

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Р.Я. Яфясов, А.А. Ахунзянов

Кафедра детской хирургии с курсом ФПК и ППС (зав. — проф. А.А.Ахунзянов) Казанского государственного медицинского университета, Детская республиканская клиническая больница (главврач — канд. мед. наук Е.В. Карпухин) МЗ РТ, г. Казань

Хронические запоры (ХЗ) у детей — часто встречаемый симптом в практике педиатра и детского хирурга [1, 5, 7]. Диагностическая тактика предусматривает исключение внекишечных (эндокринных, неврологических, психогенных, токсических) и органических кишечных причин появления запоров. Однако у большинства больных при диагностике не удается выявить этиологические причины ХЗ. В таких случаях запоры считаются идиопатическими или функциональными [8, 9]. Результаты исследований больных с ХЗ позволили предположить одновременное наличие нескольких патогенетических механизмов развития заболевания [2, 5, 9]. Исходя из этого целью работы являлось исследование этиологии и патогенеза ХЗ у детей.

В 2002—2005 гг. в хирургическом отделении ДРКБ МЗ РТ было обследовано 120 детей (мальчиков — 89, девочек — 31) в возрасте от 8 месяцев до 15 лет с жалобами на хронические запоры. Наряду с общепринятыми клиничко-лабораторными исследованиями применялись контрастная ирригоскопия с ирригографией (120), исследование ректоанального тормозного рефлекса (70), ректонометрия (70), электромиография с мышц выпрямителей спины (96). Ирригоскопия с ирригографией проводилась по методике А.И. Лёнюшкина [4]. По ирригограммам оценивали ширину прямой кишки, длину и ширину всех отделов ободочной кишки, сохранность гаустрального рисунка и степень опорожнения кишки от контрастного вещества.

Исследование ректоанального рефлекса по М.Д. Левину [3] заключалось в регистрации реакции внутреннего анального сфинктера в ответ на раздувание баллона в прямой кишке. Ректонометрию выполняли путем фракционного заполнения баллона в прямой кишке жидкостью объемом по 20 мл. Определяли давление в прямой кишке и объем появления позыва на дефекацию.

Электромиографию регистрировали с *m. erector spinae* в проекции ромбовидного треугольника по методике Ю.С. Юсевич (1972) на электромиографе "Medicor"

(Венгрия). Результаты электромиографии оценивали как признаки нарушения иннервации на уровне рефлекторной дуги S1—S5 сегментов спинного мозга (сегментарные нарушения) или вышележащих отделов ЦНС (надсегментарные изменения) либо их сочетания [6].

В большинстве случаев запоры начинались в возрасте до одного года (у 48) и от одного года до 3 лет (у 47). Позже отмечались эпизоды недержания кала, а у части больных — полное отсутствие самостоятельных актов дефекации и постоянное непроизвольное отхождение каловых масс (энкопрез). Нередко данный симптом служил поводом для обращения за медицинской помощью. Больные жаловались в основном на редкие самостоятельные дефекации с интервалами от 2 до 14 дней (72,5%), изменение характера стула (68,33%), непроизвольное отхождение кала на фоне запоров (55,83%), нарушение позывов на дефекацию (51,67%), необходимость применения слабительных средств и/или клизм (51,67%). При объективном осмотре у 43 больных было установлено отставание в физическом развитии, у 68 — бледность кожных покровов, у 58 — увеличение размеров живота, у 56 — расширение петли толстой кишки в сочетании с каловыми камнями (у 32), у 45 — отсутствие кожно-анального рефлекса, у 63 — расширение ампулы прямой кишки, у 21 — сужение. Аномалии пояснично-крестцовой области в виде асимметрии межъягодичной складки выявлены у 18 больных, кожных ямочек — у 10, эпителиально-копчикового хода — у 2, пигментных пятен — у 2.

По результатам контрастной ирригоскопии обнаружены сужение прямой кишки с супрастенотическим расширением (24), ее расширение (55), расширение прямой кишки в сочетании с расширением и удлинением сигмовидной (26), удлинение последней (15).

Клиничко-рентгенологическое обследование показало наличие болезни Гиршпрунга (у 24), мегаректум (у 55) или мегаректум с мегаколон (у 26) и долихосигмой (у 15).

