

УДК 616.345-009.11-036.12-02:616.348-007.4-06]-07-089.053.2

О.Б. Боднар

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

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОВСТОКИШКОВОГО СТАЗУ, ЩО ОБУМОВЛЕНИЙ АНОМАЛІЯМИ ФІКСАЦІЇ ОБОДОВОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

Резюме. В роботі узагальнений досвід оцінки клінічних проявів та віддалених результатів лікування дітей з хронічним колостазом, що обумовлений аномаліями фіксації ободової кишки. З хворобою Пайра було 58 дітей, з синдромом Хілаїдіті – 3. Оперовано: 24 пацієнта з хворобою Пайра та 2 з синдромом Хілаїдіті. Для оцінки ефективності проведених хірургічних втручань діти були розподілені на дві групи: I група – порівняльна та II група – дослідна. В I групі (n=12 дітей) – проведений аналіз хірургічного лікування традиційними способами. В II групі (n=14 дітей) – проведений аналіз хірургічного лікування запропонованими способами. Хірургічне лікування хвороби Пайра у дітей традиційними методами супроводжується рецидивом хронічних запорів в 45,45%, больового синдрому в 50%, метеоризму в 33,33% та недостатності ілеоцекального замикального апарата в 100% дітей. Незадовільні наслідки хірургічного лікування синдрому Хілаїдіті спостерігалися в дитини порівняльної групи. Відновлення клінічних проявів в меншому ступені, ніж до операції відмічено в 1 дитини дослідної групи. Для лікування хвороби Пайра пропонується операція: пересічення лівої діафрагмово-ободовокишкової зв'язки, резекція поперечної ободової кишки та колофіксація лівого вигину ободової кишки. Для лікування синдрому Хілаїдіті (у випадку доліхоасцендоколон) пропонується операція: гепатопексія, резекція правого вигину ободової кишки з асцендо-трансверзоанастомозом “кінець у кінець”, колофіксація правого вигину ободової кишки. Доводиться їх доцільність.

Ключові слова: Хвороба Пайра, синдром Хілаїдіті, хірургічне лікування, діти.

Однією з частих причин запорів у дітей є порушення фіксації товстої кишки (6,8-30%) у вигляді природженого недорозвинення або відсутності фіксуємих анатомічних утворень товстої кишки, які призводять до колоноптозу, провисання правого та лівого вигинів ободової кишки (ОК), утворенню гострих перегинів, колоноптозу, хворобі Пайра [1].

Під хворобою Пайра розуміють вроджену аномалію, яка виникає в період ембріогенезу внаслідок фіксації селезінкового кута товстої кишки короткою і високо розташованою лівою поперечно-ободово-діафрагмовою зв'язкою, створюючи різкий перегин та формуючи “колодцестволку”. У цьому випадку утруднюється пасаж калу по поперечній ободовій кишці, виникає і її провисання до малого таза. Характерними для даної патології є нападоподібні болі (посилиються при фізичному навантаженні та після прийому їжі) та тривалі запори, які з часом прогресують [2, 3].

Під синдромом Хілаїдіті розуміють доволі рідкісну патологію, при якій спостерігається інтерпозиція печінкового кута товстої кишки між печінкою та діафрагмою. Існують постійна та переміжна локалізації [4].

Мета роботи: дослідити клінічні прояви та віддалені результати хірургічного лікування дітей з хворобою Пайра та синдромом Хілаїдіті.

Матеріали і методи. За період з 2000 по 2014 роки на кафедрі дитячої хірургії Буковинського державного медичного університету на базі клініки дитячої хірургії (КМУ МДКЛ, м. Чернівці) з хронічним товстокишковим стазом було обстежено 344 дітей. З хворобою Пайра було 58 дітей, з синдромом Хілаїдіті – 3.

Для констатації аномалій фіксації ободової кишки були проведені: оглядова рентгенографія та іригоскопічне (-скопичне) дослідження.

