

4. Fernandes P. F., Grenho L., Fernandes M. H., Sampaio-Fernandes J. C., Gomes P. S. Microgap and bacterial microleakage during the osseointegration period: An *in vitro* assessment of the cover screw and healing abutment in a platform-switched implant system. *J. Prosthetic Dentistry*. 2023;130(1):87-95.
<https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2021.07.030>
5. Rausch M. A., Shokoohi-Tabrizi H., Wehner C., Pippen-ger B. E., Wagner R. S. [et al.]. Impact of implant surface material and microscale roughness on the initial attachment and proliferation of primary human gingival fibroblasts. *Biology*. 2021;10:356.
<https://doi.org/10.3390/biology10050356>

Поступила 11.12.2024

Сведения об авторах:

Долгалева Александр Александрович, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры стоматологии общей практики и детской стоматологии; тел.: +79624404861; e-mail: dolgalev@dolgalev.pro; <https://orcid.org/0000-0002-6352-6750>

Диденко Николай Николаевич, ассистент кафедры патологической физиологии; тел.: +78652352684; e-mail: patphysiology@stgmu.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9734-8158>

Коваль Николай Николаевич, доктор технических наук, профессор, главный научный сотрудник; тел.: +79138291684; e-mail: koval@hcei.tsc.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5339-7994>

Иванов Юрий Фёдорович, доктор физико-математических наук, профессор, главный научный сотрудник; тел.: +79521634120; e-mail: yuf55@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8022-7958>

Воробьев Максим Сергеевич, доктор технических наук, ведущий научный сотрудник; тел.: +79528056883; e-mail: vorobyovms@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5136-5905>

Хрипунова Алеся Александровна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики; тел.: +79614986072; e-mail: fkicz2007@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8734-4188>

Гезуев Гималай Казбекович, врач – стоматолог-ортопед, стоматолог-хирург; тел.: +79637032880; e-mail: denta_city@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0009-8612-4234>

Адешелидзе Софья Романовна, студентка; тел.: +79682731952; e-mail: s.r.adeshelidze@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0008-8769-3546>

© Коллектив авторов, 2025

УДК 616.366-089.87

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20013>

ISSN – 2073-8137

Одномоментная лапароскопическая холецистэктомия и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с папиллосфинктеротомией у ребенка с холецистохоледохолитиазом

Д. А. Пыхтеев¹, Л. М. Елин¹, М. В. Прокофьев¹, А. В. Шаповалов¹, К. В. Хабалова²

¹ Московский областной научный исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского (МОНИКИ), Российская Федерация

² Первый Московский государственный университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Российская Федерация

Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography with papyllosphincterotomy in a child with cholecystocholedocholithiasis

Pykhiteev D. A.¹, Elin L. M.¹, Prokofev M. V.¹, Shapovalov A. V.¹, Khabalova K. V.²

¹ M. F. Vladimirovskiy Moscow Regional Research and Clinical Institute («MONIKI»), Russian Federation

² I. M. Sechenov First Moscow State University (Sechenov University), Russian Federation

В последние годы частота заболеваемости холецистолитиазом и его осложнениями неуклонно увеличивается. Несмотря на наличие множества методов оперативного лечения данной патологии, не существует единого подхода к лечению холедохолитиаза у детей. В клиническом наблюдении продемонстрирован опыт симультанного оперативного лечения (лапароскопическая холецистэктомия и эндоскопическая папиллосфинктеротомия) у ребенка с холецистохоледохолитиазом. Представленный случай пациента демонстрирует эффективность и безопасность применения данной методики при условии наличия опытной многопрофильной команды врачей: хирурга и эндоскописта.

Использование данной методики операции позволило снизить травматичность вмешательства, количество анестезиологических пособий, уменьшить длительность пребывания в стационаре, исключить рецидив холедохолитиаза и его осложнений у ребенка в будущем.

