



УДК 616.34-009.74-053.3-07-085

## КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КИШКОВИХ КОЛЬОК У ДІТЕЙ

**Горленко О.М., Дубініна У.Г.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет,  
кафедра дитячих хвороб з дитячими інфекціями, м. Ужгород*

### Вступ

Проблема кишкових кольок у дітей раннього віку привертає увагу не тільки педіатрів, але й неонатологів, гастроентерологів, алергологів. Це зумовлено тим, що у перші три місяці життя більш ніж у 70% дітей відзначають функціональні кишкові кольки.

На сьогоднішній день кишкові кольки являють собою одну з найбільш частих причин переживань батьків щодо здоров'я їхніх малюків. Термін «колька» походить від грецького слова «colicos», що означає біль в товстому кишківнику. В клінічну практику поняття «дитяча кишкова колька» увійшло як «правило трьох», під яким мається на увазі напад неспокою, збудження, подразливості, хникання або плачу у дітей віком трьох тижнів тривалістю три або більше годин на день протягом трьох і більше днів на тиждень упродовж хоча б трьох тижнів (1, 2, 3, 4). Проте в повсякденній практиці не завжди простежується така чітка закономірність. Кишкові кольки спостерігаються у немовлят вже на першому тижні життя, і можуть тривати декілька місяців. Згідно з результатами різних досліджень, частота звернень за медичною допомогою, пов'язаних з дитячими кольками, становить від 70 до 90% (5, 6, 7, 8).

### Мета дослідження

Вивчити клініко-параклінічні ознаки кишкових кольок у дітей раннього віку.

### Матеріали і методи

Нами було відібрано 66 дітей віком від 6 до 66 днів, середній вік становив  $33,52 \pm 3,85$  дня, які поступали на стаціонарне лікування в Івано-Франківську обласну дитячу клінічну лікарню з діагнозом кишкові кольки. У ряді випадків був присутній супутній діагноз ГРВІ ( $18,18 \pm 4,78\%$ ), пієлонефрит ( $6,06 \pm 2,46\%$ ), пневмонія ( $9,09 \pm 3,57\%$ ) синдром підвищеної нервово-рефлекторної

збудливості ( $10,61 \pm 3,82\%$ ), білково-енергетична недостатність ( $13,64 \pm 4,26\%$ ), atopічний дерматит ( $9,09 \pm 3,57\%$ ), синдром мальабсорбції ( $3,03 \pm 2,13\%$ ), анемія 1 ст. ( $3,03 \pm 2,13\%$ ), бульозний дерматит ( $4,55 \pm 2,58\%$ ), жовтяниця ( $4,55 \pm 2,58$ ), кривошия ( $3,03 \pm 2,13\%$ ), перинатальна інфекція ( $3,03 \pm 2,13\%$ ).

На кожного хворого було заведено карту обстеження, в якій зазначено: прізвище, ім'я, по батькові, рік народження, місце проживання, скарги на час поступлення, анамнез захворювання, дані об'єктивного обстеження та лабораторно-інструментальні показники.

Аналіз та обробка отриманих результатів обстеження хворих здійснювалися за допомогою комп'ютерної системи Microsoft Excel 7.0, статистичного пакета програми Statistica 6.0. Розподіл параметричних критеріїв у групах оцінювався на нормальність розподілу кількісних показників за допомогою критерію Шапіро-Вілкса. У випадку нормального розподілу описова статистика включала визначення середнього значення та його похибки. Порівняння двох незалежних груп по одній ознаці здійснювалося з використанням t-критерію (Ст'юдента) для незалежних вибірок. Відносні величини в межах груп оцінювалися з визначенням  $\omega$ -функції за таблицями Мак-Немара та Йетса.

