

УДК 616.354-053-08

М.Т. Аубакиров, А.А. Дюсембаев, М.С. Санбаев, Е.О. Масалимов, Н.А. Туктиева

Государственный медицинский университет г. Семей,
Кафедра детской хирургии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТО-СИГМОИДАЛЬНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Аннотация

В связи с тем, что у детей ректо-сигмоидальная форма болезни Гиршпрунга встречается в 70-80 % случаях, мы с 2012 года в клинике внедрили способ эндоректальной резекции аганглионарной зоны толстой кишки по способу De La Torre-Vondraçon. По этой методике оперировано 5 больных.

В медицинском Центре Государственного медицинского университета города Семей с 1991 по 2011 гг, при лечении болезни Гиршпрунга использованы способы операции по Дюамелю и Соаве – Лениошкину. По методике вышеперечисленных авторов операция проводилась через брюшинно-промежностный доступ. Всего произведено 15 операций.

Сравнительная оценка исходов радикальных операции при болезни Гиршпрунга показала, что при брюшинно-промежностной проктопластике по Соаве-Лениошкину и Дюамелю, в послеоперационном периоде, стеноз анастомоза наблюдался в 8% случаях, послеоперационный энтероколит – в 33%, энкопрез - в 28%. Подобные осложнения не наблюдались после трансанальной, то есть эндоректальной проктопластики по DeLa Torre-Vondraçon.

Ключевые слова: Болезнь Гиршпрунга, проктопластика, ректо-сигмоидальная форма, осложнение, анастомоз.

Введение

Несмотря на успехи, достигнутые в хирургическом лечении болезни Гиршпрунга за последние 30-35 лет, эта сложная проблема еще до конца не решена. Все еще остается высокой летальность и частота ранних и поздних осложнений ([1] Сварич В.Г. 1991; [2] Степанов Э.А.; Красовская Т.В. 1994; [3] Гераськин А.В.; Дронов А.Д., Смирнова А.А. 2012; [4] Aslam A., Spicer R.D. 1997, [5] Ballard E.T. 1996).

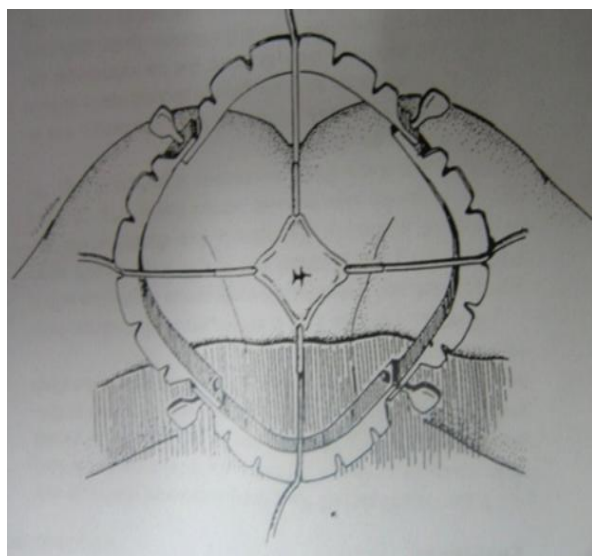
У значительного числа выживших больных остаются различные функциональные отклонения со стороны тазовых органов, так не удовлетворительные функциональные результаты отмечены у 24-25% оперированных больных ([6] Piengo A., Fasoli L. et al 1997; [7] Wilcox D.T., Bruce J., Bowen J., Vinehi A. 1998). Поэтому, хирурги стараются найти определенный компромисс в дифференцированном подходе к выбору метода операции.

Самым последним достижением является радикальная операция трансанальной, т.е. эндоректальной низведения кишки без лапаротомии, которая дает прекрасные результаты при ректосигмоидальной форме болезни Гиршпрунга.

