

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАССЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПРИ ЕГО ГИПЕРТРОФИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра хирургических болезней детского возраста (зав. — проф. И.А. Комиссаров) ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»

Ключевые слова: хронический запор, гипертрофия внутреннего сфинктера заднего прохода, внутренняя сфинктеротомия.

Введение. Лечение хронических запоров у детей до настоящего времени остаётся актуальной и социально значимой проблемой [1, 3, 6]. Большинство детей и подростков с функциональным запором успешно лечатся консервативными методами, включающими диету и использование различных слабительных. В то же время, в многочисленных публикациях показано, что дети с так называемым функциональным запором не являются однородной группой. Использование при их обследовании ректальной манометрии и эндоректальной сонографии позволило выделить больных с гипертрофией внутреннего сфинктера заднего прохода (ВСЗП) [5]. Последняя характеризуется миофиброзом внутреннего сфинктера и, как следствие, нарушением его расслабления, что, в свою очередь, приводит к созданию патологического высокого давления в анальном канале и не позволяет осуществлять полноценный акт дефекации [8]. Эти пациенты, как правило, не поддаются консервативному лечению [2, 5]. Их периодически госпитализируют с острым копростазом, они нуждаются в многократных сифонных клизмах или ручных эвакуациях каловых масс из прямой кишки. В связи с этим для ликвидации высокого давления в анальном канале была предложена операция — сфинктеротомия ВСЗП. С тех пор эта операция имеет как большое число сторонников [2, 4, 5, 8], так и категоричных противников [7].

Таким образом, основной задачей исследования было на большом клиническом материале выяснить распространенность гипертрофии ВСЗП среди детей с запорами и определить эффектив-

ность сфинктеротомии внутреннего сфинктера заднего прохода при этой патологии.

Материал и методы. С 1996 по 2008 г. под нашим наблюдением находились более 6000 больных с хроническим функциональным запором.

Комплексное обследование 3526 пациентов, наряду с клиническими методами, включало манометрию ректоанальной зоны (исследование ректоанального рефлекса, давления в анальном канале и объемно-пороговой чувствительности прямой кишки) и эндоректальную сонографию, которая позволила визуализировать практически все структуры кишечной стенки и сфинктерного аппарата прямой кишки, включая внутренний сфинктер. Нормальные возрастные показатели толщины ВСЗП и эндосограмма представлены в табл. 1 и на рис. 1. Всем пациентам проводили также ирригографию с подсчетом «индекса опорожнения» (отношение средней арифметической суммы поперечных размеров толстой кишки после опорожнения к этим же размерам при заполнении), нормальные его значения составляют 0,1–0,4.

Таблица 1

Нормальные возрастные показатели эндоректальной ультрасонографии у детей ($M \pm m$)

Толщина гладкомышечного слоя, мм	Возраст, лет		
	4–7	8–12	12–16
На уровне ампулы прямой кишки	0,7±0,01	0,8±0,01	0,9±0,01
На уровне анального канала (ВСЗП)	1,15±0,12	1,28±0,16	1,41±0,14

Результаты и обсуждение. В результате исследования у 60 (1,72%) детей было выявлено повышение давления в анальном канале и снижение объемно-пороговой чувствительности прямой кишки (в 2–3 раза). Однако ректоанальный рефлекс был не изменен, что указывало на отсутствие патологии со стороны ганглиев кишеч-

ной стенки (отсутствие болезни Гиршпрунга). В то же время, при эндоректальной сонографии у всех пациентов выявили значительное увеличение первого гипоехогенного слоя стенки анального канала, который соответствует расположению внутреннего сфинктера, т. е. определяли его гипертрофию (рис. 2). Необходимо также отметить, что, по данным ирригографии, у всех детей наблюдали выраженное нарушение опорожнения толстой кишки. Индекс опорожнения приближался к 1. Однако зона аганглиоза не была выявлена ни у одного пациента.

Таким образом, причиной запоров у всех больных мы считали гипертрофию ВСЗП. Длительная и настойчивая консервативная терапия у этих детей оказалось неэффективной.

41 из 60 пациентов была выполнена сфинктеротомия ВСЗП и изучена ее эффективность через 1–2, 3–5 и 7–10 лет после операции. 19 детей с таким же диагнозом, которым по разным причинам операция была не проведена, составили контрольную группу. Эти больные в течение всего периода наблюдения получали консервативную терапию (диета, слабительные средства, клизмы).

