

*Никифоров А.Н., Аверин В.И., Дегтярев Ю.Г.*  
*Белорусский государственный медицинский университет*  
*г. Минск, Беларусь*

## **ТОТАЛЬНАЯ И СУБТОТАЛЬНАЯ КОЛЭКТОМИЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЮ ГИРШПРУНГА**

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** Лечение ряда заболеваний и пороков развития толстой кишки у детей сопровождается необходимостью проведения тотальной или субтотальной колэктомии. Восстановление непрерывности кишечного тракта осуществляется различными методами в зависимости от вида патологии.

**ЦЕЛЬ.** Провести сравнительную оценку субтотальной и тотальной колэктомии у детей в зависимости от метода низведения толстой или тонкой кишки.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** В данной работе проанализированы результаты лечения пациентов, которым были произведены тотальная или субтотальная колэктомия.

Детей с болезнью Гиршпрунга было 17, у 11 из них имел место тотальный аганглиоз толстой кишки, у 6 – субтотальный.

Всем детям производилось рентгенологическое обследование, по показаниям – колоноскопии, биопсия толстой кишки и морфохимическое исследование биоптатов. Все дети были оперированы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Группу больных, которым была произведена субтотальная и тотальная колонэктомия составили дети с острой формой болезни Гиршпрунга. У них сразу после рождения была клиническая картина низкой кишечной непроходимости, в связи с чем они поступали в детские хирургические отделения областных больниц или в детский хирургический центр.

Тотальный аганглиоз толстой кишки сопровождался развитием энтероколита с перфорацией у 6 и без перфорации – у 5 детей. Двум детям была наложена колостома и 8 – энтеростома. В связи с неэффективностью колостомы обоим детям пришлось оперировать повторно и им также наложить энтеростомы. Один ребенок лечился консервативно, стул удавалось получать с помощью сифонных клизм. Что касается детей с субтотальным аганглиозом, то некротический энтероколит с перфорацией толстой кишки был у 2 и без перфорации также у 2 больных. Всем шести 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 суженная часть. Колостома накладывалась на участок кишки над зоной сужения. Энтеро- и колостомы накладывались 9 детям в возрасте до 1 месяца и 7 – до 2,5 месяцев.

Радикальные оперативные вмешательства производились в различные сроки. В возрасте 1 года оперировано 7 детей; 1,5 лет – 3; 2 лет – 1; 3 лет – 3; 4 лет – 1; 5 лет – 1. Один ребенок оперирован многократно. Последняя операция ему сделана в 10 лет. Из 11 детей с тотальным аганглиозом толстой кишки 7 произведена операция Дюамеля-Мартина с илеоректальным анастомозом, и 4 – операция Дюамеля с таким же анастомозом.

При субтотальном аганглиозе с наличием нормально иннервированной слепой и восходящей кишки 5 детям произведено низведение толстой кишки по правому боковому каналу с наложением коло ректального анастомоза бок в бок по Дюамелю. Одной девочке с аганглиозом в середине поперечно-ободочной кишки вначале на промежность по Дюамелю низведен сегмент тонкой кишки, а вторым этапом наложен анастомоз между ободочной кишкой и низведенной тонкой.

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 стал 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 с 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.

На основании анализа результатов лечения детей с субтотальной и тотальной колэктомией 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. Отдаленные результаты изучаются.