

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ УДЛИНЕНИЙ И РАСШИРЕНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ**Н.Н. Назаров, Н.Ш. Эргашев, У.Т. Бердиев, А.М. Ибрагимов**Кафедра госпитальной детской хирургии,
Ташкентский педиатрический медицинский институт**Ключевые слова:** врожденное удлинение толстой кишки, долихоколон, долихосигма, виртуальная колоноскопия, ирригография, дети.**Таянч сўзлар:** йўғон ичакнинг туғма узайишлари, долихоколон, долихосигма, виртуал колоноскопия, ирригография, болалар.**Keywords:** congenital lengthening of the colon, dolichocolon, dolichosigmoid, virtual colonoscopy, irrigoscopy, children.

В статье приведены результаты лечения 428 больных с врожденными удлинениями толстой кишки у детей. Изучены и проанализированы особенности клинического течения и методы диагностики врожденных удлинений толстой кишки. Подчеркивается разнообразия клинических симптомов патологии. Проведен комплекс диагностических методов: УЗИ толстой кишки, контрастная ирригография, МСКТ в режиме виртуальной колоноскопии. Особо подчеркивается высокая информативность и преимущества виртуальной колоноскопии в диагностике врожденных удлинений толстой кишки у детей.

БОЛАЛАРДА ЙЎҒОН ИЧАК ТУҒМА УЗАЙИШЛАРИ ВА КЕНГАЙИШЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ТАШҲИСЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ**Н.Н. Назаров, Н.Ш. Эргашев, У.Т. Бердиев, А.М. Ибрагимов**Госпитал болалар хирургия кафедраси,
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Мақолада йўғон ичак туғма узайишлари билан 428 нафар беморда ўтказилган текшириш ва даво натижалари ёритилган. Болаларда йўғон ичакнинг туғма узайишларининг клиник кечиш хусусиятлари ва ташхисот усуллари ўрганилган. Болаларда ушбу патологиянинг клиник белгиларининг хилма-хиллиги алоҳида таъкидланган. Патологияни ташхислашда комплекс ташхисот усуллари қўлланилган: УТТ, контраст ирригография, виртуал колоноскопия. Болаларда йўғон ичакнинг туғма узайишларини ташхислашда виртуал колоноскопия текшириш усулининг афзалликлари алоҳида таъкидланган.

PECULIARITIES OF CLINICS AND DIAGNOSTICS OF CONGENITAL EXTENSIONS AND EXTENSIONS OF THE COLOR OF THE INTESTINAL CHILD**N.N. Nazarov, N.Sh. Ergashev, U.T. Berdiev, A.M. Ibrahimov**Department of Hospital Pediatric Surgery,
Tashkent pediatric medical institute

The article presents the results of 428 patients treatment with congenital lesions of the colon in children. The clinical course and diagnostic methods for congenital colon lesions were studied and analyzed. Emphasizes the diversity of clinical symptoms of pathology. A set of diagnostic methods was performed: ultrasound examination of the colon, contrast irrigation, MSCT in the mode of virtual colonography. The high information content and advantages of virtual colonoscopy in the diagnosis of congenital colon lesions in children are particularly emphasized.

Актуальность. Несмотря на то, что хронические запоры не кажутся серьезным хирургическим заболеванием, вред, который они наносят растущему организму, очень велик. Практически у всех детей с многолетними хроническими запорами выражено физическое недоразвитие, связанное с постоянным эндотоксикозом, обусловленным повышенной проницаемостью кишечного барьера. У таких детей выражена анемия, нарушено питание, часты аллергические проявления, а эндотоксикоз может приводить к изменениям биохимических показателей крови и другим нарушениям [1,3,5].

Запоры могут наблюдаться при органических поражениях толстой кишки, в связи с чем их делят на органические и функциональные. В ряде случаев в основе хронических запоров лежит чрезмерное удлинение (долихоколон) и расширение (мегадолихоколон) толстой кишки. Под термином "долихоколон" подразумевают необычно большую длину обо-

дочной кишки, что интерпретируется как врожденная аномалия развития толстой кишки, которая может клинически не проявляться в течение всей жизни человека. Существуют разные мнения о формировании долихоколона. Удлинение кишки рассматривается как порок, вариант развития или аномалия [4,5,7]. По данным разных авторов, долихоколон составляет от 9 до 11% всех аномалий развития толстой кишки [1,5]. В то же время долихосигма, частый вид удлинения толстой кишки, встречается у 15% здоровых детей [4]. Возникающая при этом клиническая картина нередко симулирует такие заболевания, как болезнь Гиршпрунга, острый аппендицит, гастродуоденит, хроническая кишечная непроходимость, опухоль толстой кишки [2]. Многие исследователи считают, что долихосигма, мегадолихосигма, долихоколон и мегадолихоколон являются этапами одного и того же порока, в основе которого лежит нарушение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2017 гг. на клинической базе кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ на обследовании и лечении находилось 428 больных в возрасте от 3 до 15 лет с удлинением и расширением различных отделов толстой кишки: сигмовидной кишки (долихосигма) – 358 (83,6%), двух и более сегментов (субтотальный долихоколон) – 48 (11,3%), удлинение всех отделов толстой кишки (тотальный долихоколон) – 22 (5,1%). 108 (25,2%) больным было проведено хирургическое лечение.

