

ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ У ДЕТЕЙ

Момотов А.Г., Литвинов Г.А., Момотов А.А., Яровая О.А., Можяев Е.А.

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Актуальность проблемы. На сегодняшний день не один из множества предложенных методов консервативного и хирургического лечения не обладает стопроцентной эффективностью. Частота неудовлетворительных результатов после применяемых методов лечения доходит до 27-46 %.

Лечение хронических колостазов у детей является сложной и во многом нерешенной проблемой современной медицины, где до настоящего времени в литературе ведутся дискуссии о преимуществах консервативного и оперативного лечения [1, 5].

При колостазах лечебные мероприятия направлены на восстановление пропульсивных свойств толстой кишки. Одним из основных методов консервативного лечения хронических колостазов является применение различных физиотерапевтических процедур: индуктотерапия, амплипульс, тепловые процедуры, электростимуляция кишечника, чередуя с электростимуляцией мышц промежности, а так же электрофореза с лекарственными препаратами [2].

Цель работы. Изучить ближайшие и отдаленные результаты комплексного лечения хронических колостазов у детей. Основными задачами восстановительной коррекции хронических колостазов с помощью методов физиотерапии являются нормализация пассажа кала, тонуса сфинктерного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна, восстановление рефлекса на дефекацию и уменьшение астеновегетативных нарушений.

Из большого разнообразия методов аппаратной физиотерапии наиболее широко используются импульсные токи, обладающие рядом преимуществ: малой энергетической нагрузкой на детский организм, возможностью целенаправленного действия, способностью влиять на гладкую и поперечнополосатую мускулатуру [6].

Особенность хирургического лечения хронических колостазов обусловлена тем, что при этом заболевании нет абсолютных показаний к оперативному лечению [3]. Основными требованиями хирургического лечения хронических колостазов являются радикальность при выполнении одномоментно-восстановительных операций, исключение рецидивов заболевания, сокращение этапности и сроков лечения, снижение послеоперационных осложнений, летальных исходов. Эти требования могут быть выполнены только в специализированных детских клиниках, обладающих достаточным опытом оперативных вмешательств на толстой кишке. Хирургические вмешательства на толстой кишке отличаются большой частотой осложнений, тяжестью их клинического течения и осложнений как в ближайшем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки реабилитации [4]. Неправильно определенный уровень резекции толстой кишки, равно, как и ошибочный метод выполнения восстановительного этапа операции, приводит к

рецидиву хронического колостаза и инвалидизации больного.

Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения хронических колостазов по материалам нашей клиники за период с 2000 г. по настоящее время показал, что индивидуальный и комплексный подход к лечению подтвердил правильность выбранной лечебной тактики.

Материалы и методы исследования. В нашей клинике на базе хирургического отделения Луганской областной детской клинической больницы за период с 2000 г. по настоящее время находились на лечении 1019 ребенка, с хроническими колостомами. Наш опыт лечения показал, что консервативная терапия приемлема и эффективна в компенсированной и субкомпенсированной формах заболевания. Эта группа составила 908 (89,1%) больных. Декомпенсированная форма хронических колостазов нами установлена у 111 детей (10,9%), которые оперированы. Ближайшие и отдаленные результаты лечения нами оценивались на основании жалоб, данных объективного осмотра, дополнительных и специальных методов обследования в сроки от 6 месяцев до 3 лет.

Результаты и их обсуждение. Учитывая индивидуальный подход к лечению данной патологии нами был разработан комплекс мероприятий, включающий метод трансректальной электростимуляции, проводимой курсами. Критерием адекватности лечения является получение максимального изолированного сокращения при максимальной силе тока. Существующие варианты электростимуляции различают по способу наложения электродов, ее продолжительности и параметрам стимулирующего тока [3]. Выбор электрода зависит от вида колостаза и наличия так называемой инертной прямой кишки, диаметра анального канала. Применяем пластинчатые и различного диаметра (от 1,2 до 2,5 см) двухполюсные электроды грибовидной формы с контактными поверхностями, что хорошо фиксирует их в заднепроходном канале и увеличивает площадь контактной поверхности.

