

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.352-009.12-053.2-089.85

И.А.Комиссаров, В.В.Леванович, М.И.Комиссаров

РАССЕЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПРИ АНАЛЬНОЙ АХАЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

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

Ключевые слова: хронический запор, анальная ахалазия, внутренняя сфинктеротомия.

Введение. Лечение хронических запоров у детей до настоящего времени остаётся актуальной и социально значимой проблемой [2, 7]. 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, а использование при их обследовании ректальной манометрии (исследование ректоанального рефлекса) позволило выделить больных с анальной ахалазией [5]. Последняя характеризуется нарушением расслабления внутреннего сфинктера заднего прохода, что, в свою очередь, приводит к созданию патологического высокого давления в анальном канале и не позволяет осуществлять полноценный акт дефекации. Эти пациенты, как правило, не поддаются консервативному лечению [1]. 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 спазма анального канала было предложено рассечение внутреннего сфинктера заднего прохода [4]. С тех пор эта операция имеет как большое число сторонников [3], так и категоричных противников [6].

Таким образом, основной задачей исследования было на большом клиническом материале выяснить распространенность анальной ахалазии среди детей с запорами и определить эффективность рассечения внутреннего сфинктера заднего прохода.

Материал и методы. С 1996 по 2008 г. под нашим наблюдением находились более 6000 больных с хрониче-

ским функциональным запором. Комплексное обследование, наряду с клиническими, рентгенологическими и морфологическими методами, включало манометрию ректоанальной зоны (исследование ректоанального рефлекса, давления в анальном канале и объемно-пороговой чувствительности прямой кишки). Всего было проведено 13 864 колодинамических исследования у 3466 пациентов.

Результаты и обсуждение. В результате исследования у 136 (3,92%) детей было выявлено нарушение ректоанального рефлекса разной степени, повышение давления в анальном канале и снижение объемно-пороговой чувствительности прямой кишки (рис. 1).

У 75% детей ректоанальный рефлекс был «извращенным», у 25% — замедленным, т.е. во время акта опорожнения давление в анальном канале не снижалось, как это происходит в нормальных условиях (см. рис. 1, а), а оставалось неизменным (см. рис. 1, б) или, наоборот, возрастало (см. рис. 1, в). У 91,78% пациентов было определено снижение объемно-пороговой чувствительности (ОПЧ) прямой кишки (у всех значения ОПЧ превышали 250 мл — нормальные значения до 200 мл). Базальное давление в анальном канале было повышено в 1,5–2 раза (до 56–63 см вод. ст., при норме — 30–40 см вод. ст.).

Необходимо также отметить, что, по данным ирригографии, у всех детей наблюдали выраженное нарушение опорожнения толстой кишки. Индекс опорожнения (отношение средней арифметической суммы поперечных размеров толстой кишки после опорожнения к этим же размерам при заполнении) у всех пациентов превышал нормальные значения (0,1–0,4) и приближался к 1 [1]. Однако зона аганглиоза не была выявлена ни в одном случае.

Таким образом, причиной запоров у всех больных мы считали анальную ахалазию. Длительная и настойчивая консервативная терапия у этой группы детей оказалось неэффективной.

93 из 136 пациентов с анальной ахалазией было выполнено рассечение внутреннего сфинктера заднего прохода и изучена ее эффективность через 1–2, 3–5 и 7–10 лет. 43 ребенка с таким же диагнозом, которым по разным причинам операция была не проведена, составили контрольную группу. Эти больные весь период наблюдения получали консервативную терапию (диету, слабительные, 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 (таблица)

Оценочная шкала эффективности лечения запоров

Оценка регулярности опорожнения	Баллы
Стул:	
регулярный	0
один раз в 2–3 дня	1
один раз в 4–6 дней	2
один 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:	
определяется менее 3 критериев	0
определяется 3 критерия	1
определяется 4 критерия	2
определяется 5 критериев	3
Оценка опорожнения на ирригограммах:	
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

На рис. 2 приведены результаты оперативного и консервативного лечения детей с анальной ахалазией в разные сроки от его начала. Видно, что эффективность операции повышалась очень медленно. Так, если через 1–2 года после

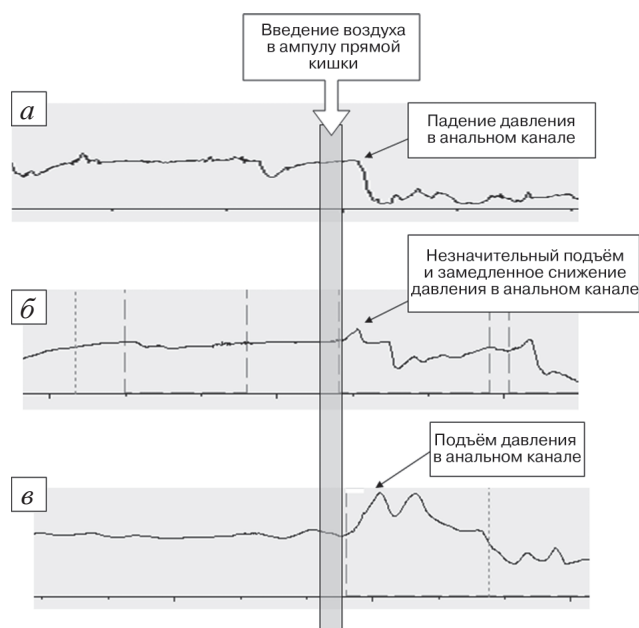


Рис. 1. Исследование ректоанального рефлюкса.