Болезнь Гиршпрунга начинала разви-

ваться у детей в периоде новорожденности. Заболевание проявлялось редкими самостоятельными дефекациями, что вынуждало прибегать к клизмам и слабительным средствам. Объективно имелись отставание в физическом развитии, увеличение объема живота, пустая и суженная ампула прямой кишки при ректальном осмотре. В связи с малым возрастом детей с болезнью Гиршпрунга выполнение манометрических исследований и электромиографии резко затруднялось, а полученные данные были малоинформативны.

Начало развития мегаректум и мегаколон (81) приходилось преимущественно на возраст от одного года до 4 лет. Отмечались жалобы на ослабление или отсутствие позывов на дефекацию, изменение характера стула (плотный и широкий), непроизвольное отхождение кала на фоне запоров. Объективными признаками патологии были наличие увеличенной петли толстой кишки и каловых камней, расширенная ампула прямой кишки, заполненная калом. По данным электромиографии у больных с мегаректум, мегаректум и мегаколон выявлен преимущественно сегментарный уровень нарушений иннервации. По данным манометрических исследований у 39 больных констатировано снижение ректоанального рефлекса, у 25 — давления в прямой кишке, у 28 — чувствительности прямой кишки. Клинические данные и результаты неврологического обследования (аномалии в проекции пояснично-крестцовой области, отсутствие кожно-анального рефлекса) совместно с данными дополнительных методов обследования (дизрафии позвоночника на рентгенограммах, сегментарные изменения миограмм, нарушения чувствительности прямой кишки) позволили установить у 46 больных скрытую форму миелодисплазии спинного мозга с нарушением функции тазовых органов. У остальных 35 больных причины заболевания не выявлены, диагностированы идиопатический мегаректум и мегаколон.

Долихосигма (15) развивалась у детей в возрасте от одного года до 14 лет. Больные жаловались на болевой синдром в нижних отделах живота, связанный с задержкой стула, снижение частоты самостоятельных дефекаций и изменения характера стула (фрагментированный). При объективном осмотре заметные внешние отклонения не выявлялись. По данным электромиографии регистрировались надсегментарные и смешанные типы миограмм. Ректоанальный рефлекс и чувствительность прямой кишки не были нарушены.

Пациентам с болезнью Гиршпрунга выполнялась проктопластика по Соаве—Лёнюшкину. У больных с мегаректум, мегаколон и долихосигмой проводилось консервативное лечение путем очищения кишечника от каловых масс, выработки регулярных актов дефекации с помощью клизм, применения послабляющей диеты и физиотерапии (электростимуляция кишечника), включая массаж передней брюшной стенки и лечебную физкультуру. При подтверждении скрытой формы миелодисплазии пояснично-крестцового отдела позвоночника проводились курсы лечения, назначенные неврологом (контрастные клизмы, физиолечение, направленное на улучшение кровоснабжения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, витаминотерапия).

Результаты лечения оценивались на сроках от 6 месяцев до 4 лет. Хорошими результатами считали наличие самостоятельных дефекаций, отсутствие непроизвольного отхождения кала и расширения кишечника при пальпации, удовлетворительными — эпизоды задержки стула и непроизвольного отхождения кала, отсутствие дилатации толстой кишки при осмотре, неудовлетворительными — постоянное отсутствие самостоятельного стула и непроизвольное отхождение кала, стойкую дилатацию толстой кишки.

При суммарной оценке результатов консервативного лечения больных с мегаректум, мегаректум с мегаколон и долихосигмой хорошие результаты лечения были получены у 63 (65,63%) больных, удовлетворительные — у 25 (26,04%), неудовлетворительные — у 8 (8,33%). Больные с неудовлетворительными результатами длительной консервативной терапии и сохраняющейся дилатацией толстой кишки были прооперированы (резекция расширенной части ободочной кишки и проктопластика по Соаве—Лёнюшкину): хорошие результаты — у 5, удовлетворительные — у 2, неудовлетворительный — у одного.

