

Диагностика и хирургическое лечение ректальной формы болезни Гиршпрунга

В. А. БУШМЕЛЕВ, В. В. ПОЗДЕЕВ

Ижевская государственная медицинская академия (Ижевск).

УДК 616.348.-007.61-07

Болезнь Гиршпрунга относится к числу тяжелых врожденных пороков развития, которые обусловлены недоразвитием интрамурального нервного аппарата стенки толстой кишки. Особую трудность представляет диагностика ректальной формы болезни Гиршпрунга (РФБГ). До настоящего времени для топической диагностики аганглионарной зоны в прямой кишке применяют операционную биопсию — миозэктомию по Линну, которая одновременно является лечебным мероприятием. Суть операции заключается в следующем: интраректально производят иссечение всех слоев задней стенки кишки в сагиттальном направлении в виде ленточной полоски шириной до 1 см. Слизистую оболочку кишки старательно ушивают, а иссеченный лоскут подвергают тщательному гистологическому анализу на наличие или отсутствие в стенке кишки интрамуральных ганглиев. Метод имеет недостатки и угрозу возникновения послеоперационных осложнений: ограниченность доступа и плохая визуализация операционного поля, насильственное растяжение наружного сфинктера, возможность микробного загрязнения раны, кровотечение. По данным литературы послеоперационные осложнения могут наступить в 15-20%.

С целью топической диагностики и эффективного хирургического лечения РФБГ, предлагаем малоинвазивный метод ректальной миотомии задним доступом (приоритетная справка на патент «Способ миотомии прямой кишки» № 99100516/14(000220), который полностью исключает указанные недостатки. Суть операции заключается в принципиальном изменении доступа к пораженному органу и щадящих оперативно-технических приемах. Положение больного на операционном столе на животе по Депажу в положении Тренделенбурга. При этом анальная и крестцово-копчиковая области находятся в полувертикальном положении. В ампулу прямой кишки вставляем внутрипросветный осветитель для органной трансиллюминации. Поперечным доступом в области крестцово-копчикового сочленения рассекаем кожу и подкожно-жировую клетчатку, обнажаем задненижнюю часть копчиковых позвонков. Тщательно, в поперечном направлении пересекаем копчиково-анальную связку, что позволяет достаточно полно приподнять вверх копчиковые позвонки. Затем, после расширения раны, продольно рассекаем подвздошно-копчиковую мышцу и часть лono-прямокишечной мышцы. После этого, с помощью органной трансиллюминации без особого труда выделяем заднюю стенку прямой кишки. Трансиллюминация позволяет четко дифференцировать ткани всех слоев кишечной стенки и наружного сфинктера ануса, их кровоснабжение вплоть до интрамурального сосудистого сплетения. Заднюю стенку прямой кишки подтягиваем в рану. Визуализируем состояние и протяженность суженной зоны. В этом месте на боко-

вые поверхности мышечной оболочки кишки накладываем две «держалки», между которыми в продольном направлении рассекаем адвентицию и мышечную стенку, тщательно пересекая все волокна циркулярного слоя, оставляя нетронутыми подслизистую и слизистую оболочки.

Длина разреза варьирует от протяженности сужения с захватом непораженных тканей по 0,5 см с каждой стороны. При этом разрез обычно не превышает длины в 4-5 см. Рану адвентиционно-мышечного слоя тупо разводим и из него вырезаем полоску шириной около 1 см. Препарат отправляем для гистологического исследования. Мышечную рану на кишке не сшиваем, проверяем целостность слизисто-подслизистого слоя, снимаем держалки и кишку опускаем в полость малого таза. Послеоперационную рану послойно ушиваем.

Во время всей операции, для четкой визуализации всех слоев кишечной стенки и наружного сфинктера большую роль играет органная трансиллюминация с помощью внутрипросветного осветителя, находящегося в ампуле прямой кишки. Применение органной трансиллюминации позволяет избежать травматизации мышц тазового дна, под контролем глаза тщательно выполнить гемостаз и избежать повреждений слизистой оболочки прямой кишки, восстановить анатоμο-топографические соотношения в этой области.

Предложенным методом оперировали 21 ребенка с РФБГ. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, без осложнений. Операционные раны зажили первичным натяжением. Через 1-2 суток дети безбоязненно садились на горшок. Физиологические отправления проходили безболезненно. У больных оперированных задней ректальной миотомией пребывание в стационаре составило 6 койко-дней, в сравнении с больными, оперированными биопсией-миозэктомией по Линну — 12 койко-дней.

Мы полагаем, что разработанный нами способ операции при РФБГ, избавляет от недостатков присущих операциям другими методами, так как разрез проводится в стороне от ануса, снижая риск микробной контаминации раны. При нашей операции исключается насильственное растяжение сфинктеров. Проведение всех этапов операции под контролем глаза и органной трансиллюминации приводит к малой травматичности хирургического вмешательства. Операция проводится с достаточно большой зоной доступности, при малом индексе глубины раны, с углом операционного действия в 80-85°, что до минимума снижает интраоперационные осложнения. Хорошая визуализация операционных действий способствует полной ликвидации первичных и вторичных кровотечений, а также бактериального загрязнения параректального пространства. При нашей операции сроки ранней реабилитации уменьшаются в два раза.