

УДК 616.351-053.2-089

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДОЛИХОМЕГАКОЛОНА У ДЕТЕЙ

Ф. Х. Саидов

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

SURGICAL APPROACH TO TREATMENT OF PEDIATRIC DOLICHOMEGACOLON

F. Kh. Saidov

*Republican Scientific Center of Emergency Medical Care,
Tashkent Institute of Physicians' Advanced Training, Tashkent, Uzbekistan*

Цель. Определить объем хирургического вмешательства при долихомегаколоне у детей в зависимости от пораженной части толстой кишки.

Материалы и методы. Приведены результаты обследования и лечения 24 детей (15 (62,5%) мальчиков и 9 (37,5%) девочек в возрасте от 2 до 14 лет) с долихомегаколоном, находившихся на лечении с 2006 г. по настоящее время. Все дети поступили с клиникой острого живота: острого аппендицита, острой кишечной непроходимости, абдоминальным болевым синдромом. Обследование проводилось согласно принятым в клинике стандартам.

Результаты. 10 (41,7%) детей оперированы методом коррекции длины, положения ободочной кишки, 14 (58,3%) – методом субфасциальной резекции дистального отдела ободочной кишки, в том числе и прямой. Через 6 месяцев у 2 (20%) больных, оперированных методом коррекции длины, положения ободочной кишки, запоры возобновились, что было расценено как неудовлетворительный результат. Через 12 месяцев у 1 (7,1%) пациента развился стеноз зоны толстокишечного анастомоза с рецидивом запора, что также было расценено как неудовлетворительный результат.

Выводы. У пациентов с долихомегаколоном, сопровождающимся дисплазией нервного аппарата стенки толстой кишки, хирургическая коррекция длины, положения не всегда бывает эффективна. Ремиссия, сохраняющаяся в первые 6 месяцев после операции, связана в основном с резекцией декомпенсированных отделов и временной эффективной пропульсией вышележащих отделов ободочной кишки, оставшейся дистальной части сигмы и прямой кишки, вовлеченных в процесс и имеющих дистрофические изменения стенки, что является причиной частых рецидивов запоров.

Ключевые слова. Долихомегаколон, хирургия, дети.

Aim. To determine the volume of surgical intervention in pediatric dolichomegacolon depending of the damaged part of the colon.

Materials and methods. The results of examination and treatment of 24 children at the age of 2 to 14 years who were treated for dolichomegacolon from 2006 till now are presented in the paper. There were 15 (62,5%) boys and 9 (37,5%) girls. All children were admitted to the hospital with the symptoms of acute abdomen: acute appendicitis, acute intestinal obstruction, abdominal pain syndrome. Examination was carried out by the accepted clinical standards.

© Саидов Ф. Х., 2014

e-mail: medsaidov@mail.ru

тел. (99890) 984 92 93

[Саидов Ф. Х. – аспирант кафедры хирургии с курсом детской хирургии].

Results. Ten (41,7%) children were operated using the technique of length, colon position correction, 14 (58,3%) – the technique of subfascial resection of the distal part of the colon including rectum. Six months later, 2 (20%) patients operated with the technique of length, colon position correction had resumed constipations that was considered as an unsatisfactory result. Twelve months later, 1 (7,1%) patient had stenosis of the zone of colonic anastomosis with constipation relapse that was also regarded as an unsatisfactory result.

Conclusions. In patients with dolichomegacolon accompanied by dysplasia of colonic wall nervous apparatus, surgical technique of length, position correction is not always effective. Remission preserving for the first 6 months after the surgery is associated mainly with resection of decompensated parts and temporary efficient propulsion of the above lying colonic parts, of the remaining distal part of sigma and rectum involved into the process and having dystrophic changes in the wall that is the reason of frequent constipation relapses.

Key words. Dolichomegacolon, surgery, children.

ВВЕДЕНИЕ

Долихомегаколон у детей – врожденное удлинение и расширение толстой кишки с недоразвитием нервного аппарата стенки с последующим присоединением и прогрессированием органических изменений ее стенки и брыжейки вследствие поражения интрамуральных сплетений, нарушения функции и развития воспалительных процессов [2, 5]. По разным данным, среди всех аномалий развития толстой кишки долихомегаколон встречается в 10–15% случаев [3, 14]. Некоторые авторы причисляют удлиненную толстую кишку к порокам развития и считают ее самостоятельной нозологической единицей, другие видят в ней не аномалию, а один из вариантов развития [1, 16]. Долихомегаколон считают одной из причин развития хронического колостаз, при котором наблюдаются упорные хронические запоры [7, 12].