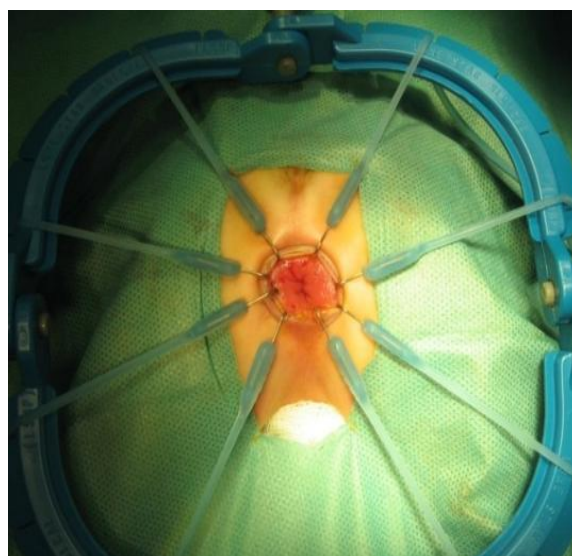
Материалы и методы исследования

Учитывая то обстоятельство, что из пациентов с болезнью Гиршпрунга 75-80% имеют ректосигмоидальную зону аганглиоза, нами внедрен в клинику метод De La Torre-Vondraçon (Пури П., Гольварт М. [8]) – эндоректального, т.е. трансанального доступа, без «вхождения» в брюшную полость. По этой методике, было оперировано пять детей. Возраст от 1 до 4 лет, все мужского пола.

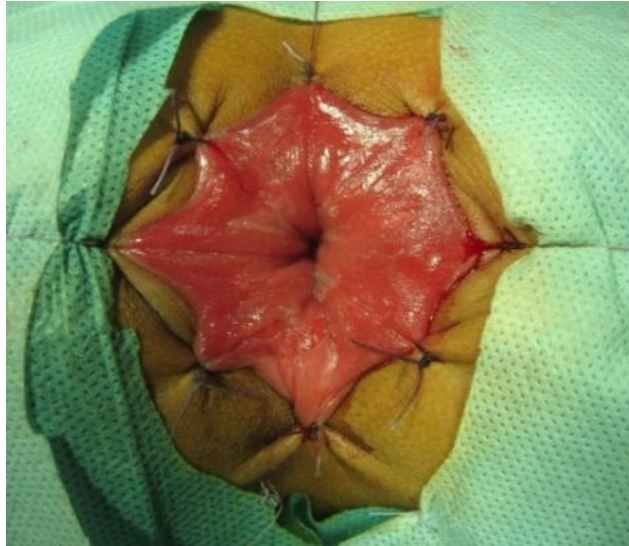
Основные этапы операции по De La Torre-Vondraçon представлены на рисунках №1-6.



А (схема 1этапа)



Б (фото 1этапа)

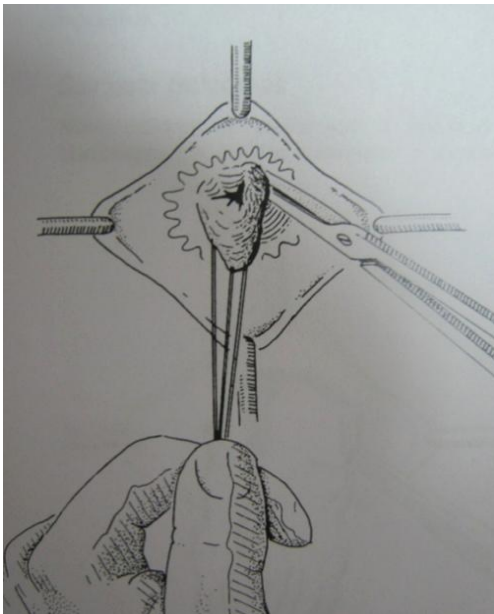


В (фото I этапа)

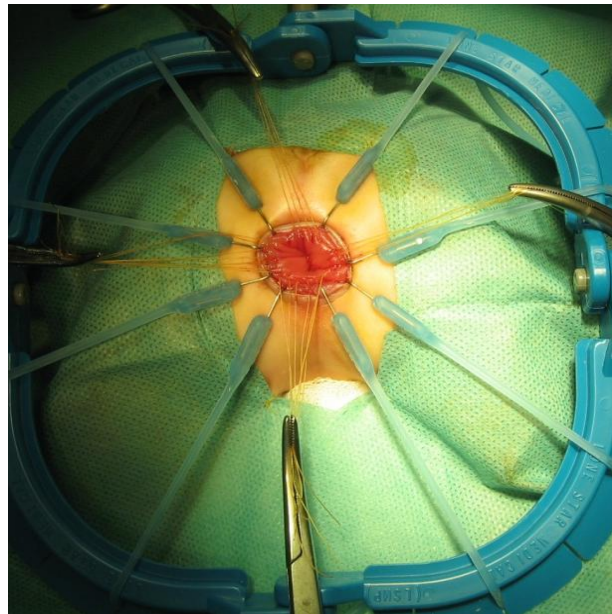
Рисунок 1. Этап наложения анального ретрактора