Учитывая сложный характер диагностики патологии толстой кишки у детей, для постановки диагноза проводили комплексное обследование: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек и толстой кишки, контрастную ирригографию или виртуальную колоноскопию выполняли всем детям, обращая внимание на размеры ободочной кишки: ее длину, равномерность диаметра, участки расширения и добавочные петли. Кроме того, проводилось эндоскопическое исследование (ректо- и колоноскопия) и морфологическое изучение удаленного отдела толстой кишки.

Результаты и их обсуждение. Среди больных, страдающих хроническим запором вследствие долихоколона, правильный диагноз при направлении был поставлен лишь у 112 (26,1%). Остальные 316 (73,9%) были направлены на консультацию и лечение по поводу различных заболеваний, а окончательный диагноз был установлен при комплексном стационарном обследовании.

Нарушение опорожнения кишечника (метеоризм, запоры) отмечалось у 100% больных, что можно рассматривать как раннее проявление болезни. Длительность запоров составляла от 2 до 7 суток. У 22 детей с тотальным долихоколоном и у 48 больных с долихосигмой запор начал проявляться в возрасте 4 месяцев, а позже, с введением прикорма и переводом ребенка на смешанное вскармливание, усилился. Сильный метеоризм вызывается длительным застоем каловых масс в толстой кишке, иногда перегибами кишечных петель, а также клапанообразными складками слизистой оболочки, задерживающими отхождение газов и химуса. Вследствие чрезмерной длины кишечника и образования перегибов нередко возникает значительное нарушение кровообращения в органах брюшной полости. Выше перегиба кишка растягивается газами, образуется венозный стаз, что еще более ухудшает условия питания кишечника, тем самым способствуя его воспалению. На этой почве возникают резкие катаральные явления, язвы на слизистой оболочке, утолщение стенки кишки, ослабление перистальтики с явлениями атонии и образованием в дальнейшем каловых камней.

Запоры у 236 (55,1%) больных сопровождалась болями в животе, которые носили приступообразный или постоянный характер, от слабой до средней интенсивности. Боли усиливались при нарушении режима питания и физической нагрузке. Локализация их была непостоянной, чаще – в левой подвздошной области и в области пупка – у 127 (53,8%) больных, в эпигастральной области – у 35 (14,8%), в левом и в правом подреберье – у 28 (11,9%), в низу живота – у 46 (19,5%). В 106 (44,9%) случаях прощупывалась переполненная калом сигмовидная кишка.

Симптомы хронической кишечной непроходимости были выявлены у 91 (21,2%) боль-

ных. Из анамнеза выявлено, что иногда на фоне упорных запоров и ноющих болей в животе неожиданно появлялись усиленная перистальтика кишечника, задержка газов, вздутие, тошнота, иногда рвота, боли в животе усиливались. Эти симптомы наблюдались часто, но были выражены не резко и становились привычными для пациентов.

При долихоколонии у 256 (59,8%) больных отмечался дефицит массы тела, у 212 (49,5%) – гипохромная анемия. Часто кишечные симптомы маскировались диспепсическими жалобами (у 136 – 31,8%), такими как изжога, отрыжка, боли в подложечной области, а также на почве каловой интоксикации наблюдались (у 144 – 33,6%): подавленное настроение, апатия, сонливость, головные боли, головокружение, что направляет мысль врача в сторону патологии желудочной или нервно-психической сферы. У 36 (8,4%) больных детей хронический запор сопровождался энкопрезом различной степени выраженности.

Основным методом диагностики долихоколона является контрастная ирригоскопия и ирригография при ретроградном заполнении бариевой взвесью и опорожнении толстой кишки. Количество вводимого контрастного вещества зависит от возраста ребенка и функционального состояния толстой кишки: детям от года до 3 лет – 150-200 мл, от 3 до 7 лет – 250-350 мл, а детям старшего возраста – до 500 мл. При этом обращали внимание на длину и форму различных отделов толстой кишки, скорость наполнения и опорожнения, развешиваемость и тоничность стенок, наличие спазмов. Рентгенологическое обследование выявило удлинение сигмовидной кишки (долихосигма) – 358 (83,6%), двух и более сегментов (субтотальный долихоколон) – 48 (11,3%), удлинение всех отделов толстой кишки (тотальный долихоколон) – 22 (5,1%). У 92 (21,5%) больных, наряду с удлинением, отмечалось и расширение толстой кишки (мегадолихоколон и мегаректум). В 21 (4,9%) случаях долихосигма сочеталась с правосторонним колоноптозом и в 17 (3,9%) случаях – с синдромом Пайра.