а — нормальный; б — замедленный;
в — обратный «извращенный».

сфинктеротомии хороший результат был отмечен только у 2,15% больных, то через 3–5 и 7–10 лет — у 41,6 и 60,47% соответственно. Удовлетворительный результат через 1–2 года после операции был в 56,99% наблюдений, а через 3–5 и 7–10 лет — в 28,33% и 16,28% соответственно. Это происходило за счет того, что увеличивалось число больных с хорошим результатом. Число плохих результатов постоянно снижалось: через 1–2 года после операции оно составило 40,86%, через 3–5 лет — 30%, через 7–10 лет — 25,58%. В большинстве случаев максимальное клиническое улучшение после сфинктеротомии происходило в течение 3–5 лет, затем восстановление функции опорожнения резко замедлялось.

У больных контрольной группы, которые получали консервативную терапию, несмотря на незначительное улучшение, результат лечения был расценен как неудовлетворительный во всех случаях, так как без постоянной консервативной терапии (диета, слабительные средства, периодические клизмы) было невозможно достигнуть адекватного опорожнения кишечника.

В то же время необходимо отметить, что более чем у 23% пациентов вообще не наступило улучшения после оперативного вмешательства. Это позволяет предположить, что причины запоров до сих пор в значительной степени остаются не выясненными, и в ряде случаев больные могут нуждаться в других методах консервативного или оперативного лечения (трансректальная резекция прямой кишки, операция Свенсона или Дюамеля).

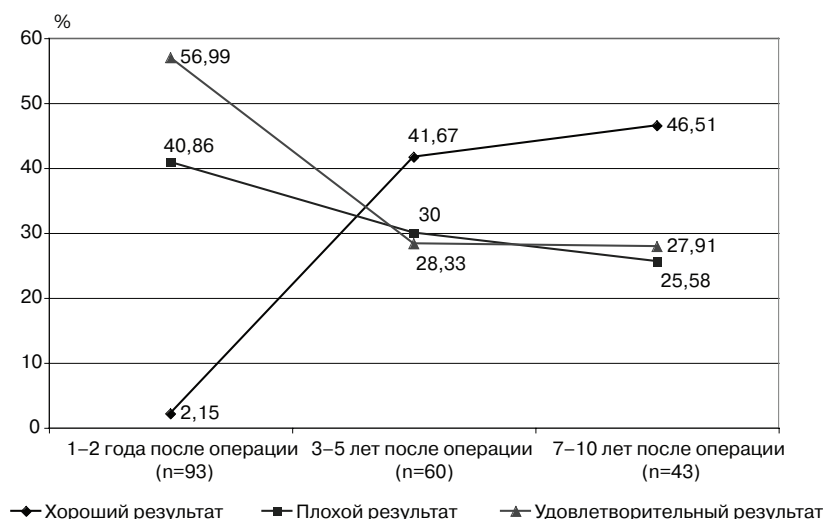


Рис. 2. Отдалённые результаты лечения пациентов с анальной ахалазией.

Также неудовлетворительный результат операции может быть в значительной степени обусловлен тяжелым врожденным или вторичным (необратимым, на фоне запоров) нарушением моторики прямой и толстой кишки в результате поражения интрамурального нервного аппарата и мышечного слоя.

Выводы. 1. Пациенты с анальной ахалазией составляют не более 4% от всех детей с запорами. Однако, учитывая большую распространенность этой патологии, абсолютное количество больных может быть очень значительным.

2. Рассечение внутреннего сфинктера заднего прохода является эффективной операцией при хронических запорах, обусловленных анальной ахалазией, и позволяет более чем у 70% больных восстановить самостоятельное опорожнение, но она не является этиологической. После этого вмешательства создаются лишь предпосылки к восстановлению дефекации, за счет снижения

патологического высокого давления в анальном канале.

3. 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. 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.
3. 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.
4. Duhamel B. Recto-anal achalasia // Ann. Chir. Infant.—1965.—Vol. 6, № 4.—P. 345–347.
5. Martucciello G., Prato A.P., Puri P. et al. Controversies concerning diagnostic guidelines for anomalies of the enteric nervous system: a report from the fourth International Symposium on Hirschsprung's disease and related neurocristopathies // J. Pediatr. Surg.—2005.—Vol. 40.—P. 1527–1531.
6. Peña A., Levitt M.A. Colonic inertia disorders in pediatrics // Curr. Probl. Surg.—2002.—Vol. 39, № 7.—P. 666–730.
7. Rubin G., Dale A. Chronic constipation in children // BMJ.—2006.—Vol. 18, № 333.—P. 1051–1055.

Поступила в редакцию 11.02.2009 г.

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

DISSECTION OF THE ANAL INTERNAL SPHINCTER IN CHILDREN WITH ANAL ACHALASIA

Since 1996 till 2008 we have performed 13 864 colodynamic investigations in 3466 patients. In 136 (3.92%) of them a disturbance of the rectoanal reflex was detected and the diagnosis of anal achalasia was made. Dissection of the anal internal sphincter was performed in 93 patients and its efficiency was studied within 1–2, 3–5 and 7–10 years. This intervention was shown to allow recovery of independent emptying in more than 70% of children with anal achalasia.