

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОЛОНОПТОЗА У ДЕТЕЙ

Я.Б.Юдин, Е.С. Ковальчук

Кафедра детской хирургии (зав. — проф. Я.Б.Юдин)

Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей

Одной из причин хронического болевого абдоминального синдрома у детей является колоноптоз, который остается малоизученным заболеванием в детской гастроэнтерологии. Еще в 1905 г. Пайр описал симптомокомплекс, связанный с опущением поперечной ободочной кишки, и предложил операцию, направленную на устранение птоза. В начале нашего века этой проблемой занимались как отечественные (В.А. Оппель, А.Л. Поленов), так и зарубежные (Fromont, W. Koch, W. Majo) хирурги [4]. Ими изучена роль связочного аппарата в фиксации толстой кишки и условия для возникновения различных болезненных состояний вплоть до непроходимости.

Проблема колоноптоза в последнее время вновь привлекает внимание клиницистов. Однако данная патология была изучена в основном у взрослых больных [3, 4, 8, 11]. В детской же практике этому вопросу посвящены лишь единичные сообщения, вышедшие из клиники детской хирургии Донецкого медицинского института и отражавшие только одну из форм колоноптоза — синдром Пайра [5, 6].

При изучении отдаленных результатов лечения нефроптоза [12] нами было отмечено, что у некоторых детей после нефропексии сохранялся болевой абдоминальный синдром. При их детальном обследовании выяснилось, что причиной этих болей в животе являлся колоноптоз. На подобную причину болевого синдрома после нефропексии указывали и другие авторы [2, 13].

С 1989 г. под нашим наблюдением находились 126 детей с колоноптозом. По возрасту больные распределились следующим образом: от 7 до 8 лет было 11 (8,7%) детей, от 9 до 11 лет — 44 (34,9%), от 12 до 14 лет — 71 (56,4%). Обращала на себя внимание зависимость частоты заболевания от пола ребенка: у девочек колоноптоз встречался в 4,7 раза чаще, чем у мальчиков (соответственно у 104 и у 22).

Основными клиническими проявлениями заболевания являлись частые запоры и главным образом хронический болевой абдоминальный синдром с локализацией болей в большинстве случаев в мезогастральной и правой подвздошной областях, по правому боковому каналу. Решающее диагностическое значение в постановке диагноза имеет рентгенологическое обследование — ирригоскопия. Диагноз считаем подтвержденным у тех больных, у которых при наличии клинических проявлений на ирригограммах имело место смещение одного или обоих (печеночного и селезеночного) углов толстой кишки на 2 и более поясничных позвонка. При этом выделяем общий колоноптоз — при птозе обоих углов и изолированный — правосторонний или левосторонний подразделением его на 3 степени опущения ободочной кишки. Заболевание может протекать в компенсированной, субкомпенсированной или декомпенсированной формах. Отдельно диагностировали синдром Пайра, при котором поперечная ободочная кишка в виде гирлянды свисает в полость малого таза при относительно нормальной фиксации правого фланга толстой кишки с нарушением опорожнения кишечника в месте высоко фиксированного селезеночного угла. Поскольку колоноптоз часто является проявлением спланхноптоза, всем больным обязательно проводили комплексное инструментально-рентгенологическое обследование: фиброгастродуоденоскопию, рентгеноскопию желудка и двенадцатиперстной кишки, экскреторную урографию, холецистографию, фиброколоноскопию, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

У 66 (52,4%) больных при колоноптозе был выявлен цеко-илеальный рефлюкс, обусловленный нарушением пассажа кишечного содержимого, его стазом в толстой кишке с последующим забросом в тонкую. Связочный аппарат правой почки имеет тесную филогене-

тическую связь с фиксирующим аппаратом правого фланга толстой кишки, вследствие этого нефроптоз нередко сочетается с правосторонним или общим колоноптозом [5, 8]. Подобное сочетание мы диагностировали у 23 (18,2%) детей: у 19 (15,1%) — правосторонний и у 4 (3,2%) — двусторонний нефроптоз различной степени. При рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки у 5 (4%) больных был найден гастроптоз разной степени и у 4 (3,2%) — дуоденоптоз, при этом у 2 он сопровождался явлениями хронической дуоденальной непроходимости в стадии субкомпенсации.

