

ПОЄДНАННЯ ДОЛІХОСИГМИ, СИНДРОМУ ПАЙРА І НЕДОСТАТНОСТІ БАУГІНІЄВОЇ ЗАСЛІНКИ, УСКЛАДНЕНЕ ХРОНІЧНИМ КОЛОСТАЗОМ ТА РЕЦИДИВНИМ АБДОМІНАЛЬНИМ БОЛЕМ У ДИТИНИ

О.Б.Боднар, Л.І.Ватаманеску, Б.М.Боднар, С.О.Сокольник, А.В.Бочаров

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології (зав. – проф. О.Б.Боднар) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Питання діагностики та лікування поєднаних уроджених вад товстої кишки пов'язано з великою кількістю доопераційних та інтраопераційних помилок, що визначає їх актуальність. У статті наведені дані про поєднання доліхосигми, синдрому Пайра та недостатності баугінієвої заслінки у дитини, які розглядаються з позиції ембріогенезу.

Ключові слова: доліхосигма, синдром Пайра, недостатність баугінієвої заслінки, дитина.

Природжені вади товстої кишки (ТК) трапляються у дітей значно частіше, ніж інші аномалії шлунково-кишкового тракту. Агангліоз (хвороба Гіршспрунга) є абсолютним показанням до хірургічного втручання. Доліхосигма, хвороба Пайра, доліхомегаколон, колоноптоз та різноманітні аномалії фіксації ободової кишки є відносними показаннями до операції [1, 2]. За даними деяких авторів [3], доліхосигма у дітей, поширеність якої сягає 27,6%, проявляється хронічними запорами та рецидивним абдомінальним болем. На тлі хронічних запорів відбуваються порушення процесів травлення та всмоктування, зміна мікрофлори ТК, розвиваються дисбактеріоз, хронічне запалення слизової оболонки [4].

Під хворобою Пайра розуміють природжену ваду, яка виникає внаслідок фіксації селезінкового кута ТК короткою і високо розташованою діафрагмально-ободовою зв'язкою, що сприяє різкому перегинанню та формуванню “дубельт-кишки”. В такому разі утруднюється пасаж хімусу поперечною ободовою кишкою, яка з часом «провисає» аж до малого таза. Характерними для даної патології є нападаподібний біль (посилюється при фізичному навантаженні та після вживання їжі) і тривалі запори, які з часом прогресують [5].

Хронічний колостаз призводить до зниження компенсаторних можливостей ілеоцекального замикального апарату і розвитку недостатності баугінієвої заслінки.

Дітей з доліхосигмою, хворобою Пайра госпіталізують і лікують у гастроентерологічних відділеннях з приводу нез'ясованих шлунково-кишкових захворювань. Консервативне лікування часто безуспішне. Деякі хворі потрапляють у хірургічні відділення з підозрою на гострий апендицит. Неможливість виключити гостру хірургічну патологію призводить до ургентного хірургічного втручання, але в післяопераційному періоді спостерігаються попередні клінічні прояви [6, 7]. Тому проблема діагностики, вибору методу лікування та способу хірургічної корекції аномалій розвитку ободової кишки вельми актуальна.

Наводимо клінічне спостереження поєднання доліхосигми, хвороби Пайра та недостатності баугінієвої заслінки у дитини.

Хворий В., 14 років, госпіталізований у відділення дитячої хірургії зі скаргами на: біль по всьому животу, більше в лівій латеральній ділянці, що ірадіює в ліву руку і посилюється через 2-4 год після вживання їжі, збільшується при фізичному навантаженні; запори від 4 до 9 діб та каломазання, які усуваються за допомогою клізм; відчуття повноти в лівому верхньому квадранті живота; періодичну нудоту, загальну слабкість та відставання у фізичному розвитку. Народився доношеним, без ускладнень під час пологів, меконій відійшов своєчасно. У 9-річному віці з'явилися запори, а згодом і біль у животі після фізичного навантаження. Неодноразово (4 рази) безуспішно лікувався в дитячому гастро-

нтерологічному відділенні з приводу синдрому подразненого кишечника без діареї, коліту, гастродуоденіту. У 11-річному віці біль посилювався і поширювався на праву пахвинну ділянку. У віці 12, 13 та 14 років госпіталізований в хірургічні клініки з підозрою на гострий апендицит, який був виключений на етапах динамічного спостереження. По медичну допомогу звернувся в зв'язку з посиленням болю, збільшенням тривалості запорів, відставанням фізичного розвитку.

