

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ У ДЕТЕЙ

А.Ж. ХАМРАЕВ, У.М. МИРЗАХМЕДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

БОЛАЛАРДАГИ СУРУНКАЛИ КОЛОСТАЗЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ЖИХАТЛАРИ

А.Ж. ХАМРАЕВ, У.М. МИРЗАХМЕДОВ

Тошкент педиатрия медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

SURGICAL ASPECTS TREATMENT OF CHRONIC COLOSTASES IN CHILDREN

A.Zh. KHAMRAEV, U.M. MIRZAKHMEDOV

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Муаллифлар томонидан 188 нафар сурункали колостазнинг суб ва декомпенсация кечими билан оғриган бемор болаларда комплекс текшириши ва даволаш утказилган. Шулардан 162 (86%)нафар беморда узок вақт олинган комплекс консерватив даводан кейин яхши натижаларга эришилган. 26 (14%) та беморда комплекс даво натижаси булмаганлиги учун куйидаги курсатмалар операция қилишга асос бўлди. Буларга, клиник томонидан, узок вақт комплекс консерватив давонинг бефойдалиги, йўгон ичак тутилишининг кучайганлиги ва бемор ахволининг ёмонлашуви булса, ирригограммада йўгон ичакнинг чузилиши, торайиши, ригидлиги, қушимча ковузлокларнинг борлиги ҳисобига патологик уткир бурчакларнинг пайдо булиши, нотулик фиксация ва ротация ҳолатлари асос бўлди.

Операция усуллари танлашда беморнинг ёши ва йўгон ичакдаги патологиянинг жойлашган жойи ва характери инобатга олинди. 3 ёшгача булган беморда - трансанал Делаторре-Мандрагон усули, мактабгача булган ёшда - корин –оралик йули билан Соаве - Ленюшкин усули ва катта ёшдаги болаларда эса, лапаратом йули билан йўгон ичакни резекцияси ва фиксациясини амалга оширилди. Операция жараенида йўгон ичакнинг узун ёки торайган қисми резекция қилиниб, «коло-анал» ёки «коло-коло» анастомоз қўйилди ва ичакнинг ёпишмаган қисмлари тикланиб, буралган жойлари қушимча фиксацияланиб, унинг меърий анатомик структураси ва транзитор фаолияти тикланди. Операциядан кейинги эрта ва узок даврларда асоратлар кузатилмади.

Калит сузлар: сурункали колостаз, хирургик даволаш, йўгон ичак, болаларда.

In 188 patients with subclinical and decompensated CHC, cardiac, clinical and radiological and additional examination complexes were carried out. Various organic causes were identified, due to anatomical, muscular and functional disorders of the distal (large intestine) LI and their results were generally assessed in the ball system. In this case, the total, over 12 points and conservative treatment is ineffective, the relative indications to the operation were determined. If more than 18 points, and revealed additional bends, lengthening, narrowing, incomplete fixation, rotation and rigidity of the LI, with clinical complete violations of the motor-evacuation function of the LI, direct indications for surgical treatment were determined. 162 (86%) patients had good results from complex conservative treatment. In 26 (14%) patients, indications for surgical treatment were determined with: no effect of prolonged ongoing conservative treatment, an increase in the phenomena of chronic colonic obstruction with decompensated flow and a progressive worsening of the patient's condition.

When choosing the methods of operation, the age of the patients, the nature and localization of the pathology of the LI were taken into account. In children under 3 years, the Delatorre-Mandragon method was performed by transanal access; preschool-age method - Soave-Lenyushkin's method with abdominal perineal and in older children - resection and fixation of TK with laparotomy access. The nature of the operation was: resection of the elongated or narrowed LI zone with the creation of "colo-anal" or "colo-colo" anastomoses with fixation of pubescent "transversogastropexy" and rotated parts of the intestine in order to restore normal anatomical structures and transient functions of it. Complications in the early postoperative period was not noted.

Keywords: chronic colostases, surgical treatment, colon, in children.

