Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

УДК 616.3-008.14.351:352.611.35-036.86.009.613.7

В.Ф. Рибальченко[1,2], В.Г. Козачук[1,2], І.Г. Рибальченко[3], Т.В. Тараненко[1,2]

Клінічні та діагностичні особливості порушень спорожнення кишечника в дітей з урахуванням проктогенного болю на тлі набутої патології анального каналу і прямої кишки та їх лікування

[1]Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

[2]КНП «Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1», Україна

[3]ПВНЗ «Київський медичний університет», Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2026). 1(153): 103-118; doi 10.15574/SP.2026.1(153).103118

For citation: Rybalchenko VF, Kozachuk VG, Rybalchenko IG, Taranenko TV. (2026). Clinical and diagnostic features of bowel emptying disorders in children, taking into account proctogenic pain against the background of acquired pathology of the anal canal and rectum and their treatment. Modern Pediatrics. Ukraine. 1(153): 103-118. doi: 10.15574/SP.2026.1(153).103118.

Мета – дослідити порушення спорожнення кишечника в дітей із набутою патологією анального каналу та прямої кишки з урахуванням проктогенного болю; обґрунтувати підходи до комплексного діагностування і лікування цих порушень.

Матеріали і методи. До дослідження залучено 286 хворих дітей із порушеннями спорожнення кишечника на тлі набутої патології аноректальної ділянки, встановленої під час обстеження: проктит – у 51 (17,83%), геморой – у 125 (43,71%), анальна тріщина – у 67 (23,43%), криптит – у 43 (15,03%). Хлопчиків було 141 (49,30%), дівчаток – 145 (50,70%).

Результати. Встановлено чіткі вікові особливості захворюваності з піком у групі 4–9 років (28,67%). Виявлено, що порушення спорожнення кишечника в дітей проявляються формуванням патологічних стереотипів дефекації, зокрема, спорожнення в памперс (17,48%), каломазання (15,38%) і дефекації в некомфортних умовах (13,64%), що свідчить про значний вплив проктогенного болю. Доведено, що проктогенний біль є провідним клінічним синдромом і спостерігається у 85,32% пацієнтів, при цьому переважає інтенсивний біль під час дефекації (44,75%), а нестерпний біль для анальної тріщини (18,88%) і прихований біль (21,69%). Відзначено, що в дітей формується негативне ставлення до огляду: виражений негатив до огляду – у 27,27% випадків, до обговорення закрепу – у 20,27%, каломазання – у 13,64%, тоді як адекватне сприйняття ситуації спостерігається лише в 17,83% пацієнтів.

Висновки. Порушення спорожнення кишечника супроводжуються формуванням патологічних поведінкових стереотипів: спорожнення в памперс (17,48%), каломазання (15,38%) і дефекація у некомфортних умовах (13,64%). Проктогенний біль є провідним синдромом (85,32%) з домінуванням інтенсивного болю (44,75%) і нестерпного болю при анальній тріщині (18,88%), разом із негативним ставленням до огляду (27,27%) та обговоренням проблем (20,27%) формує замкнене коло «біль – страх – уникнення дефекації – прогресування патології», що визначає необхідність комплексного підходу до лікування. Консервативні методи лікування мали добрі результати у 98,95%, а хірургічне лікування провели у 1,05% пацієнтів із гемороєм.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків або опікунів дітей.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: діти, закреп, проктит, геморой, анальна тріщина, криптит, діагностування, лікування, профілактика.

Clinical and diagnostic features of bowel emptying disorders in children, taking into account proctogenic pain against the background of acquired pathology of the anal canal and rectum and their treatment

V.F. Rybalchenko[1,2], V.G. Kozachuk[1,2], I.G. Rybalchenko[3], T.V. Taranenko[1,2]

[1]Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

[2]KNP «Kyiv City Children's Clinical Hospital No. 1», Ukraine

[3]PHEI «Kyiv Medical University», Ukraine

Aim – is to investigate bowel emptying disorders in children with acquired pathology of the anal canal and rectum, taking into account proctogenic pain, and to substantiate approaches to their comprehensive diagnosis and treatment.

Material and methods. The study included 286 sick children who had bowel emptying disorders against the background of acquired pathology of the anorectal region, which was established during the examination: proctitis in 51 (17.83%), hemorrhoids in 125 (43.71%), anal fissure in 67 (23.43%) and cryptitis in 43 (15.03%). There were 141 boys (49.30%), girls 145 (50.70%).

Results. The studies have established clear age-related characteristics of the incidence with a peak in the group of 4–9 years (28.67%). It was established that bowel emptying disorders in children are manifested by the formation of pathological stereotypes of defecation, in particular, defecation in a diaper (17.48%), feces smearing (15.38%) and defecation in uncomfortable conditions (13.64%), which indicates a significant influence of proctogenic pain. It is proven that proctogenic pain is the leading clinical syndrome and is observed in 85.32% of patients, with intense pain during defecation prevailing (44.75%), and unbearable pain for anal fissure (18.88%) and hidden pain (21.69%). It was found that children develop a negative attitude towards the examination: pronounced negativity towards the examination was noted in 27.27% of cases, towards discussion of constipation – in 20.27%, and smearing – in 13.64%, while adequate perception of the situation is observed only in 17.83% of patients.

Conclusions. Violations of bowel emptying are accompanied by the formation of pathological behavioral stereotypes: emptying into a diaper (17.48%), smearing (15.38%) and defecation in uncomfortable conditions (13.64%). Proctogenic pain is the leading syndrome (85.32%), with a predominance of intense pain (44.75%) and unbearable pain with anal fissure (18.88%), and together with a negative attitude to the examination (27.27%) and discussion of problems (20.27%) forms a vicious circle of «pain – fear – avoidance of defecation – progression of pathology», which determines the need for a comprehensive approach to treatment. Conservative treatment methods had good results in 98.95%, and surgical treatment was performed in 1.05% patients with hemorrhoids.

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The informed consent of the patients was obtained for conducting the studies.
No conflict of interests was declared by the authors.
Keywords: children, constipation, proctitis, hemorrhoids, anal fissure, cryptitis, diagnosis, treatment, prevention.

Фізіологічне спорожнення кишечника в дітей – це нормальний природний процес випорожнення, який не викликає в дитини дискомфорту, болю, страху або інших негативних симптомів і має бути регулярним, а калові маси – м'якими, кашкоподібними без домішок крові, слизу або піни. Натомість набуті захворювання анального каналу та прямої кишки слугують причиною спочатку некомфортного, а потім болісного спорожнення, а в подальшому – страху перед спорожненням, як наслідок, – зменшення кількості нормальних випорожнень і виведення твердого калу з відчуттям неповного випорожнення [3].

За відсутності набутих захворювань анального каналу та прямої кишки функціональний закреп (ФЗ), за даними D.L. Tran та P. Sintusek (2023), вважається найпоширенішим функціональним шлунково-кишковим розладом у дітей із сукупною глобальною поширеністю 14,4% (95% довірчий інтервал (ДІ): 11,2–17,6) у встановленні діагнозу на основі Римських критеріїв IV. Його патофізіологічні механізми вважаються багатофакторними і складними, що призводить до труднощів у лікуванні. За континентами, в Африці спостерігається найвищий рівень поширеності закрепів (31,4%), далі – Америка (12,1%; 95% ДІ: 9,1–15,1), Європа (8,3%; 95% ДІ: 3,7–12,9) та Азія (6,2%; 95% ДІ: 1,3–11) [45].

За даними Samina Khan Bashir та співавт. (2024) і D.S. Hyams та співавт. (2016), етіологію закрепу поділяють на органічні та функціональні причини, на які припадає відповідно 10% і 90% [6,19]. Натомість у публікації F. Fedele та співавт. (2024) вказано, що органічної причини закрепу не виявлено у 95% дітей, що визначає «так званий» хронічний ФЗ, а рівень поширеності коливається в межах 0,7–29,6% із медіаною 12% [15].

Набуті недуги анального каналу і прямої кишки з причини дискомфорту та абдомінального і проктогенного болю призводять до закрепів, а частка їх відносно недуг не акцентується в більшості публікацій. У дослідженні D. Docter та співавт. (2025) зазначено, що геморой у дітей може бути спричинений тривалим сидінням і напруженням під час спорожнення на тлі дискомфорту (болі), а також незбалансованим харчуванням [11], а в дослідженні R. Jamshidi (2018) вказано, що причиною геморою в дітей є хронічний закреп унаслідок напруження під час дефекації або просто звичного тривалого сидіння на унітазі [21]. Анальні тріщини є поширеними ускладненнями закрепу в дітей. У публікаціях В.С. Коноплицького (2015) та Jamshidi R (2018) відзначено, що спорожнення великого, твердого калу може буквально розірвати анодерму та призвести до утворення тріщини. Кал, потрапляючи в тріщину, викликає печію, що призводить до спазму сфінктерів і прогресування закрепу. За наявності тріщини спорожнення кишечника є болісним, і біль посилюється під час дефекації, як наслідок – неповне спорожнення та прогресування закрепів – страх перед спорожненням [21,24]. Натомість у публікації M. Meseeha та співавт. (2025) вказано, що аноректальні симптоми з проктогенним болем під час спорожнення характерні для проктиту та криптиту, що призводить до затримки спорожнення з розвитком закрепів [30]. Наступна публікація звертає увагу на багатовекторні чинники виникнення анального болю в дітей, такі як закреп, погана гігієна або зараження гостриками тощо. У публікації зазначено, що анус є однією з чутливих ділянок тіла, тому батькам потрібно розуміти причини, коли в дитини виникає анальний біль, щоб вжити відповідних заходів. Також визначено, що однією з поширених причин болю в анальному отворі в дітей є зараження гостриками [46].

Актуальність проблеми влучно визначена в роботі Y. Pan та F.Y. Jiao (2025), де вказано, що ФЗ є найпоширенішим шлунково-кишковим розладом серед дітей із глобальним рівнем поширеності 14,4% і згідно з Римськими критеріями IV. Поміж тим цей стан створює значні проблеми не лише через свою багатогранну патофізіологію, але й через психологічні та соціальні наслідки для дітей та їхніх сімей. Звісно, вплив ФЗ виходить за рамки фізичного дискомфорту, впливаючи на якість життя дітей, їхню успішність і соціальну взаємодію. Крім того, діагностування і лікування порушень спорожнення кишечника та ФЗ залишаються складними через перетин симптомів з іншими розладами, обмеження в проведенні діагностичних та інструмен-

тальних методів верифікації недуги та багатофакторну природу недуги [34].

