

НАЙЧАСТІША ПРИРОДЖЕНА ВАДА ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Б.М. Боднар, С.В. Шестобуз, В.Л. Брожик, В.В.Горячев, А.В. Іринчин, Салехі Джамшід

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Реферат

Вивчено клінічний перебіг, діагностику, лікування та віддалені результати найчастішої природженої вади пілородуоденальної ділянки – природженого пілоростенозу. Встановлено, що при динамічному спостереженні дільничні педіатри не завжди правильно оцінювали вияви симптому блювання після „світлого проміжку” у немовлят. Своєчасне їх спрямування на ендоскопічне дослідження, призначення спазмолітиків після вилучення органічної перешкоди у пілоричному відділі шлунка дозволяють зменшити кількість помилок та покращити діагностику пілоростенозу. Віддалені результати лікування свідчать, що ефективним методом є своєчасне виконання операції.

Ключові слова: природжений пілоростеноз, ендоскопічне дослідження, діагностика пілоростенозу

Abstract

THE MOST FREQUENT CONGENITAL DEFECT OF PYLORODUODENAL AREA IN YOUNGER CHILDREN

B.M. BODNAR, S.V. SHESTOBUZ, V.L. BROZHYK, V.V. GORIACHEV, A.V. IRINCHYN, SALEHI JAMSHID
Bukovinian State Medical Academy, Chernivtsi

The clinical course, diagnostics, treatment and late results of the most frequent congenital defect of pyloroduodenal area – congenital pylorostenosis. There was established that during dynamic observation the divisional pediatricians haven't always estimated correctly the show of vomitive symptom after "light interval" in infants. Timely direction to endoscopic research, prescription of spasmolytic preparation after exception of organic obstacles in pyloric part of stomach allow to decrease the quantity of errors and to improve the diagnostics of pylorostenosis. Late results of treatment witness that timely performanse of operation constitutes an effective methods.

Keywords: congenital pylorostenosis, endoscopic research, diagnostics of pylorostenosis

Вступ

У дітей раннього віку найчастішою природженою вадою пілородуоденальної ділянки є стеноз воротаря. Це своєрідне захворювання виявляється затримкою евакуації вмісту шлунка у дванадцятипалу кишку внаслідок звуження просвіту пілоричного відділу. Останнім часом для діагностики природженого пілоростенозу (ППС) використовують нові сучасні методи, зокрема ендо-

скопичне дослідження [1, 5, 6]. Поширеність ППС вивчають у регіонах [3]. Своєчасна діагностика та хірургічне лікування дають позитивний ефект [4].

Матеріал і методи

Проведено аналіз первинних медичних документів 78 дітей віком 1-4 міс., що знаходилися на лікуванні з приводу ППС у клініці дитячої хірургії за період 1987-2002 років, із них хлопчиків – 62 (78,4%), дівчаток – 16 (21,6%), віком 3-4 тижні – 22 (28,2%), 5-8 тижнів – 39 (51,1%), 9 - 12 тижнів – 17 (21,7 %).

Результати й обговорення

Протягом 1987-1996 рр. на лікуванні знаходилося 50 (64,1%) дітей у яких діагностовано ППС. У анамнезі в усіх відзначено „світлий проміжок” протягом 2-3 тижнів після випису із пологового будинку, коли не спостерігали ніяких виявів хвороби. На 3-4 тижні життя появлялися перші блювання „фонтаном” сироподібними масами без домішок жовчі. Зазначене, при спостереженні не завжди насторожувало дільничних педіатрів для усунення органічної перешкоди у пілородуоденальній ділянці.

Вивчаючи діагностично-лікувальні заходи за час від появи блювання до госпіталізації дітей у клініку ми з'ясували, що найдовше хворих затримували на етапі первинної лікарської допомоги. Педіатри недооцінювали стан дитини, сподівалися на те, що блювання припиняться, а поскільки у цей період найбільш складно проводити диференційну діагностику пілоростенозу з пілороспазмом, то спазмолітики призначали досить тривалими курсами, зазначене негативно впливало на зниження імунного стану організму. Деяко менше хворі затримувалися в соматичних відділеннях, проте у ЦРЛ були випадки тривалого лікування дітей із різними діагнозами з очевидними симптомами пілоростенозу. Через це діти надходили в нашу клініку у дуже важкому стані, який впливав на тривалість передопераційного приготування, проведення операції та перебіг післяопераційного періоду.

