



ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР У ДЕТЕЙ

¹Холикова Гулноз Асатовна

Ассистент кафедры пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский университет
Республика Узбекистан, Самарканд,

²Кодирова Мархабо Мияссаровна

Ассистент кафедры пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский университет
Республика Узбекистан, Самарканд,

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.7765513>

ARTICLE INFO

Received: 16th March 2023

Accepted: 23th March 2023

Online: 24th March 2023

KEY WORDS

Синдром Пайра, долихосигма,
запоры,
рентгеноконтрастная
ирригография.

ABSTRACT

В данной статье описан анализ истории заболевания больного ребенка хроническим запором, находящегося на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении областного детского многопрофильного медицинского центра города Самарканда. Были собраны и проанализированы жалобы и анамнез больного ребенка, проведены клинические, лабораторные и функциональные исследования. На основании собранных данных и рентгеноконтрастной ирригографии поставлен диагноз: Долихосигма. Синдром Пайра. Анемия II степени. Рахит, остаточные явления. На данный момент лечение и состояние ребенка находится под наблюдением врачей ОДММЦ. Описывая в статье этот случай, мы хотели бы еще раз обратить внимание врачей всех специальностей на проблему данного заболевания, определенные трудности в диагностике и неосведомленность врачей об этом заболевании и сочетание болезни Пайра с другими патологиями приводит к усугублению запорного синдрома и длительному лечению больных.

Введение. Хронический запор характеризуется стойкой или перемежающейся дисфункцией кишечника, длящейся более 6 мес, дефекацией менее 3 раз в неделю и насильственным натуживанием.

В 1905 г. немецкий хирург, профессор клиники хирургии Грайфсвальдского университета Эрвин Пайер описал характерный комплекс симптомов, обусловленный стенозом толстой кишки вследствие образования складок в области искривления селезенки. Этот симптомокомплекс включает приступообразные боли в животе, чувство давления или распираания в левом подреберье живота, давящие или жгучие боли в области сердца, учащенное сердцебиение, одышку, боли под грудью и в животе. характеризуется чувством страха, односторонней или двусторонней болью в плече.



Симптомы, наблюдаемые при синдроме Пайра:

Боль в животе. Это наиболее распространенный симптом синдрома Пайра. Боль обычно распространяется в левое подреберье. Иногда распространенная боль в животе напоминает сердечный приступ, эти боли могут повторяться несколько раз в течение нескольких недель и месяцев. Очень характерно усиление болей при физических нагрузках и после обильной еды. Интенсивность болей уменьшается, когда больной принимает горизонтальное положение. Пациенты, как правило, указывают, что с возрастом боли становятся все интенсивнее и мучительнее. Существует мнение, что боль в животе обусловлена спазмом отдельных участков кишки, нарушением пассажа кишечного содержимого и натяжением брыжейки.

По В. Г. Цуману, боль связана с диафрагмально-толстокишечной связкой (Lig. phrenicocolicum sinistrum), которая при переполнении кишечника тянет диафрагму книзу с иррадиацией болей в левое подреберье. Болезнь Пайра может имитировать симптомы острой боли в животе, мезоаденит, колит, гастрит и др. Среди других жалоб у пациентов могут наблюдаться чувство давления, полноты в верхнем левом квадранте живота, снижение аппетита, рвота, тошнота, головокружение, раздражительность, разнообразные по характеру боли в левой половине грудной клетки, сердцебиение, одышка, чувство страха, двух или односторонние боли в верхних конечностях, боль в межлопаточной области.

