

ДОЛИХОСИГМА КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

УДК 616—053.2:616.714.1—007.241:616.741.31

Поступила 12.05.2009 г.



Н.Е. Кузмин*, аспирант кафедры детских болезней

Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

English

Dolichosigmoid as a reason for recurring painful syndrome in the right iliac area in children

N.E. Kuzmin, post-graduate of the infantile disease chair

Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod

A retrospective analysis of 140 case histories of children of a year to 17 years with a verified diagnosis «dolichosigmoid» is made. It was revealed, that more than a half of examined children (56,4%) had the recurring pains in the right iliac area. It is demonstrated, that a dolichosigmoid with a recurring painful syndrome in the right iliac area occupies the first place in a spectrum of other intestine diseases in children with analogous painful syndrome. Such peculiarities of a clinical picture, as the durative constipations (up to 7 days) and even a lack of independent stools — in 39,3% of examined children, a phenomenon of encopresis — 53,2%, as well as a red blood appearance in feces — 10,1%, which can be explained by the anal canal mucous membrane damage at the hard fecal mass passing, are described.

The X-ray investigation (irrigoscopy) was of a primary importance at a diagnosis among the instrumental methods; the endoscopic investigation (a rectoromanoscopy, colonoscopy) was used as a supplementary one, besides a lengthening and extension of the colon sigmoid department clearance was revealed.

Key words: dolichosigma, right iliac area, recurring pain.

Абдоминальный болевой синдром относится к числу тех жалоб, которые хотя бы раз в жизни встречаются у каждого человека. Среди причин этих страданий, безусловно, большую часть занимают болезни пищеварительного тракта, в том числе сопровождающиеся болями в правой подвздошной области [1—4].

Долихоколон — аномалия развития ободочной кишки и ее брыжейки, чаще всего возникающая в ее сигмовидном отделе (долихосигма), сопровождающаяся удлинением данного отдела толстой кишки без изменений мышечного слоя. Поэтому моторная функция удлинённой ободочной кишки может не отличаться от нормальной [4]. При хорошей пропульсивной функции толстой кишки удлинение ее не ведет к появлению каких-либо симптомов. При нарушении моторики долихоколон проявляется вздутиями живота, запорами различной длительности вплоть до полного отсутствия самостоятельного стула и болями в животе [5]. Боли локализуются преимущественно в правой подвздошной области

и стихают или уменьшаются после стула. Эти симптомы могут появляться уже в раннем детском возрасте [4]. При осмотре обращает на себя внимание болезненность при пальпации преимущественно правых отделов ободочной кишки [3, 4]. Среди других клинических проявлений, как следствие задержек дефекации, доминируют синдром трофических нарушений, астеновегетативные жалобы, обусловленные явлениями эндогенной толстокишечной интоксикации [6].

Цель работы — исследование клинических признаков долихосигмы с целью повышения качества диагностики заболеваний у детей с рецидивирующим болевым синдромом в правой подвздошной области.

Задачи исследования: 1) провести ретроспективный анализ историй болезни детей с установленным диагнозом «долихосигма» и выявить тех из них, которые испытывают рецидивирующие боли в правой подвздошной области; 2) определить долю этих детей в структуре заболеваний, сопровожда-

* Кузмин Николай Евгеньевич, тел. 8-905-866-91-80; e-mail: nkuzmin1975@yandex.ru

ющихся рецидивирующим болевым синдромом в правой подвздошной области, после исключения острой хирургической патологии; 3) проанализировать клинические проявления у детей с диагнозом «долихосигма», испытывающих рецидивирующий болевой синдром в правой подвздошной области.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 140 детей с подтвержденным диагнозом «долихосигма», которые проходили обследование и лечение во 2-м отделении Нижегородского НИИ детской гастроэнтерологии с 1998 по 2007 гг. Диагностический комплекс включал клинический минимум, фиброколоноскопию по показаниям и обязательное проведение ирригоскопии. Диагнозы формулировались по МКБ-Х и общепринятым в России рабочим классификациям.

Результаты и обсуждение. Возрастно-половой состав обследованных детей представлен в табл. 1.

Из представленных 140 детей боли в животе, включая правую подвздошную область, испытывали 79 больных (56,4%).

В структуре заболеваний, сопровождающихся рецидивирующим болевым синдромом в правой подвздошной области (после исключения у них острой хирургической патологии), на долю долихосигмы приходится более половины случаев (по данным 2-го отделения Нижегородского НИИ детской гастроэнтерологии за 1998—2007 гг. при обследовании

146 детей): долихосигма — 79 детей (54,1%); тотальный язвенный колит — 18 (12,3%); болезнь Крона подвздошной кишки — 16 (11,1%); эозинофильные поражения кишечника — 11 (7,5%); недифференцированный илеит — 8 (5,5%); дисфункция илеоцекальной области — 5 (3,4%); энтеробиоз — 5 (3,4%); хронический аппендицит — 4 (2,7%).