Протягом 1987-1996 років для підтвердження природженої патології воротаря у клініці контрастне рентгенологічне дослідження за М. Левіним [2] проведено у 27 (54,1%) дітей. У 23 (45,9%) дітей при проведенні піднаркозної пальпації виявлено ППС і їм не проводили рентгенологічне обстеження. При проведенні операції діагноз у всіх підтвердився.

За останні роки (1997-2002 рр.) впровадження ендоскопічного методу дослідження у практику нашої роботи розширило діагностичні можливості. Проведено обстеження 73 дітей, спрямованих у клініку з підозрою на ППС. У 26 (30,5%) дітей ендоскопічно виявлено звуження пілоричного відділу шлунка, субопераційно діагноз у них підтвердився. У 2 (8,7%) дітей ендоскопічні ознаки були сумнівні, цим дітям проводили рентгенологічне обстеження шлунка і у них також виявлено ППС.

При вивченні катамнезу встановлено, що загальний стан хворих при госпіталізації залежав від тривалості періоду блювання.

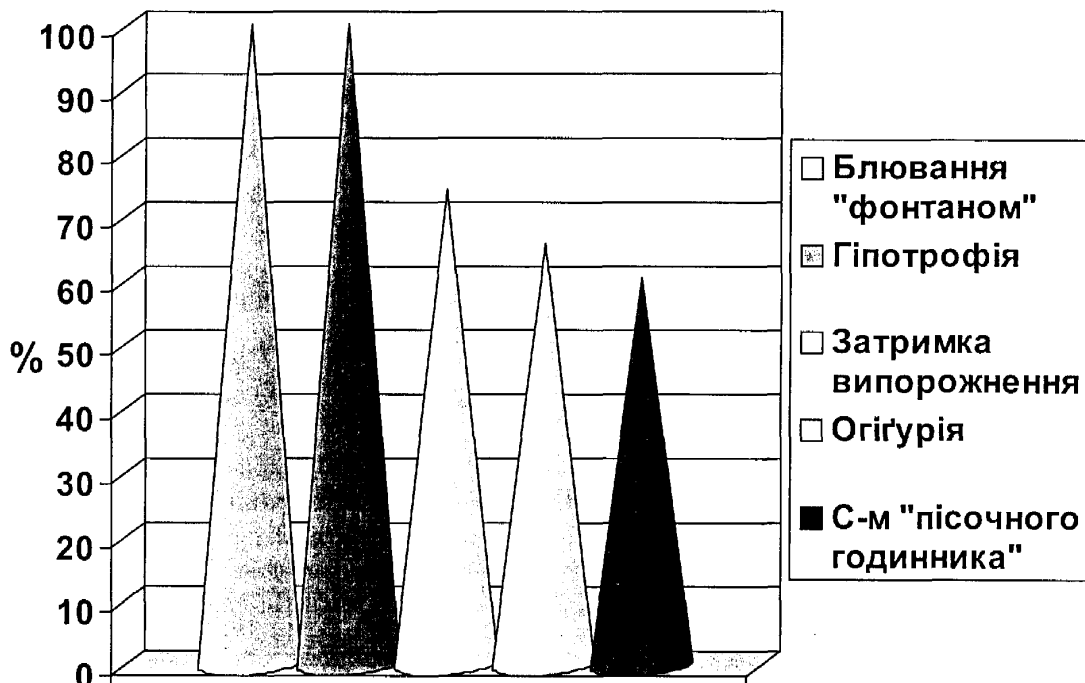
В оптимальні терміни для операційного втручання (до 2 тижнів від початку блювання) з гіпотрофією 1-2-го ступеня госпіталізовано 26 (33,6%) дітей. Якщо через 14 днів від появи блю-

вання гіпотрофія 3-го ступеня була у 3 (10,4%) дітей із 29, то при давності захворювання біля двох місяців – у 13 дітей із 24, тобто 54,2%. Ці цифри показують, що ступінь гіпотрофії зростає пропорційно до тривалості періоду блювання і свідчать про пізню госпіталізацію дітей.

Характеристика симптомів пілоростенозу (діаграма) свідчить, що блювання "фонтаном" та гіпотрофія були у 78 (100%) дітей, затримка випорожнення – у 43 (55,1%), олігурія – у 38 (48,7%), симптом "пісочного годинника" – у 35 (44,8%).

