Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

 **МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

 **ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**

 **ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

 **ВЕЛІЄВА ТУНЗАЛА АЛІ КИЗИ**

 **УДК 616.352-008.64-036.12:616.345–007.1] – 053.2–08-031.73**

 **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ДІФЕРЕНЦІЙОВАНА КОРЕКЦІЯ**

 **ХРОНІЧНОГО КОЛОСТАЗУ У ДІТЕЙ З АНОМАЛІЯМИ**

 **РОЗВИТКУ ТА ПОЛОЖЕННЯ ТОВСТОЇ КИШКИ**

 **14.01.10 – педіатрія**

 **АВТОРЕФЕРАТ**

 дисертації на здобуття наукового ступеня

 кандидата медичних наук

  **Харків - 2008**

Дисертацією є рукопис

Работа виконана в Харківській медичний академії післядипломної освіти МОЗ України.

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор

 **Бєлоусов Юрій Володимирович,**

 Харківська медична академія післядипломної

 освіти МОЗ України, завідувач кафедри

 педіатричної гастроентерології та нутріціології

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор

 **Коренєв Микола Михайлович,** керівник

 відділу педіатрії та реабілітації,

 ДУ інститут «Охорона здоров'я дітей та

 підлітків АМН України», директор інстітуту

доктор медичних наук, професор

 **Бекетова Галина Володимировна**,

 Національна медична академія післядипломної

 освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України,

 професор кафедри дитячих і підліткових

 захворювань

 Захист дисертації відбудеться «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2008р.о\_\_\_\_\_\_годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д.64.609.02 при Харківській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України (61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58).

 З дисертаціею можна ознайомитись у бібліотеці Харківської медичної академії післядипломної освіти (61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58).

 Автореферат розісланий «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008 року.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

кандидат медичних наук, доцент В.М. Савво

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність роботи**. В структурі захворювань дитячого віку хвороби органів травлення займають значне місце як за розповсюдженістю, так і за тяжкістю клінічних проявів (Лук'янова О.М., Денісова М.Ф. та співавт., 2000; Бельмер С.В., Хавкін О.І., 2003; Бєлоусов Ю.В., 2006). За даними МОЗ України частота дитячої гастроентерологічної допомоги змінюється у межах від 180 до 220‰, а у великих промислових регіонах цифри досягають 350-400‰ і більше (Бєлоусов Ю.В., Денисова М.Ф., 2006). Біля 25% у структурі захворювань органів травлення, припадає на патологію товстої кишки, причому, одним з основних порушень її діяльності є симптомокомплекс хронічного запору (Льонюшкін О.І., 2002).

В педіатричній практиці хронічний запор – найбільш розповсюджене порушення, яке займає перше місце серед неспецифічної патології кишечнику. Порушуючи процес адаптації дитини у колективі, хронічний запор негативно впливає не тільки на якість життя, але й на розвиток дитячого організму, що свідчить про актуальність проблеми хронічного запору у дітей (Маєв І.В., 2001; Шадрін О.Г., Чернега Н.Ф., Дюкарева С.В., 2007; Бєлоусов Ю.В., 2007).

У розвинених країнах запором страждають 30-50% дорослого працездатного населення, а у віці старше 60 років число осіб з запором різного ступеню тяжкості, доходить до 60% (Цимбалова Е.Г., Потапов А.С., Баранов К.Н., 2002; Захараш М.П., Кравченко Т.Г., 2002).

За даними літератури, запор зустрічається від 10 до 25% дитячого населення, однак дійсна розповсюдженість запору у дітей невідома через низьку зверненість батьків до лікаря та недостатнє знання даної патології педіатрами (Цимбалова Е.Г., Потапов А.С., Баранов К.Н., 2002; Бєлоусов Ю.В., Бєлоусова О.Ю., 2006).

Симптомокомплекс хронічного запору – збиране поняття, яке включає у себе різні за етіологією та патогенезом клінічні форми. Хронічний запор при аномаліях розвитку та положення товстої кишки (доліхосігма, доліхоколон, трансверзоптоз) за механізмами розвитку відрізняється від запору іншої етіології: порушення акту дефекації носить кологенний характер та обумовлено механічною перешкодою для проходження калових мас по товстому кишечнику. До цих станів застосовують термін "хронічний товстокишковий стаз" або "хронічний колостаз" – гальмування транзиту в одному або декількох сегментах товстої кишки (Бєлоусов Ю.В., 2006). Тому при аномаліях розвитку та положення товстого кишечника, доцільно застосовувати термін «хронічний колостаз».

Згідно даних Льонюшкіна О. І., із 1000 дітей, які страждають хронічним рецидивуючим болем у животі, при додатковому дослідженні більш, ніж у 30% виявлено наявність аномалій розвитку або положення товстого кишечника. Клінічна маніфестація колостазу на тлі вказаної патології виникає переважно у дитячому віці – 60% (Халіф І.Л., 1998).

Проблема запору в останній час викликає велику зацікавленість у педіатрів, про що свідчать чисельні публікації у наукових виданнях. Але ці роботи, в основному, присвячені функціональному запору, а робіт, присвячених органічному, до якого належать також запор при аномаліях розвитку та положення товстої кишки, як у вітчизняній, так і в закордонній літературі, дуже мало. Особливо це стосується дитячого віку. При цьому більшість досліджень, присвячених питанням діагностики та лікування аномалій розвитку та положення товстої кишки у дітей, належить хірургам, які розглядають цю патологію з точки зору необхідності оперативного втручання. Але більшість дітей не потребують хірургічного лікування, їм потрібна правильно підібрана, залежно від ступеню виразності аномалії, консервативна терапія.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дослідження виконано згідно плану Проблемної комісії АМН і МОЗ України «Охорона здоров’я дітей шкільного віку та підлітків» та є фрагментом планової наукової роботи кафедри педіатричної гастроентерології та нутріціології ХМАПО «Функціональні і органічні захворювання шлунку та кишечника у дітей, механізми формування, критерії діагностики і принципи корекції» (№ держреєстрації 0104U002511).

**Метою дослідження** є підвищення ефективності діагностики і лікування хронічного товстокишкового стазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки на підставі вивчення клінічних особливостей перебігу, стану слизової оболонки, моторики та тонусу і розробки принципів диференційованої корекції.