При оцінці рентгенологічного дослідження, з метою більш чіткого визначення наявності чи від-

дсутності аномалії фіксації ободової кишки, умовно її поділяли на анатомічні сегменти, згідно розташування замкачів. I сегмент – сліпокишковий (до замкача Бузі). II сегмент – висхідноободовий (від замкача Бузі до замкача Гірша). III сегмент – правобічний поперековоободовий (від замкача Гірша до замкача Кеннона). IV сегмент – лівобічний поперековоободовий (від замкача Кеннона до замкача Пайра-Штрауса). V сегмент – низхідноободовий (від замкача Пайра-Штрауса до замкача Баллі). VI сегмент – сигмоподібний (від замкача Баллі до замкача О'Берна-Пирогова-Мутьє).

Для встановлення діагнозу хвороби Пайра оцінювали верхню межу V та II сегментів, констатуючи утворення ними гострих кутів. Визначення положення III та IV сегментів виявляло опущення їх у порожнину малого таза.

На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини при синдромі Хілаїдіті спостерігали діафрагмово-печінкову інтерпозицію II-III сегментів ободової кишки. У прямій та боковій проекціях між правою половиною діафрагми та печінкою визначався газовий міхур, на тлі якого прослідковувався малюнок гаустр.

Показаннями до хірургічного лікування аномалій фіксації ободової кишки були: прогресування захворювання (збільшення терміну тривалості запорів, посилення больового синдрому) та відсутність ефекту від консервативної терапії на протязі 1 року. Всі діти були з декомпенсованою формою захворювання.

Прооперовано: 24 пацієнти з хворобою Пайра та 2 з синдромом Хілаїдіті. Хірургічні втручання дітям з хворобою Пайра виконували у віці після 13 років.

Для оцінки ефективності проведених хірургічних втручань діти були розподілені на дві групи. Діти були поділені на дві групи: I група – порівняльна та II група – дослідна.

У I групі (n=12 дітей (11 з хворобою Пайра, 1 – синдромом Хілаїдіті)) (2000-2006 рр.) – проведений аналіз хірургічного лікування традиційними способами. При хворобі Пайра виконували пересічення лівої діафрагмово-ободовокишкової зв'язки, резекцію провисаючої поперекової кишки з накладанням анастомозу “кінець у кінець”, лінію анастомозу підшивали до задньої поверхні великого сальника на 1,5-2,0 см від дна шлунка (11 дітей), синдромі Хілаїдіті – вилучення з піддіафрагмового простору правих відділів ободової кишки, гепатопексія, ретроградна інтубація кишок (1 дитина).

У II групі (n=14 дітей (13 з хворобою Пайра,

1 – синдромом Хілаїдіті)) (2007-2014 рр.) – проведений аналіз хірургічного лікування запропонованими способами. При хворобі Пайра проводили розділення спайок в ділянці лівого вигину ободової кишки та розсічення лівої діафрагмово-ободовокишкової зв'язки. Мобілізували надлишкову провисаючу частину поперекової ОК в межах замкача Гірша (справа) та Пайра-Штрауса (зліва). Виконували резекцію поперекової ободової кишки з відновленням прохідності шляхом накладання анастомозу “кінець в кінець” вузловими однорядними інвертованими швами (PDS 4/0). Виконували вкладання та фіксацію лівого вигину ободової кишки до задньо-бокової черевної стінки у фізіологічному положенні (13 дітей). При синдромі Хілаїдіті – вилучення з піддіафрагмового простору правих відділів ОК, резекція правого вигину ОК з асцендо-трансверзоанастомозом “кінець у кінець” та правобічною колофіксацією сформованого асцендо-трансверзопереходу, гепатопексія (1 дитина). При наявності у дітей II групи недостатності ілеоцекального замкального апарата III ступеня, окрім основного етапу операції проводили апендектомію та баугінеопластику [5]. Операція баугінеопластики виконана 6 дітям II групи (5 – хворобою Пайра та 1 – синдромом Хілаїдіті).

Проводили загальноклінічні аналізи крові. Ефективність проведеного оперативного втручання оцінювали в строки від 1 до 10 років після операційного періоду, згідно наявності чи відсутності клінічних проявів: хронічні запори, біль в животі, метеоризм.

