

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 энкопрезом, 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 диспластическим 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 проведены 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). Мегадолихоколон зарегистрирован 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 прозергином 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 enco-
presis. Various abnormalities of large intestine and upper gastro-
intestinal 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 dyspla-
sia 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