большой площади подкожно-жировой клетчатки, угрозой развития местно-воспалительных осложнений, особенно на фоне гиперкортицизма; послеоперационные рубцы часто бывают с неудовлетворительным косметическим эффектом, например в случаях келоидов. Последствиями широкой лапаротомии могут быть выраженные электролитные потери и более тяжелый послеоперационный период, сопряженный в том числе с посттравматическим парезом кишечника. К тому же использование комбинированных доступов часто требует вскрытия плевральной полости, что еще больше увеличивает интра- и послеоперационный риск.

Другим преимуществом мини-инвазивных технологий является уменьшение кровопотери. Кровотечение как интраоперационное осложнение возникло при проведении нашего исследования в двух случаях несостоятельности культи пересеченной центральной вены надпочечника. В одном случае при удалении правого нодулярно измененного надпочечника у девочки 16 лет с синдромом Кушинга с двусторонним поражением адреналовых желез, другое кровотечение возникло при левосторонней адrenaлэктомию у мальчика 9 лет с ганглионевромой левого надпочечника. В обоих случаях с кровотечением удалось справиться без конверсии на открытую операцию с помощью аппарата LigaSure и наложения дополнительной клипсы. Интраоперационная кровопотеря составила 60 и 65 мл соответственно. В остальных случаях кровопотеря составила от 25 до 50 мл. Ни в одном случае

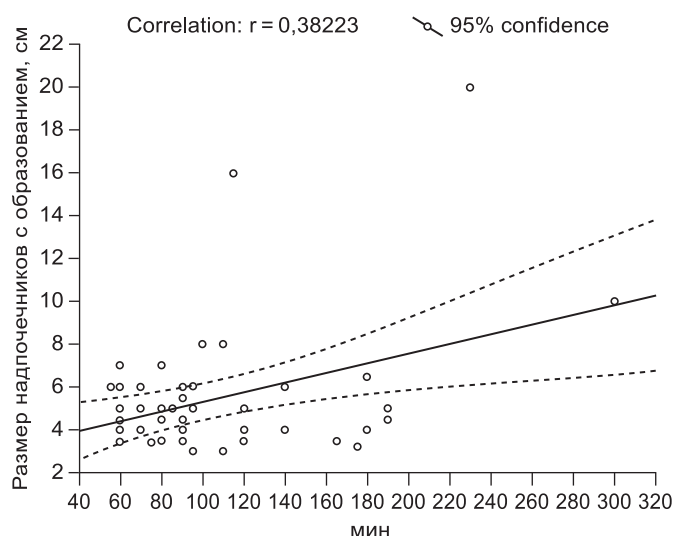


Рис. 3. Длительность операции.

не потребовалось замещения форменных элементов крови. В контрольной группе значимые интраоперационные кровотечения случились также в двух случаях, однако кровопотеря составила от 85 до 350 мл, что у 7 детей потребовало гемотрансфузий, которые сами по себе могут являться источниками развития различных осложнений и заболеваний, передающихся парентерально. В среднем интраоперационная кровопотеря в группе детей, получивших лапароскопическое лечение, была в 3,5 раза ниже по сравнению с группой открытых операций. Такое значительное снижение интраоперационной кровопотери связано в том числе с использованием специальных эндоскопических аппаратов для коагуляции: LigaSure и Ultracision.

Суммарно в 1-й группе интраоперационные осложнения возникли в 2 (6,25%) случаях из 32 оперативных вмешательств, а во 2-й группе — в 6 (30%)

Т а б л и ц а 1

Количество дренажей		
Показатель	1-я группа	2-я группа
Количество	2 случая (6,25%)	20 случаев (100%)
Среднее значение ± отклонение	0,07 ± 0,26	1,85 ± 0,88

Т а б л и ц а 2

Длительность оперативного вмешательства		
Показатель	1-я группа	2-я группа
Max/Min, мин	55/190	90/300
Среднее значение ± отклонение, мин	90,00 ± 36,82	128,25 ± 60,77

Т а б л и ц а 3

Сроки госпитализации		
Показатель	1-я группа	2-я группа
Min/Max, койко-дни	3,00/7,00	6,00/24,00
Среднее значение ± стандартное отклонение, койко-дни	5,36 ± 1,16	15,65 ± 5,24

