

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

Машков А.Е., Наливкин А.Е., Пыхтеев Д.А., Елин Л.М., Слесарев В.В., Гацуцын В.В., Филюшкин Ю.Н., Федулов А.В.**ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ АППАРАТНОГО КОЛО-РЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНИКИ) им. М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва

*В данной статье представлен опыт лечения ребенка со стенозом аппаратного коло-ректального анастомоза наложенного по поводу болезни Гиршпрунга.*Ключевые слова: *болезнь Гиршпрунга; стеноз коло-ректального анастомоза; дети.***Для цитирования:** Машков А.Е., Наливкин А.Е., Пыхтеев Д.А., Елин Л.М., Слесарев В.В., Гацуцын В.В., Филюшкин Ю.Н., Федулов А.В. Осложненное течение послеоперационного периода при болезни гиршпрунга у ребенка 12 лет после наложения аппаратного коло-ректального анастомоза. *Детская хирургия*. 2019; 23(2): 99-100. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2019-23-2-99-100>**Для корреспонденции:** *Елин Леонид Михайлович*, детский хирург ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНИКИ) им. М.Ф. Владимирского», 129110, г. Москва. E-mail: elin.lenya@gmail.com**Mashkov A.E., Nalivkin A.E., Pykhteev D.A., Elin L.M., Slesarev V.V., Gatsutsyn V.V., Filyushkin Yu.N., Fedulov A.V.**

THE COMPLICATED COURSE OF THE POSTOPERATIVE PERIOD IN A 12 YEARS OLD CHILD SUFFERED FROM THE HIRSCHSPRUNG'S DISEASE AFTER THE INSTALLATION OF THE INSTRUMENTAL COLO-RECTAL ANASTOMOSIS

*M.F. Vladimirovsky Moscow Regional Clinical and Research Institute, Moscow, 129110, Russian Federation**This article presents the experience of treating a child with stenosis of a colo-rectal instrumental anastomosis imposed due to Hirschsprung's disease.*Key words: *Hirschsprung disease; stenosis of the colo-rectal anastomosis; children.***For citation:** Mashkov A.E., Nalivkin A.E., Pykhteev D.A., Elin L.M., Slesarev V.V., Gatsutsyn V.V., Filyushkin Yu.N., Fedulov A.V. The complicated course of the postoperative period in a 12 years-old child suffered from the Hirschsprung's disease after the installation of the instrumental colo-rectal anastomosis. *Detskaya Khirurgiya (Pediatric Surgery, Russian journal)* 2019; 23(2): 99-100. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2019-23-2-99-100>**For correspondence:** *Leonid M. Elin*, MD, pediatric surgeon of the M.F. Vladimirovsky Moscow Regional Clinical and Research Institute, Moscow, 129110, Russian Federation. E-mail: elin.lenya@gmail.com*Conflict of interest.* The authors declare no conflict of interest.*Acknowledgments.* The study had no sponsorship.

Received: April 4, 2018

Accepted: March 25, 2019

Лечение Болезни Гиршпрунга у детей остается актуальной проблемой на современном этапе развития медицины. По данным литературы, удовлетворительных результатов после хирургической коррекции удается достигнуть лишь в 50–80% [1,2]. Частота повторных оперативных вмешательств при этой патологии составляет 5–15% [3]. Формирование стеноза в послеоперационном периоде варьирует от 0 до 35% [4, 5]. Большая часть хирургов придерживается консервативной тактики лечения стенозов и только некоторые требуют повторной хирургической коррекции.

Представляем данные собственного наблюдения осложненного течения болезни Гиршпрунга у ребенка 12 лет.

Ребенок А. 12 лет. 28.05.2013 г. поступил в отделение детской хирургии ГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с жалобами на умеренные боли в нижних отделах живота, каломазание, жидкий стул.

Из анамнеза: раннее развитие без особенностей. Жалобы на запоры с 10 лет.