Бльовотні маси у всіх дітей була без домішок жовчі. Гіпотрофію відзначали у всіх хворих. Вона призводила до порушення обміну речовин і відбивалася на важкості стану. Постійно обмежене надходження їжі обумовлювало зменшення утворення сечі і випорожнень, розвивалася олігурія, випорожнення було тільки після клізми. Перистальтика шлунка у вигляді "пісочного годинника" свідчила про наявність органічної перешкоди у пілородуоденальній ділянці і виявлена у пізні терміни.

Таким чином, уважніша оцінка симптому блювання у немовлят, своєчасне скерування їх на ендоскопічне дослідження, призначення патогенетичної терапії після вилучення органічної



Діаграма

Характеристика симптомів природженого пілоростенозу в дітей раннього віку

перешкоди верхніх відділів шлунково-кишкового тракту дозволять зменшити помилки та покращити діагностику ВПС.

Після встановлення діагнозу всім дітям проведено операцію пілороміотомію за Фреде–Вебером–Рамштедтом. Протягом 1987-1996 рр. у нашій клініці використовували доступ Робертсона–Кафки. Оглядаючи дітей у віддалені терміни до 10 років у 8 (21,6 %) із 37 післяопераційні рубці перетворилися у дугоподібні, а у 3 (8,1 %) перейшли на праву реброву дугу. Ми вирішили відмовитися від вказаного доступу і перейти на поперечний доступ за Davis, який дозволяє уникнути наведених недоліків. За останні роки поперечний доступ використано у 27 (36,9 %) дітей. Контрольний огляд 15 дітей через 2-4 роки після операції підтвердив правильність нашого вибору.

Вивчення віддалених результатів лікування цікавило нас також для з'ясування подальшого психо-фізичного розвитку дітей. Обстежено 37 дітей у віці 1 до 10 років, що становить 50,7%.

При спілкуванні з батьками та дітьми ми звертали увагу на такі скарги: нудота, блювання, печія, біль у епігастрію, втрата маси тіла, схильність до проносів, поганий апетит. На нудоту, блювання, печію, болі у епігастрію ніхто не скаржився з оглянутих дітей. 3-ох (5,2%) дітей періодично турбували проноси, які пов'язані з порушенням ферментної функції шлунково-кишкового тракту. Поганий апетит відзначено у 12 дітей, що призводить до схуднення і розвитку гіпотрофічного конституційного типу. Наші показники дещо не збігаються з показниками інших авторів. У 26 (35,6 %) обстежених дітей проведено УЗД та ЕГДФС і тільки у одного хлопчика П. 8 років під час ендоскопії знайдено деформацію великої кривизни шлунка, яка не призводить до порушення його функції. У інших дітей не виявлено патологічних змін, або порушення прохідності воротаря.

Обстежені діти розвиваються нормально, не відрізняються від своїх ровесників, школярі навчаються добре. Позитивні віддалені результати підтверджують, що правильним та ефективним методом лікування природженого пілоростенозу є своєчасне операційне втручання.

Висновки

1. Причинами пізньої госпіталізації дітей є продовжене амбулаторне спостереження з призначенням спазмолітиків.
2. Ступінь гіпотрофії зростає пропорційно до тривалості періоду блювання.
3. Доцільно для пальпації воротаря, як вірогідної ознаки ППС, проводити огляд під загальним знеболенням.
4. Ендоскопічне дослідження є надійним методом у диференційній діагностиці природжених вад верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.
5. Раціонально для проведення пілороміотомії використовувати поперечний доступ за Davis.
6. Обстежені діти у віддалені терміни розвиваються нормально, не відрізняються від своїх ровесників.

Література

1. Кривченя ДЮ, Чеканова ЛР. Современные методы диагностики и лечения врожденного пилоростеноза у детей. Клинический хирург 1991; 6: 59-64.
2. Левин МД. Рентгенологическая диагностика врожденных гипертрофических пилоростенозов. Педиатр 1990; 1: 44-49.
3. Мухин ВН, Москаленко ВЗ, Грона ВН, Сопов ГА, Линчевский ГЛ. Популяционная распространенность врожденного пилоростеноза у детей Донецкой области Украины. Цитолог генетик 2001; 5: 60-64.
4. Токарев БГ, Билкун АИ, Спахи ОВ. Результаты хирургического лечения врожденного пилоростеноза в отдаленном катамнезе по данным рентгенологического исследования. Архив клинической экспериментальной медицины 1999; 8(1): 77-80.
5. Худов ВК, Доморацький ВА, Батура МІ. Ендоскопічна діагностика пілоростенозу. Клинический хирург 1996; 5: 16-17.