Хронические колостазы (ХК) у детей, обусловлены снижением моторной функции, тонусом мышечного слоя и сужением дистальной части толстой кишки (ТК), клинически проявляющиеся суб - и декомпенсаторном течением с задержкой

стула, плотными каловыми массами и болезненными актами дефекации. Запор является обычной патологией у детей, частота его колеблется от 0,3 до 8% в детской популяции. Встречается у 3-5% детей из числа обращений к ВОП и у 25% детей,

обратившихся к детскому гастроэнтерологу. У 30-52% детей ХЗ сохраняются в течение последующих 5 лет, до 25% детей продолжают страдать запорами во взрослом возрасте. Частота встречаемости ХК среди населения США увеличилась в 4 раза, среди них, детское население составляет больше половины. В РФ частота запоров у детей составляет 25-30%. Частота встречаемости ХК до 1 года составляет -17,6%, а в старшем возрасте - 10-25% [1, 2, 3, 4, 7, 10].

Частой причиной суб- и декомпенсированных форм течения ХК у детей, является редкая обращаемость родителей больного ребенка к врачу на ранней стадии заболевания, недостаточная осведомленность ВОП врачей, педиатров, гастроэнтерологов и детских хирургов на первичном и вторичном звене здравоохранения о ранней диагностике и лечении болезни. При этом, со стороны гастроэнтерологов часто упускаются оптимальные сроки хирургического лечения из-за длительного и излишнего медикаментозного лечения больных без рентгенологического обследования и патогенетического обоснования, принимаемая ХК как функциональные нарушения или другие заболевания кишечника. С другой стороны, детские хирурги, склоняясь к диагнозу болезни Гиршпрунга с суперкоротким сегментом, прибегают к хирургическому лечению, которое нельзя считать патогенетически обоснованным. При этом, некоторые обратимые компенсаторные состояния ХК у детей, на фоне осложненного течения ОКИ и их сочетание с долихосигмой или неполной фиксацией ТК со временем, на фоне алиментарных факторов переходит в суб- и декомпенсированные формы заболевания. По данным некоторых авторов, при комплексном лечении ХК у детей в возрастном аспекте, дискуссионным и далеко нерешённым остаётся выбор тактики лечения между длительной консервативной и активной хирургической [5, 6, 7, 9, 12]. Поэтому, проблемы лечебно-тактического аспекта хирургического лечения ХК у детей в возрастном аспекте требуют своего изучения по оптимизации диагностики, определению показаний, сроков и выбора метода операции в детской хирургии.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения ХК у детей, путем оптимизации диагностики, тактики лечения, показаний и выбора методов операций.

Материалы и методы. На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) за последние 5 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 188 больных детей с ХК в возрасте: до 3 лет - 36 (19%); 4-6 лет - 50 (27%); 7-12 лет - 56 (30%); 13-17 лет - 46 (24%), (рис. 1). Мальчики составили -101 (53,7%), девочки - 87 (46,3%).

Всем больным с ХК проводились обследования: общеклинические, лабораторные, ректальное пальцевое, аноскопия, ректоскопия, ирригоскопия, полипозиционная ирригография, колоноскопия, пассаж ЖКТ, МРТ и УЗИ органов малого таза и дистального отдела позвоночника. Это позволило с большей достоверностью выявить причину моторно-эвакуаторного нарушения ТК: удлинения, сужения, опущения, дефекта фиксации и нарушения функции мышц тазового дна.

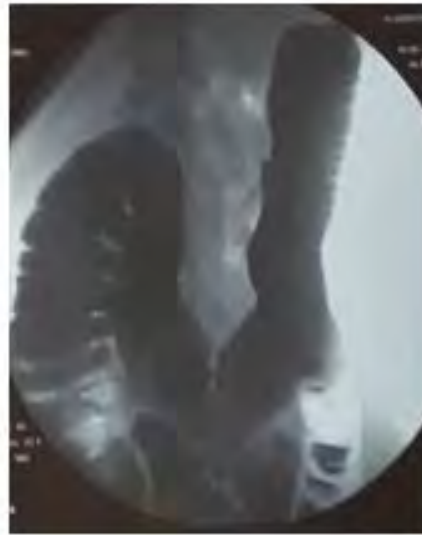
При диагностике ХК у детей мы руководствовались классификацией по Я.Ц. Циммерману (2009), где различаются: *по происхождению*- первичный (мегаколон и долихосигма, болезнь Гиршпрунга, транверзоптоз с синдромами Пайра и Хилайдити); вторичный (хирургические заболевания аноректальной зоны; холестатические процессы; перенесенные ОКИ и идиопатический); *по течению*: острый и хронический; *по этиологии*: алиментарный, механический, дискинетический, метоболический, токсический, медикаментозный, проктогенный, кологенный др. [8, 11].