Таблица 4

**Результаты лапароскопических адреналэктомий, выполненных сотрудниками кафедры под руководством проф. И.В. Поддубного**

Источник	Количество операций	Средний возраст, годы	Размер образования, см	Длительность госпитализации, койко-дни	Длительность оперативного вмешательства, мин	Конверсия, %
Поддубный И.В. и соавт.	32	8,31 ± 4,83	4,65 ± 1,29	5,36 ± 1,16	90,00 ± 36,82	0

Таблица 5

**Результаты лапароскопических адреналэктомий у детей, по данным литературы**

Источник	Количество операций	Средний возраст, годы	Размер образования, см	Длительность госпитализации, койко-дни	Длительность оперативного вмешательства, мин	Конверсия, %
Miller и соавт.	17	9,8	4,8	1,5	120	5,8
Castilho и соавт.	13	6,3	4,1	5,5	107	15,4
Kadamba и соавт.	10	4	5,3	3	143	20

случаях из 20 вмешательств, что больше почти в 5 раз (рис. 2).

К тому же во 2-й группе спектр интраоперационных осложнений был гораздо шире. Помимо кровотечения, расширение доступа было выполнено в двух случаях правосторонних адреналэктомий из срединной лапаротомии, в процессе операции потребовалось дополнительно выполнить торакофренотомию справа. Спленэктомия выполнена в одном случае инвазивного роста адреналкортикального рака левого надпочечника.

В основной группе установка страховочных абдоминальных дренажей потребовалась в двух случаях интраоперационного кровотечения. В контрольной группе всем пациентам по окончании операции устанавливалось от 1 до 3 дренажей, в том числе плевральные дренажи при вскрытии плевральной полости.

При анализе историй болезней пациентов, оперированных открытыми доступами, мы не встретили ни одного описания местных инфекционных осложнений послеоперационных ран (табл. 1). По данным различных источников литературы, это осложнение является наиболее частым в послеоперационном периоде после использования абдоминальных (31,1%), поясничных (26,7%) и торакальных (9,7%) доступов [9].

Стоит отметить, что длительность оперативного вмешательства (табл. 2) при открытых доступах увеличивается и за счет ушивания ран значительного размера, что может занимать от 20 до 40 мин в зависимости от длины раны и квалификации оперирующего хирурга. Ушивание троакарных ран в общей сложности занимает от 5 до 10 мин (рис. 3).

Меньшая травма при лапароскопических вмешательствах позволяет активизировать больного на 2—3-и сутки (среднее значение  $2,055 \pm 0,448$  сут ( $p < 0,001$ )) от момента оперативного вмешательства.

Активизация больных в контрольной группе происходила не ранее 4—6-х послеоперационных суток из-за болевого синдрома, опасности осложнений со стороны операционной раны (средний срок  $4,3 \pm 0,865$  сут ( $p < 0,001$ ; табл. 3).

### Послеоперационные осложнения

В основной группе мы не встретили ни одного послеоперационного осложнения.

В контрольной группе у 1 пациента с образованием левого надпочечника в раннем послеоперационном

периоде развился острый панкреатит, купированный консервативными методами. Летальный исход зафиксирован в одном случае инвазивного роста адреналкортикального рака левого надпочечника размером  $10 \times 8$  см, потребовавший выполнения спленэктомии во время проведения адреналэктомии.

Подводя итоги, мы можем утверждать, что результаты, полученные в процессе нашего исследования (табл. 4), не уступают данным зарубежных авторов (табл. 5) [10].

Результаты сравнительного анализа двух групп больных после лапароскопической и открытой адреналэктомии показали, что методика мини-инвазивного оперативного вмешательства в условиях современной инструментальной оснащённости существенно уменьшает длительность оперативного вмешательства, интраоперационные осложнения и общие сроки госпитализации.