Ключевые слова: холецистохоледохолитиаз, лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, дети

Recent years have witnessed a stable growth in the incidence of cholecystolithiasis and respective complications. Despite the numerous surgical treatment methods available to deal with the said pathology, there is no single approach to treating choledocholithiasis affecting children. A clinical observation demonstrated the experience of simultaneous surgical treatment (laparoscopic cholecystectomy and endoscopic papillosphincterotomy) in a child with cholecystocholedocholithiasis. The Case Report features the effectiveness and safety of the procedure in question, provided there is an experienced multidisciplinary team of surgeons and endoscopists involved. Employing this surgical technique allowed reducing the intervention trauma rate, the amount of anesthesia, as well as shortening the hospitalization period and avoiding possible recurrence of choledocholithiasis and its complications in the future.

Keywords: cholecystocholedocholithiasis, laparoscopic cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy, children

Для цитирования: Пыхтеев Д. А., Елин Л. М., Прокофьев М. В., Шаповалов А. В., Хабалова К. В. Одномоментная лапароскопическая холецистэктомия и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с папиллосфинктеротомией у ребенка с холецистохоледохолитиазом. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2025;20(1):51-54. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20013>

For citation: Pykhteev D. A., Elin L. M., Prokofev M. V., Shapovalov A. V., Khabalova K. V. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography with papillosphincterotomy in a child with cholecystocholedocholithiasis. *Medical News of North Caucasus*. 2025;20(1):51-54. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20013> (In Russ.)

АЛТ – аланинаминотрансфераза
АСТ – аспартатаминотрансфераза
ГГТ – гаммаглутамилтрансфераза
ИМТ – индекс массы тела
ЛИОЖП – лапароскопическое исследование общего желчного протока
ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия
ЛЭМР – лапароэндоскопическая методика «Рандеву»

МРХПГ – магнитно-резонансная холангиопанкреатография
ОЖП – общий желчный проток
СРБ – С-реактивный белок
УЗИ – ультразвуковое исследование
ЩФ – щелочная фосфатаза
ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

В связи с увеличением распространенности детского ожирения частота заболеваемости холецистолитиазом и его осложнениями (острый холецистит, холедохолитиаз, билиарный панкреатит) у детей в последние годы неуклонно увеличивается. В мировой литературе встречаются данные о большей распространенности холедохолитиаза у детей с камнями желчного пузыря (до 30 %) по сравнению с взрослой популяцией [1]. Изменяется и этиологическая структура данного заболевания: в прошлом наиболее распространенными причинами развития желчекаменной болезни у детей были гемолитические заболевания или негемолитические заболевания, такие как длительное полное парентеральное питание, заболевания подвздошной кишки или врожденные аномалии желчевыводящих путей [2]. Несмотря на наличие множества методов оперативного лечения данной патологии, не существует единого подхода к лечению холедохолитиаза у детей.

Данный клинический случай демонстрирует успешное применение при лечении ребенка 12 лет одномоментной лапароскопической холецистэктомии с эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией. Приводим собственное наблюдение.

Клинический случай

Девочка М. 12 лет находилась на лечении в детском хирургическом отделении МОНКИ им. М. Ф. Владимирского с диагнозом: холецистохоледохолитиаз, механическая желтуха.

Из анамнеза: заболевание началось остро с возникновением болей в правом подреберье, тошноты, рвоты, пожелтения склер, кожных покровов. Ребенок госпитализирован в экстренном порядке в детское хирургическое отделение одного из лечебно-про-

филактических учреждений Московской области, где проведено общеклиническое обследование, эзофагогастродуоденоскопия, УЗИ и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (рис. 1), по результатам которых выявлена механическая желтуха с уровнем общего билирубина 82,3 мкмоль/л, холецистохоледохолитиаз, спленомегалия. Для дальнейшего лечения ребенок переведен в МОНКИ им. М. Ф. Владимирского.



