

UDC: 616.348-007.2:616.411-007.271-07:616.8-009.7-036.1-053
[https://doi.org/10.32345/USMYJ.2\(154\).2025.72-76](https://doi.org/10.32345/USMYJ.2(154).2025.72-76)

Received: April 15, 2025
Accepted: June 06, 2025

Хвороба Пайра: рідкісна причина абдомінального больового синдрому у дітей

Євген Черкавський¹, Наталія Слюсар²

¹ Студент, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

² Асистент, кафедра педіатрії №2, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Corresponding Author:

Ievhen Cherkavskyi

echerkavsk.q@gmail.com

Анотація: хвороба Пайра відноситься до рідкісних вроджених ізольованих спланхноптозів, діагностичний пошук якої є викликом для лікаря. Диференційна діагностика даної нозології з іншими захворюваннями шлунково-кишкового тракту є важливою, адже від цього залежить успішне визначення лікувальної тактики. Описаний клінічний випадок свідчить про актуальність вроджених хвороб шлунково-кишкового тракту, які можуть призводити до абдомінального больового синдрому.

Ключові слова: хвороба Пайра, синдром селезінкового вигину ободової кишки, абдомінальний біль, дитина.

Вступ

Хвороба (синдром) Пайра (ХП), або ж синдром селезінкового вигину ободової кишки – це вроджена ізольована форма спланхноптоза, обумовлена вродженим селезінковим викривленням ободової кишки з надмірно високими фіксованими точками, довгою поперечно-ободовою кишкою та вузьким кутом селезінкового згину [1, 2].

Захворювання вперше було описано у 1905 році австро-німецьким хірургом, професором Грайфсвальдського університету Ервіном Пайром. Синдром селезінкового вигину ободової кишки або “хвороба Пайра” названо на честь описаного ним стану [3]

Абдомінальний біль є найбільш поширеним симптомом ХП. Зазвичай біль локалізується в лівому підребер’ї, посилюється при фізичних навантаженнях або після прийому

важкої їжі. Інтенсивність болю може зменшуватися, коли пацієнт приймає горизонтальне положення. Крім того, хворі можуть скаржитися на відчуття тиску та переповненості в верхньому лівому квадранті живота, зниження апетиту, блювання, нудоту, запаморочення, дратівливість, а також на різноманітні болі в лівій половині грудної клітки. Додатково, можуть спостерігатися такі симптоми як серцебиття, задишка, біль у верхніх кінцівках, у міжлопатковій ділянці. Більшість пацієнтів відзначають затримку випорожнень і утруднення під час дефекації [1, 2, 3, 4, 5].

Хоча синдром селезінкового вигину ободової кишки не є безпосередньо загрозливим для життя, його симптоми, зокрема спазми та біль у верхній лівій частині живота під грудною кліткою, а також здуття живота, можуть призвести до значних фізичних та емоційних

страждань пацієнтів, що суттєво погіршує їх якість життя [4, 6].

Оскільки симптоматика ХП є поліморфною та неспецифічною, це спричиняє значні труднощі в діагностиці цього захворювання. ХП може імітувати різноманітні захворювання серцево-судинної системи, нирок та шлунково-кишкового тракту, зокрема симптоми гострого болю в животі, мезоаденіту, коліту, гастриту тощо. Зважаючи на це, своєчасне та правильне розпізнавання симптомів зазначеної патології є критично важливим для забезпечення своєчасного та коректного лікування хворого [1, 3, 6].

Для діагностики ХП використовуються наступні методи: ретельний аналіз анамнезу та фізичне обстеження пацієнта, візуалізаційні методи, такі як комп'ютерна томографія або колоноскопія, що дозволяють виявити аномалії селезінкового вигину ободової кишки; рентгенологічна іригографія з цифровим аналізом зображення товстої кишки для виявлення її структурних змін; ультразвукове дослідження (УЗД) черевної порожнини для оцінки стану селезінки та навколишніх структур [1, 4, 5].

Лікування ХП орієнтоване на полегшення симптомів та забезпечення пацієнтів впевненістю в відсутності серйозних органічних захворювань. Оскільки відсутні специфічні лікарські засоби або стандартизоване лікування для даної патології, терапія переважно симптоматична. Лікування включає використання медикаментозних засобів, зміну способу життя та дієтичні модифікації, зокрема харчування з низьким вмістом FODMAP для зменшення газоутворення та полегшення симптомів [1]. В окремих випадках можуть бути корисні психотерапевтичні заходи для зменшення рівня стресу та тривожності. [4].

Хірургічне втручання як метод лікування синдрому селезінкового вигину ободової кишки є рідкісним і, зазвичай, застосовується лише в випадках, коли консервативне лікування не дає бажаного ефекту. Показаннями для оперативного втручання є виражена інтенсивність болю, частота нападів, а також тривалий копростаз, який не піддається медикаментозній корекції [2,3,7,8].

