

© О. Б. БОДНАР

Буковинський державний медичний університет

## Діагностика та показання до хірургічного лікування хронічного запору в дітей, зумовленого аномаліями розвитку та положення ободової кишки

O. B. BODNAR

Bukovyna State Medical University

### DIAGNOSTICS AND INDICATIONS TO SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC LOCK IN CHILDREN, CAUSED BY ABNORMALITIES AND CONDITIONS OF THE COLON

Проаналізовано результати обстеження 338 дітей із хронічними запорами на клінічній базі кафедри дитячої хірургії Буковинського державного медичного університету. В 211 (62,43 %) пацієнтів виявлено аномалії розвитку та фіксації ободової кишки.

Проведений аналіз показав, що показаннями до хірургічного лікування доліхосигми, хвороби Пайра та синдрому Хілаїдїті слід вважати: хронічні запори, рецидивуючий біль у животі, каломазання та неефективність консервативного лікування протягом року. Рентгенологічними критеріями визначення тактики лікування можуть бути: утворення додаткових петель ободової кишки в межах сегментів, опущення сегментів один відносно одного та недостатність ілеоцекального замикального апарату.

The results of inspection are analysed 338 children with chronic locks on the clinical base of Children Surgery Department of Bukovyna State Medical University. For 211 patients the anomalies of development and fixing of colon are set.

The conducted analysis set that by testimonies to surgical treatment of dolichosigmoid, Payre's disease and Cyllaiditi's syndrome needs to consider: chronic locks, recrudescence abdominal pain, encopresis and uneffectiveness of conservative treatment for a year.

The radiological criteria of determination of tactics of treatment can be: formation of additional loops of colon within the limits of segments, prolapsus of segments one on attitude toward each other and insufficiency ileocecal obturative of the device.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Однією з актуальних проблем дитячої хірургії та гастроентерології є порушення моторики товстої кишки, що проявляється запором. Хронічний запор у дітей – найбільш розповсюджене порушення, яке займає перше місце серед неспецифічної патології кишечника. Причинами його розвитку можуть бути зміни в самій кишці та позакишкові розлади [1, 2].

У структурі хронічного запору в дітей значне місце займає хронічний колостаз на тлі аномалій розвитку та положення ободової кишки (ОК), серед яких найбільш розповсюдженою є доліхосигма. Значно рідше зустрічається трансверзоптоз і доліхоколон. Ранні прояви запору та тривалість відсутності випорожнень можуть бути використані як критерії діагностики хронічного запору органічного генезу. Найбільш інформативним методом верифікації аномалій розвитку та положення ОК є іригографія та іригоскопія [3, 4].

На сьогодні достатньо не вивчені питання діагностики, консервативного та хірургічного лікування хронічного колостазу, зумовленого аномаліями розвитку та положення ОК. Частота незадовільних результатів після операційних втручань становить 27,3–45,9 % [5, 6].

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

**Матеріали і методи.** За період з 2003 до 2012 року на кафедрі дитячої хірургії 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 Гіршпрунга, яка лікується

тільки хірургічним шляхом. У 211 (62,43 %) – аномалії розвитку та положення ОК, які потребували чіткого визначення в тактиці лікування (хірургічно-

го чи консервативного). Серед аномалій розвитку та положення ОК у дітей виділяли доліхосигму, хворобу Пайра та синдром Хілаїдіті (табл. 1).

Таблиця 1. Поділ дітей з хронічними запорами за патологією ободової кишки

Патологія	Кількість дітей	Кількість оперованих дітей
Доліхосигма (ізолювано)	144	15
Доліхосигма + високе положення лівого вигину ободової кишки	36	14
Хвороба Пайра	29	12
Синдром Хілаїдіті	2	2
Усього	211	43

Для контрастування товстої кишки використовували 35 % дрібнодисперсну завись 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 рентгеноскопичним контролем. Введення контрасту припиняли при надходженні його у висхідний відділ ОК. Заповнення висхідного відділу та сліпої кишки відбувалося протягом 3–5 хв. Недостатність ілеоцекального замикального апарату (НЦЗА) при

аномаліях розвитку та положення ОК виявляли за наявністю надходження контрастної речовини в клубову кишку. Розрізняли три ступені НЦЗА [7].

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 рентгеноскопичному 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 (табл. 2).