Совместная работа специалиста-эндокринолога и хирурга абсолютно необходима на всех этапах лечения — в ходе дооперационной диагностики и отбора пациентов, при подготовке к операции, интраоперационно, а также в послеоперационном периоде, что позволяет уменьшить вероятность серьезных интраоперационных и послеоперационных осложнений у этой сложной группы больных.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бельцевич Д.Г., Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э. Инциденталомы надпочечников. *Эндокринная хирургия*. 2009; 1(4): 19—23.
2. Казарян А.М., Кузнецов Н.С., Бельцевич Д.Г. Хирургические доступы к опухолям надпочечников. *Эндокринная хирургия*. 2008; 3: 17—24.
3. Young H.H. A technique for simultaneous exposure and operation on the adrenals. *Surg. Gynec. Obstet.* 1996; 4(1): 179—88.
4. Tsuru N., Suzuki N. Laparoscopic adrenalectomy. *J. Minim. Access. Surg.* 2005; 1(4): 165—72.
5. Parnaby C.N., Chong P.S., Chisholm L., Farrow J., Connell J.M., O'Dwyer P.J. The role of laparoscopic adrenalectomy for adrenal tumors of 6 cm or greater. *Surg. Endosc.* 2008; 22(3): 617—21.
6. Castillo O.A., Vitagliano G., Secin F.P., Kerkebe M., Arellano L. Laparoscopic adrenalectomy for adrenal masses: does size matter? *Urology*. 2008; 71: 1138—41.
7. Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л., Садовников С.В., Курганов И.А. Сравнительный анализ технических аспектов и эффективности применения трансабдоминальных оперативных доступов для лапароскопической адреналэктомии. *Эндоскопическая хирургия*. 2008; 4: 21—7.
8. Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л., Курганов И.А., Садовников С.В. Эндовидеохирургическая адреналэктомия: современное состоя-

ние и перспективы развития (обзор литературы). *Эндоскопическая хирургия*. 2008; 5: 41-9.

- Щетинин В.В., Майстренко М.А., Егиев В.Н. *Новообразования надпочечников*. М.: ИД "Медпрактика-М"; 2002.
- Boorjian S., Schwartz M., Poppas D. Surgery of adrenal. *Clin. Pediat. Urol*. 2009; 5: 257—68.

#### REFERENCES

- Bel'tsevich D.G., Kuznetsov N.S., Vanushko V.E. *Endokrinная khirurgiya*. 2009; 1(4): 19—23. (in Russian)
- Kazaryan A.M., Kuznetsov N.S., Bel'tsevich D.G. Surgical approaches to the adrenal tumors. *Endokrinная hirurgiya*. 2008; 3: 17—24. (in Russian)
- Young H.H. A technique for simultaneous exposure and operation on the adrenals. *Sur. Gynec. Obstet*. 1996; 4(1): 179—88.
- Tsuru N., Suzuki N. Laparoscopic adrenalectomy. *J. Minim. Access. Surg.* 2005; 1(4): 165—72.

- Parnaby C.N., Chong P.S., Chisholm L., Farrow J., Connell J.M., O'Dwyer P.J. The role of laparoscopic adrenalectomy for adrenal tumors of 6 cm or greater. *Surg. Endosc.* 2008; 22(3): 617—21.
- Castillo O.A., Vitagliano G., Secin F.P., Kerkebe M., Arellano L. Laparoscopic adrenalectomy for adrenal masses: does size matter? *Urology*. 2008; 71: 1138—41.
- Bogdanov D.Yu., Matveev N.L., Sadovnikov S.V., Kurganov I.A. Comparison of technical sides and efficacy of application of transabdominal surgical approaches for laparoscopic adrenalectomy. *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2008; 4: 21—7. (in Russian)
- Bogdanov D.Yu., Matveev N.L., Kurganov I.A., Sadovnikov S.V. Endovideosurgical adrenalectomy: current status and future trends (review of literature). *Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2008; 5: 41—9. (in Russian)
- Щетинин В.В., Майстренко М.А., Егиев В.Н. *Adrenal Lesions. [Novoobrazovaniya nadpochechnikov]*. Moscow: ID "Medpraktika-M"; 2002. (in Russian)
- Boorjian S., Schwartz M., Poppas D. Surgery of adrenal. *Clin. Pediat. Urol*. 2009; 5: 257-68.

