

Л.Н. Ченцова, Н.И. Марухно, Ф.Ф. Антоненко, Г.А. Сидоров, В.М. Панчоян, Т.И. Гуляева

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ

ГУЗ «Краевой клинический центр охраны материнства и детства» (г. Владивосток)
ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Гастроинтестинальная патология у детей занимает второе место после болезней органов дыхания. Среди этой многообразной группы на долю синдрома хронического колостаз (СХК) в Российской Федерации приходится от 10 до 18 % (по данным НИИ педиатрии и детской хирургии РФ А.Н. Ленюшкин, 2004). Среди взрослого населения хроническим запором страдает от 30 до 50 %.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении хирургии детей и подростков ККЦОМД за период с 2000 по 2006 гг. находилось на обследовании и лечении 420 детей с хроническим колостазом в возрасте от 2 мес. до 17 лет. Соотношение мальчиков и девочек 1,5 : 1. Преобладали дети в возрасте от 3-х до 14 лет.

В результате комплексного клиничко-лабораторного и рентгенологического обследования врожденные пороки развития толстой кишки выявлены у 120 детей (28%).

Болезнь Гиршспрунга с ректосигмоидной зоной аганглиоза установлена у 5 детей (все мальчики) в возрасте от 4-х до 13 лет). Долихосигма, долихоколон обнаружена у 62 больных, мегаколон, мегаректум с явлениями энкопреза у 40, колоноптоз на фоне мегаколона в 1 случае, мегаколон в стадии субкомпенсации без каломазания у 12 детей.

У остальных 300 детей грубых отклонений от анатомических норм не выявлено. Все дети с болезнью Гиршспрунга были оперированы по методу Дюамеля в модификации клиники с применением сшивающих аппаратов «Auto Suture».

Все дети с функциональным хроническим колостазом получали комплексную консервативную терапию 1–2 раза в год в течение 2–5 лет с хорошим эффектом.

Сложнее всего решить вопрос о хирургической тактике в случаях упорного течения СХК с отсутствием эффекта от комплексного лечения в течение 2–3-х лет при соблюдении всех рекомендаций.

С целью выявления грубых морфологических нарушений в стенке прямой кишки по типу гипоганглиоза, гиперганглиоза, дисганглиоза, признаков необратимых рубцовых изменений стенки прямой кишки, нами с 2000 г. выполнялась биопсия слизисто-подслизисто-мышечного слоя дистального отдела прямой кишки по Свенсону. Уровень биопсии от 3 до 8 см выше зубчатой линии с последующим гистологическим исследованием субстрата.

Всего выполнено 13 биопсий детям с упорным СХК. С рентгенологическими признаками долихоколон было — 5 детей; мегаколон, мегаректум — 8 детей.

У 10 детей в результате биопсии стенки прямой кишки выявлены однотипные изменения: атрофия слизистой, фиброз подслизистого слоя, признаки хронического воспаления и отсутствие ганглионарных клеток.

Нервные сплетения подслизистого (мейснерова) и межмышечного (ауэрбаховского) слоев не обнаружены у 5-х детей; гипоплазированные нервные сплетения выявлены у 4-х детей; дистрофия и атрофия нервных стволов и ганглионарных клеток выявлена у двух детей.

Явления хронического колита при сохраненных нейроганглионарных структурах найдено у 2-х детей с хроническим колостазом.

Таким образом, из 13 детей после биопсии прямой кишки у 5-х выявлены признаки болезни Гиршспрунга с короткой зоной аганглиоза, у 4-х явления гипо- и дисганглиоза на фоне хронического атрофического колита.

ВЫВОДЫ

В случаях упорного течения колостаз, несмотря на комплексную терапию в течение 1,5–2 лет, либо при несоответствии клиники и R-логического обследования, пациентам показана полнослойная биопсия стенки прямой кишки с целью определения показаний к хирургическому лечению.