

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА И АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ

Дегтярев Ю.Г.¹, Голикова В.В.², Новицкая С.К.², Голикова К.В.³

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

³ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской
экспертизы и реабилитации»

Минск, Беларусь

dzehtyarov@mail.ru

Аннотация. *Обследовано 17 детей с недержанием кала в возрасте от 6 до 15 лет. Среди них было 7 мальчиков и 10 девочек. Причинами недержания кала были: у семерых детей – функциональный мегаколон (1 группа), у пятерых – состояние после хирургического лечения болезни Гиршпрунга (2 группа) и у пятерых – состояние после оперативного лечения аноректальных пороков развития (3 группа). Всем детям в связи с каломазанием проводился курс электростимуляции анальных сфинктеров, состоящий из 10 сеансов. До первого и после последнего сеанса проводили сфинктероманометрию. Результаты и обсуждение. В первой группе после электростимуляции давление в покое выросло на 42%, во второй на 50,4%, в третьей на 40%. Средние значения всех измеряемых параметров после проведения процедуры возросли. После стимуляции с биологической обратной связью в первой группе давление в покое выросло на 50,4%, во второй на 59,4%, в третьей на 55%. Давление при произвольном сокращении выросло незначительно: в первой группе выросло на 6,7%, во второй на 2,9%, в третьей на 6,5%. Волевое удержание в первой группе выросло на 13%, во второй на 4%, в третьей на 27%. Выводы. Метод сфинктероманометрии дает возможность объективно оценить процессы функционирования мышечного аппарата прямой кишки, конкретизировать характер патологических изменений и объективно индивидуальную степень анальной дисфункции конкретного пациента. Большая реакция воздействия электростимуляции на анальное давление в покое указывает, что мышцы внутреннего сфинктера, отвечающие за его поддержание, более активно реагируют на электростимуляцию.*

Ключевые слова: *нормальная континенция; инконтиненция (недержание кала); псевдоинконтиненция; аппендикостома; биологическая обратная связь.*

EVALUATION OF LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE AND ANORECTAL MALFORMATIONS

Degtyarev Yu.G.¹, Golikova V.V.², Novitskaya S.K.², Golikova K.V.³

¹Belarusian State Medical University,

²Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,

³"Republican Scientific and Practical Center for Medical Expertise and
Rehabilitation

Minsk, Belarus

17 children with fecal incontinence aged from 6 to 15 years were examined. Among them were 7 boys and 10 girls. The causes of fecal incontinence were: seven children had functional megacolon (group 1), five had a condition after surgical

treatment of Hirschsprung's disease (group 2), and five had a condition after surgical treatment of anorectal malformations (group 3). All children were given a course of electrical stimulation of the anal sphincters, consisting of 10 sessions, in connection with calomastia. Sphincteromanometry was performed before the first and after the last session. Results and discussion. In the first group, after electrostimulation, the pressure at rest increased by 42%, in the second by 50.4%, and in the third by 40%. The average values of all measured parameters increased after the procedure. After biofeedback stimulation, resting pressure increased by 50.4% in the first group, 59.4% in the second group, and 55% in the third group. The pressure at an arbitrary reduction increased slightly: in the first group it increased by 6.7%, in the second by 2.9%, in the third by 6.5%. Volitional retention in the first group increased by 13%, in the second by 4%, in the third by 27%. Conclusions. The method of sphincteromanometry makes it possible to objectively assess the processes of functioning of the rectal muscle apparatus, to specify the nature of pathological changes and objectively the individual degree of anal dysfunction of a particular patient. The greater response of electrical stimulation to anal pressure at rest indicates that the muscles of the internal sphincter, which are responsible for maintaining it, respond more actively to electrical stimulation.

Keywords: *normal continence; incontinence (fecal incontinence); pseudo-incontinence; appendicostoma; biofeedback.*

Цель исследования. Оценить результаты лечения пациентов с врожденной патологией прямой и толстой кишки.

Оценка результатов лечения пациентов с врожденной патологией прямой и толстой кишки (ВПП АРО, болезни Гиршпрунга) сводятся, в основном, к качеству удержания кала. Исследователи оценивают результаты как хорошие, удовлетворительные или плохие. У пациентов с хорошим результатом, как правило, отмечалась социальная континенция. Это означает, что пациенты могут ухаживать за собой, не нуждаются в получении инвалидности. Обращает на себя внимание большая разница в результатах исследования: процент неудовлетворительных результатов (что означало полное недержание) варьировал от 10% до 70%. Маловероятно, что такой широкий разброс отражает истинные значения при оценке долгосрочных результатов. Объяснение столь значительной разницы в полученных данных состоит в различной интерпретации результатов. По нашему мнению, это связано с тем, что: 1) отсутствует единая и унифицированная методика оценки функциональных результатов, учитывающая разные варианты заболеваний, пороков; 2) при оценке отдаленных результатов учитывалась информация из опросников, а не в ходе клинического обследования, что уменьшало объективную достоверность информации, так как носило субъективный характер; 3) отсутствует объективность при интерпретации таких проявлений, как наличие или отсутствие запора, каломазания, что носит субъективный и неопределенный характер; 4) исследования проводились хирургами, выполнявшими операции и поэтому отсутствовала независимая экспертная оценка результатов операции; 5) чрезмерная заинтересованность родителей (иногда родители хотели приукрасить результаты, чтобы «не обидеть» хирурга,

чаще – наоборот, отмечали неудовлетворительные результаты, что необходимо для получения и продления инвалидности).

