

АНОРЕКТАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ, ВОЗНИКШАЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШСПРУНГА, И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ

Р. Ш. Полухов

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Республика Азербайджан

ANORECTAL DYSFUNCTION, OCCURRING AFTER SURGICAL TREATMENT OF HIRSCHPRUNG'S DISEASE AND ITS CORRECTION

R. Sh. Polukhov

Azerbaijani Medical University, Baku, Republic of Azerbaijan

Реферат

Проанализированы результаты обследования и лечения 12 детей, оперированных в разных клиниках по поводу болезни Гиршспрунга (БГ), у которых после операции возник хронический запор и другие признаки аноректальной дисфункции. У 8 больных произведена операция Дюамеля—Баирова, у 2 — операция Соаве—Ленюшкина, у 2 — операция Соаве—Болей. Основной причиной появления хронического запора после операции Дюамеля является сохранение колоректальной перегородки. Единственным радикальным методом лечения этого осложнения является трансанальное удаление колоректальной перегородки. Причиной сужения зоны анастомоза после операции Соаве—Болей было отсутствие миотомии во время операции и бужирования — после нее. Устранение хронического запора у таких больных возможно путем продолжительного бужирования и комплексного консервативного лечения. Основной причиной хронического запора и ночного энкопреза после операции Соаве—Ленюшкина было сохранение избытка ткани при резекции культи толстой кишки и образование суженного кольца в виде свисающей складки. Полное выздоровление таких больных возможно при удалении трансанальным способом стенозированного кольца и проведении комплексного лечения.

Ключевые слова: болезнь Гиршспрунга; повторная операция; хронический запор; каломазание; ночной энкопрез.

Abstract

Results of examination and treatment of 12 children, operated on in various clinics for Hirschsprung's disease, in whom chronic constipation and other signs of anorectal dysfunction have occurred, were analyzed. In 8 patients Duhamel—Bairov operation was conducted, in 2 — Soave—Lenyushkin operation, and in 2 — Soave—Boley operation. The main cause of postoperative chronic constipation occurrence after Duhamel operation is the colorectal septum preservation. The only one radical method of treatment of this complication is a transanal removal of colorectal septum. The cause of anastomotic narrowing after Soave—Boley operation was absence of myotomy intraoperatively and of bougienage — after it. Elimination of chronic constipation in such patients, using long—standing bougienage and complex conservative treatment. The main cause of chronic constipation and nocturnal encopresis after Soave—Lenyushkin operation was preservation of the tissue excess while doing resection of a large bowel stump and creation of the narrowed ring, looking like a pendent plica. Complete reconvalescence of such patients is possible in transanal method of excision of stenosing ring and conduction of complex treatment.

Keywords: Hirschsprung's disease; reoperation; chronic constipation; smearing feces; nocturnal encopresis.

Оперативные вмешательства по поводу БГ технически трудны, травматичны, при их выполнении недостаточно опытными хирургами возможно возникновение разных осложнений. Вторичная коррекция этих осложнений и реабилитация пациентов намного сложнее, чем после первой операции [1, 2].

По данным литературы, частота повторных операций по поводу БГ составляет от 5 до 15% [1, 3]. Это обусловлено в основном тем, что их выполняют в других лечебных учреждениях [4].

После хирургического лечения БГ наиболее частым осложнением

является хронический запор. Наряду с этим, каломазание и ночной энкопрез, обусловленные повреждением сфинктера заднего прохода, у некоторых больных могут быть причиной длительного неэффективного консервативного лечения. Поэтому актуально изучение причин возникновения аноректальных нарушений после хирургического лечения БГ и их патогенетическая коррекция.

Цель исследования: изучение причин вторичных аноректальных нарушений, возникающих после хирургического лечения БГ, и их адекватная коррекция.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 12 детей, у которых возникли аноректальные нарушения, проявившиеся хроническим запором и другими признаками, после операции по поводу БГ, выполненной в разных клиниках. Девочек было 3, мальчиков — 9.

У 8 больных осуществлена операция Дюамеля—Баирова, у 2 — операция Соаве—Ленюшкина, у 2 — Соаве—Болей. После операции у 2 больных возник хронический запор, у 6 — хронический запор и каломазание, у 4 — хронический запор и ночной энкопрез. Всем боль-

ным, наряду с клиническим обследованием, дополнительно проведены колоноскопия, ирригография, функциональное обследование заднепроходной области, ректальное исследование, осмотр прямой кишки.

При обследовании больных после операции Дюамеля у всех обнаружена грубая колоректальная перегородка. Зона анастомоза была слишком узкой, культя прямой кишки — широкой и полной. По данным ректального обследования, анастомоз у 2 больных располагался на 2 см выше заднего прохода, у 5 — на 4 — 4,5 см, у 1 — приблизительно на 6 см. У всех больных зона анастомоза была слишком узкой и едва пропускала указательный палец. У больных, при расположении анастомоза на 2 см выше заднего прохода, наряду с хроническим запором выявлен ночной энкопрез; у больных при расположении анастомоза намного выше заднего прохода, хронический запор сопровождался каломазанием.

