

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ПРИРОДЖЕНОГО ПІЛОРОСТЕНОЗУ В ДІТЕЙ

ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ПРИРОДЖЕНОГО ПІЛОРОСТЕНОЗУ В ДІТЕЙ – Вивчено матеріали використання різноманітних методів діагностики у 36 дітей із вродженим пілоростенозом. З урахуванням спроможності сучасних методів лікування було розроблено новий підхід до діагностики та лікування даного захворювання.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА В ДЕТЕЙ – Использование современных технологий в диагностике и лечении врожденного пилоростеноза в детей. Изучены результаты использования различных методов диагностики у 36 детей с врожденным гипертрофическим пилоростенозом. С учетом разрешающей способности современных методов лечения был разработан новый подход к диагностике и лечению этого заболевания.

THE USE OF MODERN TECHNOLOGY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CONGENITAL PYLOROSTENOZE IN CHILDREN – The materials of use a variety of methods of diagnosis in 36 children with congenital pyloric stenosis were studied. The ability of modern methods of treatment has developed a new approach to the diagnosis and treatment of this disease.

Ключові слова: природжений пілоростеноз; діти; діагностика; лікування.

Ключевые слова: врожденный пилоростеноз; дети; диагностика; лечение.

Key words: congenital hypertrophic pylorostenosis; children; diagnostics.

ВСТУП Пілоростеноз у дітей (pylorostenosis; від грец. pyloros – воротар і stenosis – звуження) – захворювання дітей перших місяців життя, що має клініку часткової непрохідності шлунка. В основі пілоростенозу лежить вроджена вада розвитку стінки воротаря. Захворювання частіше спостерігається у хлопчиків. Основним симптомом є блювота, яка з'являється на 2–3 тижнях життя. Рясне блювання, “фонтаном”, кількість блювотних мас, як правило, перевищує кількість молока, прийнятого дитиною під час годування. Домішок жовчі в блювотних масах немає. На початку захворювання блювання виникає через 10–15 хв після годування, але в подальшому в міру розширення шлунка інтервали між годуваннями і блювотою продовжуються. Внаслідок частого блювання розвивається виснаження і зневоднення. Маса дитини у віці 1,5–2 місяців нерідко виявляється меншою, ніж при народженні. При огляді живота в більшості випадків можна спостерігати перистальтику шлунка у вигляді “пісочного годинника”. Цей симптом є дуже важливим, може бути викликаний погладжуванням шкіри живота в ділянці шлунка. Діагноз пілоростенозу встановлюється на основі анамнезу захворювання, клінічних та рентгеногастрографічних обстежень, фіброгастроскопії, або ультразвукового обстеження. Тому питання ранньої діагностики та диференційної діагностики відіграє важливе значення для хірурга.

Метою дослідження було поліпшення результатів обстеження, діагностики та лікування дітей із гіпертрофічним вродженим пілоростенозом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми обстежили 36 дітей із природженим пілоростенозом. До основної групи включено

20 дітей, до контрольної – 16. Середній вік хворих в обох групах – 3–5 тижнів. Усіх пацієнтів до операції обстежили. Їм провели загальноклінічні та біохімічні методи дослідження, ультразвукове дослідження, фіброгастроскопію та пальпацію пілоруса під наркозом. Контрастну рентгеногастрографію застосували у 8 (50 %) дітей контрольної групи, фіброгастроудоденоскопію – у 18 (90 %) дітей дослідної групи. Всім дітям виконали стандартну пілороміотомію за Фреде–Рамштедтом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У дослідній групі (12 (60 %) дітей) результати клінічної оцінки та ультразвукового дослідження шлунка виявилися інформативними, у решти – сумнівними, що потребувало проведення фіброгастроудоденоскопії шлунка з оцінкою ступеня прохідності пілоричного каналу. Під час дослідження виявлено поліморфні зміни. Явища езофагіту та гастриту відмічали переважно у дітей віком старше 1 місяця та з гіпотрофією II–III ступенів. Цим дітям під час дослідження у дванадцятипалу кишку вводили поліуретановий зонд діаметром 1,0–1,5 мм. Краплинне ентеральне введення материнського молока об'ємом 10 мл/кг маси тіла на годину та парентеральне введення препаратів для корекції порушень гомеостазу дало змогу забезпечити адекватну доопераційну підготовку. Аналіз випадків малоінвазивних втручань свідчить про сприятливіший перебіг раннього післяопераційного періоду, що дає змогу швидко відновити нормальний об'єм вигодовування та скоротити термін стаціонарного лікування.

Діагностика пілоростенозу в дітей відіграє дуже важливу роль в подальшому розвитку ситуації. Симптоматика захворювання дуже схожа на іншу шлункову патологію – пілороспазм. І тільки ретельне лабораторне обстеження дитини може їх розмежувати. Пілоростеноз потребує термінової операції, на відміну від пілороспазму.

ВИСНОВКИ Фіброгастроскопія при природженому пілоростенозі показана за неефективності об'єктивного дослідження та ультрасонографії шлунка і є високоінформативним методом діагностики. Ентеральне зондове харчування дає змогу зменшити об'єм інфузійної терапії, скоротити термін доопераційної підготовки, сприяє пришвидшенню відновлення фізіологічного об'єму вигодовування в післяопераційний період.

Перспективи подальших досліджень Одержані результати є основою для подальшого пошуку та дослідження і впровадження ефективних схем діагностики та лікування гіпертрофічного пілоростенозу в дітей, що дозволить зменшити частоту несприятливих випадків з даної патології та поліпшити результати діагностики та лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кривченя Д. Ю. Современные методы диагностики и лечения врожденного пилоростеноза у детей / Д. Ю. Кривченя, Л. Р. Чеканова / Клини. хирург. – 1991. – № 6. – С. 59–64.
2. Боднар Б. М. Діагностика та результати лікування вродженого пілоростенозу у дітей / Б. М. Боднар, С. В. Шестобуз, В. Л. Брожик / Клини. хирург. – 2002. – № 12. – С. 108–109.
3. Худов В. К. Ендоскопічна діагностика пілоростенозу / В. К. Худов, В. А. Доморацький, М. І. Батура / Клини. хирург. – 1996. – № 5. – С. 16–17.

4. Пат. № 68139 А Україна, МПК А 61В8/00. Спосіб ультразвукової діагностики гіпертрофічного пілоростенозу / О. В. Спахі, О. М. Дьоміна, А. Г. Запорожченко. – № 2003109438; заявл. 20.10.2003; опубл. 15.07.2004.

5. Соловійов А. Є. Оцінка ефективності сучасних методів діагностики гіпертрофічного пілоростенозу у дітей / А. Є. Соловійов,

О. В. Спахі / Львівський медичний часопис. – 2003. – № 4 (IX). – С. 108–110.

6. Godbole P. Ultrasound compare with clinical examination in infantile hypertrophic pyloric stenosis / P. Godbole, A. Sprigg, J. A. Dickson // Arch. Dis. Child. – 1997. – № 76(4). – P. 385.

Отримано 08.07.17