

УДК 616.345-007.42-008.1-036.12-08-039.73-053.2

Л.І. Ватаманеску*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології (зав. – проф. Б.М. Боднар) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці.*

ОСОБЛИВОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КОЛОСТАЗУ У ДІТЕЙ З ПРИРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ ОБОДОВОЇ КИШКИ

Резюме. Проведено аналіз можливостей консервативного лікування 344 дітей з природженими вадами ободової кишки у віці від 2 до 18 років. Проліковано: 283 дітей з доліхосигмою, 58 пацієнтів з хворобою Пайра та 3 – синдромом Хілаїдіті. Було: 167 пацієнтів з компенсованим, 87 – субкомпенсованим та 90 – декомпенсованим перебігами захворювання. Консервативне лікування природжених вад ободової кишки було успішним в усіх дітей (100%) з компенсованим перебігом захворювання, 97,26% дітей з доліхосигмою, 46,15% з хворобою Пайра та 1 пацієнта з синдромом Хілаїдіті при субкомпенсації. Позитивний ефект від консервативної терапії, при декомпенсованому перебігу, спостерігали лише в 14,49% дітей з доліхосигмою та 10,53% пацієнтів з хворобою Пайра. Лікування дітей з природженими вадами ободової кишки повинно бути комплексним, складатися із місцевих та загальних заходів, пріоритетним після встановлення діагнозів: доліхосигма, хвороба Пайра, синдром Хілаїдіті (при відсутності невідкладних показань до операції). Неефективність консервативного лікування у 25,29% дітей з природженими вадами ободової кишки пов'язана з незворотними змінами в стінці кишки.

Ключові слова: доліхосигма, хвороба Пайра, синдром Хілаїдіті, консервативне лікування, діти.

Хронічний колостаз (ХК) – це постійне уповільнення ритму дефекації, яке виникає внаслідок стійкого зниження або втрати пропульсивних чи евакуаторних властивостей товстої кишки (ТК), зумовлених порушенням її рухової активності, що спричиняє прогресування інтоксикації, впливає на загальний розвиток дитини, веде до змін в інших органах і системах [1, 2]. ХК проявляється хронічними запорами. Хронічні запори спостерігаються у 8,9% дітей. Майже в 50% продовжуються в юнацькому та дорослому віці, а в 20% з них негативно позначаються на якості життя та соціальній адаптації [3, 4].

Мета дослідження: з'ясувати можливості консервативного лікування дітей з хронічним колостазом, що обумовлений природженими вадами ободової кишки (ПВОК).

Матеріали та методи. За період з 2000 по 2014 роки на базі клініки дитячої хірургії (КМУ МДКЛ, м. Чернівці) з хронічним товстокишковим стазом було обстежено 344 дітей у віці від 2 до 18 років (табл. 1).

За клінічним перебігом виділяли компенсований, субкомпенсований та декомпенсований колостаз. При компенсованому перебігу захворювання відмічали запори, які не впливали на зага-

Таблиця 1
Розподіл дітей з хронічним колостазом залежно від патології ободової кишки

Патологія	Кількість дітей	Кількість оперованих дітей
Доліхосигма (ізолювано)	283	61
Хвороба Пайра	58	24
Синдром Хілаїдіті	3	2
Всього	344	87

льний розвиток дитини та завжди піддавалися консервативному лікуванню. Субкомпенсований перебіг характеризувався стійкими запорами, наявністю больового синдрому, необхідністю використання клізм та проявами сезонності (осінь, весна). При декомпенсованому перебігу затримка випорожнень була від чотирьох до дев'яти днів, дефекація відмічалася після прийому проносних засобів або клізм, прогресували симптоми калової інтоксикації, тяжко піддавалися консервативному лікуванню (табл. 2).

Консервативне лікування було першим етапом лікування цих пацієнтів. У разі неефективності, воно використовувалося в якості передопераційної підготовки.

