

© Процак Т. В., Забродська О. С., Скорнякова Л. О.

УДК 611.341.012+611.345.012

Процак Т. В., Забродська О. С., Скорнякова Л. О.

СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ПРО АНОМАЛІЇ ТОНКОЇ ТА ТОВСТОЇ КИШКИ

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці)

tanya-procak@yandex.ru

Робота є фрагментом планової комплексної наукової роботи кафедри анатомії людини ім. М. Г. Туркевича і кафедри анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії Буковинського державного медичного університету «Закономірності перинатальної анатомії та ембріотопографії. Визначення статевих особливостей будови і топографо-анатомічних взаємовідношень органів та структур в онтогенезі людини» (№ державної реєстрації 01100003078).

Вступ. Дедалі частіше увагу привертають природжені вади органів людини. Складність даних патологій полягає в тому, що вони потребують, в основному, хірургічного втручання, виявлення природжених вад на пізніших періодах розвитку може призводити до інвалідності чи летальних випадків. Майже 3% немовлят мають природжені вади, які усуваються оперативним шляхом, а саме – вади серцево-судинної, сечостатевої, дихальної, травної, нервової систем, а також множинні дефекти [8,11,16,18].

За даними Л.В. Мельничука, у структурі інвалідності перше місце зайняли природжені аномалії, друге місце – захворювання нервової системи, третє – захворювання ендокринної системи; станом на 2014 рік немалий відсоток займають аномалії шлунково-кишкового тракту [18].

Найчастішими патологіями у новонароджених є вади тонкої та товстої кишки, вони потребують детального вивчення, правильної діагностики та своєчасного лікування.

Кишкова атрезія – це вроджене переривання просвіту кишки, часткова або повна відсутність сегмента кишки, яка, в свою чергу, призводить до кишкової непрохідності. Така патологія часто комбінується і з іншими вадами: кільцеподібна підшлункова залоза, мальротация кишки, ектопічний анус, гастрошизис, дуплікатури ободової кишки [13]. Найчастіше зустрічаються атрезії дванадцятипалої кишки, які складають 35%. За даними літератури є дві теорії походження атрезії кишок – порушення розвитку кровонесних судин та порушення розвитку нервових сплетень і гангліїв кишки. В місцях атрезій дванадцятипалої кишки виявлено порушення формування судин в підслизовій оболонці, некроз, фіброз, а також відділення оболонок кишки [2]. Звуження та атрезії кишки формуються протягом 6-7 тижнів внутрішньоутробного розвитку через затримку зворотнього розвитку епітеліальної «пробки» під впливом тератогенних факторів [1].

Атрезія порожньої кишки, атрезія типу «яблучної шкірки» або синдром «Пагоди» є вкрай рідкісною вадою кишки, тому і потребує детального вивчення. Вперше дану патологію описали Santulli I Blanc ще в 1961 році. Автор згадує, що пацієнти з такою вадою є часто недоношеними, спостерігається велика частка мальротация, множинні атрезії різних відділів травної системи. Такі захворювання супроводжуються синдромом короткої кишки, частими ускладненнями, з них 63% в подальшому призводять до смерті [13,15,20,26].

Синдром короткої кишки більше відомий як комплекс патофізіологічних порушень після видалення тонкої чи товстої кишки, або комплексна їх резекція [9]. Діти, які перенесли резекцію кишки більше 50 см, хворіють на синдром короткої кишки, в таких пацієнтів після оперативного втручання зберігається баугінієва заслінка і протягом кількох років відбувається пристосування травної системи. При синдромі короткої кишки спостерігається зниження ваги, дисбактеріоз, хвороби печінки, діарея. Діти з синдромом короткої кишки потребують ретельного диспансерного нагляду [9,22].

Подвоєння товстої кишки – це аномальний додаток до товстої кишки, є однією із найскладніших природжених вад травної системи. Ширтаєв Б.К. вказує, що анатомічно такі дуплікатури поділяють на тубулярні, ізольовані, дивертикулярні та кістозні [23]. Враховуючи розвиток травної системи, можна сказати, що подібні дуплікатури починають виникати на 6-8 тижні ембріонального розвитку через порушення реканалізації первинної кишки [7]. Клінічні ознаки залежать від місця розташування патології, розмірів, швидкості розвитку захворювання, а також ускладнень, які можуть супроводжувати дану ваду [6,7,23].

