

Председатели: профессора А.Ф. Дронов, А.Ю. Разумовский

ЗАСЕДАНИЕ СЕКЦИИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ МОСКОВСКОГО ОБЩЕСТВА ХИРУРГОВ, ПОСВЯЩЕННОЕ ПАМЯТИ АКАДЕМИКА РАМН Э.А. СТЕПАНОВА 22 ноября 2012 г.

Хирургическая аудитория Детской городской клинической больницы № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

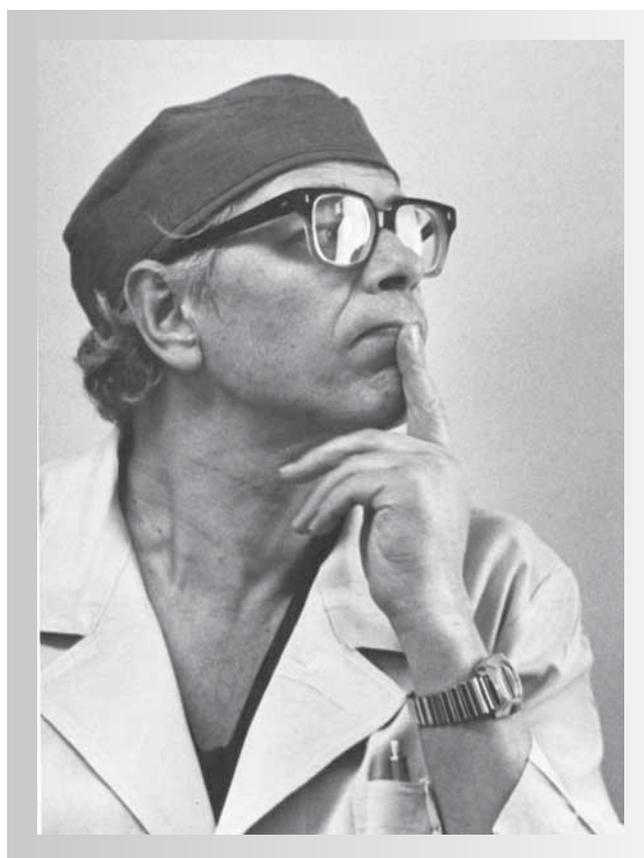
ЭВОЛЮЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Холостова В.В., Залихин Д.В., Маннанов А.Г.

РНИМУ им Н.И. Пирогова, кафедра детской хирургии, Москва; ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва

Несмотря на то что первое осознанное описание болезни Гиршпрунга (БГ) появилось только в 1886 г., попытки лечения врожденного мегаколона предпринимались и до этого. Так, знаменитый американский педиатр, основатель первой детской больницы в США Абрахам Якоби первым отметил, что при врожденных запорах терапевтический эффект достигается при применении клизм, а в критических случаях – при наложении кишечной стомы. Тем не менее вплоть до середины XX в., пока не был открыт патогенез заболевания, лечение было невозможно. Первым патогенетически обоснованную операцию предложил О. Свенсон в 1948 г.: она предполагала внутрибрюшное удаление пораженного отдела кишки с внебрюшинным полнослойным циркулярным анастомозом. Однако операция отличалась травматичностью и высокой частотой осложнений. Предложенная Б. Дюамелем техника выделения кишки только по задней ее поверхности, хоть и уменьшала риск осложнений со стороны тазовых органов, была весьма сложной технически и широкого распространения не получила. Предложенная Ф. Соаве техника эндоректального низведения кишки, основанная на методике Ромуальди, в какой-то степени устраняла эти недостатки – позволяла добиться наилучших функциональных результатов.

В нашей стране первая операция по методике О. Свенсона при БГ была выполнена в стенах филатовской больницы в 1955 г. С.Я. Долецким, и к 1963 г. было прооперировано уже 115 пациентов. Первую операцию Б. Дюамеля в СССР выполнил киевский хирург, профессор Куц, данная операция была освоена и в нашей клинике академиком Э.А. Степановым, однако она не прижилась в Москве. В 1965 г. Эдуард Александрович первым



в СССР выполнил операцию по методике Ф. Соаве, и очень скоро она стала приоритетной техникой хирургического лечения

В последующем большой вклад в усовершенствование методик хирургического лечения и их широкое распространение внесли Ю.Ф. Исаков, Г.А. Баиров и А.И. Ленюшкин.

Со времен Ф. Свенсона и до середины 2000-х гг. оптимальным возрастом для радикальной коррекции считалось второе полугодие жизни. Как пра-

вило, детям более раннего возраста сначала накладывали стому, что делало хирургическое лечение 3-этапным. Большой прорыв в лечении БГ произошел в середине 1990-х гг., когда американский хирург К. Джорджсон предложил собственную модификацию операции Ф. Соаве. Ее отличия – использование лапароскопической методики мобилизации толстой кишки и ее низведение в сочетании с трансанальной демукозацией прямой кишки на основании техники Ф. Соаве, операция выполнялась одноэтапно.

В нашей клинике данная методика применяется с января 2006 г. у более чем у 80 пациентов. Всего с момента первой операции в 1955 г. в клинике выполнено более 700 операций. Основу операции К. Джорджсона составляет трансанальная резекция аганглионарного участка кишки, которая может применяться и без лапароскопической ассистенции, что с успехом используется в нашей клинике у новорожденных и детей первых месяцев жизни. Тем не менее лапароскопический этап весьма важен, так как он обеспечивает уменьшение травма-

тичности, позволяет оценить ангиоархитектонику кишки, уровень поражения, облегчает мобилизацию кишки (особенно у детей старше 6–12 мес). Тактика лечения потеряла возрастную зависимость, и более 80% пациентов переносят только одну операцию.

