

## РАННІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ ПІСЛЯ ОБШИРНИХ РЕЗЕКЦІЙ ОБОДОВОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

О.Я. Матіяш

Івано-Франківський національний медичний університет, м.Івано-Франківськ  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

## РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

О.Я. Матіяш

Івано-Франковський національний медичний університет,  
Національний медичний університет імені А.А. Богомольця, г. Київ  
Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдет», г. Київ

## EARLY AND LATE RESULTS OF RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY AFTER EXTENSIVE RESECTION OF THE COLON IN CHILDREN

O.Ya. Matiyash

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk  
O.O. Bohomolets National Medical University, Kyiv  
National Specialised Children's Hospital, Kyiv

**Резюме.** Вивчено результати хірургічної корекції вад розвитку та захворювань кишечника у 105 дітей, яким необхідне проведення обширної резекції ободової кишки: 26 (24,76%) дітей з тотальним агангліозом, 47 (44,76%) пацієнтів із субтотальним агангліозом, 11 (10,48%) – із ректо-сигмовидним агангліозом, 14 (13,33%) – з атрезією товстої кишки, 4 (3,81%) – з тотальним поліпозом товстої кишки та 3 (2,86%) – з неспецифічним виразковим колітом. Завдяки раціональному комплексу реконструктивно-пластичних операцій після обширних резекцій ободової кишки у дітей вдалось уникнути летальності, забезпечити зниження післяопераційних ускладнень та покращити якість життя у віддаленому періоді. Високу ефективність цієї програми підтверджено добрими функціональними результатами у 88,57% і задовільними - у 11,43% пацієнтів.

**Ключові слова:** кишечник, вади розвитку, захворювання, діагностика, лікування, обширні резекції, результати, діти.

**Резюме.** Изучено результаты хирургической коррекции пороков развития и заболеваний кишечника у 105 детей, которым необходимо проведение обширной резекции ободочной кишки: 26 (24,76%) детей с тотальным аганглиозом, 47 (44,76%) пациентов из субтотальным аганглиозом, 11 (10,48%) - с ректо-сигмовидным аганглиозом, 14 (13,33%) - с атрезией толстой кишки, 4 (3,81%) - с тотальным полипозом толстой кишки и 3 (2,86%) - с неспецифическим язвенным колитом. Благодаря рациональному комплексу реконструктивно-пластических операций после обширных резекций ободочной кишки у детей удалось избежать летальности, обеспечить снижение послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни в отдаленном периоде. Высокую эффективность этой программы подтверждено хорошими функциональными результатами у 88,57% и удовлетворительными - у 11,43% пациентов.

**Ключевые слова:** кишечник, пороки развития, заболевания, диагностика, лечение, обширные резекции, результаты, дети.

**Abstract.** There were studied the results of the surgical correction of congenital malformations and diseases of the intestine in 105 children, for whom it was necessary to perform extensive colon resection: 26 (24.76%) with total agangliosis, 47 (44.76%) with subtotal agangliosis, 11 (10.48%) - with rectal-sigmoid agangliosis, 14 (13.33%) - with colon atresia, 4 (3.81%) - a total colon polyposis and 3 (2.86%) - with nonspecific ulcerative colitis. Owing to the rational complex of reconstructive plastic surgery after extensive resection of the colon in children it was succeeded to avoid mortality, to ensure reduction of postoperative complications and to improve quality of life in the late postoperative period. The high efficiency of the program was confirmed by good functional results in 88.57% and satisfactory - in 11.43% of patients.

**Keywords:** intestine, malformations, diseases, diagnostics, treatment, extensive resections, results, children.

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Відновлення прохідності кишкового тракту після видалення не менше 2/3 ободової кишки є однією із найважливіших і найскладніших задач в сучасній коло-проктології дитячого віку. На момент виписки пацієнти, які перенесли радикальну операцію з приводу корекції вад розвитку та захворювань кишечника у дітей, при яких необхідні обширні резекції ободової кишки, не вважаються здоровими [1, 4]. Це зумовлено значними морфо-функціональними змінами в кишечнику та хірургічним втручанням в такій складній анатомо-фізіологічній зоні, якою є аноректальна ділянка, втратою значної довжини життєво-важливих ділянок кишечника, бо обширні резекції ободової кишки призводять до порушення водно-електролітного балансу, погіршення нормобіозу, зниження можливості формування та накопичення калових мас, прискорення пасажу по травному тракту [5].