Запоры. Большинство пациентов отмечали задержку стула и чувство страха во время дефекации. Очевидно, что интенсивность болевого синдрома зависит и от продолжительности запора. Нарушение пассажа содержимого толстой кишки вследствие резких перегибов в области печеночного и селезеночного углов кишки, а также нарушения моторики на почве воспаления её стенки происходит стаз каловых масс, что приводит к воспалительным изменениям в области илеоцекального клапана. Илеоцекальный рефлюкс. Вследствие чрезмерного растяжения толстой кишки содержимое толстой кишки может затекать обратно в тонкую кишку – илеоцекальный рефлюкс. Механизм возникновения тошноты и рвоты вызывается рефлекторно. В результате хронической интоксикации кишечника у большинства больных отмечаются снижение аппетита, тошнота и рвота, головная боль и раздражительность. Частые головные боли и тошнота свидетельствуют о хроническом отравлении. У пациентов с синдромом Пайра снижена способность транспорта токсинов из печени. Характерно, что степень снижения дезинтоксикационной функции печени напрямую зависит от давности заболевания и продолжительности запоров. Время появления симптомов заболевания определяется резервом компенсаторных возможностей поперечно-ободочной кишки и скоростью развития спаечного процесса в тканях брыжейки. В компенсаторной стадии, если двигательные возможности кишечной стенки достаточны для преодоления непроходимости в селезеночном изгибе, ребенок не испытывает никакого дискомфорта. В дальнейшем отмечается уменьшение кишечных сокращений, постепенное расширение кишечника и скопление в нем каловых масс, что является началом декомпенсации и появляются запоры. Натяжение брыжейки, усиление перистальтики и спазмы поперечно-ободочной кишки вызывают боли в животе.



Рентгеноконтрастная ирригография является основным инструментальным методом подтверждения диагноза болезни Пайра у детей, определяющим нарушение анатомического соотношения сегментов по длине, площади и диаметру. Увеличивается доля поперечно-ободочной кишки, при значительном увеличении подвижности поперечно-ободочной кишки возникает изгиб в области селезенки. При синдроме Пайра возникает опущение поперечно-ободочной кишки, порой достигающее малого таза. Дистальный отдел толстой кишки расширен и деформирован. При функциональном обследовании выявляют отчетливую гипотонию толстой кишки и нарушение эвакуаторной функции продольной и циркулярной мускулатуры, уплотнение стенки кишки. Больным с различными видами хронического колоптоза, страдающим запорами, следует начинать лечение с комплексных консервативных мероприятий. аномалия носит неосложненный характер, большинство детских хирургов придерживаются консервативной тактики по отношению к таким пациентам.

Цель работы: Анализ истории заболевания у ребенка с хроническим запором.

Материал и методы: Ребенок Т Д. 3 года 3 месяцев 2019 года рождения находился на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии ОДММЦ г. Самарканда с диагнозом «Хронический запор». Со слов матери, ребенок поступил с жалобами на повторяющиеся боли в брюшной полости, боли с локализацией в левом подреберье, тошноту, иногда рвоту, метеоризм, и хронические запоры. Со слов матери ребенок болен более 2-лет. Заболевание началось с запоров в возрасте 6 месяцев. В начале акт дефекации отмечались через день. После этого каждые 3 дня был акт дефекации. На протяжении 2-х лет находился на амбулаторном лечении у врачей по месту жительства. Принимал таблетки Пиколакс 2-3 дня в месяц. Мать всегда использовала глицериновые свечи для дефекации ребенка. По мере роста и развития ребенка запоры наблюдались чаще и становились более выраженными. Затем приступы болей в животе повторялись с периодичностью 3-4 раза в год, а последние полгода боли в животе беспокоили каждые 2-3 недели. В связи с этим они обратились к врачу по месту жительства. Получал антигельминтное лечение, которое не повлияло на возникновение и характер болей. У ребенка чаще отмечались затруднение дефекации, натуживание, боязнь при дефекации, длительное затруднение дефекации, чувство неполного опорожнения, боли в животе и вокруг анального отверстия и наблюдался патологические изменения стула (твердый, «овечий»). По словам матери, ребенок от 2-й беременности, от 2-х родов. Во время беременности мать часто болела ОРЗ. Несколько раз принимала антибиотики, во время беременности у матери постоянно наблюдались поносы и жар на ногах, постоянно принимала элевит и препараты кальция. Ребенок родился в срок с весом 3500, ростом 56 см. В течение 3-х мес. ребенок находился на естественном вскармливании. Затем, с 3-месячного возраста мать начала давать ребенку безлактозные молочные смеси «НАН», так как молока матери было недостаточно для роста и развития ребенка. После того, как ребенку исполнилось 6 месяцев, ему начали вводить прикорм. По словам матери, в младенческом возрасте сон ребенка был беспокойным, он постоянно плакал, а когда



плакал, у него наблюдалась дрожь в области подбородка, пальцев рук и ног. Такие симптомы исчезли после приема препаратов Вита-кальций, аквадетрим.

