

Результати хірургічного лікування дітей на хворобу Пайєра

Рибальченко В. Ф., Русак П. С., Шевчук Д. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Житомирський університет імені Івана Франка,
Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1,
Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

Актуальність проблеми. За даними літератури близько 45% дітей які страждають на порушення сполучної тканини з проявами хронічної закрепи мають хворобу Пайєра. Незважаючи на певні розробки, і до сьогодні питання хірургічного лікування хвороби Пайєра є актуальною з причини незадовільних результатів і необхідності виконання повторних операцій. Поміж тим в останні роки збільшується кількість пацієнтів на хворобу Пайєра, яка пов'язана з покращенням ранньої діагностики дисплазії сполучної тканини що є ключовим у прогресуванні недуги. Незадоволеність результатами хірургічного лікування визначає актуальність проблеми.

Мета роботи. Проаналізувати результати методів оперативного лікування хвороби Пайєра у дітей в продовж від 5 до 10 років.

Матеріал і методи. В дослідження включено 26 пацієнтів, котрим проведено операційне лікування хвороби Пайєра у різних лікувальних закладах України. Вік пацієнтів склав на час обстеження від 15 до 18 років – через 5 – 7 років після операції. Хворих чоловічої статі було 11 (42,3%), а жіночої – 15 (57,7%). Хворі розділені на дві групи у залежності від методу операційного лікування. До першої (нерезекційної операційної методики) віднесли 8 (30,7%) пацієнтів, що перенесли пересічення діафрагмально-ободової зв'язки з ліквідацією перегину товстої кишки, а у двох випадках ободова кишка переміщала та фіксувалася до поперечно-шлункової зв'язки з метою мінімізації вигину кишки. До другої (резекційної операційної методики) включені 18 (69,3%) пацієнтів, із яких у 12 (46,1%) виконана резекція поперечно-ободової кишки з накладенням анастомозу кінець в кінець. До третьої групи віднесли 6 (23,2%) пацієнтів, котрим проведена резекція низхідної та сигмовидної кишки з накладенням колоанального (4) та колоректального (2) анастомозу. При вивченні результатів вивчали скарги та результати як ірригорафії до та після операції, так і пасаж контрастної речовини.

Результати. Маючи на меті вивчення результатів операційного лікування хвороби Пайєра на основі анамнезу встановили перш за все результат первинної операції. В першій групі у 8 (30,7%) пацієнтів після операції випорожнення відновились починаючи з 7 – 9 доби на тлі прийому лактулозовмісних препаратів протягом місячного використання. У подальшому консервативні заходи, що проводились двічі на рік, у 3-х пацієнтів не мали ефекту та потребували постановки клізм. В другій групі у 12 (46,1%) пацієнтів, які перенесли резекцію поперечно-ободової кишки, спорожнення на тлі послаблюючої терапії відновились на 10 – 15 добу. У подальшому впродовж 6–8 місяців спорожнення були періодичними, але у 6 відновився абдомінальний болевий синдром. Через рік після операції з 12 пацієнтів у 8 була необхідність використання послаблюючих (лактулозовмісних) препаратів. Всі пацієнти цієї групи отримували комплексне консервативне лікування, яке було спрямовано на відновлення пасажу. Група була розділена на дві підгрупи. У 6 пацієнтів I підгрупи стан покращувався, а випорожнення відновили до фізіологічних. Друга підгрупа в кількості 6 пацієнтів через два та три роки після операції, незважаючи на консервативні заходи та стимулюючу терапію, не мала ефекту, що слугувало причиною постановки клізм через день. У 6 (23,2%) хворих третьої групи, котрим проведена резекція нисхідної та сигмовидної кишки з накладенням анастомозу за Соаве, в ранньому післяопераційному періоді – після 6–7 доби, випорожнення відновились. У подальшому не постійне каломазання зберігалось до 6 місяців, а при проведенні відновного консервативного лікування 2 рази на рік спорожнення прийняли фізіологічні вікові показники. Через 3–4 роки після проведення операційного лікування у 17 (65,4%) пацієнтів покращилась якість життя та мінімізувався абдомінальний болевий синдром, а у 9 (34,6%) – результат був незадовільним, через що і поставало питання про необхідність виконання повторної операції. Повторні операції проведені через 4 – 6 років. Обсяг повторної операції включав мобілізацію від селезінкового кута та резекцію дистальних відділів товстої кишки з накладанням колоректального чи колоанального анастомозу. Питання який анастомоз накладати вирішувався індивідуально. Повторні операції проведені у 3 (11,5%) з 8 (30,7%) пацієнтів після мобілізації селезінкового кута, у 6 (23,2%) з 12 (46,1%) – виконана резекція поперечно-ободової кишки. В цілому повторні операції проведені у 9 (34,6%) пацієнтів. Дослідженнями встановлено, що у 6 (23,2%) пацієнтів первинні операції проведені до активного росту дитини, що ймовірно могло слугувати прогресуванням недуги та проведенням повторної операції. Після повторних операцій хворі потребували фізіотерапевтичного лікування та стимулюючої терапії в продовж двох років. Уподальшому в групі повторно оперованих якість життя пацієнтів покращилася: пройшли напади абдомінального болевого синдрому, покращилися спорожнення та явища дисфагії. В цілому процес реабілітації після повторноопераційного втручання тривав до 5 років.

Заключення. Таким чином, на основі аналізу встановлено, що причиною повторних операцій є як особливості перебігу хвороби сполучної тканини так і не врахування періодів активного росту дитини. Показанням до операційного лікування повинна бути тільки прогресуюча негативна динаміка перебігу хвороби Пайєра та відсутність ефекту від консервативних заходів. Вибір операційного лікування повинен ґрунтуватися на даних клініки та рентгенологічного обстеження. Індивідуалізований вибір часу, методу та обсягу операції повинен враховувати та невілювати і прогностичні ризики ймовірно незадовільних результатів.