

ОПТИМАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Мирзахмедов М. М.

ГИРШПРУНГ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛАНГАН КАТТА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА ОПТИМАЛ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИНИ ТАНЛАШ

Мирзахмедов М.М.

OPTIMAL SURGICAL TACTICS FOR ADULT HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

Mirzakhmedov M.M.

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: катта ёшдаги Гиршпрунг касаллиги билан касалланган беморларда тўғри ичакни икки бригадалари қорин-анал резекцияси амалиётини қўллаш натижасида яхши натижаларга эришиш. **Материал ва усуллар:** Ўзбекистон Республикаси ССВнинг 1-Республика клиник шифохонаси қошидаги колопроктология бўлимида Гиршпрунг касаллиги билан касалланган 15 ва ундан катта ёшдаги беморлар стационар даволанган беморларни натижалари ўрганилди. **Натижалар:** ишлаб чиқилган тўғри ичакни икки бригадалари қорин-анал резекцияси чамбар ичакни проксимал қисмларни анал каналига тушириш амалиёти натижасида яхши (85%) ва қониқарли (11%) натижаларга эришилди. **Хулосалар:** тўғри ичакни икки бригадалари қорин-анал резекцияси чамбар ичакни проксимал қисмларни анал каналига тушириш амалиёти Дюамел модификацияси амалиётига нисбатан амалиёт бажариш техникасини енгилаштириб, радикализм талабларига тўлиқ жавоб беради.

Калит сўзлар: гипоганглиоз, аганглиоз, мегаколон.

Objective: To improve the results of surgical treatment of Hirschsprung's disease in adults with the use of abdominal-anal rectal resection with the reduction of the functioning parts of the colon into the anal canal. **Material and methods:** Under observation, there were 86 patients with Hirschsprung's disease aged 15 years and older who were treated in the coloproctology department of the Clinical Hospital No 1 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Tashkent city. **Results:** The developed modification of abdominal-anal rectal resection with reduction allows to significantly improving the outcomes of treatment of Hirschsprung's disease in adults: good functional results were obtained in 85%, satisfactory in 11% of cases. **Conclusions:** The performance of abdominal-anal resection of the rectum with the reduction of the functioning proximal colon into the anal canal simplifies the technique of surgery for Hirschsprung's disease largely meets the requirement of radicalism than the Duhamel method.

Key words: hypogangliosis, agangliosis, megacolon.

Болезнь Гиршпрунга (БГ) – одна из распространенных аномалий развития толстой кишки. Точных данных о распространенности болезни Гиршпрунга в мире нет. Согласно результатам эпидемиологических исследований, проводившихся в различных странах мира, можно подсчитать, что частота болезни Гиршпрунга – приблизительно 1 случай на 1500-7000 новорожденных [1,2].

Малочисленность клинических наблюдений является препятствием к изучению особенностей клинического течения болезни Гиршпрунга у взрослых, ее зависимости от морфологических изменений стенки толстой кишки и разработке единой тактики лечения аномалии в зависимости от распространенности мегаколона и характера осложнений. Все эти проблемы требуют проведения дальнейших исследований, направленных на изучение особенностей строения интрамуральной нервной системы дистальных отделов толстой кишки у взрослых, выявления взаимосвязи клинических проявлений аномалии и степени структурных изменений стенки толстой кишки, а также решения тактических задач в лечении данного заболевания.

Продолжают вызывать споры вопросы предоперационной подготовки и оперативной тактики при болезни Гиршпрунга. У специалистов нет еди-

ного мнения о выборе метода радикальной коррекции порока в зависимости от стадии клинического течения, анатомической формы и возраста больного [3,4]. Особенности течения заболевания, его зависимость от морфологических изменений стенки толстой кишки, диагностика и лечебная тактика, частые осложнения и функциональные нарушения в послеоперационном периоде у взрослых пациентов требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у взрослых с применением операции брюшно-анальной резекции (БАР) прямой кишки с низведением функционирующих отделов ободочной кишки в анальный канал.

Материал и методы

Под наблюдением находились 86 пациента с болезнью Гиршпрунга старше 15 лет, получавших стационарное лечение на базе РКБ№1 в отделении колопроктологии МЗ РУз в 1993-2019 гг., из них 62 (72%) мужчины и 26 (30,2%) женщин. В возрасте 15-19 лет был 21 (24,4%) больной, 20-24 лет – 34 (39,5%), 25-29 лет – 18 (21%), 30 лет и старше – 5 (5,8%). БГ диагностировали на основании клинической картины и данных обследования. Нами была разработана схема обследования и алгоритм диагностики, позволя-

ющие дифференцировать болезнь Гиршпрунга от других видов мегаколона. В зависимости от характера оперативного пособия пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу (основную) включены 32 (37,2%) больных, которым была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных участков толстой кишки в анальный канал. 2-ю (контрольную) группу включены 54 (62,8%) пациента, которые были подвергнуты операции Дюамеля в модификации. 12 больным, в том числе 2 основной и 10 контрольной группы, хирургическое лечение проводилось в два этапа.