У цих дітей після реконструктивно-пластичних операцій відновлення гомеостазу в усіх органах і системах, а особливо – травної системи може тривати від 2-х до 5-ти років і більше [2, 3].

**Мета роботи** – покращення результатів хірургічної

корекції вад розвитку та захворювань кишечника при відновленні прохідності кишкового тракту після обширних резекцій ободової кишки у дітей.

### Матеріали і методи

Проаналізовані результати хірургічної корекції вад розвитку та захворювань кишечника у 105 дітей, яким необхідне було проведення обширної резекції ободової кишки. Всі пацієнти обстежені в клініці хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдет» з початку 1987 до кінця 2012 року. Серед них були: 26 (24,76%) дітей з тотальним агангліозом, 47 (44,76%) пацієнтів із субтотальним агангліозом, 11 (10,48%) – із ректо-сигмовидним агангліозом, 14 (13,33%) – з атрезією товстої кишки, 4 (3,81%) – з тотальним поліпозом товстої кишки та 3 (2,86%) – з неспецифічним виразковим колітом.

Найбільшу кількість досліджуваних пацієнтів склали новонароджені та діти грудного віку – 93,33%. У віці до 5 днів було 80 (76,19%) пацієнтів, від 1 до 6 місяців – 16 (15,24%), від 7 до 12 місяців – 2 (1,91%) і старших 1 року – 7 (6,67%)

пацієнтів.

Досліджувані пацієнти були розділені на дві групи: ті, яким під час радикальної операції проведена субтотальна резекція ободової кишки (n=61 (58,10%)) та діти, з колектомією (n=44 (41,90%)). Залежно від об'єму резекції ободової кишки виконували наступні варіанти операції.

При субтотальній резекції ободової кишки для відновлення прохідності кишкового тракту із урахуванням довжини залишеної кишки та особливостей кровообігу її брижі використовували кілька варіантів: зведення товстої кишки по лівому брижовому синусі (боковому каналі) (n=19); зведення товстої кишки по правому брижовому синусі з проведенням її попереду термінального відділу клубової кишки (n=20); зведення висхідної чи сліпої кишки з розворотом її на 180° (n=13); заміщення лівої половини товстої та прямої кишки ілеотрансплантатом з інтраректальним його зведенням (n=9).

Вибір варіанту відновлення прохідності кишкового тракту після колектомії у наших дітей проходив у міру пошуку, удосконалення, розробки та впровадження в практику оптимальних способів формування функціонально-вигідного резервуару («неоректуму») з тонкої кишки. У цих пацієнтів використовували: заміщення всієї товстої та прямої кишок за рахунок «прямого» зведення клубової кишки (n=1); заміщення всієї товстої та прямої кишки за рахунок ілеотрансплантату з відновленням прохідності клубової кишки інвагінаційним анастомозом «кінець-в-бік» (n=8); заміщення всієї товстої та прямої кишки за рахунок ілеотрансплантату з відновленням прохідності клубової кишки імплантацією Баугінієвої заслінки в бік ілеотрансплантату (n=1); заміщення всієї товстої та прямої кишки подвоєним ілеотрансплантатом з J-анастомозом (n=2); заміщення всієї товстої та прямої кишки подвоєним ілеотрансплантатом з боковим анастомозом (n=32).

### Результати та їх обговорення

Спостерігаючи за динамікою змін у пацієнтів, яким виконано радикальні операції, нами відзначено певну закономірність.

В ранньому післяопераційному періоді у 15 (14,29%) пацієнтів було діагностовано такі ускладнення, як злукова непрохідність кишечника (n=3), стеноз анастомозу (n=2), нагноєння післяопераційної рани в місці виведення колостоми (n=1), дерматит у вигляді мацерації в ділянці промежини (n=8) та пневмонію (n=1). Ці ускладнення були кореговані розсіченням злук при злуковій непрохідності кишок і бужуванням анастомозу - при його стенозі. Інші ускладнення проліковані консервативно. Всі діти залишилися живими.