У 2 больных после операции Соаве—Ленюшкина отмечен хронический запор с ночным энкопрезом. При ректальном исследовании приблизительно на 1 см выше заднего прохода обнаружено опущенное в виде складки стенозированный операционный кольцо. При осуществлении операции Соаве—Ленюшкина для формирования бесшовного анастомоза вначале сохраняют культю толстой кишки, а через 2 нед ее резецируют после формирования анастомоза. Поскольку культю не резецируют на уровне зоны анастомоза, сохраняется суженное кольцо, что обуславливает рецидив хронического запора.

У 2 больных после операции Соаве при ректальном исследовании по всей длине анастомоза обнаружено кольцеобразное сужение, а складки не было.

Всем больным в целях устранения хронического запора и уменьшения тяжести интоксикации проведено комплексное лечение, их состояние улучшилось. Поскольку выявленные патологические изменения были органическими, всем больным планировали соответствующее хирургическое лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У больных после операции Дюамеля при отсутствии хронического запора применяли клизмы, что способствовало устранению каломазания. Это свидетельствовало о наличии корреляции между хроническим запором и каломазанием у таких больных. После операции Дюамеля каломазание на фоне хронического запора обусловлено неполным закрытием сфинктера заднего прохода из-за заполнения ампулы окаменевшими каловыми массами.

У больных при хроническом запоре и ночном энкопрезе, несмотря на устранение хронического запора после клизмы, энкопрез сохранялся. У этих больных устранение запора сопровождалось увеличением энкопреза. Причиной этого было то, что из-за слишком близкого расположения анастомоза к заднему проходу жидкие каловые массы в ночное время раздражали сфинктер заднего прохода. Колоректальная перегородка предотвращала заполнение каловыми массами ампулы прямой кишки, это усугубляло ночной энкопрез.

Между механизмом образования ночного энкопреза у больных после операций Соаве—Ленюшкина и Дюамеля существует определенное соответствие. У таких больных из-за увеличения перистальтики кишечника в ночное время вследствие перехода жидкой части каловых масс из опущенного в виде складки кольца непосредственно в заднепроходный канал, возникали раздражение сфинктера заднего прохода и энкопрез.

У больных при сужении анастомоза, проявлявшемся в виде хронического запора, после операции Соаве, наряду с комплексным лечением, осуществляли бужирование. Через 6 мес самостоятельная дефекация восстановилась, пациенты находились под динамическим контролем.

После предоперационной подготовки у 7 больных выполнена операция Дюамеля—Баирова, под анестезией трансанально удалена колоректальная перегородка.

Во время операции при литотомическом положении больного видимость операционного поля, особенно верхушки культи прямой кишки, недостаточна. Учитывая это, одному больному операцию выполняли в литотомическом положении, 6 — в положении, соответствующем аноректальной пластике — заднем сагиттальном. В таком положении достичь колоректальной перегородки и визуально определить верхушку культи прямой кишки легче. Колоректальная перегородка устранена с помощью степлера путем зашивания в форме обратной "V". Через сутки после операции больной переведен на полное энтеральное питание, на 3—4-е сутки — выписан на амбулаторное лечение. Консервативное лечение продолжено амбулаторно. При повторном осмотре через 1 мес отмечено полное устранение колоректальной перегородки, на фоне консервативного лечения не наблюдали хронический запор и каломазание, через 3 нед не обнаружен ночной энкопрез. В течение 6 мес пациентам рекомендовано продолжение консервативного лечения.

У одного больного, наряду с колоректальной перегородкой, обнаружено увеличение культи прямой кишки в форме дивертикула. В литотомическом положении вначале трансанально удалена колоректальная перегородка, а затем путем лапаротомии резецирована культя прямой кишки, удлиненная в форме дивертикула на уровне париетального перитенона. После операции больному в течение 5 сут проводили парентеральное питание, с 6-х суток — энтеральное питание. На 12-е сутки пациент выписан с первичным выздоровлением. Через 1 мес на фоне проведенного консервативного лечения хронический запор и каломазание не наблюдали. По данным ректального осмотра колоректальная перегородка не обнаружена, зона анастомоза широкая, свободно проходима. В течение 6 мес рекомендовано продолжение консервативного лечения.