Результати дослідження та їх обговорення. В обох групах основним клінічним проявом хвороби Пайра були хронічні запори, появу яких відмічали у різні вікові періоди: 6 дітей – до 1 року, 11 – від 1 до 3 років, 4 – від 4 до 6 років, 2 – від 7 до 9 років, 1 – після 9 років. Прогресування запорів супроводжувалося збільшенням їх терміну від 3 до 9 тіб, частим використанням клізм та проносних засобів. Всі діти неодноразово зверталися по допомогу в дитячі хірургічні відділення, 4 пацієнтів раніше були оперовані з приводу гострого апендициту.

Хвороба Пайра супроводжувалася больовим синдромом в 83,33% (20 дітей), від загальної кількості пацієнтів з хворобою Пайра (24 дитини). Больовий синдром найбільшої інтенсивності при хворобі Пайра спостерігався на “висоті” запору, купувався після дефекації за допомогою очисних клізм, масажу передньої черевної стінки.

Біль збільшувався при фізичному навантаженні та після прийому їжі. Зменшувався при

прийнятті дитиною горизонтального положення. З віком пацієнтів біль ставав більш інтенсивним та виснажливим, що було обумовлено спазмом окремих ділянок кишки, порушенням пасажу кишкового вмісту та натягом брижі. Окрім того відмічалася наявність запального процесу в ділянці товстої кишки, що підтверджувалося післяопераційними гістологічними заключеннями.

Наявність метеоризму в 10 дітей (41,67%), була пов'язана з тривалим знаходженням калових мас в товстій кишці, посиленням процесів бродіння та розвитком дисбактеріозу.

Аналіз лабораторних даних в доопераційному періоді виявляв анемію, лейкопенію, відносний нейтрофілоз, лімфоцитопенію, відносну та абсолютну моноцитопенію. Абсолютна кількість нейтрофілів, лімфоцитів, еозинофілів залишалася в межах вікової норми. Ці показники були відображенням доброякісної перерозподільної лейкоцитопенії, яка характеризувалася порушенням рівноваги між вільноциркулюючими лейкоцитами (циркулюючий пул) та лейкоцитами, які займали крайове положення в судинному руслі (маргінальний або депонований пул) (табл. 1).

Таблиця 1

Склад червоної та білої крові при хворобі Пайра у дітей

Показники		Контроль (n=40)	Хвороба Пайра (n=24)
Еритроцити ($10^{12}/л$)		4,25±0,32	3,25±0,25
Гемоглобін (г/л)		124,7±6,5	107,91±7,1
Кольоровий показник		0,95±0,06	0,87±0,02
Лейкоцити ($\times 10^9$)		7,4±0,7	5,6±1,2
Еозинофіли	%	3,3±0,7	2,9±1,7
	10^9	0,21±0,05	0,19±0,1
Нейтрофіли	%	53,4±2,7	60,7±7,5
	10^9	4,7±0,98	4,0±0,9
Лімфоцити	%	38,6±3,3	32,0±7,3
	10^9	3,4±0,8	2,1±0,9
Моноцити	%	6,0±1,0	4,3±1,5
	10^9	0,38±0,02	0,3±0,1
ШЗЕ		8,0±2,12	4,3±1,0
ЛП		0,6±0,4	2,0

У післяопераційному періоді рецидив хронічних запорів у дітей I групи становив у 45,45%, у II групі лише в 1 дитини (7,69%). Відновлення болю в животі після операції було у 50% пацієнтів I групи та 9,09% – II групи. В післяопераційному періоді, метеоризм та “неприємні відчуття в животі” виникали у 33,33% I групи та не було в II групі. Високе положення лівого вигину ОК з

“утворенням гострого кута”, без трансверзодоліхоколону, відбувалося в 27,27% I групи та не було в II групі. Недостатність ілеоцекального замикального апарату прогресувала в 100% пацієнтів I групи та зникала в II групі. Слід зазначити, що клінічні прояви захворювання в дітей основної групи були періодичними та легко піддавалися консервативній терапії (табл. 2).

