

РОЛЬ ТРАДИЦИОННОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А.Б.БОДНАРЬ

Буковинский Государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Резюме. В статье представлены результаты рентгенологического исследования толстой кишки у детей с хроническим запором. Описаны особенности сочетания аномалий развития толстой кишки, клинического течения, нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника у детей с колостазом. Проведенное исследование показало, что для детей с хроническим запором характерно сочетание различных врожденных аномалий толстой кишки, протекающих с нарушением моторики и развитием толсто-тонкокишечный рефлюкса. Наличие у пациентов толсто-тонкокишечного рефлюкса, который обуславливает постоянный заброс содержимого толстой кишки в тонкую, обеспечивает возникновение и прогрессирование болевого абдоминального синдрома.

Ключевые слова: аномалия толстой кишки, хронический запор, болевой абдоминальный синдром.

ROLE OF CONVENTIONAL X-RAY IN THE DIAGNOSIS OF CONGENITAL DISEASES OF THE COLON IN CHILDREN AT THE PRESENT STAGE

A.B. BODNAR

Bukovina state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Resume. In the article the results of roentgenologic research of colon are presented for children with a chronic lock. The features of combination of anomalies of development of colon, clinical flow are described, violations of motor-evacuation function of bowels for children with kolostas. Undertaken a study showed that for children with a chronic lock combination of different innate anomalies of colon, aleak with a dysmotility and development large-small intestine reflucs, is characteristic. Presence for the patients of large-small intestine reflucs, that stipulates the permanent pelting of content of colon in thin, provides an origin and progress of pain abdominal syndrome.

Key words: the anomaly of the large intestine, chronic constipation, abdominal pain syndrome.

Актуальность. Проблема хронического запора (ХЗ) является одним из актуальных вопросов детской гастроэнтерологии и педиатрии. Истинная распространенность данной патологии у детей неизвестна, в связи с недооценкой этой проблемы родителями и врачами, а также отсутствием полных и достоверных статистических данных [5,8]. По данным литературы, запорами страдают от 10 до 25% детского населения. Несмотря на множество публикаций по вопросу изучения проблемы запоров, следует отметить, что данные о функции толстой кишки, ее регуляцию, взаимодействие с другими органами остаются недостаточными [9]. Кроме того, до настоящего времени отсутствуют утверждения международной классификации и протоколы лечения ХЗ у детей. В отечественной и зарубежной литературе много внимания уделяется диагностике и тактике лечения функционального запора. Однако, предложенные III Римские критерии (2006)

диагностики функционального запора иногда сложно применять в педиатрической практике [4,5].

В последние годы среди гастроэнтерологической патологии у детей отмечается рост врожденных аномалий толстой кишки (ВАТК), которые являются основой для развития хронических и функциональных заболеваний всей пищеварительной системы [1,6]. Длительная задержка кала в толстой кишке поддерживает дисбиоз кишечника, что приводит к всасыванию токсических веществ в кровь и вызывает эндогенную интоксикацию (ЭИ) организма, нарушая основные метаболические функции [2]. Особого внимания заслуживает сочетание синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани с ХЗ у детей, потому что ЖКТ является одним из органов наиболее богатых соединительной тканью [3]. Внимание к данной проблеме обусловлено также тем, что патология внутренних органов в условиях синдрома недифференцированной

дисплазии соединительной ткани имеет значительные отличия по тяжести и течению от аналогичных состояний без него [7].

Материал и методы. На базе гастроэнтерологических отделений ГКДБ и ОКДБ г. Черновцы нами было обследовано 110 детей в возрасте от 4 до 15 лет с хроническим запором (ХЗ). Критериями включения пациентов в исследование были: наличие ХЗ в стадии компенсации или субкомпенсации при наличии ВАТК (долихосигма, долихоколон, болезнь Пайра, колоноптоз) диагностированной при проведении ирригоскопии. Пациентов с ХЗ

обусловленным ВАТК были разделены на две клинические группы по стадии компенсации ХЗ: 50 ($45,4 \pm 4,7\%$) детей в стадии компенсации (I группа) - продолжительность запора не превышала 48-72 часов и 60 ($54,5 \pm 4,7\%$) в стадии субкомпенсации (II группа) с длительностью запора - 4-6 суток (рис. 1).

