

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА ПРИ ДОЛИХОСИГМЕ У ДЕТЕЙ С РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Kh.A. Akilov, F.Kh. Saidov

TREATMENT METHODS OF CHRONIC COLOSTASIS IN DOLICHOSIGMA IN THE CHILDREN

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Описаны особенности диагностики и лечения 79 детей, страдающих хроническим колостазом, причиной которого у 38 детей была долихосигма. По степеням компенсации больные были разделены на три группы и лечение проводилось соответственно этим группам. Из 38 больных оперативному методу лечения подверглись лишь 7 (18,4%), остальным 31 (81,6%) проводилось комплексное консервативное лечение. Обоснованы показания к оперативному методу лечения. Сделан вывод, что раннее выявление причины хронического колостаза, применение стандартизированных методов диагностики и лечения могут привести к положительному результату в терапии этой аномалии развития толстой кишки у детей.

Ключевые слова: хронический колостаз, долихосигма, лечение, дети.

Peculiarities of diagnosis and treatment of 79 children having chronic colostasis the cause of which was dolichosigma in 38 of them are described in the article. The children were divided into 3 groups. Operative treatment was performed in 7 (18,4%) of children, 31 (81,6%) child underwent complex conservative treatment. Indications for operative treatment are substantiated. It is concluded that early revealing the causes of chronic colostasis, using standard methods of diagnosis and treatment may lead to positive result in therapy of this abnormal development of the colon in children.

Key words: chronic colostasis, dolichosigma, treatment, children.

УДК 616.34-009.14-002.2-08:616.349:616.348-089.844-053.2

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы хронические запоры являются одной из актуальных проблем детской гастроэнтерологии. Запоры наблюдаются у 10–25% детского населения и выявляются в три раза чаще у детей дошкольного возраста [2, 7]. Запоры ухудшают качество жизни ребенка, отрицательно сказываются на росте и развитии детского организма [5]. Отсутствие их своевременной коррекции приводит к различным осложнениям [1, 8, 13]. У детей запоры, как правило, носят функциональный характер. Помимо функциональных причин, встречаются запоры на фоне аномалий развития толстой кишки [3, 6, 10, 12]. Одной из таких аномалий развития считается долихосигма. При подозрении на органическую причину запоров (долихосигма) необходимо как

можно раньше провести специальные обследования ребенка для определения рациональной тактики его лечения – терапевтического или хирургического [4, 9, 11].

Цель исследования: комплексное обследование и выбор метода лечения хронического колостаза при долихосигме у детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В РНЦ ЭМП с 2006 г. по настоящее время в отделении неотложной хирургии детского возраста под наблюдением находились 79 детей в возрасте от 3 мес до 14 лет с различной патологией толстой кишки, страдающих хроническими запорами. Мальчиков было 48 (60,8%), девочек 31 (39,2%). У 38 (48,4%) обследованных детей

диагностирована долихосигма, у 15 (19%) – долихоколон или долихомегаколон, у 14 (17,7%) – болезнь Гиршпрунга, у 1 (1,3%) – врожденное сужение анального канала, у 1 (1,3%) – синдром Пайра, у 10 (12,7%) – функциональные запоры.

Первоначально 33 (86,8%) ребенка были госпитализированы в отделение с подозрением на острый аппендицит. У 5 (13,2%) детей отмечалась клиника кишечной непроходимости.

Диагностика проводилась на основании данных УЗИ, сфинктерометрии, анализов на определение микрофлоры кишечника, морфологического исследования биоптата ткани толстой кишки (при колонофиброскопии), дуплексного сканирование магистральных сосудов толстой кишки, рентгенологических исследований и мультисканной компьютерной томографии. После предварительной подготовки толстой кишки проводилась ирригография, при этом обращали внимание на размеры сигмовидной кишки: ее длину, равномерность диаметра, участки расширения и добавочные петли (рис. 1 а, б).

При невозможности проведения ирриграфии, а также с целью уточнения диагноза пациентам проводили МСКТ – контрастную колонографию с помощью водорастворимого контраста 76% тразогрофа, 20 мл, разбавленного 1,5 л воды (рис. 2 а, б), или виртуальную колоноскопию с предварительным нагнетанием воздуха в просвет толстой кишки (рис. 3 а, б).

При МСКТ-исследовании точно определяли анатомо-топографические данные толстой кишки и пораженного участка кишки.

Все больные с долихосигмой были разделены на три группы:

1-я группа – компенсированная стадия у 24 (63,1%) практически здоровых детей характеризовалась эпизодическими нарушениями функции кишечника, при этом рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта показало удлинение сигмовидной кишки. Часть детей жаловалась на эпизодические приступы болей в животе, преимущественно в нижних его отделах.