Стан хворого тяжкий, шкірні покриви бліді, тургор тканин понижений, положення в ліжку активне. Хворий астеничної статури, маса тіла – 35 кг, зріст – 154 см. Температура тіла – 36,9°C, пульс – 88 уд./хв., ритмічний, АТ – 110/60 мм рт. ст. Тони серця чисті, ритмічні, звучні. Грудна клітка правильної форми, перкуторно – звук легеневого. При аускультатії дихання везикулярне. Язик вологий. Живіт звичайної форми, симетричний, трохи здутий на тлі підвищеного метеоризму. Визначається пальпаторна болючість у лівій боковій та правій пахвинній ділянках. Біль зменшується при положенні пацієнта на лівому боці, збільшується у вертикальному положенні. Симптоми подразнення очеревини негативні, перистальтика ослаблена. Визначається позитивний симптом Герца. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. При пальцевому дослідженні прямої кишки тонус сфінктера збережений, ампула прямої кишки еластичної структури, не розширена, без вмісту.

Загальний аналіз крові: ер. – 3,4 Г/л; гемоглобін – 92 г/л; КП – 0,83; тромбоцити – 238 тис.; лейкоцити – 10,6 Т/л; еоз. – 6%, пал. – 8%; сегм. – 47%; лімф. – 35%; мон. – 4%. ШЗЕ – 3 мм/год. Згортання крові: початок – 4'00", кінець – 5'00". Загальний аналіз сечі – в межах вікової норми.

Біохімічний аналіз крові: глюкоза – 4,9 ммоль/л, сечовина – 3,5 ммоль/л, креатинін – 58,9 мкмоль/л, білірубін загальний – 13,2 мкмоль/л, загальний білок – 52,15 г/л, калій – 4,17 ммоль/л, натрій – 138 ммоль/л, хлор – 98 мкмоль/л, осмолярність – 284 мосмоль/л.

Коагулограма: протромбіновий час – 21 с, протромбіновий індекс – 71,4 %, час рекальцифікації – 137 с, активований ЧР – 72 с, фібриноген А – 2,88 г/л, фібриноген Б – негативний, гематокрит – 42%.

Після 5-денної підготовки ТК за допомогою очисних клізм виконано іригоскопію з контрастуванням 35% дрібнодисперсною водною сумішшю сульфату барію. Заповнення ТК контрастною сумішшю проводилося в положенні хворого на спині та при зміні положення з періодичним

іригоскопічним контролем. ТК щільно заповнена на всю довжину, без дефектів наповнення. У ділянці лівого вигину ободової кишки утворений гострий кут між поперечною та низхідною ободовими кишками. Спостерігається високе положення лівого вигину ободової кишки по відношенню до правого. Сигмоподібна ободова кишка (СОК) подовжена у вигляді трьох додаткових петель. Гаустрація знижена. Визначається закидання великої кількості контрастної суміші в клубову кишку із заповненням двох петель, збільшення ілеоцекальної заслінки з деформацією її елементів. Кількість контрастної суміші в тонкій кишці збільшувалася після спорожнювання. Випорожнення ободової кишки незадовільне (затримка контрасту в лівих відділах ободової кишки). Висновок: доліхосигма, синдром Пайра, недостатність баугіневої заслінки III ступеня.

Клінічна симптоматика, тривалість та прогресування хвороби, дані іригоскопії свідчили про показання до оперативного лікування. Протягом 4 діб проводили очисні клізми до “чистих вод”. Добу перед операцією проводили парентеральне харчування (інфезол та 10 % глюкоза), розпочинали антибактеріальну терапію (лораксон).

Під ендотрахеальним наркозом проведено операцію – лівобічну трансректальну лапаротомію, резекцію СОК з формуванням анастомозу кінцець у кінець, формування верхньої зв'язки СОК та лівого вигину ободової кишки, апендектомію, закриття баугінеопластику з формуванням ілеоцекуса.

При ревізії органів черевної порожнини виявлено подовжену СОК у вигляді трьох додаткових петель, що проникають у порожнину малого таза та правий боковий фланк (рис. 1). Селезінковий вигин ободової кишки загострений, визначається на 7 см вище печінкового. Виявляється перегин між поперечною та низхідною ободовими кишками. Проведено розсікання парієтальної очеревини збоку від СОК, мобілізацію СОК на рівні прямих судин брижового краю від верхньої та нижньої сигмоподібних артерій. Видалено до 42 см ТК, сформовано анастомоз кінцець у кінець вузловими інвертаційними та серозно-м'язовими швами (PDS-4/0). Розсічені селезінково-ободова та діафрагмально-ободова зв'язки, сформовано селезінковий кут ободової кишки шляхом накладання швів між серозно-м'язовою оболонкою та парієтальною очеревиною. Створена верхня зв'язка СОК шляхом підшивання (PDS-4/0) останньої до розсіченої парієтальної очеревини (рис. 2). Позад анастомозу заведено дренажну трубку. При ревізії правої половини ободової кишки спостерігали розширення