По результатам ирригографии наданальная форма болезни Гиршпрунга выявлена у 72 (83,7%) обследованных, ректальная форма – у 14 (16,3%).

Морфологические исследования сыграли решающую роль в установлении патогенеза болезни Гиршпрунга. Значительные достижения в изучении болезни Гиршпрунга обусловлены внедрением метода морфологического исследования полнослойных биоптатов сегментов стенки толстой кишки, описанного Свенсон (Swenson). В этой связи исследование прямой кишки по Свенсону с особым вниманием на состоянии нервных волок и эндокринных клеток вместе с морфометрическими исследованиями стенки прямой кишки поможет дать ответ на поставленные выше вопросы. Таких больных в нашем исследовании оказалось 52 (60,4%). По результатам исследования биопсийного материала аганглиоз диагностирован у 3 (5,7%) пациентов, гипоганглиоз – у 49 (94,2%).

Морфометрические исследования показали, что слизистая оболочка увеличивается почти в два раза,

подслизистый слой более чем в 1,5 раза, почти в два раза утолщается мышечный слой.

Результаты исследования

Предоперационная подготовка, оперативное лечение, выбор доступа и объем оперативного вмешательства при болезни Гиршпрунга у взрослых до конца не разработаны.

По нашему мнению, для каждого взрослого пациента с болезнью Гиршпрунга должна выбираться индивидуальная тактика в зависимости от времени подготовки к радикальной операции, длительности послеоперационного периода, продолжительности и степени послеоперационной реабилитации.

С целью улучшения результатов лечения болезни Гиршпрунга нами проведен анализ причин неудовлетворительных исходов традиционных методов хирургического вмешательства. Учитывая неудовлетворительные отдаленные функциональные результаты лечения у пациентов контрольной группы (несостоятельность культи прямой кишки – у 3 (5,5%), некроз и ретракция низведенной кишки – у 5 (9,2%), абсцесс полости малого таза – у 3 (5,5%), перитонит – у 2 (3,7%), с 2002 года на основе анализ данных литературы, собственного клинического опыта и результатов нейроморфологических исследований макропрепаратов толстой кишки, нами был предложен и внедрен новый модифицированный способ хирургического лечения – брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки (патент на изобретение от Агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан № IAP 05140 от 17.12.2015 г.) (рисунок).

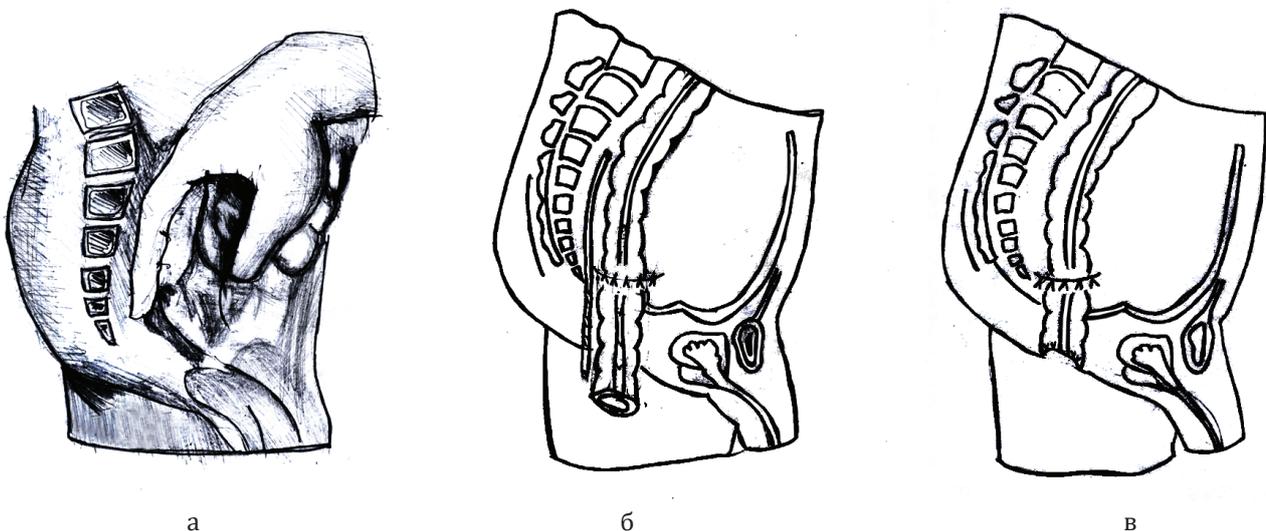


Рисунок. Этапы брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением: мобилизация прямой кишки со стороны брюшной полости (а), низведение проксимальных участков толстой кишки с избытком избытком и дренирование пресакральную область (б), отсечение избытка низведенной кишки с наложением колоанального анастомоза (в).

