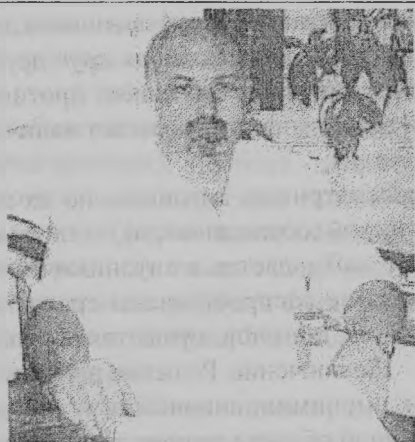


УДК 616.345-007.272-089-053.2

ХРОНИЧЕСКИЙ КОЛОСТАЗ У ДЕТЕЙ

В.М. Шейбак, ассистент, к.м.н.

Гродненский государственный медицинский университет



ШЕЙБАК Василий Михайлович – ассистент кафедры педиатрии №1 с курсом детской хирургии, к.м.н.

*Блажен кто рано по утру
Имеет стул без принужденья
Тому и пища по нутру
И жизнь приносит наслажденье.*

А. Пушкин

До настоящего времени хронические запоры остаются актуальной проблемой детской гастроэнтерологии. По данным литературы, 30-40 процентов проктологических больных страдают запорами [1]. Более 60 процентов взрослых, которые наблюдаются с диагнозом «идиопатического мегаколон», имеют запоры с раннего возраста [2]. По мере прогрессирования запоров их сопровождает недержание кала, причем выраженность инконтиненции напрямую зависит от продолжительности заболевания. У ребенка возникает барьер в общении со сверстниками и родителями, нарушается социальная адаптация в обществе. Число детей с нарушением акта дефекации достаточно велико и имеет тенденцию к нарастанию, а длительная систематическая задержка содержимого в кишечнике способствует возникновению и развитию различных вторичных изменений.

Наиболее физиологичной принято считать ритмичную ежедневную дефекацию в определенные часы, чему способствует своевременно выработанный и закрепленный рефлекс. Систематическую в течение 1 месяца и более задержку опорожнения кишечника до 32 часов и более можно квалифицировать как хронический запор [1]. Расстрой-

В работе представлена проблема хронического колостазы у детей, методы исследования и лечения данной патологии, возможности коррекции консервативными мероприятиями и оперативным путем.

Ключевые слова: колостаз, дети, болезнь Гиршпрунга, ирригоскопия.

The article deals with the problem of chronic colostasis in children, methods of investigation and treatment of the pathology, analyses the possibilities of conservative and surgical treatment.

Key words: constipation, children, Hirschsprungs disease.

ства акта дефекации у детей - ведущие клинические признаки многих проктологических заболеваний врожденного генеза. В основе некоторых из них лежат органические причины - пороки развития. Кроме того, наблюдаются нарушения деятельности дистального отдела пищеварительного тракта при отсутствии анагосто-структурных изменений. Принципиальная разница между теми и другими определяет и разные подходы к их лечению. Если органические поражения могут быть излечены лишь хирургическим путем, то функциональные расстройства требуют столь решительных мер в исключительных случаях, когда из обратимых переходят в необратимые вследствие нерационального лечения [4].

С 1996 по 2003 год произведено обследование 260 детей, страдающих хроническими запорами. Возраст пациентов был от 2 недель до 14 лет. В процессе диагностики важную роль играет внимательный сбор анамнеза заболевания. Выясняется длительность естественного вскармливания, сроки введения прикормов и характер, частота стула. После годовалого возраста необходимо учитывать время появления позывов на дефекацию. Тщательно выясняются психотравмирующие ситуации. После сбора анамнеза и осмотра живота производится обследование области заднего прохода, во время которого выявляются аноректальные пороки развития (свищевые формы атрезии заднего прохода и прямой кишки), последствия оператив-

ной коррекции данной патологии, трещины слизистой прямой кишки. При ректальном исследовании необходимо определить тонус сфинктера, наличие каловых камней в ампуле прямой кишки или отсутствие каловых масс при длительном отсутствии стула (что характерно для болезни Гиршпрунга). В последние годы нами разработаны дифференциально-диагностические таблицы, в которые вводится вся необходимая информация и определяют показания к ирригоскопии. С помощью этих таблиц определены показания или противопоказания к ирригоскопии у 30 пациентов, страдающих запорами. Применение этих таблиц позволило уменьшить на 50% количество рентгенологических исследований.