Для досягнення поставленої мети передбачено вирішення таких **завдань:**

1. Вивчити частоту, характер, клініко-синдромологічні прояви аномалій розвитку та положення товстої кишки у дітей.

2. Визначити особливості клінічного перебігу хронічного колостазу, стан кишкової моторики та тонусу у дітей при аномаліях розвитку та положення товстої кишки.

3. Оцінити стан слизової оболонки товстої кишки у дітей з хронічним товстокишковим стазом на тлі аномалій її розвитку та положення за результатами ректоскопічного та морфологічного досліджень.

4. Порівняти діагностичну значущість інструментальних методів дослідження у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки.

5. Обґрунтувати принципи диференційованої корекції хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки, в залежності від тяжкості колостазу та типу порушень моторики, й оцінити ефективність терапії.

*Об’єкт дослідження:* хронічний колостаз у дітей на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки.

*Предмет дослідження:* стан слизової оболонки та моторної функції товстої кишки у дітей при аномаліях її розвитку та положення, які перебігають з хронічним колостазом, оцінка ефективності комплексної корекції хронічного колостазу при цих аномаліях.

*Методи дослідження:*аналітичні (для визначення мети, завдань і напряму дослідження), клінічні, інструментальні (ректороманоскопія, іригорафія, електроентерографія), морфологічні (морфометричні), та статистично-математичні.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Встановлено частоту, характер аномалій розвитку та положення товстої кишки у дітей.

Визначено особливості клінічного перебігу хронічного колостазу при аномаліях розвитку та положення товстої кишки й ефективність методів діагностики цих аномалій.

Показано, що хронічний колостаз при аномаліях розвитку та положення товстої кишки у більшості хворих супроводжується запальними змінами її слизової оболонки, одним із факторів розвитку яких є порушення мікроциркуляції та регіонарного кровообігу у стінці кишки внаслідок хронічного товстокишкового стазу.

Уперше при морфологічному вивченні біоптатів слизової оболонки товстої кишки при доліхосігмі, досліджено швидкий розвиток її атрофії та обґрунтовано гіпотезу механізму формування автоімунної агресії проти епітеліоцитів з можливим розвитком неспецифічного виразкового коліту.

Визначено тип порушення моторики та тонусу товстої кишки при аномаліях її розвитку та положення.

Обґрунтовано принципи диференційованої корекції хронічного товстокишкового стазу при аномаліях розвитку та положення товстої кишки у дітей з урахуванням порушень її моторної та тонічної функції.

**Практичне значення одержаних результатів**. Визначено критерії ранньої діагностики аномалій розвитку та положення товстої кишки, які супроводжуються хронічним колостазом, що дозволяє на ранньому етапі дослідження прогнозувати наявність аномалій.

Запропоновано комплексну оцінку стану товстої кишки при аномаліях її розвитку та положення у дітей з використанням інструментальних методів дослідження, що дозволяє підвищити ефективність діагностики.

Розроблено комплекс терапевтичних заходів для корекції хронічного колостазу при аномаліях розвитку та положення товстої кишки й показано його клінічну ефективність. Отримано патент "Спосіб корекції хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки" (Деклараційний патент на корисну модель А61N1/00, A61H7/00, №16083, 2006р.).

Впроваджено в практику клінічний алгоритм оцінки тяжкості колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки, а також критерії діагностики та оцінка ефективності його диференційованої корекції.

**Особистий внесок здобувача**. Дисертант самостійно організувала наукове дослідження, провела інформаційний пошук, проаналізувала й узагальнила наукові літературні дані, підготувала огляд літератури, обґрунтувала актуальність теми дослідження, сформулювала його мету та завдання. Автор розробила карти обстеження хворих, провела аналіз медичної документації, зібрала клінічний матеріал та інтерпретувала його. Також дисертантом розроблено комплекс терапевтичних заходів для корекції хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки. Автор брала участь в інструментальних обстеженнях хворих, їх медикаментозному лікуванні.

Із використанням стандартних комп’ютерних програм автором виконано статистичну обробку одержаних даних, проаналізовано й узагальнено результати, обґрунтовано висновки та практичні рекомендації. Підготовлено до друку наукові праці, виступи, проведено впровадження наукових розробок у практичну діяльність лікувальних закладів.

**Апробація результатів дисертації**. Основні положення дисертації представлено й обговорено на науково-практичній конференції молодих вчених «Досягнення молодих вчених – майбутнє медицини» (Харків, 2005), на пленумі Харківської обласної асоціації лікарів-педіатрів (Харків, 2006), на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту в дітей – актуальна проблема дитячої гастроентерології» (Чернівці, 2006), на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Патологоанатомічна діагностика хвороб людини: здобутки, проблеми, перспективи» (Чернівці, 2007). Апробація дисертаційної роботи відбулася на спільному засіданні кафедр педіатричної гастроентерології та нутріціології, поліклінічної педіатрії, дитячого туберкульозу та пульмонології, педіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти 31 березня 2008 року.

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 11 наукових робіт: 4 статті у наукових виданнях, рекомендованих ВАК України та 7 тез у збірниках матеріалів конференцій і форумів обласного, всеукраїнського та міжнародного рівнів.

Отримано деклараційний патент України на корисну модель «Спосіб діференційованної корекції хронічного колостазу при аномаліях розвитку та положення товстої кишки» № 16068, А61N1/00, A61H7/00, 2006р.

**Структура й обсяг роботи.** Дисертацію викладено на 163 сторінках тексту. Вона складається зі вступу, аналітичного огляду літератури, опису об’єкту та методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків та практичних рекомендацій, списку використаних літературних джерел із 202 найменувань (137 кирилицею та 75 латиницею) на 19 сторінках. Матеріали роботи проілюстровано 31 таблицею і 19 малюнками на 21 сторінці. Обсяг основного тексту становить 141 сторінку.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** Для вирішення поставлених завдань проведено клініко-параклінічні дослідження 148 дітей у віці від 2 до 17 років з хронічним запором, з них 124 дитини на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки (основна група) та 24 дитини з запором функціонального ґенезу (контрольна група). Спостереження проведено за період 2003-2006 рр. на кафедрі педіатричної гастроентерології та нутріціологіі Харівської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, клінічної базою якої є 19 дитяча клінічна лікарня (головний лікар – Ковалевська С.О.).