Результаты лапароскопического низведения кишки сопоставимы с традиционной техникой Ф. Соаве, а по медицинской эффективности намного превосходят ее. Частота осложнений существенно не изменилась, однако несколько поменялся их спектр, в частности повысился риск несостоятельности колоректального анастомоза. Другие гнойно-воспалительные осложнения и случаи спаечной кишечной непроходимости сведены к нулю. Отдаленные результаты прослежены в сроки до 6 лет. У подавляющего числа детей (86%) получены отличные и хорошие результаты, включая пациентов с осложнениями. Таким образом, отдаленные результаты операции К. Джорджсона вполне сопоставимы и даже превосходят таковые при классической операции Ф. Соаве.

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Разумовский А. Ю.

РНИМУ им Н. И. Пирогова, кафедра детской хирургии, Москва; ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва

На кафедре детского возраста Российского государственного медицинского университета за последние 50 лет было выполнено более 2,5 тысяч операций на пищеводе у детей (в том числе более 1000 операций формирования искусственного пищевода). Выдающуюся роль в развитии этого раздела хирургии в нашей стране сыграл академик РАМН Э. А. Степанов. С 1995 г. у некоторых детей мы стали выполнять экстирпацию пищевода с одномоментной колоэзофагопластикой и проведением трансплантата в заднем средостении. С 1992 г. при изолированных стенозах глотки и шейного отдела пищевода мы выполняем пластику глотки свободным реваскуляризованным сегментом кишки. Для сравнительной оценки методов колоэзофагопластики при проведении трансплантата за грудиной (ЗП) и в заднем средостении (ЗС) анализу подвергнуты истории болезней 54 детей в возрасте от 3-х месяцев до 15 лет. С целью определения оптимального возраста для выполнения

колоэзофагопластики у детей с атрезией пищевода анализу подвергнуты истории болезни 27 детей с данной патологией. Для оценки качества жизни пациентов и отдаленных результатов колоэзофагопластики были проанализированы результаты анкетирования. С 1980 г. и по настоящее время прооперированы 28 больных с рубцовыми стенозами глотки, изолированными и в сочетании со стенозами пищевода различной протяженности. Мы опишем современную тактику хирургического лечения стенозов глотки, которую считаем операцией выбора – пластику глотки свободным кишечным трансплантатом. Разработка и внедрение в клиническую практику современных принципов колоэзофагопластики позволили сократить количество осложнений и снизить летальность с 3 до 0,5%. После введения в практику разработанного нами антирефлюксного кологастроанастомоза отмечено снижение клинически значимых осложнений, связанных с рефлюксом. По нашему мнению, вы-

бор пути проведения трансплантата при пластике пищевода должен быть обусловлен прежде всего диагнозом. Так, при пептических стенозах, метаплазии Барретта, опухолях, синдроме портальной гипертензии или ангиодисплазии, а также в большинстве случаев рубцовых стенозов пищевода экстирпация пищевода может быть целесообразна.

У части детей после экстирпации пищевода выполняли пластику пищевода желудком в заднем средостении.

Важнейшее достижение нашего исследования – пожизненное обеспечение качества жизни детей с искусственным пищеводом, сравнимое с качеством жизни здоровых детей.

УРЕТЕРОЭНТЕРОСИГМОСТОМИЯ ПРИ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ МОЧЕВОГО ТРАКТА

Коварский С. Д., Меновщикова Л. Б., Корзникова И. Н.

РНИМУ им Н. И. Пирогова, кафедра детской хирургии, Москва; ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова, Москва

Идея и техническое воплощение этого оперативного вмешательства принадлежит академику Э. А. Степанову.

Контакт кишечного содержимого с мочевыми путями намного опаснее в плане развития тяжелых осложнений, чем контакт мочи с кишечной стенкой, поэтому главным принципом при разработке и внедрении в клиническую практику метода уретероэнтеросигмостомии было полное исключение контакта кишечного содержимого с областью соединения мочевых путей и толстой кишки.

Суть метода заключается в возможности максимального разделения тока мочи и кала, используя в качестве буфера тонкокишечную вставку с антирефлюксным механизмом между мочевыми путями и толстой кишкой.

Основой уретероэнтеросигмостомии послужил разработанный в нашей клинике антирефлюксный инвагинационный бесшовный энтероколоанастомоз при резекции илеоцекального угла, предложенный Э. А. Степановым.

По аналогии с клапанным тонко-толстокишечным соустьем был создан способ уретероэнтеросигмостомии с формированием антирефлюксного клапана в тонко-толстокишечном соединении при деривации мочи в кишечник.

Для предохранения верхних мочевых путей при инкорпорации сегментов желудочно-кишечного тракта в мочевые пути необходима антирефлюксная имплантация мочеточников, но выполнить ее при соединении с тонкой кишкой очень сложно. Поэтому академик Э. А. Степанов предложил свою методику создания полноценной антирефлюксной защиты путем формирования вокруг мочеточника двойного тоннеля из стенки тонкокишечного сегмента, слизисто-слизистого и серозно-мышечного, являющихся антирефлюксным механизмом.

Таким образом, уретероэнтеросигмостомия, предложенная Э. А. Степановым, стала значительным шагом вперед в создании замкнутого регулируемого мочевого тракта у детей с тяжелыми нарушениями дистального отдела мочевой системы.