Доліхосигма – це подовжена сигмоподібна кишка. Ця вада спричинює порушення моторики кишечника, і, як наслідок, проблеми із виведенням калових мас. Основними симптомами є: закрепи, біль в ділянці живота за напрямком спазму, метеоризм, нудота, відчуття слабкості та в'ялість [19]. Дана вада має надзвичайно складний перебіг. Якщо не вдаватись до лікування, доліхосигма може ускладнюватись іншими патологічними процесами: утворенням калових каменів, при цьому порушується дефекація; калова інтоксикація, яка спричиняється застоєм екскрементів. В результаті цього відбувається зворотне всмоктування токсинів у кров, непрохідність, анемія, втрата маси тіла,

синдром подразненої кишки, який характеризується болем та дискомфортом [11].

Захворювання Гіршпрунга – це природжена вада, при якій порушується іннервація товстої кишки, і як наслідком перистальтики кишок. Першим симптомом захворювання у новонароджених є затримка меконію (первинного стільця), але одним з симптомів можуть бути проноси [19]. Подразнення прямої кишки іноді тимчасово стимулює перистальтику, виділення меконію та газів, проте не усуває основної причини захворювання. За поширеністю вона займає друге місце після пілоростенозу. Для підтвердження діагнозу виконують біопсію стінки товстої кишки. Відсутність нервових клітин підтверджує припущення щодо захворювання Гіршпрунга. Усі діти із захворюванням Гіршпрунга повинні проходити стаціонарне лікування і його неможливо попередити [14,19]. Частина кишки, яка немає іннервації, видаляється хірургічним шляхом, а здорові краї з'єднуються [5]. Іноді проводять передчасну декомпресію товстої кишки шляхом накладання колостоми для того, щоб полегшити симптоми копростазу. Основною метою хірургічного втручання є забезпечення пацієнту регулярної дефекації [17,19,21].

Омфалоцеле – це вада передньої черевної стінки, при якій петлі кишок, іноді печінка виходять за межі черевної порожнини. Часто причиною виникнення вади є генетичний фактор (наприклад, синдром Едвардса чи синдром Патау). Частота випадків аномалії коливається від 1-3 на 10000 пололів. Омфалоцеле часто зустрічається в комбінації з іншими вадами, наприклад, порушенням розвитку серцево-судинної системи, скелетною дисплазією, вадами розвитку нервової системи, діафрагмовими грижами та недорозвиненням органів сечостатевої системи. Омфалоцеле вважають компонентом синдрому Беквіта-Відемана та пентади Кантрелла [19].

Дивертикул Меккеля – це природжена вада, яка характеризується вип'ячуванням ободової кишки, зустрічається у чоловіків. Дивертикул – це залишок ембріональної жовчно-кишкової протоки, відходить від кишки під різним кутом (зазвичай з вільного краю), буває різної форми – циліндричної, колбоподібної чи конічної [27]. До захворювань дивертикула Меккеля відносять: запалення, пептична виразка, наявність чужорідних тіл, пухлини. Симптоматика захворювання залежить від віку пацієнта. У дітей

буде спостерігатись блокування кишки та кишкові кровотечі [4,10,27].

Мегаколон і мегаректум – це терміни, які використовуються, коли на рентгенограмі діаметр ректосигмоподібного відділу або низхідної кишки перевищує 6,5 см, а висхідної – 8 см чи діаметр сліпої кишки перевищує 12 см. Мегаколон може бути симптомом різних захворювань, таких як природжений мегаколон (захворювання Гіршпрунга), ідіопатичний мегаколон, псевдообструкція кишки [28].

Гастрошизис є наслідком горизонтального дефекту черевної стінки в ділянці пупка, тобто не відбувається його зарощення, через який можуть випадати петлі кишки або бути спаяними між собою [3,15]. Точні причини аномалії не встановлені, але вважають, що це може бути нестача амінокислот та інших поживних речовин, дотримання вагітної жінки шкідливої дієти та прийом медикаментів під час вагітності [25]. Хірургічне усунування цього дефекту проводиться в перші дні життя. Для того щоб визначити чи зможе черевна порожнина помістити вип'ячування внутрішніх органів, потрібна чітка клінічна оцінка і великий практичний досвід. Одноразове закриття рани виконується лише в половині випадків, а в іншій половині все-таки потрібне поступове відновлення нормальної топографії органів черевної порожнини. Під час або після оперативного втручання ймовірний розвиток некротичного ентероколіту, перфорації кишки або його некрозу, а також подальше ускладнення з парентеральним харчуванням [12,19,24].