Поступила 24.09.14  
Received 24.09.14

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.341-007.271-053.31-089.86

Баиров В.Г.<sup>1</sup>, Амидхонова С.А.<sup>2</sup>, Шеголева Н.А.<sup>1</sup>, Азизов Б.Дж.<sup>1</sup>, Хидиров А.Ф.<sup>2</sup>

## КРИТЕРИИ ВЫБОРА СПОСОБА СОЗДАНИЯ АНАСТОМОЗА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

<sup>1</sup>Специализированный перинатальный центр ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова, 197341, Санкт-Петербург;

<sup>2</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 191015, Санкт-Петербург

Для корреспонденции: Амидхонова Сурайё Азимхоновна, samidkhonova@gmail.com

For correspondence: Amidkhonova Surayo, samidkhonova@gmail.com

*Актуальность. Врожденная тонкокишечная непроходимость является часто встречающейся патологией периода новорожденности — 1:3000. Некоторые хирурги используют анастомозы закрытого типа, другие применяют T-образный разгрузочный анастомоз, выведение двойной энтеростомы. В послеоперационном периоде проводится парентеральное питание.*

*Цель исследования: улучшить результаты оперативного лечения новорожденных с тонкокишечной непроходимостью, используя дифференцированный подход при выборе способа создания кишечного анастомоза.*

*Материалы и методы. Анализируются данные о 80 новорожденных с тонкокишечной непроходимостью за период с 2000 по 2013 г. Критерии включения — новорожденные с атрезией, мекониальной непроходимостью и локальным заворотом тонкой кишки, которым созданы первичные и отсроченные анастомозы. В зависимости от уровня тонкокишечной непроходимости пациенты разделены на две группы: 1-ю составили новорожденные с непроходимостью на уровне тощей кишки, 2-ю — с непроходимостью на уровне подвздошной кишки.*

*Результаты и обсуждение. Первичные межкишечные анастомозы созданы у 47, отсроченные анастомозы — у 33 детей. При создании анастомозов на уровне тощей кишки у всех детей с анастомозом конец в конец (3) выявлены осложнения, при создании T-образного анастомоза (11) — только у трех. При непроходимости на уровне подвздошной кишки после создания анастомоза конец в конец у одного ребенка выявлен стеноз зоны анастомоза, при создании T-образного анастомоза на уровне подвздошной кишки осложнения не было. При T-образном анастомозе длительность парентерального питания была короче. Заключение. При непроходимости на уровне тощей кишки наилучшим методом является создание открытых типов анастомозов. При непроходимости на уровне подвздошной кишки предпочтительнее создание закрытых типов анастомозов. При создании анастомозов тонкой кишки при энтеростомах количество осложнений не зависит от способа создания анастомоза.*

**Ключевые слова:** тонкокишечная непроходимость; анастомозы; новорожденные; парентеральное питание.

**Для цитирования:** Детская хирургия. 2015; 19(1): 15—20.

Bairov V.G.<sup>1</sup>, Amidkhonova S.A.<sup>2</sup>, Shchegoleva N.A.<sup>1</sup>, Azizov B. Dz.<sup>1</sup>, Khidirov A.F.<sup>2</sup>

## CRITERIA FOR THE CHOICE OF A METHOD FOR THE CONSTRUCTION OF ANASTOMOSIS IN NEWBORNS WITH SMALL BOWEL OBSTRUCTION

<sup>1</sup>V.A.Almazov Specialized Perinatal Centre, 197341, St.Peterburg;

<sup>2</sup>I.I.Mechnikov North-West State Medical University 191015, St.Peterburg

*The prevalence of congenital small bowel obstruction in newborns is estimated at 1:3000. Some authors prefer closed-type anastomoses, others choose T-shaped tension anastomoses and double enterostomy. Parenteral nutrition is prescribed in the postoperative period. This study aimed at the improvement of the results of surgical treatment of newborns with small bowel obstruction using differential choice of the methods for intestinal anastomosing. It included 80 patients treated in 2000-2013. Inclusion criteria: newborns with atresia or meconium obstruction and local small bowel torsion with primary or secondary anastomoses. The patients were divided into two groups depending on the level of obstruction (jejunum or ileum). Primary interbowel anastomoses were constructed in 47*