

ВІДНОВЛЕННЯ ЦІЛОСТІ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З КОЛОСТОМОЮ ПРИ ХВОРОБІ ГІРШПРУНГА

Сорока В., Притула В.

Відділення торакоабдомінальної хірургії вроджених вад розвитку у дітей Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м.Київ

Пізнє виявлення хвороби Гіршпрунга (ХГ), поєднані вади розвитку, недоношеність, супутні захворювання, що є ускладненнями агангліозу (ентероколіт, перитоніт, непрохідність кишечника, анемія) та інше, змушують проводити етапне хірургічне лікування ХГ [3]. Першим етапом є колостомія, а другим - радикальна операція. Період між колостомією та радикальною операцією може бути різним, і залежить від того як швидко вдалося підготувати пацієнтів до радикального лікування.

Матеріал і методи. Ми пролікували 105 дітей раннього віку з ХГ протягом 1983-1998 р.р. Ректальна форма агангліозу виявлена у 19 (18,1%), ректосигмовидна - у 67 (63,8%), субтотальна - у 17 (16,2%) і у 2 (1,9%) дітей була тотальна форма ХГ. Клінічна картина ХГ протікала гостро у 21 (20,0%) дитини, підгостро - у 27 (25,7%) дітей, і хронічний перебіг був у 57 (54,3%) пацієнтів.

Колостомія виконана у 56 (53,3%) зі всіх лікованих нами дітей. Це були всі діти із субтотальною і тотальною формою агангліозу, 36 із 67 хворих із ректосигмовидною формою, і тільки один хворий з ректальною формою ХГ. В ургентному порядку кишкові стоми накладено у 42 (75,0%) дітей, а в плановому порядку - у 14 (25%) пацієнтів. Показаннями до ургентної колостомії були: перфорація кишки, гостра кишкова непрохідність, тотальна і субтотальна форми ХГ, декомпенсована стадія ХГ, важка форма ентероколіту, гостра ділятація кишки, важка калова інтоксикація, важкий гідроволемічний шок на сифонну клізму в періоді підготовки до операції. Кишкову стому в плановому порядку виводили при субкомпенсованій стадії ХГ та ентероколіту, гіпотрофії, важкій анемії, та якщо було важко звільнити кишечник від калових мас і газів консервативними заходами.

При накладанні кишкової стоми у дітей з ХГ враховували деякі особливості, основною метою яких є доля майбутньої радикальної операції. Перш за все, об'єм оперативного втручання повинен бути мінімальним. Необхідно максимально створити сприятливі умови для підготовки хворих в періоді між операціями. Кишкова стома повинна бути накладена так, щоб можна легко виділити привідну та відвідну петлі кишки під час радикальної операції. Крім того, колостому треба закривати під час радикальної операції - для цього стоми накладали на перехідну зону агангліозу і агангліонарну ділянку не резектували при колостомії. Ми накладали колостоми в 41 (73,2%) хворого. В інших лікувальних закладах колостомія

виконана у 15 (26,8%) дітей. У новонароджених дітей колостомією проводили після серединного лапаротомного доступу та детальної ревізії органів черевної порожнини з метою виявлення супутніх аномалій розвитку. Стому виводили в окремому розтині черевної стінки, по ходу ободової кишки. Такого правила дотримувалися і в ургентній ситуації, в той час, як у плановому порядку можна виконувати цю маніпуляцію з невеликого розтину в місці передбачуваного виведення стоми. При ХГ ми накладаємо кінцеві однодульні стоми в нашій модифікації. Коли у хворого на фоні важкої інтоксикації під час операції важко визначитись з межою агангліозу і є необхідність термінової декомпресії кишечника, тоді ми накладаємо петлеву колостому з високою "шпорою". На наш погляд, однодульна колостома має значні переваги на етапах лікування ХГ: легко санується проксимальна частина ободової кишки, повністю ізолюються дистальні відділи ободової кишки від попадання кишкового вмісту, попереджає виникнення ентероколіту у вилучених відділах кишки, легше забезпечити догляд за такою стомою, вона є зручнішою для використання калоприймачів і є простішим виділення колостоми при її закритті.