Эффективность операции оценивали по оригинальной 12-балльной шкале, которая включала клинические и рентгенологические показатели. Эта система позволила максимально полно учесть тяжесть и динамику заболевания, а также объективно оценить состояние пациентов в течение всего срока наблюдения (табл. 2)

На рис. 3 приведены результаты оперативного и консервативного лечения детей с гипертрофией внутреннего сфинктера в разные сроки от его начала. Видно, что эффективность операции повышалась очень медленно.

Так, если через 1–2 года после сфинктеротомии хороший результат был отмечен только у 4,8% больных, то через 3–5 и 7–10 лет соответственно — у 58,33 и 64,29%. Удовлетворительный результат через 1–2 года после операции был у 58,54% детей, а через 3–5 и 7–10 лет — соответственно у 25% и 28,57%. Это происходило за счет того, что увеличивалось число больных с хорошим результатом. Число плохих результатов также постоянно снижалось: через 1–2 года после операции оно составило 36,59%, через 3–5 лет — 16,67%, через 7–10 лет — 7,14%. В большинстве наблюдений максимальное клиническое улучшение после сфинктеротомии происходило в течение 3–5 лет после операции, затем восстановление функции опорожнения резко замедлялось.

У больных контрольной группы, которые получали консервативную терапию, несмотря на незначительное улучшение, результат лечения

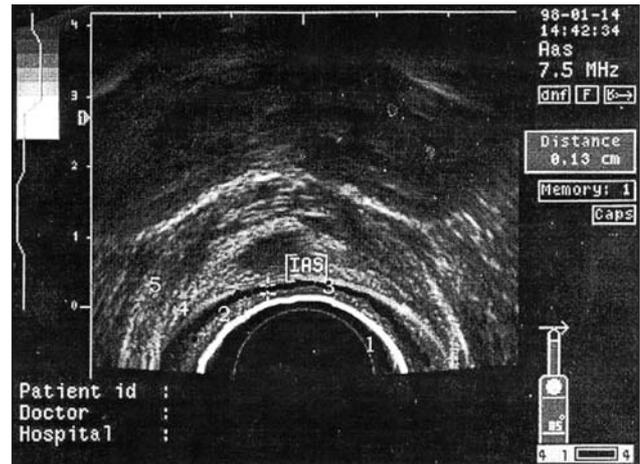


Рис. 1. Изображение анального канала и окружающих его структур при ультразвуковом сканировании.

1 — край датчика; 2 — эпителиальный комплекс — слизистая оболочка (промежуточной эхогенности); 3 — ВСЗП, состоящий из гладкомышечных волокон (гипоехогенность); 4 — наружный сфинктер заднего прохода; 5 — пуборектальная мышца, состоящая из поперечнополосатых волокон (высокая эхогенность).

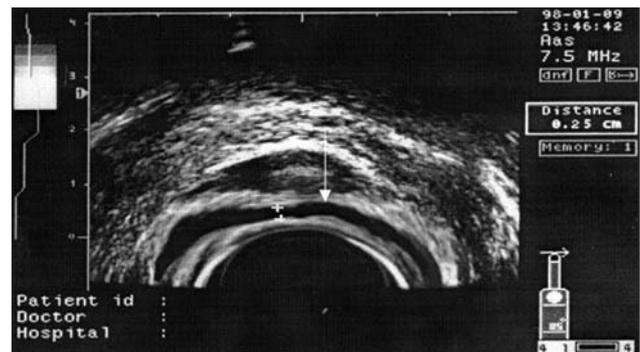


Рис. 2. Эндосонограмма анального канала ребенка с гипертрофией.

ВСЗП — толщина внутреннего сфинктера 2,5 мм (стрелка).

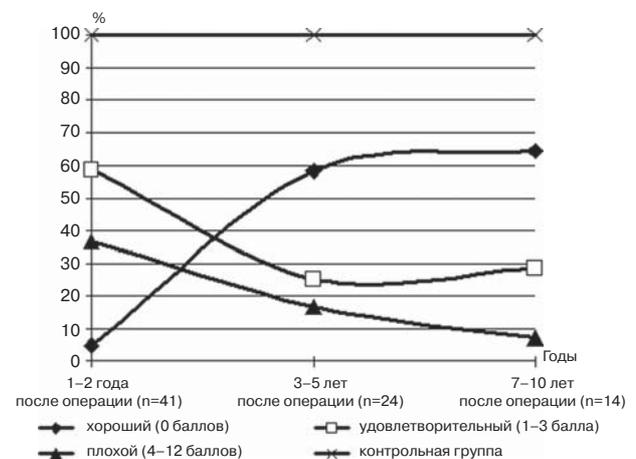


Рис. 3. Отдалённые результаты лечения пациентов с гипертрофией ВСЗП.