Таблиця 2. Поділ дітей з аномаліями розвитку та положення ободової кишки за клінічною симптоматикою

Патологія	Загальна кількість дітей	Клінічна симптоматика (кількість дітей)				
		хронічні запори	біль у животі	каломазання	поєднання з НЦЗА	апендектомія в анамнезі
Доліхосигма	144	144	59	15	11	6
Доліхосигма + високе положення лівого вигину ободової кишки	36	36	27	7	8	3
Хвороба Пайра	29	29	15	-	8	2
Синдром Хілаїдіті	2	2	2	-	1	-
Усього	211 (100 %)	211 (100 %)	103 (48,82 %)	22 (10,43 %)	28 (13,27 %)	11 (5,21 %)

У випадку ізолюваної доліхосигми біль у животі спостерігали в 40,97 % пацієнтів. Був вісцеральним, зумовленим перевагою обтураційного компонента і відповідав певним клінічним проявам: погано локалізований, довготривалий, з'являвся поступово. Біль у животі у 75 % дітей з доліхосигмою в поєднанні з високим положенням лівого вигину ободової кишки (ВПЛВОК) був вісцеро-паріетальним, зумовлений хронічним товстокишковим стазом, накопиченням калових мас у ділянці селезінкового кута ОК та розтягненням діафрагмально-ободової зв'язки. Локалізувався більше в лівій

боковій ділянці, зменшувався при горизонтальному положенні та на лівому боці, відзначався спастичністю. У 10,42 % при ізолюваній доліхосигмі та в 19,44 % у випадку доліхосигми в поєднанні з ВПЛВОК відмічали каломазання, що було пов'язано з довготривалістю захворювання та декомпенсаторною стадією перебігу. Недостатність ілеоцекального замикального апарату (7,64 % при доліхосигмі та 22,22 % при доліхосигмі в поєднанні з ВПЛВОК) виникала внаслідок підвищеного навантаження на баугінієву заслінку та зниження компенсаторних можливостей тонко-товстокишкового

переходу, що позначалося на загальному стані дітей. Апендектомія в 6 випадках проведена з приводу катарального апендициту, причому в цих дітей спостерігали НЦЗА. У 3 дітей – із приводу флегмонозного апендициту та 2 пацієнтів – гангренозного апендициту, що, мабуть, пов'язано з підвищеним навантаженням на заслінку Герлаха.

У 51,72 % дітей при хворобі Пайра спостерігали наявність болю в животі. Каломазання не визначали в жодному з випадків, однак у 27,59 % визначали НЦЗА. Причому I ступінь був у 2, II ступінь – у 4, III ступінь – у 2 випадках. При поєднанні хвороби Пайра та НЦЗА в клінічній картині переважав біль у правих латеральних відділах живота та запори – до 5-ти діб, тоді як при хворобі Пайра без НЦЗА біль локалізувався в лівих латеральних відділах, а закрепи були менш тривалими – до 3-х діб. Мабуть, це пов'язано з тим, що причиною розвитку запорів при хворобі Пайра є перешкода для проходження калових мас в селезінковому куті ободової кишки (IV–V сегмент) та функційна неспроможність подовженої поперекової ободової кишки, які з перебігом часу прогресують. Розширення правих відділів товстої кишки при хворобі Пайра супроводжувалося чергуванням закріпів (4–5 діб) та рідких випорожнень.

Перерозтягнення сліпої кишки викликало біль в правому латеральному відділі живота, що свідчило про прогресування захворювання. Слід зазначити, що в жодному з випадків поєднання хвороби Пайра та НЦЗА не наставало видужання при консервативному лікуванні. Отже, хвороба Пайра є захворюванням, при прогресуванні якого розвивається НЦЗА.

Основними клінічними ознаками синдрому Хілаїдіті були запори, відчуття важкості та хронічного рецидивуючого болю в правому підребер'ї. При огляді виявляли зменшення висоти печінкової тупості. В одній дитини при виконанні іригографії спостерігали НЦЗА II ступеня.

При оцінці рентгеноконтрастного дослідження, з метою більш чіткого визначення наявності чи відсутності аномалії розвитку та положення ободової кишки, умовно її поділяли на анатомічні сегменти відповідно до розташування сфінктерів. I сегмент – сліпокишковий (до рівня сліпокишково-висхідного сфінктера (сфінктер Бузі)). II сегмент – висхідноободовий (від сфінктера Бузі до рівня висхідноободового сфінктера (сфінктер Гірша)). III сегмент – правобічний поперековоободовий (від висхідноободового до поперековоободового сфінктера (сфінктер Кеннона – на межі середньої та дистальної третин поперекової ободової кишки)). IV сегмент – лівобічний поперековоободовий (від

поперековоободового сфінктера до сфінктера лівого вигину ободової кишки (сфінктер Пайра–Штрауса)). V сегмент – низхідноободовий (від сфінктера лівого вигину ободової кишки до низхідносигмоподібного сфінктера (сфінктер Баллі)). VI сегмент – сигмоподібний (від низхідносигмоподібного сфінктера до сигмоподібнопрямокишкового (сфінктер О'Берна–Пирогова–Мутьє)) (рис. 1).