Во 2-ю группу включены 9 (23,7%) больных с субкомпенсированной стадией, при которой преобладали жалобы на периодические запоры продолжительностью до 2–3 дней с последующим самостоятельным опорожнением кишечника. В отличие от детей с долихосигмой, в компенсированной стадии у детей этой группы заметно чаще отмечались боли в животе и метеоризм.

3-ю группу составили 5 (13,2%) больных с декомпенсированной стадией, у которых были более заметные нарушения функции кишечника. Задержка стула отмечалась до 5 дней и более, причем у некоторых детей самостоятельного стула не отмечалось.



Рис. 1. Ирригография. Долихосигма, дополнительные две петли (а) и дополнительная удлиненная петля кишки (б)

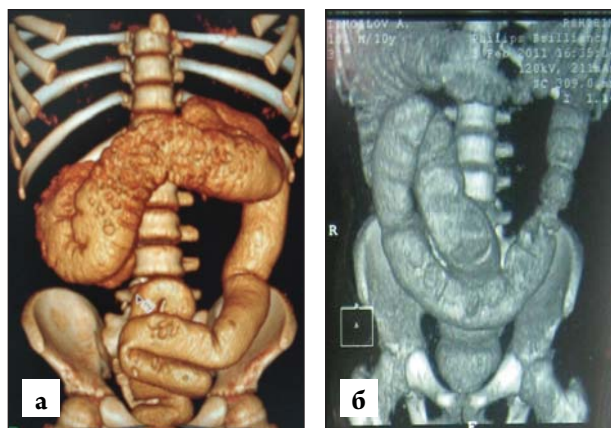


Рис. 2. МСКТ – контрастная колонография (а), 3D реконструкция (б). Долихосигма

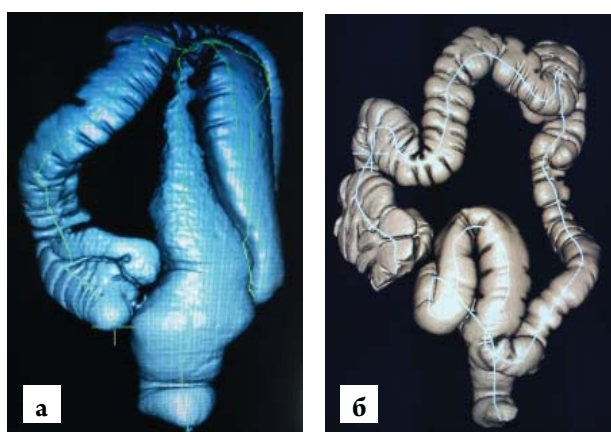


Рис. 3. МСКТ – виртуальная колонография (а), 3D реконструкция (б). Долихосигма

Все дети получали курс консервативного лечения по определенной программе, которая предусматривала периодическое проведение циклов терапии и отбор больных для хирургического лечения.

Консервативная терапия проводилась в зависимости от степени компенсации. Дети были разделены на три группы:

1. Детям с компенсированной степенью колостаза рекомендовано:

- диета: исключение питания всухомятку, включение в рацион фруктов и овощей, богатых клетчаткой, при гипомоторных запорах – газированная вода высокой минерализации в холодном виде. Минеральную воду назначали из расчета 3–5 мл на кг массы тела (прием 2–3 раза в день за 40 мин до еды);
- лечебная гимнастика, укрепляющая мышцы брюшного пресса, массаж живота проводился спустя 30 мин после легкого завтрака и через 1–1,5 часа после обеда по 8–10 мин;
- физиотерапия: электростимуляция на переднюю брюшную стенку, рефлексотерапия;
- коррекция дисбиоза проводилась пре- и пробиотиками в зависимости от микрофлоры толстой кишки, также всем пациентам добавлялся препарат бифилакс-релиф, рекомендованный в основном при запорах.

Курс лечения составлял 10–15 дней. Курс консервативной терапии при компенсированной степени проводился каждые 6 мес в течение двух лет, а при необходимости более длительно.

2. Детям с субкомпенсированной степенью колостаза рекомендовано:

- препараты, стимулирующие перистальтику: прозерин 0,05 мг (0,1 мл 0,05% р-ра) на 1 год жизни в день;
- витамины группы В 1 один раз в день;
- спазмолитики: но-шпа по 1 таблетке 2 раза в день, дюспаталин (тримедат, метеоспазмил) по 1 капсуле 2 раза в день;
- дюфалакот 5 до 30 мл 1–2 раза в день натощак и течение 10–15 дней, слабительные: гутталакс в дозе 5–15 (2,5–7,5 мг) капель однократно в течение 3 дней, бисакодил назначали внутрь детям в возрасте 4–10 лет по 5 мг (1 табл. на прием), детям старше 10 лет по 5–10 мг (1–2 табл. на прием 1 раз в сут). Препарат принимали однократно на ночь или утром за 30 мин до еды. Ректально препарат назначали детям в возрасте старше 10 лет по 10 мг (1 суппозиторий в сут). Вазелиновое масло детям до одного года назначали по ½ –1 чайной ложке, в 1–3 года назначали по 5–10 мл, с 4 до 7 лет по 10–15 мл, детям старше 7 лет до 15 мл;
- желчегонные препараты растительного происхождения (хофитол и гепабене) – применялась жидкая форма из расчета 0,1 мл/кг веса/сут в три приема);
- очистительные клизмы (1% раствор NaCl

37–39°C) или микроклизмы (микролакс) 1 раз вечером.

