

зованием трубчатой гастростомы, в послеоперационном периоде применена контрастная рентгенография искусственного пищевода в различных положениях пациентов.

Результаты и обсуждение. Наиболее комфортно чувствуют себя больные с трубчатой гастростомой, так как хлорвиниловую трубку для введения в желудок питательных смесей проводят только в момент осуществления кормления, при окончании этой процедуры ее тут же извлекают. Введенная в желудок питательная смесь не изливается наружу ввиду сформированного антирефлюксного затвора при трубчатой гастростомии. Антирефлюксная защита обеспечивается как образованием циркулярной складки слизистой оболочки в месте перехода желудочной трубки в стенку желудка, так и созданием клапана в этом месте за счет перегиба желудочной трубки по отношению к расположенной ниже стенке желудка. Формируется антирефлюксный угол, участвующий в создании защитного механизма в нормальных условиях. Лоскут, выкраиваемый из передней стенки желудка в кардиальном и субкардиальном отделах, имеет слизистую, обладающую чрезвычайно низкой кислотно-ферментативной агрессивностью, вследствие чего он является наиболее приемлемым пластическим материалом при формировании трубчатой гастростомы. Желудочная трубка, обладающая столь ценными положительными свойствами, оканчиваясь тем пластическим материалом, который был использован нами в качестве интерпозиции между дистальным концом толстой кишки трансплантата и желудком.

У больных в качестве первого этапа создают трубчатую гастростому, через которую осуществляют питание пациентов, подготавливая их к радикальному этапу – эзофагопластике, которую производят обычно через 1-2 месяца.

Выкраивают трансплантат из поперечно-ободочной кишки на сосудистой ножке, состоящей из левых толстокишечных артерии и вены. Проводят его в загрудинном туннеле, размещая толстую кишку в изоперистальтической позиции. Затем накладывают соустье между дистальным концом толстой кишки трансплантата и отсеченной от передней брюшной стенки желудочной трубкой трубчатой гастростомы. Для адаптации просветов сшиваемых органов мы несколько изменили конфигурацию выкраиваемого желудочного лоскута: вместо П-образного формируем трапециевидный лоскут. Это позволяет выбрать место сечения желудочной трубки, обладающей различным диаметром на всей ее длине. Накладывают соустье конец-в-конец с помощью однорядного, непрерывного, инвагинацион-

ного шва проленом 4/0. Удобное для создания антирефлюксного затвора положение желудочной трубки фиксируется спаечным процессом, который формируется в течение 1-2-месячного срока.

Рентгенологическое обследование детей, проводимое в различные сроки послеоперационного периода, не выявило желудочно-толстокишечного рефлюкса в искусственном пищеводе. Пациенты не предъявляли жалоб на боли в эпигастральной области, что свидетельствовало об отсутствии рефлюкс-колитов, эрозий и язв в зоне кологастрального анастомоза. Дети росли и развивались, не отставая от своих сверстников.

Закключение. У детей с рубцовыми сужениями пищевода наиболее целесообразно накладывать трубчатую гастростому для питания, обладающую антирефлюксным затвором. При толстокишечной эзофагопластике следует использовать желудочную трубку трубчатой гастростомы для наложения кологастрального анастомоза. При этом дополнительных антирефлюксных хирургических вмешательств не требуется, сокращается время его выполнения и предотвращаются осложнения ближайшего и отдаленного послеоперационного периода.

Литература

1. Оноприев, В.И. Современные хирургические технологии создания арефлюксной кардии при различных формах ахалазии пищевода. / В.И. Оноприев, В.М. Дурлештер, В.В. Рябчун, И.С. Клитинская // Вопросы реконстр. и пласт. хирургии. – 2005. – №1. – С. 25-31.
2. Черноусов, А.Ф. Хирургия пищевода / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. – М: Медицина, 2000. – 350 с.
3. Guzzetta, P.C. Antireflux cologastric anastomosis following colonic interposition for esophageal replacement / P.C. Guzzetta, J.G. Randolph // J. Pediatr. Surg. – 1986. – Vol. 21. – P. 1137-1138.

Ключевые слова: кологастральный анастомоз, эзофагопластика, дети

COLOGASTRAL ANASTHOMOSIS WITH INTERPOSITION OF TUBE GASTROSTOMY DURING ESOPHAGOPLASTY IN CHILDREN WITH CAR-INDUCED ESOPHAGEAL STENOSIS

CHEPURNOY G.I., CHEPURNOY M.G., KATSOUPEEV V.B.

Key words: cologastral anasthomosis, esophagoplasty, children

© М.Ю. Яницкая, Л.В. Проклова, 2010
УДК: 617-089-083.98+617.65

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

М.Ю. Яницкая, Л.В. Проклова

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

Яницкая Мария Юрьевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детской хирургии Северного государственного медицинского университета, тел.: (8182) 660542, +79115563839; e-mail: medmaria@mail.ru.

