

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

И.В. Киргизов, А.А. Гусев, И.А. Шишкин, В.А. Плякин, П.В. Иванов
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

Во всем мире в оперативном лечении болезни Гиршпрунга отдается предпочтение операции Соаве, но варианты проведения ее различаются в зависимости от приоритета той или иной клиники.

При исследовании детей старшего возраста с различными формами болезни Гиршпрунга (компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной) нами выявлены существенные изменения в системе гемостаза, проявляющиеся гиперкоагуляцией, гиперагрегацией и повышенной адгезией тромбоцитов, снижением активности физиологических антикоагулянтов и угнетением фибринолиза. Данные изменения требовали, в свою очередь, проведения медикаментозной коррекции (в том числе назначения антикоагулянтной терапии), что неизбежно приводит к повышенной кровоточивости во время операции. В связи с вышеуказанными особенностями предоперационной подготовки, а также значительной глубиной малого таза в этой возрастной группе, проведение традиционной операции Соаве, с демукотомией ректосигмоидного отдела через срединный лапаротомный доступ имеет определенные сложности, связанные с повышенной кровоточивостью тканей и большой операционной травмой, с неудовлетворительным косметическим результатом. Мы отказались также от проведения лапароскопической резекции ректосигмоидного отдела с встречной демукотомией его со стороны промежности, так как это приводит к значительной кровопотере на данном этапе и увеличивает риск проведения операции.

Наиболее оптимальным вариантом операции мы считаем проведение лапароскопически ассистированной резекции измененных отделов толстой кишки. Когда лапароскопически проводится мобилизация пораженной части толстой кишки до необходимого уровня. Далее, разрезом по Пфаненштилю, выполняется небольшая лапаротомия, проводится демукотомия ректосигмоидного отдела, что технически значительно проще и позволяет контролировать правильную укладку мобилизованной толстой кишки в серозно-мышечный футляр, а также проводить этот этап с меньшей кровопотерей и сокращением времени операции, при этом косметический результат вполне удовлетворяет как больного, так и хирурга.

ОЦЕНКА АДЕКВАТНОСТИ КРОВОТОКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНЫХ РЕЗЕКЦИЙ С ПОМОЩЬЮ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

И.В. Киргизов, И.А. Шишкин, В.А. Плякин, П.В. Иванов, Т.Н. Смирнова
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

При выполнении брюшно-промежностных резекций толстой кишки, как правило, остро решается вопрос об адекватности кровообращения в мобилизованной части толстой кишки. В настоящее время не изучены объективные методы оценки кровотока низводимой части кишки, что может привести к ее некрозу.

Целью исследования явилась оценка возможностей интраоперационного ультразвукового доплеровского исследования толстой кишки на этапе ее мобилизации и после низведения ее на промежность.

Материал и методы. Исследование проведено 14 детям с заболеваниями толстой кишки, требующими проведения брюшно-промежностных резекций. Оценка кровотока проводилась с помощью интраоперационного ультразвукового аппарата Викинг-2007. После мобилизации толстой кишки в спорных случаях перед пересечением краевых сосудистых аркад накладывался сосудистый зажим, а на терминальный отдел толстой кишки устанавливался доплерографический датчик, оценивалось относительное количество пульсирующих сосудов в стенке кишки и их скоростные характеристики и индексы.

Результаты исследований: у 2 детей обнаружено полное отсутствие артериального кровотока в интрамуральном отделе толстой кишки, что обосновало отказ от пересечения данного аркадного сосуда, на который был наложен зажим (хотя вид кишки не позволял судить о ее неадекватном кровообращении) и потребовало пересмотра выбранной оперативной тактики. У двух детей отмечалось снижение скоростных характеристик кровотока более, чем на 2/3 и повышение индекса сопротивления на артериях до этих же цифр, но после низведения этого участка кишки на промежность через 10 минут отмечалось улучшение скоростных характеристик кровотока до 60% от нормы. У 10 детей отмечалось снижение скоростных характеристик от 20% до 50%, что не привело к критическим нарушениям кровоснабжения, а скоростные характеристики кровотока к концу операции улучшились до 80% от нормальных значений.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

И.В. Киргизов, В.А. Плякин, Е.Н. Злотников
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) является фенотипическим признаком дисплазии соединительной ткани, однако зависимость степени деформации грудной клетки от тяжести дисплазии изучена недостаточно.

Цель. Используя критерий Т. Милковска-Димитровой и А. Каршевой (1985), проанализировать связь степени воронкообразной деформации грудной клетки со степенью дисплазии соединительной ткани.

Пациенты и методы. Нами было обследовано 30 детей в возрасте от 1 до 18 лет с I - III степенью воронко-