

Белоокая А. С., Жук Е. Н.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ЭНТЕРОКОЛИТ ПОСЛЕ ТРАНСАНАЛЬНОГО ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО НИЗВЕДЕНИЯ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Научные руководитель: канд. мед. наук, доц. Говорухина О.А.

Кафедра детской хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Одним из тяжелых и непредсказуемых осложнений болезни Гиршпрунга является энтероколит. Воспаление кишечника может произойти в пред- и послеоперационных периоде в любом возрасте, независимо от проводимого хирургического лечения. Существует множество теорий развития заболеваний таких как: увеличение диаметра проксимальной части кишки, изменение химуса, иммунологический дефект слизистой оболочки кишки и др. Иммунологические и гистологические исследования позволяют определить местный или общий иммунологический дефицит. Присутствие сопутствующих пороков развития также вызывает увеличение частоты энтероколита. Протяженность аганглионарного сегмента, возможно, является причиной развития энтероколита.

Цель: Изучить результаты лечения и профилактики послеоперационного энтероколита у детей с болезнью Гиршпрунга.

Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ стационарных карт 68 пациентов за период 2010 – 2016 года в ГУ РНПЦ детской хирургии. Все анализируемые пациенты с болезнью Гиршпрунга были прооперированы методом ТЕРТ (в различных вариантах).

Результаты и их обсуждение. Возраст исследуемой группы пациентов за период 2010-2016 годы составил от 1 месяца до 14 лет. Послеоперационный энтероколит развился у 19 детей, при этом у 14 из них отмечался энтероколит в предоперационном периоде. Тяжелый энтероколит в послеоперационный период развился в 2 (11%) случаях. Пред- и послеоперационный энтероколит отмечен у 5 детей (26%) с субтотальной формой болезни Гиршпрунга (в том числе 2 пациента с болезнью Дауна). Энтероколит до и после операции выявлен у 9 пациентов (47%) с ректо-сигмоидной формой болезни Гиршпрунга, без сопутствующих аномалий (1 отказался от профилактики метронидазолом после выписки из стационара; у двух – умеренный стеноз зоны анастомоза (бужирование)). Предоперационный энтероколит не отмечен у 5 пациентов (26%) с ректо-сигмоидной формой, но выявлен послеоперационный: у 3 – умеренный стеноз колоанального анастомоза (бужирование) и спазм анального канала; у одного – отказ от лечения после выписки; и у 12летнего - за счет нарушения питания.

Тяжелое состояние двух пациентов с энтероколитом привело к выведению илеостомы. Нужно отметить, что наличие стомы у пациента способствует более эффективному лечению энтероколита, обеспечивая декомпрессию кишечника, однако не предупреждает возникновению энтероколита как до, так и после операции.

В послеоперационном периоде пациенты получали антибактериальную терапию (цефалоспорины 3-4 поколений, метронидазол); инфузионную терапию, декомпрессию кишечника, пробиотики. Профилактика в послеоперационном периоде проводилась метронидазолом + пробиотики в течении 2-3 месяцев после выписки из стационара.

Выводы. Наличие энтероколита и сопутствующих аномалий развития в предоперационный период повышает вероятность возникновения его в постоперационном периоде.

Своевременное лечение и профилактика болезни Гиршпрунга способствует адекватному ответу организма в постоперационный период.