Висновок. Отже, незважаючи на сучасний рівень розвитку хірургії, природжені вади травної системи вимагають подальшого практичного вивчення, правильної діагностики та лікування. Особливо хірургам важливо знати походження та причини виникнення вад шлунково-кишкового тракту, оскільки це одні із найскладніших патологій сьогодення, які потребують сучасної хірургічної корекції.

Перспективи подальших досліджень. Сучасна хірургія потребує більш комплексних і детальних відомостей про причини та час можливого виникнення аномалій і варіантів будови тонкої й товстої кишки, що є необхідною умовою для розробки нових методів антенатальної профілактики та хірургічної корекції.

Література

1. Антонюк О.П. Морфо-функціональна характеристика атрезій дванадцятипалої кишки в новонароджених / О.П. Антонюк // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2015. – № 1, Т. 14. – С. 15-20.
2. Антонюк О.П. Морфогенез порожньої та клубової кишок у ранньому періоді онтогенезу людини / О.П. Антонюк // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2015. – № 4, Т. 14. – С. 45-48.
3. Боднар Г.Б. Клінічні аспекти функціональних порушень товстої кишки у дітей / Г.Б. Боднар // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2012. – № 4, Т. 11. – С. 111-116.
4. Боднар Б.М. Защемлення дивертикула Меккеля і червоподібного відростка у правобічній пахвинній грижі, поєднаній з абдомінальним крипторхізмом / Б.М. Боднар, М.В. Хмара, І.І. Пастернак, Д.Б. Боднарук, Л.М. Підлуський // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2005. – № 4, Т. 4. – С. 7-9.
5. Боднар О.Б. Ректальна форма хвороби Гіршпрунга з ураженням сигмоподібної ободової кишки, ампулярної та надампулярної частини прямої кишки у хворої юнацького віку / О. Б. Боднар // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2005. – № 4, Т. 4. – С. 10-12.