Эти данные убедительно свидетельствуют, что в дифференциальной диагностике заболеваний у детей с рецидивирующим болевым синдромом в правой подвздошной области прежде всего надо исключать долихосигму. Клинически здесь поможет сочетание рецидивирующих болей в правой подвздошной области с запорами и явлениями энкопреза. Обычно при долихосигме боли в животе уменьшаются или исчезают после дефекации. Длительность задержки стула варьирует от 2 сут и до отсутствия самостоятельной дефекации.

Анализ длительности запоров и явления энкопреза у детей с рецидивирующим болевым синдромом в правой подвздошной области, обусловленным наличием у них долихосигмы (табл. 2, 3), показал, что у тех детей, у которых стул наблюдался 1 раз в сутки, это происходило за счет энкопреза.

В клинической картине наблюдалось также появление примеси алой крови в каловых массах — у 8 детей (10,1%), 5 мальчиков и 3 девочки. Это можно объяснить повреждением слизистой оболочки пря-

Т а б л и ц а 1

Распределение детей по возрасту и полу

Дети	Возраст									
	1 год—2 года 11 мес и 29 дней		3 года—6 лет 11 мес и 29 дней		7 лет—11 лет 11 мес и 29 дней		12 лет—17 лет 11 мес и 29 дней		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Мальчики	9/4	6,4/5,1	46/28	32,8/35,4	31/19	22,1/24,0	8/4	5,7/5,1	94/55	67,0/69,6
Девочки	13/2	9,3/2,5	20/13	14,4/16,5	11/7	7,9/8,9	2/2	1,4/2,5	46/24	33,0/30,4
Всего	22/6	15,7/7,6	66/41	47,2/51,9	42/26	30,0/32,9	10/6	7,1/7,6	140/79	100,0/100,0

П р и м е ч а н и е: в знаменателе дроби указано количество детей с долихосигмой, испытывающих болевой синдром в правой подвздошной области.

Т а б л и ц а 2

Кратность стула у детей с долихосигмой, испытывающих рецидивирующие боли в правой подвздошной области

Дети	Кратность стула									
	1 раз в сутки		1 раз в 2—4 дня		1 раз в 5—7 дней		Нет самостоятельного стула		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Мальчики	4	5,1	31	39,3	14	17,7	5	6,3	54	68,4
Девочки	1	1,3	12	15,1	8	10,1	4	5,1	25	31,6
Всего	5	6,3	43	54,4	22	27,9	9	11,4	79	100,0

Таблица 3

Явления энкопреза у детей с долихосигмой, испытывающих рецидивирующие боли в правой подвздошной области

Дети	Явления энкопреза есть		Явления энкопреза не наблюдались		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Мальчики	33	41,8	20	25,3	53	67,1
Девочки	9	11,4	17	21,5	26	32,9
Всего	42	53,2	37	46,2	79	100,0

мой кишки при прохождении твердых каловых масс после задержки стула.

Из инструментальных методов в диагностике долихосигмы первостепенное значение имеет рентгенологический (ирригоскопия). Вспомогательным методом служит фиброколоноскопия, в ходе которой можно выявить удлинение сигмовидной ободочной кишки без изменения ее диаметра и состояния слизистой оболочки. При этом многое зависит от опыта эндоскописта [7].

Заключение. Ретроспективный анализ историй болезни детей с долихосигмой показал, что большая часть из них (56,4%) испытывает рецидивирующие боли в правой подвздошной области.

Доля долихосигмы в структуре заболеваний у детей с рецидивирующим болевым синдромом в правой подвздошной области (после исключе-

ния острой хирургической патологии) составляет 54,1%.

Анализ клинических данных у детей с диагнозом «долихосигма», испытывающих рецидивирующие боли в правой подвздошной области, показал, что 93,7% из них имеют запоры различной продолжительности; у 53,2% — явления энкопреза; примесь алой крови в каловых массах наблюдается у 10,1%.

Литература

1. Чижикова М.Д. Болевой синдром в правой подвздошной области в клинической практике. Российский гастроэнтерологический журнал 1998; 4: 164.
2. Чижикова М.Д., Парфенов А.И. Причины болевого синдрома в илеоцекальной области. Российский гастроэнтерологический журнал 2001; 2: 157—158.
3. Гастроэнтерология детского возраста. Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина. М; 2003; 360 с.
4. Парфенов А.И. Болезни илеоцекальной области. М; 2005; 272 с.
5. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Запоры у детей: причины и пути коррекции. Русский медицинский журнал 2003; 20: 1142—1144.
6. Федорова О.В. Клиническое значение эндогенной интоксикации у детей с заболеваниями толстой кишки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новгород, 1999.
7. Долецкий С.Л., Стрекаловский В.П., Климанская Е.В., Сурикова О.А. Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей. М; 1984; 278 с.