

эпителизации имели гиперпигментацию, признаков возникновения рубцов не было. За весь период исследования нежелательных явлений не наблюдалось ни у кого из пациентов.

Известно, что биологические покрытия на основе коллагена способны эффективно контролировать раневой экссудат, быть устойчивыми к действию протеиназ, могут защитить эндогенные и экзогенные факторы роста от деградации, служат биопластическим материалом и матрицей для формирования собственной ткани. Таким образом, биологическое покрытие на основе нативного коллагена I типа «Коллост» является примером эффективного и безопасного препарата для лечения ожогов кожи у детей.

Выводы:

1. При использовании нативного коллагена I типа в форме 7% геля «Коллост» отмечается сокращение раневой поверхности уже на 9-е сутки, а полная эпителизация раны в 80% – на 14-е сутки.

2. В результате исследования выявлена безопасность и хорошая переносимость коллагена у детей раннего возраста, что свидетельствует о возможности его широкого использования в педиатрической практике.

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА МЕТОДОМ
ТРАНСАНАЛЬНОГО ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО НИЗВЕДЕНИЯ
КИШКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

Говорухина О. А., Троян В. В., Заполянский А. В.,
Новицкая С. К., Махлин А. М., Кожанов В. А.,
Неведомский Г. В., Воронежский А. Н., Абу-Варда И. Ф.

ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Успешное лечение болезни Гиршпрунга (БГ) во многом зависит от ранней диагностики и своевременной

коррекции заболевания. В последние годы диагностика болезни часто производится в возрасте ребенка до 1 года, в том числе в период новорожденности. Применение современных малоинвазивных методов оперативного лечения БГ позволило улучшить функциональные результаты. Хирургическое лечение продвинулось от двух- или трех-этапных операций до первично-радикальной коррекции. Внедрение операции трансанального эндоректального низведения кишки (ТЕРТ) позволило осуществлять хирургическое лечение в один этап сразу после постановки диагноза. Эту операцию легче выполнить в младшем возрасте. Однако нередко имеют место случаи поздней диагностики заболевания, в том числе у детей старше 5 лет, что приводит к техническим трудностям во время операции и увеличению размеров резецируемой кишки.

Цель: разработать тактику врача при диагностике и хирургическом лечении болезни Гиршпрунга у детей старшей возрастной группы и показать преимущества хирургической коррекции БГ в раннем детском возрасте.

Материал и методы. Основной операцией при БГ в последние годы в РНПЦ детской хирургии является операция трансанального эндоректального низведения кишки (ТЕРТ). С 2010 по 2018 г. методом ТЕРТ оперированы 84 ребенка, из них в возрасте от 5 до 16 лет 8 детей (9,5%). В возрасте 5-6 лет было 4 ребенка и в возрасте 11-16 лет – 4 пациента. Мальчиков в исследуемой группе было 6, девочек – 2. Всем пациентам была выполнена ректальная биопсия с гистохимическим исследованием на выявление ацетилхолинэстеразы (АХЭ) или иммуногистохимическим исследованием на кальретинин. Всем пациентам выполнялась ирригоскопия для определения уровня аганглиоза. Во время операции 2 детям потребовалась лапароскопическая мобилизация толстой кишки. В 2 случаях, для извлечения калового камня была выполнена лапаротомия с мобилизацией толстой кишки. Для верификации зоны резекции кишки проводилась интраоперационная экспресс-биопсия. После резекции толстой кишки производилась световая и электронная микроскопия ее участков.

Результаты и обсуждение. При соблюдении алгоритма диагностики затруднений с постановкой диагноза БГ не было. У всех пациентов при гистохимическом и иммуногистохимическом исследовании ректальных биоптатов выявлена типичная картина БГ. Ирригоскопия четко выявляла переходную зону с баллонообразным расширением кишки в проксимальном направлении. Ректальная форма БГ выявлена у 4 пациентов, ректо-сигмоидная – у 3 пациентов, и у 1 ребенка – субтотальная форма БГ. У 2 пациентов имелся семейный анамнез заболевания. Во время операции у этих детей были технические трудности при трансанальной диссекции и низведении расширенных петель толстой кишки. Размеры резекции были довольно значительными из-за необходимости удаления не только аганглионарного сегмента, но и гипертрофированного баллонообразного участка кишки, в котором уже имелись вторичные фиброзные и дегенеративные изменения, подтвержденные данными световой и электронной микроскопии. Результаты электронно-микроскопического исследования операционного материала проксимального участка резецированной части кишки у пациентов разного возраста показывают необходимость хирургического лечения БГ в более раннем детском возрасте.

Выводы. Операцию ТЕРГ в один этап без превентивной стомы можно выполнять у детей старшей возрастной группы. При значительном расширении и гипертрофии участков кишки выше зоны аганглиоза целесообразно производить лапароскопическую мобилизацию толстой кишки. Вторичные дегенеративные изменения в участках кишки, проксимальнее зоны аганглиоза, технические трудности во время операции, связанные с резким расширением толстой кишки выше зоны аганглиоза, свидетельствуют о преимуществах оперативного лечения в раннем детском возрасте.