

ХРОНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЧЕСКИЙ ЗАПОР: ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В статье представлены результаты клинического обследования детей с хроническим запором обусловленным наличием врожденного удлинения сигмовидной кишки (долихосигмой). В результате исследования выявлено, что для детей с хроническим органическим запором на фоне долихосигмы, характерно сочетание снижения частоты акта дефекации с болевым абдоминальным синдромом различной степени выраженности, энкопрезом и метеоризмом, которые характеризуются прогрессированием интенсивности по мере нарастания клиники запора. В условиях длительной задержки кала в толстой кишке, в результате нарушения нормального его пассажа, у детей диагностируются клинических проявлений синдрома эндогенной интоксикации, которые с разной степенью выраженности встречаются у всех пациентов в виде астенического синдрома.

Ключевые слова: запор, долихосигма, дети

Вступление. Новые функциональные и морфологические методы исследования расширили представления об этиологии и патогенезе хронических заболеваний кишечника. Функциональные нарушения толстой кишки отмечаются у 30–35% больных гастроэнтерологического профиля и у 55–60% подростков с проктологической патологией [4, 616]. В связи с этим в диагностике заболеваний толстой кишки огромное значение придается функциональным методам исследования, применение которых активно внедряется в практику детской гастроэнтерологии. В частности, использование в педиатрической клинике сфинктеро- и манометрии показало, что ведущая роль в патогенезе хронических запоров у детей отводится кинетическим расстройствам в виде гипо- и атонических состояний, спазмов, гипермоторных нарушений толстой кишки [5, 636]. Одним из ведущих факторов риска при возникновении этой патологии, являются врожденные аномалии толстой кишки, а именно удлинение сигмовидной кишки – долихосигма. По мнению некоторых авторов, в 15% случаях долихосигма может встречаться у совершенно здоровых детей и не иметь клинических симптомов, часто обнаруживается случайно, что позволяет рассматривать удлинение толстой кишки в таких случаях как вариант нормы [1, 14; 2, 12; 4, 617]. Однако у большинства детей долихосигма приводит к функциональным и органическим нарушениям дистального отдела толстой кишки. Это сопровождается достаточно четким клиническим симптомокомплексом, который характеризуется упорными запорами, болями в животе и признаками хронической интоксикации. Совершенствованию диагностики запоров у детей и разработке этиопатогенетических подходов к лечению данной патологии в связи с увеличением частоты запоров в последнее время уделяется особое внимание. Однако требуют дальнейшего изучения причин запоров и пути их коррекции.

Цель – изучить особенности клинического течения хронического запора у детей обусловленного долихосигмой.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 110 детей 4-15 лет с хроническим запором (ХЗ) обусловленным, ирригационно подтвержденной долихосигмой.

Для оценки результатов количественных характеристик в работе рассчитывали значение среднего арифметического (М) параметра и значение ошибки среднего (m). Для качественных характеристик рассчитывали значение показателя частоты проявления признака (%) и его стандартную ошибку (m%). При проведении сравнения средних значений в двух выборках, в случае нормального закона распределения, использовали критерий Стьюдента. Во всех случаях проверки статистических гипотез отличие считали статистически значимой на уровне значимости $p < 0,05$ [3, 54].

В зависимости от выраженности клинических и рентгенологических симптомов дети были распределены на группы в зависимости от стадии течения ХЗ: 50 (45,5%) пациентов с компенсированной стадией течения, 60 (54,5%) с субкомпенсированной (табл.1).

Статистически значимой разницы по возрасту не выявлено ($p = 0,55$, дисперсионный анализ), статистически значимого различия распределения по полу не обнаружено ($p = 0,49$, критерий χ^2).

Анализ клинической картины пациентов включенных в исследование обнаружил, что основным проявлением ХЗ при долихосигме является снижение частоты акта дефекации по отношению к возрастной норме, которое обнаружено при поступлении в стационар у всех 110 (100%) обследованных детей. Снижение частоты стула у детей с долихосигмой сочеталось с напряжением ребенка, болезненной дефекацией, энкопрезом, увеличением плотности каловых масс.

