



УДК 616.35-008.3-053.2

БОДНАР Г.Б.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ПОРУШЕННЯ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

Резюме. У статті наведені результати обстеження дітей із хронічними запорами на тлі аномалій розвитку товстої кишки. Виділені групи з патогенетичними типами колостазу: кологенний, проктогенний, колопроктогенний (змішаний). У статті обґрунтовується важливість повноцінного обстеження хворих дітей із хронічними запорами.

Ключові слова: запор, діти, колостаз.

Вступ

Захворювання товстої кишки посідають значне місце в структурі хронічних захворювань травного тракту. Поряд із функціональною патологією та запальними захворюваннями привертають до себе увагу стани, що обумовлені аномаліями розвитку та положення товстої кишки, серед яких провідні позиції посідає доліхосигма (45–50 %). На думку деяких авторів [1], у 15 % випадків доліхосигма може зустрічатись у абсолютно здорових дітей і не супроводжуватись ніякими клінічними проявами, але діти із діагностованими захворюваннями товстої кишки частіше вимагають регулярного щорічного спостереження з проведенням контрольних інструментальних досліджень. Йдеться про аномалії розвитку товстої кишки та її брижі, що супроводжується подовженням різних відділів товстої кишки без змін її м'язового шару. Тому моторна функція подовженої товстої кишки може не відрізнятися від нормальної [9, 10]. При збережених пропульсивних перистальтичних рухах товстої кишки її подовження не веде до появи будь-яких симптомів. При порушенні моторики дані аномалії розвитку проявляються здуттям живота, запорами різної тривалості, навіть до повної відсутності самостійного стулу, бодем у животі [2].

Критеріями хронічного запору в дітей є стійке, тривале, понад 3 місяці, порушення ритму дефекації. Крім того, запором вважають ті випадки, коли в дитини відзначається дефекація щільним за консистенцією калом, що супроводжується бодем при частоті випорожнення, відповідній віковій нормі [7]. Слід зазначити, що при щоденній дефекації наявність напруження, відчуття неповного випорожнення, зміни характеру випорожнення («овечий кал»,

великий діаметр калового циліндра) також свідчить про хронічний запор [6].

Матеріал та методи дослідження

Нами обстежено 45 хворих дітей віком від 10 до 18 років із симптоматикою хронічного колостазу на тлі вроджених вад кишечника. Синдром хронічного колостазу визначали як стійке або транзиторне порушення функції випорожнення кишечника тривалістю понад 3 місяці. Критерії включення в дослідження: діти віком 10–18 років, дівчатка, хлопчики зі стійким або транзиторним порушенням випорожнення кишечника тривалістю понад 3 місяці, що виявляється двома або більше нижчеперахованими ознаками:

- 1) зменшення частоти евакуації вмісту з кишечника (менше 3 дефекації на тиждень);
- 2) виділення при дефекації малої кількості калу (маса менше 35 г/добу);
- 3) виділення калу великої щільності, сухості, фрагментованого (за типом «овечого»), що травмує ділянку анального отвору;
- 4) відсутність відчуття повного спорожнення кишечника після дефекації (відчуття незавершеної евакуації);
- 5) наявність відчуття заповнення прямої кишки при потугах, що займає за часом понад 25 % тривалості випорожнення;
- 6) необхідність у сильних потугах, незважаючи на наявність м'якого вмісту прямої кишки й позивів до випорожнення [6].

Результати дослідження та їх обговорення

Хворі були розподілені за статтю: хлопчики — 30 осіб (66,67 %), дівчатка — 15 осіб (33,33 %). За

патогенетичним механізмам запори поділяють на кологенні (уповільнений транзит вмісту по ободовій кишці в результаті зменшення її пропульсивної моторики) і проктогенні (уповільнена евакуація з кишечника в результаті порушення евакуаторної функції прямої кишки). Порушення пропульсивної здатності кишечника можуть мати гіпокінетичний характер (послаблення тонусу кишкової стінки) і гіперкінетичний характер (посилення тонусу кишкової стінки), спазм фізіологічних сфінктерів кишки, порушення координації кишкових скорочень і посилення ретроградних рухів кишки та її вмісту [4, 5]. У зв'язку з цим хворі для оцінки результатів дослідження були розподілені на три групи: з кологенним колостазом (1-ша група, 31 хворий), проктогенним колостазом (2-га група, 11 хворих), а також із колопроктогенним колостазом (змішана форма) (3-тя група, 3 хворі) (рис. 1).

