

СИНДРОМ ПАЙРА У ДЕТЕЙ – ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Рыбальченко В.Ф.¹, Русак П.С.^{1,2}, Вишпинський І.М.²,
Белей Р.П.², Заремба В.Р.², Брагинская С.А.³, Урин О.М.³

¹НМАПО имени П.Л. Шупика МЗ Украины, Киев

²Житомирская областная детская клиническая больница,
Житомир, Украина

³Киевская городская детская клиническая больница № 1,
Киев, Украина

Введение. Болезнь Пайра (БП) – это симптомокомплекс, который возникает в случае опущения поперечноободочной и перегиба толстой кишки в области селезеночной кривизны и виаализируется как стеноз. Впервые его описал немецкий хирург Erwin Paur в 1905 году. Основными жалобами являются приступообразные боли в животе из-за застоя газов или кала в области селезеночного изгиба, ощущение давления или полноты в левом верхнем квадранте живота, а также жгучей болью в области сердца с иррадиацией в плечо и руку.

Цель работы – оптимизировать хирургическое лечение синдрома Пайра у детей за счет внедрения эндовидеоскопических методов лечения.

Материал и методы исследования. В основе работы лежит анализ хирургического лечения 29 пациентов с синдромом Пайра, которые находились в клиниках кафедры детской хирургии за 15 лет. Во всех 100% пациентам проводилось клиничко-лабораторное обследование, ультразвуковое – брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенконтрастное – ирригография, а у 19 (65.51%) пассаж контраста. Нефроптоз установлен у 22 (75.86%), дополнительная хорда у 15 (51.72%), признаки вторичного колита у 18 (62.06%), рефлюкс илеит у 25 (86.20%), гастроптоз у 12 (41.38%). По возрасту пациенты распределены следующим образом: 12-14 лет – 12 (41.38%), 15–17 лет – 17 (58.62%).

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам проводили комплексное консервативное лечение, которое включало: послабляющую диету, спазмолитическую терапию, препараты лактулозы, пробиотики, комплекс физиотерапевтических мероприятий, а также при наличии дегельминтизацию кишечника. Местное лечение было направлено на ликвидацию явлений колита (лечебные клизмы с отваром трав) и также запоров (курсами очистительные клизмы). Комплекс консервативных мероприятий проводился два раза в год и был индивидуализированным в зависимости от выраженности как колита, так и абдоминального болевого синдрома. Показанием к оперативному лечению были: нарастание болевого синдрома с расширением правых отделов толстой кишки и нарастание симптомов хронической интоксикации в сочетании с прогрессированием колоноптоза. У всех пациентов было неудовлетворительное

качество жизни (каждый месяц в стационаре по причине болевого синдрома), что также подталкивало родителей до проведения оперативного лечения. Вид и метод хирургического лечения основывался по данным обследования. Операции представлены также и в историческом аспекте. Пациентам проведены следующие операции: резекцию поперечно-ободочной кишки с анастомозом «конец в конец» у 15 (51.72%) при наличии гаустрации дистальных отделов толстой кишки; резекцию 1/2 нисходящей и сигмовидной кишки с мобилизацией селезеночного угла и поворотом кишечника у 6 (20.7%) при отсутствии гаустрации дистальных отделов до переходной складки; лапароскопическое пересечения диафрагмально-ободочной связки с ликвидацией перегиба толстой кишки у 8 (27.58%) пациентов. У одного пациента выполнили резекцию поперечно-ободочной кишки, однако в течение года не было положительного результата, а наличие вторичного колита дистальных отделов и увеличение в длину сигмовидной кишки нуждалась в проведении резекции последней с наложением прямого колоректального анастомоза. В течение первого года устойчивый положительный результат был у 25 (86.20%) пациентов, а у 3 (10.34%) перемежающийся болевой синдром что потребовало повторных курсов физиотерапевтического лечения. В течение первого и второго года жизни после операции качество жизни улучшилось, дети стали меньше пропускать учебу и не имели нарушения проходимости кишечника и уменьшение явлений колита. Программируемые консервативные мероприятия имели стойкий положительный результат.

Выводы. Болезнь Пайра у детей определяют на основе жалоб и клинических данных и рентгеноконтрастного исследования в вертикальном и горизонтальном положении пациента (пассаж контраста и ирригография). Активная хирургическая тактика до возникновения декомпенсации в лечении болезни это единственный способ эффективной коррекции порока развития и ликвидации симптомов заболевания, которая показана при неэффективности консервативной методики лечения. Эндоскопическая мобилизация селезеночного угла является перспективным видом оперативного лечения.

Литература:

1. Messina M., Meucci D., Di Maggio G. et al. Idiopathic constipation in children: 10-year experience // *Pediatr. Med. Chir.*– 2000.– Vol. 21, N 4.– P. 187-191.
2. Prandota J., Iwanczak F., Pytrus T. Changes of the position and length of the transverse colon causing abdominal pain and chronic constipation during adolescence // *Pol. Merkuriusz. Lek.*– 2003.– Vol. 15, N 85– P. 47–50.
3. Музалев А.А. Болезнь Пайра у детей (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ...канд. мед. наук.– Ростов–на–Дону, 1991.– 18 с.
4. Рибальченко В.Ф., Русак П.С., Белей Р.П. та співав. Синдром Пайра в дітей: проблеми та можливі шляхи вирішення. // *Хірургія дитячого віку* № 3–4 (44–45) 2014 с. 12–18.