

УДК 616.334—007.271—053.2

## ДІАГНОСТИКА ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ПІЛОРОСТЕНОЗУ У ДІТЕЙ

Б. М. Боднар, С. В. Шестобуз, В. Л. Брожник  
Кафедра дитячої хірургії (зав. — проф. Б. М. Боднар)  
Буковинської державної медичної академії, м. Чернівці

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:**  
вроджений пілоростеноз;  
діагностика;  
діти.

### РЕФЕРАТ

Вивчені результати лікування протягом останніх 15 років вродженого пілоростенозу (ВПС) у дітей. Встановлено, що ступінь гіпотрофії збільшується пропорційно тривалості періоду блювання. Причинами пізньої госпіталізації до відділення дитячої хірургії є зміни клінічних ознак хвороби внаслідок пригнічення імунного захисту, тривале амбулаторне спостереження дільничними педіатрами з призначенням спазмолітиків. Віддалені результати лікування свідчать, що ефективним методом є своєчасне виконання операції.

## DIAGNOSIS AND RESULTS OF TREATMENT OF CONGENITAL PYLOROSTENOSIS IN CHILDREN

B. M. Bodnar, S. V. Shestobuz, V. L. Brozhyk

**KEY WORDS:**  
congenital pylorostenosis;  
diagnosis;  
children.

### SUMMARY

Results of treatment of congenital pylorostenosis in children during last 15 years were studied. There was established, that degree of hypotrophy increases proportionally to duration of vomitive period. Changes of clinical signs of illness due to depression of immune defence, observation by divisional pediatrician with administration of spasmolytic preparation constitute the causes of late hospitalization to unit of pediatric surgery. Late results of treatment witness, that timely performance of operation constitutes an effective method.

ВПС у дітей раннього віку проявляється затримкою евакуації вмісту шлунка у дванадцятипалу кишку внаслідок звуження просвіту ворота. Своєчасна діагностика та проведення хірургічного лікування забезпечують позитивний ефект, проте, у дітей старшого віку можливе порушення діяльності травного каналу [4]. Останнім часом для виявлення ВПС використовують нові методи діагностики, зокрема, ендоскопічне дослідження [1, 5, 6]. Вивчають поширеність ВПС по регіонах України [3].

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений аналіз первинних медичних документів 73 дітей віком 1—3 міс, яких лікували з приводу ВПС в клініці дитячої хірургії за період 1987—2001 рр. Хлопчиків було 59 (80,8%), дівчаток — 14 (19,2%), віком 3—4 тиж — 19 (26,1%) дітей, 5—8 тиж — 38 (52,2%), 9—12 тиж — 16 (21,7%).

В удосконаленні методів діагностики ВПС в клініці виділяємо 3 періоди. Протягом першого періоду (1987—1991 рр.) лікували 27 дітей. Для підтвердження врожденної патології ворота проводили контрастне рентгенологічне дослідження за М. Левіним [2].

В період 1992—1996 рр. лікували 23 дитини. Показання до застосування рентгенологічного дослідження переглянуті. Для проведення повноцінної інфузійної терапії та парентерального живлення дитині під загальним знеболенням здійснювали катетеризацію центральної вени за Сельдингером, що дозволило провести пальпацію ворота під наркозом для підтвердження діагнозу.

У 19 (80,2%) дітей ворота пальпувався, рентгенологічне дослідження їм не проводили, під час виконання операції діагноз в усіх дітей підтверджений. У 4 (19,8%) дітей ворота пропальпувати не вдалося, цим дітям проведено рентгенологічне дослідження, діагноз також підтверджений.

Протягом 5 років (1997—2001 рр.) впровадження ендоскопічного дослідження дозволило розширити діагностичні можливості. Обстежені 63 дитини, у яких припускали наявність ВПС. У 21 (33,5%) дитини за даними ендоскопії виявлене звуження ворота, субопераційно діагноз підтверджений. У 2 (8,7%) дітей ендоскопічні ознаки були нечіткі, цим дітям проведено рентгенологічне дослідження шлунка, у них також встановлений ВПС. Стан хворих під час госпіталізації у клініку залежав від тривалості періоду блювання (див. таблицю).

Якщо протягом 1 тиж від початку блювання гіпотрофію III ступеня виявляли у 15,7% дітей, то при тривалості блювання 2—4 тиж — у 23,6%, 5—8 тиж — у

**Залежність ступеня гіпотрофії від тривалості періоду блювання**

Ступінь гіпотрофії	Тривалість періоду блювання, тиж		
	1	2—4	5—8
I	9	8	—
II	7	21	4
III	3	9	12
Разом ...	19	38	16

75,1%. Наведені дані свідчать про пізню госпіталізацію дітей.