Во время проведения ирригоскопии всем пациентам диагностировано аномалии развития и положения толстой кишки (долихосигма, долихоколон, колоноптоз, болезнь Пайра) (табл. №1).



Рис.1. Распределение обследованных детей по стадиям течения хронического запора.

Таблица №1.

Частота выявления различных врожденных аномалий толстой кишки у детей с хроническим запором

Вид ВАТК	Дети с компенсированной стадией запора (n=50)	Дети с субкомпенсированной стадией запора (n=60)
Долихосигма	43 ($86,0 \pm 4,9$)	52 ($86,7 \pm 4,4$)
Колоноптоз	32 ($64,0 \pm 6,8$)	50 ($83,3 \pm 4,8$)
Болезнь Пайра	15 ($30,0 \pm 6,5$)	36 ($60,0 \pm 6,3$)
Долихоколон	3 ($6,0 \pm 3,4$)	6 ($10,0 \pm 3,9$)

Для детей с ХЗ характерно сочетание различных ВАТК, которое регистрировалось в 79 ($71,8 \pm 4,3\%$) пациентов. Наиболее частой была комбинация удлиненной сигмовидной кишки и колоноптоза или болезни Пайра. Такое сочетание приводило к более выраженному запору с продолжительностью отсутствия дефекации до 5-6 суток. Так, комбинации ВАТК выявлялась достоверно чаще ($p < 0,001$) у детей с субкомпенсированной стадией течения запора - в 50 ($83,3 \pm 4,8\%$) случаях, по сравнению с

детьми у которых диагностировано ХЗ в стадии компенсации - у 21 ($42 \pm 7,0\%$).

Данные ирригоскопии позволили диагностировать типы нарушения моторно-эвакуаторной функции ТК, а именно наличие гипертонического или гипотонического запора у пациентов с ХЗ. Так, у 43 ($39,1 \pm 4,7\%$) детей выявлена картина гипертонического типа нарушения моторики, а у 67 ($60,9 \pm 4,7\%$) - гипотонического типа. При этом гипертонический тип нарушения моторики при ХЗ сочетался с интенсивным приступообразным

болевым абдоминальным синдромом, который усиливался во время дефекации. Кал имел лентовидную форму или напоминал «овечий»

кал, что за бристольской шкалой формы кала соответствовало I типу (табл. №2).

Таблица №2.

Бристольская шкала формы кала

Тип	Вид	Характеристика
Тип 1		Отдельные жёсткие куски, похожие на орехи (трудно продвигается)
Тип 2		Колбасоподобный (диаметр больше, чем у типа 3), но кусковый
Тип 3		Выглядит как колбаса (диаметр меньше, чем у типа 2), но покрыт трещинами
Тип 4		Выглядит как итальянская сосиска или змея, гладкий и легко поддающийся давлению
Тип 5		Мягкие легкопроходимые разрывающиеся куски
Тип 6		Пушистые части с рваными краями. Рыхлый, мягкий стул
Тип 7		Водянистый, нет кусков. Полностью жидкий

Гипотонический тип нарушения моторики ТК у детей с ХЗ сочетался с чувством распираания в животе. Болевой синдром носил ноющий характер без четкой локализации, который уменьшался после акта дефекации. Кал у данных пациентов имел толстую колбасоподобную форму с трещинами на поверхности, что соответствовало II, III типам кала по бристольской шкале.

