

маний у детей и подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Бочарова. – М., 2009.

Bocharova O.A. Diagnosis and surgical correction of gastroduodenal abnormalities in children and adolescents: the author's abstract of PhD dissertation / O.A. Bocharova. – M., 2009.

3. Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Кот-

ловский; под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 40 с. (Серия «Высокие технологии в медицине»).

Dronov A. F. Endoscopic surgery in children / A.F. Dronov, I. V. Poddubny, V. I. Kotlubovsky; under the editorship of J. F. Isakov, A. F. Dronov. – GEOTAR-MED, 2002. – 40 p. (Series «High technologies in medicine»).

4. Карташова О.М. Диагностика мембра-

нозной непроходимости желудка у детей / О.М. Карташова, Ю.В. Дружинин, Н.Е. Бурцева, И.В. Анненкова // Медицин. визуализация. – 2011. – . – №5. – С.25.

Kartashova O.M. Diagnosis of membranous obstruction of the stomach in children / O.M. Kartashova, Yu.V. Druzhinin, N.E. Burtseva, I.V. Annenkova // Medical Imaging (Rus.). – 2011. – №5. – P.25.

А.Ю. Тарасов, В.А. Саввина, В.Н. Николаев,
А.Р. Варфоломеев, Н.Е. Петрова, К.К. Божедонов

ОПЫТ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОРЕКТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ И НИЗВЕДЕНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

УДК 616.34-009.11-036.12-089.85

Проведена сравнительная оценка исходов радикальных операций при лечении ректосигмоидной формы болезни Гиршпрунга у детей, которая показала, что при брюшно-промежностной проктопластике по методикам Соаве-Ленюшкина и Дюамеля достаточно часто имеются послеоперационные осложнения, такие как перитонит, энтероколит, энкопрез, «остаточная» зона аганглиоза, что требовало повторных операций и длительного «затратного» восстановления. Подобные осложнения не наблюдались после трансанального низведения по методике De la Torre-Mondragon.

Ключевые слова: дети, аганглиоз, болезнь Гиршпрунга, осложнение, анастомоз.

A comparative evaluation of the outcomes of radical operations showed that in abdominal perineal proctoplasty of Soave-Lenyushkin and Duhamel the patients often have postoperative complications such as postoperative peritonitis, enterocolitis, encopresis, «residual» zone of aganglionosis, which required repeated operations and a long «cost» recovery. Similar complications were not observed after the transanal resection of De La Torre-Mondragon.

Keywords: children, aganglionosis, Hirschsprung's disease, complication, anastomosis.

Введение. Наиболее частой причиной запоров органической природы у детей является болезнь Гиршпрунга. Лечение болезни Гиршпрунга остается актуальной проблемой детской хирургии, несмотря на 100-летний юбилей разработки патогенетически обоснованного способа коррекции порока [1-3]. Проблема осложнений после первичной радикальной операции у многих пациентов носит актуальный характер, часть из них нуждается в повторных операциях. Общая частота осложнений, по данным разных авторов, составляет от 22,7 до 38,5%, в том числе недержание кала – от 3,6 до 69, запор – от 1,6 до 25, энтероколит – от 1,4 до 28,5, перианальный дерматит – от 2,7 до 27,7% [1,3,4]. Предложено большое число разнообразных методов хирургической коррекции болезни Гиршпрунга, направленных на снижение послеоперационных осложнений. В настоящее время основной задачей современного подхода к хирургическому лечению аганглиоза толстой кишки является минимизация травматизма радикальной операции, прежде всего за счет разработки различных малоинвазивных модификаций широко известных методик Swenson, Soave, Duhamel. Детские хирурги стараются

найти определенный компромисс в дифференцированном подходе к выбору метода операции. Самым последним достижением является радикальная операция трансанального эндоэктального низведения кишки без лапаротомии, описанная в 1998 г. Де ла Торре-Мондрагон и Ортеги, которая дает прекрасные результаты при ректосигмоидной форме болезни Гиршпрунга [4].

