

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Гнедова А.В., Шейбак В.М.

Гродненский государственный медицинский университет,  
кафедра детской хирургии, г. Гродно

**Ключевые слова:** врожденный пилоростеноз, пилоромиотомия, баллонная дилатация.

**Резюме:** врожденный пилоростеноз является распространенной хирургической патологией.

Статья содержит данные клинической картины, результаты инструментальной диагностики и лечения пилоростеноза.

**Resume:** infantile pyloric stenosis is a frequent surgical pathology. The article contains the data of the clinical picture, results of instrumental diagnostic and treatment of pyloric stenosis.

**Актуальность.** Врожденный пилоростеноз является часто встречающейся хирургической патологией детского возраста. Частота пилоростеноза составляет 0,5—3 на 1000 новорожденных. При врожденном пилоростенозе наблюдается нарушение проходимости пилорического отдела желудка вследствие гипертрофии сфинктера привратника (пилорический сфинктер) [1]. К факторам, которые играют роль в развитии пилоростеноза, относят незрелость и дегенеративные изменения нервных элементов пилорического канала, повышенный уровень гастрина у матери и ребёнка, нарушение взаимодействия гастрин—секретин. Не исключают возможность участия генетических факторов и факторов окружающей среды [6].

Проблема ранней диагностики и своевременного хирургического лечения пилоростеноза остается актуальной [4]. Важной задачей в практике детского хирурга является обеспечение скорейшего и полного выздоровления детей с врожденным пилоростенозом, предотвращение развития осложнений данного заболевания: обезвоживания, гипотрофии, гнойно-септических заболеваний.

**Цель:** проанализировать клинические проявления врожденного пилоростеноза у детей, оценить методы, используемые для диагностики данного заболевания, определить эффективность проводимого оперативного лечения с оценкой состояния здоровья детей.

**Задачи:** выявить особенности течения и диагностирования врожденного пилоростеноза. Исследовать результаты лечения данной патологии в ранние сроки после проведенного хирургического вмешательства.

**Материал и методы.** В соответствии с поставленной целью проведен ретроспективный анализ 41 истории болезни пациентов, прооперированный по поводу врожденного пилоростеноза в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2014 по 2019 год.

**Результаты и их обсуждение.** Среди 41 пациента с врожденным пилоростенозом большинство составили мальчики – 31 (75,6%), девочки – 10 (24,4%). Возрастная структура детей была следующей: до 1 месяца – 13 детей (31,7%), от 1 до 2 месяцев – 23 (56,1%), старше 2 месяцев – 5 (12,2%). Время до поступления в стационар от начала заболевания распределились между пациентами следующим образом: 5 детей (12,2%) – до 6 часов, 9 (21,9%) – от 6 до 24 часов, 27 (65,9%) – после 24 часов.

Исследование показало, что при поступлении с большей частотой встречались жалобы со стороны матери на недостаточную прибавку массы тела ребенка (100%), срыгивание и рвоту «фонтаном» в 22 случаях (53,7%), рвоту «фонтаном» - 12 (29,3%), у 1 пациента (2,4%) с примесью крови. Наличие видимой перистальтики желудка в виде «песочных часов» при объективном обследовании выявлено у 3 детей (7,3%). Гипертрофированный привратник, в виде плотно-эластичного цилиндра, пальпировался в 7 случаях (17,1%).

В качестве основного инструментального метода диагностики использовалось ультразвуковое исследование и было проведено всем пациентам. В ходе исследования у 34 пациентов (82,9%) выявлено увеличение длины привратника, у 37 (90,2%) – утолщение мышечного слоя привратника, у 32 (78%) – отсутствие перистальтической волны.

Фиброгастроскопия выполнена 37 пациентам (90,2%), при этом у 31 (83,8%) наблюдались признаки пилоростеноза, у 6 (16,2%) – пилороспазма. Рентгенологическое исследование органов брюшной полости с использованием бариевой взвеси проведено 18 пациентам (43,9%), у которых были выявлены признаки пилоростеноза.

Инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами была проведена всем пациентам с целью коррекции электролитных нарушений, кислотно-основного состояния, восстановления объема циркулирующей крови. В качестве метода консервативного лечения у 34 пациентов (82,9%) использовалась атропинизация.