Длительный застой кала в толстой кишке и несостоятельность соединительнотканых структур вследствие недифференцированной дисплазии соединительной ткани является одним из факторов, рассматриваемых этиологическим фактором формирования слабости илеоцекального клапана с развитием толсто-тонкокишечного рефлюкса, который зарегистрирован в нашем исследовании примерно с одинаковой частотой среди пациентов с компенсированной стадией ХЗ – у 26 (52,0 ± 7,1%) и с субкомпенсированной стадией – у 36 (60,0 ± 6,3%) детей. Следует отметить что у 84,7% детей с диагностированным толсто-тонкокишечной рефлюксом при клиническом исследовании выявлялся наиболее выраженный болевой синдром.

Выводы:

1. Для детей с ХЗ характерно сочетание различных ВАТК, протекающих с нарушением моторики и развитием толсто-тонкокишечного рефлюкса.
2. У пациентов с субкомпенсированной стадией течения ХЗ достоверно чаще ($p < 0,05$) диагностируется комбинация ВАТК.
3. Наличие у пациентов с ХЗ толсто-тонкокишечного рефлюкса, который обуславливает постоянный заброс содержимого толстой кишки в тонкую, обеспечивает возникновение и прогрессирование болевого абдоминального синдрома.

Литература:

1. Белоусов Ю.В. Всегда ли вторичен кишечный дисбиоз? / Ю. В. Белоусов, О. Ю. Белоусова // Современная педиатрия. – 2012. – № 3. – С.120-123.
2. Вознюк В. В. Оцінка ендотоксикозу при різних патологічних станах /В. В. Вознюк // Журнал практичного лікаря. – 2006. – №4. – С. 27–33.
3. Горбунова В., Кадурин Т. Дисплазия соединительной ткани. – М.:Элби, 2009. – 704 с.
4. Приворотский В.Ф. Современные подходы к лечению функциональных запоров у детей / В.Ф.Приворотский, Н.Е. Луппова // РЖГТК. – 2009. – Т.19. – №1. – С.59–65.

5. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста / А.И. Хавкин, Е.С. Кешишян, Е.К. Бердникова // Практика педиатра. – №9. – 2012. – с. 12-16.
6. Циммерман Я.С. Хронический запор: современный взгляд на проблему / Я.С.Циммерман // Клиническая медицина. – 2008. – № 8. – С.21-28.
7. Шальнова С.Н. Дисплазия соединительной ткани и ее связь с патологией внутренних органов у детей и взрослых // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 5 (2). – С. 61–67
8. Belsey J. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children / J.Belsey, S. Greenfield, D.Candy et al. // Aliment Pharmacol Ther. – 2010. – №31. P.939-949.
9. Rajindrajith S. Review Article: Faecal Incontinence in Children: Epidemiology, Pathophysiology, Clinical Evaluation and Management / S. Rajindrajith, N. M. Devanarayana, M. A. Benninga Disclosures // Aliment Pharmacol Ther. – 2013. – №37(1). – P.37-48.

ЗАМОНАВИЙ БОСКИЧДА БОЛАЛАРДА ЙУГОН ИЧАК ТУГМА ПАТОЛОГИЯСИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИДА АНЪАНАВИЙ РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРИШНИНГ РОЛИ

А.Б. БОДНАРЪ

Буковина Давлат медицина университети,
Украина, Черновци

Маколада сурункали кабзият билан огриган болаларда йугон ичагининг рентгенологик текшириш натижалари келтирилган. Колостаз клиник кечиши, ичаклар мотор-эвакуатор функциясининг бузилиши билан огриган болаларнинг ривожланиш аномалияси баён этилган. Утказилган текширишлар сурункали кабзият билан огриган болаларда моториканинг бузилиши ва йугон – ингичка ичак рефлюкси билан кечадиган йугон ичак хар хил ривожланиш аномалиясининг булиши характерли эканлиги аникланди. Беморларда йугон – ингичка ичак рефлюксининг булиши, яъни йугон ичак махсулотларини ингичка ичакка утиши, огрикли абдоминал синдром ривожланишини таъминлайди.

Калит сузлар: йугон ичак аномалияси, сурункали кабзият, огрикли абдоминал синдром.