С 28.01.2013 по 07.03.2013 г. находился на лечении в хирургическом отделении в одной из Московских клиник с диагнозом хронический толстокишечный стаз, деком-

пенсированная форма. Мегаректум. 22.02.2013 г. – лапароскопическая ассистированная гемиколэктомия с наложением низкого аппаратного колоректального анастомоза. По данным биопсии – сегментарный аганглиоз толстой кишки. В послеоперационном периоде при УЗИ брюшной полости обнаружена гематома у входа в малый таз размерами 3,8 × 1,8 см без кровотока. При МРТ (в МОНИКИ, июнь 2013 г.) – убедительных данных за гематому таза не получено. Ребенок выписан под наблюдение детского хирурга по месту жительства.

В дальнейшем периодически отмечался жидкий стул. Ребенок перестал прибавлять в весе. Наблюдался гастроэнтерологом с диагнозом хронический гастрит, дисфункция билиарного тракта. При обследовании в ЦРБ по месту жительства колоноскопия полностью выполнена не удалась (подозрение на стеноз в области коло-ректоанастомоза).

С 31.10.2013 по 21.11.2013 г. находился на обследовании в ДХО МОНИКИ. По данным **ирригоскопии:** при ретроградном заполнении толстой кишки бариевой взвесью контраст туго заполняет широкую (максимально 83 мм) прямую кишку, далее с большим затруднением небольшими порциями контраст тонкой струей продвигается че-

рез зону сужения кишки с деформированным рельефом. Вышележащие отделы, протяженностью около 10 см, расширены до 8 см. Толстую кишку удалось туго выполнить до средних отделов поперечной ободочной кишки (рис. 1, см. на вклейке).

При сигмоскопии: аппарат проведен в прямую кишку, ампула последней расширена. На расстоянии 18 см от ануса визуализируется стеноз сигмовидной кишки, в виде розеткообразного сужения, непроходимого для аппарата в 10 мм.

У ребенка клинически, на основании инструментальных и лучевых методов исследования, диагностирован стеноз колоректального анастомоза. В связи с этим 18.12.13 г. выполнена операция: лапароскопия, трансректальное низведение сигмовидной кишки с наложением сигмоанального анастомоза конец в конец. На операции в брюшной полости и в малом тазу выраженный спасечный процесс. Мобилизована нисходящая кишка, сигмовидная кишка и зона ранее наложенного аппаратно сигморектального анастомоза, выявлено резкое стенозирование сигморектального анастомоза. После лапароскопического этапа со стороны ануса выше крипты выполнена демукозация прямой кишки, сигмовидная кишка выведена через анальный канал с техническими трудностями. В связи с недостаточной мобилизацией кишки выполнена ниже-срединная лапаротомия, нисходящая и сигмовидная кишка дополнительно мобилизованы от рубцово-спаечных сращений, одновременно выполнено ренизведение сигмовидной кишки через анальный канал. Выше стенозированного анастомоза на 10 см кишка пересечена, наложен двухрядный сигмоанальный анастомоз. В толстую кишку введена газотводная трубка (рис. 2, 3, см. на вклейке).

По данным биопсии в краях и на всем протяжении резецированного участка толстой кишки определяются нервные сплетения, содержащие ганглиозные клетки.

На 4-е сутки после операции по дренажу из малого таза каловое отделяемое. Ребенок оперирован в экстренном порядке, выполнена лапаротомия, выведение одностольной трансверзостомы, санация и дренирование брюшной полости. При ревизии выявлено поступление калового содержимого из глубины анального канала – диагностирована краевая несостоятельность анастомоза. Низведенная кишка на всем протяжении и на глубину, доступную осмотру в малом тазу и забрюшинной части, живая, несколько инфильтрирована. Выполнена санация брюшной полости. Через отдельный разрез выведена одностольная трансверзостомы с фиксацией двухрядными швами, отводящий конец толстой кишки ушит наглухо. Дренаж заведен в анальный канал к месту предполагаемой перфорации.

Послеоперационный период протекал гладко. Проводилась инфузионная, антибактериальная и симптоматическая терапия, бужирование.

При выписке ребенка из стационара через зону анастомоза проходим буж № 13. *Per rectum*: на высоте пальца, имеется стеноз колоректального анастомоза, с формирующимся плотным рубцовым кольцом.