Ректальную слизистую оболочку рассекают по окружности каутером примерно на 5 мм выше зубчатой линии, входя в подслизистый слой. На проксимальный конец разреза слизистой оболочки накладывают не-

сколько швов шелковой нитью 4/0, которые используют для подтягивания. Эндоректальное выделение продолжают в проксимальном направлении, оставаясь в подслизистом слое (Рис. 2.).



А (схема II этапа)

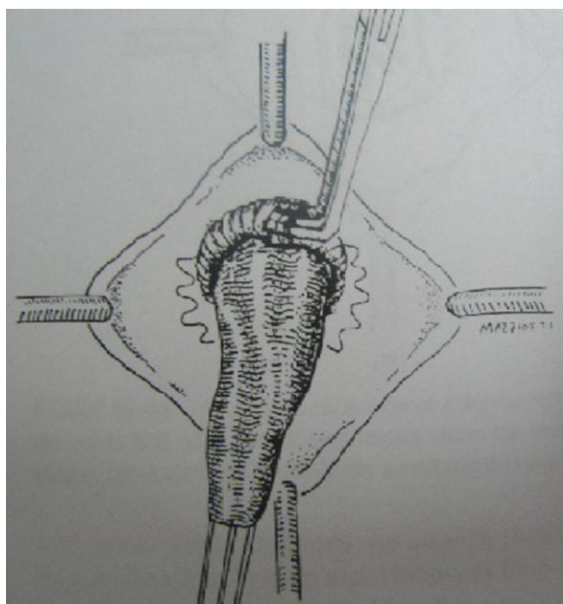


Б (фото II этапа)

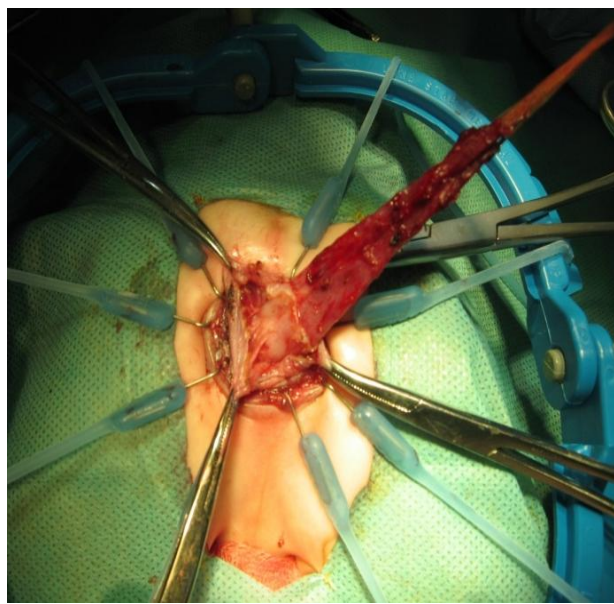
Рисунок 2. Этап трансанальной демукозации прямой кишки

Когда выделение в подслизистом слое произведено до брюшины, ректальную мышцу рассекают по всей окружности и полнослойную прямую и сигмовидную кишку мобилизуют, вытаскивая через анальное отвер-

стие. Для этого требуется рассечение сосудов прямой и сигмовидной кишки с использованием каутера или лигатур. (Рис.3.)