Отже, вищевикладені дані вказують на актуальність проблеми раннього діагностування порушень спорожнення кишечника (закрепів) у дітей на тлі проктогенного болю (явного чи скритого) з метою попередження виникнення набутих захворювань анального каналу і прямої кишки та їх вчасне лікування і профілактику для поліпшення якості життя пацієнтів. Поміж тим, за даними літератури, є дані стосовно явного проктогенного болю при анальній тріщині та геморої, але дані про прихований біль із проявами нефізіологічної (стоячи чи іншого положення) пози спорожнення практично відсутні. На сьогодні, за даними літератури, немає класифікації проктогенного болю в дітей різних вікових груп, що також вказує на актуальність дослідження. Прискіпливе дослідження анамнезу кожного пацієнта та персональний контакт із дитиною і батьками дав змогу провести це дослідження.

Мета роботи – дослідити порушення спорожнення кишечника в дітей із набутою патологією анального каналу та прямої кишки з урахуванням проктогенного болю; обґрунтувати підходи до комплексного діагностування і лікування цих порушень.

Матеріали і методи дослідження

До дослідження залучено 286 пацієнтів із порушенням спорожнення кишечника та різного ступеня проктогенним болем, які проходили амбулаторне і стаціонарне лікування в КНП «Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1».

До дослідження не залучено пацієнтів із закрепами на тлі вроджених вад розвитку товстого кишечника та аноректальних вад розвитку, із поліпами та поліпозом кишечника, а також пацієнтів після оперативного лікування цих недуг. До дослідження також не увійшли пацієнти із ФЗ без набутої патології аноректальної ділянки.

У таблиці 1 наведено кількісну характеристику хворих залежно від етіологічного чинника розвитку недуги.

Основним принципом залучення пацієнтів до дослідження був проктогенний біль на тлі порушень спорожнення кишечника з набутою патологією аноректальної ділянки, встановленою під час обстеження. Проктогенний біль і, як наслідок, порушення повноцінного спорожнення кишечника відзначено в 51 (17,83%) хворого з проктитом, у 125 (43,71%) – з гемороєм, у 67 (23,43%) – з анальною тріщиною, у 43 (15,03%) – із криптитом, що були провідними проявами та відсутності ефекту лікування на першому етапі. Хлопчиків було 141 (49,30%), дівчаток – 145 (50,70%).

Наявність проктогенного болю під час спорожнення потребувала повноцінного обстеження, насамперед для спростування вродженої патології анального каналу та прямої кишки (основної причини порушення спорожнення – закрепів). Проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження: загальний аналіз крові та сечі, огляд перианальної ділянки, копрологічне дослідження з посівом на патогенну флору, гриби і глистяну інвазію. Усім пацієнтам виконано візуальний огляд ануса і визначено локалізацію, проведено ендоскопічне обстеження: аноскопію – 73 (25,52%), ректороманоскопію – 213 (74,48%). Проведено пальцеве ректальне дослідження 126 (44,05%) хворим старшого віку. Виконано ультразвукове дослідження (УЗД) черевної порожнини усім пацієнтам. Проведено електрокардіографію (ЕКГ) 137 (47,90%), ехокардіогафію (ЕХОКГ) – 57 (19,93%), оглядову рентгенографію органів черевної порожнини – 94 (32,87%), іригографію – 45 (15,73%), дефекографію – 37 (12,94%). Фотографії про спорожнення дітей проведені батьками – 18 (6,29%). Вищевказаними методами спростовано не тільки вроджену патологію анального каналу та прямої кишки у всіх пацієнтів, але й наслідки проведених операцій.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків або опікунів дітей.

Результати дослідження та їх обговорення

Враховуючи анамнез недуги, а також відсутність ефекту від консервативних заходів, проведено комплекс діагностичних заходів для з'ясування причини і встановлення першопричини відсутності ефекту комплексного лікування. Тому з урахуванням інформативності, безпечності та індивідуалізованого психологічного стану побудовано етапність верифікації недуги.

На першому етапі з'ясовано тонкощі анамнезу недуги (насамперед процес спорожнення), режиму дня та буденного життя і якісного складу продуктів харчування, а також причину відсутності

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

Таблиця 1

Віковий і кількісний склад пацієнтів у групах дослідження

Вік пацієнтів	Група дослідження									
	криптит (n=43)		анальна тріщина (n=67)		проктит (n=51)		геморой (n=125)		усього (n=286)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 1 року	2	0,70	12	4,19	5	1,75	10	3,50	29	10,14
1–3 роки	5	1,75	18	6,29	9	3,15	17	5,94	49	17,13
4–9 років	15	5,24	24	8,39	11	3,85	32	11,19	82	28,67
10–14 років	9	3,14	5	1,75	14	4.90	31	10,84	59	20,63
15–18 років	12	4,19	8	2,80	12	4,19	35	12,25	67	23,43

ефекту від консервативних заходів лікування. Враховано також проктогенний біль (явний чи прихований) до, під час або після спорожнення. До прихованого проктогенного болю віднесено випадки використання памперсу в дітей старшого віку, нетипове місце (кімната) і своєрідну (нетипову, інколи стоячи) позу спорожнення, у якій за рахунок неповного розведення сідниць мінімізовано анальний біль або дискомфорт.

Попри відсутність класифікації проктогенного болю в дітей і враховуючи дослідження, прояв поділено на три групи: гострий нестерпний дефекаційний біль, який появляється під час спорожнення (коли кал потрапляє в тріщину) і зберігається після спорожнення, допоки не вимити кал із тріщини (свіжі тріщини); гострий дефекаційний біль, який появляється під час спорожнення та самостійно минає після спорожнення; прихований (епізодичний/функціональний) біль, коли гримаса на обличчі вказує на біль, дитина шукає адекватне нетипове місце та нефізіологічну позу для спорожнення.

На наступному етапі проведено клініко-лабораторного дослідження крові та сечі, а також копрологічне дослідження калу. Обговорюваним питанням були доцільність і необхідність проведення УЗД черевної порожнини, а також дослідження прямої кишки (розміри та стан слизової оболонки) до спорожнення і після для з'ясування наявності або відсутності повноцінного спорожнення. Наявність калу в прямій кишці після спорожнення (з урахуванням розмірів до спорожнення) за відсутності позиву до спорожнення вказувала на закреп.

На завершальному етапі проведено візуальне обстеження перианальної ділянки, а також аноскопію та ректороманоскопію, що і слугувало підґрунтями до поділу на групи залежно від етіології недуги. Ректальне (пальцьове) дослідження у 100% вказує на адекватне спорожнення або його відсутність. Натомість емоційний і психічний стан у частини дітей не дозволяв його проводити, а тому застосовано УЗД до і після спорожнення.

За даними таблиці 1, у структурі набутої патології анального каналу та прямої кишки в дітей домінував геморой (43,71%), тоді як сумарна частка запальних уражень (проктит (17,83%) + криптит (15,03%) становила 32,86%, що засвідчило значну роль запального компонента у формуванні клінічної симптоматики, а анальна тріщина (23,43%) траплялася значно рідше. Встановлено, що пік захворюваності припадав на вік 4–9 років (28,67%), що може вказувати критичний період формування порушень дефекації у дітей. У старших вікових групах (10–18 років) зберігалася висока частота патології (20,63–23,43%), тоді як у дітей раннього віку (до 3 років) вона була значно нижчою (10,14–17,13%).

Для реалізації мети дослідження комплексно оцінено клінічні та поведінкові аспекти порушень спорожнення кишечника в дітей. Проаналізовано характер дефекації (фізіологічний або патологічний), ставлення пацієнтів до клінічного огляду та обговорення делікатних питань, а також сприйняття процесу дефекації. Окрему увагу приділено вивченню ступеня і характеру проктогенного болю залежно від нозології й тривалості лікування.

Досліджуючи анамнестичні дані та аналізуючи процес спорожнення кишечника в групах дослідження, встановлено, що, за інформацією батьків, у 50 (17,48%) із 286 дітей віком до 3 років використовували памперси постійно, а після 3 років – у 29 (10,14%) періодично вдень і на ніч, із яких у 23 (8,04%) були нічні спорожнення в памперс. Нетипове місце (у кутках кімнат за диванами) і своєрідна (нетипова) поза спорожнення для зменшення проктогенного болю відзначалися у 29 (10,14%) пацієнтів. Нетипова поза – це поза, коли дитина присідала з напівповоротом для зменшення болю і більш-менш (за висловлюван-

Таблиця 2

Види спорожнення кишечника в групах дослідження

Вид спорожнення пацієнтів	Група дослідження									
	криптит (n=43)		анальна тріщина (n=67)		проктит (n=51)		геморой (n=125)		усього (n=286)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Спорожнення в памперс	5	1,75	22	7,69	7	2,45	16	5,59	50	17,48
Нетипове місце та своєрідна (нетипова) поза (прихований біль)	6	2,09	5	1,75	6	2,09	12	4,21	29	10,14
Спорожнення стоячи (прихований біль)	4	1,41	6	2,09	5	1,75	10	3,49	25	8,74
Утримування спорожнення	4	1,41	3	1,05	3	1,05	13	4.53	23	8,04
Некомфортні умови спорожнення	7	2,45	9	3,15	6	2,09	17	5,95	39	13,64
Допомога в спорожненні – масаж живота	3	1,05	4	1,41	6	2,09	14	4,90	27	9,45
Каломазання на тлі закрепу	8	2,80	12	4,19	9	3,15	15	5,24	44	15,38
Повне розуміння проблеми щоденного спорожнення	6	2,09	6	2,09	9	3,15	28	9,80	49	17,13

нями) спорожнювалась. Натомість спорожнювалися стоячи 25 (8,74%) пацієнтів, що можна пояснити відсутністю проктогенного болю під час спорожнення стоячи (оскільки сідниці практично не розводяться). На некомфортні умови спорожнення вказували 39 (13,64%) пацієнтів, а до неналежних умов відносили високий унітаз, неадекватну загальну вбиральню в школі чи інших установах, у тому числі вуличні вбиральні. Поміж тим із 39 пацієнтів, які вказували на некомфортні умови спорожнення, 19 (6,64%) дітей відзначали як явний, так і прихований проктогенний біль, що потребувало спорожнення в нестандартних позах. На думку більшості зрілих пацієнтів, вищевказані чинники слугували причиною затримки випорожнень у загальних вбиральнях у 23 (8,04%) пацієнтів і намір спорожнитися вдома. Натомість з цього приводу у 44 (15,38%) дітей були різні ступені каломазання, які здебільшого були пов'язані з відволіканням грою на комп'ютері. Допомагали спорожнитися – масаж живота – 27 (9,45%) пацієнтам. Власні дослідження показали, що більшість (237 (82,87%) дітей) негативно ставилися до обговорення проблеми спорожнення кишечника, тільки 49 (17,13%) із 149 (52,09%) пацієнтів віком 7–18 років повністю усвідомлювали проблему і погоджувалися на різні варіанти для досягнення повного здоров'я. У таблиці 2 наведено кількісний склад пацієнтів у групах дослідження та види спорожнень кишечника. За отриманими даними, проктогенний біль суттєво впливав на формування патологічних моделей поведінки під час дефекації в дітей, що проявлялося уникненням фізіологічного акту спорожнення (17,48% – дефекація в памперс; 10,14% – нетипова поза; 8,74% – дефекація стоячи) і розвитком вторинних ускладнень, зокрема каломазання (15,38%).