© Ватаманеску Л.І., 2015

Розподіл дітей з природженими вадами ободової кишки згідно перебігу захворювання

Стадії захворювання	Патологія			
	Доліхосигма	Хвороба Пайра	Синдром Хілаїдіті	Всього
Компенсована	141	26	-	167
Субкомпенсована	73	13	1	87
Декомпенсована	69	19	2	90
Всього	283	58	3	344

Результати дослідження та їх обговорення.

Комплексне консервативне лікування проведено 344 пацієнтам. Лікування поєднувало загальні заходи та місцеві заходи.

Раціональна терапія порушень евакуаторної функції кишок передбачала відновлення циркадіанного ритму дефекації з оптимальною (ранковою) акрофазою і регулярною частотою (не менше 7 разів на тиждень).

З метою лікування та профілактики прогресування застосовували принцип “4 Р”: 1 – “physiology”: “щоденне харчування відповідає щоденному випорожненню”; 2 – “phase”: найкращою фазою для випорожнення кишок є період від пробудження до полудня (ранкове випорожнення); 3 – “plan eating”: режим харчування та функціональність їжі сприяє випорожненню кишок (відновлення добового ритму евакуаторної кишкової функції); 4 – “physical training”: фізична активність дітей, профілактика гіподинамії (сприяє корекції дисинхронозу циркадіального ритму дефекації).

Використання хрономедичного підходу до корекції порушень моторно-евакуаторної функції товстої кишки в дітей з природженими вадами ободової кишки дозволяло досягнути позитивної динаміки в 100% дітей із компенсованим, 89,66% – субкомпенсованим та 13,33% – декомпенсованим перебігами, що обґрунтовує його використання як складову програму лікувально-профілактичних заходів при хронічному колостазі.

Особливості харчування є корегованим фактором ризику виникнення хронічних запорів у дітей ПВОК. Завдання лікаря полягає в тому, щоб підібрати хворому індивідуальну дієту, що сприяє збереженню компенсаторної здатності організму. Батькам хворої дитини рекомендували ведення харчового щоденника, в якому виявляли раціон і характер калу для своєчасної діагностики непереносимості окремих продуктів і дієтичної корекції. Покращання загального стану відмічали в 191 (55,52%) пацієнтів, які використовували щоденник харчування, завдяки чому з раціону були виключені продукти, які в кожному конкретному випадку провокували погіршення перебігу пато-

логічного процесу в дитини.

З метою нутритивної підтримки в комплекс консервативних заходів включали ентеральне харчування (для дітей у віці від 1 року до 10 років: адаптована суміш Peptamen Junior, для дітей старше 10 років: суміш Peptamen (Nestle)).

Корекцію порушень скорочувальної здібності товстої кишки проводили шляхом дії на енкефалінергічну систему кишок, яка регулює перистальтику ШКТ за допомогою “Тримебутину” (призначали у вікових дозах 3 рази на добу за 20 хвилин до їжі впродовж двох тижнів).

При лікуванні дисбактеріозу одночасно впливали на змінену мікрофлору кишок та проводили замісну терапію. При виражених порушеннях у складі мікрофлори проводили курс деконтамінації (ніфураксазид). Використовували мультипробіотик “Симбітер”.

При наявності скарг на метеоризм, біль в животі, що супроводжуються дисбактеріозом кишок, позитивний ефект спостерігали при призначенні симетікону (еспумізану). Для ліквідації метеоризму, або санації кишок використовували курси ентеросорбентів (ентеросгель).

Для усунення клінічних проявів та біохімічних маркерів синдрому ендогенної інтоксикації при хронічних запорах, що обумовлені ПВОК використовували метаболічний препарат “Далмаксін”.

Для відновлення моторно-евакуаторної функції кишок призначали препарати, складовою яких є лактулоза (дуфалак, нормазе, лактувіт).

Враховуючи наявність у дітей з ПВОК клінічних проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини та зниження рівня колагенспецифічного біоеlementу магнію використовували препарат Магне В₆, який призначали в розчині по 300 мг 1 раз на день курсом 15 днів.