Результаты и их обсуждения. По нашим клиническим данным, в основном был диагностирован первичный ХК: у 86 (45,7%) больных выявлено - долихосигма, у 36 (19,1%) – транверзоптоз с синдромами Пайра (двухстволка селезёночном изгибе), у 8 (4,2%) - синдром Хилайдити (двухстволка печеночном изгибе), у 6 (3,2%) – долихоколон, у 28 (13,8%) – кологенный, и у 24 (12,7%) – проктогенный. Варианты декомпенсированного течения транверзоптоза со синдромами Пайра (рис. 1А), и Хилайдити (рис. 1В) и декомпенсированного течения долихосигмы представлена на рис. 1С.

В результате анализа катамнестических данных (выписки истории болезни, изучение результатов клиничко – анамнестических данных опросника анкетирования), и комплексного клинического обследования 188 больных у 36 (19%) детей раннего возраста с ХК выявлены причины в отдельном и сочетанном виде: а) *алиментарного характера*– неадекватное искусственное питание, недокармливание, недостаточное количество жирности, сахара, клетчатки в пище, смена грудного молока, употребление неадаптированных продуктов (коровьего, козьего молока), адаптированные молочные смеси с повышенным уровнем белка, углевода, кальция фосфора и аллергенов, лактозная недостаточность, повышение рН (кислая среда) содержимого толстой кишки, недоношенность – в 20 случаях; б) *вторичного* - повышение вязкости каловых масс при кистофиброзе поджелудочной железы и пилоростенозе – в 5 случаях; в) *рефлекторного* - анальные трещины, острые парапроктиты – в 11 случаях; г) *механического* -послеоперационные и врожденные стенозы заднего прохода и прямой кишки или с механиче-

ским сдавливанием извне патологическим образованием (дермоидная киста, тератома) – в 6 случаях; д) *последствий перенесённого заболевания* – сепсис, дисбактериоз кишечника – 12 в случаях. Эти сопутствующие факторы являются причиной развития ХК до 3-х лет, в основном на фоне не-

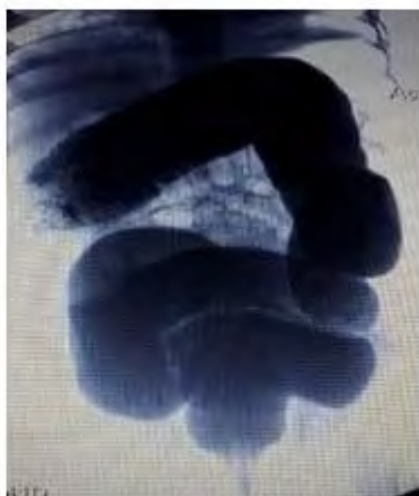
зрелости нервной регуляции, моторной функции ТК, морфофункциональной или ферментативной недостаточности органов ЖКТ и гипоксического поражения нервной системы перинатальном возрасте.



А



В



С

Рис. 1. Варианты декомпенсированного течения транзверзоптоза.
А - Синдром Пайра; В - Хилайдити С - Декомпенсированное течение долихосигмы

У 50 (27%) детей дошкольного возраста (4-6 лет) при клиническом и рентгенологическом (ирригографии) исследовании, частой причиной ХК имели место: гипертонус пуборектальных мышц с недостаточностью её релаксации - в 12 случаях; наличие острых аноректальных и ректосигмоидных углов - в 15 случаях; недостаточность релаксации внутреннего сфинктера - в 11 случаях; упорные запоры на фоне рефлекторного подавления возбудимости слизистой прямой кишки привело к энкопрезу - в 12 случаях. При данных ситуациях, сочетание приобретенных (алиментарных, механических, дискинетических, метаболических, медикаментозных, эндокринных, воспалительных) факторов, во всех случаях течение ХК перешли в декомпенсированную форму и проявились по типу: мегаректума и мегадолигосигма.