Одноэтапное хирургическое лечение было проведено у 72 (83,7%) взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга: 32 (44,5%) из них выполнена БАР прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением

колоанального анастомоза (1-я гр.), 54 (62,8%) – операция Дюамеля в модификации (2-я гр.). Многоэтапному хирургическому лечению были подвергнуты 12 (14,6%) больных, в том числе 2 основной и 10 контрольной группы. Оно позволило не

только улучшить общее состояние больных, ликвидировать кишечную непроходимость, но и сохранить часть ободочной кишки при выполнении основного этапа операции. Сроки выполнения второго этапа хирургического лечения составляли 6-18 месяцев и зависели, главным образом, от общего состояния пациента, наличия или отсутствия воспалительных изменений в культе прямой кишки, состояния проксимальных отделов толстой кишки, что диктовало необходимость многоэтапного лечения.

Ближайшие результаты хирургического лечения взрослых больных с болезнью Гиршпрунга оценивали во время их пребывания в клинике после оперативного лечения. Послеоперационные осложнения отмечались у 18 (22%) больных (4 основной и 14 контрольной группы). Поздние послеоперационные осложнения после БАР прямой кишки наблюдались у 8 (9,8%) пациентов; у 2 (25%) из них была частичная стриктура низведенной кишки. После операции Дюамеля в модификации осложнения в виде стриктуры колоректального анастомоза развились у 6 (75%) пациентов.

В своей работе мы сравнивали эффективность традиционного подхода к лечению болезни Гиршпрунга – операции Дюамеля (контрольная группа) и брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением (основная группа). Так, у больных основной группы длительность оперативного вмешательства и сроки пребывания в стационаре были соответственно в 1,2 и 1,8 раза меньше, а перистальтика нормализовалась в 1,7 раза быстрее, чем у пациентов контрольной группы.

Анализ функциональных результатов операций по дополнительным критериям выявил лучшие результаты в основной группе; у этих больных позитивная динамика ближайших и отдаленных результатов была более выраженной. Так, в основной группе через год после хирургического лечения число больных с дифференцированным позывом к дефекации было в 1,4 раза больше, чем в контрольной группе.

В основной группе (после операции БАР прямой кишки) через 12 месяцев число пациентов с неудовлетворительными результатами уменьшилось с 7,7 до 4,5%. В то же время количество хороших (69,2%) и удовлетворительных (23,1%) результатов увеличилось с 23,1 до 85%.

Согласно результатам опроса с использованием шкалы инконтиненции Wexner (1993), средний балл в основной группе был равен 4,1 (1-13), в контрольной – 6,3 (1-12). Неудовлетворительный результат, то есть более 4 баллов, зарегистрирован у 2 (7,7%) пациентов, перенесших операцию БАР прямой кишки. После метода Дюамеля в модификации неудовлетворительных результатов было больше – у 9 (25,7%) пациентов.

Таким образом, при установленном диагнозе болезни Гиршпрунга наиболее эффективным способом хирургического лечения является брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с удалением гипо- или аганглионарного участка и расширенных нефункци-

онирующих декомпенсированных отделов ободочной кишки.

Выводы

1. Разработанный алгоритм диагностики болезни Гиршпрунга у взрослых позволяет правильно установить диагноз и выбрать метод оперативного вмешательства. Ирригоскопия является основным методом диагностики болезни Гиршпрунга у взрослых (наданальная форма выявлена в 87,8%, ректальная в 12,2%). Биопсия по Свенсону во всех 50 наблюдениях подтвердила диагноз (аганглиоз – у 6%, гипоганглиоз – у 94%).

2. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал упрощает технику операции по сравнению с методом Дюамеля и устраняет зону гипо- или аганглиоза.

3. После применения метода брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением неудовлетворительные результаты уменьшилось с 7,7 до 4,5%. В то же время количество хороших (69,2%) и удовлетворительных (23,1%) результатов увеличилось с 23,1 до 85%.

Литература

1. Алиев М.М., Нарбаев Т.Т. Особенности выбора метода операции при болезни Гиршпрунга у детей // Хирургия Узбекистана. – 2006. – №3. – С.

2. Ачкасов С.И. Аномалии развития и положения толстой кишки. Клиника, диагностика, лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 294 с.

3. Воробей А.В. и др. Диагностика и лечение болезни Гиршпрунга у взрослых: Практ. руководство. – Минск: БелМАПО, 2013. – 215 с.

4. Воробьев Г.И. Ачкасов С.И. Болезнь Гиршпрунга у взрослых: Практ. руководство. – М.: Литтерра, 2009. – 256 с.

ОПТИМАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Мирзахмедов М.М.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у взрослых с применением операции брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением функционирующих отделов ободочной кишки в анальный канал. **Материал и методы:** под наблюдением были 86 больных с болезнью Гиршпрунга в возрасте от 15 и лет и старше, находившихся на лечении в отделении колопроктологии РКБ№1 МЗ РУз г. Ташкента. **Результаты:** разработанная модификация брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением позволяет существенно улучшить исходы лечения болезни Гиршпрунга у взрослых: хорошие функциональные результаты получены в 85%, удовлетворительные – в 11% случаев. **Выводы:** выполнение брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал упрощает технику операции при болезни Гиршпрунга в большей степени отвечает требованием радикализма, чем метод Дюамеля.

Ключевые слова: гипоганглиоз, аганглиоз, мегаколон.