

УДК 616.345–007–089–053.2

**СФИНКТЕРОМИОТОМИЯ ВНУТРЕННЕГО АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА
ПРИ ЛЕЧЕНИИ УЛЬТРАКОРОТКОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ
ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ***Никифоров А. Н.¹, Дегтярев Ю. Г.¹, Баранов С. Ю.²*¹Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Болезнь Гиршпрунга (БГ) является тяжелым пороком развития, который обусловлен нарушением процесса формирования парасимпатической иннервации пищеварительного тракта [1, 2]. В результате этого образуется аганглионарный участок кишки различной длины. В зависимости от протяженности его выделяется три формы БГ: острая, подострая и хроническая. Единственным методом лечения ее является хирургический, который предусматривает нескольких видов операций и их модификаций.

Цель

Определить оптимальный метод операции при ультракороткой форме БГ у детей.

Методика

При так называемой ультракороткой зоне аганглиоза, локализованной в самой дистальной части прямой кишки, области внутреннего анального сфинктера, может выполняться малоинвазивная операция — сфинктеромиотомия. Сфинктеромиотомия предложена как метод взятия полного биоптата для диагностики болезни Гиршпрунга, а также при короткой аганглионарной зоне (Bentley J. F. R., 1966; Bill A. H., Donald J. C., 1969; Nissan S., Bar-Maor J. A., 1971; Lynn H. B., 1966, 1968). Оперативное вмешательство делается следующим образом. По задней окружности анального отверстия на границе слизистой производится разрез длиной до 3 см. Слизистая задней стенки кишки препарируется на глубину до 6 см. На такую же глубину выделяется и мышечный слой прямой кишки. Затем из мышечного слоя высекается полоска шириной около 1,0–1,5 см на глубину отпрепарированных слоев (5–6 см). Производится гемостаз и накладываются швы на рану промежности.

Результаты и наблюдения

Для лечения БГ в ГУ «РНПЦ детской хирургии» (РЦДХ) в период 1970–2017 гг. у 14 детей был применен метод сфинктеромиотомии. Четверо из них были ранее оперированы: трое — по методу Соаве и один — по Дюамелю–Баирову без рассечения внутреннего анального сфинктера. При гистологическом исследовании препаратов во всех случаях была выявлена картина, характерная для болезни Гиршпрунга. У троих пациентов был получен положительный эффект, у одного — улучшение.

Четверо детей были оперированы по методу Соаве с иссечением из задней стенки мышечного цилиндра прямой кишки полоски ткани шириной до 1,0 см на всем протяжении цилиндра до слизисто-кожного перехода. У всех в итоге был зафиксирован отличный результат. Шести пациентам производилась сфинктеромиотомия по поводу ультракороткой зоны аганглиоза.

Приводим одно из наших наблюдений. Девочка Я., 13 лет, поступила в плановое отделение РЦДХ 13.03.2000 г. с жалобами на постоянные запоры с 5-летнего возраста. Мно-

гократно обследовалась и лечилась в нескольких лечебных учреждениях. 22.11.1999 г. произведена биопсия слизистой прямой кишки для гистохимического исследования. Биоптат был взят на расстоянии 2,5 см выше слизисто-кожного перехода. Данных за БГ не выявлено. Произведено рентгенологическое исследование — ирригоскопия. Протокол исследования: Объемом 1,5 литра бариевой взвеси заполнена толстая кишка до середины восходящей. В просвете кишки, особенно в сигмовидной и прямой, большое количество содержимого. Прямая кишка шаровидной формы, диаметр до 11,5 см. Сигмовидная кишка удлинена, внутренний сфинктер спазмирован. Контрастное вещество протекает позади наконечника. Опорожнение кишки недостаточное. Заключение: Функциональный мегаколон III степени, спазм внутреннего анального сфинктера, ригидность пуборектальной петли. Были поставлены показания к сфинктеромии для уточнения диагноза заболевания, так как не исключалась ультракороткая зона аганглиоза. 17.04.2000 г. произведена сфинктеромия с иссечением мышц задней стенки прямой кишки 1,5 × 6 см. Данные микроскопического исследования: материал представлен фиброзно-мышечными структурами мышечной и подслизистой оболочками, в которых визуализируются нервные стволы, межмышечные ганглионарные клетки отсутствуют. Диагноз: Болезнь Гиршпрунга (ультракороткая зона аганглиоза). Через трое суток после операции у девочки появился самостоятельный стул. Выписана домой спустя 8 дней. Осмотрена через месяц и повторно через 2 года. Жалоб нет, стул регулярный 1–2 раза в сутки, девочка считает себя здоровой.

Вывод

Сфинктеромия и гистологическое исследование препарата дают возможность правильно поставить диагноз и вылечить пациента с ультракороткой зоной аганглиоза при болезни Гиршпрунга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Swenson, O. Hirschsprung's disease: a review / O. Swenson // Pediatrics. — 2002. — May; 109(Is 5). — P. 914–18.
2. Hirschsprung's Disease and Allied Disorders / A. M. Holschneider [et al.]. — 3rd ed. — New York, NY: Springer; 2008. — 414 p.

УДК 616-053.13-06:616-0.53.32]-07/.084

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Остроушко Д. В., Гнедько Т. В., Берестень С. А.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр “Мать и дитя”»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Охрана здоровья детей имеет особую медико-социальную значимость. Дети составляют резервный фонд населения государства, который в будущем определит уровень его социального и экономического развития. Одними из основных направлений деятельности системы здравоохранения Республики Беларусь являются государственная поддержка материнства и детства, охрана здоровья матери и ребенка [1].

Цель

Проведение структурного и эпидемиологического анализа заболеваемости новорожденных детей в Республике Беларусь за 2010–2018 гг.