Лапароскопическая пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту была выполнена в 39 случаях (95,1%), в 2 (4,9%) – открытая пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту. Хирургическое вмешательство выполнялось спустя 1 сутки после поступления в стационар у 5 детей (12,2%), от 2 до 5 суток – у 28 (68,3%), более 5 суток – у 8 (19,5%).

У 3 пациентов (7,3%) была проведена баллонная дилатация привратника. Показаниями для данного вмешательства являлись сохраняющаяся рвота после проведенной операции, ультразвуковые и эндоскопические признаки пилоростеноза. В первом случае баллонная дилатация привратника выполнена через 21 день после лапароскопической пилоромиотомии с минутным интервалом 3 раза. После проведения манипуляции привратник зияет просветом около 3\*4 мм. Во втором случае баллонная дилатация проводилась трижды. Первый раз дилатация просвета пилоруса проведена на 9 сутки после операции двухэтапно (баллонами 5 и 7 мм). Второй раз на 11 сутки выполнено 3 сеанса дилатации пилоруса до 7 мм. Третий раз на 12 сутки произведена баллонная дилатация до 7 мм. В третьем случае баллонная дилатация привратника выполнена через 7 дней после операции двухэтапно (баллонами 6 и 8 мм).

В ходе проведения лапароскопической пилоромиотомии по Фреде-Рамштедту у 1 ребенка (2,4%) был обнаружен дефект слизистой оболочки ближе к двенадцатиперстной кишке. Выполнена верхнепоперечная лапаротомия, в рану был выведен пилорус, обнаружен дефект слизистой размером около 4 мм и ушит двухрядным швом, проведена репилоромиотомия.

За период лечения врожденного пилоростеноза у двух детей было обнаружено желудочное кровотечение, у пациентов появилась рвота по типу «кофейной гущи». Использовался консервативный метод лечения: желудок промыт аминокапроновой кислотой, после назначены этамзилат натрия 12,5%, плазма. При проведении фиброгастроскопии в пилорическом, препилорическом по большой кривизне и в области

тела желудка ближе к кардиальному отделу определялись язвы желудка размерами 0,4\*0,5 см под фибрином.

Все пациенты, прооперированные по поводу врожденного пилоростеноза, были выписаны из стационара с выздоровлением. Время, проведенное пациентом в стационаре на период лечения врожденного пилоростеноза, составило у 8 пациентов (19,5%) до 10 дней, у 20 (48,8%) – от 10 до 15 дней, у 13 (31,7%) – более 15 дней.

**Выводы:** 1. В половой структуре врожденного пилоростеноза преобладают мальчики (3,1: 1). 2. Возрастом, в котором наиболее часто проявляется данное заболевание, является 1 – 2 месяца жизни ребенка. 3. Основу клинических проявлений врожденного пилоростеноза составляют недостаточная прибавка массы тела, срыгивание и рвота «фонтаном». 4. В качестве основных методов диагностики данной патологии применяют ультразвуковое и эндоскопическое исследования. 5. Наиболее часто используемым методом оперативного вмешательства по поводу врожденного пилоростеноза является лапароскопическая пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту. 6. Баллонная дилатация привратника желудка является высокоэффективным методом коррекции повторного гипертрофии пилоруса.

#### Литература

1. Дронов, А. Ф. Поддубный, И. В., Котлобовский, В. И. Эндоскопическая хирургия у детей / А. Ф. Дронов, И. В. Поддубный, В. И. Котлобовский. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 440 с.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. 1-е изд. (пер. с англ.) / Под ред. Т.К. Немиловой. – СПб: Хардфорд, 1996. – 384 с.
3. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия: Национальное руководство / Под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.
4. Пури П., Гольварт М. Атлас по детской оперативной хирургии. (пер. с англ.) / Под ред. Т.К. Немиловой. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 648 с.
5. Подкаменев В.В. Хирургические болезни у детей: учеб. пособие, - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 432 с.
6. Катько В.А. Справочник детского хирурга.—Минск: Адукацыя і выхаванне, 2013. —568 с.
7. Детская оперативная хирургия: Практическое руководство / Под. ред. В.Д. Тихомировой. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. — 872 с.: ил.