### Результати досліджень

У дослідній групі налічувалися 32 хлопчики ( $48,48 \pm 6,20$ ) і 34 дівчаток ( $51,52 \pm 6,20$ ). Мешканців села і міста було порівну – по 33 дітей. Маса тіла при народженні дітей складала  $3214, 50 \pm 84,57$  г, на момент огляду –  $3785,24 \pm 151,94$ . На момент огляду стан дітей оцінювався таким чином:

Відносно задовільний	2 ( $3,03 \pm 2,13\%$ )
Середньо-важкий	37 ( $56,06 \pm 6,16\%$ )
Важкий	27 ( $40,91 \pm 6,10\%$ )



Таблиця 1

## Супутні діагнози у досліджуваного контингенту

Параметри	Показники
	Абс (%), М±m, (n=66)
ГРВІ	12 (18,18±4,78)
Пієлонефрит	4 (6,06±2,46)
Жовтяниця	3 (4,55±2,58)
Пневмонія	6 (9,09±3,57)
Синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості	7 (10,61±3,82)
Білково-енергетична недостатність	9 (13,64±4,26)
Атопічний дерматит	6 (9,09±3,57)
Перинатальна інфекція	2 (3,03±2,13)
Кривошия	2 (3,03±2,13)
Синдром мальабсорбції	2 (3,03±2,13)
Анемія 1 ст	3 (4,55±2,58)
Бульозний дерматит	3 (4,55±2,58)
Синдром рухових розладів	3 (4,55±2,58)

За даними таблиці переважала така супутня патологія у дітей з кольками: ГРВІ – 2 (18,18±4,78), білково-енергетична недостатність – 9 (13,64±4,26), пневмонія – 6 (9,09±3,57),

атопічний дерматит – 6 (9,09±3,57). Характеристика клінічної презентації симптомів представлена в таблиці 2.

Таблиця 2

## Клінічні параметри кишкових кольок у дітей

Параметри	Абс, %, М±m, (n=66)
Неспокій	66 (100)
Різкий крик	4 (6,06±2,46)
Слабкість	7 (10,61±3,82)
Часті зригування	59 (89,39±3,82)
Період блювота	4 (6,06±2,46)
Метеоризм	66 (100)
Підвищ. температури	2 (3,03±2,13)
Блювота	3 (4,55±2,58)
Відмова від грудей	2 (3,03±2,13)
Кольки	2 (3,03±2,13)
Утруднене дихання	12 (18,18±4,78)
Діарея	2 (3,03±2,13)

Усі діти поступали на стаціонарне лікування зі скаргами на виражений неспокій та ме-

теоризм (100%). У 59 дітей (89,39±3,82%) спостерігалися часті зригування. Крім того, були



скарги на різкий крик у 4 (6,06±2,46%) дітей, в'ялість у 7 (10,61±3,82%) дітей, періодична блювота у 4 (6,06±2,46%) дітей, підвищення температури тіла у 2 (3,03±2,13%) дітей, відмова від грудей у 2 (3,03±2,13%) дітей, утруднене дихання у 12 (18,18±4,78%) дітей (усі діти з проявами ГРВІ) та діарея у 2 (3,03±2,13%) дітей. За результатами лабораторних методів дослідження анемія легкого ступеня відзначалася у 2 (3,03±2,13%) дітей.

Загальний аналіз сечі у 62 дітей (95,45±2,58) був в межах норми. У 3 дітей (4,55±2,58 %) спостерігались помірна лейко-

цитурія (8-10 лейк в полі зору), сліди білка в сечі.

Дослідження групи крові проводилося у 48 дітей: у 21 (43,75±7,24%) дитини – I (0) група крові, у 11 (22,92±6,13%) дітей – II (A) група крові, 9 (18,75±5,69%) дітей мали III (B) групу крові і 7 (14,58±5,15%) дітей мали IV (AB) групу крові. Всі діти з досліджених (n=66) були серопозитивними за резус-фактором – Rh (+). Було проведено аналіз мінерального обміну у дітей з діагнозом кишковий кольки (табл. 3).

Таблиця 3

### Мінеральний обмін у дітей із кишковими кольками

Параметри	Досліджувана група, М±m (n=48)	Контрольна група, М±m (n=26)
Калій (ммоль/л)	5,12±0,18	4,42±0,33
Натрій (ммоль/л)	136,82±0,51	138,82±0,51
Хлор (ммоль/л)	99,65±1,09	94,40±0,4
Кальцій (ммоль/л)	2,32±0,11	2,25±0,12
Фосфор (ммоль/л)	52,33±6,02	50,21±5,16

Дослідження електролітів крові проводилося у 48 дітей, з них у 1 (4,1%) дитини відзначалася гіперкаліємія, та у 2 (8,3%) дітей – понижений рівень хлору. У решти дітей рівень

електролітів крові був у межах норми. Інтерпретація біохімічних маркерів представлена в таблиці 4.

