

Новицкая С.К., Свирский А.А., Дегтярев Ю.Г.

УЗ «1 ГКБ» г. Минск,

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,
Республика Беларусь

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДЕТСКОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Введение. Накопленный опыт в лечении врожденных аноректальных пороков развития, аномалий и воспалительных заболеваний толстой кишки, в сочетании с развитием эндохирургии позволяет пересмотреть традиционные принципы диагностики и лечения больных.

Цель. Изучить и проанализировать опыт использования лапароскопии в детской колопроктологии.

Материал и Методы. Проанализированы 17 случаев использования лапароскопии в детской колопроктологии за период с 2009 по 2013 годы. Возраст детей был от 4 месяцев до 7 лет. Выполняемые лапароскопические вмешательства в зависимости от преследуемой цели разделяли на лечебные и диагностические. Лечебные операции были а) специфические для колопроктологии и б) общехирургические. Диагностические лапароскопии были двух видов: а) непосредственно направленные для уточнения диагноза – биопсия стенки кишки, и б) для диагностики послеоперационных осложнений и сопутствующей патологии. Часто диагностическая лапароскопия переходила в лечебную.

Результаты и обсуждение. Специфичными для детской колопроктологии были следующие лапароскопические операции:

1. Выведение сигмостомы или энтеростомы. Рутинно данная операция выполняется традиционным, «открытым» способом. При многоэтапном лечении атрезий прямой кишки предпочтение отдаем двуконцевой раздельной сигмостоме, но при низких атрезиях с широкими свищами и при невозможности радикальной одномоментной коррекции болезни Гиршпрунга используем одноконцевую колостому. В 2 случаях была выполнено наложение колостомы и у 2- энтеростомы с использованием лапароскопии. Подобные операции (выведение концевой энтеростомы) были выполнены двоим больным при болезни Крона, у которых во время диагностической лапароскопии по экстренным показаниям были выявлены перфорации в области восходящей кишки и терминального отдела подвздошной кишки.

2. Лапароскопия при мобилизации толстой кишки при болезни Гиршпрунга. При лечении болезни Гиршпрунга «золотым» стандартом для клиники долгое время была операция Дюамеля, Дюамеля-Мартина. В трех случаях при трансанальной резекции прямой и сигмовидной кишки при болезни

Гиршпрунга с длинной зоной аганглиоза, выполнена лапароскопическая мобилизация резецируемых участков прямой и сигмовидной кишки.

3. Лапароскопия для низведения прямой кишки при ее высоких атрезиях. Почти двадцать лет задняя сагиттальная аноректопластика считалась золотым стандартом для лечения высокой атрезии прямой кишки. В ДХЦ данная методика использовалась при операциях по поводу высокой атрезии прямой кишки с высоким ректо-уретральным (простатическим) свищем у двух пациентов. В качестве преимуществ операции можно отметить: 1. хорошую визуализацию свища и окружающих структур, что позволяет достаточно мобилизовать свищ, избежать формирования дивертикула уретры 2. Минимальную травматизацию передней брюшной стенки. 3. минимальную травматизацию раны промежности: мышечного комплекса прямой кишки, мышц наружного анального сфинктера.

4. Лапароскопия для ликвидации послеоперационных осложнений. У 5 пациентов лапароскопия проведена для ликвидации осложнений (кровотечение, непроходимость, перфорация кишки), возникших после колопроктологических операций.

5. Диагностическая лапароскопия (специфическая), направленная на установления патологии толстой кишки. Стандартным критерием установления диагноза в клинике является рентгенологическое исследование (ирригоскопия) в прямой и боковых проекциях, до и после опорожнения кишки, для определения наличия и длины зоны аганглиоза. Лапароскопия может быть использована для диагностики сопутствующих заболеваний во время выполнения этапных операций по поводу коррекции аноректальных пороков.

Заключение. Во всех случаях применения лапароскопии были достигнуты необходимые результаты. Лапароскопия сопровождалась меньшей интраоперационной кровопотерей, менее выраженным болевым синдромом, более ранним восстановлением функции желудочно-кишечного тракта. Отмечено снижение риска кишечной непроходимости, отсутствие большого послеоперационного рубца. Послеоперационный период протекал гладко, и дети были выписаны домой на 6–10-е сутки. Длительность операции составила 40–240 минут. Отдаленные результаты лапароскопических операций по поводу ВПР аноректальной области в настоящее время изучаются и полученные первичные данные обнадеживают.