Материалы и методы исследования. За 2012-2017 гг. в хирургическом отделении Педиатрического центра РБ №1-НЦМ проведено 10 оперативных вмешательств. С 2012 г. апробирован и внедрен способ трансанального эндоэктального низведения ободочной кишки при ректальной и ректосигмоидной формах болезни Гиршпрунга у детей по методике De la Torre-Mondragon. Возраст детей колебался от 10 мес. до 8 лет. Преобладали мальчики – 9 (90,0%), девочка была одна. Дети с протяженными формами исключены из данного исследования.

Для сравнительного изучения результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга по методике De la Torre-Mondragon в Педиатрическом центре РБ №1-НЦМ нами проведен ретроспективный

анализ исходов хирургического лечения по методу Дюамеля и Соаве в модификациях с 1991 по 2011 г. За эти годы оперировано 32 ребенка (4 – по методу Дюамеля, 28 – по модификациям Соаве).

При операции по методу De la Torre-Mondragon комплекс дооперационного обследования включал: общеклинические анализы, исследования кала на дисбактериоз, копрограмму, ирригоскопию, полноточную биопсию прямой кишки (в 2 случаях), фиброэзофагогастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, по показаниям – ультразвуковое исследование сердца, головного мозга, осмотр гастроэнтеролога, невролога. По данным проведенного обследования всем детям был установлен диагноз болезни Гиршпрунга с предварительным представлением о распространенности зоны аганглиоза. Среди 10 детей встретились следующие формы: ректальная – 2 случая, ректосигмоидная – 8.

Комплекс предоперационной подготовки включал: оценку гипотрофии и коррекцию нутритивного статуса, коррекцию выявленных нарушений гемостаза, тщательную санацию и очищение кишечника очистительными

и сифонными клизмами, селективную деконтаминацию кишечника назначаемыми орально антимикробными препаратами.

Всем 10 детям было выполнено трансанальное эндоректальное низведение ободочной кишки с наложением колоанального анастомоза. Суть операции сводилась к следующему: использован минимально инвазивный подход, основанный на трансанальной эндоректальной мобилизации и низведении аганглионарной части толстой кишки с ее резекцией и формированием колоанального анастомоза. На операционном столе ребенок находился в литотомическом положении на спине с приподнятой на валике промежностью, разведенными и фиксированными к стойкам нижними конечностями. Проводили деульсию ануса ректальным зеркалом, на слизистую прямой кишки в 1,5 см выше гребешковой линии и кожу околоанальной области накладывали 8 провизорных швов для лучшей экспозиции аноректальной зоны. При завязывании такого шва образуется дополнительная «защитная» складка, состоящая сверху из стенки мобильного нижеампулярного отдела толстой кишки, а снизу – периаанальной кожи, предохраняющая внутренний сфинктер от механических воздействий. Анальный ректатор Дениса-Брауна не использовали. Операция начиналась с циркулярного рассечения слизистой оболочки прямой кишки с помощью электрокоагуляции выше зубчатой линии на 0,5 см, входили в подслизистый слой. На проксимальный конец разреза слизистой оболочки накладывали несколько швов, которые использовали для тракции. Эндоректальное выделение продолжали в проксимальном направлении, оставаясь в подслизистом слое проксимально на протяжении 5-10 см в зависимости от возраста ребенка. При достижении брюшины ректальную мышцу рассекали по всей окружности и полнослойную прямую и сигмовидную кишку мобилизовывали, вытягивая через анальное отверстие. При этом рассекали сосуды прямой и сигмовидной кишки с использованием лигатур ближе к стенке кишки. Это позволяло свободно низвести дистальный отдел толстой кишки с аноректальной зоной и расширенным участком до здоровой кишки. Аганглионарный и расширенный отрезки кишки отсекали, сигмовидную кишку дополнительно фиксировали к мышечному футляру прямой

кишки и формировали колоанальный анастомоз на 0,5 см выше зубчатой линии путем подшивания слизистой в области гребешковой линии к стенке низведенной сигмовидной кишки. После чего провизорные швы срезали, что сразу же приводило к погружению зоны анастомоза в просвет кишки.