При гіпомоторному типі порушення товстої кишки в програму лікування включали антихолінергічні засоби, зокрема прозерин. Розчин прозерину 0,05% призначали по 0,1 мл на 1 рік життя, але не більше 0,75 мл на ін’єкцію, 1 раз на добу, на курс лікування 20-25 ін’єкцій.

Для регуляції та підвищення активності

окисно-відновлювальних процесів в організмі в першу чергу призначали вітаміни: аскорбінову кислоту, тіамін, піридоксін, рибофлавін, фолієву кислоту у вікових дозах.

Для корекції функціональної недостатності ШКТ в програму терапії ХК включали протеолітичні ферменти шлунка та підшлункової залози (мезим-форте). Для лікування запальних явищ в прямій кишці, зокрема призначали лікувальні клізми (відвари трав ромашки, череди).

Особливу увагу приділяли лікуванню енкопрезу, який спостерігався у 38 дітей хворих на доліхосигму, що становило 11,05 % від загальної кількості пацієнтів з ПВОК. Лікування енкопрезу

виконували за принципом “зворотнього біологічного зв’язку”.

Особливе місце в лікуванні енкопрезу на тлі ПВОК надавали електростимуляції м’язів промежини та замикачів. Для відновлення порушених взаємозв’язків прямої кишки та її утримуючого апарату виявлялися ефективними диадинамічні токи. Трансанальну стимуляцію виконували апаратом “Ендотон”.

Після проведення основного курсу, усім дітям було рекомендовано санаторно-курортне лікування (Моршин, Трускавець).

Консервативне лікування виявилось неефективним у 87 (25,29%) пацієнтів з ПВОК (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл дітей з природженими вадами ободової кишки згідно ефективності консервативного лікування залежно від перебігу захворювання

Стадії захворювання	Патологія					
	Доліхосигма, n=283		Хвороба Пайра, n=58		Синдром Хілаїдіті, n=3	
	+	-	+	-	+	-
Компенсована, n=167	141	0	26	0	0	0
Субкомпенсована, n=87	71	2	6	7	1	0
Декомпенсована, n=90	10	59	2	17	0	2
Всього, n=344	222	61	34	24	1	2

n – загальна кількість дітей; + - позитивний ефект консервативної терапії; - - консервативна терапія неефективна.

Оцінку консервативного лікування проводили через 2 роки після початку консервативної терапії. Встановлено, що в тих дітей в яких відмічався позитивний ефект від консервативного лікування впродовж року, покращання стану відбувалося надалі. У пацієнтів, в яких консервативна терапія виявилася безуспішною протягом року, відбувалося прогресування захворювання. Отже, вважаємо за доцільне оцінювати можливість консервативного лікування ПВОК у дітей через рік від його початку.

Отже, консервативне лікування ПВОК було успішним в усіх дітей (100%) з компенсованим перебігом захворювання, 97,26% дітей з доліхосигмою, 46,15% з хворобою Пайра та 1 пацієнта з синдромом Хілаїдіті при субкомпенсації. Найбільш тяжко піддавалися лікуванню ПВОК з декомпенсованим перебігом. Лише 10 дітей з доліхосигмою (14,49%) та 2 пацієнтів з хворобою Пайра (10,53%) вдалося “перевести з декомпенсованого в компенсований перебіг”.

Висновки. 1. Лікування дітей з природженими вадами ободової кишки повинно бути комплексним, складатися із місцевих та загальних заходів, пріоритетним після встановлення діагнозів: доліхосигма, хвороба Пайра, синдром Хілаїдіті (при відсутності невідкладних показань до операції). 2. У 25,29% дітей з природженими вадами ободової кишки консервативне лікування виявляється неефективним, що пов’язано з незворотніми змінами в стінці кишки. 3. Ефективність консервативної терапії в 100% дітей при компенсованому перебігу захворювання обумовлює необхідність раннього звернення та обстеження дітей з природженими вадами ободової кишки для попередження оперативного втручання.

