

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ

Р.Ш.Полухов

Кафедра детской хирургии (зав. – проф. Ч.Б.Кулиев) Азербайджанского медицинского университета, г. Баку

ВАРІАНТИ ФОРМУВАННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПОРАХ У ДІТЕЙ

Резюме. Результаты дослідження свідчать, що для формування колоректального анастомозу при резекції до рівня лівого кута ободової кишки доцільно застосовувати лівобічне зведення товстої кишки, при резекції до рівня правої третини поперечної ободової кишки – трансмезентеріальне, при резекції до рівня правого кута ободової кишки – правобічне.

Ключові слова: хронічний запор, резекція, колоректальний анастомоз, діти.

Одной из наиболее часто встречающихся патологий толстой кишки (ТК) в детском возрасте является хронический запор (ХЗ): до года составляет 17,6%, в более старшем возрасте – 10-25% [1, 2]. Длительная задержка содержимого в кишечнике способствует развитию ряда сопутствующих заболеваний не только кишечника, но и органов таза [3]. Основную часть общепринятого лечения составляют слабительные препараты, но при длительном их назначении из-за привыкания к ним, атрофии нервных клеток в подслизистом слое, аллергических реакций возможность применения их часто ограничена [4]. Поэтому проблема поиска новых методов консервативного и хирургического лечения ХЗ у детей находится под постоянным вниманием исследователей. Одним из самых важных моментов хирургического лечения этой патологии является правильное определение уровня и объема резекции ТК. С этой целью Г.И.Воробьевым [1] была предложена дифференцированная резекция ТК при хронических колостазях у взрослых, основанная на результатах рентгенологических исследований. Одним из важных элементов резекции ТК является разработка методов ее низведения с целью формирования анастомоза. В научной литературе, посвященной этой проблеме, опубликована одна статья [5], в которой предлагается низводить ТК трансмезентеріально. Но этот метод не может быть использован у всех больных, так как в некоторых

случаях сосудистая сеть тонкой кишки не дает возможности создать "окно" в брыжейке.

Цель исследования: обосновать рациональные методы формирования колоректального анастомоза у детей в зависимости от объема резекции ТК.

Материал и методы. За последние 15 лет в клинику обратилось 798 больных, страдающих ХЗ. Больным были проведены общеклинические, лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, гистологические обследования и УЗИ. Функциональное состояние ТК оценивалось на основе индекса опорожнения. Для оценки состояния отдельных сегментов ТК использовали программу "Archicad-13", с помощью которой определяли длину, диаметр, периметр отдельных сегментов, оценивали состояние правого и левого изгибов ТК. У 148 больных резецировали измененную часть ТК с наложением анастомоза. Объем резекции зависел от длины аганглионарной зоны и степени дегенеративных изменений в кишечной стенке. В зависимости от длины резецируемого сегмента для формирования колоректального анастомоза были использованы варианты левостороннего, трансмезентеріального и правостороннего низведения ТК. Левостороннее низведение осуществляли по стандартной методике. Трансмезентеріальное низведение проводили следующим образом. После лапаротомии производили мобилизацию ТК – перевязывали и пересекали левую

ободочную и среднюю ободочную артерии, оставляя в качестве питающего сосуда только подвздошно-ободочную артерию. Затем пересекали селезеночно-ободочную, желудочно-ободочную и печеночно-ободочную связки. Париемальную брюшину по наружнобоковой поверхности слепой кишки пересекали продольно до уровня впадения в нее подвздошной кишки (рисунки) для придания мобильности слепой кишке (а). Производили резекцию патологически измененного участка ТК в необходимых пределах (б). В бессосудистой зоне брыжейки подвздошной кишки на уровне илеоцекального угла создавали отверстие для проведения в него ТК. Оставшийся участок толстой кишки низводили через отверстие в брыжейке подвздошной кишки, фиксируя в нем кишечник отдельными швами (в). При правостороннем низведении мо-

билизация и резекция ТК осуществлялась в той же последовательности. Затем параллельно со смещением влево слепую кишку поворачивали против часовой стрелки на 90° , а дистальную часть ТК поворачивали против часовой стрелки на 180° (г).

