

9. Jang YK, Kwon H, Kim YJ, Jung NY, Lee JS, Lee J, Chin J, Im K, Jeon S, Lee JM, Seong JK, Kim JH, Kim S, Choe YS, Lee KH, Kim ST, Kim JS, Lee JH, Na DL, Seo SW, Kim HJ. Early- vs late-onset subcortical vascular cognitive impairment. *Neurology*. 2016; doi: 10.1212/WNL.0000000000002357.
10. Jack CR Jr, Thorneau TM, Wiste HJ, Weigand SD, Knopman DS, Lowe VJ, Mielke MM, Vemuri P, Roberts RO, Machulda

MM, Senjem ML, Gunter JL, Rocca WA, Petersen RC. Transition rates between amyloid and neurodegeneration biomarker states and to dementia: a population-based, longitudinal cohort study. *Lancet Neurol*. 2016; 15(1): 56-64. doi: 10.1016/S1474-4422(15)00323-3.

Entered 09.09. 2019

УДК 616. 34-008.14/.15+616.34-009.11/-053.2-07-08-089.8

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ КОЛОСТАЗОВ У ДЕТЕЙ

Мамажонов У.Ш., Кетмонов А.Г., Юлдашев М.А., Абдурахманов Ф.С., М. Кодиров

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В результате комплексного наблюдения 220 детей с колостазом (в возрасте от 8 месяцев до 14 лет) выявлены органическая (болезнь Гиршпрунга - 20%) и функциональная (мегаректум - 45,8%; мегаректум с мегаколоном 21,7%; долихосигму 12,5%) этиология заболевания. Хирургические методы лечения были использованы в органической этиологии, в то время как различные методы консервативного лечения были использованы при функциональных заболеваниях.

Ключевые слова: Хронический колостаз, хирургическое, консервативное лечение, дети.

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ КОЛОСТАЗ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Мамажонов У.Ш., Кетмонов А.Г., Юлдашев М.А., Абдурахманов Ф.С., Қодиров М.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

8 ойликдан 14 ёшгача бўлган, колостаз аниқланган 220 нафар болаларнинг комплекс кузатувлари натижасида касалликнинг органик (Гиршпрунг касаллиги - 20%) ва функционал (мегаректум - 45,8%; мегаректум ва мегаколон - 21,7%; долихосигма - 12,5%) этиологияли турлари аниқланди. Органик этиологияли турларида оператив даво ўтказилди. Функционал сабабли турларида эса турли хил консерватив даво усуллари қўлланилди.

Калит сўзлар: Сурункали колостаз, хирургик, консерватив даво, болалар.

PECULIARITIES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC COLOSTASIS IN CHILDREN

Mamajanov U.SH., Ketmonov A.G., Yuldashev M.A., Abdurakhmanov F.S., Kadirov M.

Andizhan State Medical Institute.

✓ Resume,

Complex observation of 220 children with colostasis (age from 8 month to 14 years) revealed organic (Hirschsprung disease - 20%) and functional (megarectum - 45.8%; megarectum with megacolon 21.7%; dolichosigma 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.

Keywords: chronic colostasis, surgical, conservative treatment, children.

Актуальность

Хронические колостазы (ХК) 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 ХК. В таких случаях колостазы считаются идиопатическими или функциональными [8, 9]. Результаты исследований больных с ХК позволили предположить одновременное наличие нескольких патогенетических механизмов развития заболевания [2, 5, 9]

Целью работы являлось исследование этиологии и патогенеза ХК у детей.

Материал и методы

В 2013 - 2018 гг. в отделении общей хирургии Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра было обследовано 220 детей (мальчиков - 139, девочек - 81) в возрасте от 8 месяцев до 15 лет с жалобами на хронический колостаз. Наряду с общепринятыми клинико-лабораторными исследованиями применялись контрастная ирригоскопия с ирригографией (220), исследование ректоанального тормозного рефлекса (70), ректонометрия (70), электромиография с мышц выпрямителей спины (96). Ир-



ригоскопия с ирригографией проводились по методике А.И. Лёнюшкина [4]. По ирриграммам 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. Ректотометрию выполняли путем фракционного заполнения баллона в прямой кишке жидкостью объемом по 20 мл. Определяли давление в прямой кишке и объем появления позыва на дефекацию.