Критеріями включення дітей в основну групу дослідження були: наявність у них аномалій розвитку та положення товстої кишки, які супроводжувались хронічним колостазом, підтверджені різними методами дослідження, і згода дитини та її батьків на участь у дослідженні. Критеріями виключення були: відсутність аномалій розвитку та положення товстої кишки та наявність значущої патології інших органів та систем. В контрольну групу включали дітей із запором функціонального ґенезу, у яких була виключена органічна патологія товстої кишки (аномалії розвитку та положення товстої кишки).

Дослідження виконані із дотриманням основних положень GCP (1996 р.); Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 4 квітня 1997 р.); Хельсінкської декларації Світової медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини 1964-2000 рр.

Діагноз хронічного запору встановлювався на основі скарг та клініко-анамнестичних даних. При встановленні діагнозу використовували робочі класифікації Льонюшкіна О.І. (1990) та Бєлоусова Ю.В., Бєлоусової О.Ю. (2004). Верифікація аномалій розвитку та положення товстої кишки проводилася за допомогою іригографічного методу дослідження.

Іригографію проводили всім дітям основної та контрольної груп в рентгенологічному кабінеті 19 МДКЛ, при консультативній участі кафедри дитячої рентгенології ХМАПО (зав. каф. – проф. М.І. Спузяк).

Для оцінки стану слизової оболонки товстої кишки 106 дітям проводили ректороманоскопічне дослідження, під час якого у 43 хворих були взяті біоптати для подальшого гістоморфологічного дослідження. Частину гістологічних досліджень проводили у патоморфологічній лабораторії кафедри патологічної анатомії ХМАПО (зав. каф. – проф. В.Д. Садчиков), інша частина – у патоморфологічній лабораторії кафедри патологічної анатомії Харківського національного медичного університету (зав. каф. – проф. А.Ф. Яковцова).

Функціональний стан товстої кишки визначили у 53 хворих основної групи за допомогою електроентерографічної методики дослідження. Дослідження проводили на кафедрі педіатричної гастроентерології та нутріціології ХМАПО за модифікованою методикою (деклараційний патент на корисну модель № 5009, А 61В5/05, 2005).

Для корекції хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки, нами розроблено комплексний терапевтичний метод корекції "Спосіб корекції хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки". Метод складається з дієтичних рекомендацій, стимуляції кишечника (ампліпульстерапії), масажу живота та ЛФК.

При призначенні дієти рекомендували достатню кількість рідини з урахуванням віку дітей (старшим дітям не менше 1,5-2 літрів охолодженої мінеральної води високої мінералізації і газонасиченості та фруктових соків) і харчові продукти, що стимулюють моторну функцію товстої кишки та сприяють її випорожненню: чорний хліб із висівками; сирі овочі та фрукти; сухофрукти, особливо чорнослив, курага, інжир; кисле молоко, одноденний кефір; розсипчасті та напівв'язкі каші; нежирні сорти різних видів м'яса (яловичина, курка, індичка, кролик) у вареному або запеченому вигляді.

Ампліпульстерапію проводили дітям у кабінеті фізіотерапії за допомогою апарата «Ампліпульс-4». Електроди накладали на ділянку сігмоподібного відділу товстої кишки. Особливість цього методу полягає у тому, що змінні синусоїдальні струми подаються від двох окремих пар електродів так, що патологічний осередок знаходився у місці перехрестя силових ліній. На кожну пару подають токи однакової частоти. Враховуючи, що нервово-м'язовий апарат товстої кишки складається з гладком'язових волокон, чергуються низькочастотні посилки СМС та немодульована несуча частота 5000 Гц. Цьому напрямку ампліпульстерапії відповідає діапазон частот 30-10 Гц, глибина модуляцій 74-100 % від амплітудного значення несучої частоти, тривалість імпульсів – 2-3 або 4-6 секунд.

Позитивними особливостями виду ампліпульстерапії, яку застосовують, є менше подразнююча дія на шкірні рецептори, краща прониклива здатність у глибину тканин, висока біологічна активність, близькість до природних біопотенціалів організму, малий розвиток явищ адаптації та тривалий період післядії.

Масаж живота проводили 1-2 рази на день, круговими рухами по годинниковій стрілці з тривалістю сеансу 10-15 хв. Паралельно з масажем живота призначалась ЛФК та використовувались вправи, що спрямовані на ритмічне стиснення черевного пресу (нахили тулубу, піднімання прямих ніг у положенні лежачи на спині та ін.)

Для оцінки ефективності комплексного лікування хронічного колостазу на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки дітей розподілили на дві групи. У першу (основну) групу увійшли 45 дітей (з них у 43 була доліхосігма, одна дитина з синдромом Пайра, у однієї дитини був мегадоліхоколон), яким призначався комплекс терапевтичних заходів, запропонований нами (дієта, стимуляція кишечника – ампліпульстерапія, масаж живота, ЛФК). Другу (контрольну) групу склали 44 дитини (з них у 42 була доліхосігма, у 2 синдром Пайра), яким застосовувався тільки дієтичний режим та масаж живота.

Розподіл хворих з аномаліями розвитку та положення товстої кишки на групи лікування проводили випадковим чином з використанням таблиць випадкових чисел.

Для об’єктивної порівняльної оцінки ефективності лікування в двох групах дітей з хронічним колостазом на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки, використовували бальну оцінку кожного синдрому захворювання, в динаміці терапії з наступним обчисленням інтегрального показника патології (ІПП) за методом С.М. Макєєва.

Результати дослідження оброблено з використанням програмного пакету SPSS 11.0. Статистичну обробку проводили с використанням методу для обробки якісних даних (χ2 (ксі-квадрат) та його модифікацій – точний критерій Фішера і критерій Крамера V). Використовували програму Fisher's Exact Test, яка вільно розповсюджується (автор – Dr. Haseeb Ahmad Khan, переклад – проф. В. Леонова). Для визначення кореляційних зв’язків між параметрами, враховуючи, що дані мають номінальний тип, проводили кореляційний аналіз за Спірманом. Для параметрів, які мають найбільший кореляційний зв’язок з патологією (термін маніфестації запору та тривалість запору) був проведений ROC - аналіз з визначенням чутливості та специфічності діагностичних тестів.

