

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У ДЕТЕЙ

Хамраев А.Ж., Саидкулов Х.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Среди всех врожденных и приобретенных заболеваний толстой кишки и промежности геморрой встречается до 8 %. Причины развития, особенности клинического течения в детском возрасте мало изучены.

Цель: улучшить результаты диагностики геморроя у детей путем изучения особенностей клинического течения.

Материалы и методы. На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) за последние 10 лет на стационарном и амбулаторном лечении находился 71 ребенок с геморроем в возрасте: до 1 года — 3 (4,2 %); 1–3 лет — 21 (29,5 %); 3–6 лет — 30 (42,2 %); 7–12 лет — 11 (15,5 %); 13–18 лет — 6 (8,4 %). Выявлена наружная форма — у 64 (90 %); комбинированная — у 7 (10 %). Мальчиков было 56 (78,8 %), девочек — 15 (21,2 %). Всем больным проводились обследования: общеклинические, лабораторные, физические нагрузки путем приседания, ректальные пальцевые исследования, аноскопии и ректоскопии. Дополнительно проводили УЗИ с доплером, полипозиционную ирригографию, ректороманоскопию для изучения моторно-эвакуаторных нарушений у детей.

Результаты и обсуждение. При клиническом изучении, основной причиной геморроя у детей явились: упорные запоры — у 39,1 % пациентов; усиленная диарея с частыми позывами — у 21,7 %; двухмоментный акт дефекации (длительного сидения и натуживания) — у 13 %; напряжения в спорте — у 13 %; заболевания легких (усиленный, непрерывный кашель) — у 6,5 %; камень или сужение уретры (напряженное мочеиспускание) — у 6,5 %, и др. У больных геморроем, в анамнезе которых отмечались упорные запоры (39,1 %), при ирригографии установлены причины долихосигмы и мегаректум, к развитию которых привели долгое сидение и натуживания на горшке. У больных с диареей при ректороманоскопии выявлена картина хронического проктита, проктосигмоидита и дизбактериоза кишечника. Высокая частота встречаемости отмечена у 54 (75,9 %) больных в дошкольном и у 15 (21,1 %) в школьном возрасте. В анамнезе у 18 (25,3 %) больных детей отмечено наличие геморроя у близких родителей. При первичной диагностике геморроидальные узлы (ГУ) чаще локализовались на 3, 7 и 11 часах условного циферблата при положении больного на спине. Размеры геморроидальных узлов составили от 0,5 до 2,5 см в диаметре. Выпячивания ГУ отмечено в виде наружных 1–3 узлов — у 41 (57,7 %) и подушках (слияние узлов) — у 30 (42,3 %) пациентов. Количество ГУ: с одним — 39 (55 %) пациентов; с двумя — 15 (21 %); с тремя — 17 (24 %). Локализация 30 подушек составили: левая боковая (на 2–5 часах) — у 12 (40 %); правая задняя (на 6–9 часах) — у 11 (36,6 %) и правая передняя (на 10–12 часах) — 7 (23,4 %). Геморроидальные узлы после акта дефекации имели транзиторный характер у 35 (70 %) и постоянный — у 15 (30 %) пациентов. Среди последних у 9 (12,6 %) больных отмечено тромбоз ГУ.

Геморрой у детей дошкольного возраста клинически протекал в более атипичной форме с отсутствием болевого синдрома и кровотечения. У них часто было отмечено беспокойство ребенка на фоне чувства дискомфорта в области заднего прохода после акта дефекации. У детей школьного возраста к этому присоединились зуд и боли в области заднего прохода, которые объясняются присоединением воспалительного процесса. При тромбозе у детей старшего возраста отмечались затрудненный и болезненный акт дефекации с минимальными кровотечениями.

Выводы. Частой причиной геморроя у детей являются упорные запоры, усиленная диарея, двухмоментный акт дефекации, напряжения в спорте, напряженный кашель и мочеиспускания. Геморрой у детей часто встречается в дошкольном возрасте с отсутствием болевого синдрома и кровотечения. После акта дефекации выпячивание геморроидальных узлов имеет транзиторный характер в 70 % случаев.

Ключевые слова: геморрой; проктология; хирургия; дети.