

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРИНГА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Хамроев У.А., Эргашев Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Ранняя диагностика (РД) и хирургическое лечение (ХЛ) болезни Гиршпрунга (БГ) у грудных детей (ГД) являются основными причинами профилактики поздних осложнений.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения БГ у ГД, на основе изучения (РД).

Материал и методы. Наш опыт лечения 30 новорожденных (НД) и ГД с БГ за последние 8 лет основан на анализе данных клинических баз кафедры ГДХ ТашПМИ. Мальчиков было —25, девочек — 5. Всем детям проводились общезональные, лабораторные, бактериологические, ирригографии (ИГ) и морфологические исследования.

Результаты. При ХЛ БГ у ГД основывалась, на особенностях клинического течения (КТ), достоверности РД. Больные были разделены на две: 1-ю группу вошли 17 (57 %) НД и ГД с типичной КТ БГ, рентгенологически подтвержденным зона аганглиоза (ЗАГ), задержка стула (ЗС) и отсутствием симптомов ассоциированного энтероколита (АЭК). При острой форме БГ, истинная КТ развивалась на 2–5-е сутки после рождения ребенка. При длинной ЗАГ КТ протекали по типу низкой ОКН; во 2-ю группу вошли 13 (43 %) больных с атипичной КТ БГ, АЭК с зеленым стулом и диарейный синдром на фоне дисбактериоза. При этом, отмечались прямая зависимость между АЭК и протяженностью ЗАГ. Сочетания БГ с АЭК — наблюдались у 7 больных. На ИГ отмечалась нечеткость тотального сужения или полное его отсутствие при короткой ЗАГ. Типичная КТ БГ нередко наблюдалась у 5 НД в течение первых 2-х недель жизни, с функциональными нарушениями при сочетании, родовой черепно-мозговой, спинальной травмы, тяжелой пневмонии, сепсиса, ВУИ. Отметим, что ИГ в первые месяцы жизни должна применяться только с целью исключения органической ОКН у детей с подозрением на БГ. При атипичной КТ рекомендуется отсроченная ИГ в прямой и боковой проекциях. Хирургическая тактика при лечении БГ у ГД по нашим данным, у 20 детей с благоприятным течением БГ без АЭК консервативная терапия была успешная. У 5 НД с симптомами АЭК объем лечебных мероприятий расширился за счет проведения инфузионной и антибактериальной терапии. При проксимальных формах БГ с в 5 случаях наложена колостома. Радикальное ХЛ БГ проводилось с 9 дневного возраста, при дистальных формах БГ в 25 случаях проводились трансанальное эндоректальное низведение толстой кишки (ТЭРНТК), что является наиболее радикальным и щадящим методом. Послеоперационные осложнения не было. Больные выписывались домой на 7-е сутки после операции. При ежемесячном контрольном осмотре признаки ЗС отсутствовали, отмечалось учащение стула до 2–3 раз в сутки. После проведения курса электростимуляции эти симптомы постепенно исчезли. Нами индивидуальный подход к хирургическому лечению у ГД, позволил снизить частоту АЭК, добиться успехов при лечении острых и дистальных форм БГ. Таким образом, у ГД стандартом диагностики БГ является ИГ при дистальных формах БГ методом выбора является ТЭРНТК.