**Результати дослідження та їх обговорення.**

За результатами іригографічного дослідження виявлено, що найбільш частою аномалією розвитку та положення товстої кишки є доліхосігма – цей діагноз встановлено 109 дітям (87,2%). Значно рідше зустрічається синдром Пайра (трансверзоптоз) у 9 хворих (7,2%) і доліхоколон у 7 дітей (5,6%). Клінічно всі виявлені аномалії розвитку та положення товстої кишки проявлялись хронічним колостазом різного ступеню виразності. Як відомо, у дітей деяке подовження сигмоподібної кишки рахується варіантом норми, тому висновок про наявність доліхосігми нами робився у випадках, коли визначався симптом "двостволки", "трьохстволки", "вісімки".

Для вивчення клініко-анамнестичних особливостей у дітей з хронічним колостазом на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки ми порівняли їх з дітьми, у яких виявлено хронічний запор функціонального ґенезу.

Порівняльний аналіз в групах дітей з хронічним колостазом на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки і дітей з функціональним запором, виявив клініко-анамнестичні особливості, які дозволили передбачити ще на дошпитальному етапі той факт, що причиною хронічного колостазу є аномалії розвитку та положення товстої кишки.

Аномалії розвитку та положення товстої кишки, які стали причиною хронічного колостазу, однаково часто зустрічалися серед дітей обох статей (хлопчиків – 48%, дівчаток – 52%), а вік, у якому вони частіше зверталися за медичною допомогою відповідав як молодшому, так і старшому віку. Функціональним запором частіше хворіють дівчата (54,2%), частота його виявлення зростає по мірі збільшення віку, досягаючи максимуму у старшому шкільному (підлітковому) віці (45,8%), що, скоріше за все, пов’язано з нераціональним харчуванням, гіподинамією, а також початком використання "дієт для схуднення", особливо дівчатами у цьому віці.

Маніфестація хронічного запору у дітей з аномаліями товстої кишки виникала значно частіше у перші місяці життя (р<0,001), і у дошкільному віці (р<0,05), тобто мала ранній початок. Функціональний запор вірогідно частіше маніфестував у підлітковому і середньому шкільному віці (р<0,05). Цей фактор, за нашою думкою, може бути важливою діагностичною ознакою, яка розподіляє хронічний колостаз органічного та функціонального ґенезу.

Обтяженість на захворювання кишечника (хронічний коліт, хронічний запор, СПК, рак товстого кишечника, НВК) більше ніж у 5 разів частіше зустрічається у сім’ях хворих на хронічний колостаз на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки, ніж у сім’ях хворих на функціональний запор. Так, у 64 дітей (51,6%) основної групи батьки та прабатьки страждали хронічним запором, з них у 56 (87,5%) – з раннього віку. Останній факт, підводить нас до припущення про органічну природу хронічного запору у цих хворих, тобто його можливого формування на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки, що відповідно визначає високу ймовірність його успадкування. Захворювання верхніх відділів ШКТ однаково часто зустрічаються серед близьких родичів дітей обох груп, нервово-психічна патологія значно вища в сім’ях дітей з функціональним запором (р<0,05).

Серед факторів, які викликали ранню маніфестацію хронічного запору у дітей, в основній групі значущим виявилося раннє штучне вигодовування (р<0,05), у контрольній групі – психотравмуючі ситуації (р<0,05). Нераціональне харчування в обох групах однаково часто стало причиною розвитку хронічного запору.

Оскільки діти надходили в стаціонар у період загострення процесу, їм проводили комплексне дослідження. У більшості пацієнтів обох груп були виявлені супутні захворювання ШКТ та інших органів і систем. У дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки статистично значно частіше спостерігалися хронічний коліт (р<0,001) та дисфункція жовчного міхура, гіпокінетична форма, спазм сфінктера Одді (р<0,01). Супутньою патологією, яка часто зустрічається в обох групах, – є також хронічний гастродуоденіт, причому вірогідно частіше в групах дітей з функціональним запором (р<0,05). У цьому випадку функціональний хронічний запор був розцінений нами як вторинний, який розвився на тлі гастродуоденальної патології.

У 3 хворих (2,4 %) основної групи, крім супутньої патології, мали місце поєднані вади і аномалії товстої кишки та інших органів і систем. У двох випадках (1,6 %) спостерігалося поєднання доліхосігми з уродженою вадою серця і в одному (0,8 %) – мегадоліхоколон з множинними вадами серця (тріада Фалло) та дисплазією нирок. Таким чином, ці випадки дають нам підґрунтя передбачувати можливий вплив шкідливих факторів під час ранніх термінів вагітності, коли відбувається закладання та розвиток внутрішніх органів і систем на формування як поодиноких, так і поєднаних вад і аномалій розвитку.

При шпиталізації до стаціонару діти з хронічним колостазом на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки значно частіше скаржилися на виразний (відсутність випорожнення більше 72 годин, p<0,05) та виразно-стійкий (відсутність випорожнення більше 96 годин, p<0,05) запор, що відповідало стадіям суб- та декомпенсації. В цій же групі у 8,87% пацієнтів самостійні випорожнення були відсутні і з’являлися лише після очищувальних клізм або проносних препаратів. Діти з функціональним запором вірогідно частіше мали помірно виразний запор (відсутність випорожнення більше 48 годин, р<0,05) або схильність до запору (відсутність випорожнення більше 24 годин, р<0,05), що відповідало його компенсованій стадії.

Таким чином, за нашою думкою, ступінь виразності запору може бути кращим диференційним критерієм для хронічного колостазу на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки і функціонального запору. Так, для хронічного колостазу на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки характерний стійкий, тяжкий та прогресуючий перебіг запору, а для функціонального – легкий чи помірний перебіг та відсутність зростання виразності запору по мірі прогресування термінів захворювання.