В послеоперационном периоде у больных с врожденной аномалией развития замыкательного аппарата толстой кишки, при рубцовых сужениях ануса применяем стимуляцию с помощью накожных пластинчатых электродов, накладываемых на промежность или на область ягодичных или бедренных мышц. Второй электрод располагаем на поясничной области. Для стимуляции мышц запирающего аппарата используем ток прямоугольной формы с частотой 50-70Гц, амплитудой стимулирующего тока от 5 до 20 мА. При наличии пропульсивных волн наряду с электростимуляцией сфинктера заднего прохода проводим электростимуляцию толстой кишки по типу перевозбуждения. Данная методика практически во всех случаях

позволяет перевести гиперкинез с пропульсивными волнами большой амплитуды в гипокинез. Несмотря на высокую эффективность вышеперечисленных методов, консервативная терапия должна проводиться комплексно, включая диетотерапию, ЛФК, массаж живота, применение медикаментозных препаратов, санаторно-курортное лечение, а трансректальную электростимуляцию при данной патологии считаем методом выбора.

По нашим данным у детей с врожденной патологией толстой кишки задержки стула отмечались от 3-4 до 12-14 суток. После проведения комплексной консервативной терапии с применением трансректальной электростимуляции 1-2 курсами отмечался регулярный самостоятельный стул с интервалом в 24-36 часов. Данную группу составили 831 (91,5%) детей. Остальным 77 (8,5%) детям нами проведены 4-5 курсов консервативной терапии, задержки стула не превышали 40-48 часов.

Анализ отдаленных результатов лечения детей с хроническими колостазами показал, что нормальный ритм дефекаций у данной группы наблюдался на протяжении 3 лет. Дальнейшее наблюдение во временном аспекте нами не проводилось в связи с отсутствием жалоб со стороны родителей.

Если в течение 6 месяцев, после проведения разработанного комплекса мероприятий, консервативное лечение оказывалось не эффективным, больные госпитализировались в клинику для решения вопроса об оперативном лечении.

Оперировано 111 больных из общего числа детей. Из них с долихоколон 58 больных, с болезнью Гиршпрунга 17 больных, с мегаколон 34 больных, с болезнью Пайра 2 больных. В большинстве случаев была выполнена левосторонняя гемиколэктомия с низким колоректальным анастомозом и помещением анастомоза внебрюшинно по усовершенствованной нами методике. Эта операция была выполнена у 57 больных. У 5 больных была выполнена операция Дюамеля, у 49 больных - операция Соаве. Среди оперированных больных распределение по полу практически одинаковое.

Осложнения хирургического лечения мы разделили на 2 группы:

1. Осложнения раннего послеоперационного периода, возникшие непосредственно после оперативного вмешательства и проявившиеся в период пребывания больного в стационаре. При выполнении левосторонней гемиколэктомии отмечалось по одному случаю нагноения послеоперационной раны и вентральной грыжи. При операции Дюамеля при болезни Гиршпрунга отмечен один случай ранней спаечной кишечной непроходимости. Результаты лечения данных осложнений удовлетворительные. У ребенка с болезнью Гиршпрунга в возрасте 10 суток при накладывании колостомы - один случай энтероколита с перитонитом, больной умер.

2. Осложнения позднего послеоперационного периода, оказывающие влияние на реабилитацию больных. По нашим наблюдениям отмечалась задержка стула до 2-4 суток у 5 больных. Дальнейшая комплексная консервативная терапия с применением трансректальной электростимуляции в сроки от 3 до 6 месяцев привела к устойчивой нормализации актов дефекации.

