

**ЯФЯСОВ Р.Я., ПОСПЕЛОВ М.С.**

616.34-053.2

Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ,
ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», г. Казань

Трансанальные вмешательства при болезни Гиршпрунга у детей

Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга является общепризнанным. В последние годы предложены малоинвазивные методы оперативных вмешательств выполняемые трансанальным доступом.

Цель сообщения — предварительное обобщение начального опыта трансанальных вмешательств при болезни Гиршпрунга у детей.

Хирургическое лечение трансанальным доступом выполнено у 18 пациентов с болезнью Гиршпрунга. Возраст больных от 1 месяца до 14 лет. Все пациенты мальчики. У 10 пациентов оперативное вмешательство выполнено с видеолaparоскопической ассистенцией, у 8 — без видеолaparоскопического ассистирования. Трансанальное вмешательство заключалось в демукозации нижней части прямой кишки и полнослойной мобилизации аганглонарного и переходного сегмента толстой кишки с последующим формированием колоректального анастомоза. При видеолaparоскопической ассистенции мобилизация пораженных отделов толстой кишки выполнялась эндохирургическим способом.

Длительность хирургического вмешательства составила от 3,5 до 6 часов. Интраоперационная кровопотеря была минимальной. Малая травматизация тканей позволила значительно снизить объем послеоперационной интенсивной терапии. После трансанальных вмешательств отсутствовали явления пареза кишечника, что позволяло начать кормление с первых

суток после операции. Послеоперационный период протекал без осложнений. Самостоятельные дефекации начинались со вторых суток после операции. Пациенты выписаны из стационара на 8–10-е сутки после хирургического вмешательства. К моменту выписки колоректальный анастомоз был инфильтрирован без нарушения его проходимости. Косметический эффект трансанальных операций можно считать отличным. При контрольном осмотре (ежеквартально) явления анастомозита сохранялись на протяжении 9 месяцев после хирургического вмешательства у 10 пациентов. Им проведены курсы противовоспалительной терапии. У пяти больных явления анастомозита отсутствовали. У троих больных отмечено сужение колоректального анастомоза. Из них у одного стеноз излечен консервативной терапией, у двух (возраст 12 и 14 лет) сформировалась стриктура, потребовавшая повторной реконструктивной операции.

Таким образом, ближайшие результаты трансанальных оперативных вмешательств позволяют считать их операций выбора в лечении болезни Гиршпрунга у детей. Необходимо тщательное наблюдение за состоянием колоректального анастомоза и при необходимости проведение корректирующей терапии. В нашей серии больных выполнение трансанальных вмешательств у детей старшей возрастной группы сопряжено с высоким риском формирования стриктуры колоректального анастомоза.