У подальшому оцінено ставлення пацієнтів до клінічного огляду та обговорення делікатних питань. Загальновідомо, що адекватне, патогенетичне лікування має на меті встановити правильний етіологічний чинник розвитку недуги. Поміж тим верифікація полягає в огляді перианальної ділянки та в проведенні аноскопії й ректороманоскопії. Дослідженнями встановлено, що тільки 51 (34,23%) із 149 (52,09%) пацієнтів віком 7–18 років адекватно ставилися до огляду перианальної ділянки та не мали негативної реакції. Спілкуючись і обстежуючи пацієнтів як раннього, так і підліткового віку, доцільно пам'ятати, що спілкування та огляд можуть супроводжуватися такими реакціями, як негативізм, впертість, норовливість, свавілля, протест-бунт, знецінення, прагнення деспотизму. Власними дослідженнями встановлено, що негативну реакцію на огляд перианальної області виявлено в 111 (38,81%) пацієнтів, із яких у 33 (11,54%) дітей віком 2,5–3,5 року та у 78 (27,27%) пацієнтів віком 3,5–16 років. Проте негативну реакцію на огляд перианальної ділянки відзначено в частини дітей віком від 6 місяців до 2,5 року у 27 (9,45%) пацієнтів. Особливості психоемоційного стану вказували на негативну реакцію під час обговорення

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

Таблиця 3

Ставлення пацієнтів до огляду і процес спілкування на делікатні теми

Ставлення пацієнта до огляду	Група дослідження									
	криптит (n=43)		анальна тріщина (n=67)		проктит (n=51)		геморой (n=125)		усього (n=286)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
6 міс. – 2,5 року загальна реакція	3	1,05	9	3,15	4	1,41	11	3,84	27	9,45
2,5–3,5 року, помірний негатив на огляд перианальної ділянки	4	1,41	10	3,48	4	1,41	15	5,24	33	11,54
3,5–16 років виражений негатив на огляд перианальної ділянки	12	4,21	21	7,34	13	4,53	32	11,19	78	27.27
Негативна реакція на обговорення проблеми закрепу (7–18 років)	11	3,84	10	3,49	14	4,90	23	8,04	58	20,27
Негативна реакція на проблему каломазання (7–18 років)	8	2,80	8	2,80	5	1,75	18	6,29	39	13,64
Реакція на огляд адекватна, є порозуміння	5	1,75	9	3,15	11	3,84	26	9,09	51	17,83

проблеми закрепу в 58 (20,28%) дітей віком 7–18 років, а також на негативну реакцію на проблему каломазання в 39 (13,64%) пацієнтів віком 7–18 років. Ставлення пацієнтів до огляду перианальної ділянки в групах дослідження та процес спілкування на делікатні теми наведено в таблиці 3. У дітей із набутою патологією анального каналу та прямої кишки формується стійкий психоемоційний бар'єр до медичного огляду та обговорення делікатних симптомів. Виражений негатив щодо огляду (78 (27,27%) випадків) та обговорення закрепу (58 (20,27%) випадків) і каломазання (39 (13,64%) випадків) вказує на тісний взаємозв'язок між проктогенним болем і поведінковими реакціями, що слід враховувати у виробленні лікувально-діагностичної тактики.

Наступним етапом вивчено ставлення пацієнта до спорожнення кишечника і до обговорення проблеми. Поміж тим більшість закордонних і вітчизняних досліджень не акцентують уваги на проблему, а відносять такі стани до групи складних пацієнтів із закрепами, які складно піддаються лікуванню. Ретельним дослідженням анамнезу встановлено ставлення пацієнтів до процесу спорожнення кишечника на тлі проктогенного болю, що показало страх, негативізм та агресію перед спорожненням у 81 (28,32%) дітей, із яких страх перед спорожненням був у 25 (8,74%) пацієнтів, негативізм та агресія перед спорожненням – у 26 (9,09%), негативізм до горщика та відмова сідати на нього – у 30 (10,49%) пацієнтів. На пошук зручного місця для спорожнення (кімната) вказували батьки 37 (12,94%) пацієнтів, а про некомфортні умови спорожнення (туалети загального користування) зазначав 51 (17,83%) пацієнт старшого віку. На вибір спорожнення тільки вдома вказували 35 (12,24%) пацієнтів. А 29 (10,14%) пацієнтів категорично відмовлялися обговорювати питання спорожнення, мотивуючи, що все добре. Тільки 36 (12,59%) пацієнтів повністю усвідомлювали проблему та погоджувалися її обговорювати. Ставлення пацієнта до спорожнення кишечника та до обговорення проблеми в групах дослідження наведено в таблиці 4.

За результатами лабораторного дослідження, лейкоцити в межах вікової норми $7{,}43 \pm 0{,}21 \times 10^9$ виявлено в 193 (67,48%) дітей, а в 93 (32,52%) пацієнтів відзначено помірні запальні зміни – $11{,}25 \pm 1{,}34 \times 10^9$. Помірний лейкоцитоз встановлено в 67 (23,43%) пацієнтів з анальною тріщиною, в 11 (3,85%) із криптитом і в 15 (5,24%) із проктитом. За результатами аналізу лейкоцитарної формули, кількість еозинофілів у межах норми встановлено в 167 (58,39%) дітей, а у 119 (41,61%) пацієнтів відзначено значно вищі показники – 14,13±0,76. Збільшення кількості еозинофілів виявлено в пацієнтів, що мали: криптит – у 12 із 43, анальну тріщину – у 64 із 67, проктит – у 16 із 53, геморой – у 27 із 125. Дослідження кількості паличкоядерних нейтрофілів вказували на вікову норму у 167 (58,39%) пацієнтів, а на запальний процес – у 119 (41,61%) ді-

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

Таблиця 4

Ставлення пацієнта до спорожнення кишечника та до обговорення проблеми

Процес спорожнення кишечника	Група дослідження									
	криптит (n=43)		анальна тріщина (n=67)		проктит (n=51)		геморой (n=125)		усього (n=286)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Затримка спорожнення	1	0,34	5	1,75	4	1,41	7	2,45	17	5,94
Страх перед спорожненням	2	0,70	7	2,45	5	1,75	11	3,85	25	8,74
Негативізм та агресія перед спорожненням	3	1,05	8	2,80	7	2,45	8	2,80	26	9,1
Негативізм до горщика та відмова сідати на горщик	5	1,75	10	3,49	3	1,05	12	4,20	30	10,49
Пошук зручного місця для спорожнення – кімната	8	2,80	7	2,45	6	2,09	16	5,59	37	12,93
Некомфортні умови спорожнення (туалети загального користування)	7	2,45	14	4,90	10	3,49	20	6,99	51	17,83
Спорожнення тільки вдома	6	2,09	7	2,45	4	1,41	18	6.29	35	12,24
Відмова від обговорення питання щодо спорожнення	5	1,75	4	1,41	5	1,75	15	5,24	29	10,15
Повне розуміння проблеми	6	2,09	5	1,75	7	2,45	18	6,29	36	12,58

тей, із яких при анальній тріщині – у 67 (23,43%), криптиті – у 16 (5,59%), проктиті – у 19 (6,64%), геморої – у 17 (5,94%).

Оцінено спорожнення за Бристольською шкалою, виявлено перший і другий тип випорожнень (закреп) у 208 (72,73%) пацієнтів. Натомість у 78 (27,27%) пацієнтів віком до 3 років відзначено ковбасоподібний кал, який викликав дискомфорт (біль) під час спорожнення, а отже, і затримку спорожнення. За результатами дослідження pH калу виявлено вікові особливості вигодовування, які були в межах норми у 223 (77,97%) дітей. Натомість pH (<6), що вказувало на кисле середовище, відзначено у 37 (12,94%) пацієнтів із проявами помірного здуття живота, а pH (>7,5), що вказувало на лужне середовище з помірними ознаками інтоксикації, кволості та інше, – у 26 (9,09%) пацієнтів. Слиз у копрограмі візуалізовано у 163 (56,99%) пацієнтів (від незначного (+) до значного (++++) залежно від гостроти перебігу недуги). Кількість лейкоцитів у випорожненнях встановлено залежно від гостроти запального процесу: до 5 у полі зору – у 36 (12,59%), 8–10 у полі зору – у 124 (43,35%), 10–15 у полі зору – у 69 (24,13%), 15–20 у полі зору – у 57 (19,93%) дітей. Еритроцити при копрологічному дослідженні відзначено у 123 (43,01%) пацієнтів, із яких у 67 (23,43%) дітей з анальною тріщиною. Проведено зішкріб на ентеробіоз на наявність яєць та гостриків (*Enterobius vermicularis*) і виявлено позитивний результат у 159 (55,59%) пацієнтів, із яких при криптиті – у всіх 43, а при проктиті – у 27 з 51, анальній тріщині – у 49 з 67, геморої – у 40 пацієнтів із 125. Натомість за результатами аналізу калу на гельмінти та яйця гельмінтів виявлено волосоголовця (*Trichuris trichiura*) у 73 (25,52%) дітей, яйця гельмінтів – у 52 (18,18%) пацієнтів. У 64 (22,38%) пацієнтів відзначено поєднання декількох видів паразитів.