Результати. Після накладання колостоми померла одна дитина з ректосигмовидною формою і одна дитина з тотальною формою ХГ. Вони мали важкі поєднані 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 радикальна операція. Радикальну операцію всім дітям виконували за методикою *Soave-Boley* в модифікації Д.Ю.Кривчені та співавторів [1]. Хворого укладали у літотомічну позицію. Черевну порожнину розкривали трансректальним або нижньосерединним розтином. Визначали проксимальну межу резекції, мобілізували ободову кишку від місця маркіровки до перехідної складки очеревини. Формували серозно-м'язовий футляр прямої кишки за *Soave*. Далі операцію продовжували зі сторони промежини. При допомозі провідника через анальний канал зводили мобілізовану ободову кишку до відміченого рівня передбачуваної резекції. За межами анального каналу, ступенево відсікаючи евагіровану оболонку прямої кишки та ураженої частини ободової кишки, накладали анастомоз між зведеною ободовою кишкою та слизовою оболонкою прямої кишки. Під час радикальної операції у 45 дітей одночасно ліквідували кишкову стому. Ми запропонували новий спосіб

ліквідації кінцевої колостоми, який відрізняється від описаних у літературі [2, 3] тим, що виділення привідної кишкової петлі проводили не із зовнішньої поверхні черевної порожнини, а із внутрішньої, розсікаючи очеревину та м'язи до апоневрозу. Колостомний отвір закривали в місці фіксації привідної куки до апоневрозу з внутрішньої сторони черевної порожнини, накладаючи дистально сшиваючий апарат УКЛ і проксимально - кишковий затискач, після чого розсікали кишкову петлю між затискачем і сшиваючим апаратом. Колостомний дефект в черевній стінці поширено закривали спочатку із внутрішньої сторони черевної порожнини, ушиваючи м'язи та очеревину, а потім, після закриття серединного розтину та видалення залишку колостоми із зовнішньої сторони черевної стінки, ушивали апоневроз, підшкірний шар і шкіру. У 9 пацієнтів з правобічними колостомами необхідна була додаткова операція для закриття стоми через 1-4 місяці

після радикального втручання. В цих дітей колостому закривали із місцевого доступу, висікаючи двома циркулярними розтинами колостому з черевної стінки та, вивівши в просвіт лапаротомної рани привідну та відвідну кишкові петлі, накладали анастомоз кінець-в-кінець.

В післяопераційному періоді надавали великого значення антибіотикотерапії, підтримці всіх видів обміну, корекції кишкового біоцинозу, боротьбі з парезом кишечника, ранньому ентеральному харчуванню, сеансам гіпербаричної оксигенації. Померла 1 (1,9%) дитина після радикального лікування серед тих, в кого була виведена колостома.

Отже, кінцева однодульна колостома на перехідну зону агангліозу є найоптимальнішим способом етапного хірургічного лікування ускладнених форм ХГ. Вона є зручною для догляду в післяопераційному періоді та при закритті стоми під час радикальної операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кривченя Д.Ю., Юрченко Н.И., Алмаший Г.Г., Устюжанин Ю.Ф., Рытикова Н.В., Гончарук С.И. Диагностика и лечение болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста // Хирургия. -1989. -№11. -С.33-36.
2. Противоестественный анус /А.Б.Савчик, А.М.Аминев, Б.В.Качоровский, Ю.А.Лебедев. -К.: Здоров'я, 1984. -136 с.
3. Сулейманов А.С., Хамраев А.Ж., Ленюшкин А.И. Временная колостомия у детей. -Ташкент: Изд. -полиграф. объед. им. Ибн Сины, 1993. -80 с.

РЕЗЮМЕ

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛОСТНОСТИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С КОЛОСТОМОЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Сорока В., Пritула В.

На основании результатов лечения 105 детей раннего возраста с болезнью Гиршпрунга на протяжении 1983-1998 гг. сделан вывод о том, что конечная одноствольная колостома на переходную зону аганглиоза является самым оптимальным способом этапного хирургического лечения осложненных форм этого заболевания.

SUMMARY

RESTORATION OF THE INTEGRITY OF INTESTINES IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH THE COLOSTOMA IN CASE OF GIRSHPRUNG DISEASE

V.Soroka, V. Pritula

Based on the results of treatment of 105 children of early age with Girshprung disease during 1983-1998 the conclusion was made that the end single-trunk colostoma on transitional zone of the agangliosis is the most optimal method of the stage surgical treatment of the complicated forms of this disease.