

ТОНУС И МОТОРИКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ НЕЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ У ДЕТЕЙ

О.Ю. Белоусова

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: дети, толстая кишка, кишечный тонус, кишечная моторика.

Среди хронических заболеваний пищеварительной системы у детей значительное место занимают хронические воспалительные заболевания кишечника, в структуре которых неспецифический язвенный колит (НЯК) и болезнь Крона (БК), которым уделяется основное место в специальной литературе [7, 8], отнюдь не доминируют, значительно уступая по частоте хроническому неспецифическому язвенному колиту (ХННК) [2, 5].

Хронический колит в педиатрической практике известен давно, преимущественно как исход острого инфекционного колита дизентерийной, сальмонеллезной или иной этиологии, однако в последние годы в качестве основного диагноза его выставляют редко. Это связано с увлечением диагнозом «синдром раздраженного кишечника» (СРК). В определенной степени это связано с мнением, что при СРК могут наблюдаться начальные, катаральные, преходящие, обратимые изменения слизистой оболочки (СО) толстой кишки, которые все-таки, по классическим канонам, являются отражением морфологического субстрата воспаления. Кроме того, как показывают морфологические исследования, большинство случаев ХННК у детей имеют атрофический характер и никак не могут быть отнесены к функциональной патологии [2, 4].

Проведенные нами в детском гастроэнтерологическом отделении г. Харькова сопоставления частоты так называемой воспалительной болезни кишечника (НЯК и БК) и ХННК показали превалирование последнего в десятки раз — от 1 : 20 до 1 : 30 (2000—2005 гг.). Безусловно, НЯК и БК принадлежат к наиболее тяжелым патологиям детского возраста, а не только пищеварительной системы, и внимание, уделяемое этим заболеваниям, совершенно оправдано. Однако это не умаляет значимости ХННК, с которым чаще всего приходится сталкиваться как участковым и семейным врачам, так и специалистам-гастроэнтерологам [3].

С позиций современных представлений ХННК рассматривается как клинико-морфологический феномен, характеризующийся свойственными заболеваниями кишечника болевым и диспепсическим синдромами с морфологически определяемыми признаками дистрофии эпителия, уменьшением глубины крипт и развитием лимфоплазматической инфильтрации разной степени [6].

Наряду с воспалительным компонентом при ХННК наблюдаются и двигательные нарушения, которые в значительной степени определяют клиническую симп-

томатику заболевания и нуждаются в дифференцированной коррекции, которая должна учитывать и тонус кишечной стенки — фон, на котором развиваются нарушения моторики. Между тем исследования подобного рода при ХННК у детей проводят чрезвычайно редко, и по большей части они не имеют комплексного характера (изолированно оценивают кинетику, причем достаточно ограниченно) [1].

Цель исследования: комплексная оценка тонуса и двигательной функции толстой кишки при ХННК у детей.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением в детском гастроэнтерологическом отделении Харькова находился 101 ребенок с ХННК: в возрасте до 7 лет — 9, от 7 до 12 — 52; 12—18 лет — 40 детей.

Тщательный анализ клинической картины заболевания показал, что у всех детей основным клиническим синдромом были нарушения стула в виде запора или смены запора неустойчивым стулом. Расстройства стула обычно сопровождались болевыми ощущениями, которые у части больных появлялись или усиливались во время акта дефекации и уменьшались или исчезали после отхождения кала и газов. При пальпации живота отмечалась болевая чувствительность по ходу толстой кишки. У некоторых больных пальпировалась уплотненная, спазмированная и болезненная сигмовидная кишка. Из диспепсических явлений отмечались нарушение аппетита, тошнота, отрыжка пищей или воздухом, метеоризм. У всех больных в различной степени были выражены признаки хронической интоксикации в виде повышенной утомляемости, раздражительности, головной боли.

Диагноз ХННК устанавливали на основании ректороманоскопического и морфологического исследований. Ректороманоскопию проводили в эндоскопическом кабинете базового стационара кафедры педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии ХМАПО, морфологические исследования — на кафедре патологической анатомии ХМАПО.

При эндоскопическом исследовании у всех детей выявлены симптомы катарального или катарально-фолликулярного проктосигмоидита. У 3 детей (2,9%) диагностированы эрозивные изменения толстой кишки. Гистологическое исследование слизистой оболочки толстой кишки, проведенное у 57 детей, подтвердило наличие воспалительных изменений и позволило расшифровать морфологические варианты ХННК: поверхностный, неатрофический колит —

24%, начальный атрофический — у 46%, выраженный атрофический у 30% больных.

Двигательную активность толстой кишки и состояние ее тонуса изучали с помощью аппарата ЭГС 4М по оригинальной методике (авторское свидетельство № 5099 от 15.02.2005 г. «Способ дифференцированной диагностики моторной функции толстой кишки у детей»). Оценивали базальную биоэлектрическую активность (БЭА) натощак и через 30 мин после стандартизированного завтрака и учитывали ее динамику. При этом оценивали следующие параметры:

1) среднюю величину потенциала — средние арифметические суммы величин электрических потенциалов за отрезок времени, соответствующий длительности гармонической составляющей графического изображения. Выражается в микро- или милливольтгах и характеризует величину электрической активности кишечника, которая отражает глубину и силу перистальтических движений;

2) количество максимумов — определяется в каждой гармонической составляющей графического изображения за отрезок времени, соответствующий ее длительности. Увеличение количества максимумов свидетельствует об увеличении «глубоких» перистальтических сокращений;

3) активное время — количество максимумов гармонической составляющей, разделенное на время, соответствующее ее продолжительности и умноженное на 100. Выражается в процентах и характеризует периодичность деятельности пищеварительного канала.