Дослідження з візуалізацією і пальпацією перианальної ділянки є значною етичною проблемою з урахуванням недуги та віку пацієнтів, а тому огляд слід проводити в присутності батьків. Власними дослідженнями встановлено, що помірний і виражений негатив на огляд і пальпацію перианальної ділянки відзначено в 104 (36,36%) дітей. За результатами огляду перианальної ділянки виявлено: попрілості – у 108 (37,76%), контактний дерматит – у 53 (18,53%), перианальний дерматит з явними ділянками екскоріації – у 86 (30,07%), а також прурит (свербіж) заднього проходу (ідіопатичний) з екскоріацією – у 39 (13,64%). Анальні тріщини встановлено в 67 (23,43%), геморой – у 125 (43,71%). Натомість за допомогою аноскопії

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

та ректороманоскопії визначено етіологічний чинник порушення спорожнення кишечника: анальну тріщину – у 67 (23,43%), проктит – у 51 (17,83%), криптит – у 43 (15,03%), геморой – у 125 (43,71%).

Ректальне дослідження проведено 126 (44,05%) пацієнтам, із яких 73 (25,52%) дитини страждали на геморой, 28 (9,79%) дітей мали анальну тріщину, 14 (4,89%) – криптити, 11 (3,85%) – проктит.

Під час обстеження серцево-судинної системи проведено ЕКГ 137 (47,90%) пацієнтам, із яких функціональні зміни на ЕКГ відзначено у 23 (8,04%) дітей, синусову аритмію (дихальну аритмію) – у 18 (6,29%), а неповну блокаду правої ніжки пучка Гіса – у 7 (2,45%). ЕХОКГ виконано 57 (19,93%) дітям, у яких додаткову хорда в порожнині лівого шлуночка виявлено у 13 (4,55%), а відкрите овальне вікно між правим і лівим передсердями – у 5 (1,75%) пацієнтів.

Ультразвукове дослідження входить до комплексного обстеження черевної порожнини у всіх пацієнтів. Натомість УЗД у діагностуванні закрепів (відсутності повноцінного спорожнення) використано у 29 (10,14%) пацієнтів. Дослідження з констатацією розмірів прямої кишки і вмістом проведено до і після повноцінного спорожнення, що вказує на відсутність повноцінного спорожнення (пряма кишка залишається повністю заповненою) за відсутності позиву. УЗД виконано в плановому порядку, а тому всім пацієнтам рекомендовано препарати від здуття живота. За результатами УЗД не виявлено здуття в 38 (13,29%) дітей (переважно раннього віку), незначне здуття черевної порожнини встановлено у 59 (20,63%), а помірне здуття – у 189 (66,08%). Деформацію жовчного міхура виявлено у 90 (31,46%) дітей, дрібнодисперсну завись у ньому – у 101 (35,3%), біліарний сладж – у 28 (9,7%) пацієнта. Збільшення жовчного міхура діагностовано в кожної третьої дитини. Під час дослідження черевної порожнини – селезінки встановлено додаткові селезінки розміром 0,4–0,6 см, від 1 до 3 біля воріт селезінки та біля нижнього полюса селезінки. Під час візуалізації органів малого таза, проведеної 6 (2,1%) дівчаткам, виявлено у 2 дітей кісту жовтого тіла.

Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини проведено 94 (32,87%) пацієнтам, показанням було поєднання проктогенного болю з абдомінальним. За результатами дослідження спростовано патологію діафрагми і встановлено роздуті петлі товстої кишки, заповнені кишковим вмістом – обстеження проведено після повноцінного спорожнення. Наявність товстокишкового вмісту вказувало на явну ознаку закрепу та відсутності повноцінного спорожнення. Іригографію проведено 45 (15,73%) пацієнтам, які також страждали на закрепи. Показанням до проведення іригографії було спростування чи підтвердження вродженої патології прямої кишки з причини неефективності лікування таких недуг: анальної тріщини – у 16 (5,59%), геморою – у 29 (10,14%) дітей. За результатами іригографії встановлено неповноцінне спорожнення прямої кишки одразу після дослідження, а повноцінне – у проміжку через 3–6 годин. За результатами дефекографічного дослідження, проведеного 37 (12,94%) пацієнтам, що страждали на проктогенний біль, виявлено геморой, досліджували ступінь опущення органів відносно анатомічного орієнтира – пубококцигеальної лінії (PCL). Рентгензнімок був боковим із центруванням на анус, під час спорожнення на горщику. Показанням до проведення дефекографії було тривале (від 1 до 1,5 року) лікування геморою. За результатами дослідження встановлено ступінь опущення. Ступінь 0: Органи розташовані вище PCL – у 16 (5,59%). Ступінь I: Опущення менше ніж на 3 см нижче PCL – у 21 (7,34%). У 18 (6,29%) пацієнтів батьками проведено як фото-, так і відеозйомки спорожнення, які вказували на наявність випинання вузлів відразу під час спорожнення, а потім значно зменшувалися – зовнішній геморой.

Дослідженням процесу дефекації (на основі анамнезу та спостереження) підтверджено наявність проктогенного болю у 85,32% пацієнтів, який був провідним клінічним синдромом. У дослідженні проктогенний біль поділено на три групи: 1) гострий нестерпний дефекаційний біль під час дефекації, який зберігається або посилюється після дефекації (гострий, різкий, «ріжучий»), відзначається в пацієнтів з анальною тріщиною; 2) гострий дефекаційний біль, що зникає після акту дефекації (у дітей із гемороєм і запальними недугами); 3) прихований (епізодичний/функціональний) аноректальний біль, пов'язаний із нефізіологічними позами чи гримасами на обличчі, а також з особливостями спорожнення (памперс або вдома).

Анальну тріщину встановлено в 67 (23,43%) дітей, а її локалізацію визначено за циферблатом (лежачи на спині) за Габріелем. Візуально виявле-

но таку локалізацію анальної тріщини (розрив у задній анодермі, що простягався краніально до зубчастої лінії): на 600 – у 57 (85,9%) дітей, а також поєднані локалізації на 600 та 1200 – у 10 (14,1%) пацієнтів. Глибина анальної тріщини залежала певною мірою від наявності однієї чи двох тріщин, але у всіх пацієнтів вона була в межах слизової – м'язовий шар не візуалізувався. За наявності однієї тріщини глибина становила >2 мм, а двох тріщин – 1–2 мм. Протяжність анальної тріщини корелювала з кількістю. За результатами аналізу причини появи та розвитку тріщини в 67 пацієнтів виявлено тверде спорожнення, яке призвело до утворення тріщин. У цій когорті пацієнтів відзначено такі види спорожнень: у памперс – у 22, нефізіологічна поза – у 5, спорожнення стоячи – у 6, каломазання на тлі закрепів – у 12. Натомість помірний і виражений негатив на спорожнення відзначено у 29 пацієнтів, а страх, агресію та негативізм до горщика – у 25 дітей. Діагноз ґрунтувався на даних візуалізації аноскопії у 30 дітей, а ректороманоскопії – у 37 пацієнтів. У плані дообстеження для спростування супутньої патології застосовано оглядову рентгенографію у 37 дітей, іригографію – у 16 пацієнтів, із яких 14 дітям виконано дефекографію. Пальцеве ректальне дослідження з метою визначення функції сфінктерного апарату проведено 23 дітям, які страждали на каломазання чи неповне тримання калу, виявлено наповнену пряму кишку калом – неповне спорожнення, а тонус сфінктера був достатнім для утримування калу. За результатами аналізу проктогенного болю встановлено, що гострий нестерпний дефекаційний біль, який починався під час спорожнення та зберігався після спорожнення, виявлено у 54 (80,60%) із 67 дітей, а гострий проктогенний дефекаційний біль – у 13 (19,4%) із 67 пацієнтів, у яких тріщина мала вигляд тривалої ранової поверхні, покритої фібрином.

Геморой встановлено у 125 (43,71%) дітей. Його візуалізовано як шляхом огляду перианальної ділянки, так і за допомогою аноскопії (6 дітям) і ректороманоскопії (119 пацієнтам). Натомість, за даними фотографій, представлених батьками, у 18 пацієнтів підтверджено недугу. Локалізовано вузли в положенні за Габріелем на 1600, 1900, 2300. Одинарні гемороїдальні вузли виявлено у 69 (54,3%) хворих, два вузли – у 31 (25,0%), три і більше вузлів – у 25 (20,7%) дітей. Зовнішній геморой діагностовано у 79 (63,8%) хворих, внутрішній – у 30 (24,1%); комбінований – у 16 (12,1%) пацієнтів. Доцільно звернути увагу, що це пацієнти, які не страждали на синдром портальної гіпертензії. За результатами аналізу, провідним чинником розвитку геморою в дітей було тривале сидіння на горщику. Крім того, за результатами аналізу причин розвитку недуги в дитячому віці, тривалі закрепи (змішаного генезу), порушення мікрофлори кишечника, частий і тривалий плач (болісне спорожнення) виявлено в 39 дітей раннього віку, обмеження фізичної активності – у 45 пацієнтів, шкідливі звички у 21 дитини старшого шкільного віку спонукали до розвитку недуги. За результатами обстеження встановлено зовнішні прояви геморою: свербіж – у 32; печіння – у 41; відчуття стороннього тіла в ділянці ануса – у 26; кров'янисті виділення – у 26 дітей. Дослідженнями встановлено, що перебіг недуги проявлявся гострим проктогенним дефекаційним болем у 83 із 125 пацієнтів, із яких помірний біль був у 54, а прихований – у 29. Безсимптомний перебіг хвороби відзначено у 42 із 125 дітей.

Криптит встановлено в 43 (15,03%) пацієнтів, а основним методом візуалізації була аноскопія – у 37 дітей, а ректороманоскопія – у 6 хворих. На тлі закрепів в усіх пацієнтів виявлено *Enterobius vermicularis*. За результатами огляду перианальної ділянки відзначено екскоріацію в перианальній ділянці у всіх 43 пацієнтів і контактного дерматиту. Потрапляння калу під час дефекації в ділянки екскоріації посилювало біль і страх під час спорожнення, що унеможливлювало повноцінне спорожнення. У процесі лікування 7 пацієнтам проведено пальцьове ректальне дослідження, а показанням було забруднення білизни – періодичне каломазання. Гострий проктогенний дефекаційний біль під час спорожнення відзначено у 28 з 43 пацієнтів, що минав самостійно після спорожнення, а прихований біль – у 15 пацієнтів.