В настоящее время признаны два метода лечения колоноптоза — консервативный и оперативный. Сторонники консервативной терапии отвергают хирургическую коррекцию и настаивают на длительном целенаправленном лечении [10]. Не отрицая возможности консервативного излечения при отдельных формах колоноптоза, другие авторы расширяют показания к операции [3, 6, 8].

Основываясь на результатах наблюдений за 126 больными, мы считаем, что лечение колоноптоза должно проводиться в зависимости от вида, степени и стадии патологического процесса и включать как консервативную терапию, так и по показаниям оперативную коррекцию врожденной недостаточности фиксирующего аппарата толстой кишки. Абсолютным показанием к хирургическому лечению расцениваем колоноптоз 3 степени в стадии декомпенсации. Справедливость этого подтверждается тем, что у всех больных во время операции мы обнаруживали полное отсутствие связочного аппарата правого фланга толстой кишки, а фиксация селезеночного угла осуществлялась нежной, в виде пленки, связкой Богдалека, которая не выполняла своей функции. Еще одним показанием к оперативному лечению является, на наш взгляд, отсутствие эффекта от комплексной целенаправленной консервативной терапии в течение 1—1,5 лет.

Для фиксации толстой кишки предложено много способов, однако, по нашему мнению, они малопримлемы в детском возрасте. При операциях по методам Пайра, П.А. Куприянова [4], П.А. Романова и В.Г. Уса [9] происходит “жесткая” фиксация ободочной кишки, что нарушает ее физиологиче-

скую подвижность и создает неблагоприятные условия для развития кишки в процессе роста ребенка. Способ Н.Л. Куца и соавт. [5], предложенный для детей, также обладает существенными недостатками. Резекция толстой кишки с последующим ее анастомозом, как мы думаем, превышает опасность самого патологического процесса и грозит, в первую очередь, несостоятельностью анастомоза с развитием перитонита.

Нами предложен и применен собственный метод оперативного лечения колоноптоза у детей, который обеспечивает надежную фиксацию, не имеет опасностей, связанных с резекцией кишки, сохраняет физиологическую ее подвижность и тем самым не нарушает ее развития в процессе роста ребенка. Сущность способа заключается в создании новых связок из лоскутов брюшины и фиксации к ним печеночного и селезеночного углов ободочной кишки. При локальном, правостороннем или левостороннем птозе фиксируется один из углов (патент Российской Федерации № 2014800 от 30.06.1994 г.).

Сразу после установления диагноза прооперированы 23 (18,3%) и 22 (17,5%) ребенка после неэффективной консервативной терапии, осуществляемой в течение 1—1,5 лет. Изолированная колонопексия выполнена у 7 (15,6%) детей. В 38 (84,4%) наблюдениях колонопексию дополняли симультанными операциями. Как и другие авторы, мы считаем, что во время оперативного вмешательства необходимо ликвидировать все проявления спланхноптоза: нефроптоз, гастроптоз, дуоденоптоз, цекоилеальный рефлюкс [9]. При наличии врожденных пороков желчного пузыря с декомпенсацией его сократительной функции операции дополняли холецистэктомией [1].

При цеко-илеальном рефлюксе у 29 (64,4%) больных проводили коррекцию недостаточности баугиниевой заслонки путем аппендэктомии по принятому в клинике методу. При нефроптозе операцией выбора считали нефропексию по Ривоюру—Пытелю—Лопаткину. Показанием к фиксации почки являлся нефроптоз 2—3 степени. При сочетанном птозе ободочной кишки и почки все этапы операции производили через срединную лапаротомию, убедившись, что из этого доступа можно провести нефропексию достаточно просто и надежно.