Абдомінальний больовий синдром був відмічений у дітей обох груп, причому частіше зустрічався у хворих, які страждають функціональним (91,6%), ніж органічним запором. Для дітей основної групи значно частіше був характерний біль, що розпирає (р<0,05), а також почуття тяжкості у нижній половині живота (р<0,05). У той же час для дітей з функціональним запором характерним виявився абдомінальний біль переймоподібного (р<0,05) та постійно ниючого характеру (р<0,05). У дітей з органічним запором біль вірогідно частіше виникав перед дефекацією та зникав після відходження калу та/або газів (р<0,01). У хворих з функціональним запором поява болю була пов’язана з прийомом їжі (р<0,001), стресовими ситуаціями (р<0,001) та змінами звичайного ритму та умов життя (р<0,05). Але інтенсивність абдомінального больового синдрому не мала кореляційного зв’язку зі ступенем виразності хронічного запору як в основній (r=-0,11, р>0,05), так і в контрольній (r=0,01, р>0,05) групах.

В клінічній картині хворих обох груп зустрічалися симптоми хронічної неспецифічної інтоксикації (ХНІ) та диспепсичні явища різного ступеню виразності.

Серед усіх скарг, які характеризують синдром ХНІ, в основній групі частіше зустрічалися головний біль (р<0,05), слабкість (р<0,05), підвищена втома (р<0,05) та млявість (р<0,05). Причини того, що синдром ХНІ статистично значно частіше зустрічався в групі дітей з хронічним колостазом на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки, пояснюються тривалістю та стійкістю хронічного запору у цих хворих. Наше припущення підтвердив кореляційний аналіз, який показав наявність сильного позитивного зв’язку між ступенем виразності хронічного колостазу та виразністю синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації (r=0,65; р<0,001) в основній групі хворих.

В контрольній групі достовірно частіше спостерігалися скарги невротичного характеру, емоційна лабільність (р<0,05) та роздратованість (р<0,05). На нашу думку, ці особливості синдрому ХНІ можна використовувати в якості диференційно-діагностичного критерію хронічного колостазу при запорі органічного та функціонального ґенезу.

В цілому диспепсичні симптоми зустрічалися частіше й були представлені великою різноманітністю у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки у порівнянні з групою дітей з функціональним запором. Найбільш значними з них виявилися зниження апетиту (р<0,05) й неприємний запах з рота (р<0,05). За нашою думкою, ці скарги можна розцінювати як наслідок хронічної калової інтоксикації у дітей з органічним запором.

При об’єктивному огляді хворих з хронічним колостазом на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки, виявлено блідість шкірних покровів (р<0,05) та обкладеність язика (р<0,05) тобто, значні ознаки, які підтверджують більш виразну калову інтоксикацію у цих хворих у порівнянні з дітьми, які мають функціональний запор.

При пальпації живота у дітей обох груп були виявлені певні особливості, які можуть мати диференційно-діагностичну цінність. Для дітей з функціональним запором була характерна болючість всього живота на відміну від хворих з хронічним колостазом на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки, у яких вірогідно частіше визначається більш локальна болючість, а саме: по ходу товстої кишки (р<0,05), по ходу сигмоподібного відділу товстої кишки (р<0,05), а також спазмована сигмоподібна кишка (р<0,05).

Важливою відмінною ознакою хронічного запору органічного та функціонального ґенезу є також калові каміння у сигмоподібній кишці, які пальпуються під час об’єктивного дослідження. У дітей з хронічним колостазом на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки вірогідно частіше пальпувалися калові камінці у різних відділах товстої кишки. В основній групі, також виявлено енкопрез у 11 дітей (8,9 %).

Щоб встановити, наскільки цінними для діагностики аномалій розвитку та положення товстої кишки є тести параметрів терміну маніфестації запору і його тривалості (ступінь виразності ХЗ), був проведений ROC-аналіз, який показав їх достатньо високу чутливість (термін маніфестації запору – 83% та тривалість запору – 75%).

Результати макроскопічного (ректороманоскопія) дослідження показали, що у 87,7% хворих з хронічним колостазом на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки зустрічаються запальні зміни різного ступеню. Так у 50% дітей був виявлений помірно виразний, у 35,8% - виразний, а у 1,89% - ерозивний проктосігмоїдит.

Достовірної залежності між ступенем враженості хронічного колостазу й характером ендоскопічних змін СО товстої кишки при її аномаліях відмічено не було, бо при різному ступені враженості хронічного товстокишкового стазу з приблизно однаковою частотою спостерігалися помірно виражені та виражені явища катарального проктосигмоїдиту.

При ректороманоскопічному досліджені, окрім запальних проявів, визначалися *непрямі ознаки* доліхосігми: розширення отвору кишечника, зниження його тонуса, плескаючий звук при виведенні ректоскопу з прямої кишки.

При виявленні аномалій розвитку та положення товстої кишки у 88,9% випадків співпали результати ректороманоскопічного та іригографічного методів досліджень. Ці дані дозволяють судити про достатньо високу інформативність ректороманоскопічного методу дослідження для визначення аномалії розвитку та положення товстої кишки та рекомендувати цей метод дослідження в педіатричній практиці.

Морфологічне дослідження біоптатів слизової оболонки сігмоподібної кишки у дітей з доліхосігмою, дозволило знайти ознаки розвитку хронічного катарального проктосігмоїдиту у 95,3% випадків, що, мабуть, пов’язано з постійною взаємодією фактору, який ушкоджує слизову оболонку. На біопсійному матеріалі не тільки досліджено динаміку катарального проктосігмоїдиту при доліхосігмі але і доведено швидкий розвиток атрофії СО та обґрунтовано гіпотезу механізму формування автоімунної агресії проти епітеліоцитів з можливим розвитком неспецифічного виразкового коліту, що пояснює часту наявність доліхосігми у хворих неспецифічним виразковим колітом (Лук’янова О.М., Денісова М.Ф., 2004).

Сутність запропонованої гіпотези полягає, по-перше, – у швидкій вичерпності компенсаторних можливостей келихоподібних клітин у синтезі муцину, який захищає покривний епітелій від токсичної дії колостазу, і по-друге, – в недостатній диференційованості покривних епітеліоцитів та неможливості синтезу ними компонентів базальної мембрани, що обумовлює виникнення прямого контакту епітелію із внутрішнім середовищем і веде до появи автоімунної агресії проти епітелію кишечника.

