

ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЯК ПРЕДИКТОР ВИНИКНЕННЯ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ДІТЕЙ ТА ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ СПАЙКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКУ

В. В. Арсенюк, О. В. Гринів, М. І. Смотров, Т. В. Дідич, Д. В. Лісовська, Т. Л. Арсенюк
Кам'янець—Подільська міська лікарня № 1

DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE AS A PREDICTOR OF THE ABDOMINAL ADHESIVE DISEASES OCCURRENCE IN CHILDREN AND THE WAYS FOR THE ADHESIVE ILEUS PROPHYLAXIS

V. V. Arsenyuk, O. V. Gryniv, M. I. Smotrov, T. V. Didych, D. V. Lisovska, T. L. Arsenyuk
Kamyanets—Podilskyi Municipal Hospital № 1

Реферат

Обстежені 60 дітей з ознаками дисплазії сполучної тканини (ДСТ), оцінений ризик формування перитонеальних спайок за наявності фенотипових ознак ДСТ. Дітям I групи проведено ретельне диспансерне обстеження, відповідне медикаментозне лікування та фізіотерапевтичні процедури. Дітям II групи під час операції інтраперитонеально застосовували гель Дефенсаль. За результатами дослідження, діти з ознаками ДСТ становлять групу ризику виникнення спайкової хвороби черевної порожнини. Інтраопераційне використання протиспайкового гелю Дефенсаль сприяє суттєвому зниженню ризику утворення перитонеальних спайок.

Ключові слова: спайкова непрохідність кишечника; дисплазія сполучної тканини; протиспайковий гель Дефенсаль; проба Шварца; диспансерне спостереження; діти.

Abstract

There were examined 60 children with the connective tissue dysplasia (CTD) signs. The risk of peritoneal adhesions formation in presence of phenotypic signs of CTD was estimated. Detailed follow-up examination, certain medicinal treatment and physiotherapeutics were performed in children of group I. In children of group II intraoperatively a gel Defensal was applied intraperitoneally. The investigation results witnesses, that children, owing CTD signs, constitute the group of risk for occurrence of abdominal adhesive disease. Intraoperative application of antiadhesive gel Defensal promotes essential lowering of the risk for the peritoneal adhesions creation.

Keywords: adhesive ileus; dysplasia of connective tissues; antiadhesive gel Defensal; Schwartz test; follow-up observation; children.

Дисплазія сполучної тканини (ДСТ) як предиктор виникнення грижі передньої черевної стінки [1] є не тільки передумовою її утворення, а й зумовлює високий ризик формування перитонеальних спайок у дітей за наявності фенотипових ознак ДСТ [2]. Інтраабдомінальне спайкоутворення у дітей досить поширене, його значну частоту спостерігають протягом багатьох років, незважаючи на сучасні досягнення медицини та рекомендовані методи профілактики. До 60% усіх операцій релапаротомії у дітей виконують з приводу гострої спайкової непрохідності кишечника (ГСНК) [3–5]. Для розробки ефективних методів профілактики й лікування спайкових ускладнень необхідне більш повне розуміння цього процесу як на

клітинному, так і молекулярно—генетичному рівні, а також виявлення медіаторів, залучених у цей процес [5–7]. Морфофункціональні зміни сполучної тканини визначають умови для формування імунопатологічних реакцій, що є основою патологічного спайкоутворення [1–5, 8, 9]. Відповідно, наявність стигм і вираженість ДСТ можуть бути непрямим ознакою генетичної схильності до патологічного спайкоутворення й оцінки ризику виникнення цього ускладнення у конкретного пацієнта.

Метою дослідження була оцінка ризику формування перитонеальних спайок у дітей за наявності фенотипових ознак ДСТ та впровадження методів діагностики й лікування таких пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежені 60 дітей віком від 2 до 15 років (хлопчиків — 28, дівчаток — 32), яких лікували в хірургічному відділенні, в усіх виявлені фенотипові ознаки ДСТ. Зважаючи на різноманітність проявів ДСТ, спочатку оцінювали інформативність фенотипових клінічних ознак під час первинного огляду. Визначені 13 фенотипових ознак за 34 градаціями. Оцінювали не вірогідність, а інформативність обраних ознак, що кількісно визначає внесок кожної з них у патологічний стан дітей. Найбільш високі показники при ДСТ — це гіпермобільність суглобів, грижозність, гіпереластичність шкіри, блакитні склери, астенична статура, плоскостопість тощо. У 30

дітей (I група) захворювання органів черевної порожнини лікували консервативними методами ("розлади, пов'язані з спайками", синдром подразненого кишечника, печінкова колька, гострий панкреатит, сигмоїдит, гастрит, піелонефрит, синдром подразненого шлунка тощо). У 30 пацієнтів (II група) діагностовані захворювання органів черевної порожнини, що потребували хірургічного лікування, на тлі ДСТ. Госпіталізовані з приводу гострого апендициту 17 дітей, пахвинної грижі — 14, ознак ГСНК, що не зникала при застосуванні консервативних заходів — 9.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дітям I групи проведено відповідне консервативне лікування основного захворювання за існуючими протоколами надання медичної допомоги, а також спеціальне лікування та профілактику ДСТ. Всі діти одужали, у задовільному стані виписані для амбулаторного лікування під нагляд дитячого хірурга та педіатра. Тривалість лікування у стаціонарі у середньому 7,1 дня. Особливістю диспансерного спостереження дітей з ДСТ, є те, що їх частіше оглядали педіатри, дитячі хірурги, проводили спеціальне лікування, ретельно оглядали з метою виявлення грижі черевної стінки, ознак спайкової хвороби черевної порожнини та інших проявів ДСТ.