Проктит виявлено в 51 (17,83%) пацієнта, верифікований за допомогою ректороманоскопії. За результатами комплексного обстеження підтверджено *Enterobius vermicularis* у 27 дітей, *Trichuris trichiura* – у 25, яйця гельмінтів – у 31 пацієнта. У частини пацієнтів діагностовано поєднання декількох паразитів. Візуально встановлено перианальний дерматит з екскоріацією та рановими поверхнями і печінням під час спорожнення. Наявність як проктиту і перианального запального процесу через больовий синдром унеможливлювала повноцінне фізіологічне спорож-

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

нення, що підтверджено даними УЗД і пальцевого ректального дослідження у 23 пацієнтів, які скаржилися на часткове нетримання калу. Гострий проктогенний дефекаційний біль різної інтенсивності встановлено у 33 із 51 пацієнта, а прихований – у 18.

Лікування і профілактика в майбутньому набутих недуг, таких як геморой, криптит, проктит та анальна тріщина, насамперед полягають у дотриманні режиму харчування і режиму дня. Діти дошкільного та шкільного віку повинні спати від 9 до 10 годин. Діти повинні встати о 7:00, виспавшись, поснідавши вдома, спорожнитись, а потім прямувати до дитячого садочка чи школи. Нівелювання цієї настанови призводить до того, що відвідування туалету в дитячому садочку, коли інші діти заглядають у горщик або чекають у дверях, є запорукою відсутності фізіологічного спокійного спорожнення, а навпаки, формується страх, як наслідок – стримується спорожнення, з каломазанням. Стосовно пацієнтів старшого віку встановлено, що некомфортні умови спорожнення (туалети загального користування) слугували причиною відмови від спорожнення у 51 (17,83%) дітей, як наслідок, у 44 (15,38%) пацієнтів були закрепи і каломазання.

Другою важливою складовою фізіологічного спорожнення є комфорт. Під комфортом фізіологічного спорожнення для кожної вікової групи слід розуміти насамперед (вікова) кришку до унітазу, а також унітаз і його висоту, яка впливає на формування ректо-анального кута, а тому доцільно використовувати підставки під ноги для формування кута 300. А головне – створити комфортні умови для спорожнення – відсутність відволікаючих моментів [3,47].

Лікування анальної тріщини є комплексним: насамперед ліквідація сфінктероспазму і гіпертонусу внутрішнього анального сфінктера – зняття болю і спазму, що впливає на результати лікування і досягається місцевим застосуванням препаратів. Наступним є усунення глистяної інвазії (гостриків та аскарид) і лікування запального процесу слизової оболонки прямої кишки, а також призначення препаратів, які послаблюють випорожнення (лактулозовмісні препарати) до формування кашкоподібного виду калу. Важливо досягнути щоденного безболісного спорожнення в комфортному фізіологічному положенні. У процесі лікування слід проводити УЗД для моніторингу наповнення товстої кишки та корегування лікування для досягнення повноцінного спорожнення. Упродовж 7–14 діб тріщина загоїлась у 49, упродовж третього тижня – у 18 дітей.

Лікування криптиту полягає в ліквідації глистяної інвазії, проктогенного больового синдрому та в нормалізації випорожнень, у комфортних умовах. Після ліквідації глистяної інвазії больовий синдром зменшується, а кашкоподібний кал зменшує травмування крип із повноцінною ліквідацією запалення. Повний курс лікування – 7–12 діб.

Лікування проктиту є комплексним і полягає насамперед в адекватній дегельмінтизації, ліквідації проктогенного болю, у результаті на тлі лактулозовмісних препаратів досягається повноцінне спорожнення. У всіх пацієнтів адекватне комплексне консервативне лікування дало змогу досягти успіху.

Лікування геморою полягає передусім в усуненні етіологічних чинників недуги та у створенні умов і нормалізації спорожнення. Комплекс лікування передбачає: нормалізацію формування калу за рахунок застосування латулозовмісних препаратів; зняття спазму і больового відчуття, що досягається місцевим застосуванням знеболювальних і протизапальних препаратів. Патогенетичне лікування передбачає місцеве застосування свічок залежно від стану гемороїдального вузла. За результатами комплексного лікування досягнуто зменшення гемороїдальних вузлів у 122 (97,6%) зі 125 дітей, а оперативне лікування виконано 3 (2,4%) пацієнтам.

Огляд прианальної ділянки є вирішальним не тільки у встановленні діагнозу, але й у контролі й моніторингу ефективності лікування не тільки закрепів, але й наслідків – перианального дерматиту або екскоріації навколо ануса в дітей. Проте не є секретом і негативна реакція пацієнтів не тільки раннього віку, але й підлітків на огляд, про що практично не зазначається в медичних виданнях. За результатами дослідження, спорожнення в памперс відзначено у 50 (17,48%) пацієнтів, натомість нетипове місце і своєрідну (нетипову) позу – у 29 (10,14%), спорожнення стоячи – у 25 (8,74%), каломазання на тлі закрепів – у 44 (15,38%), а повне розуміння про необхідність щоденного спорожнення зафіксовано тільки в 49 (17,13%) пацієнтів. Дослідженнями встановлено ставлення пацієнтів до огляду: так, у віці 2,5–3,5 року помірний негатив на огляд перианальної ділянки виявлено в 33 (11,54%) дітей, а у

віці 3,5–16 років виражений негатив на огляд перианальної ділянки відзначено у 78 (27,27%) пацієнтів. Негативну реакцію на спілкування на делікатні теми (закреп) виявлено у 58 (20,28%) дітей, а на проблему каломазання – у 39 (13,64%) пацієнтів. Натомість адекватну реакцію на огляд і усвідомлення проблеми встановлено в 51 (17,83%) пацієнта. За результатами аналізу ставлення пацієнтів до процесу спорожнення кишечника і до обговорення проблеми визначено таке: страх перед спорожненням – у 25 (8,74%); негативізм та агресію перед спорожненням – у 26 (9,09%); негативізм до горщика та відмову сідати на горщик – у 30 (10,49%); пошук зручного місця для спорожнення – кімната (куток кімнати) – у 37 (12,94%); перевагу спорожнення тільки вдома – у 35 (12,24%); категоричну відмову від обговорення питання про особисте спорожнення – у 29 (10,14%); повне усвідомлення проблеми – у 36 (12,59%) пацієнтів. Під час обстеження зафіксовано такі реакції дитини: негативізм, впертість, норовливість, свавілля, протест-бунт, знецінення, прагнення деспотизму. Вперше реакції дитини встановлено та описано Elsa Köhler (1926) у роботі «Про особистість трирічної дитини» [7]. А тому завжди постає питання контакту хворої дитини та лікаря, а особливо це стосується огляду та пальпації промежини. Натомість у публікації R. Jamshidi (2018) звернено увагу на ретельне обстеження немовлят і дітей з анальною тріщиною (геморой, тріщини, абсцеси, фістули.), яка зазвичай потребує глибокої седації або загальної анестезії [21]. У наведеному нами дослідженні обстежено пацієнтів без використання наркозу.

У публікації F. Fedele та співавт. (2024) і Y. Pan та співавт. (2025) вказано, що, привчаючи дитину до туалету, слід орієнтуватися на дитину, ідеально починати з 18 до 24 місяців, і підкріплюватися позитивною батьківською підтримкою. Цей метод передбачає поступову допомогу дитині в розвитку регулярних звичок користування туалетом без будь-якого тиску чи негативного підкріплення [15,34].

Проктогенний біль, а також дискомфорт під час спорожнення на початковому етапі є основною складовою, що має місце як при геморої, проктиті, криптиті та анальній тріщині. Натомість за наявності гостриків чи інших паразитів кишечника дискомфорт, біль під час натужування в анальному каналі посилюється, а за рахунок перианального дерматиту та екскоріації шкіри адекватне повноцінне спорожнення кишечника не можливе. У доступній публікації вказано, що анус є однією з чутливих ділянок тіла, тому батькам потрібно вникати в причини, коли в дитини виникає анальний біль та як це проявляється в дітей раннього віку [46].

Стосовно спорожнення дітей, то в дослідженні S.M. Dehghani та співавт. (2015) вказано, що біль у животі, фекальні маси, ректальна кровотеча, анорексія, забруднення калу, утримання пози, прихована поведінка, анальна тріщина та перианальна еритема зареєстровані для кожного випадку на основі анамнезу та фізикального обстеження. Натомість великі і тверді спорожнення відзначено у 93,7% пацієнтів. Болючу дефекацію та приховану поведінку виявлено у 92,3%. Фекальний застій встановлено частіше в хлопчиків порівняно з дівчатками ($p<0,01$). Фекальне забруднення виявлено у 40,8% хлопчиків і 28,2% дівчаток ($p=0,04$) [10].

Про проктогенний біль під час спорожнення вказано в дослідженні M. Meseeha та співавт. (2025), що характерно для проктиту, криптиту, як наслідок – затримка спорожнення з розвитком закрепів і свербежу навколо ануса [30]. Про актуальність проблеми закрепів у дітей зазначено в дослідженні P. Allen et al. (2025), поширеність недуги (у тому числі в дітей) в Європі становить 0,7–12%, тоді як у Північній та Південній Америці (у тому числі в немовлят і підлітків) – 10–23%, а в Азії – 0,5–29,6% [3].

У дослідженні C. Alonso–Bermejo та співавт. (2022) вказано, що функціональні розлади шлунково-кишкового тракту є дуже поширеними в дітей, а у віці від 4 років найчастіше спостерігається абдомінальний біль (29,0%), функціональна диспепсія (28,4%) і ФЗ (16,8%) [4]. Про болюче спорожнення при проктиті та криптиті зазначає M. Meseeha (2025), а також на свербіж як поширену скаргу [30]. А в публікації A.K. Leung та співавт. (2021) показано, що анамнез болючої дефекації до 1 року відзначається у 8,5% дітей, а це як предиктор закрепу в дітей раннього віку ($p<0,05$) [26]. Дослідження S. Cenni та співавт. (2025) свідчать, що на час встановлення проктиту та лівобічного коліту (30% і 15%, відповідно) закреп спостерігається у 19,7% пацієнтів [8].

Про розвиток енкопрезу на тлі закрепів вказано в публікації S. Aydoğdu та співавт. (2009), який встановлено у 51,7% дітей із хронічними закрепами, а в дослідженні E.I. Levy та співавт. (2017)

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

виявлено частоту енкопрезу у 17,0% у групі із закрепами [5,27]. Натомість у роботі A.J. Combs та співавт. (2013) виявлено нефрологічні проблеми, такі як нетримання сечі та рецидивні інфекції сечовивідних шляхів у пацієнтів із закрепами [9].