Оцінка моторної функції товстої кишки у дітей з хронічним колостазом на тлі аномалій її розвитку та положення дозволила вияснити, що у цих хворих переважають гіпокінетичний та гіпомоторний типи порушення рухової функції товстої кишки як за амплітудою, яка характеризує тонус товстої кишки, так і за частотними характеристиками, що відображають моторику кишечнику.

Розроблено комплекс терапевтичних заходів (дієтичні рекомендації, електростимуляція кишечника – ампліпульстерапія, масаж живота, ЛФК) для корекції хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки з урахуванням типу порушення її моторної функції та наявності запальних змін.

При порівнянні динаміки клінічних показників у хворих, які отримували виключно дієту та масаж живота, та у дітей, яким проводили комплексну терапію, були знайдені значно більш виразні позитивні результати в групі дітей з комплексною терапією. Так, нормалізація випорожнення або зникнення абдомінального больового синдрому, покращення проявів диспепсичного та хронічного інтоксикаційного синдромів, з’являлися вірогідно раніше та виразніше у дітей з комплексною терапією. До 12 дня від початку лікування у 97,7% дітей нормалізувалося випорожнення (у контрольної групі – 77,3%), (р<0,05); у 95,1% хворих зник або зменшився біль у животі (у контрольної групі – 83,3%), (р<0,05). Зникли також прояви дисептичного синдрому у 93,3% дітей і хронічної неспецифічної інтоксикації у 95,5% хворих (у другій групі відповідно – 86,4% і 81% ), (р<0,05).

Результати об’єктивної порівняльної оцінки ефективності лікування в двох групах дітей показало, що удосконалена комплексна терапія (дієта, стимуляція кишечника – ампліпульстерапія, масаж живота та ЛФК) в 1,2 разів ефективніша за терапію, яка включає лише дієту та масаж.

Таким чином, комплексний терапевтичний підхід до корекції хронічного товстокишкового стазу на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки з урахуванням типу порушення моторної функції дозволили досягти позитивного ефекту у переважної кількості хворих у більш короткий термін, тим самим попередити прогресування патології, покращити якість життя дітей.

ВИСНОВКИ

1. В дисертаційній роботі наведено теоретичне обґрунтування та нове рішення наукового завдання – підвищення ефективності діагностики і лікування хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки на основі вивчення клінічних особливостей його перебігу, стану слизової оболонки кишки, моторики та тонусу і розробки принципів диференційованої корекції.

2. В структурі хронічного запору у дітей значне місце займає хронічний колостаз на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки, серед яких найбільш розповсюдженою є доліхосігма. Значно рідше зустрічається трансверзоптоз (синдром Пайра) і доліхоколон.

3. Факторами ризику раннього розвитку хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки є спадкова обтяженість по захворюваннях кишечника (перш за все по хронічному запору), штучне вигодування на першому році життя та порушення харчування у старшому віці. Ранні прояви запору та тривалість відсутності випорожнення можуть бути використані як критерії діагностики хронічного запору органічного ґенезу.

4. Клінічний перебіг хронічного колостазу на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки характеризується раннім початком захворювання, стійким, прогресуючим перебігом, виразністю проявів хронічної неспецифічної інтоксикації та дисептичного синдрому у порівнянні з запором функціонального ґенезу.

5. Найбільш інформативним методом верифікації аномалій розвитку та положення товстої кишки є рентгенографічний (іригографічний), однак ступінь співпадання інформативності іригографічного та ректороманоскопічного досліджень при виявленні аномалій розвитку та положення товстої кишки достатньо висока – 88,7%, що дозволяє у ряді випадків відмовитися від рентгенологічного дослідження.

6. Хронічний колостаз на фоні аномалій розвитку та положення товстої кишки супроводжується значними порушеннями її моторики та тонусу, які перебігають переважно по гіпокінетичному та гіпотонічному типу, що необхідно враховувати при проведенні корекції запору.

7. Хронічний колостаз на тлі аномалій розвитку та положення товстої кишки у переважної кількості хворих супроводжується запальними змінами слизової оболонки товстої кишки, що підтверджується результатами ендоскопічного (87,7%) та морфологічного (95,3%) досліджень і повинно враховуватися при призначенні комплексної терапії.

8. Диференційована терапія хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки з залученням лікувального комплексу дієтичних рекомендацій, стимуляції кишечнику (ампліпульстерапія), масажу, ЛФК сприяють більш ранній та стійкій нормалізації випорожнення, що суттєво покращує якість життя хворих дітей.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ:**

1. З метою визначення ризику хронічного запору у дітей, лікарям педіатрам рекомендується застосовувати комплексне обстеження з використанням клінічних та інструментальних методів дослідження, тому що хронічній товстокишковий стаз при аномаліях розвитку та положення товстої кишки потребує диференційованого підходу до його корекції. В діагностичних цілях необхідно звертати увагу на особливості клінічного перебігу, які можуть бути важливими для виявлення аномалій розвитку та положення товстої кишки (спадкова обтяженість по захворюваннях кишечника, рання маніфестація хронічного запору, тривалий, стійкий, прогресуючий перебіг).

2. Інструментальне обстеження хворих з хронічним колостазом треба починати з ректороманоскопії, як достатньо інформативного методу для виявлення аномалій розвитку та положення товстої кишки і визначення запальних змін з боку ії СО. Ректоскопічними критеріями діагностики аномалій розвитку та положення товстої кишки є: розширення отвору кишечнику, зниження його тонусу, плескаючий звук при виведенні ректоскопа з прямої кишки. Позитивні результати ректороманоскопічного дослідження є основою для проведення іригографії. Морфологічне дослідження біоптатів слід проводити за показаннями. Визначення рухової та тонічної функцій товстої кишки необхідно для призначення диференційованої терапії.

3. Лікування хронічного запору при аномаліях розвитку та положення товстої кишки базується на консервативних заходах, які спрямовані на усунення абдомінального больового синдрому та кишкового стазу. Розроблений комплекс терапевтичних заходів включає в себе дієтичні рекомендації, стимуляцію кишечника (ампліпульстерапію), масаж живота і ЛФК.

При призначенні дієти слід рекомендувати достатню кількість рідини з урахуванням віку дітей (старшим дітям не менш, ніж 1,5-2 літрів охолоджених мінеральної води та фруктових соків) і харчові продукти, що стимулюють моторну функцію товстої кишки та сприяють її випорожненню: чорний хліб з висівками; сирі овочі та фрукти; сухофрукти, особливо чорнослив, курага, інжир; кисле молоко, одноденний кефір; розсипчасті та напівв'язкі каші; нежирні сорти різних видів м'яса (яловичина, курка, індичка, кролик) у вареному або запеченому вигляді.