Таким чином, хоча ХП є класичною патологією, іноді її недостатньо діагностують, що ускладнює лікування. Тому важливо для клініцистів диференціювати цей синдром від серцевих патологій, захворювань нирок або інших шлунково-кишкових розладів. Вчасна діагностика таких вроджених вад шлунково-кишкового тракту як ХП дозволяє уникнути ускладнень, забезпечити своєчасне лікування та покращити якість життя пацієнтів [1,4].

Мета: виконати ретроспективний аналіз історії хвороби щодо клінічного випадку хвороби Пайра у дитини 17 років, розбір діагностичного пошуку та менеджменту даної нозології.

Опис клінічного випадку

Дівчина А., 17 років, 30.10.2024 року була доставлена автомобілем швидкої медичної допомоги в приймальне відділення КНП "Київська міська дитяча клінічна лікарня №2" і в подальшому госпіталізована у хірургічне відділення закладу з підозрою на гострий апендицит.

При госпіталізації дитина скаржилася на загальну слабкість, біль в лівій половині живота, нудоту та блювання. З анамнезу було встановлено, що біль виник за 2 дні до дня госпіталізації, за цей час посилювався, з'явилося блювання, що і стало причиною звернення. З анамнезу життя вдалося встановити наступне: подібні скарги (абдомінальний біль, але меншої інтенсивності) за минулий рік у дитини виникали двічі, проходили швидко після курсу спазмолітиків, пробіотиків та зміни харчування. Під постійним наглядом у дитячого гастроентеролога дівчинка не перебуває. Спадковість – не обтяжена. Дитина займається спортивним плаванням, напередодні захворювання мала інтенсивні тренування (готувалася до змагань).

Об'єктивно: живіт при пальпації не напружений, здутий, біль у лівій клубовій ділянці, симптоми подразнення очеревини негативні, гази наявні, стілець кашоподібний.

Під час перебування у відділенні дитині неодноразово проводили лабораторні дослідження крові та сечі: клінічний аналіз крові (30.11 та 05.11) та біохімічний аналіз крові (31.11, 02.11, глюкоза, загальний білірубін та

його фракції, креатинін, АЛТ, АСТ, α -амілаза, СРБ) в динаміці – всі показники відповідали референтним значенням, патологічних змін не було виявлено. Клінічний аналіз сечі (30.11) – без патологічних змін.

Консультація дитячих ортопеда, гінеколога та невролога – патології не виявлено. Після консультації педіатра та гастроентеролога – попередній діагноз: коліт невстановленої етіології.

УЗД органів черевної порожнини (31.11) виявило метеоризм; посилення судинного малюнку печінки, незначне збільшення ехогенності підшлункової залози; інші органи – без патологічних змін, рідина в черевній порожнині відсутня.

Рентгеновське дослідження пасажу барієвої суміші (07.11). Висновок: рентген-ознаки сповільнення евакуаторної функції за гіпотонічним типом, ознаки спланхноптозу.

Фіброколоноскопія (19.11): патології не виявлено. Результат патогістологічного дослідження біоптатів слизової оболонки товстої кишки: ознаки хронічного неспецифічного запалення за типом коліту.

На основі скарг, анамнезу, клінічних даних та даних лабораторно-інструментальних

досліджень гострої хірургічної патології не було виявлено й було підтверджено кінцевий клінічний діагноз: “Інші уточнені функціональні порушення кишківника. Спастичний коліт. Хвороба Пайра з абдомінальним синдромом”.



Рис. 2. Рентгенограма, пасаж барієвої суміші (12 год.). Контраст у висхідному та поперечному відділах ободової кишки. Печінковий кут на рівні крила клубової кістки



Рис. 1. Рентгенограма, пасаж барієвої суміші (6 год.). Виявляється контраст у тонкому кишечнику та частково у висхідному відділі ободової кишки



Рис. 3. Рентгенограма, пасаж барієвої суміші (24 год.). Контраст частково виявляється в низхідному відділі ободової кишки

Під час перебування дитини у відділенні хірургії дитина отримувала консервативну терапію (в/в інфузійна терапія, спазмолітична терапія, анальгетики, протиблювотні, очисна клізма), в результаті якої стан дівчинки значно покращився: зменшилися слабкість, біль в животі, зникли нудота та блювання.

При відсутності показань до хірургічного лікування виявленої патології, дитина була виписана на амбулаторне спостереження та лікування з наступними рекомендаціями:

1. Харчування з виключенням гострих, смажених, жирних страв, продуктів, що посилюють газоутворення.

2. Спостереження сімейного лікаря, гастроентеролога.

3. Мебевєрин 200 мг 1 таб. 2 рази на добу протягом 10 діб; Макрогол – при закрепі.

4. Консультація в ДУ “Інститут педіатрії, акушерства і гінекології”.

Обговорення

Описана в клінічному випадку нозологія досить рідко зустрічається у дитячому віці, тому для дітей характерними є несвоєчасна діагностика зазначеної патології, хибні діагнози, неуспішне лікування. Якщо у дитини в анамнезі є повторні болі в животі, здуття живота, закрепи, нудота, блювання або ознаки кишкової непрохідності, рекомендовано виконати рентгенівське дослідження пасажу барієвої суміші по кишечнику, щоб виключити хворобу Пайра [1,2,3,4].