При синдромі Хілаїдіті у дитини порівняльної групи через 2 роки після операції спостерігалось відновлення хронічних запорів та болю в животі, що тяжко піддавалося консервативній терапії. Виникла пізня спайкова кишкова непрохідність, що потребувала виконання операції, під час якої проведена резекція правого вигину ОК з асцендо-трансверзоанастомозом “кінець у кінець” та правобічна колофіксація сформованого асцендо-трансверзопереходу. Після цього спостерігали зникнення клінічних проявів захворювання. Стан пацієнта II групи задовільний. Вищезазначене свідчить про ефективність запропонованих способів хірургічного лікування АФОК у дітей.

Доцільність проведених операцій пояснюється тим, що ліквідується ембріологічна причина

Таблиця 2

Розподіл дітей з хворобою Пайра, залежно від клінічних проявів захворювання (післяопераційний період)

Клінічні прояви	Групи дітей			
	I група, n=11		II група, n=13	
	до операції	після операції	до операції	після операції
Хронічні запори, n=24	11	5	13	1
Біль у животі, n=20	10	5	10	1
Метеоризм, n=10	6	2	4	0
Наявність НЦЗА III ступеня, (за даними іригоскопії), n=6	3	3	3	0
Високе положення лівого вигину ободової кишки з “утворенням гострого кута”	11	3	13	0
Незадовільне випорощення (за даними іригоскопії), n=24	11	6	13	1

Примітки: n – кількість спостережень.

хронічного колостазу (корекція зв'язкового апарату: пересічення лівої діафрагмово-ободовокишкової зв'язки при хворобі Пайра та гепатопексія при синдромі Хілаїдіті) та її наслідок (резекція поперечної ободової кишки при хворобі Пайра та резекція правого вигину ОК при синдромі Хілаїдіті) поєднано з колофіксацією у фізіологічному положенні (лівого вигину ОК при хворобі Пайра та правого при синдромі Хілаїдіті).

Висновки. 1. Хірургічне лікування хвороби Пайра у дітей традиційними методами супроводжується рецидивом хронічних запорів в 45,45%, больового синдрому в 50%, метеоризму в 33,33% та недостатності ілеоцекального замикального апарата в 100% дітей. 2. Для хірургічного лікування хвороби Пайра у дітей може бути використана операція: пересічення лівої діафрагмово-обо-

довокишкової зв'язки, резекція поперечної ободової кишки та колофіксація лівого вигину ободової кишки. 3. Наявність недостатності ілеоцекального замикального апарата при аномаліях фіксації ободової кишки у дітей повинна супроводжуватися операцією баугінеопластики. 4. З метою хірургічного лікування синдрому Хілаїдіті у дітей (у випадку долихоасцендоколон) доцільно застосовувати: гепатопексію, резекцію правого вигину ободової кишки з асцендо-трансверзоанастомозом "кінець у кінець", колофіксацію правого вигину ободової кишки.

Перспективи наукового пошуку. На підставі проведених досліджень доцільно удосконалити методи консервативного лікування аномалій фіксації ободової кишки у дітей в післяопераційному періоді.