А. (схема III этапа операции)

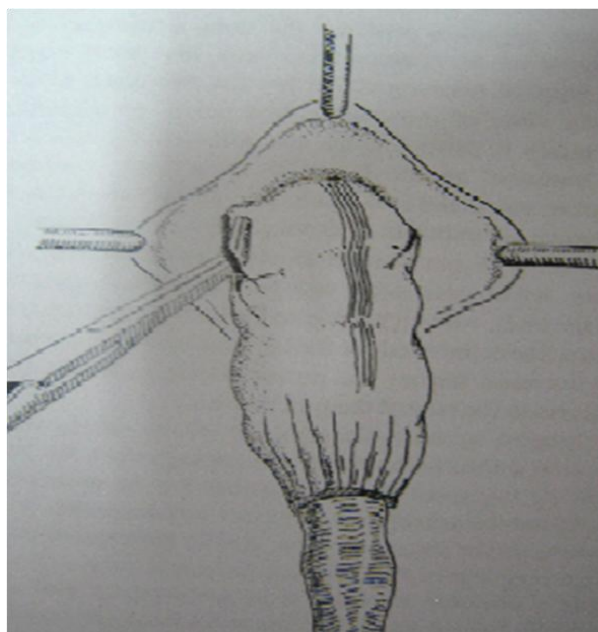


Б (фото III этапа операции)

Рисунок 3. Этап рассечения мышечного слоя прямой кишки с переходом в брюшную полость.

В последующем проводятся низведения сигмовидной кишки путем этапного выделения брыжейки кишки и перевязкой сосудов до здорового участка, когда будет

извлечена переходная зона, берут полнослойную биопсию (Рис.4).



А (схема IV этапа)

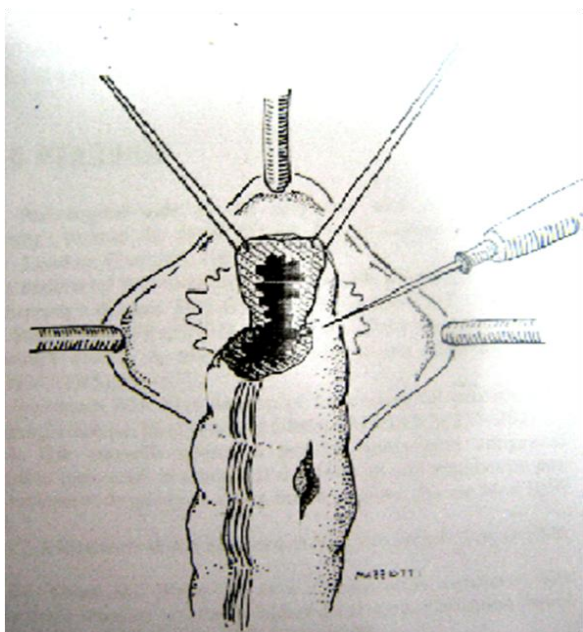


Б (фото IV этапа)

Рисунок 4. Этап низведения толстой кишки.

Толстую кишку затем пересекают на несколько сантиметров выше самой проксимальной границы участка

с нормальными ганглиями, т.е. выше суженного участка на 10-12 см (Рис. 5).



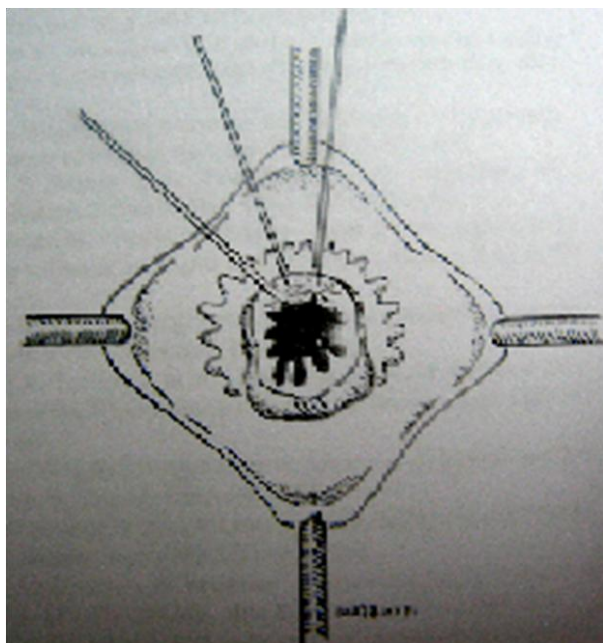
А (схема V этапа)