Оценивали не абсолютные показатели БЭА, а увеличение БЭА после стимуляции пищей. По изменению показателей БЭА судили о моторной функции толстой кишки и ее тонуса.

Показателем, отражающим состояние моторной функции толстой кишки, является ΔA (A_2 / A_1). В норме ΔA составляет 1,5—2,0.

Тонус толстой кишки изучали по показателю, отражающему соотношение коэффициентов увеличения

средней амплитуды и количества максимумов (или активного времени): $\Delta A / \Delta F$ (ΔT). В норме этот показатель составляет 1,1—2,0.

Результаты и их обсуждение

Электромиографическое исследование проведено у 101 ребенка с верифицированным диагнозом ХННК.

Нарушение моторной функции толстой кишки выявлено у 89 детей (88,1%). При этом гипокинетическая дискинезия толстой кишки ($\Delta A < 1,5$) отмечалась у 62 детей (70%), в том числе $\Delta A < 0,5$ — у 10 детей (16%); $\Delta A = 0,5—1,0$ — у 28 (45%); $\Delta A = 1,1—1,49$ — 24 детей (39%). Гиперкинетическая дискинезия толстой кишки ($\Delta A > 2,0$) была у 27 детей (30%), в том числе $\Delta A = 2,1—2,5$ — у 11 (40%), $\Delta A = 2,6—3,0$ — у 3 (11%) и $\Delta A > 3,1$ — у 13 детей (49%). Преобладание гипокинетической дискинезии над гиперкинетической статистически достоверно ($P < 0,01$).

Нарушение тонуса толстой кишки выявлено у 73 детей (72%), в том числе гипотоническая дистония ($\Delta A / \Delta F < 1,0$) — у 49 больных (67%), гипертоническая ($\Delta A / \Delta F > 2,0$) — у 24 (33%). Преобладание гипотонической дискинезии статистически достоверно ($P < 0,01$).

Выводы

ХННК сопровождается выраженным нарушением кишечной моторики у большинства детей.

Нарушения кишечной моторики чаще протекают по типу гипокинетической дискинезии, реже — гиперкинетической, что является статистически достоверным. Нарушения тонуса толстой кишки отмечаются у большинства детей и чаще протекают по типу гипотонической дистонии, реже — гипертонической, причем различия статистически значимы. Наиболее частым сочетанием нарушений моторики и тонуса является гипокинетическая дискинезия — гипотоническая дистония. Характер кишечной моторики и тонуса необходимо учитывать при назначении дифференцированной терапии ХННК у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А. Научные и организационные приоритеты в детской гастроэнтерологии // Педиатрия.— 2002.— № 3.— С. 12—18.
2. Белоусов Ю.В., Садчиков В.Д., Белоусова О.Ю. Хронический колит и синдром раздраженной толстой кишки у детей: диагностика и дифференциальная диагностика // Врач. практ.— 2000.— № 3.— С. 59—62.
3. Белоусова О.Ю. Коррекция моторных порушень при хронических заболеваниях кишечника у детей // Перинатол. та педіатр.— 2006.— № 1 (25).— С. 100—101.
4. Белоусова О.Ю. Хронічний коліт та синдром подразненого кишечника у дітей: питання дефініції.— В кн.: нап-

рямки розвитку педіатрії на сучасному етапі. — К., 2003.— С. 183—184.

5. Лукьянова Е.М., Белоусов Ю.В., Денисова М.Ф. Детская гастроэнтерология — проблемы и перспективы // Пробл. мед. науки та освіти.— 2002.— № 3.— С. 5—7.

6. Фролькис А.В. Хронический неспецифический неязвенный колит.— В кн.: Заболевания кишечника.— СПб, 2003.— С. 82—92.

7. Chey W.Y., Hussain A., Ryan C. Infliximab for refractory ulcerative colitis // Am. J. Gastroenterol.— 2001.— 96.— P. 1860—1866.

8. Cornillie F., Chealy D., D'Haens G. Infliximab induces potent antiinflammatory and local immunomodulatory activity but no systemic immune suppression in patients with Crohn's disease // Aliment. Pharmacol Ther.— 2001.— N 15.— P. 463—473.

ТОНУС ТА МОТОРИКА ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ НЕСПЕЦИФІЧНОМУ НЕВИРАЗКОВОМУ КОЛІТІ У ДІТЕЙ

О.Ю. Белоусова

Дослідження товстокишкової моторики та тонусу у дітей, хворих на ХННК, засвідчило, що в більшості хворих ці параметри порушені. Порушення кишкової моторики найчастіше перебігають за типом гіпокінетичної дискінезії, тонусу — гіпотонічної. Характер порушень кишкової моторики та тонусу треба враховувати під час призначення комплексної терапії хворим на ХННК.

MOTILITY AND TONE OF LARGE INTESTINE AT CHRONIC NONSPECIFIC NON-ULCERATIVE COLITIS IN CHILDREN

O.Yu. Belousova

The study of large intestine motility and tone in patients with chronic nonspecific non-ulcerative colitis showed, that these parameters are violated in the majority of pediatric patients. The intestine motility disorders mostly often run like take hypo-kinetic dyskinesia, and tone disorders — as hypotonic dystonia. The character of large intestine tone and motility changes should be taken into account during administration of complex therapy of chronic nonspecific non-ulcerative colitis.