Рис. 1. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография: 1 – конкремент дистальной трети ОЖП; 2 – расширение желчных протоков; 3 – множественные конкременты желчного пузыря

Состояние при поступлении средней тяжести. Ребенок повышенного питания (рост 163 см, вес 87,5 кг, ИМТ 32,93 кг/м²) с умеренной иктеричностью кожных покровов и склер. Симптомы Кера, Мюсси, Ортнера, Мёрфи отрицательны. Ахолии стула, потемнения мочи не отмечено.

По данным лабораторного обследования выявлен нейтрофильный лейкоцитоз; по результатам биохимического анализа крови – картина холестаза (ЩФ 340 Ед/л, ГГТ 240 Ед/л), вторичного цитолиза (АЛТ 470 Ед/л, АСТ 305 Ед/л), гипербилирубинемия (общий билирубин 32,7 мкмоль/л, прямой билирубин 12,6 мкмоль/л), уровни СРБ, альфа-амилазы крови и мочи в пределах нормы.

По результатам УЗИ: гепатихоледох не расширен (диаметр 7 мм); в дистальном отделе ОЖП конкремент размером до 2,6 мм; желчный пузырь с утолщенными до 4 мм стенками, в просвете содержит множественные конкременты до 2,3 мм с акустической тенью.

После предоперационной подготовки ребенку выполнена симультанная операция – лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией.

Первым этапом выполнена классическая ЛХЭ по «Французской методике». При ревизии выявлен умеренно выраженный спаечно-инфильтративный процесс в области шейки желчного пузыря. Оперативное вмешательство проведено без технических сложностей.

Следующим этапом выполнена дуоденоскопия эндоскопом с диаметром 11 мм. Строение большого дуоденального сосочка без особенностей. Выполнена селективная канюляция холедоха по заведенной струне. При контрастировании вне- и внутрипеченочные желчные протоки на всем протяжении не расширены. В нижней трети ОЖП верифицирован конкремент размерами до 4 мм (рис. 2). Выполнена частичная ЭПСТ. В просвет холедоха заведена корзина Дормиа – конкремент захвачен и извлечен (рис. 3).