У 2 больных, у которых после операции Соаве—Ленюшкина обра-

зовалось кольцо в виде стенозированной складки, произведена операция трансанального удаления этого кольца под общей анестезией. В литотомическом положении больного расширен задний проход, достигнуто кольцо, шелковыми нитями 2/0 поставлены 4 держателя, подтягивая за эти держатели, стенозированное кольцо и избыточные ткани кишечника, не переходя на мышечную оболочку, частично удалены и прошиты полифиламентными нитями 4/0 (vicril, sentosorb и др.). После операции назначены обезболивающие, антибактериальные препараты, проведена инфузионная терапия. Через 1 сут после операции удалена турунда из прямой кишки, в течение 12 ч отмечена самостоятельная дефекация, начиная со 2-х суток пациенты переведены на энтеральное питание. На 7-е сутки пациенты выписаны на амбулаторное лечение. В целях профилактики повторного сужения через 3 нед после операции проведено бужирование, в течение 6 мес — консервативное лечение.

После операции Дюамеля у всех больных на фоне лечения запор не наблюдали, каломазание и энкопрез сохранялись. У 6 больных при хроническом запоре и каломазании до операции, несмотря на устранение запора, у 2 больных до 6 мес, у 2 — до 1 года каломазание продолжалось. У 2 больных при хроническом запоре и ночном энкопрезе, несмотря на устранение запора, ночной энкопрез сохранялся в течение 1 года. Причиной длительного сохранения каломазания и энкопреза у этих больных было нарушение ритма дефекации и несвоевременное восстановление контроля функции сфинктера заднего прохода из-за образования колоректальной перегородки после первой операции на фоне хронического запора. Для полного восстановления контроля после операции проведено комплексное консервативное лечение в течение 1 года. Через 3 года выражен-

ность патологических признаков существенно уменьшилась.

У больных, которым произведена резекция культи прямой кишки, до и после операции периодически выявляли осложненный псевдомембранозный колит.

У одного больного, при хроническом запоре и ночном энкопрезе после операции Соаве—Ленюшкина и резекции культи в виде стенозированного кольца, несмотря на устранение ночного энкопреза, хронический запор сохранялся в течение 1 года. Причиной этого была дилатация неоректума на фоне хронического запора в течение 3 лет после операции. У остальных больных, несмотря на то, что после операции был устранен хронический запор, ночной энкопрез на фоне комплексного лечения сохранялся в течение 6 мес. Через 1 год частота выявления патологических признаков существенно уменьшилась. У больного после устранения сужения заднепроходного канала путем продольного удаления и поперечного заушивания, несмотря на устранение хронического запора, появилось каломазание, которое сохранялось в течение 6 мес, до восстановления функции сфинктера заднего прохода.

Результаты лечения вторичных патологических состояний аноректальной зоны, сопровождавшихся хроническим запором и появившихся после хирургического лечения БГ, свидетельствовали, что основной причиной образования хронического запора после операции Дюамеля было сохранение колоректальной перегородки. В зависимости от уровня ее расположения, у больных, наряду с хроническим запором, возможно появление каломазания и ночного энкопреза. Единственным радикальным методом лечения такого осложнения является трансанальное устранение колоректальной перегородки. Осуществление операции с помощью степлеров обеспечило уменьшение

ее продолжительности, неосложненное течение послеоперационного периода. Положение больного лежа на животе с приподнятым тазом и нижними конечностями в полуоткрытом состоянии, вместо литотомического положения, облегчает техническое выполнение операции. При обнаружении у больных, наряду с колоректальной перегородкой культи прямой кишки в форме дивертикула, устранение колоректальной перегородки в литотомическом положении и одномоментно трансабдоминальная резекция дивертикула более целесообразны.

После операции Соаве—Ленюшкина обнаружено сопровождающееся хроническим запором вторичное нарушение в аноректальной зоне в виде сужения области анастомоза и образования стенозированного кольца, свисающего в форме складки.

Сужение области анастомоза обусловлено отсутствием миотомии — во время операции и бужирования — после операции. Основной жалобой у этих больных является постепенное прогрессирование хронического запора после операции. Устранение хронического запора у таких больных возможно путем проведения комплексного консервативного лечения наряду с бужированием.

Основной причиной хронического запора и ночного энкопреза после операции Соаве—Ленюшкина является сохранение избытка ткани при резекции культи толстой кишки после формирования бесшовного анастомоза и, вследствие этого, образование стенозированного кольца в виде свисающей складки. Полного выздоровления этих больных возможно достичь только после удаления трансанальным способом стенозированного кольца, наряду с проведением комплексного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pena A., Elicevik M., Levit M. Reoperations in Hirschsprung disease // J. Pediatr. Surg. — 2007. — Vol. 42. — P. 1008 — 1014.
2. Redo Surgery for Hirschsprung's Disease / H. Hassan et al. // Ann. Pediatr. Surg. — 2008. — Vol. 4, N 1—2. — P. 42 — 50.

3. Georgeson K. E. Hirschsprung disease. Ashcraft's Pediatric Surgery. Copyright, 2010. — P. 456 — 467.
4. Повторные операции при болезни Гиршспрунга у детей / А. Н. Смирнов и др. // Рос. вестн. дет. хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2013. — № 4. — С. 42 — 49.