Курс лечения составлял 10–15 дней. Курс консервативной терапии при субкомпенсированном колостазе проводился каждые 6 мес в течение одного года.

3. Детям с декомпенсированной степенью хронического колостазы проводилась предоперационная подготовка, включающая инфузионную терапию, коррекцию кислотно-щелочного баланса, очищение толстой кишки.

Курс консервативной терапии проводился однократно, при её безуспешности решался вопрос об оперативном лечении. Период предоперационной подготовки составлял 5–7 дней при отсутствии тяжелых соматических заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на то, что при хронических запорах долихосигма встречается наиболее часто, хирургические вмешательства при этой патологии проводятся нечасто. Вопрос об объеме хирургического вмешательства при выработанных показаниях к операции до сих пор не решен. Резекция части сигмовидной кишки, т.е. неполное ее удаление при запорах, обусловленных долихосигмой, не может считаться радикальной операцией, так как при этом остается часть кишки с неполноценной иннервацией и замедленным пассажем.

Из 38 детей с долихосигмой нами были прооперированы 7 (18,4%). Эти дети имели осложнения хронического колостазы: острая кишечная непроходимость, вызванная заворотом сигмы, упорное отсутствие самостоятельного стула до 7–10 дней с явлениями интоксикации и выраженным абдоминальным болевым синдромом, из них 5 (13,2%) детей в течение нескольких лет наблюдались у гастроэнтеролога. Показаниями к хирургическому лечению послужили:

- хронические запоры в течение нескольких лет, неудовлетворительные результаты их лечения;
- постоянное образование каловых камней;
- симптомы длительной интоксикации ребенка, постоянный болевой синдром, отставание в психомоторном развитии, выраженные биохимические и иммунные нарушения;
- острая кишечная непроходимость;
- перфорация толстой кишки.

У 3 (8,3%) больных проведено одноэтапное хирургическое вмешательство – резекция сигмовидной кишки с формированием коло-коло анастомоза конец-в-конец, 2 (5,6%) больных подверглись одноэтапному хирургическому вмешательству – левосторонней гемиколэктомии

с формированием коло-коло анастомоза конец-в-конец. У 2 (5,6%) больных выполнено двухэтапное хирургическое вмешательство – со стороны брюшной полости левосторонняя гемиколэктомия с проктопластикой по Свенсону–Хиатту–Исакову и формированием коло-коло анастомоза конец-в-конец.

В раннем послеоперационном периоде у больных осложнений со стороны органов брюшной полости не наблюдалось, перистальтика кишечника восстановилась на 4-е – 5-е сут, стул в первые недели кашицеобразный, ежедневный. В отдаленные сроки у пациентов при нарушении пищевого рациона возникали эпизоды задержки стула до 1–2 дней, который восстанавливался и был регулярным после устранения погрешностей в диете. Ни у одного ребенка в отдаленные сроки не было признаков кишечной непроходимости, развитие детей соответствовало возрасту.

ВЫВОДЫ

1. Причиной хронических запоров у детей в подавляющем большинстве случаев является долихосигма. Оперативному лечению должно предшествовать полноценное обследование для исключения иных причин хронического колостаз, и необходимо начать с комплекса консервативных методов лечения.

2. Хирургическому лечению подвергаются больные с субкомпенсированной формой заболевания, у которых консервативная терапия безуспешна, и декомпенсированной формой колостаз.

3. Оптимальным методом является левосторонняя гемиколэктомия с формированием анастомоза конец-в-конец, так как сама резекция сигмы не всегда даёт хороший результат и часто возникают рецидивы запоров.

