

Важность и необходимость ранней диагностики и хирургического лечения болезни Гиршпрунга

Кожанов Владислав Александрович, Неведомский Глеб Викторович

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Говорухина Ольга Алексеевна, РНПЦ детской хирургии, Минск

Введение

Успешное развитие детской хирургии в последние десятилетия позволило ставить диагноз и оперировать детей с болезнью Гиршпрунга (БГ) в периоде новорожденности и в раннем возрасте. Однако встречаются случаи поздней диагностики и хирургического лечения (у детей после 5 лет). Основная причина поздней диагностики – низкая настороженность педиатров и детских хирургов в отношении БГ.

Цель исследования

Обосновать необходимость хирургической коррекции БГ в раннем детском возрасте.

Материалы и методы

В течение последних 8 лет в РНПЦ детской хирургии при БГ преимущественно производится операция трансанального эндоректального низведения кишки (ТЕРТ). С 2010 по 2018 год оперировано методом ТЕРТ 82 ребенка с БГ; 8 из них в возрасте от 5 до 16 лет (9,8%). Из 8 пациентов старше 5 лет – четверо в возрасте 5-6 лет, а также четверо пациентов в возрасте 11-16 лет. Мальчиков в исследуемой группе – 6, девочек – 2. Всем пациентам была выполнена ректальная биопсия с гистохимическим исследованием на АХЭ. Ирригоскопия производилась для определения уровня аганглиоза. Лапароскопическая мобилизация толстой кишки применена в 2 случаях. В 2 случаях с целью извлечения калового камня выполнена лапаротомия с мобилизацией толстой кишки. Выполнена световая и электронная микроскопия участков толстой кишки после ее резекции.

Результаты

При соблюдении алгоритма диагностики не было затруднений с постановкой диагноза БГ. При гистохимическом и иммуногистохимическом исследовании ректальной биопсии выявлена типичная картина БГ. При рентгеноскопии четко выявлялась переходная зона с баллонообразным расширением кишки в проксимальном направлении. У 4 пациентов выявлена ректальная форма БГ, у 3 пациентов – ректо-сигмоидная и у 1 ребенка – субтотальная форма БГ. У 2 пациентов был семейный анамнез заболевания. При операции ТЕРТ были технические трудности при трансанальной диссекции и низведении расширенных петель толстой кишки. Размеры резекции были значительными из-за необходимости удаления не только аганглионарного сегмента, а также гипертрофированного баллонообразного участка кишки, в котором имелись вторичные фиброзные и дегенеративные изменения, что подтверждается данными световой и электронной микроскопии.

Выводы

Вторичные дегенеративные изменения в участках кишки, проксимальнее зоны аганглиоза, технические трудности во время операции, связанные с резким расширением толстой кишки выше зоны аганглиоза свидетельствуют о необходимости оперативного лечения в раннем детском возрасте. ТЕРТ возможно применять у детей старшей возрастной группы. При значительной гипертрофии участков кишки выше зоны аганглиоза целесообразно производить лапароскопическую мобилизацию толстой кишки.