

ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ГРЕКОВА-СВЕНСЕНА-ХАЙЯТА ПРИ БОЛЕЗНИ ФАВАЛЛИ-ГИРШПРУНГА

Доцент **В. М. ВЕЛИЧЕНКО, Н. В. БУГАЕВ**

Из кафедры госпитальной хирургии Витебского медицинского института
(ректор — профессор Г. А. Медведев)

Врожденное увеличение толстой кишки или мегаколон в литературе получило название болезни Гиршпрунга. С. Д. Терновский этот врожденный порок развития кишечника считает более правильным называть болезнью Фавалли-Гиршпрунга, так как первый описал данное заболевание в 1846 г., а второй — в 1888 г.

По мнению Свенсена (1948), причина болезни Фавалли-Гиршпрунга кроется в недоразвитии у этих больных ауэрбаховского сплетения в дистальном отделе толстого кишечника. Исходя из этого, он предложил свою операцию, которая выполняется в два этапа. При первом этапе чрезбрюшинно мобилизуют сигмовидную кишку (с учетом сохранения сосудистой ножки для низводимой верхней трети кишки) и прямую (не доходя 1,5–2 см до ануса). Сигмовидную кишку пересекают у места сужения, оба конца закрывают кисетными швами. После этого выполняют второй этап операции. Корциангом, введенным через анальное отверстие, захватывают культию прямой кишки и выворачивают ее слизистую наружу. На расстоянии 2 см от анального отверстия производят поперечный разрез стенки прямой кишки, через который корциангом протягивают сигмовидную кишку. Затем накладывают два ряда швов между оставшимися частями прямой и сигмовидной кишки. После образования анастомоза нити отрезают и последний погружают через заднепроходное отверстие.

Хайят (Hiat, 1951) модифицировал операцию Свенсена. При его модификации мобилизацию прямой и сигмовидной кишок также осуществляют чрезбрюшинно, но пересечения сигмовидной кишки у места перехода ее в прямую не производят. Через задний проход вводят металлическую трубку с утолщенным наконечником примерно до середины сигмовидной кишки и ниже утолщения перевязывают ее толстой нитью. Затем извлекают трубку и низводят кишку, одновременно выворачивая ее. В остальном операция выполняется по методу Свенсена.

Ввиду того, что лечение болезни Фавалли-Гиршпрунга является далеко не решенной проблемой, мы позволим себе поделиться первыми нашими наблюдениями применения операции Грекова-Свенсена-Хайята.

В 1961 г. в клинике на лечении находилось два ребенка, страдавших болезнью Фавалли-Гиршпрунга. Так как все проводившиеся ранее консервативные мероприятия оказались не эффективными, этим больным произведена рекомендованная Свенсеном операция.

А. Б., 3 лет. Вскоре после рождения мать заметила у ребенка увеличение живота. Стул был только после клизмы. Ребенок отставал в развитии.

19 августа 1961 г. он поступил в клинику. Ребенок пониженного питания, бледен, живот больших размеров. Стула не бывает по несколько дней, разгрузка кишечника от кала и газов достигается с помощью клизм.

Язык обложен белым налетом. Живот резко вздут, напряжен, не болезнен. Кишечник переполнен газами. Со стороны мочеполовой системы отклонений от нормы нет. Кровь: эр. 4 800 000, л. 8000, гем. 72 проц. Рентгенологическое исследование кишечника при помощи контрастной клизмы подтвердило клинический диагноз — болезнь Фавалли-Гиршпрунга.

В период предоперационной подготовки применялась высококалорийная диета, витаминизация, подкожное введение безкровых препаратов. Ежедневно применялись сифонные клизмы и вазелиновое масло внутрь. За 5 дней до операции назначен биоминин, за двое суток стрептомицин и пенициллин.

2 сентября под эндотрахеальным наркозом (закись азота + эфир + кислород) произведена операция по Свенсену. Во время операции мы испытали большие трудности при изведении культи сигмовидной кишки через анальное отверстие: низаггированный в кисте конец расширенной сигмовидной кишки образует культи чрезвычайно больших размеров. По-видимому, именно в этом состоит большой недостаток операции.