Лечебная тактика при долихомегаколоне продолжает вызывать споры [9]. Показания к хирургическому лечению у детей строго ограничены и не выходят за рамки резекции сигмовидной кишки, что может способствовать рецидиву толстокишечного стаза [10]. Одни авторы предлагают лечить долихомегаколон посредством хирургической коррекции длины и положения ободочной кишки [8, 11]. Другие специалисты причину долихомегаколоне видят в дистрофии ганглиев прямой кишки [4, 13].

По разным данным, частота неудовлетворительных результатов после оперативных вмешательств варьируется от 27,3 до 45,9% [15]. Ни один из множества известных сегодня методов консервативного и хирургического лечения не приводит к полному излечению пациентов [6, 18]. Многие вопросы диагностики, консервативного и хирургического лечения этого порока развития до конца не изучены [17].

Цель работы – определить объем хирургического вмешательства при долихомегаколоне у детей в зависимости от пораженной части толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обобщены результаты обследования и лечения 237 детей с хроническими запорами различного генеза в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, из них 80 детей получали лечение на базе отделения детской хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, 157 детей были госпитализированы в отделение детской хирургии 1-й городской детской клинической больницы г. Ташкента в период с 2006 г. по настоящее время.

Обследование проводилось согласно принятым в клинике стандартам и включало тщательный сбор анамнеза, оценку эффективности проведенного консервативного ле-

чения, клинико-биохимические исследования (анализы крови, мочи, копрограмма, исследование кишечной микрофлоры), колонофиброскопию, ирригографию, пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту, мультисканную компьютерную томографию с контрастированием и виртуальную колоноскопию с 3D-реконструкцией, сфинктерометрию, морфологические исследования биоптата ткани толстой кишки (при колонофиброскопии), дуплексное сканирование магистральных сосудов толстой кишки.

В результате обследования у 112 (47,3%) детей диагностирована долихосигма, у 6 (2,5%) – долихоколон, у 24 (10,1%) – долихомегаколон, у 42 (17,7%) – болезнь Гиршпрунга, у 2 (1%) – синдром Пайера, у 51 (21,5%) – функциональные запоры.

Необходимо отметить, что проанализированы исходы лечения детей, поступивших в хирургические отделения по экстренным показаниям, то есть перечисленные диагнозы впервые у них были установлены в период обследования.

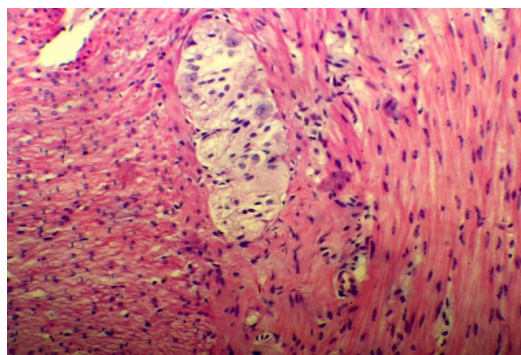
Из 24 (10,1%) пациентов с долихомегаколом было 15 (62,5%) мальчиков и 9 (37,5%) девочек в возрасте от 2 до 14 лет. Предварительные диагнозы, с которыми дети были госпитализированы в клинику: острый аппендицит, острая кишечная непроходимость (6; 25%), абдоминальный болевой синдром (7; 29,2%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

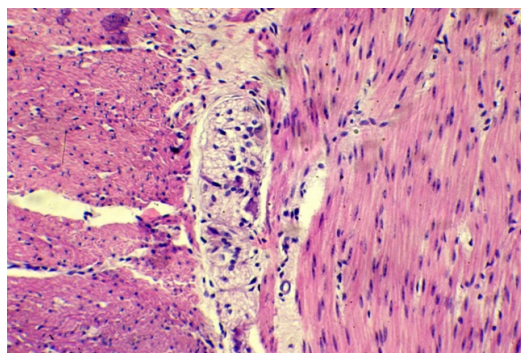
У всех 24 детей с долихомегаколом проведена колоноскопия эндоскопом марки Olympus PCF 20 с биопсией и дальнейшим микроскопическим исследованием. Забор биоптата проводился поэтапно из трех мест эндоскопическими биопсийными щипцами (форцептов) с захватом слизистой, подслизистого и мышечного слоев. Таким образом, исследованию подвергались проксимальная часть (восходящий отдел, правая половина поперечного отдела), средняя часть (левая

половина поперечного отдела, нисходящий отдел), дистальная часть (сигма, ректосигмоидный отдел) стенки ободочной кишки и прямая кишка.

Во всех биоптатах были выявлены отек соединительной ткани на фоне гипертрофии мышечных волокон различной степени выраженности, дистрофия эпителия слизистой оболочки, лимфогистиоцитарная инфильтрация, отмечалось также обеднение нервных узлов клетками, дисплазия их, вакуолизация, сморщивание ядер. У 10 (41,7%) детей дисплазия нервного аппарата стенки толстой кишки отмечалась в средней и дистальной ее части (рисунок, а). У 14 (58,3%) – распространялась на среднюю, дистальную часть толстой кишки и на прямую кишку (рисунок, б).