У 102 (54%) детей школьного и подросткового возраста (7-17 лет) ХК встречались довольно часто в виде суб- и декомпенсированной формы. Часто причинами были: хронические или рецидивирующие воспалительные процессы (колит, энтероколит, дизентерия и др.); ситуационные (частые употребления кофе, шоколад или какао с низкой концентрацией балластных веществ в пище и др.); эмоциональные факторы (психические перегрузки, депрессия), усиленные физические (спортивные) нагрузки и другие факторы приобретенного генеза.

Учитывая выявленные причины генеза и данные комплекса обследования ХК у детей, для оптимизации диагностики проведена клинко-катамнестическая оценка по балльной системе. По результатам количество баллов суб- и декомпенсированного клинического течения ХК у детей, составлен план дальнейшего дополнительно углубленного обследования по определению показаний к операции. При этом, если суммарный балл составлял свыше 4 баллов, всем больным, кроме общеклинических, лабораторных, ректальных исследований проводились ректороманоскопия и полипозиционная ирригография. При этом, нам удалось выявить воспалительные процессы в слизистой оболочке, дополнительные петли (изгибы), дефекты фиксации и моторно-эвакуаторные нарушения различных отделов ТК.

При суммарном балле свыше 8 и 12 баллов, для оценки состояния ТК, органов малого таза и дистального отдела позвоночника проводились дополнительные исследования: колоноскопия, пассаж ЖКТ, МРТ и УЗИ органов малого таза. В этом, с большей достоверностью удалось выявить состояние соседних органов, патологических образований, дефектов и нарушений мышц тазового дна при ХК у детей. При упорном течении ХК, в 24(12,8%) случае отмечалось сочетание функциональное недержание кала на фоне низкого интра-

ректального давления и значительно большого объема калового содержимого.

Обобщая результаты катамнестических, клинко-рентгенологических и дополнительных комплексов обследования, выявлены разнообразные причины ХК у детей в возрастном аспекте, обусловленные изменениями характера стула, анатомическими, мышечными и функциональными нарушениями дистального отдела ТК.

При этом, для грудного возраста характерным было у 94 (50%) больных выявление ХК с подострым течением врожденного генеза. У этих больных признаки запора усиливались при переходе ребенка на искусственное или смешанное вскармливание. Среди детей до 3 лет, причиной ХК в 57 (30,3%) случаях имел место первичный или вторичный характер на фоне долихосигмы или транзверзоптоза. У детей школьного и старшего возраста в 37 (19,6%) случаях были сужения, удлинения и дефекты фиксации одного из участков ТК, которое имело важное значение при выборе тактики метода лечения.

По нашим данным для оптимизации диагностики ХК у детей, из числа комплекса исследования, более доступной, ценной и достоверной является полипозиционная ирригография. При этом в момент порционного заполнения контраста все отделы ТК заполнялись контрастом для проведения серии снимков в разных позициях (положение) больного: лёжа на спине, стоя, на правом и левом боку и после опорожнения контраста. Это позволяет определить физиологическое состояние, наличие дополнительных изгибов, удлинение, неполную фиксацию, ротацию и ригидность ТК, что позволяет определить степень нарушения транзиторной функции. Эти рентгенологические критерии у больных с суб- и компенсаторными течениями ХК оценивались в балльной системе, что важно для оптимизации показаний к оперативному лечению. При этом, суммарный балл составляет свыше 6 баллов, всем больным проводилось комплексное консервативное лечение. Если суммарный балл свыше 12 баллов, нами проводилось многократное (3 и более) комплекса консервативное лечение, при его неэффективности, определяли относительные показания к оперативному лечению. При суммарном балле свыше 18 баллов, выявлена патология дефекта фиксации и нарушения мышц тазового дна с клиническими полными нарушениями моторно-эвакуаторной функции ТК, определяли прямые показания к оперативному лечению.

Таким образом, у 162 больных детей, обратившихся к нам с различным генезом суб- и декомпенсированным течением ХК, многие вопросы консервативного лечения решались совместно с гастроэнтерологом, педиатром, диетологом, эндокринологом, невропатологом.