Відновлення перистальтики в оперованих пацієнтів спостерігали через 2-3 доби післяопераційного періоду, першу дефекацію – з 3-4 доби. Кількість випорожнень в терміні спостереження до 3 місяців відрізнялась значною варіабельністю (від 8-10 до 18-24 разів на добу), що, на нашу думку, свідчило про довжину залишеного відрізка кишечника, або про індивідуальні особливості процесів адаптації до створеної нової анатомо-функціональної конструкції тонкокишкового резервуару у дітей різного віку.

Ускладнення у віддаленому післяопераційному періоді зустрілись у 9 (8,57%) серед 105 прооперованих дітей: злукова непрохідність кишечника (n=4), стеноз коло-ректального анастомозу (n=3) та залишковий агангліоз (n=2). Дані ускладнення ліквідовані розсіченням злук при злуковій непрохідності кишок, бужуванням анастомозу - при його стенозі та сфінктероміектомією – при залишковому агангліозі.

Функціональні результати оцінювали на основі клінічного

обстеження пацієнтів, анкетного опитування, яке включає оцінку функції сформованого резервуару та реабілітації в терміни від 6 місяців до 25 років після виконаних хірургічних втручань.

Добрі функціональні результати відзначено у 93 (88,57%) пацієнтів. У цих дітей не було труднощів при дефекації, частота стула становила  $2,5 \pm 1,5$  раз на добу ( $p < 0,05$ ), кал мав нормальну консистенцію, відзначалось повне тримання кишкового вмісту, чітко відчувався позив на дефекацію зі здатністю розрізняти кал і газу.

Задовільні функціональні результати отримані у 12 (11,43%) дітей. У дітей із задовільними результатами частота стула досягала  $4,5 \pm 1,0$  раз на добу ( $p < 0,05$ ), відзначались періодичне нетримання калу при наявності позиву на дефекацію, знижена властивість розрізняти кал і газу, або спостерігалась затримка стула та виникала необхідність у постановці клізм чи послаблюючих середників.

На випадок повного нетримання калу і газів функціональний результат лікування вважали незадовільним. Незадовільних функціональних результатів не було.

### Висновки

1. Розроблений диференційний підхід до вибору оптимального способу відновлення цілості кишкового тракту після обширних резекцій ободової кишки дозволив у 93 (88,57%) випадках досягти добрих, а в 12 (11,43%) пацієнтів - задовільних функціональних результатів, уникнути летальності, забезпечити зниження післяопераційних ускладнень та покращити якість життя у віддаленому післяопераційному періоді.

2. Цих позитивних результатів нам вдалося досягти завдяки комплексному підходу до покращення результатів хірургічної корекції вад розвитку та захворювань кишечника при відновленні прохідності кишкового тракту після обширних резекцій ободової кишки у дітей шляхом вдосконалення методів лікування цієї патології.

### Перспективи подальших досліджень

Наші дослідження дозволяють вказувати на наявність проблем в лікуванні дітей, яким необхідне проведення обширної резекції ободової кишки. Не менш важливим є подальший пошук найбільш ефективних способів хірургічного лікування цієї патології при накопиченні клінічного матеріалу.

### Література

- Moore S.W. Clinical and genetic differences in total colonic aganglionosis in Hirschsprung's disease / S.W. Moore, M. Zaahl // J. Pediatr. Surg. – 2009. – Vol. 44, No 10. – P.1899–1903.
- Quality of life and disease-specific functioning of patients with anorectal malformations or Hirschsprung's disease: a review / E.E. Hartman, F.J. Oort, D.C. Aronson et al. / Arch. Dis. Child. – 2011. – Vol. 96, No 4. – P.398–406.
- So E. Colostomy for large bowel anomalies in children: a case controlled study // E. So, A. Nen, A. Cc // Int. J. Surg. – 2007. – Vol. 5. – P.273–277.
- Stensrud K.J. Functional outcome after operation for Hirschsprung disease – transanal vs transabdominal approach / K.J. Stensrud, R. Emblem, K. Bjornland // J. Pediatr. Surg. – 2010. – Vol. 45. – P.1640–1644.
- Transanal one-stage endorectal pull-through for Hirschsprung's disease: a comparison with the staged procedures / S. Aslanabadi, A. Ghalehgholab-Behbahan, S. Zarrintan et al. // Pediatr. Surg. Int. – 2008. – Vol. 24. – P.925–929.

Надійшла 01.07.2014 року.