



насамперед за нижчого рівня фізіологічного опору стресу в дитини ( $r=0,46$ ;  $p<0,001$ ). Серед когорти дітей, що ввійшли в I групу,  $54,8\pm 8,9\%$  обстежених мали задовільну успішність в школі, у II-й групі цей показник становив  $31,0\pm 8,6\%$ , ( $p<0,07$ ), а тих пацієнтів, що навчалися на „добре” та „відмінно” було дещо менше в основній групі відповідно  $29\pm 8,1\%$  та  $16,1\pm 6,6\%$  проти  $41,4\pm 9,1\%$  та  $27,6\pm 8,3\%$  в групі порівняння ( $p>0,05$ ). Нижчий рівень успішності дітей у школі знаходився у прямому слабкому кореляційному зв'язку із вираженішою тяжкістю БА ( $r=0,26$ ,  $p<0,04$ ) та меншою контрольованістю захворювання ( $r=0,33$ ,  $p<0,03$ ), особливо за рахунок середньорічної кількості нападів БА ( $r=0,30$ ,  $p<0,02$ ). Нижчий рівень успішності в школі, що частіше відмічали серед дітей із тяжкою БА, прямо достовірно корелював із РТ ( $r=0,33$ ;  $p<0,02$ ), ШТ ( $r=0,37$ ;  $p<0,006$ ), фрустрацією потреби в досягненні успіху ( $r=0,4$ ;  $p<0,002$ ) та страхом ситуації перевірки знань ( $r=0,37$ ;  $p<0,006$ ). Істотних статевих відмінностей щодо показників тривожності у дітей груп порівняння не встановлено, однак у дівчаток показник РТ після пубертату був істотно вищим у зіставленні з групою до початку статевого дозрівання ( $44,6\pm 10,2$  проти  $34,0\pm 13,6$  балів,  $p<0,04$ ).

Таким чином, відмічені тенденції до більш вираженої ОТ та ШТ із нижчою шкільною успішністю у дітей із тяжкою БА, а також підвищення РТ після пубертату у дівчаток незалежно від тяжкості захворювання.

**Боднар Г.Б.**

### **МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНА ФУНКЦІЯ КИШЕЧНИКУ В ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМ ПОДОВЖЕННЯМ СИГМОПОДІБНОЇ ОБОДОВОЇ КИШКИ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Вивчено особливості моторно-евакуаторної функції кишечника в дітей із вродженим подовженням сигмоподібної ободової кишки (ВПСОК) за допомогою електроміографічного дослідження, обстежено 140 дітей віком від 4 до 15 років. У всіх пацієнтів із ВПСОК спостерігались зміни моторної функції товстої кишки (ТК): дискінезія встановлена у 61 ( $71,76\pm 4,88\%$ ) особи, дистонія – у всіх (85 осіб (100%)) обстежених дітей. При встановленні типу кінетичних порушень виявлено, що у пацієнтів із ВПСОК вірогідно збільшувалась ( $p<0,001$ ) частота гіпокінетичної дискінезії ТК (61 хворий –  $74,76\pm 4,88\%$ ), в той час як пацієнтів із гіперкінетичною дискінезією не виявлено ( $p<0,001$ ).

При визначенні типу тонусу ТК у дітей із ВПСОК встановлено вірогідне ( $p<0,001$ ) переважання порушення за гіпотонічним типом ( $82,35\pm 4,13\%$ ), в той час як за гіпертонічним ( $17,65\pm 4,13\%$ ), навпаки, було вірогідно меншим ( $p<0,001$ ).

Комплексний аналіз результатів дослідження дітей із ВПСОК дозволив встановити три характерних типи порушень рухової активності ТК. Перший тип (гіпотонічний) характеризувався нормокінезією в комбінації із гіпотонічною дистонією і був виявлений у 24 ( $28,24\pm 4,88\%$ ) дітей. Другий тип (гіпофункціональний) базувався на поєднанні зниження кінетичних властивостей ТК та її тонусу, тобто гіпокінетичної дискінезії та гіпотонічної дистонії і був виявлений у більшості пацієнтів – 46 ( $54,12\pm 5,40\%$ ). Третій тип (дискоординаційний) виявлений у 15 ( $17,65\pm 4,13\%$ ) хворих і характеризувався вираженим гіпертонусом кишкової стінки та значним зниженням майже до відсутності рухової активності ТК – гіпертонічною дистонією з гіпокінетичною дискінезією.

Вивчаючи рухову активність ТК залежно від особливостей клінічного перебігу ВПСОК, встановили, що для дітей із компенсованою стадією перебігу характерною є нормокінезія, яку діагностовано нами в 24 ( $82,75\pm 7,01\%$ ), гіпокінетична дискінезія в 5 ( $8,25\pm 3,5\%$ ) випадках. При вивченні характеристик тонусу ТК виявили гіпертонічну дистонію в 2 ( $6,96\pm 4,70\%$ ) осіб, гіпотонічну – в 27 ( $93,10\pm 4,70\%$ ). Для більшості хворих ( $82,75\pm 7,01\%$ ) із компенсованим перебігом був характерний I тип (гіпотонічний) порушення рухової активності ТК, хоча слід зазначити, що  $6,90\pm 4,70\%$  пацієнтів мали III тип (дискоординаційний). Для всіх дітей із субкомпенсованим перебігом була характерна гіпокінетична дискінезія, яка в  $60,0\pm 8,94\%$  поєднувалась із високою базальною активністю. Більша частина ( $56,67\pm 4,99\%$ ) пацієнтів мала порушення тонусу ТК у вигляді гіпотонічної дистонії, але у  $43,33\pm 9,04\%$  діагностовано гіпертонічну дистонію. Майже у 50% пацієнтів із субкомпенсованим перебігом виявлений III тип (дискоординаційний) порушення рухової активності ТК, але більшість ( $56,67\pm 9,04\%$ ) мали ознаки II (гіпофункціонального) типу.

Серед пацієнтів із декомпенсованим перебігом ВПСОК виявлена лише гіпокінетична дискінезія (100%). Порушення тонусу ТК визначалось тільки як гіпотонічна дистонія (100%). Отже, для всіх хворих із ВПСОК в декомпенсованій стадії перебігу характерний II (гіпофункціональний) тип порушення рухової активності ТК.

Все вищезазначене свідчить про наявність у дітей із ВПСОК, як первинних так і вторинних порушень рухової активності ТК. Отримані дані свідчать, що на стадії компенсації спостерігається збереження моторної функції, яке поєднується із зниженням тонусу ТК. Ймовірно, на рівні гладком'язових клітин відбуваються ультраструктурні та біохімічні зміни, що призводять до збільшеної енергетичної потреби для скорочення актино-міозинового комплексу. Внаслідок цього порушення моторної функції за гіпокінетичним типом та порушення тонусу за гіпертонічним типом у дітей характеризуються зменшеною тривалістю запору, але більш вираженим больовим синдромом і високим ризиком виникнення такого ускладнення, як непрохідність кишечника.