а



б

Рис. Нервный ганглий расширенной части толстой кишки с признаками дисплазии, гематоксилин и эозин, об. 10 × ок. 20

Все больные до операции страдали отсутствием самостоятельного стула, регулярно пользовались слабительными и очистительными клизмами, длительность заболевания составляла от 2 до 7 лет. Кроме того, продолжительность запоров связана с дисплазией нервного аппарата.

10 (41,7%) пациентам с долихомегаколомом и левосторонним поражением нервного аппарата выполнена резекция левой половины толстой кишки брюшным доступом с последующим наложением толсто-толстокишечного анастомоза конец-в-конец.

Операция у пациентов заключалась в резекции декомпенсированных отделов ободочной кишки, включая ректосигмоидный переход, с устранением высокого стояния селезеночного изгиба ободочной кишки и наложением трансверзосигмо(ректо) анастомоза. Если слепая кишка первоначально располагалась слишком низко или под печенью, то производили цекоасцендопексию, а проксимальный отдел поперечно-ободочной кишки низводили вниз по направлению к прямой кишке. Вся ободочная кишка перемещалась по часовой стрелке справа налево. Избыток ее левой половины резецировался и формировался трансверзосигмоидальный или трансверзоректальный анастомоз конец-в-конец. Новообразованные изгибы ободочной кишки подшивались к реберным частям диафрагмы справа и слева, восходящие и нисходящие отделы кишки пришивались к брюшине и мышцам латеральных каналов брюшной полости – у 6 (25%) детей. При субтотальной дилатации ободочной кишки производилась левосторонняя гемиколэктомия с резекцией поперечно-ободочной кишки, а сохраненные слепая и восходящая кишка инвертировались в сагиттальной плоскости вокруг подвздошно-толстокишечных сосудов, и накладывался асцендоректальный анастомоз – у 4 (16,7%) детей.

14 (58,3%) больным с поражением нервного аппарата средней, дистальной части

толстой кишки и прямой кишки произведена левосторонняя гемиколэктомия и субфасциальная мобилизация прямой кишки с низведением ободочной кишки по Свенсону – Хитату – Исакову. При этом проводилась мобилизация дистальных отделов толстой кишки выворачиванием ее наружу через заднепроходное отверстие и внебрюшинная резекция патологически измененной части толстой кишки с наложением прямого анастомоза между низведенной ободочной кишкой и прямой кишкой, пересеченной на 4–5 см выше заднепроходного отверстия. Далее анастомоз вправлялся в анальный канал.

В послеоперационном периоде осложнений со стороны брюшной полости не было. Перистальтика кишечника восстановилась на 4–5-е сутки, стул в течение первых 4–6 недель был кашицеобразный, частота акта дефекации составляла от 2 до 6 раз в сутки.

В отдаленном периоде результаты оперативного лечения были прослежены нами в течение 2–3 лет. Проводились обязательные осмотры, целью которых была оценка общего состояния больных, определение частоты стула.

Неудовлетворительным считался исход лечения, не приносящий больному никакого облегчения, то есть сохранялись запоры, со временем их длительность возрастала.

Удовлетворительным полагался результат, когда стул был самостоятельным, но нерегулярным, при этом позывы на дефекацию сохранялись или требовалась коррекция диеты; допускалось несистематическое использование послабляющих средств или очистительных клизм, отмечалось улучшение общего самочувствия.

Хорошим считался результат при отсутствии каких-либо жалоб со стороны живота, отмечались улучшение общего самочувствия, полное восстановление кишечного пассажа, регулярный стул мягкой консистенции.

Через 6–12 месяцев после операции левосторонней гемиколэктомии удовлетво-

рительные результаты, характеризующиеся рецидивами запора, которые в последующем были разрешены консервативным лечением, наблюдались у 2 (20%) больных. У 5 (50%) оперированных результаты были удовлетворительными. Хорошие результаты получены у 3 (30%) детей. После внебрюшинной ректосигмоидэктомии по Свенсону–Хиату–Исакову неудовлетворительный результат отмечался у 1 (7,1%) пациента. Развившийся у него рецидив запора за счет стеноза зоны толстокишечного анастомоза был разрешен консервативным путем, при этом проводилось бужирование суженной зоны анастомоза. У 5 (35,7%) больных зафиксированы удовлетворительные результаты, у 8 (57,2%) – хорошие.

Основные характеристики течения послеоперационного периода указаны в таблице.

