



случаев «шаблонное» назначение цефалоспоринов III поколения); приверженность к парентеральному назначению антибактериальных препаратов при нетяжелом течении пиелонефрита и отсутствии противопоказаний для приема внутрь; избыточная длительность парентерального назначения антибиотиков; назначение уросептиков в активной фазе

пиелонефрита; короткие курсы антибактериальной терапии (менее 10 дней). Высокая частота назначения цефалоспоринов III поколения не всегда микробиологически и клинически оправдана и увеличивает риск селекции устойчивых штаммов микроорганизмов.

## Структура колопроктологической патологии у детей

Р. Я. ЯФЯСОВ, А. П. БАИМОВ, М. С. ПОСПЕЛОВ

Казанский государственный медицинский университет, г. Казань,  
Детская республиканская клиническая больница, г. Казань.

УДК 616-092.18-053.2

**Целью** работы было изучение структуры колопроктологической патологии у детей в возрасте до 15 лет. Данные о заболеваниях изучены по данным хирургического кабинета консультативной поликлиники и хирургических отделений ДРКБ за 2000-2007 гг.

Колопроктологические заболевания диагностированы у 662 больных, что составило 3% от количества хирургических больных. Пороки развития толстой кишки диагностированы у 138 (20,8%) больных. Наиболее распространенными пороками были аноректальные атрезии (42 пациента), болезнь Гиршспрунга (39) и долихосигма (35). Реже диагностированы другие аномалии развития: аномалия фиксации толстой кишки (*saecum mobile*) у 4 детей, тератома крестцово-копчиковой области — у 4, врожденные ректовагинальный и ректовестибулярный свищи — у 3, эпителиально-копчиковый ход — у 3, врожденный стеноз анального канала — у 2, удвоение толстой кишки — у 2, врожденная клоака — у 1, атрезия толстой кишки — у 1, хвостоподобный придаток промежности — у 1, врожденный стеноз прямой кишки — у 1. Приобретенная патология диагностирована у 524 (79,2%) больных. Наиболее частыми заболеваниями были функциональные нарушения ректоанальной области (хронические запоры и недержание кала) 51,5% пациентов, воспалительные заболевания — 8,8%, трещины слизистой анального канала — 5,6%, опухолевые заболевания — 4,5%. Функциональные нарушения ректоанальной области диагностированы у 341 больных. Хронические запоры отмечены у 295 детей, из них функционального характера — у 172, ор-

ганического — у 123. Недержание кала наблюдали у 46 больных, из них функционального характера — у 22, смешанной этиологии (после коррекции аноректальных атрезий) — у 12, нейрогенного генеза (тканевая и органная форма миелодисплазии) — у 11, посттравматического характера — у 1. Воспалительные заболевания встретились у 58 больных, из них неспецифические воспалительные заболевания (язвенный колит, болезнь Крона) составили 12 наблюдений, острый парапроктит — 25, хронический парапроктит (параректальные свищи) — 21. Опухолевые заболевания диагностированы у 30 больных. Все носили доброкачественный характер и были представлены одиночными полипами у 27 пациентов, диффузным полипозом — у 1 и фибромой промежности — у 2. Острая и хроническая анальная трещины диагностированы у 37 больных. Частота остальных нозологических форм составила 7,4%. Геморрой диагностирован у 17 детей, выпадение прямой кишки — у 13, колоноптоз — у 11, травматические повреждения ректоанальной области — у 11, перианальные кондиломы — у 3, сформированные свищи толстой кишки — у 2, гемангиома прямой кишки — у 1.

Таким образом, по материалам клиники, колопроктологическая патология детского возраста составляет 3% от хирургических заболеваний. Структура заболеваний разнообразна и включает как врожденную, так и приобретенную патологию с преобладанием последней группы. Для диагностики и лечения большинства колопроктологических заболеваний необходимы специализация врачей детских хирургов и наличие соответствующего оснащения.