Послеоперационный период у больного протекал сравнительно гладко. На 9-й день был самостоятельный стул. Общее состояние ребенка постепенно улучшалось и 19 сентября он выписан. В настоящее время чувствует себя хорошо, стул имеет ежедневно, без клизмы.

С. Б., 2,5 лет, поступил в клинику 13 августа 1961 г. С двухнедельного возраста мать заметила у ребенка увеличение живота. В весе до двух месяцев прибавал плохо, в дальнейшем — нормально. Стул имел только после клизмы. В 7 месяцев перенес диспепсию и спазмофилию. В 10-месячном возрасте оперирован — удален каловый камень из сигмовидной кишки. В дальнейшем запоры сменялись обильными поносами и тяжелой интоксикацией.

Ребенок мало говорит. Кожные покровы бледные. На ребрах рахитические четки, ноги несколько искривлены. Язык слегка обложен, влажный. Живот больших размеров, брюшная стенка нежная, видны перистальтирующие петли кишечника. Перистальтические кишечные шумы усилены. Кровь: гем. 65 проц., эр. 4640 000, лейкоц. 8330, эоз. 6 проц., п. 7, с. 52, лимф. 28, мон. 7 проц., РОЭ 3 мм. Рентгенологическая картина соответствует болезни Фавалли-Гиршунга (рис. 1).



Рис. 1. Больной С. Б. Фоторентгенограмма кишечника накануне операции.



Рис. 2. Тот же больной. Фоторентгенограмма кишечника через 2 недели после операции.



Рис. 3. Тот же больной. Фоторентгенограмма кишечника через 8 месяцев после операции.

Предоперационная подготовка, как и в первом случае.

13 сентября под газовым ингаляционным наркозом с релаксантами произведена операция по Грекову-Свенсену-Хайяту.

Со стороны брюшной полости в тазовую клетчатку засыпаны антибиотики. Завязывание тазовой брюшины. В брюшную полость введены антибиотики в растворе. Послеоперационное закрытие брюшной полости. Во время операции внутривенно капельным способом перелито 200 мл консервированной крови и 400 мл физиологического раствора поваренной соли.

В послеоперационном периоде переливался 5-проц. раствор глюкозы, применялись сердечные средства, антибиотики. На третьи сутки отошли газы, на пятые — был самостоятельный стул. Мочевыделение восстановилось на четвертые сутки. В послеоперационном периоде ребенок перенес двустороннюю пневмонию.

Рентгенологическое исследование 28 сентября. Контрастная клизма свободно выпоняет умеренно увеличенные в изперечнике петли толстого кишечника. Часть сигмовидной кишки и ампула прямой кишки удалены. Хорошо выраженная гаустрация (рис. 2).

25 мая 1962 г. ребенок вызван для контрольного осмотра. Самочувствие и аппетит у него хорошие. Прибавил в весе, активен. Живот не болезнен, не вздут. Стул бывает ежедневно, оформленный.

В течение 3 месяцев после операции слабо удерживались газы, а иногда самопро-

пассивно выделялось небольшое количество кала. Первые несколько месяцев приходилось ежедневно напоминать ребенку о необходимости иметь стул. Оба эти осложнения объяснимы. Временная недостаточность анального сфинктера наступила вследствие перенапряжения его в момент выворачивания прямой и сигмовидной кишок. Ежедневное применение клизм у ребенка, по-видимому, привело к ослаблению рефлекса на самостоятельный акт дефекации, и для его восстановления потребовалось определенное время.

На рентгенограмме (рис. 3) оставшаяся часть толстого кишечника нормальных размеров и положения. Диаметр сигмовидной кишки соответствует норме. Запирательная функция анального сфинктера вполне удовлетворительная.

В заключение следует сказать, что операция Грекова-Свенсена-Хайята является патогенетической и вполне оправданной при лечении болезни Фавалли-Гиршпрунга.