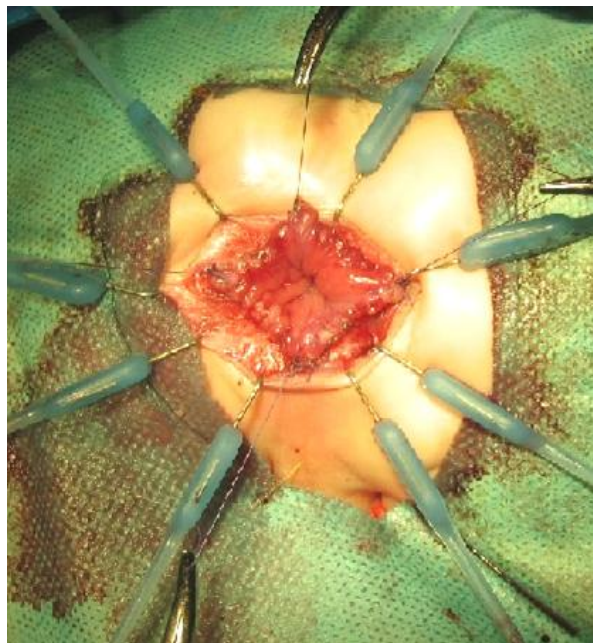
Б (фото V этапа)

Рисунок 5. Этап отсечения толстой кишки.

После отсечения толстой кишки накладывается колоанальный стандартный анастомоз (Рис. 6).



А (схема VI этапа)



Б (фото VI этапа)

Рисунок 6. Этап завершения колоанального анастомоза.

Результаты и обсуждения: В послеоперационном периоде осложнения не отмечались. Энтеральное питание начинали через сутки после операции. Дренажирование параректального пространства не проводилось. Время пребывания больного в стационаре 12-15 дней.

Для сравнительного наблюдения результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга в детском хирургическом отделении Медицинского Центра Государственного медицинского университета города Семей, нами проведен ретроспективный анализ исходов

хирургического лечения по методу Соаве-Ленюшкина с 1991 по 2011 годы. Всего оперировано 13 детей. Возраст от 1 года до 7 лет. Мальчиков - 11 пациентов, девочек - 2. Среднее пребывание свыше месяца.

Сравнительная оценка исходов радикальных операций при болезни Гиршпрунга показала, что при брюшинно-промежностной проктопластике по Соаве-Ленюшкину, в послеоперационном периоде, стеноз анастомоза наблюдался в 8% случаях, послеоперационный энтероколит - в 33%, энкопрез - в 28%. В отличие от

этого после трансанальной эндоректальной проктопластики по De La Torre - Vondraon вышеперечисленные осложнения не наблюдались.

Таким образом, наш опыт хирургического лечения болезни Гиршпрунга методом De La Torre-Vondraon, в сравнении с методом Соаве-Ленюшкина, показывает, что трансанальная эндоректальная резекция толстой кишки при ректо-сигмоидальной форме дает более значительные преимущества перед методом брюшино-промежностной проктопластики, выражающиеся в следующем:

- а) возможность раннего энтерального кормления;
- б) более короткие сроки госпитализации;
- в) отсутствие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке;
- г) минимально травматичная мобилизация сигмовидной и прямой кишки;
- д) отсутствие риска спаечного процесса в брюшной полости;
- е) минимальный риск повреждения органов малого таза;
- ж) не требуется переливание крови;
- з) уменьшает среднее пребывание пациента в два раза.

Литература:

1. Атакулов Д.О. Патогенетические основы диагностики и лечения болезни Гиршпрунга у детей. Автореферат диссертации доктора мед.наук. - М., 1989. - 26 с.
2. Гераськин А.В., Дронов А.С., Смирнов А.А. Хирургия живота и промежности у детей (Атлас) – Москва, 2012. - С. 345-378.

3. Сварич В.Г. Повторные операции при болезни Гиршпрунга у детей. Автореферат диссертации кандидата медицинских наук. - Л. - 1991. - 15 с.

4. Сварич В.Г. Повторные операции при болезни Гиршпрунга у детей. Автореферат диссертации кандидата медицинских наук. - Л. - 1991.-15 с.

5. Степанов Э.А., Красовская Т.В. и др. Болезнь Гиршпрунга у новорожденных // Хирургия. - 1994. - №2 - С.18-21.

