

УДК 616.34-009.11-036.12-08-053.2

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ

П.П. Кузьмичев¹, А.Г. Лебедев², А.Г. Пинигин³, Ю.Н. Незатаенко³

¹ Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения (680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9),

² Дальневосточный государственный медицинский университет (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35),

³ Детская краевая клиническая больница (680003, г. Хабаровск, ул. Прогрессивная, 6)

Ключевые слова: дети, желудочно-кишечный тракт, дисплазия соединительной ткани, пороки развития кишечника.

Из 162 пациентов в возрасте до 18 лет, страдавших хроническим запором, в том числе в сочетании с энкопрозом, в 91,9 % случаев выявлены различные пороки развития толстого кишечника и в 56,7 % случаев – патология вышележащих отделов желудочно-кишечного тракта. Показанием к оперативному лечению служило стойкое отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 6 месяцев. Обсуждается роль соединительно-тканной и мышечной дисплазии толстого кишечника в генезе хронических запоров у детей.

В последние годы в практике детских хирургов и гастроэнтерологов увеличилось число детей, страдающих хроническими запорами. Истинная распространенность запоров у детей неизвестна ввиду низкой обращаемости родителей к врачу и недостаточного знания данной патологии педиатрами. Считается, что запорами страдают от 10 до 25 % детского населения [1, 5, 8, 9].

Несмотря на очевидный прогресс в изучении деятельности толстой кишки, следует признать, что наши знания о ее функциях, регуляции и взаимодействии с другими органами остаются несовершенными, недостаточно выяснено влияние недифференцированной соединительно-тканной дисплазии на формирование и течение хронического запора у детей [2–4].

Внимание специалистов разного профиля к проблеме недифференцированной дисплазии соединительной ткани связано с широкой распространенностью ее проявлений в популяции – от 26 до 80 %, по данным разных авторов [3, 6]. Ряд исследователей выделяет эту группу страданий в качестве самостоятельного синдрома недифференцированной соединительно-тканной дисплазии.

Согласно последним работам, желудочно-кишечный тракт на 80 % состоит из соединительной ткани, в связи с чем можно полагать, что у части детей с запором именно дисплазия является его основным этиологическим фактором. Е.В. Комарова и др. [3, 4] отмечали высокую частоту фенотипических маркеров дисплазии соединительной ткани у детей с патологией желудочно-кишечного тракта. К диспластикозависимым изменениям со стороны органов пищеварения многие авторы относят нарушение фиксации, длины, объема и моторно-тоническую патологию полых органов [2, 4, 7]. Литературные данные позволяют утверждать, что существует достаточно тесная взаимосвязь

между числом внешних фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани и частотой выявления анатомических изменений внутренних органов, в частности толстого кишечника.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 162 детей (85 мальчиков и 77 девочек) в возрасте до 18 лет с хроническим толстокишечным стазом на материале Детской краевой клинической больницы г. Хабаровска за последние 5 лет. По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: до 3 лет – 50, 4–7 лет – 64, 8 лет и старше – 48.

Все дети страдали колостазом длительное время, максимальная задержка стула до 4 суток отмечалась в 70, более 4 суток – в 92 наблюдениях. Жалобы на каломазание предъявлял 61 ребенок. Кратность госпитализации для дополнительного обследования и коррекции лечения в течение 5 лет составила 1,8 раза. Для диагностики проводили общеклинические лабораторные и инструментальные исследования, ректальное пальцевое исследование, ректо- или колоноскопию с биопсией стенки прямой кишки, ирригографию и ирригоскопию. Дети, поступившие в больницу с установленным ранее в других лечебных учреждениях диагнозом «болезнь Гиршпрунга», в выборку не вошли.

Результаты исследования. Анализ анамнестических данных выявил неблагоприятное течение перинатального периода: заболевания матери в I триместре беременности, прием ею медикаментов или наличие профессиональных вредностей отмечались в 71,3 %, недоношенность – в 29,6 % случаев. На искусственном вскармливании с первых дней жизни находилось 58,3 %, на грудном вскармливании в течение года – 23,3 % детей. Запоры с рождения отмечались у 21 % пациентов. Возникновение запоров у детей старше года после приема антибиотиков отмечалось в 52,4 % случаев.

