УДК 616.34-008.14/.15-06:616.348-007.1]-07-089

О.Б. Боднар, Б.М. Боднар, Л.І. Ватаманеску, С.О. Сокольник, А.М. Унгурян

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології (зав. – проф. Б.М. Боднар)
Буковинського державного медичного університету м. Чернівці.

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ТА ПОЛОЖЕННЯ ОБОДОВОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ: ДІАГНОСТИКА ТА ПОКАЗАННЯ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Резюме. Проаналізовано результати обстеження 338 дітей з хронічними запорами. В 211 (62,43%) пацієнтів виявлені аномалії розвитку та фіксації ободової кишки. Проведений аналіз показав, що показаннями до хірургічного лікування доліхосигми, хвороби Пайра та синдрому Хілаідіті слід вважати: хронічні запори, рецидивуючій біль в животі, каломазання та неефективність консервативного лікування впродовж року.
Ключові слова: доліхосигма, хвороба Пайра,синдром Хілаідіті, замикальний апарат товстої кишки, ірігографія, діти.

Проблеми діагностики та лікування хронічного колостазу (ХКС) до цього часу залишається досить актуальною. До кінця не вивчені питання етіології, патогенезу, діагностики, консервативного та хірургічного лікування даної патології [1-3].

Одним з основних методів дослідження при аномаліях розвитку та положення ободової кишки (ОК) є ірігографія та ірігоскопія з барієм. Цей добре вивчений і досить давно вживаний метод обстеження дозволяє в більшості випадків встановити правильний діагноз [4, 5]. Однак відомі рентгенологічні критерії не завжди дозволяють зробити це досить точно в групі дітей з хронічним колостазом.

При хірургічному лікуванні хронічного колостазу частота незадовільних результатів досягає 27,3-45,9%. [5,6]

Мета дослідження: розробити діагностичні критерії та показання до хірургічного лікування дітей з аномаліями розвитку та положення ОК, що супроводжуються хронічними запорами.

Матеріали і методи. З*а період з 2003 по 2012 роки на кафедрі дитячої хірургії та отоларингології Буковинського державного медичного університету на базі клініки дитячої хірургії (КМУ МДКЛ, м. Чернівці) з хронічними запорами обстежено 338 дітей, віком від 6 місяців до 17 років.*

У 93 (27,51%) пацієнтів виявлено гастроентерологічну та неврологічну патології, які потребували лікування в спеціалізованих відділеннях. У 34 (10,06%) – хвороба Гірсшпрунга, яка лікується тільки хірургічним шляхом. У 211 (62,43%) – аномалії розвитку та положення ОК, які потребували чіткого визначення в тактиці лікування (хірургічного або консервативного). Серед аномалій розвитку та положення ОК у дітей виділяли доліхосигму, хворобу Пайра та синдром Хілаідіті.

Для контрастування товстої кишки використовували 35% дрібнодисперсну суміш сульфату барію, яку вводили в пряму кишку з кружки Есмарха. При використанні такого принципу введення контрастної речовини відбувається без посилення, що дозволяє отримати чітке зображення ОК без викривлення її розмірів та форми. Заповнення товстої кишки контрастною речовиною виконували в положенні хворого лежачи на спині з періодичним рентгеноскопічним контролем. Уведення контрасту припиняли при поступленні його у висхідну ободову кишку. Заповнення висхідної ободової та сліпої кишок відбувалося впродовж 3-5 хвилин. Недостатність ілеоцекального замикального апарата (НІЦЗА) при аномаліях розвитку та положення ОК виявляли по наявності надходження контрастної речовини в клубову кишку. Розрізняли три ступеня НІЦЗА.

Обстеження виконували в прямій і боковій проекціях, горизонтальному та вертикальному положеннях пацієнта при тугому наповненні ОК барієвою сумішшю до- та після випорожнення. Дослідження проводили на рентгеноскопічному апараті TUR-100 (Німеччина) з ЕОП.

Результати досліджень та їх обговорення. Провідною клінічною ознакою аномалій розвитку та положення ОК у дітей були запори, які тривали від 3 до 9 діб та хронічний рецидивуючий біль в животі.

При оцінці рентгеноконтрастного дослідження, з метою більш чіткого визначення наявності чи відсутності аномалії розвитку та положення ОК, умовно її поділяли на анатомічні сегменти, згідно розташування замикачів. I сегмент – сліпокишковий (до рівня сліпокишковивисхідного замикача (сфінктер Бузі)). II сегмент – висхідноободовий (від сфінктера Бузі до рівня висхідноободового замикача (сфінктер Гірша)). III сегмент – правобічний поперековоободовий (від висхідноободового до поперековоободового замикача (сфінктер Кеннона – на межі середньої та дистальної третини поперекової ободової кишки)). IV сегмент – лівобічний поперековоободовий (від поперековоободового замикача до замикача лівого вигину ободової кишки (сфінктер Пайра-Штрауса)). V сегмент – низхідноободовий (від замикача лівого вигину ободової кишки до низхідносигмоподібного замикача (сфінктер

© О.Б. Боднар, Б.М. Боднар, Л.І. Ватаманеску, С.О. Сокольник, А.М. Унгурян, 2014

Баллі)). VI сегмент – сигмоподібний (від низхідносигмоподібного замикача до сигмоподібнопрямокишкового (сфінктер О'Берна-Пирогова-Мутьє).

Для оцінки рентгенологічної картини доліхосігми важливим є чітке виокремлення патології від фізіологічної вікової норми.