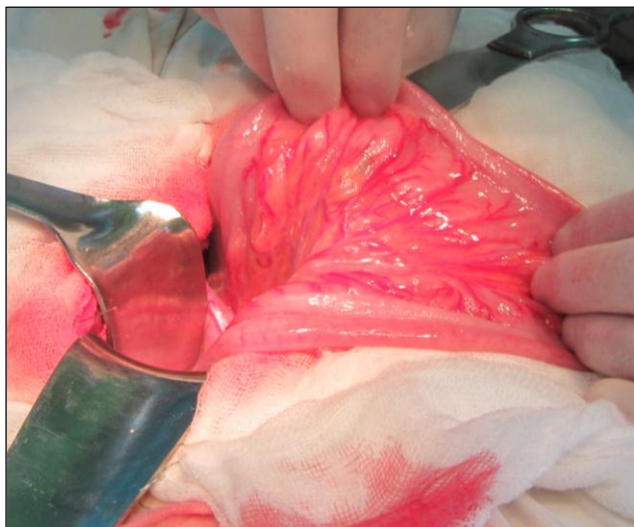


Рис. 1. Доліхосигма у хворого В., 14 років.

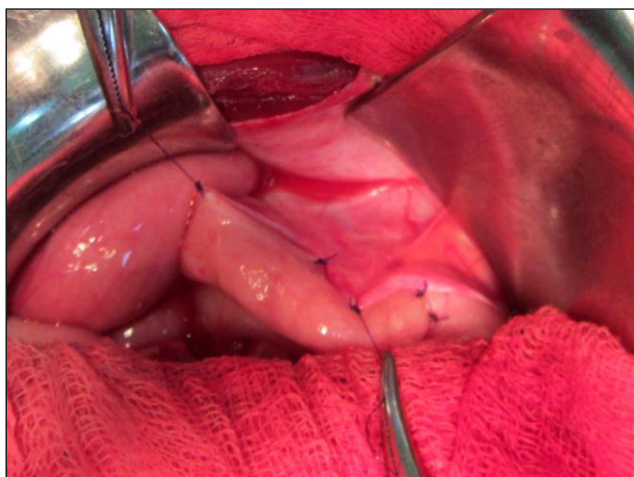


Рис. 2. Резекція сигмоподібної ободової кишки, товсто-товстокишковий анастомоз кінець у кінець, формування верхньої зв'язки сигмоподібної ободової кишки у хворого В., 14 років.

ілеоцекального клапана (до 4 см). Сліпа кишка мармурового відтінку, розширена, при помірному натисканні газ та вміст легко переміщувалися в термінальний відділ клубової кишки. Проведена апендектомія та інтраопераційна манометрія з визначенням тиску пропускання повітря в клубову кишку. Тиск становив 10 мм. рт. ст. (вікова норма – 30±5 мм. рт. ст.), що підтверджувало наявність недостатності ілеоцекального замикального апарату. Недостатність баугінієвої заслінки корегована шляхом проведення закритої баугінеопластики з формуванням ілеоцекуса за власною методикою [8]. Суть її полягає в тому, що після пересікання клубово-сліпокишкової зв'язки накладають серозно-м'язові шви між прибрижовою ділянкою клубової кишки та медіальним відділом сліпої кишки, формуючи штучний ілеоцекус, тим самим укріплюючи задню

стінку баугінієвої заслінки. На передню стінку сліпої кишки та протибрижовий край клубової кишки накладають серозно-м'язові шви із захопленням власне ілеоцекального переходу, тим самим укріплюючи передню стінку баугінієвої заслінки.

Післяопераційний діагноз: доліхосигма, хронічний калогенний колостаз, синдром Пайра, недостатність баугінієвої заслінки III ступеня, хронічний апендицит.

Гістологічно виявлено склероз власної пластинки слизової оболонки. У підслизовій основі процеси склерозування поєднувалися з жировим переродженням. Спостерігалася гіпертрофія м'язових волокон та атрофічні процеси (вакулізація міоцитів). Визначалося розростання грубоволокнистої сполучної тканини між м'язовими волокнами, навколо судин та нервових сплеть, склерозування серозної оболонки та брижі СОК. У червоподібному відростку – запальний процес слизової оболонки.

Перебіг післяопераційного періоду задовільний. Призначали лораксон, метрагіл, інфузійну терапію. Для ентерального харчування використовували "Нестежене", проводили сеанси гіпербаричної оксигенації. Рана загоїлася первинним натягом. У задовільному стані хлопчик виписаний.

