

О БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

А. Я. МИТРОШЕНКО

Кафедра общей хирургии (зав. — доцент А. Я. Митрошенко)

1. Характерным для данного заболевания является чрезмерное увеличение или всего толстого кишечника, или какого-либо его отдела, чаще сигмы при отсутствии препятствий в нижележащем отрезке толстой кишки. Это увеличение в размере чаще наблюдается по ширине-мегаколон, но возможно и по длине — долихоколон.

2. Болезнь Гиршпрунга является редким заболеванием. В Харьковском патанатомическом ин-те на 15 тыс. аутопсий мегаколон был выявлен в пяти случаях. За 10 лет в хирургическом отделении Витебской обл. б-цы (с 1946 по 1956 гг.) и в хирургическом отделении б-цы им. Калинина с 1956 по 1958 гг. с болезнью Гиршпрунга мы наблюдали 3-х больных.

Патогенез этого заболевания до настоящего времени не выяснен. Гиршпрунг считал увеличение размеров дистального отдела толстой кишки пороком развития типа гигантизма.

3. Нет должной ясности и в лечении болезни Гиршпрунга. Большинство авторов считает, что до 3-летнего возраста лечение должно быть консервативным, после 3-летнего возраста лечение должно быть оперативным и радикальным: резекция сигмы, резекция левой половины толстого кишечника, резекция всего толстого кишечника, резекция ректосигмоидального отдела с низведением толстой кишки и наложением внебрюшинного анастомоза между оставшейся частью прямой кишки и сигмой.

Мы считаем, что при острых явлениях непроходимости кишечника при болезни Гиршпрунга спасательной операцией является наложение противосестественного заднего прохода на слепую кишку. После выведения больного из тяжелого состояния можно в дальнейшем произвести резекцию левой половины толстого кишечника с наложением внутрибрюшинного анастомоза конец в конец между оставшимися частями поперечной кишки с узлами швов в просвет анастомоза по способу Матешука.

Хотя просветы анастомозируемых кишок не одинаковы (конец поперечной кишки имеет просвет больше просвета прямой кишки), но продольным рассечением прямой кишки на 1 и 1,5 см на стороне противоположной брыжейки просветы могут быть уравнены, и наложение узловых швов по Матешуку не представляет трудности, а при наличии противестественного заднепроходного отверстия на слепой кишке резекция не является опасной.

У наблюдаемого нами больного в дальнейшем противестественный задний проход на слепой кишке оперативно был закрыт и акт дефекации восстановился через естественный задний проход.