Результаты исследования. Из 148 больных с резекцией ТК у 86 причиной запора являлась болезнь Гиршпрунга, у 62 – врожденные аномалии ТК. У детей с аномалиями ТК при формировании анастомоза учитывались вторичные дегенеративные изменения в прямой кишке, так как с помощью дооперационной биопсии у 26 детей были обнаружены вторичные дегенеративные изменения. В результате этим больным был наложен анастомоз методом Duhamel. У 36 детей без дегенеративных изменений прямой кишки произвели операцию Sta-

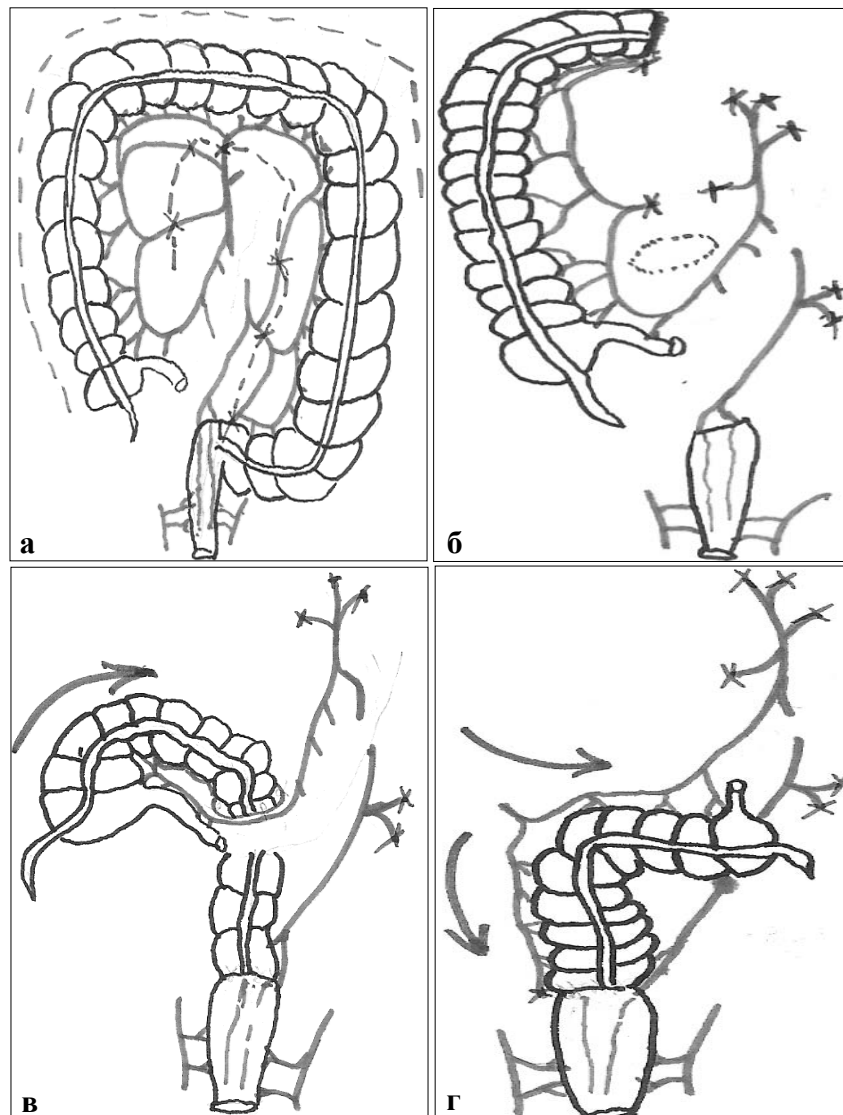


Рис. Этапы (а-г) трансмезентериального и правостороннего низведения толстой кишки (объяснение в тексте).

te-Rhebeun. При хирургическом лечении болезни Гиршпрунга в основном используются операции Swenson, Rhebeun, Soave, Duhamel, Torre и их модификации [6, 7]. Раньше мы использовали метод Дюамеля-Баирова. Однако после этой операции за счет остаточной колоректальной перегородки у некоторых больных вновь возникали ХЗ. В последние 5 лет мы используем операцию Дюамеля-Мартина. Таким образом, у 112 больных колоректальный анастомоз формировался нами методом Дюамеля, у 36 – методом State-Rehbeun. Для формирования анастомоза у 112 (75,6%) детей ТК низводилась левосторонне, у 11 (7,4%) больных – трансмезентериально, у 25 (17,0%) – правосторонне.