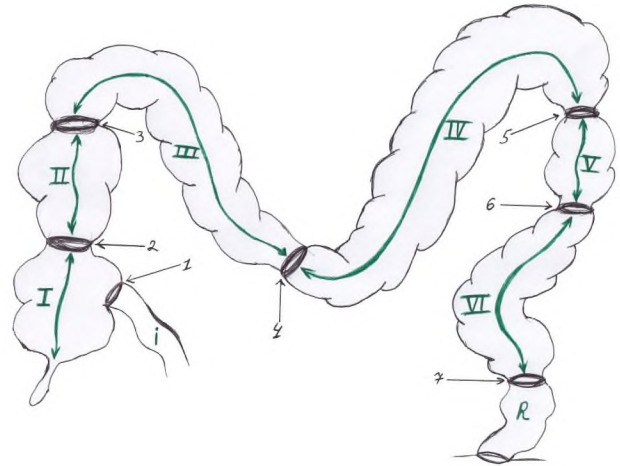


Рис. 1. Схематичне зображення сегментарної будови ободової кишки (I, II, III, IV, V, VI – сегменти; R – пряма кишка; i – клубова кишка).

Для оцінки рентгенологічної картини доліхосигми важливим є чітке відокремлення патології від фізіологічної вікової норми.

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

Вважаємо за доцільне розрізняти доліхосигму з порушенням евакуаторної функції та без. Окрім того, при доліхосигмі виявляли наявність високого положення лівого вигину ободової кишки. Для визначення даної аномалії фіксації лівого вигину ОК оцінювали верхню межу її V та II сегментів один відносно одного та відносно тіл хребців. При зміщенні лівого вигину відносно правого більше тіла двох хребців визначали високе положення лівого вигину ободової кишки. 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 Хілаїдіті спостерігали діафрагмально-печінкову інтерпозицію II–III сегментів ободової кишки. У прямій та боковій проекціях між правою половиною діафрагми та печінкою визначали газовий міхур, на тлі якого простежували малюнок гаустр.

Лікування доліхосигми, хвороби Пайра та синдрому Хілаїдіті розпочинали з консервативної терапії. Неefективність консервативної терапії протягом року в дітей, старших 6-річного віку, була показанням до проведення операційного втручання.

**Висновки.** 1. Показаннями до операцій з приводу аномалій розвитку та положення ОК у дітей слід вважати: наявність хронічних запорів від 3-х до 9-ти діб (100 %), хронічний рецидивуючий біль у животі (48,82 %), каломазання (10,43 %), неefективність консервативного лікування протягом року в дітей, старших 6-ти років (20,38 %).

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Роль диссинергии мьшц тазового дна в патогенезе хронических запоров / Г. И. Воробьев, С. И. Ачкасов, А. А. Тихонов [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – № 3. – С. 59–64.
2. N. Ergashev Diagnosis and treatment of congenital megadolichocolon / N. Ergashev, Nurali Nazarov // Medical and Health Science Journal. – 2011. – Vol. 9. – P. 83–88.
3. Велиева Т. А. Гистологические особенности слизистой оболочки толстой кишки у детей при её аномалиях развития и положения / Т. А. Велиева // Медицина сегодня и завтра. – 2008. – № 1. – С. 21–23.
4. Джам О. П. Хірургічне лікування хронічного колостазу у дітей з врахуванням клінічних даних та морфо-функціональ-

2. Умовний поділ ободової кишки на сегменти (I–VI) у межах фізіологічних сфінктерів дозволяє підвищити ефективність інтерпретації іригограм та обрати правильний шлях лікування дітей з аномаліями розвитку та фіксації ободової кишки.

3. Рентгенологічними ознаками необхідності проведення операційних втручань при аномаліях розвитку та положення ободової кишки слід вважати: утворення додаткових петель товстої кишки в межах VI сегменту при доліхосигмі; вища верхня межа V сегмента відносно II в поєднанні з опущенням III та IV сегментів у порожнину малого таза при хворобі Пайра; діафрагмально-печінкова інтерпозиція II–III сегментів ободової кишки при синдромі Хілаїдіті – за умови затримки евакуації контрастної речовини після випорожнення.

4. Наявність недостатності ілеоцекального замикального апарату при аномаліях розвитку та положення ободової кишки в 13,27 % свідчить про декомпенсований перебіг захворювання та збільшує імовірність показань до операційного втручання.

5. Гораш Є. В. Анатомія сигморектального сегмента в ранньому періоді онтогенезу : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.09 / Джам Олег Петрович. – К., 2010. – 147 с.
6. Гораш Євгенія Вікторівна. – Тернопіль, 2011. – 163 с.
7. Severe recurrent abdominal pain: an anatomical variant of Chilaiditi's syndrome [Електронний ресурс] / Robert D. Glatte, Robert S. April, Paul Miskovitz, L. Daniel Neistadt // Medscape General Medicine. – 2007. – Vol. 9 (2). – P. 67. Режим доступу до журн.: WebMD/Medscape Health Network.
8. Боднар О. Б. Обґрунтування методів лікування хірургічної патології клубово-сліпокишкового сегмента у дітей : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.09 / Боднар Олег Борисович. – К., 2011. – 368 с.

Отримано 22.11.13