

© Боднар О.Б.

УДК 618.348-007.61: 616.345]-053.7

РЕКТАЛЬНА ФОРМА ХВОРОБИ ГІРШСПРУНГА З УРАЖЕННЯМ СИГМОПОДІБНОЇ ОБОДОВОЇ КИШКИ, АМПУЛЯРНОЇ ТА НАДАМПУЛЯРНОЇ ЧАСТИН ПРЯМОЇ КИШКИ У ХВОРОЇ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

О.Б.Боднар

Кафедра дитячої хірургії (зав. – проф. Б.М.Боднар) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Наведено клінічний випадок ректальної форми хвороби Гіршспрунга з ураженням сигмоподібної ободової кишки, ампулярної та надампулярної частин прямої кишки у хворої 18-річного віку, ускладненої obturatorною кишковою непрохідністю, викликаною каловими каменями великих розмірів.

Ключові слова: хвороба Гіршспрунга, пряма кишка, калові камені.

Анатомічною основою хвороби Гіршспрунга (ХГ) є природжений агангліоз дистальних відділів товстої кишки. Відсутність або дефіцит інтрамуральних нервових гангліїв, наявність аномальних нервових сплетень, порушення провідності в нервово-рефлекторних дугах зумовлюють вторинну деформацію м'язового, підслизового та слизового шарів товстої кишки [1, 2]. Розроблено чимало методів оперативних втручань з приводу ХГ: операції Соаве, Соавельюношкіна, Свенсона, Стайта-Ребейна та Дюамеля [3]. Утруднення в лікуванні ХГ з'являється з розвитком ускладнень, які значно змінюють клінічні прояви захворювання, зумовлюють запізнілу діагностику і, як наслідок, погіршення стану дитини та лікування нестандартними методами [4, 5].

Наводимо клінічний випадок компенсованої форми ХГ з ураженням сигмоподібної ободової кишки (СОК), ампулярної та надампулярної частин прямої кишки (ПК) у хворої юнацького віку.

Дівчина 3., 18 років, госпіталізована у клініку дитячої хірургії 9.02.04 р. зі скаргами на наявність пухлиноподібного утворення в черевній порожнині, неможливість самостійних

випорожнень, біль у животі. Від народження спостерігалися запори тривалістю 3-7 днів, які купірувалися очисними клізмами. Впродовж останніх 2-х років стан хворої значно погіршився, лікувалася в гастроентерологічному відділенні з приводу ідіопатичного запору, але покращання не настало. Висновок іригографії (11.02.04 р.): каловий камінь товстої кишки, хвороба Гіршспрунга?

У зв'язку з наростанням явищ кишкової непрохідності хвору прооперовано (протокол операції № 511 від 14.02.04 р.).

Операція: Лівобічна трансректальна лапаротомія. Сигмотомія. Видалення каменів товстої кишки. Укріплення швів за методом Кулачека.

Після обробки операційного поля виконали лівобічну трансректальну лапаротомію. Ревізією органів черевної порожнини встановлено, що в СОК наявний каловий камінь на рівні ректосигмоїдного кута до 10 см в діаметрі, в дистальному відділі ПК – каловий камінь до 8 см в діаметрі, в низхідній ободовій кишці – каловий камінь до 15 см в діаметрі. Калові камені щільні, рухомі, тверді, перекиваються просвіт товстої кишки, порушують пасаж калових мас, викликають явища кишкової непрохідності. На протиб-