Дітям II групи виконані необхідні оперативні втручання (апендектомія, герніопластика, лапаротомія, роз'єднання спайок), після виконання основного етапу оперативного втручання всім хворим в черевну

порожнину вводили протиспайковий гель Дефенсаль у кількості залежно від статури дитини, більше гелю вводили при ГСНК. Всі діти живі, ускладнень не спостерігали. Тривалість лікування хворого у стаціонарі у середньому 8,2 дня.

У 90% дітей встановлено залежність між кількістю стигм ДСТ та частотою утворення перитонеальних спайок, як у оперованих, так і під час диспансерного огляду.

Оглянуті 16 (53,3%) дітей I групи та 23 (76,7%) — II групи. Результати лікування оцінювали у стандартизовані строки, рекомендовані хірургами і серцево-судинними хірургами: безпосередні — протягом 30 діб, короткотермінові — через 1 — 6 міс, проміжні — через 12 — 24 міс, віддалені — через 2 роки і більше після операції. Критерії безпосередніх результатів лікування: пасаж кишечника — за результатами проби Шварца (основний критерій — евакуація контрастної речовини через 24 год), тривалість лікування у стаціонарі, фізичний та розумовий розвиток, відновлення працездатності.

У 4 дітей I групи через 1 рік спостереження діагностовано грижу, у 3 — пахвинну, в 1 — пупкову. У 6 дітей через 1, 6, 12 міс виявлено слабопозитивну пробу Шварца (уповільнення пасажу контрастної речовини у середньому на 4 — 5 год), тобто, ознаки спайкової хвороби черевної порожнини. Їм проведено відповідне лікування, рекомендовано дієту та частіший медичний огляд.

У дітей II групи, оглянутих через 1, 6, 12 міс, скарг практично не було, пасаж вмісту по травному каналу хороший, ознак спайкової хвороби черевної порожнини не було. Дві ди-

тини II групи продовжували дотримувати відповідної дієти, періодично застосовували Лактувіт. В усіх хворих, яким під час операції вводили Дефенсаль, проба Шварца негативна, практично всі діти одужали, ведуть активне життя. Педіатри періодично призначають профілактичний курс лікування ДСТ.

ВИСНОВКИ

1. У 90% дітей ГСНК виникла на тлі ДСТ, наявність ознак цього стану може бути предиктором виникнення після операції спайкових ускладнень у дітей. Встановлена пряма залежність між кількістю фенотипових ознак ДСТ і частотою утворення інтраабдомінальних спайок.

2. Профілактика утворення спайок після операції потребує комплексного підходу з дотриманням принципів мінімізації операційної травми, широкого впровадження мініінвазивних втручань, використання бар'єрних ад'ювантів.

3. Результати використання протиспайкового гелю Дефенсаль свідчать про значне зменшення частоти утворення, вираженості післяопераційних спайок у дітей за наявності ДСТ.

4. Диспансерне спостереження дітей з ознаками ДСТ необхідно проводити за участі педіатрів, дитячих хірургів, ортопедів та інших спеціалістів. Такі діти потребують ретельного обстеження, призначення профілактичного посиндромного лікування ДСТ, своєчасної діагностики хірургічних захворювань (грижі, спайкової хвороби черевної порожнини тощо).

5. Проблема потребує подальшого вивчення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Полевий ВП, Власов ВВ, Арсенюк ВВ. Дисплазія сполучної тканини як предиктор виникнення гриж передньої черевної стінки. Чернівці: Медуніверситет, 2016. 288 с.
2. Кресюн ВІ, Мельниченко МГ, Антоненко КО, Квашніна АА. Спайкова непрохідність кишечника у дітей при дисплазії сполучної тканини. Клініч. хірургія. 2016;(10):21—5.
3. Садыков ФГ, Комаров ОА, Викторов ВВ, и др. Метод прогнозирования спаечной болезни брюшины у детей. Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: материалы III Рос. конгр. Москва, 2004:502—3.
4. Arung W, Meurisse M, Detry O. Pathophysiology and prevention of postoperative peritoneal adhesions. *World J Gastroenterol.* 2011;17:4545—53.
5. Cahill RA, Redmond HP. Cytokine orchestration in post-operative peritoneal adhesion formation. *Ibid.* 2008;14:4861—66.
6. Саркисова ОВ, Петлах ВИ, Сухоруков ВС. Дисплазия соединительной ткани у детей как фактор риска развития послеоперационных спаечных осложнений. *Рос. вестн. перинатологии и педиатрии.* 2011;56(3):62—5.
7. Blum M, Demierre A, Grant DM, et al. Molecular mechanism of slow acetylation of drugs and carcinogen in humanus. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1991;88:5237—41.
8. Кадурина ТИ, Горбунова ВН. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей. СПб.: Элби—СПб, 2009. 704 с.
9. Selinski S, Blaszkewicz M, Ickstadt K, et al. Refinement of prediction of N-acetyltransferase 2 (NAT2) phenotypes with respect to enzyme and urinary bladder cancer risk. *Arch Toxicol.* 2013;12:2129—39.