Итак, истинные причины хронических запоров у детей могут быть установлены лишь при комплексном обследовании с применением рентгеноконтрастной ирригоскопии с ирригографией, ректотометрии и электромиографии. Хронические запоры у детей полиэтиологичны и могут быть следствием болезни Гиршпрунга (20%), мегаректум (45,8%), мегаректум с мегаколон (21,7%) и долихосигмы (12,5%). У больных с мегаректум, мегаректум с мегаколон и долихосигмой в 47,9% случаев определялись сопутствующие неврологические заболевания или аномалии развития

позвоночника. При болезни Гиршпрунга наиболее эффективным является хирургическое лечение. Больные с мегаректум, мегаректум с мегаколон и долихосигмой нуждаются в основном в консервативном лечении (91,17%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Королев Р.А., Лёнюшкин А.И. // Дет. хир. — 2003. — № 1. — С.37–39.
2. Лаптев Л.А. Нейродисфункции тазовой диафрагмы в генезе расстройств функций органов каломочевого выделения у детей при миелодисплазии: Автореф. дисс.... д-ра мед. наук.—М.,1998.
3. Левин М.Д., Никифоров А.Н. // Здравоохран. Белоруссии. — 1981.— № 3. — С.10–12.
4. Лёнюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста: Руководство для врачей. — М., 1999.
5. Лёнюшкин А.И., Баранов К.Н., Саруханян О.О., Кабанова И.Н. // Дет. хир. — 2002. — № 1. — С. 4–7.
6. Ратнер А.Ю. Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы.— Казань, 1990.

7. Цимбалова Е.Г., Потапов А.С., и др. // Вопр. соврем. педиатр.— 2002. — № 6. — С.56–61.

8. Felt B, Wise C.G., et al. // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 1999. — Vol.153(4). — P.380–385.

9. Southwell B.R., King S.K., Hutson J.M. // J. Paediatr. Child Health.— 2005.— Vol. 41. — P.1–15.

Поступила 09.03.06.

PECULIARITIES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC CONSTIPATION IN CHILDREN

R.Ya. Yafyasov, A.A. Akhunsyanov

Summary

Complex observation of 120 children with chronic constipation (age from 8 months to 14 years) revealed organic (Hirschprung disease - 20%) and functional (megarectum - 45.83%; megarectum with megacolon - 21.67%, dolichisigma - 12.5%) etiology of the disease. Surgical methods of treatment were used in organic etiology, while different methods of conservative treatment were used in functional diseases.

УДК 618.3 — 008.6 — 07 : 616.1

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА

Е.Ю. Юпатов, И.Ф. Фаткуллин

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. И.Ф. Фаткуллин)
Казанского государственного медицинского университета

Гестоз относится к наиболее сложному разделу акушерской практики [7]. За последние пять лет его частота увеличилась и колеблется от 14 до 21% [2]. К тому же данная проблема имеет большое социальное значение в связи с высоким процентом заболеваемости не только матери, но и ребенка (8,9–74,1%). При гестозе формируется парадоксальное сочетание: гиповолемия на фоне задержки большого количества жидкости в интерстиции, что приводит к снижению адекватности гемодинамики [1, 3].

В настоящее время известны три типа гемодинамики: гиперкинетический, эукинетический и гипокинетический [4]. Развивающийся спазм сосудов, повышение общего периферического сосудистого сопротивления, гиповолемия формируют гипокинетический тип кровообращения, сопровождающийся наиболее глубокими нарушениями клинико-биохимических показателей, а также тяжелым клиническим течением [8]. В акушерской практике несомнен-

ное предпочтение отдается неинвазивным методам оценки гемодинамики.

В нашей клинике гемодинамику исследуют методом объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) с помощью анализатора показателей кровообращения "АПКО-8-РИЦ" (ООО "Глобус", Россия), регистрирующего в частности систолический (САД), диастолический (ДАД), боковой, пульсовой, средний (СрАД) и ударный показатели АД, рассчитывающий сердечный выброс (СВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), линейный кровоток, ударный объем (УО) и ряд показателей состояния сосудистых стенок [6].

Целью нашего исследования являлась оптимизация диагностики и терапии гестоза с учетом состояния гемодинамики беременной методом ОКО.

Обследована 131 беременная в возрасте от 19 до 30 лет. Из них 75 женщин с физиологическим течением беременности составили 1-ю группу. Во 2-ю группу (32 чел.)