Объективно. Рост 84 см. вес 14 кг. При осмотре общее состояние ребенка средней тяжести. Ребенок капризный, беспокойный, в общение не вступает. Со слов матери ребенку делали очистительную клизму и удаляли содержимого кишечника. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. Эластичность и тургор кожи сохранены. Периферические лимфатические узлы мелкие, мягкие, безболезненные. Со стороны опорно-двигательного аппарата отмечается деформация костей черепа (лоб ребенка выпячен вперед, грудина вдавлена внутрь, в ребрах имеются рахитические чётки, голени незначительно деформированы. Дыхание через нос свободное. В легких везикулярное дыхание Тоны сердца ясные. Полость рта чистая. Язык обложен белым налетом. Живот симметричен, участвует в акте дыхания. Живот мягкий при пальпации, чувствителен в эпигастральной области и в левом подреберье. Перистальтика сохранена. Перкуторно-тимпанический звук. Печень и селезенка не увеличены. Кал - склонность к запорам, диурез в норме.

Результаты. Проведены лабораторные исследования: (В общем анализе крови: гемоглобин 84,4 г/л, эритроциты- $3,6 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель-0,8; тромбоциты- 260×10^9 г/л, лейкоциты- $8,0 \times 10^9$ г/л, палочкоядерн-3%, сегментоядерн - 29%, эозинофилы - 4%, моноциты - 9%, лимфоциты - 56%, СОЭ - 8 мм/ч, содержание кальция в биохимическом анализе крови - 1,75 ммоль/л). В общем анализе мочи и кала патологии не выявлено.

Результаты ирригографии следующие: на обзорной рентгенограмме живота умеренный пневматоз кишечника, в проекции сигмовидной кишки добавочные петли, гаустрация сохранена. Дополнительные кольца отмечались также в боковой проекции и в положении стоя, в проекции сигмовидной кишки. Поперечно-ободочная кишка опущена, дважды перевернута в области сигмовидной кишки. Рентгенологическое заключение: Долихосигма. Синдром Пайра.

В отделение ребенку были проведены следующие лечебные мероприятия: Диетический стол № 3; Капсула Цесталь по 1 таб 3 раза после еды; Перисталид по 5,0 мл 3 раза пить после еды; Капсула Бификом 1/2 x 3 раза; Физиотерапия (УВЧ, электрофорез с прозеринном, массаж); УЗИ в прямую кишку.

Выводы. На основании жалоб больного, а также лабораторных и инструментальных исследований был поставлен следующий клинический диагноз - «Синдром Пайра. Долихосигма. Анемия II степени. Рахит остаточные явления»

По просьбе родителей больной был отправлен домой со следующими рекомендациями: Диета. Включить в рацион легкоусвояемые продукты; включение в рацион продуктов (кефир, йогурт); пить много овощных и фруктовых соков (абрикосы, абрикосы, картофель, морковь); перисталид по 5,0 мл 3 раза после еды; бификом 1/2x3 р в день ; Катание на велосипеде; Ползание в положении лежа на животе.

Болезнь (синдром) Пайра — порок развития толстой кишки, характеризующийся постепенным появлением основных симптомов в детском возрасте, прогрессирующим течением и резистентностью к консервативным методам лечения. Основным методом подтверждения диагноза болезни Пайра у детей является рентгеноирригография с



цифровым анализом снимка толстой кишки. Показаниями к применению оперативного вмешательства являются отсутствие эффекта от консервативного лечения, частота и выраженность болевого синдрома. *Особенностью случая является сочетание синдрома Пайра с другой патологией (долихосигма, рахит остаточные явления, анемия II степени), приводящей к усугублению запорного синдрома и требующей диагностики и коррекции.*

Я хотел бы подчеркнуть важность каждого врача в этой области быть более внимательным к пациентам, которых они посещает, и много работать над собой.