Результаты и обсуждение. Интраоперационных осложнений и летальности не отмечалось. Переливание крови не потребовалось ни в одном случае. Продолжительность операции составила 75-120 мин (в среднем 95 мин). Длина резецируемого патологического участка кишечника составила от 25 до 75 см. В ближайшем послеоперационном периоде дети соблюдали постельный режим 8-10 дней, энтеральная нагрузка начиналась через 48-72 ч лечебными энтеральными нутритивными смесями с переходом на общий стол к 5-му–6-му дню, проводилась продленная эпидуральная анестезия в течение 72 ч. На 12-е сут проводился пальцевой осмотр прямой кишки. Явления анастомозита у 2 пациентов купированы назначением физиопроцедур, ректальных суппозиторий. Показаний для бужирования анастомоза не возникало. Выписка пациентов осуществлялась на 12-е–14-е сут после оперативного лечения. Большинство детей осмотрены в катамнезе, срок наблюдения свыше 2 лет. Качество жизни удовлетворяет пациентов и их родителей. Дети не предъявляют жалоб, имеют регулярный самостоятельный стул, иногда через 1-2 дня. Развиваются соответственно возрасту. Проходят курсы комплексной проктологической реабилитации 2 раза в год (физиолечение, массаж, ЛФК, назначения гастроэнтеролога).

Сравнительная оценка исходов радикальных операций при болезни Гиршпрунга по методам Дюамеля и Соаве в 1991-2011 гг. показала, что после брюшно-промежностных проктопластик в послеоперационном периоде возникли осложнения у 10 пациентов (31,2%): послеоперационный перитонит у 4 (12,0), энкопрез у 2 (6,25), «остаточная» зона аганглиоза у 2 (6,25), по 1 случаю ректо-пузырного соустья и стеноза «паруса». Умерло 3 пациентов (летальность 9%) – 2 детей в раннем послеоперационном периоде, после множественных операций по поводу тяжелой спаечной болезни, 1 ребенок в позднем послеоперационном периоде, после тотальной колэктомии и илео-ректального анастомоза.

выполненного в возрасте 3 мес. при тотальной форме врожденного аганглиоза ободочной кишки, умер в улусе из-за некорригированного эксикоза на фоне энтероколита.

Заключение. Таким образом, методика трансанального эндоректального низведения ободочной кишки при ректальной и ректосигмоидной формах болезни Гиршпрунга по De La Torre-Mondragon сочетает в себе радикальность и минимальную травматичность при хирургическом лечении аганглиоза толстой кишки у детей. Методика проста, безопасна, сопровождается минимальным числом осложнений, позволяет добиться отличных функциональных и косметических результатов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Методика эффективна у детей любого возраста при наиболее частых формах аганглиоза, исключая случаи тотального и субтотального поражения толстой кишки. Положительные моменты данной методики, в отличие от традиционных операций, по методам Дюамеля и Соаве, заключаются в возможности раннего энтерального кормления, минимальной травматичности при мобилизации кишечника и минимальном риске повреждения важных структур малого таза, абсолютной «косметичности», отсутствии спаечного процесса в брюшной полости, значительном сокращении сроков госпитализации.

Литература

1. Атакулов Д.О. Патогенетические основы диагностики и лечения болезни Гиршпрунга у детей: автореф. ... д-ра мед. наук / Д.О. Атакулов. – М., 1989. – 26 с.
- Atakulov D.O. Pathogenetic bases of diagnosis and treatment of Hirschsprung disease in children: The author's abstract of the dissertation of the doctor of medical sciences / D.O. Atakulov. – M., 1989. – 26 p.
2. Гераскин А.В. Хирургия живота и промежности у детей (Атлас) / А.В. Гераскин, А.С. Дронов, А.А. Смирнов. – М., 2012. – С.345-378.
- Geraskin A.V.. Surgery of the abdomen and perineum in children (Atlas) / A.V. Geraskin, A.S. Dronov, A.A. Smirnov. – M., 2012. – P.345-378.
3. Сварич В.Г. Повторные операции при болезни Гиршпрунга у детей: автореф. ... канд. мед. наук / В.Г. Сварич. – Л., 1991. – 15 с.
- Svarych V.G. Repeated operations with Hirschsprung disease in children: The Author's abstract of the dissertation of the candidate of medical sciences / V.G. Svarych. – L., 1991. – 15 p.
4. Пури П. Атлас детской оперативной хирургии / П. Пури, М. Гольварт. – М., 2009. – С.291-305.
- Puri P. Atlas of Children's Surgical Surgery / P. Puri, M. Golvart. – M., - 2009. – P. 291-305.