Таблица 1
Гендерно-возрастная характеристика обследованных детей

Возраст	Дети с компенсированной стадией течения ХЗ (n=50)				Дети с субкомпенсированной стадией течения ХЗ (n=60)				Всего (n=110)			
	девочки		мальчики		девочки		мальчики		девочки		мальчики	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
4-7 лет	6	12,0	12	24,0	7	11,7	4	23,3	13	11,8	26	23,6
8-11 лет	7	14,0	15	30,0	9	15,0	19	31,7	16	14,5	34	30,9
12-15 лет	4	8,0	6	12,0	4	6,7	7	11,6	8	7,3	13	11,9
Всего	17	34,0	33	66,0	20	33,4	40	66,7	37	33,6	73	66,4

Снижение частоты акта дефекации сочеталось с абдоминальным болевым синдромом различной степени выраженности у большинства детей с ХЗ на фоне долихосигмы – 104 (94,5 ± 2,2%) ребенка. При этом у всех 60 (100%) детей с ХЗ в стадии субкомпенсации отмечалась боль в животе (p<0,05). Таким образом, нами выявлено прогрессирование абдоминального болевого синдрома на фоне снижения компенсации ХЗ. У 35 (70,0 ± 6,5%) пациентов с ХЗ в стадии компенсации отмечался периодический болевой синдром, который усиливался при переполнении калом толстой кишки, на фоне длительной задержки кала или после приема пищи. У 9 (18,0 ± 5,4%) детей данной группы боль носил постоянный характер. Среди пациентов с субкомпенсированным ХЗ у 43 (71,7 ± 5,8%) отмечалась постоянная боль в животе, а у 17 (28,3 ± 5,8%) - абдоминальный болевой синдром носил периодический характер слабой интенсивности. Боль в большинстве случаев локализовалась в области проекции сигмовидной кишки и мезогастрии.

У большинства детей ХЗ манифестировало во втором полугодии жизни после введения прикорма – у 46 (41,8 ± 4,7%) пациентов и в дошкольном возрасте – у 32 (29,1 ± 4,3%). У 32 (29,1 ± 4,3%) пациентов картина ХЗ развивалась в школьном возрасте. Однако, несмотря на длительное течение ХЗ у детей, который в большинстве случаев протекал годами, прогрессирование продолжительности задержки стула и абдоминального болевого синдрома, родителями и пациентами не обращалось на это должного внимания. 79 (71,8 ± 4,3%) обследованных детей обратились за помощью к гастроэнтерологу впервые. У 41 (37,3 ± 4,6%) выявлено улучшение клинической картины в летний период, что связано с увеличением в рационе питания овощей и фруктов, богатых клетчаткой.

Длительная задержка стула у детей с долихосигмой сочеталась с метеоризмом и энкопрозом, как симптомами, указывающими на тяжесть ХЗ (табл. 2). Так, энкопроз беспокоил 45 (40,9 ± 4,7%) детей, а вздутие живота определялось у 79 (71,8 ± 4,3%). При этом энкопроз достоверно чаще встречался среди пациентов с субкомпенсированным ХЗ (p<0,05).

У всех детей 110 (100%) с ХЗ на фоне долихосигмы мы обнаружили неспецифические проявления эндогенной интоксикации в виде астенического синдрома. Частыми симптомами были: снижение аппетита, которое обнаружено у 88 (80,0 ± 3,8%) детей, тошнота – у 72 (65,5 ± 4,5%), вялость – у 67 (60,9 ± 4,7%), слабость – у 64 (58,2 ± 4,7%), головная боль – у 62 (56,4 ± 4,7%). При этом обнаружено, что у детей с субкомпенсированным ХЗ при долихосигме достоверно чаще (p<0,001), чем у пациентов с компенсированным ХЗ регистрировались тошнота – у 49 (81,7 ± 5,2%) и у 23 (46,0 ± 7,0%) пациентов соответственно, снижение аппетита – у 54 (90,0 ± 3,9%) и у 34 (68,0 ± 6,6%), периодическая рвота – у 30 (50,0 ± 6,5%) и 9 (18,0 ± 5,4%). Кроме того, в обеих группах регистрировались такие симптомы, как сухость кожных покровов, боль в мышцах, раздражительность, нарушение сна, субфебрилитет. Все эти клинические проявления мы рассматривали как неспецифические признаки синдрома эндогенной интоксикации. При использовании центильного таблиц установлено, что в 42 (38,2 ± 4,6%) детей с ХЗ на фоне долихосигмы обнаружен дисгармоничный тип физического развития, характеризовавшийся снижением массы тела относительно других антропометрических показателей. Разница между номерами коридоров данных у этих пациентов была больше двух. При этом отставание в массе тела от возрастной нормы выявлено почти у половины (28 (46,7 ± 6,4%)) пациентов с субкомпенсированным ХЗ.