Резекция ТК у 115 больных производилась до левого угла ободочной кишки, у 16 детей – до правой трети поперечной ободочной кишки, у 17 пациентов – до правого угла. Из 115 больных с резекцией до левого угла у 112, после мобилизации поперечной ободочной кишки, ТК низводилась левосторонне. У 3 больных в связи с натяжением трансплантата ТК низводилась трансмезентериально. Из 16 детей с резекцией

до правой трети поперечной ободочной кишки у 8 больных ТК низводилась трансмезентериально. У 8 детей из-за сложной структуры сосудистой сети брыжейки тонкой кишки не удалось создать "окно". Поэтому ТК у этих больных низводилась правосторонне. У 17 детей с резекцией до правого угла ТК низводилась правосторонне. Все дети выписаны с первичным выздоровлением. У одного больного с трансмезентериальным низведением на 4-й год после операции в результате сужения "окна" в брыжейке тонкой кишки возникла острая кишечная непроходимость, устраненная оперативным путем.

Выводы. 1. При резекции нисходящей и сигмовидной ободочных кишок (до левого угла) для формирования колоректального анастомоза целесообразно левостороннее низведение ТК, при резекции до уровня правой трети поперечной ободочной кишки – трансмезентериальное, а при резекции до уровня правого угла – правостороннее. 2. Если структура сосудистой сети тонкой кишки препятствует созданию полноценного "окна", вместо трансмезентериального более целесообразно правостороннее низведение.

Литература

1. Мазурин А.В. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии / А.В.Мазурин, Л.Н.Цветкова, В.А.Филипп // Педиатрия. – 2000. – № 5. – С. 19-22.
2. Gastrointestinal symptoms in infancy: A population-based prospective study / G.Lacomo, R.Merolla, D.D'Amico [et al.] // J. Digestive and liver disease. – 2005. – Vol. 37, issue 6. – P. 432-438.
3. Новые аспекты диагностики и лечения детей с хроническими запорами / Л.А.Ким, А.И.Ленюшкин, А.П.Панин [и др.] // Дет. хирургия. – 2011. – № 2. – С. 18-20.
4. Садовнича Т.А. Хронические запоры у детей первых 7 лет жизни: автореф. дис. на соискание научной степени к. мед. н.: спец. 14.00.09 / Т.А.Садовнича. – Ставрополь, 2006. – 22 с.
5. Сварич В.Г. Способ резекции толстой кишки при субтотальной форме болезни Гиршпрунга / В.Г.Сварич // Дет. хирургия. – 2011. – № 2. – С. 14-18.
6. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста / Ленюшкин А.И. – М.: Медицина, 1999. – 366 с.
7. Sumate T. Transanal one-stage endorectal pull-through for Hirschsprung's disease in infants and children / T.Sumate // J. Ped. Surg. – 2003. – Vol. 38, № 2. – P. 184-187.

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРАХ У ДЕТЕЙ

Резюме. Результаты исследований показывают, что для формирования колоректального анастомоза при резекции до уровня левого угла ободочной кишки целесообразно применять левостороннее низведение толстой кишки, при резекции до уровня правой трети поперечной ободочной кишки – трансмезентериальное, при резекции до уровня правого угла ободочной кишки – правостороннее.

Ключевые слова: хронический запор, резекция, колоректальный анастомоз, дети.

VARIANTS OF THE FORMATION OF COLORECTAL ANASTOMOSIS IN CASE OF CHRONIC CONSTIPATIONS IN CHILDREN

Abstract. The findings of the research evidence that it is expedient to use left-sided pull-through of the large intestine for the formation of colorectal anastomosis in case of a resection up to the level of the left angle of the colon, the transmesenteric one in case of a resection up to the level of the right third of the transverse colon and the right-sided one in case of a resection up to the level of the right angle of the colon.

Key words: chronic constipation, resection, colorectal anastomosis, children.

Azerbaijani Medical University (Baku)

Надійшла 26.01.2012 р.

Рецензент – д. мед. н. О.Б.Боднар (Чернівці)