4. Операция Свенсона–Хиатта–Исакова рекомендуется при наличии изменений в дистальной части сигмы и прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян В.А., Зорик В.В. Хирургическое лечение хронического толстокишечного стаза // Проктолог. – 2001. – № 3. – С. 52–58.
2. Капустин В.А., Хавкин А.И., Изачик Ю.А. Функциональные заболевания органов пищеварения у детей. Опыт альтернативного чтения – Алмата, 1994: 191.
3. Киргизов И. В., Лёнюшкин А. И., Горбунов Н. С. // Дет. хирургия. – 2006. – № 6. – С. 17–2.
4. Осипенко М. Ф. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – № 4. – 74–81.
5. Позднякова Л.И., Рагозина Н.А., Шишацкая Н.И. и др. Факторы риска и причины возникновения запоров у детей // Дет. гастроэнтерология: настоящее и будущее: Материалы 7-го конгр. педиатров России. М., 2002. – С. 13.
6. Смирнов А. Н., Дорофеева Е. И. // Дет. хир. – 2006. – № 5. – С. 41 – 45.
7. Смирнов А. Н., Дорофеева Е. И., Жаров А. Р. // Дет. хир. – 2007. – № 1. – С. 10–13.
8. Цимбалова Е.Г., Потапов А.С., Баранов К.Н. Хронические запоры у детей // Вопр. соврем. педиатрии. – 2002. – Т. 1, № 6. – С. 56–61.
9. Шумов Н. Д. и др. // Дет. хирургия. – 2006. – № 1. – С. 9 –11.
10. Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. Механизмы развития запоров и методы их лечения. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2003. – № 3. – С. 25–32.
11. Borowitz S.M, Cox D.J, Kovatchev B., et al. Treatment of childhood constipation by primary care physicians: efficacy and predictors of outcome// Pediatrics –2005. – P. 115–873.
12. Gene A., Taneli C., Tansug N. et al. // J. Pediatr. Surg. – 2002. – Vol. 37, № 1. – P. 80–82.
13. Talley N., Jones M., Nuyts G. et al. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample // Am. J. Gastroentrol. – 2003. – V. 98. – P. 1107–1111.

REFERENCES

1. Avakimyan V.A., Zorik V.V. Proktolog, 2001, № 3, p. 52–58.
2. Kapoustin V.A., Khavkin A.I., Azachik Yu.A. Functional diseases of digestive organs in children. Experience of alternate reading. Almata, 1994. 191 p (in Russian).
3. Kirgizov I.V., Lyonyushkin A.I., Gorbounov N. S. Choldren' surgery, 2006, № 6, p. 17—23 (in Russian).
4. Osipenko M.F. Russian J. Of gastroenterology, hepatology, coloproctology, 2005, № 4, p. 74 – 81 (in Russian).
5. Pozdnyakova L.I., Ragozina N.A., Shishatskaya N.I. et al. Risk factors and causes of constipations in children. Materials of the 7-th Congress of Russian pediatricians. Moscow, 2002, p. 13 (in Russian).
6. Smirnov A.N., Dorofeyeva Ye.I. Children's surgery, 2006, № 5, p. 41 – 45 (in Russian).
7. Smirnov A.N., Dorofeyeva Ye.I., Zharov A.R. Children's surgery, 2007, № 1, p. 10 –13 (in Russian).

8. Tsymbalova Ye.G., Potapov A.S., Baranov K.N. Issues of current pediatry, 2002, vol. 1, № 6, p. 56–61 (in Russian).
9. Soumov N.D. et al. Children's surgery, 2006, № 1, p. 9 – 11 (in Russian).
10. Yakovanko E.P., Agafonova N.A. Clinical perspectives of gastroenterology, hepatology. 2003, № 3, p. 25–32.
11. Borowitz S.M., Cox D.J., Kovatchev, B., et al. Pediatrics, 2005, p. 115–873.
12. Gene A., Taneli C., Tansug N. et al. J. Pediatr. Surg., 2002, Vol. 37, N 1, p. 80–82.
13. Talley N., Jones M., Nuyts G. et al. Am. J. Gastroentrol., 2003, Vol. 98, p. 1107–1111.

Поступила в редакцию 20.12.2013

Утверждена к печати 10.02.2014

Авторы:

Акилов Хабибулла Атауллаевич – д-р мед. наук, профессор, руководитель отдела детской хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦ ЭМП), проректор по учебной части, зав. кафедрой хирургии с детской хирургией Ташкентского института усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан.

Саидов Фарход Хамидович – ст. научн. сотрудник – исследователь кафедры хирургии с детской хирургией Ташкентского института усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан.

Контакты

Саидов Фарход Хамидович

тел. (моб): (99890) 984-92-93

e-mail: medsaidov@mail.ru



ESPRAS
EDINBURGH 2014

SAVE THE DATE

**12th Quadrennial Meeting of the European Society
of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery**

6-11 July 2014
Edinburgh International Conference Centre

A European Voice for Plastic Surgery

Key dates

Notification of abstract acceptance	28th February 2014
Deadline for early registrations	30th April 2014

Hosted by




BAPRAS
British Association of Plastic
Reconstructive and Aesthetic Surgeons

To join our mailing list visit

www.espras2014.org

**Registration
now open**