Ампліпульстерапію проводять за допомогою апарату «Ампліпульс-4». Електроди накладають на ділянку сігмоподібного відділу товстої кишки. Особливість цього методу полягає у тому, що змінні синусоїдальні струми подаються від двох окремих пар електродів так, що патологічний осередок знаходиться у місці перехрестя силових ліній. На кожну пару подають токи однакової частоти. Враховуючи, що нервово-м'язовий апарат товстої кишки складається з гладком'язових волокон, чергуються низькочастотні посилки СМС та немодульована несуча частота 5000 Гц. Цьому напрямку ампліпустерапії відповідає діапазон частот 30-10 Гц, глибина модуляцій 74-100 % від амплітудного значення несучої частоти, тривалість імпульсів – 2-3 або 4-6 секунд.

Ампліпульстерапія характеризується, менш подразнюючою дією на шкірні рецептори, кращою проникливістю у глибину тканин, високою біологічною активністю, близькістю до природних біопотенціалів організму, і має малий адаптаційний та тривалий періоди післядії.

Масаж живота слід проводити 1-2 рази на день, круговими рухами за годинниковою стрілкою з тривалістю сеансу 10-15 хв. Паралельно з масажем живота призначають ЛФК та використовують вправи, що спрямовані на ритмічне стиснення черевного пресу (нахили тулубу, піднімання прямих ніг у положенні лежачи на спині та ін.)

Наявність при хронічному товстокишковому стазі у дітей запальних змін товстої кишки визначає необхідність проведення протизапальної терапії.

**ПЕРЕЛІК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Велиева Т. А. Хронический колостаз при долихосигме у детей / Т. А Велиева // Проблеми медичної науки та освіти. – 2004. - №4. – С.63-67.

2. Велиева Т. А. Коррекция хронического колостаза у детей с аномалиями развития и положения толстой кишки / Т. А. Велиева // Современная педиатрия. – 2007. - №3(16). – С.104-106.

3. Губина-Вакулик Г. И. Морфологическая картина слизистой оболочки сигмовидной кишки при хроническом проктосигмоидите на фоне долихосигмы / Г. И. Губина-Вакулик, Т. А. Велиева, Н. И. Рысьева // Патология. – Запорожье. -2007. -№3.- С. 45-52. Здобувачем співставлено результати ректороманоскопичного та морфологічного методів досліджень та зроблено висновки щодо особливостей хронічного проктосігмоидиту на тлі доліхосігми.

4. Велиева Т. А. Гистологические особенности слизистой оболочки толстой кишки у детей при её аномалиях развития и положення / Т. А. Велиева // Медицина сегодня и завтра. – 2008. - №1. - С.21-23.

5. Веліева Т. А. Стан слизової оболонки при аномаліях розвитку і положення товстого кишечнику у дітей / Т. А. Велиева // Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених „Досягнення молодих вчених-майбутнє медицини”. Харьків - 2004. – С.14-15.

6. Велиева Т. А. Клинические особенности хронического запора у детей с аномалиями развития и положения толстой кишки / Т.А. Велиева // Материалы ХII Конгресса детских гастроэнтерологов России. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». Москва – 2005. - С.313-314.

7. Веліева Т. А. Аномалій розвитку і положення товстого кишечнику у дітей, як одна з причин хронічного колостазу / Т. А. Велиева // Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених. Харків. - 2005. – 16с.

8. Велиева Т. А. Частота развития аномалий толстой кишки у детей / Т. А. Велиева // Материалы одиннадцатой российской гастроэнтерологической недели. Росс. жур. гастроэтерологии, гепатологии, колопроктологии. Москва.– 2005. - №5, томХV. – 98 с.

9. Велиева Т. А. Состояние моторной функции толстой кишки у детей с долихосигмой / Т. А. Велиева // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції „Функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту в дітей – проблема дитячої гастроентерології ”. Чернівці. - 2006. - 7с.

10. Велиева Т. А. Комплексный подход к коррекции хронического колостаза у детей с аномалиями развития и положения толстой кишки / Т. А. Велиева // Матеріали науково-практичної конференції „Дитяча гастроентерологія: можливості та перспективи ”. – Харків – 2007. – С.23-24.

11. Губина-Вакулик Г. И. Долихосигма: морфологические особенности проктосигмоидита / Г. И. Губина-Вакулик, Т. А. Велиева, Н. И. Рысьева // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Патологоанатомічна діагностика хвороб людини: здобутки, проблеми, перспективи». – Чернівці - 2007. – С.77-78. Здобувачем обґрунтовано актуальність, вивчено та проаналізовано зібраний матеріал.

Патент 16083 Україна, А61N1/00, A61H7/00. Спосіб корекції хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки / Т. А. Веліева – Заявлено 20.02.2006; опубл.. 17.07.2006, Бюл.№7.

**АНОТАЦІЯ**

Велієва Т.А. Клінічні особливості і діференційована корекція хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10 – педіатрія. – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Харків, 2008.

Дисертація присвячена вивченню ефективності діагностики і лікування хронічного колостазу у дітей з аномаліями розвитку та положення товстої кишки на підставі комплексного вивчення клінічних особливостей його перебігу, стану слизової оболонки кишки, моторики та тонусу і розробки принципів диференційованої корекції.

Встановлено, що найбільш розповсюдженою аномалією товстої кишки у дітей, яка супроводжується хронічним колостазом, є доліхосігма.

В дисертації наведено особливості клінічного перебігу хронічного колостазу при аномаліях розвитку та положення товстої кишки й ефективність методів діагностики цих аномалій. Показано, що хронічний колостаз при аномаліях розвитку та положення товстої кишки у більшості хворих супроводжується запальними змінами її слизової оболонки, одним з факторів розвитку яких є порушення мікроциркуляції і регіонарного кровообігу в стінці кишки внаслідок хронічного товстокишкового стазу. При морфологічному досліджені біоптатів доведено швидкий розвиток атрофії слизової оболонки товстої кишки при доліхосігмі, обґрунтовано гіпотезу механізму формування автоімунної агресії проти епітеліоцитів з можливим розвитком неспецифічного виразкового коліту. Визначено тип порушення моторики та тонусу товстої кишки при аномаліях її розвитку та положення.

