

Разработаны инструкции по применению: Ковальчук В.И., Глуткин А.В. «Метод коррекции нарушений кислородтранспортной функции крови у детей младшего возраста с термическими ожогами кожи»; Ковальчук В.И., Новосад В.В. «Метод лечение атрезий пищевода».

Сотрудниками кафедры выполнялись и выполняются самые сложные оперативные вмешательства, постоянно оказывается высококвалифицированная помощь детям Гродненской области.

Большое значение придается на кафедре подготовке студентов – будущих врачей к их будущей профессиональной деятельности. Эта работа осуществляется путем привлечения студентов к научно-исследовательской работе в студенческом научном кружке. Работы студентов-кружковцев, выполненные под руководством преподавателей кафедры, участвовали во всесоюзных, республиканских и международных (Россия, Украина, Польша) студенческих конференциях. Ряд работ отмечен наградами за высокий научный уровень. Всего студентами подготовлено и опубликовано более 120 работ. Значительное количество работ награждены медалями и почетными дипломами I–III степени. Наши студенты активно участвуют и достигают хороших результатов на Республиканском конкурсе научных работ студентов Республики Беларусь. Ежегодно участвуют около 3 работ и более от кафедры, что показывает стремление студентов и их научных руководителей к достижению высоких научных результатов.

Таким образом, несмотря на немногочисленный состав кафедры (7 человек), ее сотрудники полны творческой энергии и оптимизма для решения новых задач в научной, педагогической и лечебной работе.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Говорухина О.А., Аверин В.И., Махлин А.М.,
Новицкая С.К., Прокопеня Н.С., Сухарев С.А.**

ГУ «РНПЦ детской хирургии», Минск

Введение. Болезнь Гиршпрунга – достаточно частое заболевание, с которым сталкиваются детские хирурги. Вопросам заболевания посвящены работы многих выдающихся детских хирургов. Однако функциональные результаты оставляют желать лучшего. Причинами этого являются сроки проведения хирургической коррекции порока, а также выбор метода оперативного лечения, подходящий для каждого конкретного ребенка. Новый этап в совершенствовании методов диагностики и лечения болезни Гиршпрунга получил развитие не только благодаря успехам патофизиологии и раннего выявления заболевания, но и благодаря развитию хирурги-

ческой техники. Хирургическое лечение продвинулось от двух- или трех-этапных операций до первично-радикальной.

Цель: анализ хирургического лечения болезни Гиршпрунга у новорожденных и детей раннего возраста за 5 лет методом трансанального эндоректального низведения кишки.

Материал и методы исследования. Произведен анализ хирургического лечения новорожденных и детей младшего возраста за период 2010–2015 годы. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 – пациенты с неосложненной формой болезни Гиршпрунга (35 чел.); 2 – пациенты с осложненной формой болезни Гиршпрунга (5 чел.). Из работы исключены пациенты с тотальной формой аганглиоза.

Подтверждение диагноза болезни Гиршпрунга является показанием к оперативному лечению. Клиническое проявление болезни Гиршпрунга определит хирургическую тактику. При неосложненной форме – радикальная одноэтапная коррекция порока – трансанальное эндоректальное низведение кишки. У детей с длинным аганглионарным сегментом (их было 4) операция выполнялась одновременно двумя бригадами хирургов, одна из которых производила лапароскопическую мобилизацию толстой кишки. При осложненной форме болезни Гиршпрунга (кишечная непроходимость, некротический энтероколит с токсической дилатацией толстой кишки, перфорация терминального отдела тонкой кишки, слепой или других отделов толстой кишки) – выведение стомы со взятием биопсий на разных уровнях толстой кишки и ректальная биопсия. После подтверждения диагноза болезни Гиршпрунга, определения зоны аганглиоза кишечника определяют вид дальнейшего хирургического лечения. При короткой или длинной зоне аганглиоза – закрытие стомы, укладка толстой кишки по левому или правому флангу в зависимости от длины сохранившейся кишки и трансанальное эндоректальное низведение кишки по типу операции Соаве-Болея.

Результаты и их обсуждение. Произведено 40 операций трансанального эндоректального низведения кишки: 35 в 1 группе и 5 операций во 2 группе. Интраоперационных осложнений не было. Ближайшие результаты можно считать удовлетворительными. Восстановление нормальной функции кишечника происходит от 1 до 12 месяцев после операции. Пациенты имеют регулярный стул, удовлетворительного питания, каломазания нет. Однако имели место и осложнения.

Энтероколит – главная причина увеличения заболеваемости и смертности до и после радикального лечения болезни Гиршпрунга во всем мире. Факторы риска энтероколита включают ранний возраст, стриктуры анастомоза и нарушения питания. В 1 группе было 2 случая с дооперационным энтероколитом и 4 случая послеоперационного энтероколита (2 из них – с перфоративными язвами тонкой кишки, что потребовало их ушивания); во 2 группе, соответственно, 2 и 3 случая. Образования рубцового стеноза после радикального низведения – другое важное осложнение. Факторами риска

стеноза являются ишемия и несостоятельность анастомоза, а также циркулярный анастомоз. Большая часть стенозов лечится консервативно дилатацией. В 1 группе было 4 стеноза, во 2 группе – 1. Несостоятельность колоанального анастомоза в виде перитонита, перианальной флегмоны (1 случай) или формирования параректального свища (1 случай) потребовали выведения стомы до купирования воспалительного процесса. Такие осложнения встречаются очень редко, так как анастомоз защищен стенками анального канала. Однако, в случае ишемии в области анастомоза или гематомы с ее инфицированием, возможно формирование воспалительного очага.

У 1 ребенка имелся избыток слизистой прямой кишки – иссечен. Внутривнутрибрюшное кровотечение после операции имело место в 1 случае в 1 группе (остановлено лапароскопически).

Преимущества применения лапароскопии состоят в том, что возможен визуальный контроль низведенной кишки, исключение ее перекрута или кровотечения.

Выводы:

1. Трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки – малотравматичный и эффективный метод радикальной коррекции болезни Гиршпрунга.
2. При значительной длине аганглионарного сегмента целесообразно выполнять лапароскопическую мобилизацию толстой кишки.
3. У детей с осложненной формой болезни Гиршпрунга с наличием стомы возможно выполнение операции трансанального эндоректального низведения кишки и закрытия стомы в один этап.
4. Скрупулезная техника, адекватный гемостаз, хорошее кровоснабжение для предупреждения ишемии, недопустимость перекрута и натяжения кишки должны предотвратить осложнения при трансанальном эндоректальном низведении кишки.

Литература:

1. К.У.Ашкрафт, Т.М.Холдер. Детская хирургия. – СПб., Хардфорд, 1996. – 384 с.
2. M.G.Caty. Complications in Pediatric Surgery. – Informa Healthcare, 2009. – 450 с.
3. Moritz M.Ziegler, Richard G.Azizkhan, Thomas R.Weber. Operative Pediatric Surgery. – McGraw–Hill Companies, 2003. – 1339 с.
4. P.Puri, M.E.Hollwarth. Pediatric Surgery. – Springer, 2006. – 632 с.
5. Thom E.Lobe. Pediatric Laparoscopy. – Landes Bioscience, 2003. – 263 с.