

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОЙ И СУБТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

Никифоров А.Н., Аверин В.И., Дегтярев Ю.Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

За время работы детского хирургического центра (ДХЦ) с 1970 по 2014 год нами оперированы 30 детей, которым произведены тотальная и субтотальная колэктомия при следующих заболеваниях:

- болезнь Гиршпрунга – 17 детей,
- тотальный полипоз толстой кишки – 8 детей,
- неспецифический язвенный колит – 2 детей,
- язвенно-некротический энтероколит – 2 детей,
- врожденный порок прямой и сосудов брыжейки левого фланга толстой кишки – 1 ребенок.

Как видно из приведенных данных, основную массу составляют дети с врожденными пороками развития, и их количество увеличивается в последние годы. Детей с болезнью Гиршпрунга было 17, 12 из них родились в 2007–2014 годах.

Тотальный аганглиоз толстой кишки был у 10 новорожденных, а субтотальный – у 7.

Для диагностики болезни Гиршпрунга проводилось рентгенологическое обследование, биопсия прямой кишки и морфогистохимическое исследование биоптатов. В связи с тем, что у этих детей имелась клиническая картина низкой кишечной непроходимости, они после обследования были оперированы. В зависимости от выявленной патологии им накладывалась илеостома при тотальном аганглиозе и колостома при субтотальном.

Двое детей с тотальным аганглиозом оперированы повторно: сначала им были наложены колостомы (трудно было определить верхнюю границу аганглиоза), а затем – энтеростомы.

Всем семи детям с субтотальным аганглиозом были в качестве первого этапа лечения наложены колостомы. У них во время операции четко определялась расширенная часть кишки, переходная зона и суженая часть Ro^4 – гр.

Колостома накладывалась на участок кишки над зоной сужения.

Радикальные оперативные вмешательства производились в следующие сроки:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| – в возрасте 1 года – 8 детям, | – в возрасте 3 лет – 3 детям, |
| – в возрасте 1,5 года – 2 детям, | – в возрасте 4 лет – 1 ребенку, |
| – в возрасте 2 лет – 1 ребенку, | – в возрасте 5 лет – 1 ребенку. |

Один ребенок оперирован многократно. Последняя операция произведена ему в 10 лет.

Таблица 1. – Виды радикальных операций

	Операция Дюамеля-Мартина илеоректальный анастомоз	Операция Дюамеля илеоректальный анастомоз	Операция Дюамеля с низведением правого фланга, толстой кишки	Илеоректопластика + межкишечный анастомоз
Тотальный аганглиоз	6	4		
Субтотальный аганглиоз			6	1

В раннем послеоперационном периоде и в первые месяцы после выписки из стационара у всех детей с илеоректальным анастомозом имел место жидкий стул по 9–12 раз в сутки. У большинства из них мацерировалась кожа промежности. Но спустя несколько лет стул становился реже (до 4–6 раз в сутки) в связи с регулированием питания.

Что касается детей с субтотальным аганглиозом и сохранением при низведении илеоцекального угла и части восходящей ободочной кишки, то здесь совершенно иная картина. У всех детей отсутствует каломазание и имеется регулярный стул 2–3 раза в сутки.

У девочки со сформированной прямой кишкой из подвздошной в первые 2 года после операции стул был 6–8 раз в сутки, иногда имел место ночной энкопрез. Спустя 5 лет жалоб нет, стул произвольный 2 раза в сутки. При ирригоскопии низведенная тонкая кишка соответствует размерам прямой, усиленной перистальтики не определяется.

Вторую группу пациентов составили дети с тотальным полипозом толстой кишки. Их оперировано в центре детской хирургии 8. У 4 детей был семейный аденоматозный полипоз, у 3 – ювенильный и у 1 – железистый.

По возрасту дети распределялись так: 9 лет – 2, 10 лет – 3, 13 лет – 1 и 15 лет – 2 ребенка. Мальчиков было 4, девочек – 4. Все больные предъявляли жалобы на периодически жидкий стул с примесью крови, общую слабость. У них наблюдалась анемия. Диагноз ставился на основании рентгенологического обследования, колоноскопии и биопсии полипов, а также анамнестических данных. У троих детей один из родителей умер от злокачественной опухоли толстой кишки в связи с полипозом.

Все дети были оперированы. Троим пациентам операция выполнялась в 2 этапа. Сначала производилась колэктомия с оставлением прямой кишки и наложением илеостомы. После удаления полипов из прямой кишки эндоскопическим методом двоим детям вторым этапом через 5 и 6 месяцев был сформирован резервуар из подвздошной кишки, прямая кишка удалена и наложен анастомоз с культей анального канала трансанально циркулярным степлером. Двум детям наложен илеоректальный анастомоз,

четырем произведена колопроктэктомия с демукозацией прямой кишки и низведением подвздошной на промежность через мышечный цилиндр прямой.