Список використаної літератури

1. Эргашев Н.Ш. Хирургическое лечение колонотоза у детей / Н.Ш. Эргашев, З.Ж. Бекназаров, Ф.М. Хуррамов // *Дет. хирург.* – 2010. – № 4. – С. 32-33.
2. Дорофеева Е.Г. Болезнь Пайра у детей (клиника, диагностика, хирургическое лечение): автореф. на соиск. науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.35 "Детская хирургия" / Е.Г. Дорофеева. – М., 2008. – 23 с.
3. Emanuwa O. Midgut malrotation first presenting as acute bowel obstruction in adulthood: a case report and literature review / O. Emanuwa, A. Ayantunde, T. Davies // *World Journal of Emergency Surgery.* – 2011. – V. 6. – P. 22-26.
4. Severe recurrent abdominal pain: an anatomical variant of Chilaiditi's syndrome [Електронний ресурс] / Robert D. Glatter; Robert S. April, Paul Miskovitz, L. Daniel Neistadt // *Medscape General Medicine.* – 2007. – V. 9(2). – P. 67. – Режим доступу до журн.: *WebMD/Medscape Health Network.*
5. Боднар О.Б. Обґрунтування методів лікування клубово-сліпокишкового сегмента у дітей (клініко-експериментальне дослідження): 14.01.09 / О.Б. Боднар. – К., 2011. – 368 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА, ОБУСЛОВЛЕННОГО АНОМАЛИЯМИ ФИКСАЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Резюме. В работе обобщен опыт оценки клинических проявлений и отдаленных результатов лечения детей с хроническим колостазом, обусловленный аномалиями фиксации ободочной кишки. С болезнью Пайра было 58 детей, с синдромом Хилаидити – 3. Оперировано: 24 пациента с болезнью Пайра и 2 с синдромом Хилаидити. Для оценки эффективности проведенных хирургических вмешательств дети были распределены на две группы: I группа – сравнительная и II группа – основная. В I группе (n=12 детей) – проведен анализ хирургического лечения традиционными способами. Во II группе (n=14 детей) – проведен анализ хирургического лечения предложенными способами. Хирургическое лечение болезни Пайра у детей традиционными методами сопровождалось

рецидивом хронических запоров в 45,45%, болевого синдрома в 50%, метеоризма в 33,33% и недостаточности илеоцекального запирающего аппарата у 100% детей. Неудовлетворительные исходы хирургического лечения синдрома Хилаидити наблюдались у ребенка сравнительной группы. Рецидив клинических проявлений в меньшей степени, чем до операции отмечен у 1 ребенка группы сравнения. Для лечения болезни Пайра предлагается операция: пересечение левой диафрагмально-ободочной связки, резекция поперечно-ободочной кишки и колофиксация левого изгиба ободочной кишки. Для лечения синдрома Хилаидити (в случае долихоасцендоколон) предлагается операция: гепатопексия, резекция правого изгиба ободочной кишки с асцендо-трансверзоанастомозом "конец в конец", колофиксация правого изгиба ободочной кишки. Доказывается их целесообразность.

Ключевые слова: болезнь Пайра, синдром Хилаидити, хирургическое лечение, дети.

CLINICAL MANIFESTATIONS AND REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC COLON STASIS CAUSED BY FIXATION ABNORMALITIES OF THE COLON IN CHILDREN

Abstract. The work generalizes the experience of evaluation of clinical manifestations and remote results of treatment of children with chronic colostasis caused by fixation abnormalities of the colon. 58 children were detected to have Payre's disease, with Cyilaiditi's syndrome – 3 children. 24 patients with Payre's disease and 2 Cyilaiditi's syndrome were operated on. To assess the effectiveness of surgery, children were divided into two groups: I group – comparative and II group - experienced. In I group (n=12 children) – the analysis of surgical treatment was performed traditionally. In II group (n=14 children) – the analysis of surgical treatment was conducted by means of the methods proposed. Traditional surgical treatment of Payre's disease in children was followed

by relapse of chronic constipation in 45,45%, pain in 50%, flatulence in 33,33% and failure of the ileocolic closing apparatus in 100% of children. Unsatisfactory outcomes of surgical treatment of Cyilaiditi's syndrome was observed in a child from the comparative group. Relapse of clinical symptoms to a lesser degree than before the surgery was found in 1 child from the experienced group. To treat Payre's disease the following operation is proposed: intersection of the left diaphragm-colon ligament, resection of transverse colon and colofixation of the left bending of the colon. To treat Cyilaiditi's syndrome (in case of dolichoascendocolon) the following operation is suggested: hepatopexy, resection of the right bending of the colon with ascending transversal anastomosis "end to end", fixing of right bending of the colon. Their reasonability is being proved.

Key words: Payre's disease, Cyilaiditi's syndrome, surgical treatment, children.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 02.02.2015 р.
Рецензент – проф. Іфтодій А.Г. (Чернівці)