Результат и обсуждение

В большинстве случаев запоры начинались в возрасте до одного года (у 98) и от одного года до 3 лет (у 97). Позже отмечались эпизоды недержания кала, а у части больных - полное отсутствие самостоятельных актов дефекации и постоянное непроизвольное отхождение каловых масс (энкопроз). 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 93 больных было установлено отставание в физическом развитии, у 118 - бледность кожных покровов, у 108 - увеличение размеров живота, у 106 - расширение петли толстой кишки в сочетании с каловыми камнями (у 32), у 45 - отсутствие кожно-анального рефлекса, у 113 - расширение ампулы прямой кишки, у 71 - сужение. Аномалии пояснично-крестцовой области в виде асимметрии межъягодичной складки выявлены у 68 больных, кожных ямочек - у 60, эпителиально-копчикового хода - у 2, пигментных пятен - у 2.

По результатам контрастной ирригоскопии обнаружены сужение прямой кишки с супрастенотическим расширением (74), ее расширение (105), расширение прямой кишки в сочетании с расширением и удлинением сигмовидной (76), удлинение последней (65). Клинико-рентгенологическое обследование показало наличие болезни Гиршпрунга (у 74), мегаректум (у 105) или мегаректум с мегаколон (у 66) и долихосигмой (у 65).

Болезнь Гиршпрунга начинала развиваться 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 (131) приходилось преимущественно на возраст от одного года до 4 лет. Отмечались жалобы на ослабление или отсутствие позывов на дефекацию, изменение харак-

тера 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 89 больных констатировано снижение ректоанального рефлекса, у 75 - давления в прямой кишке, у 78 - 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 96 больных скрытую форму миелодисплазии спинного мозга с нарушением функции тазовых органов. У остальных 85 больных причины заболевания не выявлены, диагностированы идиопатический мегаректум и мегаколон.

Долихосигма (65) 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 Дюамеля. 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 137 (62,27%) больных, удовлетворительные - у 75 (34,09%), неудовлетворительные - у 8 (3,63%). Больные с неудовлетворительными

результатами длительной консервативной терапии и сохраняющийся дилатацией толстой кишки были прооперированы (резекция расширенной части обочной кишки и протопластика по Дюамеля): хорошие результаты - у 5, удовлетворительные - у 2, неудовлетворительный - у одного.

Выводы

1. Истинные причины хронических запоров у детей могут быть установлены лишь при комплексном обследовании с применением рентгеноконтрастной ирригоскопии с ирригографией, ректонометрии и электромиографии.

2. 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.

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

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хавкин А. И., Файзуллина Р. А., Бельмер С. В. и др. Диагностика и тактика ведения детей с функциональными запорами

- (Рекомендации общества детских гастроэнтерологов) //Вопр. практич. педиатр. 2014; 5: 62-76. [Xavkin A. I., Fayzullina R. A., Belmer S. V. i dr. Diagnostika i taktika vedeniya detey s funktsionalnimi zaporami (Rekomendatsii obshchestva detskix gastroenterologov) // Vopr. praktich. pediatr. 2014; 5: 62-76. (In Russ)]
2. American Academy of Pediatrics. Guide to Toilet Training. 1-st ed. 2003.-224 p.
3. Brazelton T. B., Sparrow J. D. Toilet training the Brazelton way. / Cambridge (MA).-de Capo Press.-2004.
4. Clifford C., Gorodzinsky F. Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Toilet learning: Anticipatory guidance with a child-oriented approach //Paediatr. Child. Health. 2000; 5(6): 333-335.
5. Mota D. M., Barros A. J. D. Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions //J. Pediatr. (Rio J.). 2018; 84: 9-17.
6. Mugie S. M., Benninga M. A., Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review //Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2011; 25: 3-18.
7. Rasquin A., Di Lorenzo C., Forbes D. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. //Gastroenterology. 2006; 130: 1527-1537
8. Tabbers M. M., Di Lorenzo C., Berger M. Y. et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN //Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2014; 58: 258-274.
9. Van der Plas R. N., Benninga M. A., Taminiau J. A., Buller H. A. Treatment of defaecation problems in children: the role of education, demystification and toilet training //Eur. J. Pediatr. 2007; 156: 689-692.
10. Havkin A. I., Fayzullina R. A., Belmer S. V. et al. Diagnosis and treatment of functional constipation in children (Recommendations of the society of pediatric gastroenterologists). Iss of practic pediatr 2014; 5: 62-76.

Поступила 09.09. 2019