Основные характеристики течения послеоперационного периода

Симптом	Всего, <i>n</i> =24	
	абс.	%
Ранний послеоперационный период		
Вздутие живота	4	16,7
Восстановление перистальтики на 4–5-е сутки	24	100
Стул ежедневный мягкий	24	100
Поздний послеоперационный период		
Регулярный стул	19	79,2
Эпизоды задержки стула 1–2 дня	2	8,3
Рецидив запора	3	12,5
Сохранение дисбиоза кишки	3	12,5

Таким образом, при оперативном лечении методом коррекции длины хорошие результаты получены у 3 больных с изолированной мегасигмой и долихоколоном (левосторонняя гемиколэктомия), при операции по Свенсону–Хиату–Исакову – у 7 больных с мегасигмой и мегаректумом. После резекции прямой кишки с низведением ободочной кишки в разных модификациях наблюдались поздние послеоперационные осложнения (стеноз зоны толстокишечного анастомоза).

Рецидивы запоров при левосторонней гемиколэктомии отмечались в среднем через 6–12 месяцев.

Выводы

1. Долихомегаколон представляет собой проблему, решить которую можно, разработав адекватную тактику лечения, в том числе хирургического, с учетом стадии процесса, характера и степени функционального расстройства ободочной кишки.

2. По нашим данным, у пациентов с долихомегаколоном, сопровождающимся дисплазией нервного аппарата стенки толстой кишки, хирургическая коррекция длины, положения не всегда бывает эффективна. Ремиссия, сохраняющаяся в первые 6 месяцев после операции, связана в основном с резекцией декомпенсированных отделов и временной эффективной пропульсией вышележащих отделов ободочной кишки, оставшейся дистальной части сигмы и прямой кишки, вовлеченных в процесс и имеющих дистрофические изменения стенки, что является причиной частых рецидивов запоров.

Библиографический список

1. *Алешин Д. В.* Выбор метода хирургического лечения резистентных форм колостазов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2007; 28.
2. *Высоцкий Ф. М.* Хирургическая коррекция осложнений долихоколонов. Актуальные вопросы колопроктологии: материалы I съезда колопроктологов России. Самара 2003; 417.
3. *Джавадов Э. А.* Диагностика хронического колостазов у больных с долихоколоном. Анналы хирургии 2009; 3: 21–23.
4. *Джавадов Э. А.* Хирургическое лечение хронического колостазов. Хирургия 2009; 12: 60–62.
5. *Джавадов Э. А., Курбанов С. С., Ткаченко Ю. Н.* Хирургическое лечение хронического ки-

- шечного стаза у больных с долихоколон. Хирургия 2010; 9: 53–58.
6. *Киргизов И.В., Ленюшкин А.И., Горбунов Н.С.* Новое понимание проблемы хронического колостаз у детей. Детская хирургия 2006; 6: 17–22.
7. *Наврузов С.Н.* Хронический толстокишечный стаз. Ташкент: Медицина 2005; 51–54.
8. *Осипенко М.Ф.* Мега- и долихоколон: клинические проявления, факторы риска, патогенез, диагностика. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2005; 15 (4): 74–81.
9. *Сварич В.Г.* Рентгенологические критерии дифференциальной диагностики различных вариантов хронического колостаз у детей. Педиатрия 2008; 87 (3): 53–56.
10. *Хамраев А.Ж.* Хирургическое лечение детей с приобретенными хроническими запорами. Детская хирургия 2008; 1: 7–10.
11. *Bruch H.P.* Causes and treatment of megacolon in adults. Chirurg Praxis 2004; 62 (4): 605–617.
12. *Ding Z.L.* Effect of combined drug treatment on megacolon with severe constipation. Nat. Med. J. China. 2007; 87 (10): 670–672.
13. *Frisancho O.* Dolichomegacolon of the Andes and intestinal volvulus due to altitude. Rev. Gastroenterol. Peru. 2008; 28 (3): 248–257.
14. *Levy J.M., McGinness C., Jaffe B.M.* Megacolon, hypoganglionosis, and cerebrovascular disease. J. Louisiana State Med. Soc. 2010; 162 (2): 92–95.
15. *Szajewski M.* Surgical treatment of megacolon-case report. Przegląd Lekarski 2008; 65 (9): 408–409.
16. *Szarka L.A., Pemberton J.H.* Treatment of megacolon and megarectum. Curr. Treatm. Options. Gastroenterol. 2006; 9 (4): 343–350.
17. *Tezuka T.* Megacolon in multiple system atrophy: Safety concerns related to PEG. Movement Dis. 2009; 24 (7): 1096–1097.
18. *Werner C.R.* Megacolon in adulthood after surgical treatment of Hirschsprung's disease in early childhood. World J. Gastroenterol. 2005; 11 (36): 5742–5745.

Материал поступил в редакцию 12.01.2014