Загальновідомо, що в кожному віковому періоді життя є і вікові реакції на порушення спорожнення. Діти раннього віку «крихтять», збуджуються, нервують, а старші вередують, а з часом проявляють агресивність. У підлітковому віці є також певні особливості агресії, проте тільки в більшості 16–18 років діти як пацієнти починають вникати в проблему. Тільки з часом дорослі діти розуміють, що тривале сидіння на унітазі, окрім гри в телефоні, має і купу проблем: формування геморою чи випадіння прямої кишки, анальна тріщина. У подальшій публікації D. Docter та співавт. (2025) вказано, що геморой у дітей може бути спричинений тривалим сидінням, напруженням під час спорожнення, незбалансованим харчуванням, запаленням кишечника [11]. A Jamshidi R. (2018) свідчить, що причиною геморою в дітей є хронічний закреп, унаслідок напруження під час дефекації або тривале сидіння на унітазі [21]. Проте C. Le Helloco та співавт. (2022) вказує на пацієнтку з гемороєм у віці 2 роки та вважає, що в маленьких дітей геморой трапляється рідко [25]. У дослідженні M. Yu та співавт. (2024) вказано, що кишкова мікробіота впливає на розвиток геморою, виявлено зв'язок між рядом *Burkholderiales* у кишковій флорі та недугою, хоча механізм цього зв'язку не зрозумілий [48].

Спорожнення кишечника – складний фізіологічний процес. У ґрунтовному дослідженні D.L. Tran та P. Sintusek (2023) вказано, що діти, замість того, щоб розслабляти м'язи тазового дна, коли відчувають позиви до дефекації, випорожнюються в положенні стоячи та скорочують м'язи тазового дна і сідничні м'язи, це явище називається «утримуюча поза або дефекація в положенні стоячи». Така поведінка призводить до затримки калу в прямій кишці і до того, що кал стає більш грудкуватим і твердішим, що ускладнює його евакуацію через поглинання води слизовою прямої кишки. Це явище зумовлює замкнуте коло утрудненої дефекації. Коли великі випорожнення затримуються в прямій кишці, стінка прямої кишки розтягується і перетворюється на мегаректум зі зниженням відчуття дефекації [41,45]. У наведеному нами дослідженні стоячи спорожнювалися 25 (8,74%) пацієнтів.

Заслуговує на увагу публікація I. Akkoyun та співавт. (2011), у якій наведено використання цифрових фотографій і відеозображень, зроблених батьками, для діагностування анального набряку та анальних випинань у дітей. Автори публікації вважають, що цифрові фотографії та відеозображення, зроблені батьками, можуть забезпечити точний діагноз [2]. У наведеному нами дослідженні оцінено фотографії та відеозаписи 18 (6,29%) батьками, і діагнози всіх пацієнтів підтверджено.

Діагностування недуги та виявлення калових мас у прямій кишці є інвазивним (пальцеве ректальне дослідження) і часто викликає дискомфорт. Натомість у дослідженні K. Sunkari та співавт. (2025) вказано, що трансабдомінальне УЗД пропонує перспективну неінвазивну альтернативу, вимірюючи поперечний діаметр прямої кишки. Авторами доведено, що середній поперечний діаметр прямої кишки значно більший у групі з імпакцією (середнє значення – 3,38 см) порівняно з групою без імпакції (середнє значення – 2,15 см), що вказує на великий розмір ефекту (d Коена=1,07; p<0,001) [43]. У публікаціях Duc Long (2025), J. Vos (2024), Farid Imanzadeh (2022) також зазначено, що трансабдомінальне УЗД може бути цінним неінвазивним діагностичним інструментом для діагностування закрепів шляхом вимірювання поперечного діаметра прямої кишки [20,44,47]. А в публікації A.M. Hamdy (2023) вказано, що доцільно застосовувати УЗД як для встановлення діагнозу, так і для поліпшення ефективності лікування закрепів у дітей [17]. У дослідженні M. Momeni та співавт. (2019) зазначено, що за даними УЗД оцінюють як діаметр прямої кишки, так і товщину її стінки. Діаметр прямої кишки є більшим у дітей із закрепом порівняно з дітьми без закрепів (31,72±9,63 мм проти 19,85±4,37 мм; p=0,001). Натомість стінка прямої кишки є тоншою в дітей із закрепом порівняно з дітьми без закрепів (1,75±0,33 мм проти 1,90±0,22 мм; p=0,032) [31].

Отже, УЗД на сьогодні, на відміну від ректального пальцевого дослідження, є високоінформативним неінвазивним діагностичним методом, який дає змогу встановити не тільки копростаз, але й оцінити стан після спорожнення та лікування, як результат – корегувати лікування з урахуванням моніторингу дослідження [13,36,45]. А в дослідженні G. Doğan та співавт. (2022) вказано, що через затримку калу (копростаз) діаметр прямої кишки може збільшуватися з розвитком мегаректуму [12].

Променеве дослідження у визначенні етіопатогенетичного чинника закрепів є вирішальним у визначенні тактики лікування. Проведені дослідження K. Kim та співавт. (2020), S. Mugie та співавт. (2015), S.C. Zhang та співавт. (2014) свідчать, що дефекографія – це динамічне радіологічне дослідження, яке проводиться під час довільного спорожнення прямої кишки для оцінювання аноректальної функції, включаючи тазове дно і лобково-прямокишковий м'яз у стані спокою і під час дефекації. Попри високу інформативність методу його результати в дітей не є поширеними з причини променевого навантаження [22,32,49]. У наведеному нами дослідженні застосовано іригографічне дослідження в 45 (15,73%) пацієнтів. Натомість дефекографію зі змінами виконано 37 (12,94%) пацієнтам. Суть зміни полягає в тому, що після повного заповнення кишечника і проведення знімків у положенні лежачи, пацієнта висаджують на горщик і саме під час першого спорожнення (проходження калу по прямій кишці) виконують боковий рентгензнімок, який дає змогу візуалізувати функцію тазового дна.

Анальні тріщини є поширеним ускладненням закрепу в дітей. У публікаціях В.С. Коноплицького (2015) та R. Jamshidi (2018) вказано, що випорожнення великого, твердого калу може буквально розірвати анодерму та призвести до утворення тріщини. Це може бути досить болісно, і біль посилюється під час дефекації. Анальний біль створює замкнутий шкідливий цикл позитивного зворотного зв'язку, у якому біль викликає спазм сфінктера та затримку калу, а кал потім стає більш об'ємним і без води, спорожнення цього калу повторно травмує тріщину, а інколи і збільшує її. Автори вважають, що цей цикл пошкодження слід розірвати, щоб дозволити тріщинам загоїтися – зняти спазм сфінктера [21,24]. А N.D. N. Sissoko та співавт. (2023) звертає увагу не тільки на проктогенний біль, а на ще й абдомінальний біль за відсутності спорожнення [42]. У наведеному нами дослідженні анальну тріщину виявлено в 67 пацієнтів, яка потребувала комплексного підходу до лікування.

Поміж тим, частота анальної тріщини в дітей, пов'язаної із закрепами, за даними G. Doğan та співавт. (2022), становить 27,1%, а із закрепами на тлі харчової алергії, за даними N.D. N. Sissoko та співавт. (2023), – 77,8%; з кровотечею з нижніх відділів кишечника, за даними Y.B. Kim та співавт. (2022), – 14,2%; за даними I. Malik та співавт. (2023), – 15,1%; за даними G. Eslamian та співавт. (2024), – до 37,5%; натомість у новонароджених, за даними M. Lin та співавт. (2022), – 5,0%, а також за даними M.T. Sanchez–Avila та співавт. (2018), – понад 80% у пацієнтів із дисфункцією пуборектального м'яза і зовнішнього анального сфінктера [12,14,23,28,29,40,42]. Натомість P. Quitadamo та співавт. (2024) вказують на наявність кровотечі при анальних тріщинах [37]. У публікації Birsen Harma (2023) вказано, що у 263 дітей, які страждають від закрепів і перианального болю, діагностовано анальну тріщину на основі фізикального огляду та проведено консервативне лікування з корегуванням харчування [18]. У наступних дослідженнях вказано, що анальна тріщина становить 7,2–27,1% у дітей із хронічними закрепами [5,10].

Лікування анальної тріщини, за даними літератури, насамперед спрямоване на зняття спазму внутрішнього анального сфінктера, який перешкоджає загоєнню тріщини, а також на консервативну терапію для пом'якшення калу, а також на місцеве застосування анальгетиків і сидячих ванн як терапію першого вибору. Хірургічне лікування не рекомендовано. Автори вважають, що важливо лікувати закреп, щоб уникнути повторних розривів анального каналу [35]. У публікації Mustafa Yaşar Özdamar (2018) вказано, що в лікуванні анальної тріщини слід корегувати такі функціональні розлади: закреп; анальне нетримання; нетримання сечі; анальне нетримання з нетриманням сечі; дитячі кольки; пелюшковий дерматит [33]. Про перевагу консервативного лікування анальної тріщини в дітей зазначено в роботі O. Akinmoladun (2024) [1]. У наведеному нами дослідженні усім 67 пацієнтам з анальною тріщиною призначено консервативну комбіновану терапію з добрими наслідками, усі одужали та не мали рецидиву упродовж року після лікування.

За даними Daniël Docter та співавт. (2025), зовнішній геморой у дітей проявляється як анальне випинання або набряк, яке часто супроводжується аноректальним болем. Додаткові симптоми включають біль (45,5%), кровотечу (18,2%), свербіж у ділянці анального отвору (13,6%), тривогу (9,1%) і тенезми (6,8%). Як консервативне лікування, так і ін'єкційна склеротерапія є життєздатними методами лікування; ін'єкційна склеротерапія пропонує остаточне вирішення проблеми, але має ризики рецидиву та ускладнень [11]. Про переваги консервативного лікування геморою

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

в дітей вказано в публікації O. Akinmoladun (2024) [1]. У наведеному нами дослідженні зі 125 пацієнтів, які страждали на геморой, стійкий позитивний результат консервативного лікування виявлено у 122 (97,6%), а в 3 (2,4%) пацієнтів у 18 років проведено оперативне лікування.

