

ДОСТУП ПРИ ПИЛОРОМИОТОМИИ: ОТ ЛАПАРОТОМИИ К СОВРЕМЕННЫМ СТАНДАРТАМ

© *Адамович В.И., Бердыев З., Пашко А.А.*

Научный руководитель: д.м.н. Багатурия Г.О.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора Ф.И. Валькера Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Контактная информация: Адамович Виктор Игоревич — студент 5 курса, педиатрический факультет.

E-mail: ruvikstem@yandex.ru

Ключевые слова: врожденный гипертрофический пилоростеноз; доступы.

Актуальность исследования: врожденный гипертрофический пилоростеноз занимает одну из лидирующих позиций среди хирургической патологии детей грудного возраста. Ежегодно из 1000 появившихся на свет младенцев от 1 до 3 малышей рождаются с пороком развития пилорического отдела желудка. Лечение этой патологии исключительно хирургическое. Прорывная идея техники выполнения операции принадлежит Рамштедту (1911 г.). За прошедшие с той поры 110 лет нового в оперативном приеме нет, зато доступ, применяемый для пилоромииотомии, прошел несколько этапов в своем становлении [1, 2, 3].

Цель исследования: проследить в историческом аспекте изменение подхода и техники выполнения доступа к пилорическому отделу желудка у новорожденных детей.

Материалы и методы: изучение доступной литературы, архивных материалов и препаратов научного и учебного музея кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора Ф.И. Валькера.

Результаты: 1. Прямой лапаротомический доступ к привратнику желудка выполняют через поперечный разрез в правом верхнем квадранте передней брюшной стенки с «расщеплением» мышц и минимальным разведением краев раны. Доступ разработан на основе знаний топографо-анатомического строения передней брюшной стенки и органов брюшной полости у детей грудного возраста; 2. Лапаротомический разрез (2/3 окружности пупка) по супраумбиликальной складке. Его основное преимущество — послеоперационный рубец практически не виден, но в случае высокого расположения желудка в брюшной полости пациента выведение привратника в рану требует дополнительных усилий от хирурга; 3. Мультипортовая лапароскопия — суть этого метода заключается в том, что доступ проводился с использованием нескольких лапаропортов, которые располагаются в подреберной и пупочной областях передней брюшной стенки; 4. Хирургия единого лапароскопического доступа — суть этого направления заключалась в размещении лапаропортов нового поколения single port, либо нескольких инструментов через единственный разрез в пупочной области.

Выводы: развитие хирургических технологий и инструментария привело к появлению нового «золотого стандарта» в выполнении пилоромииотомии — использование лапароскопического доступа. Он — наименее травматичный, дает лучший косметический результат и быстрое послеоперационное восстановление. Является примером минимально инвазивной абдоминальной хирургии у младенцев.

Литература

1. Однопортовая пилоромииотомия — новый стандарт лапароскопического лечения гипертрофического пилоростеноза? А.А. Распутин, В.А. Новожилов, Ю.А. Козлов, А.В. Подкаменев, П.А. Краснов, Н.Г. Алейникова, Н.В. Сыркин, М.И. Краснова, М.И. Кононенко, И.Н.Вебер, К.О. Поваринцев, Ю.А. Степанова, О.В. Поваринцева. Сибирский медицинский журнал, 2011, № 6
2. Козлов Ю.А., Новожилов В.А. и др. «Врожденный гипертрофический пилоростеноз: эволюция хирургического доступа» Педиатрия, 2017, т. 96, № 3, с.130 — 137.
3. Современные аспекты хирургического лечения гипертрофического пилоростеноза. Северинов Д.А., Гаврилюк В.П., Костин С.В. Вятский медицинский вестник, № 4(64), 2019