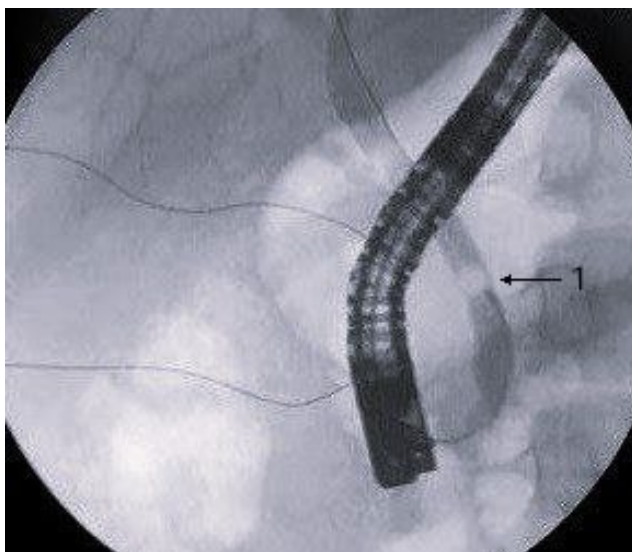


Рис. 2. Интраоперационная ЭРХПГ:
1 – конкремент дистальной трети ОЖП

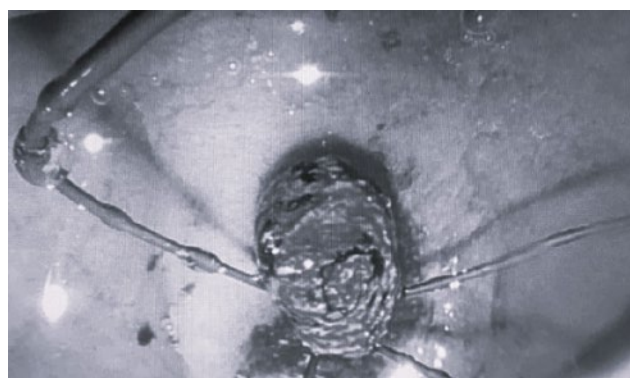


Рис. 3. Извлечение конкремента корзиной Дормиа

Выполнялся контроль биохимических показателей через 8 и 24 часа с момента операции: отмечено снижение уровня общего билирубина на 33 %, отсутствие нарастания альфа-амилазы.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась симптоматическая, инфузионная терапия. По данным контрольного УЗИ на вторые послеоперационные сутки осложнений не выявлено. Ребенок выписан на четвертые сутки после операции.

Обсуждение. Своевременная диагностика и лечение холецистохоледохолитиаза у детей имеет решающее значение для предотвращения развития билиарных осложнений. С бурным развитием эндоскопических технологий, они на многие годы стали основным методом разрешения билиарной обструкции как у детей, так и у взрослых [3].

На сегодняшний день существуют различные подходы для разрешения холедохолитиаза, включающие ЛИОЖП и ЛЭМР, которые демонстрируют низкие показатели послеоперационных осложнений и сроки стационарного лечения. Вместе с тем утечка желчи через культю пузырного протока в послеоперационном периоде встречается чаще у пациентов, перенесших ЛИОЖП [4]. Несмотря на то что методы ЛИОЖП и ЛЭМР рекомендуются у пациентов с холецистохоледохолитиазом, в настоящее время они не нашли широкого применения в детской практике вследствие недостаточного опыта хирургов и оснащённости медицинских учреждений. В исследованиях, посвященных эффективности ЛИОЖП, также описаны случаи неэффективного одномоментного оперативного лечения, в связи с чем после данной операции возникала необходимость применения ЭРХПГ с литоэкстракцией [5].

В нашей клинике при лечении пациентов с конкрементами общего желчного протока предпочтение отдается ЭРХПГ с ЭПСТ. По нашему мнению, ЭРХПГ у детей, выполняемая опытными эндоскопистами, является безопасной процедурой с хорошими результатами и низким количеством осложнений. Также стоит отметить, что в многопрофильных учреждениях эндоскопические внутрипросветные вмешательства у детей выполняются, как правило, «взрослыми» эндоскопистами, имеющими большой опыт вмешательств в панкреато-билиарной зоне, что обусловлено значительно большей частотой встречаемости холецистохоледохолитиаза во взрослой популяции.

ЭРХПГ с отсроченной ЛХЭ долгое время было методом выбора лечения холецистохоледохолитиаза. Данный подход имеет свои недостатки, в частности вероятность возможного рецидива холедохолитиаза в период ожидания после ЭРХПГ. Исследования показывают, что ранняя ЛХЭ может предотвратить рецидив холедохолитиаза и потенциальные интра- и послеоперационные осложнения. Следует отметить, что, несмотря на опубликованные исследования, подтверждающие эффективность и безопасность ранней ЛХЭ, во многих медицинских учреждениях предпочтение отдается отсроченной ЛХЭ из-за логистических сложностей, оснащения, недостаточного опыта хирургов и эндоскопистов. S. Qi с соавт. в своем исследовании показали, что причина такой ситуации заключается в отсутствии в каждом лечебном учреждении многопрофильной команды, что непрактично для системы здравоохранения [6].

В детском хирургическом отделении института им. М. Ф. Владимирского (МОНИКИ) на протяжении более 20 лет применяется тактика предоперационного ЭРХПГ с отсроченной ЛХЭ, имеющая низкую частоту осложнений. Однако накопленный хирургический опыт лечения детей с патологией панкреато-билиарной системы и наличие опытных эндоскопистов (более 200 ЭРХПГ у

каждого) позволили впервые в нашем учреждении выполнить у ребенка одномоментную ЛХЭ с последующей ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракцией под одним наркозом с благоприятным послеоперационным периодом.