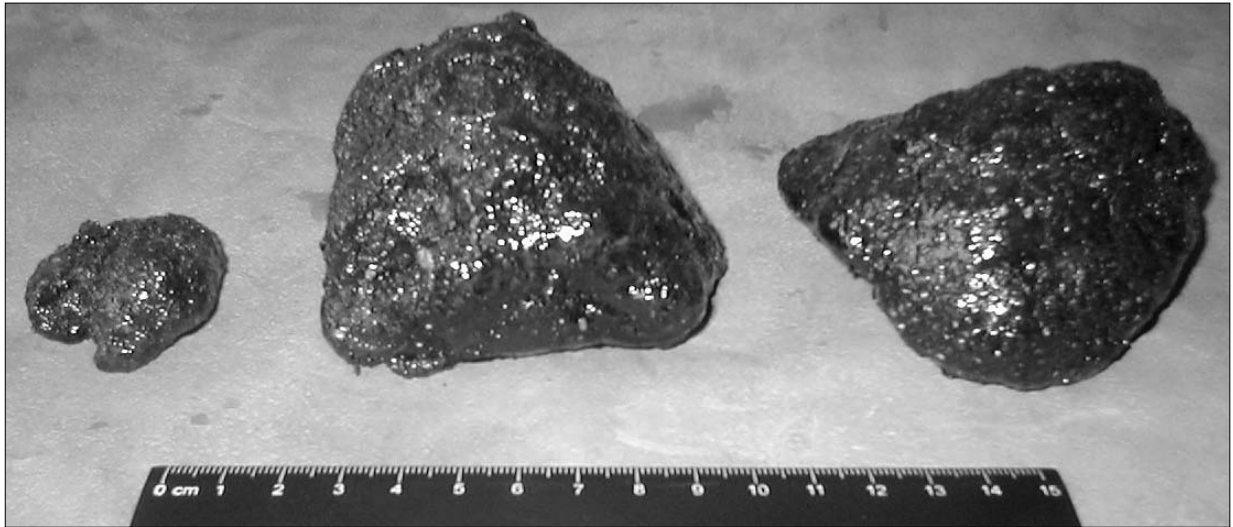


Рис. 1. Калові камені, видалені з дистальних відділів товстої кишки у хворой З.



Рис. 2. Виділення внутрішнього футляра прямої кишки до рівня внутрішнього сфінктера у хворой З.



Рис. 3. Промежинний етап операції Соаве-Льюншкіна у хворой З.

рижовому краї СОК виконали поперечний розріз, крізь який видалили калові камені (рис. 1). З проксимальної та дистальної ділянок СОК взяли шматочки кишкової стінки для гістологічного дослідження.

Кишку промили розчином хлоргексидину, наклали вузлові внутрішньокишкові вікрилові (3/0) шви, другий ряд – серозно-м'язові шви. Лінію швів укріпили сальниковим привіском на медіальній поверхні та листком брижі на живлячій ніжці на латеральній поверхні за методом Кулачека. При ревізії органів черевної порожнини іншої патології не виявлено. Проксимальніше лінії швів СОК крізь відхідниковий канал встановлено ректальну трубку. Пошарово зашили рану і наклали асептичну пов'язку.

На 7-му добу після операції зняли шви з

післяопераційної рани, яка загоїлася первинним натягом. Призначали: інфузійну терапію (ізотонічний розчин натрію хлориду, глюкоза 5% і 10% розчин), парентеральне харчування (аміноплазмаль), цефтріаксон (1-й курс в/м), ципротин (per os), вікасол, диценол. Висновок гістологічного дослідження (16.02.04 р.): відсутність гангліозних клітин у гангліях СОК. Хворій рекомендовано: дотримання дієти, проведення планового проктологічного обстеження через 4 місяці з наступним оперативним втручанням з приводу ХГ.

Вдруге хвора госпіталізована планово 12.07.04 р. За допомогою іригографії підтверджено діагноз: Хвороба Гіршпрунга з ураженням сигмоподібної ободової кишки, ампулярної та надампулярної частини прямої кишки.

Після планової передопераційної підготовки виконано операцію Соаве-Льонюшкіна (протокол операції № 314 від 15.07.04 р.).

Після обробки операційного поля трансректальним розрізом зліва з висіченням старого післяопераційного рубця розітнута черевна порожнина. Низхідна ободова кишка зрощена з передньою черевною стінкою та великим сальником. У малому тазу виражений спайковий процес. Частково тупо, частково гостро розділили спайки. При ревізії товстої кишки встановлено, що зона агангліозу поширюється на пряму кишку, ректосигмоїдний кут та частину СОК. Решта товстої кишки збільшена в розмірах. Патологічна ділянка мобілізована, судини прошиті, перев'язані. Виділили внутрішній футляр кишкової стінки до рівня внутрішнього сфінктера прямої кишки (рис. 2). Проведено зведення товстої кишки. З боку черевної порожнини наклали серозно-м'язово-серозно-м'язові шви. Патологічну ділянку кишки відсікли. Виконали операцію Соаве-Льонюшкіна. У куску зведеної кишки ввели трубку з маззю Вишневського проксимальніше "футляра". Контроль на гемостаз – сухо. Пошарово зашили рану і наклали асептичну пов'язку.