Материал и методы. Было обследовано 17 детей с недержанием кала в возрасте от 6 до 15 лет. Среди них было 7 мальчиков и 10 девочек. Причинами недержания кала были: у семерых детей – функциональный мегаколон (1 группа), у пятерых – состояние после хирургического лечения болезни Гиршпрунга (2 группа) и у пятерых – состояние после оперативного лечения аноректальных пороков развития (3 группа). Всем детям в связи с каломазанием проводился курс электростимуляции анальных сфинктеров, состоящий из 10 сеансов. До первого и после последнего сеанса проводили сфинктероманометрию.

Результаты и обсуждение. Для оценки результатов лечения с помощью сфинктероманометрии определяли объективные функциональные показатели состояния мышц наружного анального комплекса до выполнения первой процедуры и после окончания курса стимуляции с биологической обратной связью.

Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Показатели давления анальных сфинктеров до электростимуляции

Параметры	1 группа N=12	2 группа N=5	3 группа N=5
Давление в покое (мм. вод. ст.)	125,00±24,71	111,71±35,10	100,7±26,41
Давление при произ-вольном сокращении (мм. вод. ст.)	208,86±26,90	206,14±52,74	178,13±32,74
Волевое удержание (мм. вод. ст.)	315,50±90,52	275,75±41,55	228,14±52,74

По данным, полученным из литературных источников, у здоровых детей давление сфинктеров в покое равно 387,6±13,7 мм. вод. ст., а давление при произвольном сокращении – 731,7±39,4 мм. вод. ст. [1]. После определения давления в покое (мм. вод. ст.), давления при произвольном сокращении (мм. вод. ст.), волевого удержания (мм. вод. ст.) с помощью шприца Жане в прямую кишку вводили 50 мл. воздуха. При этом у трех детей с функциональным мегаколоном наблюдался положительный ректоанальный рефлекс. У детей II и III группы реакция внутреннего анального сфинктера на введение воздуха отсутствовала.

После проведения курса электростимуляции проводили аналогичные измерения (таблица 2.).

Таблица 2. – Показатели давления анальных сфинктеров после электростимуляции

Параметры	1 группа	2 группа	3 группа
Давление в покое (мм. вод. ст.)	178,6±45,82	167,1±23,62	140,7±34,44
Давление при произвольном сокращении (мм. вод. ст.)	216,3±26,90	210,4±23,74	154,13±22,54
Волевое удержание (мм. вод. ст.)	334,4±40,23	287,8±38,49	276,14±48,43

По данным таблицы 2, у обследованных нами детей давление в покое, давление при произвольном сокращении и волевое удержание выросли, но нормальных значений не достигали. Более всего эффект отмечен у детей после операции по поводу болезни Гиршпрунга. В первой группе давление в покое выросла на 42%, во второй на 50,4%, в третьей на 40% (таблица 3).

Таблица 3. – Показатели давления анальных сфинктеров после БОС терапии

Параметры	1 группа	2 группа	3 группа
Давление в покое (мм. вод. ст.)	188,4±34,71	177,78±37,61	155,7±34,78
Давление при произвольном сокращении (мм. вод. ст.)	222,4±34,03	212,67±39,42	167,4±23,46
Волевое удержание (мм. вод. ст.)	356,0±49,93	286,8±48,92	290,8±66,36

Средние значения всех измеряемых параметров после проведения процедуры возросли. В первой группе давление в покое выросла на 50,4%, во второй на 59,4%, в третьей на 55%. Давление при произвольном сокращении выросло незначительно: в первой группе выросла на 6,7%, во второй на 2,9%, в третьей на 6,5%. Волевое удержание в первой группе выросло на 13%, во второй на 4%, в третьей на 27%.

По результатам исследований отдаленных результатов после оперативной коррекции пороков 80-90% не имеют нормальной континенции, хотя 84% лиц имели (подбирают диету, используют клизмы) социально приемлемые способы дефекации, уменьшающие инконтиненцию [2]. Обследуемые нами пациенты (после ВПР АРО) имели более низкий уровень образования и здоровья, 12% - чувствовали себя социально ограниченными из-за своего недуга, 24% - никогда не имели длительных взаимоотношений с другими людьми. Большинство больных имели недержание с каломазанием как минимум 1 раз в день. Современные методы лечения (задняя сагиттальная анопластика) дают

хороший эстетический результат, но больные никогда не будут иметь нормальное удержание [3,4].

Заключение. Метод сфинктероманометрии дает возможность объективно оценить процессы функционирования мышечного аппарата прямой кишки, конкретизировать характер патологических изменений и объективно индивидуальную степень анальной дисфункции конкретного пациента.

Большая реакция воздействия электростимуляции на анальное давление в покое указывает, что мышцы внутреннего сфинктера, отвечающие за его поддержание, более активно реагируют на электростимуляцию.

Список литературы

1. Rao, S. S. Disorders of the Pelvic Floor and Anorectum. Preface / S. S. Rao // Gastroenterol Clin. North. Am. – 2008. – Vol. 37, № 3. – P. XIII–XIV
2. 10-year outcome of children born with anorectal malformation, treated by posterior sagittal anorectoplasty, assessed according to the Krickbeck classification / S. Hassett [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2009. – Vol. 44, № 2. – P. 399–403.
3. Critical factors affecting quality of life of adult patients with anorectal malformations or Hirschsprung's disease / E. E. Hartman [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 99, № 5. – P. 907–913.
4. Factors affecting quality of life of children and adolescents with anorectal malformations or Hirschsprung disease / E. E. Hartman [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2008. – Vol. 47, № 4. – P. 463–471.