Консервативное лечение проводили повторными курсами, чередуя средства и методы на протяжении не менее 1-1,5 лет. При лечении ФХК упорно и регулярно опорожняли прямую кишку, путем назначения 5-10 столовых ложек минерального масла или гипертоническую клизму. При «каловых завалах» проводили сифонную клизму с 1% раствором поваренной соли, ежедневно до полного очищения кишечника. Одновременно индивидуально подбирали диету, корригирующую дисбаланс дефицита солей, витаминов, растительной клетчатки или жидкости, а также неправильный режим питания и снижение физической активности. Ребенка старше 3 лет приучали к регулярному произвольному опорожнению кишечника - предлагая ежедневно в одну время сидеть в туалете. Эффективными были также иглорефлексотерапия, лазерная акупунктура, гимнастика, плавание, и санаторно-курортное лечение. Таким образом, основа комплексного консервативного лечения была направлена на повышение тонуса кишечной стенки и транзиторной функции кишечника с назначением прозерина в виде электрофореза, выработку рефлекса дефекации с помощью электростимуляции, нормализацию микробного пассажа ТК с эубиотиками и повышение внутрибрюшинного давления, путем укрепления мышц передней брюшной стенки с применением тонизирующего массажа. В результате проведения этапного (1-3 мес.) комплексного консервативного лечения в течение 1-12 месяцев, нами получены хорошие результаты у 162 (86%) больных.

Показаний к оперативному лечению при ХК определено у 26 (14%) больных. При этом, прогрессирующее ухудшение состояния пациента выявлено – у 3-х больных, отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения отмечено у 6-ти и нарастание явлений хронической толстокишечной непроходимости с декомпенсированным течением ХК (до 2-х лет) - у 12 больных. У этой категории больных с ХК рентгенологические данные были обусловлены: на фоне ригидности и дистальной резкой дилатации ТК сочетанием долихосигмы, долихоколона и транзверзоптоза.

Возраст больных составил 4-17 лет. Среди них, в дошкольном возрасте оперировано -4 (15,3%) больных; в школьном возрасте- 13 (50%) и в подростковом возрасте – 9 (34,7%) больных.

Больные в основном были оперированы в старшем возрасте. Показаниями были декомпенсаторное течение ХК, причиной больше всего обусловленные спонтанными и чрезмерными физическими нагрузками в старшем возрасте, в основном у мальчиков на фоне имеющиеся неполной фиксации и удлинения ТК. Цель хирургического лечения при ХК у детей явилась резекция удлиненного избыточного сегмента или

суженной зоны, ликвидация механического препятствия или дилатированной части ТК, с фиксацией опущенных и ротированных её частей. При этом, восстановлены нормальные анатомические структуры и транзиторные функции ТК.

При выборе методов операции учитывался возраст больных, характер и локализации патологии. Поэтому, хирургические доступы и методы операции были различными. У детей до 3 лет при декомпенсированной форме мегаректума и долихосигмы, операции проводили с применением трансанального доступа по методу Делаторре-Мандрагона - у 6 (23,1%) больных. У детей дошкольного возраста, при декомпенсированной форме долихосигмы и её сужениях, проводили брюшно-промежностную проктопластику по Соаве - Ленюшкину – у 6 (23,1%) больных, при анальной ахалазии проводили сфинктеротомии – у 4 (15,3%) больных. У детей старшего возраста при декомпенсированной форме транзверзоптоза и его сочетании с болезнью Пайра и Хилайдити, нами выполнено операция резекции и фиксации ТК осуществлялись только абдоминальным доступом – у 10 (38,5%) больных.

У 26 (14%) больных с ХК произведены оперативные вмешательства: резекция прямой и частично сигмовидной кишки с формированием коло-анального анастомоза - у 8 (30,7%) больных; левосторонняя гемиколэктомия с брюшно-промежностной проктопластикой с созданием безшовного анастомоза - у 7 (26,9%); резекция поперечно-ободочной кишки с формированием «коло-коло» анастомоза с трансверзогастропексией- у 11 (42,3%) больных и сфинктеротомии – у 4 (15,3%) больных. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено.

При гистоморфологических исследованиях препаратов удаленного участка толстой кишки выявлены дегенеративные изменения во всех слоях кишечной стенки в виде склероза подслизистого слоя, отека и склероза сосудистых стенок, местами кровенаполнения, стаз, снижение мышечного тонуса стенки кишки, дегенеративные изменения нервных клеток.

В отдаленном периоде (1-4 года) лечения, после операции сегментарной резекции поперечно-ободочной кишки, тотальной или частичной сигмоидэктомии, ректосигмоидэктомии, у всех больных получены хорошие результаты, осложнений не наблюдалось.