Для встановлення діагнозу доліхосігми оцінювали стан VI сегмента ОК за наступними критеріями: довжина сигмоподібної ободової кишки (СОК); ширина СОК порівняно з дистальною частиною V сегмента. Основними показниками, які свідчили за наявність запору органічного ґенезу були: утворення додаткових петель, що порушують евакуаторну функцію та наявність барієвої суміші в СОК після випорожнення.

Вважаємо за доцільне розрізняти доліхосигму з порушенням евакуаторної функції та без неї. Окрім того при доліхосигмі виявляли наявність високого положення лівого вигину ОК. Для визначення даної аномалії фіксації лівого вигину ОК оцінювали верхню межу її V та II сегментів по відношенню один до іншого відносно тіл хребців. При зміщенні лівого вигину відносно правого більше тіла двох хребців визначали високе положення лівого вигину ОК. Звертали увагу на наявність залишків контрастної речовини в I-IV сегментах ОК після випорожнення.

Для встановлення діагнозу хвороби Пайра оцінювали верхню межу V та II сегментів, констатуючи утворення ними гострих кутів. Визначення положення III та IV сегментів виявляло опущення їх у порожнину малого таза.

На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини при синдромі Хілаідіті спостерігали діафрагмово-печінкову інтерпозицію II-III сегментів ОК. У прямій та боковій проекціях між правою половиною діафрагми та печінкою визначався газовий міхур, на тлі якого прослідковувався малюнок гаустр.

Лікування доліхосигми, хвороби Пайра та синдрому Хілаідіті розпочинали з консервативної терапії. Неефективність консервативної терапії впродовж року у дітей старше 6-ти річного віку, була показанням до проведення оперативного втручання.

Висновки. 1. Показаннями до операцій з приводу аномалій розвитку та положення ободової кишки у дітей слід вважати: наявність хронічних запорів від 3-ох до 9-ти діб (100%), хронічний рецидивуючий біль в животі (48,82%), каломазання (10,43%), неефективність консервативного лікування впродовж року у дітей старше 6-ти років (20,38%). 2. Умовне поділення ободової кишки на сегменти (I-VI) в межах фізіологічних замикачів дозволяє підвищити ефективність інтерпретації іригограм та визначити правильний шлях лікування дітей з аномаліями розвитку та фіксації ободової кишки. 3. Рентгенологічними ознаками необхідності проведення оперативних втручань при аномаліях розвитку та положення ободової кишки слід вважати: утворення додаткових петель товстої кишки в межах VI сегмента при доліхосигмі; вища верхня межа V сегмента по відношенню до II поєднано з опущенням III та IV сегментів в порожнину малого таза при хворобі Пайра; діафрагмово-печінкова інтерпозиція II-III сегментів ободової кишки при синдромі Хілаідіті − при умові затримки евакуації контрастної речовини після випорожнення.

Перспективи подальших досліджень. На підставі проведених досліджень доцільно удосконалити методи діагностики та хірургічного лікування хронічного товстокишкового стазу у дітей шляхом застосування ендоскопічних технологій.

Список використаної літератури

1. Ameh E.A. Intestinal volvulus: aetiology, morbidity, and mortality in Nigerian children / E.A. Ameh, P.T. Nmadu // J. Pediatr. Surg. Int. – 2010. – Vol. 16, № 2. – P. 50-52. 2. Ergashev N. Diagnosis and treatment of congenital megadolichocolon / N. Ergashev, Nurali Nazarov // Med. and Health Scien. J. – 2011. – Vol. 9. – P. 83-88. 3. Джавадов Э.А. Хирургическое лечение хронического копростаза / Э.А. Джавадов, Ф.С. Курбанов // Хирург. – 2011. – № 2. – С. 46-49. 4. Colonic transit studies: normal values for adults and children with comparison of radiological and scintigraphic methods / B. Southwell, M. Clarke, J. Sutcliffe [et al.] // Pediatr. Surg. Int. – 2009. – Vol. 25. – P. 559-572. 5. Аномалии развития толстой кишки: рентгенологическая диагностика врожденных нарушений положения и фиксации кишечника / А.А. Тихонов, С.И. Ачкасов, И.В. Зароднюк [и др.] // Радиология – практика. – 2009. – № 6. – С. 4-14. 6. Диагностическая и лечебная практика при хроническом кологенном запоре / О.Ю. Карпухин, А.Ф. Шакуров, Н.Ю. Савушкина [и др.] // Акт. пробл. мед. – 2012. – Т. 2, № 8(64). – С. 90-93.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Резюме. Проанализированы результаты обследования 338 детей с хроническими запорами. В 211 (62,43%) пациентов выявлены аномалии развития и фиксации ободочной кишки. Проведенный анализ показал, что показаниями к хирургическому лечению долихосигма, болезни Пайра и синдрома Хилаидити следует считать: хронические запоры, рецидивирующей боли в животе, каломазання и неэффективность консервативного лечения в течение года.

Ключевые слова: долихосигма, болезнь Пайра, синдром Хилаидити, сфинктерный аппарат толстой кишки, ирригография, дети.

ANOMALIES OF DEVELOPMENT AND COLON IN CHILDREN: DIAGNOSIS AND INDICATIONS FOR SURGICAL TREATMENT

Abstract. The results of the survey 338 children with chronic constipation. In 211 (62.43%) patients had abnormal development and fixation of the colon. The conducted analysis set that by testimonies to surgical treatment of dolichosigmoid, Payre's disease and Cyilaiditi's syndrome needs to consider: chronic locks, recrudescent abdominal pain, encopresis and uneffectiveness of conservative treatment for a year.

Key words: dolihosyhma, disease Payra, syndrome Hilaiditi, sphincter apparatus colon, irihohrafiya, children.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 08.05.2014 р.
Рецензент – проф. Іфтодій А.Г. (Чернівці)