

КОЛОСТОМІЯ НА ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ГІРШПРУНГ А У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Кривченя Д.Ю., Сорока В.П., Грегуль В.В., Притула В.П., Хурсін В.М., Заєць О.М.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

Останнім часом на питання хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга (ХГ) у дітей існують протилежні точки зору. Можна зрозуміти наполегливість багатьох хірургів щодо можливої ранньої корекції ХГ в розрахунок на швидке та краще відновлення функції товстої кишки. Чим раніше проведена радикальна операція, тим сприятливіші умови для дозрівання знову сформованої прямої кишки, тоді раніше включаються рефлекторні механізми акту дефекації та швидше проходить адаптація сфінктерного апарату (А.И.Ленюшкин, 1997; J.A.O'Neill et al., 1998).

Однак, пізні виявлення ХГ, поєднані вади розвитку, недоношеність, супутні захворювання, які по суті є ускладненнями агангліозу (ентероколіт, гіпотрофія, анемія, кишкова непрохідність) та інше, не дозволяють первинно виконати радикальну корекцію ХГ. В такому стані діти, особливо в ранньому

віці, погано переносять таке травматичне оперативне втручання, яким являється резекція частини товстої кишки з формуванням колоректального анастомозу залюбими відомими модифікаціями. Це може призвести до летального кінця через важкі ускладнення, про що свідчать дані численних авторів (S.Kleinhaus et al., 1979; D.H.Teitelbaum et al., 1998).

Матеріал та методи. За період з 1983 до 1998 року ми пролікували 105 дітей раннього віку з ХГ. Ректальна форма агангліозу була в 19 (18,1%), ректосигмовидна - в 67 (63,8%), субтотальна - в 17 (16,2%) і у 2 (1,9%) дітей була тотальна форма ХГ.

У 21 (20,0%) дитини ХГ проявляла себе гостро. Підгострий перебіг спостерігали в 27 (25,7%) дітей, а в решти пацієнтів - 57 (54,3%), був хронічний перебіг агангліозу.

Діагностика ХГ базувалася на вивченні анамнезу, клінічної симптоматики, даних рентгенологічного

обстеження (оглядовий знімок органів черевної порожнини, іригографія), аноманометрії, ендоскопії (ректороманоскопія, колоноскопія) та гістохімічного дослідження біопатів товстої кишки.

Простіше було діагностувати ректосигмовидну та субтотальну форму, які вважаються "класичними". Більш складнішою і тривалішою діагностика була при ректальній та при тотальній формі ХГ. Протягом перших 6 місяців життя дітей вроджений агангліоз кишечника виявлено у 44 (42%) хворих, від 6 до 12 місяців у 20 (19,0%), на другому році життя у 21 (20,0%) і в 20 (19,0%) пацієнтів діагноз виставлений в період від 2 до 3 років. Тільки в 31 (29,5%) хворих правильний діагноз встановлений в інших лікувальних закладах. Нами ХГ діагностована у 74 (70,5%) хворих. В зв'язку з тим, що діти тривалий час лікувались в інших лікувальних закладах, підозрюючи каловий завал, целіакія, ферментопатія, дисбактеріоз кишечника та інші, діти до нас поступали з важкими ускладненнями, серед яких найчастіше були анемія - 87 (82,9%), ентероколіт - 36 (34,3%) та гіпотрофія - 24 (22,8%). Поєднані вади розвитку виявлено у 26 (24,7%) дітей. В 4 із 26 хворих були множинні вроджені аномалії. Крім того одна дитина народилася недоношеною.

Найважчі ускладнення ХГ у 7 дітей розвинулись на фоні ентероколіту, коли наступала перфорація порожнистого органу. Гангренозно-перфоративний апендицит був у 2 дітей, відповідно у 1,5 і в 3 місяці життя. У 4 хворих протягом перших 3-Ю днів життя наступила перфорація ободової кишки, а в 1 хворого в 7-місячному віці наступила перфорація сигмовидної кишки.

В зв'язку з тим, що діти з ХГ поступали в клініку з важкими ускладненнями, їм прийшлося накладати захисну колостому. Колостомія виконана в 56 (53,3%) із всіх лікованих нами дітей з ХГ. Серед них були всі хворі із субтотальною і тотальною формою агангліозу, 36 із 67 хворих з ректосигмовидною і тільки один хворий з ректальною формою ХГ.