В раннем послеоперационном периоде стул у всех оперированных был 6–8 раз в сутки, периодически развивалась мацерация кожи промежности. Спустя год и более после операции частота стула была 4–5 раз в сутки, стул кашицеобразный. Сами больные считали свое состояние удовлетворительным. Дети, у которых была сохранена хотя бы часть прямой кишки, имели лучший отдаленный результат. Один ребенок с тотальным полипозом тонкой и толстой кишки умер.

Неспецифический язвенный колит, потребовавший выполнения тотальной колопроктэктомии, был у двух пациентов (мальчика и девочки) 12-летнего возраста. Дефицит массы тела у обоих составлял около 40%. Длительность заболевания мальчика составляла 5 лет, девочки – 9 лет. У обоих имелись признаки низкой кишечной непроходимости из-за стеноза прямой кишки. После подтверждения диагноза оба оперированы. Первым этапом им были произведены резекции дистальных отделов подвздошной кишки с тотальной колопроктэктомией. Через 2 года девочке было произведено низведение подвздошной кишки на промежность с формированием S-образного резервуара, мальчику был наложен илеоректоанастомоз. Стул у них нормализовался через 2,5 года. Девочка, став взрослой, вышла замуж и родила ребенка.

Язвенно-некротический энтероколит с перфорацией толстой кишки был причиной для субтотальной и тотальной колэктомии также у двух детей. Оба ребенка оперированы на третьи и четвертые сутки после рождения. У мальчика перфорационные отверстия располагались в левом фланге поперечно-ободочной кишки, нисходящей и сигмовидной. Ему произведено удаление этих участков кишки с наложением колостомы. Через месяц произведена ликвидация трансверзостомы с наложением коло-ректального анастомоза в косо-поперечном направлении. Ребенок здоров.

У девочки в связи с поражением всей толстой и части прямой кишки была произведена тотальная колоректэктомия с оставлением дистальной части прямой кишки длиной до 4 см.

В возрасте 1 года 4 месяцев ребенку наложен циркулярным степлером анастомоз конец в конец с подстраховкой илеостомой, которая была ликвидирована через месяц. В отдаленном периоде стул у ребенка бывает 3–4 раза в сутки, каломазания нет.

Субтотальная колэктомия произведена пациентке, родившейся с атрезией прямой и пороком развития толстой кишки. У девочки не было брыжейки толстой кишки, начиная от печеночного угла до конца сигмы. Рядом со стенкой кишки в аномальной брыжейке располагались артерия и вена, которые в проксимальном направлении заканчивались слепо. Кровообращение левого фланга толстой кишки обеспечивалось током крови в каудально-краниальном направлении из области сигморектального пере-

хода. В этой ситуации низведение на промежность левого фланга толстой кишки было невозможным. Поэтому ей была удалена левая половина толстой кишки и низведена на промежность восходящая кишка. Длительное время у нее наблюдался частый стул (до 10 раз в сутки).

На основании анализа результатов лечения детей, которым были произведены субтотальная и тотальная колэктомия, установлено, что лучшие результаты получены у тех из них, у которых сохранен илеоцекальный угол. При низведении на промежность подвздошной кишки любым из методов в раннем послеоперационном периоде имеют место частый жидкий стул и мацерация промежности. С возрастом детей и регулируемым питанием частота стула уменьшилась до 3–4 раз в сутки.

МЕТОД ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕДИАЛЬНОЙ ПУПОЧНОЙ СКЛАДКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ У ДЕТЕЙ

Никуленков А.В.

Учреждение здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница», п. Лесной, Минский р-н, Минская область

Введение. В хирургическом отделении для детей Минской областной детской клинической больницы был разработан и активно применялся на протяжении 2,5 лет метод лапароскопически-ассистированной герниопластики при косой паховой грыже у детей. В 2014 году получен патент на изобретение № 18739 С2 «Способ лапароскопического лечения косой паховой грыжи у детей». Принцип методики заключался в наложении кисетного шва предбрюшинно, вокруг внутреннего пахового кольца, с помощью поочередного использования лигатурной иглы Дешана (либо иглы Сайма) и иглы Вереша, через прокол кожи в паховой области. Обязательным условием было погружение сформированного на лигатуре узла под апоневроз наружной косой мышцы живота, во избежание его прорезывания на брюшине. Операция проводится под непосредственным визуальным лапароскопическим контролем с постановкой единственного троакара для оптики через умбиликальный доступ. Использования других лапароскопических инструментов не требовалось. За период с 2012 г. по 2014 г. по вышеописанной методике нами оперировано 212 детей с паховой грыжей, из них мальчиков – 136, девочек – 76. Возраст детей – от 1 года до 11 лет. Двусторонняя паховая грыжа отмечалась у 88 детей, причем у 65 из них двусторонний характер поражения выявлен на диагностическом этапе операции. У 47 детей симультанно выполнялись вмешательства по поводу пупочной либо параумбиликальной грыжи. Средняя продолжительность операции 12 мин (монолатеральная грыжа) или 18 мин (билатеральная грыжа). Ана-