Таблиця 4

### Біохімічний аналіз сироватки крові у дітей із кольками

Параметри	Досліджувана група, (n=56), М±m	Контрольна група (n=30), М±m
Загальний білок (г/л)	60,09±1,18	74,±0,97
Загальний білірубін (ммоль/л)	53,97±16,04	69,05±17,12
Прямий білірубін (ммоль/л)	6,67±0,90	9,41±0,90
Непрямий білірубін (ммоль/л)	47,44±5,75	59,54±12,08
Альбуміни (ммоль/л)	41,31±0,43	42,20±0,66
АЛТ	1,33±0,11	0,89±0,15
АСТ	0,90±0,02	0,76±0,11
Сечовина (ммоль/л)	5,25±0,30	3,77±0,52
Креатинін (ммоль/л)	78,38±4,43 *	56,82±7,11
Глюкоза (ммоль/л)	5,29±0,18	4,31±0,38

Примітка: \*P<0,01.

При інтерпретації біохімічного аналізу крові вміст загального білка в усіх дітей був в межах референтних величин. У 44 (80,33%)

дітей відзначалася гіпербілірубінемія. Рівень АЛТ був підвищений у 26 дітей, що становило 41%, у 28 (50%) дітей був підвищений рівень



АСТ. У 6 (4,16%) дітей виявлено підвищений рівень сечовини в крові. У 12 дітей, що становило 21,33% від усіх обстежуваних, спостерігався

знижений рівень глюкози крові. Ми також досліджували імунологічний статус у дітей.

Таблиця 5

**Імунний статус у дітей із кишковими кольками**

Параметри	Досліджувана група (n=56) M±m	Контрольна група (n=30) M±m
Ig A (0,7-4 g/l)	0,45±0,05*	2,12±0,23
Ig G (7-16 g/l)	10,98±0,02*	6,60±0,17
Ig M (0,4-2,4 g/l)	0,54±0,05	0,76±0,05
Комплемент "С3"(0,9-2,7МО)	0,71±0,07	1,64±0,18
Антитрипсин (1,1-2,3 г/л)	1,51±0,10	1,82±0,1
ІЛ-4 (0-4МО)	1,25±0,24	1,25±0,17
ІЛ-8 (0-10МО)	34,87±5,47**	7,18±0,38
ФНП-α (0-5,9 пг/мл) МО	18,68±1,42**	4,96±0,28
АТ до еластази (1-10 g/l)	56,07±7,94**	7,16±0,39

Примітка: \*P<0,01, \*\*P<0,001,

Імунологічне дослідження крові проводилося у 56 дітей, з них у 48 (85,71%) дітей відзначався знижений рівень IgA. Рівень IgG у 40 (71,42%) дітей був у межах норми, у 8 (14,28%) дітей – підвищений і у 8 (14,28%) дітей – знижений. Рівень Ig M був знижений у 20 (35,71%) дітей, у решти – нормальний. Зниження рівня комплементу С3 відзначалося у 36 (64,29%) дітей. У 56 дітей було проведено дослідження інтерлейкінів 4 та 8. У більшості дітей ІЛ4 був у межах норми, лише у 4 дітей, що становило 7,14%, рівень ІЛ4 був підвищений. Рівень ІЛ8 був підвищений у 40 дітей, що становило 71,42% досліджуваних. Фактор некрозу пухлин був знижений у 4 (7,14%) дітей, у решти – в межах норми. Також дітям проводилося визначення рівня антитрипсину крові та рівня антитіл до еластази (n=56). Рівень антитрипсину був знижений у 12 (21,43%) дітей, тоді як рівень антитіл до еластази був різко підвищений у всіх 56 (100%) дітей.