В ургентному порядку колостоми накладено в 42 (75,0%) дітей, 14 (25,0%) операцій виконано в плановому порядку. Ми наклали колостоми в 41 (73,2%) хворого, в інших лікувальних закладах колостомія виконана в 15 (26,8%) дітей. У 7 дітей, яким колостома виводилася в ургентному порядку в інших лікувальних закладах з приводу непрохідності кишечника, необхідні були додаткові дослідження для постановки діагнозу ХГ в періоді між колостомією та радикальною операцією.

Результати та обговорення. При ХГ ми наклали кінцеві однодульні колостоми в нашій модифікації. Коли у хворого на фоні важкої інтоксикації під час операції важко визначитись з межею агангліозу

ліозу і є необхідність термінової декомпресії кишечника, тоді ми накладаємо петлеву колостому з високою "шпорою".

Підвісні кишкові стоми, які виводилися в інших лікувальних закладах є неефективними і тактично неправильними. Ускладнення цих стом були ліквідовані нами. В одного хворого із субтотальною формою ХГ наступив стеноз підвісної ілеостоми. Через 1 місяць в нього було виведено кінцеву ілеостому. Підвісна асцендо-і десцендостома призвела до утворення калових каменів та виникнення виразкового процесу у відповідній петлі, що вимагало додаткової санації кишечника та консервативного лікування перед радикальною операцією. Спостерігали самостійне закриття підвісної сигмостоми ще в одного хворого.

Хочемо зауважити, що у новонароджених дітей колостомію необхідно проводити після середнього лапаротомного доступу для детальної ревізії органів черевної порожнини з метою виявлення супутніх аномалій розвитку, в той час, як у більш старших дітей можна виконувати цю маніпуляцію з невеликого розтину в місці передбачуваного виведення стоми.

Стеноз кінцевої сигмостоми виник в 5 хворих, в одного хворого стенозувалася кінцева ілеостома. Причиною цього ускладнення було пересічення кишки в місці агангліозу перед формуванням колостоми та порушення кровопостачання кишкової петлі.

Після накладання кінцевих колостом в одного хворого нагноїлася післяопераційна рана, а в другого появилася післяопераційна вентральна кила.

Померла одна дитина з ректосигмовидною формою і одна дитина з тотальною формою ХГ після накладання колостоми. Ці діти мали важкі поєднані вроджені вади розвитку (вроджені вади серця, муковісцидоз) і поступили в дуже важкому стані. Всім іншим дітям після колостомії в різні строки (від 1 місяця до 2 років 9 місяців) виконана операція Соаве-Боля в модифікації Д.Ю.Кривчені.

Висновки

1. Хвороба Гіршпрунга у дітей раннього віку часто ускладнюється ентероколітом, гіпотрофією та перфорацією кишки.
2. Виявлення хвороби Гіршпрунга у дітей раннього віку має проблеми. Частіше всього хвороба Гіршпрунга діагностується уже на фоні виниклих ускладнень.
3. Діти раннього віку з ускладненими формами хвороби Гіршпрунга потребують етапного хірургічного лікування. Першим етапом являється накладання кінцевої колостоми, що в деяких випадках виконується в ургентному порядку.

РЕЗЮМЕ

Колостомія на етапах лечения болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста

Кривченя Д.Ю., Сорока В.П., Грегуль В.В., Притула В.П., Хурсин В.М., Заець О.М.

За период с 1983 по 1998 пролечено 105 детей раннего возраста с БГ, диагностика которой основывалась на изучении анамнеза, клинической симптоматики, данных рентгенологического обследования, аноманометрии, эндоскопии и гистохимического обследования биоптатов толстой кишки. В статье приводятся результаты проведенных операций.

SUMMARY

Kolostomy on the stages of treatment of the Girshprung disease in children of early age

D.Yu. Kryvchenia, V.P. Soroka, V.V. Regul, V.P. Prytula, V.M. Hursin, O.M. Zayets

From 1983 to 1998 105 children have been treated of an early age with the GD which was diagnosed according to the data of the study of anamnesis, clinical symptomatic, data of X-ray examination, anomanometry, endoscopy and gistochemical study of the rectum biopstat. In the article the data of surgical treatment are presented .