Пациенты в 67,3 % случаев предъявляли множество жалоб, относившихся к проявлениям дисплазии соединительной ткани: здесь регистрировались симптомы вегетососудистой дистонии, функциональной кардиопатии, дискинезии желудка, двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей, нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, невротические реакции, тревожно-фобические и астенические проявления. При ультразвуковом исследовании органов брюшной и грудной полостей признаки дисплазии (перетяжка или перегиб желчного пузыря, дополнительная хорда в левом желудочке и незаращение овального отверстия,

изменения в почках и др.) выявлены у 26,8% из 82 обследованных этим методом. Внешние и внутренние фенотипические признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани отмечены практически во всех случаях, более 5 признаков – у 27,2% обследуемых.

Более половины пациентов (54,2%) отмечали боли в животе различной локализации и интенсивности, причем в большинстве случаев они купировались после самостоятельной дефекации или очистительной клизмы. Хронический запор у 37,6% больных сочетался с энкопрозом, у 7,5% больных – с энкопрозом и дизурическими расстройствами. При ректальном пальцевом исследовании, как правило, отмечалось тугое заполнение ампулы прямой кишки каловыми массами и слабость мышечного запирающего аппарата ануса. В 6,3% случаев в прямой и сигмовидной кишках пальпировались каловые камни.

Дисбактериоз толстого кишечника выявлен у 69,4% детей из 36 обследованных в возрасте до 7 лет. Копрологическое исследование в 80,6% случаев свидетельствовало о нарушениях пищеварения в разных отделах желудочно-кишечного тракта.

При ультразвуковом сканировании органов брюшной полости отмечались неоднородность паренхимы печени (у 62,6% детей) и поджелудочной железы (у 33,4% детей). Признаки холестаза выявлены у 55,1%, уплотнение и утолщение стенок желчного пузыря – у 37,4% обследованных. Результаты лабораторных, эндоскопических и ультразвукового исследований показали, что 56,7% наблюдавшихся имели изменения в лежащих выше толстой кишки отделах пищеварительного тракта.

При первичном поступлении для постановки диагноза всем детям были проведено рентгенологическое исследование. При пассивном заполнении барием толстого кишечника рефлюкс-илеит был выявлен в 29,2% случаев. При ирригоскопии в 48,3% наблюдений диагностирована долихосигма, причем более чем у 2/3 пациентов имелись одна или две петли, три и более дополнительных петель найдено в 8,6% случаев (из 78 детей). Мегадолхоколон зарегистрировано у 29,1%, мегаректум – у 14,9% детей, в остальных случаях констатированы рентгенологические признаки хронического колита. Задержка дефекации отмечалась у 34,9% обследуемых, что косвенно свидетельствовало в пользу снижения моторики толстого кишечника. Патологическая подвижность слепой кишки и синдром Пайро выявлены у 22,8% детей. Рентгенологические признаки болезни Гиршпрунга обнаружены в 17 случаях. Положительная реакция на индикан в моче получена у 9 из 18 обследованных, а при рефлюкс-илеите, подтвержденном рентгенологически, она выявлена у 10 из 12 пациентов.

Всем детям назначалась комплексная консервативная терапия: диета, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Диета была направлена на улучшение кишечного транзита, включала продукты,

увеличивающие объем кишечного содержимого и смягчающие стул. Рекомендовались частое и дробное питание, обязательное соблюдение питьевого режима. Из лекарственных препаратов использовались ферменты, витамины, липоевая кислота, по показаниям эубиотики и слабительные средства (у детей дошкольного возраста предпочтение отдавали микролаксу в микроклизмах). Большое значение уделялось физиолечению – назначали электрофорез с прозерином на переднюю брюшную стенку, электростимуляцию кишечника. Консервативное лечение проводилось курсами в течение 6 месяцев под контролем гастроэнтеролога или педиатра. Положительной динамикой считали появление самостоятельного стула, отсутствие каломазания, уменьшение интоксикации, прекращение болей в животе.