Использование ультразвуковой визуализации (УЗВ) при проведении малоинвазивных операций и манипуляций (МОМ) позволяет оценить патологический очаг с учетом структуры и анатомии окружающих тканей. Малоинвазивная

хирургия под контролем УЗВ – не альтернатива эндохирургии а самостоятельная часть малоинвазивной и щадящей хирургии, как современного и перспективного направления [2]. Доступы обычно чрескожные, повреждение наружных тканей минимальное. При оперативных вмешательствах под контролем УЗВ воздействию доступны очаги, расположенные как в глубине тканей, так и поверхностные [1]. Кроме того, при использовании УЗВ довольно часто не требуется инвазии, например, в случае ультразвуковой ассистенции (УЗ-ассистенции) или при расправлении инвагината.

Целью исследования была оценка эффективности малоинвазивной хирургии под контролем УЗВ.

Проведен ретроспективный анализ выполненных на базе Архангельской областной детской клинической больницы операций и манипуляций под контролем УЗВ с 2005 по 2009 г. MOM выполнялись в нашей клинике врачами-хирургами, владеющими методами ультразвуковой диагностики (УЗД), или специалистами УЗД совместно с хирургами. MOM были экстренными и плановыми, лечебными и диагностическими. Местами проведения MOM являлись: операционная, кабинет ультразвуковой диагностики (который оборудован как малая операционная с возможностью дачи наркоза), перевязочная, кювет в реанимационном отделении (при нетранспортабельности новорожденного), боксированная палата приемного отделения. Использовались аппараты УЗД Aloca SSD – 1700, Aloca SSD – 500. Аппараты снабжены датчиками от 3.5 до 10 МГц.

Для проведения MOM мы использовали следующие методики:

1. Оперативное вмешательство с пункционным адаптером.

2. Оперативное вмешательство «методом свободной руки», когда направление иглы контролируется ультразвуковым полипозиционным сканированием. Эта методика применялась при необходимости проведения вмешательства с использованием переносного аппарата в операционной, кювете или палате.

3. УЗ-ассистенция во время операции.

4. Использование метода гидроэзоколоноскопии (ГЭК): заполнение просвета толстой кишки жидкостью с целью расправления инвагината или контроля проходимости кишечного анастомоза.

При воспалительных очагах и кистах любой локализации применялась прицельная пункция под контролем УЗВ с эвакуацией содержимого. В случае врожденной кисты – склерозирование ее полости 70% спиртом, в случае абсцесса – промывание полости антисептиком. При гидронефрозе использовался метод чрескожной пункционной нефростомии. Лечение остро развившейся и напряженной водянки оболочек яичка достигалось пункцией с опорожнением полости оболочек яичка для снятия болевого синдрома и напряжения. Инвагинация кишечника расправлялась

методом ГЭК. При этом жидкость вводилась в толстую кишку под давлением 80–120 мм. рт.ст. Расправление инвагината оценивалось визуально. Использование УЗ-ассистенции во время операций по поводу патологии ЦНС позволяло определить точную локализацию опухоли или гематомы, а при операциях по поводу перитонита, спаечной непроходимости – исключить наличие остаточных абсцессов при выраженном спаечном процессе в брюшной полости. При проведении MOM под контролем УЗВ использовались анестезиологические пособия: интубационный, масочно-ингаляционный наркоз и местная анестезия. В ряде случаев у подростков вмешательства проводились без анестезии.

За 5 лет в нашей клинике проведено 205 MOM с использованием УЗВ. При пункционном лечении воспалительных очагов, кист и гематом потребовалось повторная пункция как этап лечения в 12 (8,4%) случаях из 142. Нефростомия потребовала коррекции стояния нефростомы у 5 (26,3%) больных из-за неудовлетворительного ее функционирования. В 3 (2,1%) случаях пункционное лечение не было эффективным и проведена открытая операция. Последнее касалось только острых гнойных лимфаденитов. В 1 (4%) из 25 случаев расправление инвагинации методом ГЭК было неполным, что потребовало лапароскопии. УЗ-ассистенция во всех случаях сокращала время операции и делала работу хирурга более комфортной и безопасной. Эффективность лечения составила 98%.

Закключение. Операции и манипуляции под контролем УЗВ позволяют избежать традиционных травматичных оперативных вмешательств, не несут лучевой нагрузки, часто не требуют общего обезболивания. С учетом высокой эффективности они могут быть рекомендованы в повседневной практике хирурга.

Литература

1. Тутченко, Н.И. Лечение гнойно-деструктивных осложнений острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости / Н.И. Тутченко, Э.В. Светличный, С.П. Трофименко // Клиническая хирургия. – 2005. – №3. – С. 12-14.
2. Angelescu, N. Mini invasive surgery – „a new era“ / N. Angelescu, E. Popa // Chirurgia. – 2003. – Vol. 15. – P. 385-389.

Ключевые слова: малоинвазивные хирургические вмешательства, ультразвуковая визуализация, дети

MINIINVASIVE SURGICAL INTERVENTIONS WITH ULTRASONIC VISUALIZATION IN CHILDREN
YANITSKAYA M.Y., PROKLOVA L.V.

Key words: miniinvasive surgical interventions, ultrasonic, visualization, children