Перспективи наукових досліджень. На підставі проведених досліджень доцільно розробити показання до хірургічного лікування хронічного колостазу у дітей, обумовленого природженими вадами ободової кишки..

Список використаної літератури

1. Джам О.П. Хірургічне лікування хронічного колостазу у дітей з врахуванням клінічних даних та морфо-функціональних змін кишкового тракту: 14.01.09 / Джам О.П. – К., 2010. – 174 с. 2. Bharucha A.E.

American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation / A.E. Bharucha, J.H. Pemberton, G.R. Locke III // J. Gastroenterology. – 2013. – Vol. 144, № 1. – P. 218-238. 3. Мадаминов А.М. Хирургическое лечение функциональных нарушений у больных с аномалиями развития и положения толстой кишки / А.М. Мадаминов, А.А. Субанов, Ш.Д. Авазканова // *Вестник КРСУ. – 2014. – Т. 14, № 4. – P. 117-119.* 4. A randomised, double-blind study of polyethyleneglycol 4000 and lactulose in the treatment of constipation in children / S. Treepongkaruna, N. Simakachorn, P. Pienvichit [et al.] // *BMC Pediatrics. – 2014. – № 14. – 153. – Режим доступа до журн.: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/14/153>.*

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Резюме. Проведен анализ возможностей консервативного лечения 344 детей с врожденными пороками ободочной кишки в возрасте от 2 до 18 лет. Пролечено: 283 детей с долихосигмой, 58 пациентов с болезнью Пайра и 3 – синдромом Хилаидити. Было: 167 пациентов с компенсированным, 87 – субкомпенсированным и 90 – декомпенсированным течениями заболевания. Консервативное лечение врожденных пороков ободочной кишки было успешным у всех детей (100%) с компенсированным течением заболевания, 97,26% детей с долихосигмой, 46,15% с болезнью Пайра и 1 пациента с синдромом Хилаидити в случае субкомпенсации. Положительный эффект от консервативной терапии, при декомпенсированном течении, наблюдали только у 14,49% детей с долихосигмой и 10,53% пациентов с болезнью Пайра. Лечение детей с врожденными пороками ободочной кишки должно быть комплексным, состоять из местных и общих мероприятий, приоритетным после установления диагноза: долихосигма, болезнь Пайра, синдром Хилаидити (при отсутствии неотложных показаний к операции). Неэффективность консервативного лечения у 25,29% детей с врожденными пороками ободочной кишки связана с необратимыми изменениями в стенке кишки.

Ключевые слова: долихосигма, болезнь Пайра, синдром Хилаидити, консервативное лечение, дети.

FEATURES OF CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC COLOSTASIS IN CHILDREN WITH CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE COLON

Abstract. The analysis of conservative treatment of 344 children with congenital malformations of the colon aged from 2 to 18 years have been performed. 283 children with dolichosigmoid, 58 patients with Payre's disease and 3 with Cyilaiditi's syndrome were treated. There were 167 patients with compensated, 87 – subcompensated and 90 – decompensated course of the disease. Conservative treatment of congenital malformations of the colon was successful in all the children (100%) with compensated disease, 97,26% of children with dolichosigmoid, 46,15% Payre's disease and 1 patient with Cyilaiditi's syndrome when subcompensated. A positive effect from conservative therapy in decompensated course was observed only in 14,49 % of children with dolichosigmoid and 10,53% of patients with Payre's disease. Treatment of children with congenital malformations of the colon should be complex, consisting of local and general measures, prior after the diagnosis is made: dolichosigmoid, Payre's disease, Cyilaiditi's syndrome (in the absence of urgent indications for surgery). Failure of conservative treatment in 25,29% of children with congenital malformations of the colon is associated with irreversible changes in the wall of the intestine.

Key words: dolichosigmoid, Payre's disease, Cyilaiditi's syndrome, conservative treatment, children.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 30.01.2015 р.
Рецензент – проф. Гринчук Ф.В. (Чернівці)