Эффект терапии у 58% детей позволил продолжить консервативное лечение и диспансерное наблюдение в поликлинике. Полученный эффект был нестойким, любое нарушение диеты, кратковременный прием антибиотиков приводили к его срыву. Полного выздоровления после первого курса не наблюдалось, больные периодически прибегали к слабительным средствам и очистительным клизмам. Дети постоянно находились на диспансерном учете и периодически получали консервативную терапию.

В связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения 68 детей были повторно госпитализированы в хирургическое отделение для решения вопроса об оперативном лечении. В отделении во всех случаях выполнялась биопсия полнослойного участка прямой кишки. Морфологическая картина биоптатов соответствовала хроническому колиту, обсеменение слизистой оболочки грибами выявлено в 26,5% случаев. Элементы нейромышечной и соединительно-тканной дисплазии, заключающиеся в уменьшении струмы стенки кишки, редукции мышечных волокон и умеренном очаговом гипоганглиозе, выявлены в 55,8% наблюдений. Отсутствие нейронов в мейсснеровском и ауэрбаховом сплетениях, соответствующее картине болезни Гиршпрунга, зарегистрировано у 13 детей. Все пациенты с болезнью Гиршпрунга оперированы: предпочтение отдавалось брюшно-промежностной резекции толстого кишечника по Дюамелю. Каломазание и запор сохранялись в послеоперационном периоде в течение 1 года у 1/3 оперированных.

Детям с гистологически подтвержденной нейромышечной и соединительно-тканной дисплазией (38 человек) назначали повторные курсы консервативной терапии. Из-за ее неудовлетворительных результатов в 14 случаях проведено хирургическое лечение. Показаниями к нему служили отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 6 месяцев, ухудшение состояния больного, персистенция запоров и каломазания, сохранение стойкой дилатации дистальных отделов толстой кишки. В 2 случаях с долихосигмой сделана резекция части сигмовидной кишки, в 12 случаях – брюшно-промежностная проктопластика по Дюамелю.

Ранний послеоперационный период у перенесших операцию Дюамеля осложнился перфорацией низведенной кишки (1 наблюдение), обострением хронического колита (у 4 детей, причем в 1 случае потребовалось наложить колостому из-за некроза мобилизованного участка кишки) и стенозом анастомоза (3 наблюдения). После резекции сигмовидной кишки стул стал самостоятельным, 3–4 раза в неделю. При нарушении диеты появлялись боли в животе и явления колостазы. Полное выздоровление после брюшно-промежностной проктопластики по Дюамелю наступило в 3 случаях, улучшение после оперативного лечения через 1 год – у 6 детей, в 3 наблюдениях эффекта не получено.

Обсуждение полученных данных. Таким образом, значительную роль в патогенезе хронического функционального запора и каломазания у детей играет недифференцированная дисплазия соединительной и нейромышечной ткани желудочно-кишечного тракта. Лечение хронического запора у детей общепринятыми методами низкоэффективно и дает большой процент осложнений. Необходимо разработать комплексное консервативное лечение детей, направленное на улучшение энерготрофики тканей кишечника, и методы оперативного лечения детей с хроническим запором, протекающим на фоне недифференцированной дисплазии соединительной и нейромышечной ткани желудочно-кишечного тракта.

Литература

1. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Запоры у детей: причины и пути коррекции // *Детская гастроэнтерология и нутрициология*. 2003. Т. 11, № 20. С. 1142–1144.
2. Клеменов А.В., Мартынов В.Л., Торгушина Н.С. Недостаточность баугиниевой заслонки как висцеральное проявление недифференцированной дисплазии соединительной ткани // *Терапевтический архив*. 2003. Т. 75, № 4. С. 30–35.
3. Комарова Е.В., Петрова А.В., Журкова Н.В., Потапов А.С. Признаки соединительно-тканной дисплазии у детей с нару-

шением моторики толстой кишки // Санкт-Петербург–Гастро-2007: материалы 9-го Международного Славяно-Балтийского научного форума. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2007. № 1–2. С. 55.