Правосторонняя нефропексия была выполнена у 4 (8,9%) пациентов и двусторонняя — у 3 (6,7%). У одного (2,2%) больного при обследовании обнаружена подвижная слепая кишка, и колонопексия была дополнена цекопексией по Шиману—Розанову. В одном случае дуоденоптоз с явлениями хронической дуоденальной непроходимости был устранен путем фиксации двенадцатиперстной кишки к задней стенке живота. Гастропексию у одного больного произвели по собственному методу: отсекли и создали лоскут из круглой связки печени и зафиксировали к нему желудок по малой кривизне. Синдром Пайра устраняли путем подшивания поперечной ободочной кишки за сальниковую и свободную ленты к задней поверхности большого сальника по большой кривизне желудка и фиксации печеночного угла толстой кишки за лоскут из брюшины. Подобная операция была выполнена у 2 (4,4%) больных. Холецистэктомия по строгим показаниям осуществлена у 3 (6,7%) пациентов.

Мы старались устранять все проявления спланхноптоза, выявленные во время обследования, поэтому использовали 15 различных вариантов сочетания операций. После операции в течение 10 дней больные соблюдали постельный режим в таком положении, при котором ноги у них были приподняты. Назначались анальгетики и антибиотики в возрастных дозировках. Проводились физиолечение, дыхательная и лечебная гимнастика.

Ближайший послеоперационный период у всех протекал без осложнений, раны после лапаротомии заживали первичным натяжением. На 11—12-е сутки детей выписывали домой под наблюдение хирурга поликлиники.

Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до 5 лет были прослежены у 40 больных. У 38 (95% от числа всех обследованных после операций) детей результаты были хорошими: отмечалось полное купирование болевого синдрома, исчезли запоры. У 2 (5%) детей болевой синдром возникал после физической нагрузки, что связано с несовершенством данного метода операции в начальном периоде его освоения.

Таким образом, колонопексия с помощью фиксации печеночного и селезеночного углов толстой кишки за лоскуты брюшины является эффективным методом лечения колоноптоза у детей.

Операция купирует хронический болевой абдоминальный синдром и дисфункцию толстой кишки. Проведение симультанных операций при данном заболевании вполне обосновано: сразу устраняются все проявления спланхноптоза, соответственно сокращается период лечения и, что немаловажно в детском возрасте, значительно уменьшается психическая травма, обусловленная многочисленными последующими операциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акоюн В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста. — М., 1982.
2. Боковой С.П., Вилявин Г.Д., Акимов Н.А.// Клин. хир. — 1988. — № 2. — С. 52—61.
3. Иванов А.И.//Хирургия. — 1991. — № 3. — С. 161—162.
4. Курьянов П.А.//Вестн. хир. и погран. обл. — 1922. — Т.2. — Кн. 4, 5, 6. — С. 429—433.
5. Куц Н.Л., Музалев А.А., Грона В.Н. и др.// Вестн. хир. — 1990. — № 11. — С. 87—90.
6. Музалев А.А. Болезнь Пайра у детей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Ростов-на-Дону, 1991.
7. Роман Л.И., Сенютович Р.В., Столяр В.Ф.// Клин. хир. — 1983. — № 1. — С. 74—75.
8. Романов П.А. Клиническая анатомия вариантов и аномалий толстой кишки. — М., 1987.
9. Романов П.А., Ус В.Г. Способ лечения колоноптоза. Авт. свид-во 936896 (СССР). — Изобретения. — 1982. — № 23.
10. Степанов В.Л. Комплексная функциональная терапия и профилактика спланхноптоза. — М., 1965.
11. Ус В.Г. Висцероптоз: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1987.
12. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д., Саховский А.Ф., Ткаченко А.П.// Клин. хир. — 1982. — № 6. — С. 57—58.
13. Barquin F.//The J. of Urol. — 1951. — Vol. 66. — P. 173—184.

Поступила 15.05.95.

SURGICAL TREATMENT OF COLONOPTOSIS IN CHILDREN

Ya.B. Yudin, E.S. Kovalchuk

S u m m a r y

The results of the treatment of 126 children with colonoptosis aged 7 to 14 are presented. As many as 45 children were operated. The operation was performed using the method of creating ligaments from peritoneal grafts and fixation of hepatic and splenic angles of the colon to them. The isolated colonoptosis was performed in 7 patients (15,6%). In 38 patients (84,4%) colonoptosis was supplemented by simultaneous operations: nephropexy, gastropexy, duodenopexy, cecopexy, appendectomy. The remote results at the period from 6 months to 5 years are followed in 40 patients. In 95% of the observations the results of the operations are considered to be good.