Через 5 мес ребенок повторно госпитализирован в ДХО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, произведена ликвидация одностольной колостомы с наложением трансверзо-трансверзоанастомоза конец в конец. При ректальном исследовании: на высоте пальца, в области колоректального анастомоза имеется стеноз анастомоза с плотным рубцовым кольцом. Проходим буж № 14.

Ежегодно в течении 3 лет ребенок наблюдался в нашем стационаре, проводилось бужирование анастомоза

с постепенным увеличением размера бужей, общеклиническое обследование, физиолечение, ирригоскопия.

При контрольном обследовании в июле 2017 г. по данным ирригоскопии контраст заполняет прямую кишку и нисходящую ободочную. Зона анастомоза проходима, контур несколько деформирован, калибр кишки не изменен, гаустрация прослеживается (рис. 4, см. на вклейке).

При сборе анамнеза: у ребенка ежедневно самостоятельный оформленный стул, каломазания нет, болевые симптомы не беспокоят. *Per rectum*: на высоте пальца, в области колоректального анастомоза имеется «нежное» рубцовое кольцо (проходит буж № 18).

Обсуждение

Данный клинический случай демонстрирует пример создания порочного колоректального анастомоза при болезни Гиршпрунга. Применение циркулярных сшивающих аппаратов в виду технических особенностей не гарантирует создания прямого колоректального анастомоза конец в конец. Кроме того, сегментарная резекция толстой кишки при болезни Гиршпрунга не гарантирует радикальности выполненной операции. После наложения аппаратных толстокишечных анастомозов высока вероятность формирования высоких грубых стенозов, которые не поддаются консервативной терапии. В то же время при выраженных низких стенозах прямой кишки после трансанального низведения возможно успешное применение бужирования с удовлетворительными результатами.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

- Holschneider A.M., Puri P. *Hirschsprung's Disease and Allied Disorders*. Springer, 2007.
- Ионов А.Л., Щербак О.В. Послеоперационные осложнения в колоректальной хирургии у детей. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2013; 3(4): 50-8.
- Смирнов А.Н., Дронов А.Ф., Холостова В.В., Маннанов А.Г., Залихин Д.В., Ермоленко Е.Ю. Повторные операции при болезни Гиршпрунга у детей. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2013; 3(4): 42-9.
- Nasr A., Langer J.C. Evolution of the technique in the transanal pull-through for Hirschsprung's disease: effect on outcome. *J Pediatr Surg*. 2007 Jan; 42(1): 36-9; discussion 39-40.
- Georgeson KE, Robertson DJ. Laparoscopic-assisted approaches for the definitive surgery for Hirschsprung's disease. *Semin Pediatr Surg*. 2004 Nov; 13(4): 256-62.

REFERENCES

- Holschneider A.M., Puri P. *Hirschsprung's Disease and Allied Disorders*. Springer, 2007.
- Ionov A. L., Shcherbakova O. V. Postoperative complications in colorectal surgery in children. *Rossiyskiy vestnik detskoy khirurgii, anesteziologii i reanimatologii*. 2013; 3(4): 50-8. (in Russian)
- Smirnov A.N., Dronov A.F., Kholostova V. V., Mannanov A. G., Salihin D.V., Ermolenko Y.E. Repeat operation for Hirschsprung's disease in children. *Rossiyskiy vestnik detskoy khirurgii, anesteziologii i reanimatologii*. 2013; 3(4): 42-9. (in Russian)
- Nasr A., Langer J.C. Evolution of the technique in the transanal pull-through for Hirschsprung's disease: effect on outcome. *J Pediatr Surg*. 2007 Jan; 42(1): 36-9; discussion 39-40.
- Georgeson KE, Robertson DJ. Laparoscopic-assisted approaches for the definitive surgery for Hirschsprung's disease. *Semin Pediatr Surg*. 2004 Nov; 13(4): 256-62.