Тактика дальнейшего лечения у больных, которым не производилась ирригоскопия, исходила из поставленного диагноза. Дети со свищевыми формами атрезии заднего прохода бужировались до необходимого возраста оперативной коррекции. При отсутствии патологии, которая требовала хирургического лечения в данный момент, проводилось консервативное лечение (диетотерапия, выработка правильного акта дефекации, лечебная физкультура, эубиотики, ферменты, регуляторы моторики кишечника).

Пациентам, которым требовалось рентгенологическое исследование, выполнялась ирригоскопия с применением электронно-оптического преобразователя. В 1887 году датский педиатр Гарольд Гиршпрунг дал полное описание клинической картины заболевания, характеризующегося упорными запорами, и, впоследствии, развитием симптомов хронической каловой интоксикации. Причина нарушения пассажа кишечного содержимого - в отсутствии ганглиозных клеток в нервных сплетениях дистальных участков толстой кишки. Следствием этого является отсутствие перистальтики в патологическом участке кишечника. С 1996 года всем больным ирригоскопия выполняется под ЭОПом в присутствии рентгенолога и детского хирурга. Контрастное вещество ($BaSO_4$) разводится на 10% раствора $NaCl$. Это позволило улучшить диагностику по сравнению с обычной ирригоскопией. С 1991 года всем детям выполняется УЗИ внутренних органов с целью исключения сопутствующих пороков развития. При ирригоскопии выявляется зона сужения и супрастенотическое расширение, длина аганглионарного участка, наличие дополнительных петель кишечника. С 1996 года болезнь

Гиршпрунга диагностирована у 21 больного. Из них дистальная форма у 7 пациентов (у таких детей ирригоскопия производилась в боковой или косой проекции с определением длины анального канала).

Результаты оперативного лечения больных детей с аноректальными пороками развития и заболеваниями толстой кишки во многом зависят от качества подготовки кишечника к операции. Наличие каловых масс, вирулентная микрофлора отрицательно влияют на течение послеоперационного периода и в ряде случаев приводят к гнойно-септическим осложнениям.

Рутинная методика подготовки толстого кишечника заключается в ограничении питания больного через рот, проведении парентерального питания, очистки толстой кишки путем естественной перистальтики и ежедневных очистительных клизм. Длительность предоперационной подготовки составляет 3-5 дней. Для ребенка это создает определенные моральные неудобства (чувство голода), а также требует применения дорогостоящих препаратов для проведения инфузионной терапии.

В клинике детской хирургии Гродненского медицинского университета в последние годы применяется ускоренная подготовка к оперативным вмешательствам на толстой кишке. Сущность методики заключается в интрагастральном капельном введении солевых растворов (ацесоль, трисоль), которые действуют как слабительные и в течение 3-4 часов проходит очистка кишечника до «чистых вод». Одновременно проводится внутривенная инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов [5].

Все дети с болезнью Гиршпрунга оперированы. У 8 пациентов выполнена одномоментная операция по методике Соаве-Болея-Кривчени - низведение и резекция аганглионарного участка толстой кишки с наложением первичного анастомоза. Шестеро больных поступили в тяжелом состоянии, с клиникой низкой кишечной непроходимости, гипотрофией, интоксикацией (все дети до 1 года). Им произведено наложение противоестественного заднего прохода, как подготовительный этап к радикальному оперативному вмешательству (1 ребенок умер). В последующем, в возрасте 1,5 лет двоим выполнена операция Соаве-Болея-Кривчени с одновременным закрытием кишечного свища. Пациентам с короткой зоной аганглиоза произведена заднесагитальная сфинктеромиотомия (6).