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

6. Гайдаенко А.Е. Случай оперативного лечения ребенка с удвоением подвздошной кишки / А.Е. Гайдаенко, И.В. Киргизов, А.Г. Талалаев, К.Н. Баранов, И.А. Шишкин, А.А. Гусев // Педиатрическая фармакология. – 2012. – Т. 9, № 2. – С. 121-123.
7. Грона В.Н. Удвоение толстой кишки у ребенка девяти месяцев, осложнившееся рецидивирующим профузным кровотечением / В.Н. Грона, В.К. Литовка, А.Ю. Гунькин // Український журнал хірургії. – 2010. – № 1. – С. 143-145.
8. Грона В.Н. Нарушения фиксации и ротации кишечника у новорожденных / В.Н. Грона, И.П. Журило, В.П. Перунский, П.А. Лепихов // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2007. – № 3. – С. 29-33.
9. Грона В.Н. Клинико-лабораторные аспекты синдрома короткой кишки у детей / В.Н. Грона, С.В. Веселый, М.В. Вакуленко, Т.В. Борей, Г.А. Сопов // Здоровье ребенка. – 2010. – № 3. – С. 110-114.
10. Гресько М.М. Перфорация дивертикула Меккеля сторонним телом / М.М. Гресько // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2007. – № 3, Т. 6. – С. 95-96.
11. Грона В.Н. Нарушения фиксации и ротации кишечника у новорожденных / В.Н. Грона, И.П. Журило, В.П. Перунский, П.А. Лепихов // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2007. – № 3, Т. 6. – С. 29-33.
12. Губергриц Н.Б. Аномалии толстой кишки / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, П.Г. Фоменко // Новости медицины и фармации. – 2009. – Т. 1. – С. 12-15.
13. Ершов В.Ю. Оцінка придатності кишки до анастомозування при хірургічному лікуванні атрезії кишки у новонароджених / В.Ю. Ершов // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2007. – № 4, Т. 6. – С. 53-58.
14. Капшитарь А.В. Болезнь Гиршпрунга с огромным копролитом, вызвавшим острую обтурационную толстокишечную непроходимость у больного среднего возраста / А.В. Капшитарь // Український журнал хірургії. – 2013. – № 2. – С. 141-142.
15. Ковальський М.П. Досвід вивчення морфології атрезій кишечника / М.П. Ковальський, Т.І. Даншин, В.Ю. Ершов // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2015. – № 4, Т. 11. – С. 134-137.
16. Ленюшкин А.И. Аномалии ротации и фиксации кишечника у детей (клиника, диагностика, лечебная тактика) / А.И. Ленюшкин, И.Н. Хворостов // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – № 5. – С. 87-92.
17. Мирзахмедов М.М. Хирургическая коррекция и профилактика послеоперационных осложнений болезни Гиршпрунга у взрослых / М.М. Мирзахмедов // Український журнал хірургії. – 2012. – № 3. – С. 30-33.
18. Мельничук Л.В. Проблеми питання діагностики та лікування вроджених вад у дітей / Л.В. Мельничук // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2015. – № 4, Т. 14. – С. 26-29.
19. Морозов Д.А. Сочетанная патология у детей с аноректальными пороками развития / Д.А. Морозов, А.Н. Никитина, И.А. Тихонова // Хирургия новорожденных. – 2007. – № 2. – С. 26-28.
20. Саввина В.А. Атрезия тощей кишки типа «яблочной кожуры», или синдром «Пагоды» / В.А. Саввина, В.Н. Николаев // Дальневосточный медицинский журнал. – 2002. – № 4. – С. 66-68.
21. Сенютович Р.В. Рідкісне спостереження некрозу товстої кишки після резекції шлунка / Р.В. Сенютович, В.Д. Бабін, Е.В. Олійник, М.В. Настас // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2003. – № 2. – С. 62-64.
22. Слонецький Б.І. Особливості перебігу синдрому «короткої кишки» у тварин при проведенні операції селективної денервації тонкої кишки / Б.І. Слонецький, І.В. Вербицький, М.І. Тутченко, І.О. Тюлюкін // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2015. – № 1, Т. 14. – С. 65-68.
23. Ширтаев Б.К. Удвоение толстой кишки. Случай из практики / Б.К. Ширтаев // Вестник хирургии Казахстана. – 2010. – № 3. – С. 28-29.
24. Яковленко В.А. Латерально распространяющиеся опухоли толстой кишки при колоноскопии с высокой разрешающей способностью, исследованием в узком спектре света и хромоскопией уксусной кислотой / В.А. Яковленко // Гастроэнтерология. – 2015. – № 1. – С. 134-136.
25. Armitage K.V. Microbes on the menu: recognizing illness Patient care / K.V. Armitage, J.T. Brooks, T.F. Jones, W. Schaffner, C. Starr // Медицина світу. – 2000. – Р. 239-246.
26. Barrie S. Rich Multiple intestinal atresia with apple peel syndrome successfully treated with primary repair / Barrie S. Rich, Matthew Bott, Nitsana Spingland // Journal of Pediatric Surgery case reports. – 2013. – № 7. – Р. 157-159.
27. Brian T. Meckel's Diverticulum / T. Brian, M.D. Bucher, Martin S. Keller // The New England Journal of Medicine. – 2010. – № 11. – Р. 45-46.
28. Lindsey R. Megaduodenum in Systemic Sclerosis / R. Lindsey, M.D. Baden // The New England Journal of Medicine. – 2015. – № 10. – Р. 23-24.

УДК 611.341.012+611.345.012

СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ПРО АНОМАЛІЇ ТОНКОЇ ТА ТОВСТОЇ КИШКИ

Процак Т. В., Забродська О. С., Скорнякова Л. О.

Резюме. В даній статті наведені літературні дані щодо природжених вад тонкої та товстої кишки, таких як атрезії, синдром короткої кишки, подвоєння товстої кишки, доліхосигми, хвороби Гіршпрунга, омфалоцеле, гастрошизис, мегаколон та мегаректум, поєднання їх з аномаліями розвитку серцево-судинної, дихальної, сечостатевої, травної, нервової систем.

Особливої уваги в наш час потребують патології шлунково-кишкового тракту. Не завжди можливо визначити захворювання на ранніх етапах ембріогенезу. Незважаючи на те, що новітня хірургія розвивається грандіозними кроками, деякі захворювання залишаються без уваги, саме тому медикам потрібно більш досконало вивчати проблематику природжених вад, зокрема шлунково-кишкового тракту.

Ключові слова: природжені вади, розвиток, товста і тонка кишка.