Таблица 2
Клинические особенности течения хронического запора среди обследованных детей

Показатели	Дети скомпенсованным запором (n=50)	Дети с субкомпенсованным запором (n=60)
Отсутствие дефекации (сутки, $\bar{X} \pm m$)	2,6±0,1	4,4±0,1*
Боль в животе, абс. (%±m%)	44 (88,0±4,6)	60 (100)*
Тошнота, абс. (%±m%)	23 (46,0±7,0)	49 (81,7±5,2)**
Рвота, абс. (%±m%)	9 (18,0±5,4)	30 (50,0±6,5)**
Снижение аппетита, абс.	34 (68,0±6,6)	54 (90,0±3,9)**
Метеоризм, абс. (%±m%)	33 (66,0±6,7)	46 (76,7±5,5)
Энкопрез, абс. (%±m%)	14 (28,0±6,5)	30 (50,0±6,5)*
Слабость, абс. (%±m%)	26 (52,0±7,1)	38 (63,3±6,2)
Вялость, абс. (%±m%)	28 (56,0±7,0)	39 (65,0±6,2)
Субфебрилитет, абс. (%±m%)	5 (10,0±4,2)	13 (21,7±5,3)
Головная боль, абс. (%±m%)	23 (46,0±7,0)	39 (65,0±6,2)
Нарушение сна, абс. (%±m%)	13 (26,0±6,2)	21 (35,0±6,2)
Раздражительность, абс. (%±m%)	18 (36,0±6,8)	31 (51,7±6,5)
Сухость кожных покровов, абс. (%±m%)	9 (18,0±5,4)	16 (26,7±5,7)
Боль в мышцах и суставах, абс. (%±m%)	7 (14,0±4,9)	13 (21,7±5,3)

Примечание: * - разница между группами статистически достоверная (p < 0,05), ** - разница между группами статистически достоверная (p < 0,001).

Выводы.

1. Для детей с ХЗ в стадии компенсации и субкомпенсации на фоне аномалий развития толстой кишки (долихосигмы) характерно сочетание снижения частоты акта дефекации с болевым абдоминальным синдромом различной степени выраженности, энкопрезом и метеоризмом, которые характеризуются прогрессированием интенсивности по мере нарастания клиники запора.

2. При ХЗ на фоне долихосигмы в условиях длительной задержки кала в толстой кишке, в результате нарушения нормального его пассажа, у детей диагностируются клинические проявления синдрома эндогенной интоксикации, которые с разной степенью выраженности встречаются у всех пациентов (100%) в виде астенического синдрома. Основными клиническими маркерами синдрома эндогенной интоксикации у детей с ХЗ при долихосигме являются тошнота, снижение аппетита, слабость, вялость, головная боль. При этом характерно нарастание частоты данных симптомов по мере снижения компенсации запора.

Список литературы:

1. Белушова О.Ю. Аномалии развития толстой кишки в детской гастроэнтерологической практике // *Врачебная практика.* – 2004. – № 3. – С. 14-17.
2. Лёношкин А.И., Киргизов И.В. Особенности изменения соединительнотканного остова и гладкой мускулатуры толстой кишки у детей при хроническом толстокишечном стазе // *Мед. науч. и учебно метод. журнал.* – 2006. – № 32. – С. 12-18.
3. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г., Хоменко В.Н. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармацевтической статистическим пакетом MedStat. – Д.: Папаница Е. К., 2006. – 214 с
4. Clayden G. Management of childhood constipation // *Postgrad. Med. J.* – 2003. – Vol. 79, №937. – P. 616–621.
5. Wood J.D. Enteric neuroimmunophysiology and pathophysiology // *Gastroenterology.* – 2004. – Vol. 127, №2. – P. 635-657.