У першу групу увійшли більшість хворих (31 дитина), причиною хронічного колостазу в них стало подовження товстої кишки. У третини хворих у патогенезі хронічного запору брала участь дисфункція м'язів тазового дна. Третю групу склали хворі (3 дитини), у яких було доведено поєднання обох факторів у генезі тривалого хронічного запору.

При оцінці симптоматики хронічного колостазу були відзначені вірогідні відмінності за трьома ознаками між 1-ю і 2-ю групами ($p < 0,01$) хворих. До них відносять відділення калу великої щільності, що переважає у хворих 1-ї групи, і відчуття переповнення кишки, а також необхідність у сильних потугах, що набагато частіше зустрічається у хворих 2-ї групи. У третій групі лише в одного хворого була відсутня не-

обхідність у сильних потугах і зберігалось відчуття повного спорожнення після дефекації. У решти хворих були присутні всі ознаки хронічного запору. Прояви колостазу були різними, з середньою затримкою випороження на 4–7 діб, а в деяких хворих — до 10 діб.

Інструментальна діагностика базувалась насамперед на результатах рентгенологічного дослідження, в тому числі іригоскопії (іригоскопії), а також на рентгеноконтрастній оцінці часу кишкового транзиту. При нашому дослідженні іригоскопію розглядали як найважливіший метод дослідження, що підтверджує сам факт наявності подовження товстої кишки, тобто дозволяє документально фіксувати наявність вродженої патології, а також отримати інші відомості про стан різних відділів кишки, їх анатомічне положення [8]. Саме дослідження виконувалося за стандартною методикою [4], що включає поступове заповнення рентгеноконтрастною речовиною всіх відділів товстої кишки з виконанням оглядових та прицільних знімків у різних положеннях хворої дитини. При цьому виявляли подовження всієї товстої кишки або окремих її частин. Далі, після того як хворий спорожняв кишечник, оцінювали функціональний стан товстої кишки і вивчали рельєф слизової оболонки кишки. Слід зазначити, що майже у 20,0 % хворих 1-ї групи скоротлива здатність товстої кишки була повністю збережена навіть за наявності її подовження (табл. 1).

У 2-й групі доліхоколон при іригоскопії був виявлений у всіх випадках, у тому числі з переважним подовженням лівої половини товстої кишки у 4 хворих (36,36 %), додаткові петлі кишки були у 2 хворих.

Ще одним завданням дослідження була оцінка функції товстої кишки, зокрема характеру й ступеня її спорожнення. Функція кишки з перевагою недостатнього спорожнення кишечника (гіпомоторна дистонія) при іригоскопії спостерігалася у 82,32 % хворих.

Комплексну терапію, що включає, крім проносних, дотримання дієти, прийом ферментних препаратів, вітамінів, нормокінетиків та/або прокінетиків, лактулози [7, 9], отримували всі хворі з явищами хронічного колостазу (45 дітей). Понад 25,35 % з цих

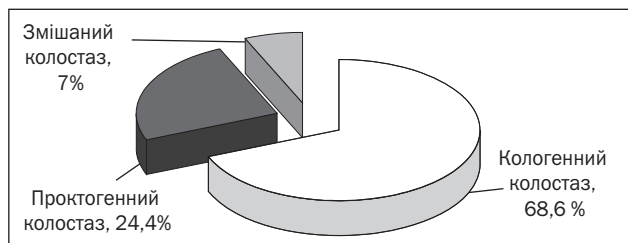


Рисунок 1. Розподіл хворих із колостазом за патогенетичним типом

Таблиця 1. Результати іригоскопічного дослідження дітей із кологенним колостазом

Результати іригоскопії	Кількість хворих	
	Абс.	%
Доліхоколон (уся кишка)	16	51,61
Доліхоколон (переважно ліва половина)	2	6,45
Доліхоколон (переважно права половина)	1	3,23
Доліхосигма	6	19,35
Колоноптоз	1	3,23
Трансверзоптоз	8	25,81
Додаткові петлі	1	3,23
Розширення сліпої кишки	16	51,61
Недостатність ілеоцекального клапана	12	38,71