УДК 611.341.012+611.345.012

СОВРЕМЕННЫЕ СВЕДЕНИЯ О АНОМАЛИИ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ

Процак Т. В., Забродская О. С., Скорнякова Л. О.

Резюме. В данной статье приведены литературные данные по врожденным порокам тонкой и толстой кишки, таких как атрезии, синдром короткой кишки, удвоение толстой кишки, долихосигма, болезни

Гиршпрунга, омфалоцеле, гастрошизис, мегаколон и мегаректум, сочетание их с аномалиями развития сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой, пищеварительной, нервной систем.

Особого внимания в наше время требуют патологии желудочно-кишечного тракта. Не всегда возможно определить заболевание на ранних этапах эмбриогенеза. Несмотря на то, что современная хирургия развивается грандиозными шагами, некоторые заболевания остаются без внимания, поэтому медикам нужно более тщательно изучать проблематику врожденных пороков, в частности желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: врожденные пороки, развитие, толстая и тонкая кишка.

UDC 611.341.012+611.345.012

MODERN DATA ON ANOMALY OF THE SMALL AND THICK INTESTINE

Protsak T. V., Zabrods'ka O. S., Skorniakova L. O.

Abstract. In this article are published the data about congenital of small and large intestine such as atresia, syndrome of short intestine, doubling colon, dolihosyhy, Hirschsprung's disease, omphalocele, gastroschisis, megacolon and meharektum, combining with anomalies of cardiovascular, respiratory, urogenital, digestive and nervous systems. More often attention is drawn to the congenital of the human organs. The complexity of these pathologies generally consists in their need of surgical operation, detection of congenital defects in later periods of development can lead to disabilities or fatalities.

Almost 3% of infants with congenital defects which are treated by surgery – namely defects of cardiovascular, urogenital, respiratory, digestive and nervous systems, and multiple defects. According to L. Melnychuk, in the structure of invalidity, the first place have taken congenital anomalies, the second – a disease of the nervous system, the third – a disease of the endocrine system; in 2014 abnormalities of the gastrointestinal tract took a big percentage.

Intestinal atresia – a congenital intestinal lumen interruptions, partial or complete absence of a segment of intestine, which in turn leads to intestinal obstruction. The restriction and atresia forms for 6-7 weeks of fetal development may because of delay the feedback of epithelial «plugs» under the influence of teratogenic factors.

The syndrome of short intestine is better known as a complex pathophysiological disturbances after the removal of the small or large intestine, or complex of resection.

The doubling colon is a complement of intestine, which is one of the most complex congenital malformations of the digestive system. Considering it can be said that such doublings beginning to have 6-8 weeks of embryonic development because of interruption of recanalization primary colon.

Dolihosyhma – is extended sigmoid colon. This defect causes the interruption of intestine, and as a result it is the problem of withdrawal of feces.

The Hirschsprung's disease – a congenital defect in which is an interruption of innervation intestine, and as a result of peristalsis intestines. With the prevalence it pyloric stenosis has taken the second place. All children with Hirschsprung's disease should undergo hospital treatment and cannot be prevented. Part of the intestine that have no innervation is removed surgically and the healthy parts are connected.

Omphalocele – is a defect of the anterior abdominal wall, in which a loops of intestine, liver are beyond the abdominal cavity. Omphalocele is often found in combination with other disabilities, such as breach of cardiovascular, skeletal dysplasia, malformations of the nervous system, diaphragm hernia and hypoplasia of the genitourinary system.

Meckel's diverticulum – a congenital defect, characterized by overemphasizing of intestine common in men. Diverticulum – a balance of embryonic intestinal bile-duct, wich departs from the intestine from different angles.

The gastroschisis (GS) is the result of the horizontal defect of the abdominal wall in the navel area, and there are no overgrowing through which loops intestine can fall or be welded together. The exact causes of the anomalies are not installed.

Surgery deal with this defect in the first days of life.

The most frequent newborns' pathologies are the defects of small and large intestine, they require detailed examination, proper diagnosis and timely treatment. Nowadays, congenital pathology of the gastrointestinal tract requires special attention. It is not always possible to identify the disease in the early stages of embryogenesis. Despite the modern surgery is developing very fast, some diseases remain without taking into account, that's why doctors need to examine the problems of congenital malformations more thoroughly, especially the defects of the gastrointestinal tract.

Keywords: congenital defects, development, small and large intestine.

*Рецензент – проф. Проніна О. М.
Стаття надійшла 25.11.2016 року*