© *Гуртова Марина Николаевна*

врач, соискатель;

Медицинский центр «Астра-Мед»,

г. Тюмень;

© *Прокопьев Николай Яковлевич*

профессор кафедры управления физической культурой и спортом, доктор мед. наук, профессор, заслуженный рационализатор РФ, заслуженный деятель науки и образования,

ФГБОУ ВПО «Тюменский государственный университет»,

г. Тюмень.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОНЯТИЕ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» ЧЕЛОВЕКА И КРИТЕРИИ ЕГО ОЦЕНКИ

В статье рассмотрены различные точки зрения на проблему оценки качества жизни здорового и больного человека. Дается обзор определений качества жизни. Представлены различные виды опросников, включая опросник «SF-36».

Ключевые слова: человек, качество жизни, опросники.

В различных странах мира широко используется понятие «качество жизни». Оно определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, существенным образом на неё влияющее. Качество жизни оценивается не только его морфофункциональным состоянием, но и степенью комфортности с окружающим его обществом [4, 5, 32, 47, 50].

В последние годы разрабатываются научно-методологические подходы к проблемам оценки качества жизни человека в различных разделах сферы деятельности человека, в том числе и медицины [10, 11, 13, 15, 16, 24, 26, 27, 28, 31, 34, 41, 44]. Всё большее внимание обращается на экономическое развитие общества и качество жизни человека [19, 37].

Дается обоснование прогноза продолжительности жизни населения в регионах России [14] и в статистических показателях социально-экономического развития [30].

Следует отметить, что вопросам качества жизни посвящены исследования, как у детей, так и взрослого человека, включая больных и здоровых [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 17, 18, 25, 29, 33, 36, 39, 40, 42, 43].

Интерес к качеству жизни отражает тенденцию отношения к человеку как к целостной личности. Современная медицинская наука и практика полагает, что хорошее состояние здоровья человека и его жизненное благополучие отражает не отсутствие болезней, а удовлетворение потребностей и его адаптацию в физической, психологической и социальной сферах. Такое полагание, по определению ВОЗ, качества жизни основано на многокомпонентном понимании здоровья, согласно которому качество жизни изменяется при изменении здоровья [50].

Качество жизни – понятие, используемое в социологии, экономике, политике, медицине и некоторых других областях, обозначающее оценку некоторого набора условий и характеристик жизни человека, основанную на его индивидуальной удовлетворенности этими условиями и характеристиками. Оно является более широким, чем материальная обеспеченность (уровень жизни), и включает также такие объективные и субъективные факторы, как состояние здоровья, продолжительность жизни, условия окружающей среды, питание, бытовой комфорт, социальное окружение, удовлетворение культурных и духовных потребностей, психологический комфорт и т. п. [20, 21, 22, 32].

Качество жизни (англ. – quality of life, сокр. – QOL; нем. – Lebensqualität, сокр. LQ) – категория, с помощью которой характеризуют существенные обстоятельства жизни населения, определяющие степень достоинства и свободы личности каждого человека [53].

С одной стороны, понятие КЖ относительно новое, с другой – широко применяемое в медицине; измерительные процедуры свидетельствуют о давнем и широком применении изучения качества жизни [2, 35].

Исторически сложилось так, что измерение КЖ производится двумя способами: измерением объективных условий жизни и субъективных её оценок. Потребности и интересы людей индивидуальны и степень их удовлетворения могут оценить только сами субъекты. Соответственно, оценка КЖ выступает в двух формах: в аспекте степени удовлетворения объективных потребностей и интересов и в отношении субъективной удовлетворенности качеством жизни самой личности [23].

Технически оценка КЖ проводится методом суммирования рейтингов тщательно выстроенных взаимосвязей стандартных вопросов и ответов на них, данных респондентами [48].

Следует отметить, что результаты исследования КЖ в определенной степени зависят и от способа проведения анкетирования - интервьюирование или самостоятельное заполнение анкеты, однако,