Ближайшие послеоперационные осложнения вызваны ослаблением организма больного токсинами, попавшими в кровь, в результате длительного хронического колостаза, наличием сопутствующих заболеваний, а также большими объемами выполняемых операций. Многие хирурги считают, что наиболее удачными при восстановлении непрерывности толстой кишки в случае хронических колостазов являются операции Дюамеля, Соаве в различных модификациях. Однако в подавляющем большинстве случаев нами выполнена левосторонняя гемиколэктомия с низким колоректальным анастомозом и помещением анастомоза внебрюшинно. Мы считаем, что данная операция приемлема при долихосигме как менее травматичная, технически простая по сравнению с другими видами анастомозов. Больные в различных возрастных группах переносят эту операцию значительно легче и не нуждаются в длительном лечении в условиях реанимационного отделения. Восстановительный послеоперационный период значительно сокращается. По нашим данным после проведенных операций Соаве и Дюамеля пребывание больного в стационаре в послеоперационном периоде дольше на 5-6 суток.

Таким образом, анализ осложнений раннего и позднего послеоперационных периодов показал, что наименее травматичной и наиболее эффективной является левосторонняя гемиколэктомия с низким колоректальным анастомозом и помещением анастомоза внебрюшинно.

Для профилактики послеоперационных осложнений необходим предоперационный курс подготовки больного с целью купирования явлений хронической каловой интоксикации, лечения и профилактики вторичных воспалительных изменений в толстой кишке, стимуляции репаративной регенерации.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения хронических колостазов в сроки от 6 месяцев до 3 лет показал, что функционально неудовлетворительные результаты операций получены у 5 (4,5%) больных. Дальнейшее консервативное лечение привело к нормализации дефекации.

Основная причина длительности реабилитации заключалась в медленной нормализации ритма дефекации. По нашим данным в течение первых 6 месяцев после операции частота актов дефекации колебалась от 3 до 5 в сутки. Нормальный ритм дефекации 1-2 раза в сутки восстанавливался в более поздние сроки, от 6 до 15 месяцев.

Выводы: Таким образом, применение физических факторов в восстановительном лечении детей с хроническими колостазами, позволяет оказывать воздействие на различные патогенетические звенья заболевания, улучшает моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки и работу запирающего аппарата прямой кишки, в целом повышает эффективность комплексной терапии и качество жизни ребенка.

На основании анализа представленного материала мы пришли к следующему заключению: при хронических колостазах консервативная терапия должна быть комплексной и проводиться в течение 6 месяцев; выбор вида физиотерапевтических процедур зависит от вида колостаза, сроков заболева-

ния и ответной реакции организма на проводимые мероприятия; трансректальную электростимуляцию считаем методом выбора; хирургическое лечение хронических колостазов проводится только в случае неэффективности комплексной консервативной терапии; основной вид хирургического лечения хронических колостазов – одновременно – восстановительная операция – левосторонняя ге-

миколектомия по усовершенствованной нами методике.

Таким образом, лечение хронических колостазов представляет сложную социальную и медицинскую проблему. Функциональные результаты отдаленного периода и сроки реабилитации больных подтвердили правильность разработанной нами комплексной лечебной тактики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гусак В.К. Хронический толстокишечный стаз / В.К. Гусак, О.И. Миминошвили. – Д.: Книга, 2000. – 202с.
2. Данилов А.А. Наш опыт лечения хронических колостазов у детей / А.А. Данилов, А.А. Момотов // Дитяча хірургія. – 2004.- №1. – С. 10-12.
3. Дульцев Ю.В. Анальное недержание / Дульцев Ю.В., Саламов К.М. –М.: Книга, 1993. – 208с.
4. Джаваров Э.А. Долихоколон как причина хронического запоров / Э.А. Джаваров, Ф.С. Курбанов,

Ю.Н. Ткаченко // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. - №7. – С. 25-27.

5. Миминошвили О.И. Сравнительная оценка различных методов лечения хронических толстокишечных стазов / О.И. Миминошвили, Л.П. Шматько // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2004, Т.5.- №2. – С.207-210.

6. Физические факторы в комплексном лечении хронических запоров у детей. Хан М.А., Петрова А.В., Попов В.В. и др. // Педиатрия. – 2011. – Т. 90, №2. – С.96-98.

Момотов А.Г., Литвинов Г.А., Момотов А.А., Яровая О.А., Можаяев Е.А. Оценка ближайших и отдаленных результатов комплексного лечения хронических колостазов у детей // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 3. – С.122-124.