хворих також регулярно використовували очисні клізми. Після завершення курсу призначеної терапії позитивна динаміка спостерігалась лише серед дітей 2-ї групи (11 хворих).

Висновки

1. Отримані результати свідчать, що рухові порушення навіть окремих ділянок товстої кишки можуть призвести до стійких запорів.

2. Сучасна загальноприйнята лікарська терапія не дозволяє досягнути бажаного ефекту у хворих із кологенним колостазом, тобто хворих із даним патогенетичним типом колостазу можна віднести до групи ризику щодо оперативного втручання.

3. Незважаючи на позитивний вплив загальноприйнятої терапії на клінічний симптомокомплекс при проктогенному колостазі у дітей (24,44 %), вона потребує вдосконалення та диференційного підходу до її призначення залежно від патогенетичного механізму виникнення колостазу.

Список літератури

1. Белоусова О.Ю. Долихосигма у дітей: частота, клінічна симптоматика, принципи консервативної терапії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2003. — № 6. — С. 17-19.

2. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Запоры у детей: причины и пути коррекции / С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина // Русский медицинский журнал. — 2003. — № 20. — С. 1142-1144.

3. Дольницький О.В. Природжені вади розвитку. Основи діагностики та лікування / О.В. Дольницький, В.О. Галаган. — К., 2009. — 1040 с.

4. Коноплицький В.С. Оцінка морфологічних змін стінки відключеної ділянки товстої кишки в концепції корекції порушень товстокишкового транзиту у дітей / В.С. Коноплицький // Хірургія дитячого віку. — 2010. — Т. 7, № 2(27). — С. 40-44.

5. Королев Р.А. О патогенезе хронического колостаза / Р.А. Королев, А.И. Ленюшкин // Вопросы совр. педиатрии. — 2003. — Т. 2, № 2. — С. 72-76.

5. Майданник В.Г. Римські критерії III (2006) діагностики функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей / В.Г. Майданник // ПАГ. — 2007. — № 3. — С. 5-13.

6. Манушкин О.Н. Функциональные запоры и их лечение / О.Н. Манушкин, Г.А. Елизаветина // Рос. мед. журн. — 2001. — № 1. — С. 58-62.

7. Мазур В.Г. Комплексное лучевое исследование при нарушениях дефекации / В.Г. Мазур, И.А. Комиссаров, А.Н. Якимов // Вестник хирургии. — 2001. — № 6. — С. 54-58.

8. Наказ МОЗ України № 438 від 26.05.2010 р. «Про затвердження клінічних Протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей».

9. Опанасюк Н.Д. Запоры: дифференциальная диагностика, современные подходы к лечению / Н.Д. Опанасюк // Doctor. — 2002. — № 2. — С. 26-29.

Отримано 31.10.12 □

Боднар А.Б.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

Bodnar G.B.

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

НАРУШЕНИЕ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Резюме. В статье приведены результаты обследования детей с хроническими запорами на фоне аномалий развития толстой кишки. Выделенные группы с патогенетическими типами колостазы: кологенный, проктогенный, колопроктогенный (смешанный). В статье обосновывается важность полноценного обследования больных детей с хроническими запорами.

Ключевые слова: запор, дети, колостаз.

DISORDERS OF MOTOR-EVACUATION FUNCTION OF THE COLON IN CHILDREN

Summary. The article presents the results of clinical examination of children with chronic constipations on a background of colonic abnormalities. There were marked out groups with the pathogenic types of colostasis: cologenic, proctogenic, coloproctogenic (mixed). The article explains the importance of the full examination of children with chronic constipation.

Key words: constipation, children, colostasis.