Основним варіантом лікування в неускладнених випадках є медикаментозне лікування, яке направлене на полегшення симптомів, зміна способу життя та дієтичні модифікації [1].

В окремих випадках можуть бути корисні психотерапевтичні заходи, зокрема для зменшення рівня стресу та тривожності [4].

Висновок

Наведений клінічний випадок свідчить про актуальність вроджених хвороб шлунково-кишкового тракту (ШКТ), а саме такого вродженого ізольованого спланхноптозу, як хвороба Пайра. Його діагностика та розрізнення з іншими хворобами ШКТ є важливою для визначення генезу абдомінального болювого синдрому у дітей та подальшої лікувальної тактики.

Фінансування

Дана стаття не отримувала зовнішнього фінансування.

Конфлікт інтересів

Конфлікт інтересів відсутній в будь-якій формі, дана стаття не є предметом комерційної зацікавленості чи винагороди.

Згода на публікацію

Дитина та її батьки надали згоду на використання результатів обстеження. Дотримано усіх правил та положень комітету з етики наукових публікацій (COPE).

ORCID ID

та внесок авторів

[0009-0003-4386-460X](https://orcid.org/0009-0003-4386-460X) (A, B, C, D) Yevhen Cherkavskyi

[0000-0002-7712-4461](https://orcid.org/0000-0002-7712-4461) (A, B, C, D, E, F) Nataliia Sliusar

A – Research concept and design, B – Collection and/or assembly of data, C – Data analysis and interpretation, D – Writing the article, E – Critical revision of the article, F – Final approval of article.

ЛІТЕРАТУРА

1. Min J, Wu B, Zhu J, Gu Z, Huang S, Wang J. (2020). Pediatric syndrome of the splenic flexure of the colon: A case report and literature review. *International Journal of Surgery Open*, 27, 1–4. doi:10.1016/j.ijso.2020.09.005.
2. Боднар О.Б., Боднар Б.М., Ватаманеску Л.І., Боднар Г.Б., Хашук В.С. (2017). Хвороба Пайра у дітей: порушення місцевого імунітету та хірургічне лікування. *Хірургія дитячого віку*, 4(57):88-91. doi: 10.15574/PS.2017.57.88.
3. Kholikova GA, Aminova DX, Samadova MK. (2023). Payr's syndrome as one of the causes of chronic constipation in children. *British Journal of Global Ecology and Sustainable Development*, 22, 24–29. Retrieved from <https://journalzone.org/index.php/bjgesd/article/view/417>
4. Hokama A, Nakada Y, Yanagida A, Koga E, Hoshino K, Fujita J. (2021). Bloating in a supine position. *Intest Res*, 19(2):252-253. doi: 10.5217/ir.2020.00019.

5. Рибальченко В.Ф., Русак П.С., Белей Р.П., Вишпінський І.М., Урін О.М., Заремба В.Р., Брагінська С.А., Колташ Б.В. (2014). Синдром Пайра в дітей: проблеми та можливі шляхи вирішення. Хірургія дитячого віку, 3–4, 12–18. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Khdv_2014_3-4_5.
6. Mehta H. (2016). Abdominal pain. Clic Pathway Emerg Med., Feb 22:329–345. doi:10.1007/978-81-322-2710-6_26.
7. Yang WL. (2014). Improving awareness, diagnosis, and treatment of syndrome of splenic flexure of colon. Chin J Colorectal Dise, 3(5):2-3.
8. Otakuziev AZ, Botirov AK, Kosimov SM, Botirov ZhA, Abdullazhanov BR. (2023). Current state of the problem of surgical treatment of non-tumor colon urgent diseases. Eurasian Scientific Herald, 21, 131–141. Retrieved from <https://geniusjournals.org/index.php/esh/article/view/4561>.

Payr's disease: a rare cause of abdominal pain syndrome in children

Ievhen Cherkavskiy¹, Nataliya Slyusar²

¹ Student, O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

² Assistant, Department of Pediatrics No. 2, O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Corresponding Author:

Ievhen Cherkavskiy

echerkavsk.q@gmail.com

Abstract: Payr's disease is a rare congenital isolated splanchnoptosis, the diagnostic search of which is a challenge for the doctor. Differential diagnosis of this nosology with other diseases of the gastrointestinal tract is important, because the successful determination of treatment tactics depends on it. The described clinical case demonstrates the relevance of congenital diseases of the gastrointestinal tract, which can lead to abdominal pain syndrome.

Keywords: [Abdominal Pain](#); [Child](#); [Congenital](#); [Gastrointestinal Tract](#); [Differential Diagnosis](#); payr's disease; splenic flexure syndrome.



Copyright: © 2025 by the authors; licensee USMYJ, Kyiv, Ukraine.

This article is an open access article distributed under the terms

and conditions of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).