Розроблено та апробовано принципи диференційованої корекції хронічного товстокишкового стазу при аномаліях розвитку та положення товстої кишки у дітей з урахуванням типу порушення її моторики та тонічної функції.

Ключові слова: діти, аномалії розвитку та положення товстої кишки (доліхосігма, синдром Пайра, трансверзоптоз, доліхоколон), хронічний колостаз, товста кишка, диференційована корекція.

**АННОТАЦИЯ**

Велиева Т.А. Клинические особенности и дифференцированная коррекция хронического колостаза у детей с аномалиями развития и положения толстой кишки. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.10 – педиатрия. – Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины, Харьков, 2008.

Работа посвящена вопросам повышения эффективности диагностики и лечения хронического толстокишечного стаза у детей с аномалиями развития и положения толстой кишки на основании изучения клинических особенностей течения, состояния слизистой оболочки, моторики и тонуса и разработки принципов дифференцированной коррекции.

Установлена частота аномалий развития и положения толстой кишки на базе детского гастроэнтерологического отделения г. Харькова. По результатам ирригографического исследования аномалии развития и положення толстой кишки, как одной из причин хронического запора являються довольно распространенной патологией. По данным проведенного исследования в детском городском гастроэнтерологическом отделении г. Харькова за период 2003-2006 гг. из 389 больных, страдающих хроническим колостазом, у 124 больных (31%) выявлены различного рода аномалии развития и положения толстой кишки. Из них наиболее распространенной аномалией толстой кишки оказалась долихосигма, реже - синдром Пайра или трансверзоптоз и долихоколон.

Проведен сравнительный анализ клинических проявлений у больных, страдающих хроническим колостазом на фоне аномалий развития и положения толстой кишки (органические запоры) и функциональным запором, на основании которого выделены особенности критерий ранней диагностики этих аномалий. Установлено, что для больных с аномалиями развития и положения толстой кишки характерна ранняя манифестация хронического запора, длительное, упорное, прогрессирующее течение. В семьях этих детей наблюдалась значимо высокая отягощенность по заболеваниям кишечника, в частности по хроническому запору. Так, у 51,6% детей основной группы родители и прародители страдали хроническим запором, из них 87,5% - с раннего возраста.

Изучена степень совпадения информативности ректороманоскопического и ирригографического методов по выявлению аномалий развития и положения толстой кишки у детей и определены диагностические ректороманоскопические критерии этих аномалий: расширение просвета кишки, снижение его тонуса, хлопающий звук при выведении ректоскопа из прямой кишки.

Изучено состояние слизистой оболочки толстой кишки у детей при аномалиях ее развития и положения ректороманоскопическим и морфологическим методами исследования. Показано, что хронический колостаз при аномалиях развития и положения толстой кишки у подавляющего большинства больных сопровождается воспалительными изменениями её слизистой оболочки, одним из факторов развития которых являются нарушения микроциркуляции и регионарного кровообращения в стенке кишки вследствие хронического толстокишечного стаза.

Морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки сигмовидной кишки у детей с долихосигмой позволило обнаружить не только признаки развития хронического катарального проктосигмоидита с атрофизацией, но и возможного формирования аутоиммунной агрессии относительно эпителиоцитов, что объясняет частое наличие долихосигмы у больных неспецифическим язвенным колитом. Возможный механизм возникновения дефектов эпителиального покрова СО при долихосигме обоснован и изложен в виде гипотезы.

Определено, что у больных с хроническим колостазом на фоне аномалий развития и положения толстой кишки преобладает гипокинетический и гипотонический типы дисфункции кишечника.

Обоснованы принципы дифференцированной коррекции хронического толстокишечного стаза при аномалиях развития и положения толстой кишки у детей с учетом типа нарушений ее моторной и тонической функций и определена его клиническая эффективность. Установлено, что комплексная терапия, включающая диету, стимуляцию кишечника (амплипульстерапию), массаж живота и ЛФК способствует значительно более быстрой и выраженной нормализации стула, редукции болевого абдоминального, диспепсического синдромов и проявлений хронической неспецифической интоксикации и тем самым препятствует прогрессированию аномалий и улучшает качество жизни.

Ключевые слова: дети, аномалии развития и положения толстой кишки (долихосигма, синдром Пайра, трансверзоптоз, долихоколон), хронический колостаз, толстая кишка, коррекция хронического колостаза.

**ANNOTATION**

Tunzala A. Velieva. Clinical peculiarities and differential correction of chronic colostasis in children with anomaly development and position in the colon. – Manuscript.

Dissertation for the scientific degree of Candidate of Medical sciences on specialty 14.01.10 – Pediatrics. – Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education MN of Ukraine, Kharkov, 2008.

The paper is devoted to problems of improvement diagnosis and treatment of chronic colostasis in children with anomaly development and position in the colon on the basis of complex studying of clinical peculiarities in progress, state of mucous membrane, intestinal movement regulation and elaboration principles of differential correction.

It is settled that the majority of anomalies in the children’s colon is accompanied by chronic colostasis is dolichosigma.

The paper has been shown the peculiarities of clinical progress in chronic colostasis with different anomalies in development and position in the children’s colon and the effectiveness of the diagnosis methods of these anomalies.

Also shown that in the majority of cases chronic colostasis with anomaly development and position in the colon is associated with inflammatory changes of colonic mucosa due to disorders of microcirculation and regional blood circulation in the colon as a result of chronic colostasis.

It is proved morphologically that the quickest development of mucous membrane atrophy of the colon in dolichosigma, it is based on the autoimmunized aggression against epitheliocitis with the development of unspecific uncerous colitis.

It has been defined the type of disorders of intestinal movement regulation and tone with anomaly development and position in the colon.

It has been done and aprobated the concept of differential correction of chronic colostasis anomaly development and position in the colon in children with the type of disorder its motor and tonic function.

Key words: children, anomaly development and position in the colon (dolichosigma, Paira syndrome, transverzoptos, dolicholon), chronic colostasis, colon, differential correction.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>