Таблица 2

Оценочная шкала эффективности лечения запоров

Показатели	Баллы
Оценка регулярности опорожнения:	
стул регулярный	0
стул 1 раз в 2–3 дня	1
стул 1 раз в 4–6 дней	2
стул 1 раз в 10 дней и реже	3
Оценка каломазания:	
нет	0
не чаще 1–2 раз в месяц	1
еженедельно	2
ежедневно	3
Оценка римских критериев:	
менее 3-х критериев	0
3 критерия	1
4 критерия	2
5 критериев	3
Оценка опорожнения на ирригограммах:	
опорожнение в норме, индекс опорожнения менее 0,4	0
незначительная задержка опорожнения, индекс опорожнения от 0,4 до 0,65	1
задержка опорожнения, индекс опорожнения от 0,65 до 0,8	2
значительная задержка опорожнения, индекс опорожнения более 0,8	3
Оценка результата лечения:	
хороший	0
удовлетворительный	1–3
неудовлетворительный	4–12

был расценен как неудовлетворительный у всех, так как без постоянной консервативной терапии было невозможно достигнуть адекватного опорожнения кишечника. В то же время необходимо отметить, что более чем у 7,14% пациентов вообще не наступило улучшения после оперативного вмешательства. Это позволяет предположить, что причины запоров до сих пор в значительной степени остаются не выясненными и у ряда больных могут нуждаться в других методах консервативного или оперативного лечения (трансректальная резекция прямой кишки, операция Свенсона или Дюамеля).

Выводы. 1. Пациенты с гипертрофией ВСЗП составляют не более 2% от всех детей с запорами. Однако, учитывая большую распро-

страненность нарушения опорожнения толстой кишки, реальное число больных может быть весьма значительным.

2. Сфинктеротомия ВСЗП является эффективной операцией при хронических запорах, обусловленных гипертрофией внутреннего сфинктера, и позволяет более чем у 90% пациентов восстановить самостоятельное опорожнение. Но необходимо учитывать, что она не является этиологической. После этого вмешательства создаются лишь предпосылки к восстановлению дефекации за счет снижения патологического высокого давления в анальном канале, и непременным условием успеха операции является полноценная и длительная консервативная терапия в послеоперационном периоде.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Комиссаров И.А., Умёнушкин А.А. Диагностика и лечение запоров у детей: Метод. реком.—СПб., 2001.—С. 4–20.
2. Alireza S.K., Harry C.W., Graham S.C. et al. Thickening of the internal anal sphincter in idiopathic constipation in children // *Pediatr. Surg. Int.*—2004.—Vol. 20.—P. 817–823.
3. Biggs W.S., Dery W.H. Evaluation and treatment of constipation in Infants and children // *Am. Fam. Physician.*—2006.—Vol. 73, № 3.—P. 469–477.
4. De Caluwe D., Yoneda A., Akl U., Puri P. Internal anal sphincter achalasia: outcome after internal sphincter myectomy // *J. Pediatr. Surg.*—2001.—Vol. 36.—P. 736–738.
5. Hosie G.P., Spitz L. Idiopathic constipation in childhood is associated with thickening of the internal anal sphincter // *J. Pediatr. Surg.*—1997.—Vol. 32.—P. 1041–1044.
6. Loening-Baucke V. Constipation in children // *Curr. Opin. Pediatr.*—1994.—№ 6.—P. 556–561.
7. Peña A., Levitt M.A. Colonic inertia disorders in pediatrics // *Curr. Probl. Surg.*—2002.—Vol. 39, № 7.—P. 666–730.
8. Schmittenebecher P. Thickening of the internal anal sphincter in idiopathic constipation in children // *J. Pediatr. Surg.*—2005.—Vol. 40, № 7.—P. 1217.

Поступила в редакцию 14.09.2009 г.

I.A.Komissarov, V.V.Levanovich, M.I.Komissarov

USING DISSECTION OF THE INTERNAL ANAL SPHINCTER WITH ITS HYPERTROPHY IN CHILDREN

Treatment of chronic constipations in children still remains an actual problem. In the period from 1996 to 2008 we made 4739 ultrasonic investigations in 3526 patients. Thickness of the internal anal sphincter was found in 1.72% of children. Operation of sphincterotomy of the internal anal sphincter was performed on 41 patients, its efficiency being studied within 1–2, 3–5 and 7–10 years. This intervention was shown to reestablish independent emptying in more than 70% of patients.