За період від появи блювання до госпіталізації дитини в клініку найбільш тривалим був етап первинної лікарської допомоги. Педіатри недооцінювали стан дитини, сподівалися, що блювання припиниться, а оскільки в цей період найбільш складно проводити диференційну діагностику пілоростенозу та пілороспазму, і спазмолітичні препарати призначали тривалими курсами, це спричинило пригнічення імунного захисту організму і втрату дорогоцінного часу. Деяко менше хворих затримували в соматичному відділенні, проте в центральній районній лікарні іноді дітей лікували протягом тривалого часу з приводу різних захворювань за наявності симптомів ВПС. Внаслідок цього дітей госпіталізували в клініку в дуже тяжкому стані, що впливало на тривалість передопераційної підготовки, виконання операції та перебіг післяопераційного періоду.

Блювання та гіпотрофію виявляли в усіх дітей, затримку випорожнення — у 43 (74,1%), олігурію — у 38 (65,5%), симптом «пісочного годинника» — у 35 (60,3%). Блювотні маси в усіх дітей були без домішок жовчі. Гіпотрофію спостерігали в усіх хворих, вона зумовлювала порушення обміну речовин, що впливало на тяжкість їх стану. Постійне обмеження надходження їжі зумовлювало зменшення утворення сечі і випорожнення, виникала олігурія, випорожнення було тільки після клізми. Перистальтика шлунка у вигляді «пісочного годинника» свідчила про наявність органічної перешкоди в пілородуоденальній ділянці.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після встановлення діагнозу всім дітям виконана операція: пілороміотомія за Фреде — Рамштедтом. У 1987 — 1996 рр. в клініці використовували доступ Робертсона — Кафки. Під час огляду у віддалені (до 10 років) строки встановлено, що у 8 (21,6%) дітей післяопераційний рубець перетворився на дугоподібний, у 3 (8,1%) — перемістився на праву реберну дугу. З огляду на це ми відмовились від застосування зазначеного доступу і почали використовувати поперечний доступ за Davis. Поперечний доступ застосований у 27 (36,9%) дітей. Дані контрольного огляду 15 дітей через 2 — 4 роки після операції підтвердили правильність вибору.

Віддалені результати лікування вивчали також для з'ясування подальшого психо—фізичного розвитку дітей. Обстежені 37 дітей віком від 1 року до 10 років, що становило 50,7% від кількості оперованих пацієнтів.

Під час спілкування з батьками та дітьми з'ясували наявність у дитини нудоти, блювання, печії, болю в надчеревній ділянці, схуднення, схильності до проно-

су, поганого апетиту. На нудоту, блювання, печію, біль в надчеревній ділянці, пронос оглянуті діти не скаржилися. Поганий апетит відзначений у 12 дітей, що зумовлювало їх схуднення та розвиток за гіпотрофічним конституційним типом. Отримані результати не співпадають з даними інших дослідників. У 26 (35,6%) дітей проведено ультразвукове та ендоскопічне дослідження, тільки в одного хлопчика віком 8 років під час ендоскопії виявлена деформація великої кривини шлунка, яка не спричинила порушення його функції. В інших дітей патологічні зміни не виявлені, прохідність ворота не порушена. Обстежені діти розвиваються нормально, не відрізняються від своїх однолітків, школярі навчаються добре. Позитивні віддалені результати свідчать, що ефективним методом лікування ВПС є своєчасне виконання оперативного втручання.

## ВИСНОВКИ

1. Ступінь гіпотрофії дитини з ВПС залежить від тривалості періоду блювання.
2. Причиною пізньої госпіталізації дітей є тривале амбулаторне лікування з призначенням спазмолітичних препаратів.
3. Для пальпації ворота як ймовірної ознаки ВПС доцільно використовувати огляд дитини під загальним знеболенням.
4. В диференційній діагностиці ВПС надійним методом є ендоскопічне дослідження.
5. Поперечний доступ за Davis є раціональним під час здійснення пілороміотомії.
6. У віддалений період обстежені діти розвиваються нормально, не відрізняються від однолітків.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Кривченя Д. Ю., Чеканова Л. Р. Современные методы диагностики и лечения врожденного пилоростеноза у детей // Клиническая хирургия. — 1991. — № 6. — С. 59—64.
2. Левин М. Д. Рентгенологическая диагностика врожденных гипертрофических пилоростенозов // Педиатрия. — 1990. — № 1. — С. 44—49.
3. Мухин В. Н., Москаленко В. З., Грона В. Н. и др. Популяционная распространенность врожденного пилоростеноза у детей Донецкой области Украины // Цитология и генетика. — 2001. — № 5. — С. 60—64.
4. Токарев Б. Г., Билкун А. И., Спахи О. В. Результаты хирургического лечения врожденного пилоростеноза в отдаленном анамнезе по данным рентгенологического исследования // Арх. клин. и эксперим. медицины. — 1999. — Т. 8, № 1. — С. 77—80.
5. Худов В. К., Доморацький В. А., Батура М. І. Ендоскопічна діагностика пілоростенозу // Клінічна хірургія. — 1996. — № 5. — С. 16—17.
6. Шиш А. А., Лихута В. П., Колчин Д. Г. и др. Диагностика и лечение врожденного пилоростеноза // Там же. — 1991. — № 6. — С. 69—70.