Выводы: 1. При суб и декомпенсированной формы ХК у детей показаниями к хирургическому лечению является: отсутствие эффекта от длительного проводимого консервативного лечения, нарастание явлений хронической толстокишечной непроходимости с декомпенсированным течением и ухудшение состояния больного.

2. При ХК у детей, оптимальным выбором методов операции до 3 лет рекомендуется операция Делаторре – Мандрагона трансанальным доступом, дошкольного возраста операция Соаве - Леньюшкина брюшно-промежностным доступом и у детей старшего возраста - резекции и фиксации толстой кишки через лапаротомной доступом.

Литература:

1. Акилов Х.А., и др./ Оценка иммунологического статуса детей с различной патологией толстой кишки, протекающей с колостазом // Вестник экстренной медицины.- Ташкент , 2017.-№3. -С 66-70.
2. Боднар О.Б., и др. /Хирургическое лечение хронического запора при долихосигме у детей//Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2014.№3. С. 30.
3. Винокуров А.С. Синдром Хилайдити//Радиология. №3.2015.С.54-58.
4. Гераськин А.В. и др. Детская колопроктология // Изд. «Контент». М. 2012 с-343-345.
5. Киргизов И.В. и др. Определение факторов риска развития хронического толстокишечного стаза у детей. //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2016. №3. С. 87-89.
6. Комиссаров М.И. Диагностика и лечение хронических запоров у детей. /Автореф. дис.. к.м.н.- Санкт-Петербург. 2009. С-24.
7. Саидов Ф.А. /Оптимизация методов диагностики и лечения хронического колостаз у детей // Автореф. дис. к.м.н.- Ташкент. 2018. С-18
8. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология. /Издательство г Масква ГЭОТАР-Медиа-2012. №3. С 168.
9. Хамраев А.Ж., Атакулов Ж.А. Болалар колоректал хирургияси/ Издател. «Укитувчи». Т. 2014, С -122-176.
10. Шамсиев А. М., Хамраев А. Ж. Малая хирургия детского возраста. – O'qituvchi, 2006.
11. Akilov Kh.A., et. all. /Comparative evolution of the colon microbiocenosis in children with chronic colostasis on the beckground of surgical treatment // European sciences review. – Austria, 2016.-№ 7-8. P 31-35.
12. Mukhitdinovich S. A. et al. Rehabilitation of children after repeated surgical interventions regarding anorectal malformations //European science review. – 2017. – №. 3-4.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ У ДЕТЕЙ

А.Ж. ХАМРАЕВ, У.М. МИРЗАХМЕДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Авторами у 188 больных детей с суб – и декомпенсированными течениями ХК проведены катанестических, клинико-рентгенологических и дополнительных комплексов исследования. Выявлены разные органические причины, обусловленные анатомическими, мышечными и функциональными нарушениями дистального отдела ТК и результаты их в целом оценен в бальной системе. При этом суммарный составляет 4- 12 балл, рекомендуется консервативное лечение, без эффективности её показания к оперативному лечению, если 12-18 балл, при наличие дополнительных изгибов, удлинение, сужение, неполную фиксацию, ротацию и ригидности ТК, с клиническими полными нарушениями моторно-эвакуаторной функции определяли прямые показания к оперативному лечению. У 162 (86%) больных получены хорошие результаты от комплексного консервативного лечения. У 26 (14%) больных определено показания к хирургическому лечению при: отсутствие эффекта от длительного проводимого консервативного лечения, нарастание явлений хронической толстокишечной непроходимости с декомпенсированном течением и прогрессирующем ухудшение состояния пациента.

При выборе методы операции учитывался возраст больных, характер и локализации патологии ТК. У детей до 3 лет проводился метод Делаторре-Мандрагона трансанальным доступом; дошкольного возраста – метод Соаве - Леньюшкина с брюшно-промежностным доступом и у старших детей - внутрибрюшинная резекция и фиксация ТК лапаротомным доступом. Характер операции были: резекции удлиненной или суженной зоны ТК с созданием «коло-анал» или «коло-коло» анастомозов с фиксацией опущенных и ротированных частей кишечника с целью восстановление нормальные анатомические структуры и транзиторные функции её. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено.

Ключевые слова: хронический колостаз, хирургическое лечение, толстая кишка, у детей.