На завершення доцільно звернути увагу на дослідження Y. Pan та F.Y. Jiao (2025), які вказують, що в дітей зі складними закрепами слід застосовувати міждисциплінарний підхід. Педіатри-спеціалісти, дієтологи, фізіотерапевти і психологи повинні співпрацювати для розроблення індивідуальних планів лікування. Такий командний підхід забезпечує комплексний догляд, який враховує як фізичні, так і психологічні аспекти закрепу кишечника. Педіатри-спеціалісти можуть забезпечити медикаментозне лікування і контролювати прогрес, тоді як дієтологи можуть запропонувати дієтичні рекомендації для забезпечення достатнього споживання клітковини та рідини. Фізіотерапевти можуть допомогти з вправами для поліпшення функції кишечника, а психологи можуть вирішити будь-які основні поведінкові або емоційні проблеми, які можуть сприяти цьому стану. У деяких випадках для лікування більш тяжких або стійких до лікування випадків можуть бути залучені інші спеціалісти, такі як гастроентерологи або хірурги. Такий спільний підхід не тільки підвищує шанси на успішне лікування, але й надає сім'ям підтримку для ефективного лікування цього стану. Глибоке обговорення діагностичних проблем і критеріїв функціонального копростазу в дітей має вирішальне значення для раннього встановлення діагнозу та ефективного лікування [34].

Отже, проведене дослідження дає змогу встановити, що в структурі набутої патології анального каналу та прямої кишки в дітей домінує геморой (43,71%), тоді як анальна тріщина (23,43%), проктит (17,83%) і криптит (15,03%) трапляються рідше. Виявлено чіткі вікові особливості захворюваності з піком у групі 4–9 років (28,67%) і тенденцією до зростання частоти геморою в підлітків (15–18 років – 23,43%). Встановлено, що порушення спорожнення кишечника в дітей мають виражений поведінковий характер і проявляються формуванням патологічних стереотипів дефекації, зокрема, спорожнення у памперс (17,48%), каломазання (15,38%) та дефекації в некомфортних умовах (13,64%), що свідчить про значний вплив проктогенного болю. Доведено, що гострий дефекаційний проктогенний біль є провідним клінічним синдромом і спостерігається у 85,32% пацієнтів, при цьому переважає інтенсивний біль під час дефекації (44,75%), а гострий нестерпний дефекаційний біль характерний переважно для анальної тріщини (18,88%). Прихований біль (21,69%) ускладнює своєчасне встановлення діагнозу, тоді як відсутність болю відзначена лише в частини пацієнтів із гемороєм (14,68%). Виявлено, що в значної частки дітей формується негативне ставлення до огляду та обговорення делікатних проблем: виражений негатив до огляду відзначено у 27,27% випадків, до обговорення закрепу – у 20,27%, каломазання – у 13,64%, тоді як адекватне сприйняття ситуації спостерігається лише в 17,83% пацієнтів. Отримані результати свідчать, що гострий дефекаційний проктогенний біль є ключовим патогенетичним чинником, який визначає не лише клінічні прояви, але й поведінкові та психоемоційні реакції дитини, формуючи замкнене коло «біль – страх – уникнення дефекації – прогресування патології». Це обґрунтовує необхідність комплексного підходу до діагностування та лікування з обов'язковим урахуванням больового синдрому, поведінкових особливостей та ефективної комунікації з пацієнтом.

Висновки

У структурі набутої патології анального каналу та прямої кишки в дітей переважає геморой (43,71%), далі – анальна тріщина (23,43%), проктит (17,83%) і криптит (15,03%), із піком захворюваності у віці 4–9 років (28,67%). Порушення спорожнення кишечника супроводжуються формуванням патологічних поведінкових стереотипів: спорожнення в памперс (17,48%), каломазання (15,38%) і дефекація в некомфортних умовах (13,64%).

Проктогенний біль є провідним синдромом (85,32%) із домінуванням інтенсивного (44,75%) і нестерпного болю при анальній тріщині (18,88%), разом із негативним ставленням до огляду (27,27%) та обговорення проблем (20,27%) формує замкнене коло «біль – страх – уникнення дефекації – прогресування патології», що визначає необхідність комплексного підходу до лікування. За допомогою консервативних методів лікування отримано добрі результати у 283 (98,95%) дітей, а хірургічне лікування проведено 3 пацієнтам із гемороєм, що становить 1,05%.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Akinmoladun O, Oh W. (2024, Jun). Management of Hemorrhoids and Anal Fissures. Surg Clin North Am. 104(3): 473-490. Epub 2023 Dec 9. doi: 10.1016/j.suc.2023.11.001. PMID: 38677814.
2. Akkoyun I, Akbiyik F, Soylu SG. (2011, Nov). The use of digital photos and video images taken by a parent in the diagnosis of anal swelling and anal protrusions in children with normal physical examination. J Pediatr Surg. 46(11): 2132-2134. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.07.003. PMID: 22075344.
3. Allen P, Setya A, Lawrence VN. (2024, Jan 11). Pediatric Functional Constipation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537037/.
4. Alonso-Bermejo C, Barrio J, Fernández B, García-Ochoa E, Santos A et al. (2022, May) Functional gastrointestinal disorders frequency by Rome IV criteria. An Pediatr (Engl Ed). 96(5): 441-447. Epub 2022 May 6. doi: 10.1016/j.anpede.2021.05.013. PMID: 35534416.
5. Aydoğdu S, Cakir M, Yüksekkaya HA, Arikan C, Tümgör G et al. (2009, Mar-Apr). Chronic constipation in Turkish children: clinical findings and applicability of classification criteria. Turk J Pediatr. 51(2): 146-153. PMID: 19480326.
6. Bashir SK, Khan MB. (2024). Pediatric Functional Constipation: A New Challenge. AGMR. 2024: Article ID 5569563. https://doi.org/10.1155/2024/5569563.
7. Biletska OD. (2019). The psychological aspects of age crises of personality from birth to adolescence. Psychology: Reality and Perspectives. 11(2018): 36-42. [Білецька ОД. (2019) Психологічні аспекти вікових криз особистості від народження до юнацтва. Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць Рівненського державного гуманітарного університету. 11(2018): 36-42]. https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi11.6.
8. Cenni S, Colucci A, Salomone S, Pacella D, Casertano M, Buono P et al. (2025, May). The prevalence of constipation in children with new diagnosis of inflammatory bowel disease: A retrospective study. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 80(5): 799-806. Epub 2025 Feb 11. doi: 10.1002/jpn3.70005. PMID: 39935294.
9. Combs AJ, Van Batavia JP, Chan J, Glassberg KI. (2013. Sep). Dysfunctional elimination syndromes – how closely linked are constipation and encopresis with specific lower urinary tract conditions? J Urol. 190(3): 1015-1020. Epub 2013 Mar 29. doi: 10.1016/j.juro.2013.03.111. PMID: 23545098.
10. Dehghani SM, Kulouee N, Honar N, Imanieh MH, Haghighat M, Javaherizadeh H. (2015, Jan). Clinical Manifestations among Children with Chronic Functional Constipation. Middle East J Dig Dis. 7(1): 31-35. PMID: 25628851; PMCID: PMC4293798.
11. Docter D, van Braak H, de Jong B, Gorter RR, Benninga MA, de Jong JR. (2025, Aug 14). Pediatric external hemorrhoids: clinical characteristics and outcomes of conservative treatment versus injection sclerotherapy. Eur J Pediatr. 184(9): 552. doi: 10.1007/s00431-025-06392-2. PMID: 40813828; PMCID: PMC12354542.
12. Doğan G, Keçeli M, Yavuz S, Topçu A, Kasırga E. (2022, Dec). Measurement of Rectal Diameter and Anterior Wall Thickness by Ultrasonography in Children with Chronic Constipation. Turk J Gastroenterol. 33(12): 1062-1068. doi: 10.5152/tjg.2022.22165. PMID: 36510402; PMCID: PMC9797706.
13. Erkel D, Märzheuser S, Lindert J. (2024, Jul 19). Assessing fecal load with ultrasound in children with colorectal pathology: ReKiSo study. Pediatr Surg Int. 40(1): 202. doi: 10.1007/s00383-024-05771-4. PMID: 39030300; PMCID: PMC11271418.
14. Eslamian G, Jamee M, Momen T, Rohani P, Ebrahimi S, Mesdaghi M et al. (2024, Jun 20). Genomic testing identifies monogenic causes in patients with very early-onset inflammatory bowel disease: a multicenter survey in an Iranian cohort. Clin Exp Immunol. 217(1): 1-11. doi: 10.1093/cei/uxae037. PMID: 38651248; PMCID: PMC11188541.
15. Fedele F, Fioretti MT, Scarpato E, Martinelli M, Strisciuglio C, Miele E. (2024, Apr 8). The ten «hard» questions in pediatric functional constipation. Ital J Pediatr. 50(1): 64. doi: 10.1186/s13052-024-01623-y. PMID: 38649896; PMCID: PMC11036569.
16. Gardner IH, Siddharthan RV, Tsikitis VL. (2020). Benign anorectal disease: hemorrhoids, fissures, and fistulas. URL: http://www.annalsgastro.gr/index.php/annalsgastro/article/view/4765/4762. https://doi.org/10.20524/aog.2019.0438.
17. Hamdy AM, Sakr HM, Boules IS, Awad YMM. (2023, Mar). The role of rectal ultrasound in children with functional constipation. J Paediatr Child Health. 59(3): 533-536. doi: 10.1111/jpc.16344. Epub 2023 Jan 30. PMID: 36718568.
18. Harma B. (2023, Mar). Conservative management of anal fissure accompanying constipation in school-age children. Medicine Science. International Medical Journal. 12(1): 319-323. doi: 10.5455/medscience.2023.01.04.
19. Hyams DS, Di Lorenzo C, Saps M, Schulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. (2016). Functional disorders: children and adolescents. Gastroenterology. 150(6): 1456–1468.e2,2016.
20. Imanzadeh F, Hosseini A, Khalili M, Naghdi E, Hajipour M, Yazdanifard P et al. (2022) Transabdominal Ultrasound Measurement of the Diameter of Rectal Ampulla as a Less Invasive Modality for Digital Rectal Examination in Children with Functional Constipation. Inn J Pediatr. 32 (5): e114354. https://doi.org/10.5812/ijp-114354.
21. Jamshidi R. (2018, Mar). Anorectal Complaints: Hemorrhoids, Fissures, Abscesses, Fistulae. Clin Colon Rectal Surg. 31(2): 117-120. Epub 2018 Feb 25. doi: 10.1055/s-0037-1609026. PMID: 29487494; PMCID: PMC5825861.
22. Kim K, Jeon HJ, Bae SH. (2020, Jan 30). Value of Fluoroscopic Defecography in Constipated Children With Abnormal Colon Transit Time Test Results. J Neurogastroenterol Motil. 26(1): 128-132. doi: 10.5056/jnm18201. PMID: 31715093; PMCID: PMC6955200.
23. Kim YB, Kim JY, Choi S, Kim HJ, Lee YM, Lee Y et al. (2022, Mar 7). Potential Utility of Fecal Calprotectin in Discriminating Colorectal Polyps From Other Major Etiologies in Children Presenting With Isolated Hematochezia. Potential Utility of Fecal Calprotectin in Discriminating Colorectal Polyps From Other Major Etiologies in Children Presenting With Isolated Hematochezia. J Korean Med Sci. 37(9): e72. doi: 10.3346/jkms.2022.37.e72. PMID: 35257527; PMCID: PMC8901882.
24. Konoplitskyi VS. (2015). Hostra analna trishchyna u ditei (ohliad literatury ta vlasni sposterezhennia). Khirurhiia dytiachoho viku. 3-4(48-49): 112-119. [Конопліцький ВС. (2015). Гостра анальна тріщина у дітей (огляд літератури та власні спостереження). Хірургія дитячого віку. 3-4(48-49): 112-119].
25. Le Helloco C, Maruani A, Le Touze A, Herbreteau D, Leducq S. (2022, Apr 13). Lesion of the Anal Margin in a Young Child: A Quiz. Acta Derm Venereol. 102: adv00696. doi: 10.2340/actadv.v102.1177. PMID: 35166854; PMCID: PMC9558758.
26. Leung AK, Hon KL. (2021, Mar 26). Paediatrics: how to manage functional constipation. Drugs Context. 10: 2020-11-2. doi: 10.7573/dic.2020-11-2. PMID: 33828605; PMCID: PMC8007206.
27. Levy EI, Lemmens R, Vandenplas Y, Devreker T. (2017, Mar 9). Functional constipation in children: challenges and solutions. Pediatric Health Med Ther. 8: 19-27. doi: 10.2147/PHMT.S110940. PMID: 29388621; PMCID: PMC5774595.
28. Lin M, Zhu H, Zhang R, Wang H. (2022, Sep). Causes of bloody stools in neonates: a case series report. Transl Pediatr. 11(9): 1438-1444. doi: 10.21037/tp-22-166. PMID: 36247883; PMCID: PMC9561507.
29. Malik I, Sami A, Yousuf W, Tariq S, Jan S, Niyaz T. (2023, Jul). Etiological Profile of Lower Gastrointestinal Bleeding in Children and Adolescents from Kashmir; A Tale of 5 Years. Middle East J Dig Dis. 15(3): 180-184. Epub 2023 Jul 30. doi: 10.34172/mejdd.2023.341. PMID: 38023467; PMCID: PMC10660323.