Особенность подхода к хирургическому лечению хронических колостазов обусловлена тем, что при этом заболевании лечение начинается с проведения консервативной терапии. Однако, утрата моторно-эвакуаторных свойств толстой кишки, наличие и прогрессирование болевого синдрома, наличие и прогрессирование хронической каловой интоксикации, нередко приводит к инвалидизации больных, что является показанием для хирургического лечения. Поэтому, важнейшей целью хирургического лечения хронических колостазов является полная социальная реабилитация больных. При колостазах лечебные мероприятия направлены на восстановление пропульсивных свойств толстой кишки. Ведущее место в комплексном лечении хронических колостазов у детей занимает физиотерапия, в частности, электростимуляция толстой кишки и сфинктеров прямой кишки в различных модификациях. Критерием адекватности процедур является получение максимального изолированного сокращения при максимальной силе тока. При использовании нами данных методов были получены хорошие и удовлетворительные результаты в лечении больных. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения по материалам нашей клиники за период с 2000 года по настоящее время показал, что индивидуальный и комплексный подход к лечению хронических колостазов подтвердил правильность выбранной лечебной тактики.

Ключевые слова: хронический колостаз, результат лечения, дети.

Момотов О.Г., Литвинов Г.О., Момотов А.О., Ярова О.О., Можаяев Є.О. Оцінка найближчих та віддалених результатів комплексного лікування хронічних колостазів у дітей // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 3. – С. 122-124.

Особливість підходу до хірургічного лікування хронічних колостазів обумовлена тим, що при цьому захворюванні лікування починається з проведення консервативної терапії. Проте, втрата моторно-евакуаторних властивостей товстої кишки, наявність і прогресування болевого синдрому, наявність і прогресування хронічної калової інтоксикації, нерідко призводить до інвалідації хворих, що є показанням для хірургічного лікування. Тому, найважливішою метою хірургічного лікування хронічних колостазів є повна соціальна реабілітація хворих. При колостазі лікувальні заходи спрямовані на відновлення пропульсивних властивостей товстої кишки. Провідне місце в комплексному ліванні хронічних колостазів у дітей займає фізіотерапія, зокрема, електростимуляція товстої кишки і сфінктерів прямої кишки в різних модифікаціях. Критерієм адекватності процедур є отримання максимального ізольованого скорочення при максимальній силі струму. При використанні нами даних методів були отримані гарні й задовільні результати в лікуванні хворих. Аналіз найближчих та віддалених результатів лікування за матеріалами нашої клініки за період з 2000 року по теперішній час показав, що індивідуальний і комплексний підхід до лікування хронічних колостазів підтвердив правильність обраної лікувальної тактики.

Ключові слова: хронічний колостаз, результат лікування, діти.

Momotov A.G., Litvinov G.A., Momotov A.A., Yarovaya O.A., Mozhaiev E.A. The nearest and remote results of complex treatment of chronic colostasis at children // Український медичний альманах. – 2012. – Том 15, № 3. – С. 122-124.

Feature of the approach to surgical treatment of chronic colostasis is caused by that at this disease treatment begins with carrying out of conservative therapy. However, loss of motor-evacuation properties of a large gut, presence and progressing of a painful syndrome, presence and progressing of chronic evacuation intoxication, frequently results in physical inability of patients. It is the indication for surgical treatment. Therefore, the major purpose of surgical treatment is full rehabilitation of patients. At colostases the medical actions are directed on recovery of propulsive properties of a colon. Leading place in complex treatment of chronic colostasis at children is occupied physiotherapy, in particular, electrostimulation of a large gut and rectal sphincters in various modifications. Criterion of adequacy of procedures is reception of the maximal isolated reduction at the maximal force a current. At use of these methods we have received good and satisfactory results in treatment of patients. The analysis of the nearest and remote results of treatment on materials of our clinic for the period with 2000 on true time has shown, that the individual and complex approach to treatment chronic colostasis has proved chosen medical tactics.

Key words: chronic colostasis, result of treatment, children.

Надійшла 23.03.2012 р.
Рецензент: проф. І.Б.Єршова