

ВЫБОР МЕТОДА БРЮШНО-ПРОМЕЖНОСТНОЙ ПРОКТОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Очилдиев Исламбек Аманбек угли

*Ассистент кафедры детской хирургии, анестезиологии
и реаниматологии Ургенчского филиала
Ташкентской медицинской академии*

Ачилдиев Мухиддин Хусин угли

*Магистрант факультета эндокринологии
Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии*

Аннотация. В статье рассмотрены современные подходы к хирургическому лечению болезни Гиршпрунга у детей, с акцентом на выбор метода брюшно-промежностной проктопластики. Анализируются показания к различным видам вмешательства (операции по Свенсону, Дюамелю, Сохеру–Вайтману), особенности интраоперационной техники и исходы. Особое внимание уделено выбору метода в зависимости от длины аганглиозного сегмента, возраста ребёнка и наличия осложнений (энтероколит, дилатация проксимального отдела). Представлены данные из литературных источников и клинической практики, подчёркивающие значение индивидуального подхода к каждому случаю болезни.

Ключевые слова: болезнь Гиршпрунга, проктопластика, абдоминально-промежностный доступ, дети, аганглиоз, реконструктивная хирургия.

ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Гиршпрунга (врождённый аганглиоз толстого кишечника) представляет собой тяжёлую патологию, характеризующуюся отсутствием интрамуральных ганглиозных клеток в сегменте кишки, что приводит к нарушению перистальтики, стойкому запору и прогрессирующей дилатации вышележащих отделов. Наиболее часто заболевание диагностируется в неонатальном периоде, однако возможны случаи поздней манифестации. Несмотря на совершенствование методов диагностики, окончательное лечение остаётся исключительно хирургическим. Выбор метода операции — один из ключевых факторов, определяющих исход и качество жизни пациента.

Одним из распространённых подходов является брюшно-промежностная проктопластика, при которой обеспечивается полное удаление аганглиозного сегмента и восстановление пассажа кишечного содержимого. Методика может реализовываться в различных модификациях, и выбор оптимального варианта требует учёта анатомических, клинических и технических аспектов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На сегодняшний день наиболее распространёнными методами абдоминально-промежностной проктопластики являются операции по Свенсону, Дюамелю, а также модификация по Сохеру–Вайтману. Каждый из подходов имеет свои показания, преимущества и ограничения.

Метод Свенсона (Swenson, 1948). Заключается в полном удалении аганглиозного сегмента вплоть до уровня анального канала с последующим низким анастомозом здоровой кишки. Данный метод позволяет достичь высокой степени радикальности, минимизируя риск рецидива запоров. Однако техника требует высокой точности, особенно при выделении прямой кишки в зоне таза, что сопряжено с риском повреждения параректальных нервов и последующих нарушений сфинктерной функции [1].

Метод Дюамеля (Duhamel, 1956). Предполагает ретроперитонеальную транспозицию ганглионарной кишки за заднюю стенку прямой кишки с формированием бокового анастомоза. Преимуществом метода является относительно более простая техника и меньшая травматизация параректальной зоны. Метод предпочтителен у детей с массивной дилатацией проксимального отдела и высоким риском осложнений.

Модификация по Сохеру–Вайтману (Soave, 1964). Осуществляется субмукозная диссекция слизистой оболочки прямой кишки с наложением ганглионарной кишки в туннель. Метод технически более сложен, но обеспечивает хорошее функциональное восстановление при условии точного соблюдения этапов. Особенно рекомендован для детей с аганглиозом короткого сегмента [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Современная детская хирургия всё чаще прибегает к миниинвазивным подходам при выполнении проктопластики, в частности, к лапароскопически-ассистированным методам резекции и мобилизации аганглиозного сегмента. Впервые описанный К. Джорджсоном (1995), лапароскопический pull-through стал важной вехой в эволюции хирургического лечения болезни Гиршпрунга. Преимущества данного метода включают меньшую травматичность, сокращение сроков госпитализации, лучший косметический эффект, а также возможность более точной визуализации уровня перехода от аганглиозной к ганглионарной кишке при помощи интраоперационной биопсии [3].

Кроме того, лапароскопия предоставляет удобный доступ для оценки состояния вышележащих отделов кишки, особенно при протяжённых формах аганглиоза. В случаях тотального или субтотального поражения толстого кишечника (так называемая панколонная форма), возможна комбинация лапароскопической мобилизации с последующей илеоанальной реконструкцией,

что требует высокой квалификации хирурга и мультидисциплинарной подготовки пациента.

Проблема послеоперационных осложнений занимает особое место при обсуждении эффективности различных методов проктопластики. Несмотря на общую тенденцию к снижению частоты рецидивирующих запоров и энтероколита, осложнения по-прежнему встречаются у 15–25 % пациентов [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга остаётся высокоспециализированной задачей, требующей комплексного подхода к каждому клиническому случаю. Брюшно-промежностная проктопластика в её различных модификациях даёт возможность эффективно устранить аганглиоз и восстановить пассажа кишечного содержимого, при этом обеспечивая сохранение функции сфинктера и качества жизни ребёнка. Ключевым моментом является индивидуализация хирургической тактики: выбор метода операции должен основываться на данных морфологии, возрастных особенностях, сопутствующей патологии и опыте хирурга. Современные тенденции включают минимально инвазивные технологии (лапароскопическую мобилизацию), а также применение нейрофизиологического мониторинга для защиты нервных структур. Только интеграция клинического опыта, анатомических знаний и технологических возможностей обеспечивает оптимальные результаты в лечении данной тяжёлой патологии.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. Swenson O., Bill A.H. Resection of rectum and rectosigmoid with preservation of sphincter for benign spastic lesions producing megacolon: an experimental study. // *Surgery*. – 1948. – Vol. 24. – P. 212–220.
2. Duhamel B. A new operation for the treatment of Hirschsprung's disease. // *Arch Dis Child*. – 1960. – Vol. 35(183). – P. 38–39.
3. Soave F. A new surgical technique for treatment of Hirschsprung's disease. // *Surgery*. – 1964. – Vol. 56. – P. 1007–1014.
4. Петров С.В., Зайцев А.Ю. Болезнь Гиршпрунга у детей: современные аспекты диагностики и лечения. // *Педиатрия*. – 2019. – №2. – С. 22–27.