В тех случаях, когда при первичном осмотре не выявлены показания к рентгенологическому исследованию, ребенку назначается консервативное лечение. Основной принцип терапии основан на освобождении прямой кишки с помощью клизм, которые проводятся два раза в день, с гипертоническим раствором поваренной соли. С целью смягчения фекалий и усиления перистальтики внутрь назначаются вазелиновое масло, сеннаде, бисакодил. Одновременно индивидуально подбирают диету для ребенка, которая особенно важна потому, что зачастую запор поддерживается недостаточным потреблением необходимых пищевых продуктов (дефицит солей, витаминов, растительной клетчатки). В рацион обязательно включают салаты из свеклы, моркови, яблок, приготовленных на растительном масле. Хороший эффект получен после включения в диететику яблочного пюре. Для улучшения усвоения пищевых ингредиентов назначаются полиферментные препараты (фестал, панкреал, мезим-форте). Для восстановления нарушенного микробиоценоза кишечника дети получают эубиотики (лактобактерин, бифидумбактерин, биофлор, диалакт). Физиотерапевтическое лечение проводится в зависимости от преобладания спастического или атонического компонента запора. В первом случае - парафиновые аппликации на переднюю брюшную стенку, во втором - диадинамические токи, массаж. Ежедневно проводятся занятия лечебной физкультурой. В процессе лечения главное внимание должно быть сосредоточено на выработке у ребенка привычки освобождать кишечник в определенное время суток, лучше в утренние часы. Для этого, встав с постели, натошак ребенок выпивает стакан прохладной воды или съедает стакан яблочного пюре, и уже одно это, возбуждая желудочно-кишечный рефлекс, активизирует перистальтику толстой кишки, которая еще более усиливается после завтрака. Через 10-15 минут после приема пищи следует активно вызвать стул. У 90% детей результаты лечения хорошие. Все пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением у хирурга поликлиники, при необходимости проводится повторное стационарное лечение.

Если консервативное лечение неэффективно, то

показано дополнительное обследование: ирригография по стандартной методике с дополнительной обзорной рентгенографией брюшной полости (выявление дополнительных петель сигмовидной кишки и колоноптоза), а также баллонная проктография (патология дистального отдела прямой кишки).

У детей с хроническим колостазом очень важна оценка отдаленных результатов лечения, которая проводится с помощью анкетирования пациентов, оценка качества жизни по шкале Келли и Карновского [6], объективного осмотра.

Таким образом, лечение детей с хроническими запорами должно проводиться только после специального обследования и консультации детского хирурга. Это позволит раньше выявить пороки развития, требующие оперативной коррекции. Полный объем консервативной терапии приводит к ликвидации запоров у детей, предотвращает развитие вторичных изменений в организме.

Литература

1. Ленишюк А.И. Детская колопроктология. - М., 1990. - С.321 - 323.
2. Мартов Ю.Б., Становенко В.В., Хмельников В.Я. Мегаколон у взрослых. Проблемы реабилитации проктологических больных. - Мн., 1998. - С.157-158.
3. Пойда А.И., Яремчук И.А. Выбор лечебной тактики при хроническом колостазе. Болезни толстого кишечника// Вопросы организации проктологической помощи. Мн., 2001. - С. 190-192
4. Хавкин А.И. Хронические запоры у детей: принципы терапии. Детский доктор. - 2000. - № 4. - С.34 - 36.
5. Шейбак В.М., Ковальчук В.И., Мацкевич Б.И. и др. Лечение запоров у детей // Здоровье детей Беларуси: Сб. материалов 7 съезда педиатров Республики Беларусь.- Мн., 1999, с.229.
6. Kalicinski P., Ismail H., Drewniak T. Functional adaptation of gastrointestinal tract in children after total proctocolectomy: a clinicalo-manometric study// Surg. Childh. Intern. - 1997. - V. 3 - 156-160.

Resume

CHRONIC CONSTIPATION IN CHILDREN

V. Sheibak

Grodno State Medical University

During the last 8 years we have treated 260 children with constipation and Hirschsprungs disease. The preoperative diagnosis was made by clinical and X-ray examination. 21 patients with Hirschsprungs disease have undergone surgical treatment. The postoperative results are satisfactory.