

## УСТРАНЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗАДНЕГО САГИТТАЛЬНОГО ТРАНСАНОРЕКТАЛЬНОГО ДОСТУПА

Степанова Н.М.<sup>1,2</sup>, Новожилов В.А.<sup>1</sup>, Звонков Д.А.<sup>3</sup>, Петров Е.М.<sup>2</sup>, Милюкова Л.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия;

<sup>2</sup> Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск, Россия;

<sup>3</sup> Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

**Актуальность.** Достижение удовлетворительных функциональных результатов лечения болезни Гиршпрунга после повторных вмешательств всегда требует поиска оптимальных решений. При выполнении повторных операций в малом тазу и промежности, зачастую в условиях формирования ситуации «замороженный таз» при сохраненных костных тазовых образованиях, особенно важно получить широкий обзор анатомических структур, тем самым избежать их повреждения.

**Цель:** представить возможности использования заднего трансаноректального доступа при повторных вмешательствах по поводу болезни Гиршпрунга.

**Материалы и методы.** За последние 3 года на базе Центра аномалий развития аноректальной области и колоректальной хирургии детского возраста ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница» (Иркутск) оперировано 6 детей с использованием заднего трансаноректального доступа, из них у 3 показанием к первичной операции явилась болезнь Гиршпрунга. Неоднократные оперативные вмешательства закончились формированием приобретенной ректобульбарной фистулы (1), ретракцией и стенозом низведенной кишки (2). Средний возраст на момент коррекции с использованием PSTRA — 3,3 года, в анамнезе до 4 операций. Всем детям предварительно выполнено наложение протективной илеостомы. Объем реконструктивного вмешательства заключался в комбинированном брюшно-промежностном подходе с использованием лапароскопии (1) и лапаротомии (2), резекции и ренизведения толстой кишки с формированием эндоректального колоанального анастомоза. Для разобщения ректобульбарной фистулы и иссечения стеноза во всех случаях использовался задний трансаноректальный доступ. Поднаркозный осмотр через 10–11 дней показал полную репарацию линии PSTRA без признаков стенозирования и деформации анального канала. В одном случае расхождение линии швов на уровне анального канала со стороны слизистой оболочки на глубину мышечного слоя — регенерация с помощью консервативных приемов. Всем детям проводилось лечебно-профилактическое бужирование в среднем на протяжении 3 мес. В настоящее время всем детям выполнена реконструкция кишечной трубки. Дефекация осознанная, ритм — 3–4 раза в сутки, тип 5–6 по Бристольской шкале оценивания кала, проявлений анальной инконтиненции нет.

**Заключение.** Задний трансаноректальный доступ представляет собой способ визуализации и достижения нижних отделов малого таза, параректального пространства и мочеполовых структур при оперативной коррекции осложнений, возникших после неоднократных хирургических вмешательств на органах малого таза и промежности, позволяющий в условиях ограниченного пространства и состояния «замороженный таз» выполнить разобщение структур, локальный висцеро-адгезиолизис, низведение и формирование эндоректального колоанального анастомоза.

**Ключевые слова:** болезнь Гиршпрунга; задний сагиттальный трансаноректальный доступ; осложнения болезни Гиршпрунга; замороженный таз; дети.