Дитину спостерігали протягом 4 років після хірургічного втручання: випорожнення регулярні (щодоби), хронічний біль у животі відсутній. Висновок контрольної іригоскопії: ободова кишка без патологічних перегинів, селезінковий кут заокруглений, недостатності баугінієвої заслінки не виявлено, випорожнення ТК задовільне. Колоноскопично – анастомоз органічно та функціонально повноцінний, без явищ коліту.

Вважаємо, що виникнення доліхосигми у поєднанні із синдромом Пайра сталося на етапі розвитку задньої кишки та дорзальної брижі внаслідок порушення елонгіції кишкового на 5-му тижні ембріогенезу, прихованого прогресування аномалії у постнатальному періоді, аж до стадії виражених клінічних проявів. Наслідком доліхосигми та синдрому Пайра було підвищення тиску в ободовій кишці, що призвело до зниження компенсаторних можливостей ілеоцекального замикального апарату та виникнення недостатності баугінієвої заслінки.

Висновок. Операцією вибору при поєднанні доліхосигми, синдрому Пайра та недостатності баугінієвої заслінки може бути резекція СОК, створення верхньої зв'язки СОК та лівого кута ободової кишки, закрита баугінеопластика з формуванням ілеоцекуса.

Література

1. Ксьонз І.В. Трансверзоколоноптоз або хвороба Пайра: клініка, діагностика, хірургічне лікування / І.В.Ксьонз, М.І.Гриценко // *Хірургія дит. віку*. – 2008. – № 4. – С. 23-25.
2. Ameh E.A. Intestinal volvulus: aetiology, morbidity, and mortality in Nigerian children / E.A.Ameh, P.T.Nmadu // *J. Pediatr. Surg. Int.* – 2010. – Vol. 16, № 2. – P. 50-52.
3. Зимницкая Т.В. Принципы дифференцированной коррекции двигательных нарушений толстой кишки у детей с долихосигмой / Т.В.Зимницкая, Т.А.Велиева // *Пед. гастроэнтерол. і нутриціологія: матер. наук.-прак. конф. з міжнар. уч.* – Харків, 2010. – С. 51-53.
4. Radonjic V. The borders of vascular areas of superior and inferior mesenteric artery / V.Radonjic, M.Blagotic // *XVIII international symposium on morphological science*. – Timisoara, 2006. – P. 262-263.
5. Принципы диагностики и хирургического лечения болезни Пайра у детей / А.Н.Смирнов, Е.И.Дорофеева, А.Р.Жаров [и др.] // *Дет. хирургия*. – 2007. – № 1. – С. 10-14.
6. Комиссаров И.А. Хронические боли в животе у детей. Возможные причины и лечение / И.А.Комиссаров, А.М.Игнашов, К.М.Комаров // *Дет. хирургия*. – 2006. – № 3. – С. 19-23.
7. Цуман В.Г. Хирургическое лечение хронических запоров при долихосигме / В.Г.Цуман, Е.А.Машков, В.И.Щербина // *Дет. хирургия*. – 2008. – № 5. – С. 4-7.
8. Пат. 66236 Україна, МПК А61К 31/495, А61Р 1/00, А61В 17/00. Спосіб лікування недостатності ілеоцекального замикального апарату у дітей / Боднар О.Б., Білик І.І., Боднар Б.М., Сокольник С.О.; власник Буковинський державний медичний університет. – и 201107632; заявл. 17.06.11; опубл. 26.12.11, Бюл. № 24.

СОЧЕТАНИЕ ДОЛИХОСИГМЫ, СИНДРОМА ПАЙРА И НЕДОСТАТОЧНОСТИ БАУГИНИЕВОЙ ЗАСЛОНКИ, ОСЛОЖНЕННОЕ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛЬЮ У РЕБЕНКА

Резюме. Вопросы диагностики и лечения сочетанных пороков развития толстой кишки связаны с большим количеством дооперационных и интраоперационных ошибок, что определяет их актуальность. В статье приведены данные о сочетании долихосигмы, синдрома Пайра и недостаточности баугиниевой заслонки у ребенка, рассматриваемые с позиции эмбриогенеза.

Ключевые слова: долихосигма, синдром Пайра, недостаточность баугиниевой заслонки, ребенок.

A COMBINATION OF THE DOLICHOSIGMOID, PAYRE'S SYNDROME, BAUHIN'S VALVE INSUFFICIENCY COMPLICATED BY CHRONIC COLOSTASIS AND RECURRENT ABDOMINAL PAIN IN A CHILD

Abstract. Questions of the diagnostics and treatment of combined malformations of the colon are associated with a great numbers of preoperative and intraoperative errors, determining their topical character. The paper deals with the findings of a combination of dolichosigmoid, Payre syndrome and Baugin's valve insufficiency in a child that are regarded from a position of embryogenesis.

Key words: dolichosigmoid, Payre's syndrome, Baugin's valve insufficiency, child.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 16.10.2012 р.