References:

1. Бейлина Н.И., Поздняк А.О., Малышева Е.В. Синдром (болезнь) Пайра. Практическая медицина. 2018. Том 16, № 9, С. 152-154)
2. Цуман В.Г. Болезнь Пайра у детей. Рос. вестн. детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2015; 5 (3): 28
3. Исакова В.П., Кубасова Е.А. Болезнь Пайра у детей (литературный обзор). Электронный ресурс ИЦРОН (Инновационный центр развития образования и науки). 2016: 56
4. Эргашев Н.Ш., Бекназаров З.Ж., Хуррамов Ф.М. Хирургическое лечение колоноптоза у детей. Детская хирургия. 2010; 4: 32-5
5. Муминов Ф.Б., Кахаров М.А., Джураев Х.А. Комплексная диагностика и хирургическое лечение больных с аномалиями развития и фиксации толстой кишки у взрослых. Колопроктология. 2019; 18 (2): 49-54
6. Бельмер С. В. Запоры у детей: причины и пути коррекции. РМЖ. – 2013. – Т. 21. – №. 2. – С. 72-75.
7. Холикова Г. А. Распространенность и особенности запоров у детей в различные возрастные группы. International Conference on Research in Humanities, Applied Sciences and Education Hosted from Berlin, Germany [https:// conferencea.org](https://conferencea.org) June 5th 2022. Ст 164-168.
8. Uralov Shuxrat Muxtarovich, Rabbimova Dilfuza Toshtemirovna Bolalarda surunkali qabziyat. Payr sindromi. (klinik kuzatuv) Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. том 3. Специальный выпуск. 2023 г. Стр 74-76.
9. Kodirova Markhabo Miyassarovna. Frequency of functional constipation in children of different ages. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. том 3. №3 2022-08-01. Стр 38-40.
10. Ibatova, S. M., Mamatkulova, F. K., & Mamatkulova, D. K. (2022). Some indicators of lipid and phosphorus-calcium metabolism in children with ricketis receiving conventional treatment. International Journal of Health Sciences, 6(S4), 3628-3638.
11. ММ Кодирова, Samarqand xududida bolalarda miokarditning asosiy klinik simptomlarini uchrashi. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. том 3. №3 2022-08-01. Стр 57-60.
12. Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х., Баратов У., Халилов С. Эффективность эндовизуальной аппендэктомии у детей. Журнал Проблемы биологии и медицины.



Научный журнал по теоретическим и практическим проблемам биологии и медицины.
№ 6.1 (133). 2021, Стр. 473-474.

13. **Uralov Sh.M.** Evaluation of the effectiveness of the drug "genferonlite" in acute bronchiolitis in children. Web of Scientist: International Scientific Research Journal, (2022). 3(5), Page 1430-1439

14. Baratova R.Sh. Features of acute stenosing laryngotracheitis in children. EPRA International Journal of Multidisciplinary Research (IJMR). Volume: 7| Issue: 12| December 2021|

15. Korzhavov Sherali Oblakulovich. Improvement of treatment of patients with sphenoiditis in children. ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. ISSN: 2249-7137 Vol. 12, Issue 05, May 2022. SJIF 2022 = 8.252. A peer reviewed journal. Page 252-255.

16. **Bazarova Nigina Sobirzhonovna., Mamatkulov Bakhrom Bosimovich.** Comparative Evaluation of MMP and Cystatin C in Chronic Nephritic Syndrome in Children. Eurasian Medical Research Periodical Volume 8| May 2022. Page 122-124.

17. Шадиева Х.Н. "Оптимизация лечения острой и повторной ревматической лихорадки у детей и подростков" Журнал гепатогастроэнтерологических исследований, 2022.№1, Том 3, С.79.

18. Шадиева Х.Н. "Bolalarda norevmatik miokarditning ekg dagi asosiy simptomlari". Журнал гепатогастроэнтерологических исследований, 2022.№1, Том 3, С.33.