Рентгенологическая картина изменений толстой кишки у больных отражала не только удлинение и расширение ее отделов, но и, как правило, плохое опорожнение от контрастной взвеси после акта дефекации, отечный рельеф слизистой в местах удлинения. Проведение ирригоскопии в положении лежа и стоя позволяет более детально изучить подвижность ободочной кишки, птоз и расположение физиологических изгибов толстой кишки, поскольку течение долихоколона зависит не только от самого удлинения ободочной кишки, но и от патологической подвижности слепой и восходящей кишок, колоноптоза и отсутствия связочного аппарата толстой кишки, который в норме является точками фиксации при поэтапной перистальтике и продвижении пищевых масс от одной точки фиксации к другой.

В последние годы в диагностике долихоколона начали применять мульти-спиральную компьютерную томографию (МСКТ), виртуальную колоноскопию. Компьютернотомографическое исследование мы осуществляли на компьютерном томографе Brilliance-64 фирмы Phillips. Виртуальная колоноскопия отличается наибольшей комфортностью исследования для пациентов детского возраста, по сравнению с фиброколоноскопией и ирригоскопией, достаточно высокой пропускной способностью и низкой (по сравнению с ирригоскопией) лучевой нагрузкой. Исследование показало 100% чувствительность виртуальной колоноскопии в выявлении аномалий развития толстой кишки. Преимуществами виртуальной колоноскопии следует признать большое пространственное разрешение, возможность оценки взаимоотношения аномальной толстой кишки с другими органами брюшной полости, возможность изучения стенки кишки и перикишечных изменений, объемного представления патологически измененной толстой кишки, что важно при планировании оперативного вмешательства.

247 (57,7%) больным проводили ультразвуковое исследование толстой кишки. Основным этапом исследования дистальных отделов толстой кишки является ее оценка при заполнении жидкостью (1% раствором натрия хлора при температуре +30° С). Объем вводимой жидкости: от 1 года до 7 лет 100 мл на год жизни, от 8 до 15 лет – 800-1000 мл. У всех больных выявлена ультразвуковая картина долихоколона и долихосигмы. При заполнении

кишки жидкостью отчетливо определялись петли сигмовидной кишки; особенно четко они визуализировались в момент заполнения кишечника, когда жидкость переходила из одной петли в другую. Наибольшие изменения при долихосигме претерпевает мышечный слой. В норме его толщина, вне зависимости от возраста, не превышает 2 мм. При длительном запоре толщина этого слоя может увеличиваться до 10 мм, нарушается его равномерность, т.е. развивается гипертрофия. УЗИ является перспективным методом диагностики врожденного удлинения толстой кишки, сопровождающегося хроническими запорами.

Выводы:

1. Локальные формы врожденных удлинений толстой кишки можно рассматривать как вариант нормы. Субтотальное и тотальное удлинение с расширением протекают более упорно с признаками хронического колостаза, с большей восприимчивостью к развитию воспалительных изменений, усугубляющих их течение.

2. Диагностика врождённых удлинений толстой кишки должна быть основана на комплексной оценке как структуры толстой кишки, так и её функции, а также на оценке эффективности проводимой терапии.

3. Широкий диапазон клинических симптомов и эффективность консервативной терапии врожденных удлинений и расширений толстой кишки связаны с формой и продолжительностью заболевания, с видом присоединившихся осложнений, с индивидуальными компенсаторными возможностями организма, а также зависят от наличия или отсутствия нарушений фиксации толстой кишки.

Использованная литература:

1. Ачкасов С.И. Аномалии развития и положения толстой кишки. Клиника, диагностика, лечение. Автореф. дис...д.м.н. М, 2003. 31с.
2. Воробей А.В., Высоцкий Ф. М., Гришин И.Н. Диагностика и тактика хирургической коррекции осложнений долихоколон // Медицина. 2005. №4. С.37-42.
3. Заболевания органов пищеварения у детей (тонкая и толстая кишка) / Под ред. Баранова А.Л., Климанской Е.В. М., 1999. 270с.
4. Киргизов И.В., Лёнюшкин А. И., Дубарев В.А. // Детская Хирургия. М., 2005. №5. С.30-34.
5. Лёнюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. М., 1999. 366 с.
6. Лёнюшкин А.И., Баранов К.П., Саруханян О.О., Кабанова И.Н. Современные критерии диагностики и показаний к хирургическому лечению хронического колостаза у детей и подростков // Детская хирургия. М, 2002. №1. С.4-8.
7. Романов П.А. Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки. М.: Медицина, 1987. 189 с.