6. Пури П., Гольварт М. Атлас детской оперативной хирургии. - Москва. - 2009. - С. 291-305.

7. Хасаев Х.М., Сварич В.Г., Копылов С.М. Метод реабилитации детей, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга // Вестник хирургии. - 1993. - №1-2. - С.71-73.

8. Aslan A., Spicer R.D. Gordildd children Hirschsprung's disease have an abnormal colonic mucus defensive barrier independent of the bowel innervation status // J. Pediatr. Surg. – 1997. - Vol.32. - №8. - P.1206-1210.

9. Ballard E.T. Ultashort segment Hirschsprung's disease: a case report // Pediatr.Patol. Lab. Med.-1996.- Vol.16. - №2. - P.319-321.

10. Hedlund H. Colorectal resection and anal anastomosis with an intraluminal stapler in Hirschsprung's disease // Pediatr. Surg. Int. – 1997 - Vol.12. - №2-3. - P.112-144.

11. Pierro A., Fasoli L. et al Staged pull – through for rectosigmoidHirschsprung's disease is safer than primary pull – through// Pediatr. Surg. Int. – 1997 - Vol.32. - №3.- P.505-509.

12. Wilcox D.T., Bruce J., Bowen J., Binehi A. One – stage neonatalpull – through to treat Hirschsprung's disease // Pediatr. Surg. Int. – 1998 - Vol.32. - №2. - P. 243-245.

Тұжырым

БАЛАРДАҒЫ ГИРШПРУНГ АУРУЫНЫҢ РЕКТО-СИГМОИДАЛДЫ ФОРМАСЫНА ХИРУГИЯЛЫҚ ЕМНІҢ ТҮРІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ САЛЫСТЫРМА ТАЛҚЫЛАУ

М.Т. Аубакиров, А.А. Дюсембаев, М.С. Санбаев, Е.О. Масалимов, Н.А. Туктиева

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Балардағы кездесетін Гиршпрунг ауруының 75-80% ректо-сигмоидалды орналасқан себебінен біз клиникаға іш қуысына кірмейтін De La Torre-Vondraon, яғни эндоректалды немесе трансаналды әдісін 2012 жылдан бастап кіргіздік. Осы әдіспен 5 балаға операция жасалынды.

Медициналық орталықта 1991 - 2011 жылдары аралығында Гиршпрунг ауруларында Соаве-Ленюшкин және Дюамель әдістері бойынша жасалынған еді. Жоғары айтылған әдістерді қолданған кезде операция іш қуысы сонымен қатар шап арқылы жасалынды. Барлығы 15 операция жасалынды.

Гиршпрунг ауруларына жасалған операцияларды салыстармалы түрде қараған кезде: Соаве-Ленюшкин, Дюамель әдістері қолданған кезде анастомоз тарылуы 8%, операциядан кейінгі энтероколит - 33%, энкопрез - 28% - дарды құрады. Ал эндоректалды әдіспен жасалған операцияларда асқыну мүлдем анықталмады.

Негізгі сөздер: : Гиршпрунг ауруы, проктопластика, ректо-сигмоидалды түрі, анастомоз.

Summary

COMPARATIVE ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF RECTO-SIGMOYDAL FORM OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN CHILDREN

M.T. Aubakirov, A.A. Dyusembaev, M.S. Sanbaev, E.O. Masalimov, N.A. Tuktieva

Semey State Medical University

Due to recto-sigmoidal location of Hirschsprung's disease occurring in 75-80% of children, we have implemented De La Torre-Vondraon, that uses endorectal or transanal method, since 2012 year. 5 children have been operated by this method.

Between 1991-2012 years the Hirschsprung's disease was operated by Soave-Lenyushkin and Duhamel method in our Medical Center. Above methods were done by abdomino-peritoneal access. The total of operations is 15.

Comparative analysis between the methods of operation on Hirschsprung's disease says that: Soave-Lenyushkin and Duhamel methods complications are-narrowing of anastomosis 8%, postoperative enterocolitis 33% and fecal incontinence 28%. Endorectal method doesn't give complications.

Keywords: Hirschsprung's disease, proctoplastyk, recto-sigmoidal form, complication anastomosis.