На 7-му добу після втручання зняли шви з післяопераційної рани, яка загоїлася первинним натягом. Призначали: інфузійну терапію (ізотонічний розчин натрію хлориду, глюкоза 5% і 10% розчин), парентеральне харчування (аміноплазмаль, аміноплазмаль-гепа), максипім, вікасол, диценон. Гістологічний висновок (17.07.04 р.): розширена ділянка кишки – десквамація поверхневого епітелію; лейкоцитарна інфільтрація слизового шару; значні крововиливи в підслизовий шар; у підслизовому шарі судини потовщені, повнокровні, ганглії відсутні; звужена ділянка кишки – слизова оболонка повнокровна з вогнищевими крововиливами та некрозами поверхневого епітелію; у підслизовій оболонці – набряк з повнокровними судинами, явища фіброзу, гангліозні клітини відсутні; м'язовий шар різко потовщений за рахунок гіпертрофії з вог-

нищами лейкоцитарної інфільтрації.

Через 12 днів, після передопераційної підготовки проведено II етап операції Соаве-Льонюшкіна (протокол операції № 871 від 27.07.04 р.).

Після обробки операційного поля поетапним методом відсікли куску товстої кишки. Зовнішній промежинний товстокишковий анастомоз сформували однорядними слизово-слизовими кетгуттовими швами (3/0) на атравматичній голці. Анастомоз занурили в тосту кишку проксимальніше зовнішнього сфінктера. Ввели трубку і тампон з маззю Вишневського (рис. 3). Наклали асептичну пов'язку.

Перебіг післяопераційного періоду задовільний. Призначали ципрофлоксацин у віковій дозі. Упродовж 3 діб дитина перебувала на парентеральному харчуванні, на 4-ту добу – протерта їжа, на 5-ту добу – харчування, як після апендектомії, на 10-ту добу – загальний стіл.

При огляді хворої упродовж 3 місяців після останньої операції змін з боку органів черевної порожнини не виявлено. Випорожнення регулярні, двічі на добу, соматично здорова.

Отже, при народженні дитини ХГ не діагностована, в зв'язку з чим хвора помилково лікувалася з приводу ідіопатичного запору. В результаті це призвело до утворення калових каменів товстої кишки великих розмірів з розвитком кишкової непрохідності.

Цікавість даного випадку полягає в тому, що при обтураційній товстокишковій непрохідності не наклали колостому, а провели сигмотомію та укріплення лінії швів методом Кулачека, що запобігло виникненню післяопераційних ускладнень.

Вважаємо, що в лікуванні хворих на товстокишкову непрохідність, викликану каловими каменями великих розмірів, методом вибору може бути сигмотомія з видаленням каменів, зашивання кишкової рани з наступним укріпленням лінії швів методом Кулачека. Оптимальним радикальним втручанням при хворобі Гіршпрунга є операція Соаве-Льонюшкіна, що засвідчує дане спостереження.

Література

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. *Детская хирургия*. – СПб.: Пит.-Тал., 1997. – Т. II. – 387 с.
2. Лёнюшкин А.И. *Хирургическая колопроктология детского возраста*. – М.: Медицина, 1999. – 365 с.
3. Тихомирова В.Д. *Детская оперативная хирургия*. – СПб.: ИИА "ЛИК", 2001. – 429 с.
4. Королев Р.А., Лёнюшкин А.И. *Современное состояние вопроса о хроническом колостазе у детей // Дет. хирургия*. – 2003. – № 1. – С. 37-39.
5. Кривченя Д.Ю., Сорока В.П., Грегуль В.В. та ін. *Хвороба Гіршпрунга та ентероколіт: проблеми і результати // Пробл. медицини*. – 1999. – № 1-2. – С. 14-16.

РЕКТАЛЬНАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШСПРУНГА С ПОРАЖЕНИЕМ СИГМОВИДНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, АМПУЛЯРНОЙ И НАДАМПУЛЯРНОЙ ЧАСТЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНОЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

О.Б.Боднар

Резюме. Приведен клинический случай ректальной формы болезни Гиршспрунга с поражением сигмовидной ободочной кишки, ампулярной и надампулярной частей прямой кишки у больной 18-летнего возраста, осложненной обтурационной кишечной непроходимостью, вызванной каловыми камнями больших размеров.

Ключевые слова: болезнь Гиршспрунга, прямая кишка, каловые камни.

RECTAL FORM OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE WITH SIGMOID COLONIC INVOLVEMENT, AMPULLAR AND SUPRAAMPULLAR PORTIONS OF THE RECTUM IN PATIENTS OF JUVENILE AGE

O.B.Bodnar

Abstract. The author presents a clinical case of the rectal form of Hirschsprung's disease with sigmoid colonic involvement, of the ampullar and supraampullar portions of the rectum in an 18 year old female patient, complicated by obturation intestinal obstruction caused by impacted feces of large dimensions.

Key words: Hirschsprung's disease, rectum, impacted feces.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 05.10.2005 р.