Поступила 05 июня 2018

Принята в печать 01 октября 2018

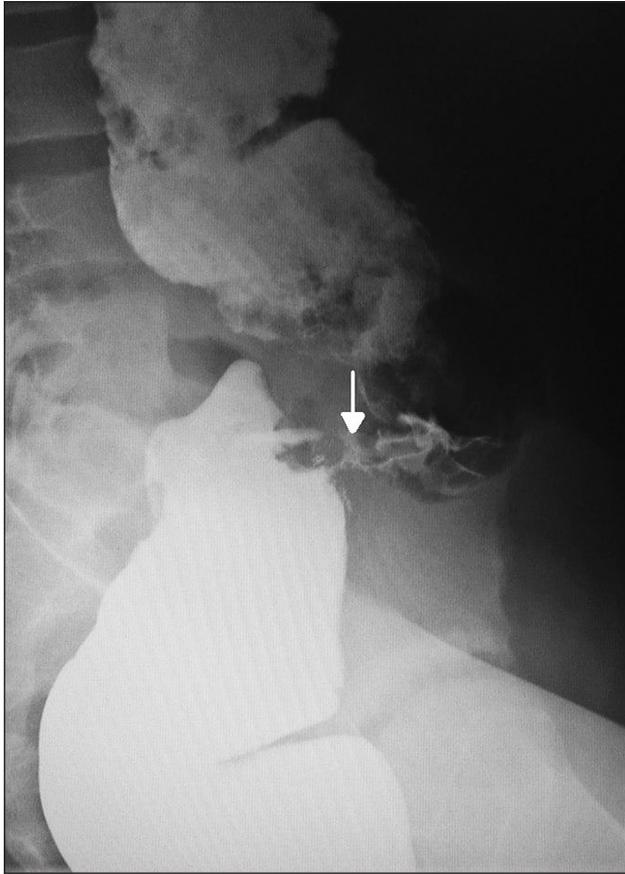


Рис. 1. Ирригограмма.
Стеноз аппаратного коло-ректального анастомоза.

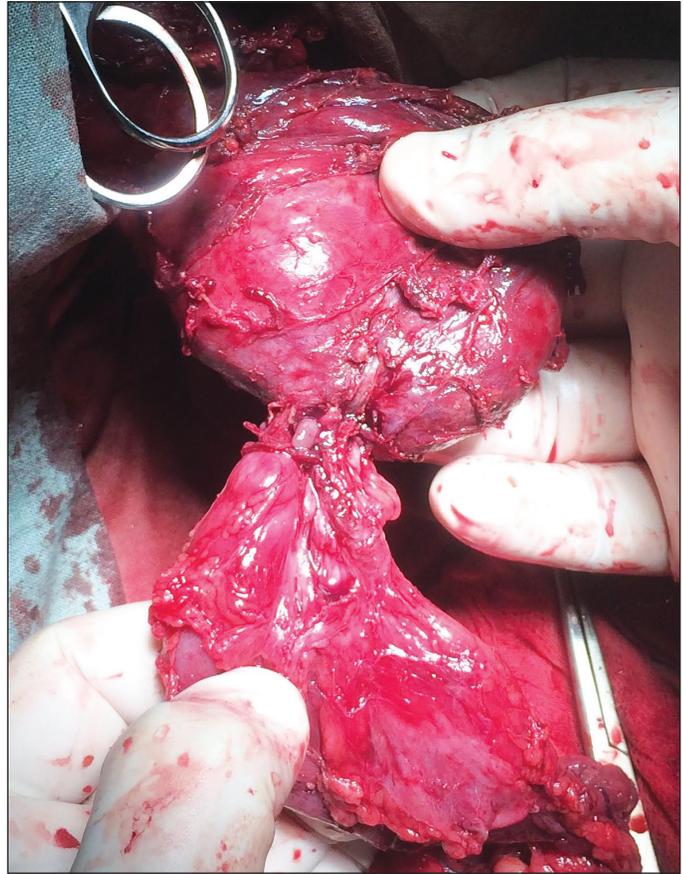


Рис. 2. Интраоперационная картина стеноза аппаратного коло-ректального анастомоза.



Рис. 3. Интраоперационная картина стеноза аппаратного коло-ректального анастомоза.



Рис. 4. Ирригограмма после трансанального низведения и бужирования коло-анального анастомоза.