4. Комарова Е.В., Потапов А.С., Журкова Н.В., Кондакова О.Б. Дисплазия соединительной ткани как одна из причин возникновения хронических запоров у детей // *Вопросы современной педиатрии*. 2007. Т. 6, № 4. С. 84–85.
5. Комарова Е.В. Хронические запоры у детей: медицинские и социальные аспекты: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2007. 31 с.
6. Мартынов А.И., Степура О.Б. Врожденные дисплазии соединительной ткани // *Вестник РАМН*. 1998. № 2. С. 47–54.
7. Семенова Г.Ф., Комарова Е.В., Потапов А.С. и др. Информативность основного энергообмена митохондрий лимфоцитов периферической крови у детей с хроническими запорами // *Вопросы современной педиатрии*. 2007. Т. 6, № 4. С. 56–58.
8. Цимбалова Е.Г., Потапов А.С., Баранов К.Н. Хронические запоры у детей // *Вопросы современной педиатрии*. 2002. Т. 1, № 6. С. 56–61.
9. Шанько Г.Г., Михайлов А.Н., Прусаков С.Н., Родцевич О.Г. Энкопрез неорганической природы у детей: учебно-методическое пособие. Минск: БелМАПО, 2007. 59 с.

Поступила в редакцию 15.10.2010.

TREATMENT OF CHILDREN WITH CHRONIC CONSTIPATION

P.P. Kuzmicheva¹, A.G. Lebedev², A.G. Pinigin³, Yu.N. Nezataenko³

¹ Institute for Further Education of Medical Staff (9 Krasnodarskaya St. Khabarovsk 680009 Russian Federation), ² Far Eastern Medical University (35 Muravyova-Amurskogo St. Khabarovsk 680000 Russian Federation), ³ Children's Regional Clinical Hospital (6 Progressivnaya St. Khabarovsk 680003 Russian Federation)

Summary – The authors have examined 162 patients aged up to 18 with chronic constipation, including that of combined with enteropresis. Various abnormalities of large intestine and upper gastrointestinal tract pathology were found in 91.9% and 56.7% of cases, respectively. The surgery is recommended to be performed, given the ineffectiveness of conservative therapy during half a year. The paper discusses the role of connective tissue and muscular dysplasia of large intestine in causing chronic constipation in children.

Key words: children, digestive tract, connective tissue dysplasia, large intestine malformations.

Pacific Medical Journal, 2013, No. 4, p. 82–84.

УДК [616.711.2-007: 616.134.9-005]-08

АНОМАЛИЯ КИММЕРЛЕ: АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

В.Н. Кулагин¹, С.С. Михайлюкова², А.В. Лантух¹, Я.В. Балаба¹, А.С. Маточкина¹, А.А. Попова¹

¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

² Главное бюро медико-социальной экспертизы по Приморскому краю (690091, г. Владивосток, Океанский пр-т, 17)

Ключевые слова: синдром расстройств кровообращения в позвоночных артериях, цефалгический синдром, эпилептический синдром, радикулярный синдром.

Обследовано 107 больных с аномалией Киммерле. Выделено четыре основных симптомокомплекса: синдром расстройств кровообращения в позвоночных артериях, цефалгический синдром, эпилептический синдром, радикулярный синдром. Неврологический дебют указанных синдромов характеризовался пароксизмальными проявлениями. Установлено три степени тяжести клинических проявлений аномалии Киммерле.

Кулагин Вячеслав Николаевич – ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ТГМУ; e-mail: hepard@mail.ru

Определены критерии достоверных, вероятных и предположительных показателей неблагоприятного прогноза патологии. Предложен дифференцированный подход к выбору медикаментозной терапии и оценена эффективность ее использования при различных типах течения неврологических осложнений аномалии Киммерле.

Аномалия Киммерле относится к наиболее часто встречающимся порокам развития краниовертебральной