

Первый опыт видеолапароскопически-ассистированных оперативных вмешательств при болезни Гиршпрунга у детей

А. А. АХУНЗЯНОВ, Р. Я. ЯФЯСОВ, А. П. БАИМОВ, М. С. ПОСПЕЛОВ, С. В. ШАЛИМОВ
Казанский государственный медицинский университет, г. Казань,
Детская республиканская клиническая больница, г. Казань.

УДК 616.381.348-072.1-007.61-053.2

Цель работы — предварительное сравнение видеолапароскопически-ассистированной проктопластики (ВАП) с традиционным хирургическим вмешательством при болезни Гиршпрунга (БГ) у детей.

Материалом исследования явились 15 пациентов с БГ, находившихся на лечении в Детской республиканской клинической больнице в 2005-2008 гг. Возраст пациентов от 10 месяцев до 13 лет. Мальчиков — 13, девочек — 2. Диагноз установлен на основании клинической картины и результатов ирригоскопии. Аганглионарный участок у всех 15 детей находился в ректосигмоидном отделе. ВАП выполнена 5 пациентам с БГ, среди них один пациент носитель сигмостомы, сформированной в периоде новорожденности. Эндохирургический этап ВАП заключался в мобилизации левых отделов толстой кишки. Этап формирования колоректального анастомоза при ВАП выполняли трансанальным доступом. Группу сравнения составили 10 больных, которым хирургическая коррекция выполнена традиционным способом (у 8 — проктопластика по Соаве-Ленюшкину, у 1 — проктопластика по Соаве-Болею и у 1 — проктопластика по Соаве). Носителей кишечных свищей в контрольной группе — 3. Сравнивали длительность операции, течение послеоперационного периода, состояние колоректального анастомоза при контрольном осмотре детей после хирургического лечения.

Длительность хирургического вмешательства составила от 3,5 до 5,5 ч при ВАП и от 2,5 до 5 ч при «открытых» вмешательствах. Кровопотеря при ВАП была минимальной и не сопровождалась развитием анемии в послеоперационном периоде. Малая травматизация тканей при ВАП позволила значительно снизить необходимость применения обезболивающих препаратов. Послеоперационный период в обеих группах протекал без осложнений. После ВАП отсутствовали явления пареза кишечника, что позволяло начать кормление с первых суток после операции и полностью восстановить на 3-и сутки, в то время, как в контрольной группе динамическая непроходимость кишечника сохранялась в течение 2-3 суток

после оперативного вмешательства, а полное энтеральное питание было возможным на 4-6-е сутки. Необходимость в инфузионной терапии после ВАП была значительно меньшей и полностью отменялась на 4-5-е сутки.

Значительная разница в восстановлении активности после операции отмечена в сравниваемых группах. Из 5 больных трое свободно двигались на 3-и сутки после операции и двое — на 5-е сутки (возраст последних 10 месяцев и 3 года). Восстановление двигательной активности после традиционных вмешательств происходило на 5-7-е сутки и сопровождалось болевыми ощущениями. Самостоятельные дефекации после ВАП начинались со вторых суток после операции. После традиционных вмешательств самостоятельные опорожнения начинались после выполнения второго этапа проктопластики на 7-9-е сутки. Выписку из стационара после ВАП проводили на 8-10-е сутки после операции, после «открытых» вмешательств — на 15-25-е.

К моменту выписки в обеих группах колоректальный анастомоз был инфильтрирован, без нарушения проходимости кишечника. Контрольный осмотр пациентов (ежеквартально) показал, что явления анастомозита после ВАП сохраняются более длительное время, чем после традиционных вмешательств. Косметический эффект ВАП можно считать отличным.

Таким образом, предварительное сравнение эндохирургического и способов хирургической коррекции БГ позволяет значительно улучшить течение послеоперационного периода, уменьшить объем медикаментозной терапии, сократить длительность пребывания больного в стационаре. Длительность ВАП была большей, однако, по мере освоения данной методики, можно ожидать сокращения длительности операции. Одномоментное формирование колоректального анастомоза сопровождается более длительным сохранением воспаления анастомоза, что требует дополнительного наблюдения и терапии. На наш взгляд, ВАП является предпочтительным методом коррекции БГ у детей.