**Висновки**

У дітей із діагнозом кишкові кольки переважала така супутня патологія: ГРВІ – 2

(18,18±4,78), білково-енергетична недостатність – 9 (13,64±4,26), пневмонія – 6 (9,09±3,57), atopічний дерматит – 6 (9,09±3,57). Усі діти поступали на стаціонарне лікування зі скаргами на виражений неспокій та метеоризм (100%). У 59 дітей (89,39±3,82%) відзначалися часті зригування. Крім того були відмічені скарги на різкий крик у 4 (6,06±2,46%) дітей, в'ялість у 7 (10,61±3,82%) дітей, періодична блювота у 4 (6,06±2,46%) дітей, підвищення температури тіла у 2 (3,03±2,13%) дітей, відмова від грудей у 2 (3,03±2,13%) дітей, утруднене дихання у 12 (18,18±4,78%) дітей (усі діти з проявами ГРВІ) та діарея у 2 (3,03±2,13%) дітей. При інтерпретації біохімічного аналізу крові рівень загального білка в усіх дітей був у межах референтних величин, у 44 (33,33%) дітей відзначалася гіпербілірубінемія. Рівень АЛТ був підвищений у 26 дітей, що становило 41%, у 28 (50%) дітей був підвищений рівень АСТ. У 6 (4,16%) дітей відзначався підвищений рівень сечовини в крові. Рівень антитрипсину був знижений у 12 (21,43%) дітей, тоді як рівень антитіл до еластази був різко підвищений у всіх 56 (100%) дітей.



**Резюме.** У дітей із діагнозом кишкові кольки переважала така супутня патологія: ГРВІ – 2 (18,18±4,78), білково-енергетична недостатність – 9(13,64±4,26), пневмонія – 6 (9,09±3,57), atopічний дерматит – 6 (9,09±3,57). Усі діти поступали на стаціонарне лікування зі скаргами на виражений неспокій та метеоризм (100%). У 59 дітей (89,39±3,82%) відзначалися часті зригування. У 44 (80,33%) дітей простежувалася гіпербілірубінемія. Рівень АЛТ був підвищений у 26 дітей, що становило 41%, у 28 (50%) дітей був підвищений рівень АСТ. Рівень ІЛ8 був підвищений у 40 дітей, що становило 71,42% досліджуваних. Рівень антитіл до еластази був різко підвищений у всіх 56 (100%) дітей.

**Ключові слова:** діти, кишкові кольки, клініко-параклінічна дані

### Clinical and paraclinical characteristics of intestinal colic in children

*Horlenko O.M., Dubinina U.G.*

**Summary.** The data of investigated children's contingent with intestinal colic prevailed by following comorbidities: SARS - 2 (18,18 ± 4,78), protein-energy malnutrition - 9 (13,64 ± 4,26), pneumonia-6 (9,09 ± 3 57), atopic dermatitis-6 (9,09 ± 3,57). All children have a next complaints: flatulence (100%), in the 59 children (89,39 ± 3,82%) were identified frequent regurgitation, in the 44 (80.33%) - hyperbilirubinemia. ALT levels were elevated in 26 children( 41%) and 28 (50%) children had increased levels of AST. IL8 level were elevated in the 40 children ( 71.42%) The level of antibodies to elastase was greatly increased in all 56 (100%) children

**Key words:** children, intestinal colic, clinical and paraclinical data

### ЛІТЕРАТУРА

1. Анастасевич Л. А. Кишечные колики у детей раннего возраста: причины, диагностика, лечение / Л. А. Анастасевич // Рус. мед. журнал. – 2006. – № 3. – С. 154–156.
2. Белоусов Ю. В. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей / Ю.В. Белоусов, О.Ю. Белоусова. – Харьков : ИД «ИНЖЭК», 2005. – 252 с.
3. Белоусова О. Ю. Абдоминальный синдром у детей: принципы диагностики и терапии / О.Ю. Белоусова // Семейна медицина. – 2009. – № 2. – С. 44–47.
4. Бердникова Е. К. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста / Е.К. Бердникова, Е.С. Кешишян // Рус. мед. журнал. – 2006. – Т. 14, № 19. – С. 1397–1400.
5. Влияние обогащенной галактоолигосахаридами молочной смеси на кишечную микрофлору и ферментацию у доношенных детей / Бен Сяо Минг, Ю. Жу Сяо, Жао Вей [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – № 5. – С. 25–29.
6. Водилова О. В. Лактазная недостаточность у детей первого года жизни / О.В. Водилова, М.М. Гаппаров, Г.В. Никольская // Вопросы питания. – 2003. – № 1. – С. 10–13.
7. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler / P. E. Hyman, P. J. Milla, M. A. Benninga MA [et al.] // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130, № 5. – P. 1519–1526.
8. Roberts D. M. Infantile colic / D.M. Roberts, M. Ostapchuk, J.G. O'Brien // Am. Fam. Physician. – 2004. – Vol. 70, № 4. – P. 735–740.