Читайте нас на сайті: https://med-expert.com.ua

30. Meseeha M, Attia M. (2023, Aug 8). Proctitis and Anusitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430892/.
31. Momeni M, Momen-Gharibvand M, Kulouee N, Javaherizadeh H. (2019, May 20). Ultrasonography in determining the rectal diameter and rectal wall thickness in children with and without constipation: a case-control study. Arquivos de Gastroenterologia. 56(1): 84-87. doi: 10.1590/S0004-2803.201900000-19. PMID: 31141069.
32. Mugie SM, Bates DG, Punati JB, Benninga MA, Di Lorenzo C, Mousa HM. (2015, Feb). The value of fluoroscopic defecography in the diagnostic and therapeutic management of defecation disorders in children. Pediatr Radiol. 45(2): 173-180. Epub 2014 Sep 30. doi: 10.1007/s00247-014-3137-3. PMID: 25266954.
33. Özdamar MY. (2018, Jan). Anal fissure epidemiology and related diseases in children. Southern Clinics of Istanbul Eurasia. 29(4). 295-300. doi: 10.14744/scie.2018.84803.
34. Pan Y, Jiao FY. (2025). Addressing functional constipation in children: A call for comprehensive and collaborative management. World J Gastroenterol. 31(7): 98889. doi: 10.3748/wjg.v31.i7.98889.
35. Patkova B, Wester T. (2020, Oct). Anal Fissure in Children. Eur J Pediatr Surg. 30(5): 391-394. Epub 2020 Sep 13. doi: 10.1055/s-0040-1716723. PMID: 32920798.
36. Pop D, Tătar S, Fufezan O, Farcău D. (2021, Aug). Rectum sizes: Assessment by ultrasonography in children with functional constipation. J Paediatr Child Health. 57(8): 1244-1249. Epub 2021 Mar 4. doi: 10.1111/jpc.15435. PMID: 33665902.
37. Quitadamo P, Isoldi S, Mallardo S, Zenzeri L, Ceccanti S, Battagliere I et al. (2024). Rectal Bleeding in Infants: Diagnostic Work-up and Management. Curr Pediatr Rev. 20(3): 286-295. doi: 10.2174/1573396319666230210111048. PMID: 36809947.
38. Rybalchenko VF, Berezhnyi VV, Konoplytskyi VS, Rusak PS, Kozachuk VH, Pereiaslov AA ta insh. (2018). Porushennia vyporozhnen u ditei: Zakrepy ta enkoprez. Navchalnyi posibnyk. Kyiv: PP «INPOL LTM», TOV «Drukarnia Ruta»: 518. [Рибальченко ВФ, Бережний ВВ, Коноплицький ВС, Русак ПС, Козачук ВГ, Переяслов АА та інш. (2018). Порушення випорожнень у дітей: Закрепи та енкопрез. Навчальний посібник. Київ: ПП «ІНПОЛ ЛТМ», ТОВ «Друкарня Рута»: 518].
39. Rybalchenko VF, Melnychenko MG, Kozachuk VG. (2024). Anal fissure in children – a pediatric or surgical problem? The Odessa Medical Journal. 6(191): 39-44. https://doi.org/10.32782/2226-2008-2024-6-7.
40. Sanchez-Avila MT, Garcia-Valencia OA, Rivas-Calderon M, Morales-Garza LA, Jacobo-Velazquez P, Chavez-Caraza KL. (2018). Frequency and findings of the acquired anorectal disease in the pediatric population with chronic constipation. Turk J Pediatr. 60(5): 547-553. doi: 10.24953/turkjped.2018.05.012. PMID: 30968637.
41. Scott SM, van den Berg MM, Benninga MA. (2011) Rectal sensorimotor dysfunction in constipa-tion. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 25: 103-118. doi: 10.1016/j.bpg.2011.01.001.
42. Sissoko NDN, Chen W, Wang C, Wu Y, Zheng X, Dong X et al. (2023, May 1). Associations between functional constipation and non-IgE-mediated food allergy in infants and children. Allergol Immunopathol (Madr). 51(3): 163-173. doi: 10.15586/aei.v51i3.738. PMID: 37169574.
43. Sunkari K, Siddiqui MS, Mishrikotkar PS, Engade MB, Totla RJ, Joshi PM et al. (2025, Jul 1). Transabdominal Ultrasound Measured Rectal Diameter for Identifying Fecal Impaction in Children With Functional Constipation: A Diagnostic Accuracy Study. Cureus. 17(7): e87100. doi: 10.7759/cureus.87100. PMID: 40747168; PMCID: PMC12312619.
44. Tran DL, Nguyen Trong Tran P, Susantitaphong P, Phinyo P, Sintusek P. (2025, Feb). Value of transabdominal ultrasonography for diagnosing functional constipation in children: a systematic review and meta-analysis. Clin Exp Pediatr. 68(2): 127-135. Epub 2024 Nov 13. doi: 10.3345/cep.2024.00927. PMID: 39533722; PMCID: PMC11825114.
45. Tran DL, Sintusek P. (2023, Feb 28). Functional constipation in children: What physicians should know. World J Gastroenterol. 29(8): 1261-1288. doi: 10.3748/wjg.v29.i8.1261. PMID: 36925458; PMCID: PMC10011959.
46. Vinmec healthcare system. (2025, Jan 25). Auses of anal pain and itching in children. URL: https://www.vinmec.com/eng/blog/causes-of-pain-and-itching-in-the-anus-en
47. Vos JMBW, Bloem MN, de Geus A, Leeflang MMG, Spijker R, Koppen IJN et al. (2024, Dec). Accuracy of transabdominal ultrasound to diagnose functional constipation and fecal impaction in children: a systematic review and meta-analysis. Pediatr Radiol. 54(13): 2227-2242. Epub 2024 Nov 15. doi: 10.1007/s00247-024-06083-4. PMID: 39545958; PMCID: PMC11638420.
48. Yu M, Shang Y, Han L, Yu X. (2024, May 10). Bowel Habits, Obesity, Intestinal Microbiota and Their Influence on Hemorrhoidal Disease: a Mendelian Randomization Study. Clin Exp Gastroenterol. 17: 157-164. doi: 10.2147/CEG.S450807. PMID: 38745764; PMCID: PMC11093121.
49. Zhang SC, Wang WL, Liu X. (2014) Defecography used as a screening entry for identifying evacuatory pelvic floor disorders in childhood constipation. Clin Imaging. 38: 115-121. doi: 10.1016/j.clinimag.2013.11.010.

Відомості про авторів:
Рибальченко Василь Федорович – д.мед.н., проф., проф. каф. дитячої хірургії, ортопедії та травматології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. https://orcid.org/0000-0002-1872-6948.
Козачук Валентина Григорівна – к.мед.н., доц., доц. каф. педіатрії, дитячої кардіології, ревматології та кардіохірургії НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. https://orcid.org/0000-0003-1981-7347.
Рибальченко Інна Геннадіївна – к.мед.н., викладач каф. хірургічних хвороб №1 ПВНЗ «Київський медичний університет». Адреса: м. Київ, вул. Бориспільська, 2. https://orcid.org/0000-0003-0634-2725.
Тараненко Тамара Вікторівна – к.мед.н., доц., доц. каф. педіатрії, дитячої кардіології, ревматології та кардіохірургії НУОЗ України імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. https://orcid.org/0000-0003-2277-1546.

Стаття надійшла до редакції 05.12.2025 р., прийнята до друку 08.02.2026 р.