

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 демукозацией 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 демукозацией 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 поражённой части толстой кишки до необходимого уровня. Далее, разрезом по Пфаненштилю, выполняется небольшая лапаротомия, проводится демукозация 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 её 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-

образной деформации грудной клетки. Степень воронкообразной деформации определялась по классификации Gizyska I. (1962). Для скрининг-диагностики синдрома дисплазии соединительной ткани использовался критерий Т. Милковска-Димитровой и А. Каршевой (1985).

Результаты. Детей с I степенью воронкообразной деформации грудной клетки без других фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани было 62,5%, с легкой степенью дисплазии - 25%, со средней - 12,5%.

У 22,4% детей со II степенью воронкообразной деформации грудной клетки другие фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани отсутствовали, легкая дисплазия выявлена у 55,3%, средняя - у 22,4%. Среди детей с III степенью воронкообразной деформации грудной клетки детей без других фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани не выявлено, легкая дисплазия отмечалась у 25%, средняя - у 75%.

Данных о тяжелой степени дисплазии соединительной ткани у обследуемых с воронкообразной деформацией грудной клетки не было.

Выводы. У детей с воронкообразной деформацией грудной клетки с увеличением степени деформации отмечается увеличение фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани.

Заключение. Исследование фенотипических проявлений дисплазии соединительной ткани может быть использовано для ранней диагностики степени воронкообразной деформации грудной клетки.

СВОБОДНАЯ АУТОДЕРМОТРАНСПЛАНТАЦИЯ

Н.В. Козулина, А.С. Железнов, Ю.П. Бирюков

Нижегородская государственная медицинская академия, Областная детская клиническая больница, Нижний Новгород, Российская Федерация

В последние годы увеличивается число детей с тяжелыми травмами, преимущественно после дорожно-транспортных происшествий, в том числе - и с обширными дефектами мягких тканей. Свободная кожная пластика - один из основных способов лечения таких пациентов.

За 2000-2008 г. в отделении гнойной хирургии Нтжегородской областной детской клинической больницы свободная кожная пластика была выполнена 24 детям с ранами различной локализации и генеза. Большинство пациентов составили мальчики-подростки, возраст 21 ребенка был от 8 до 14 лет, по одному - в возрасте 1 год, 4 и 5 лет. Причинами обширных ран у 20 пострадавших явились дорожно-транспортные происшествия, в трех случаях - термические ожоги III степени и в одном случае - нападение животного.

Сроки пребывания больных в стационаре во многом определялись длительностью предоперационной подготовки, которая составила в среднем 23 дня и была направлена на обеспечение основных условий успешной аутодермотрансплантации - наличия гранулирующей раневой поверхности и отсутствия признаков активного воспаления в ране.

С этой целью применялись антибиотикотерапия, местное лечение, ультрафиолетовое облучение раневой поверхности. Свободную кожную пластику выполняли методом расщепленного кожного лоскута по Тиршу. Донорской поверхностью во всех случаях служила передняя поверхность бедра, взятие лоскута толщиной 0,2-0,3 мм производили круговым электродерматомом Колокольцева. После взятия лоскута на донорскую поверхность накладывали асептическую повязку, а на трансплантат после укрытия им раневой поверхности - мазевую повязку с последующей иммобилизацией конечности гипсовой лонгетой. Первую перевязку выполняли на 3 сутки после операции с последующей сменой повязок 1 раз в день. Послеоперационный койко-день составил 26,1.

Использование данной методики позволило достигнуть приживления трансплантата во всех наблюдениях, у 6 больных было отмечено рубцевание на площади до 30 % пересаженного фрагмента, что было обусловлено продолжающимся экссудативным процессом в ране. Со стороны донорской зоны осложнений не зарегистрировано. Дети поступали на контрольное обследование и проведение курса ЛФК, направленного на восстановление функции объема движений в суставе через 1 месяц после выписки. Высокая эффективность данного метода и доступность его проведения в условиях хирургического отделения позволяют рекомендовать его как оптимальный способ закрытия обширных раневых дефектов мягких тканей у детей различного возраста.

К ЛЕЧЕНИЮ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Н.Б. Киреева, Л.А. Хафизова, М.Ю. Заугаров, С.В. Гагушин

**Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород, Российская Федерация**

С 2003 по 2008 год в клинике детской хирургии НГМА на базе Нижегородской областной детской клинической больницы было прооперировано 130 детей с проксимальными и дистальными формами гипоспадии в возрасте от года до 17 лет (средний возраст 5 лет).

Пациентам выполнено 240 операций. Осуществляли принцип индивидуального подхода к каждому больному в зависимости от формы гипоспадии, степени искривления кавернозных тел, наличия ротации полового члена. При венечных формах гипоспадии применяли операцию MAGPI, у больных с субвенечной и дистальной стволовой формами гипоспадии - пластику уретры перимеатальным лоскутом - операцию Mathieu, а также операцию продвижения уретры по Векс. У пациентов со среднестволовой формой гипоспадии выполняли пластику уретры с использованием поперечного лоскута крайней плоти на сосудистой ножке - операцию Duckett. Лечение проксимальных форм гипоспадии осуществляли в 2-3 этапа с интервалом не менее 6 месяцев. Искривление полового члена устраняли путём иссечения хорды с расширенной вентральной диссекцией соединительнотканых тяжей до его корня. Закрытие раневой поверхности проводили по Смит-Блекфильду-Савченко, Омбрелдану. На втором этапе выполняли пластику уретры по Дюплею. Одновременно осуществляли формирование наружного отверстия уретры на головке или в максимальной близости от неё. В качестве шовного материала использовали PDS 5-6/0. Для уменьшения отёка тканей в послеоперационном периоде накладывали циркулярную марлевую повязку.