Для разработки оптимального метода и сроков лечения холецистохоледохолитиаза необходимы проспективные рандомизированные контролируемые исследования с участием более крупных групп пациентов детского возраста.

Литература/References

1. Capparelli M., Canestrari S., Ortiz R., D'Alessandro P., Ayarzabal V., Barrenechea M. Trend in predictive factors of choledocholithiasis: the key to the management of pediatric patients with suspected gallstones. *Cir. Pediatr.* 2024;37(3):110-115. <https://doi.org/10.54847/cp.2024.03.12>
2. Pogorelić Z., Lovrić M., Jukić M., Perko Z. The laparoscopic cholecystectomy and common bile duct exploration: A single-step treatment of pediatric cholelithiasis and choledocholithiasis. *Children.* 2022;9(10):1583. <https://doi.org/10.3390/children9101583>
3. Buxbaum J. L., Fehmi S. M. A., Sultan S., Fishman D. S., Qumseya B. J. [et al.]. ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. *Gastrointest. Endosc.* 2019;89(6):1075. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2018.10.001>
4. Lyu Y., Cheng Y., Li T., Cheng B., Jin X. Laparoscopic common bile duct exploration plus cholecystectomy versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography plus laparoscopic cholecystectomy for choledocholithiasis: a meta-analysis. *Surg. Endosc.* 2019;33(10):3275-3286. <https://doi.org/10.1007/s00464-018-06613-w>
5. Rauh J., Dantes G., Wallace M., Collings A., Sanin G. D. [et al.]. Transcystic laparoscopic common bile duct exploration for pediatric patients with choledocholithiasis: A multi-center study. *J. Pediatr. Surg.* 2024;59(3):389-392. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2023.10.046>
6. Qi S., Xu J., Yan C., He Y., Chen Y. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2023;102(36):e34884. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034884>

Поступила 27.11.2024

Сведения об авторах:

Пыхтеев Дмитрий Анатольевич, кандидат медицинских наук, руководитель отделения детской хирургии; тел.: +79037308214; e-mail: salta.70@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7432-7004>

Елин Леонид Михайлович, старший научный сотрудник, врач – детский хирург; тел.: +79856161019; e-mail: elin.lenya@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2230-9220>

Прокофьев Максим Владиславович, младший научный сотрудник, врач – детский хирург; тел.: +79771320020; e-mail: maxprokof@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0003-9102-8550>

Шаповалов Алексей Викторович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, врач-эндоскопист отделения эндоскопии; тел.: +79161755244; e-mail: doctorxray83@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3332-7310>

Хабалова Кристина Владимировна, студентка; тел.: +79160981890; e-mail: kristi_habalova@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0003-6314-0684>

© Коллектив авторов, 2025

УДК 617.576-006.327-07:618.492

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2025.20014>

ISSN – 2073-8137

Клинический случай болезни Дюпюитрена у монозиготных близнецов

В. Б. Шамик¹, А. Л. Елфимов¹, В. Э. Росторгуев¹, П. В. Шамик², А. А. Тохтамишян¹

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

² Ростовская клиническая больница Южного медицинского центра ФМБА России, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

A clinical case of Dupuytren's disease in monozygotic twins

Shamik V. B.¹, Elfimov A. L.¹, Rostorguev V. E.¹, Shamik P. V.², Tokhtamishyan A. A.¹

¹ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

² Federal Medical & Biological Agency of Southern District Medical Center, Rostov Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russian Federation

Представлено клиническое наблюдение болезни Дюпюитрена у гомозиготных близнецов. У обоих пациентов первые признаки заболевания появились в возрасте 30–40 лет. У одного из них травма сухожильного аппарата предплечья явилась пусковым механизмом для прогрессирования заболевания, потребовавшего хирургического