

*А. В. Гнедова*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО  
ПИЛОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. В. М. Шейбак*

*Кафедра детской хирургии,*

*Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно*

*A. V. Gnedova*

**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF INFANTILE PYLORIC STENOSIS  
IN CHILDREN IN THE DISTANT TERM AFTER OPERATION**

*Tutor Ph. D. in Medicine, associate professor V. M. Sheibak*

*Department of Pediatric Surgery,*

*Grodno State Medical University, Grodno*

**Резюме.** Врожденный гипертрофический пилоростеноз является часто встречающейся хирургической патологией. Данная работа посвящена изучению состояния здоровья детей, прооперированных по поводу врожденного пилоростеноза.

**Ключевые слова:** врожденный пилоростеноз, отдалённые результаты.

**Resume.** Infantile hypertrophic pyloric stenosis is a frequent surgical pathology. This work is devoted to the study of the health condition of children, operated about infantile pyloric stenosis.

**Keywords:** infantile pyloric stenosis, distant results.

**Актуальность.** Врожденный гипертрофический пилоростеноз является одним из распространенных хирургических заболеваний детского возраста. Частота встречаемости врожденного пилоростеноза в настоящее время составляет 0,5 – 3 случая на 1000 новорожденных. Ранние послеоперационные осложнения пилоростеноза хорошо представлены в литературных источниках, однако наряду с этим отдаленные результаты хирургического лечения данной патологии изучены недостаточно.

**Цель:** изучить состояние здоровья детей, прооперированных в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2005 по 2018 годы по поводу врожденного пилоростеноза.

**Задачи:**

1. Ретроспективный анализ историй развития пациентов, прооперированных по поводу врожденного пилоростеноза и получающих медицинскую помощь в детских поликлиниках г. Гродно.
2. Статистический анализ полученных данных.
3. Формулировка выводов об отдаленных результатах хирургического лечения врожденного пилоростеноза у детей.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй развития 15 пациентов, прооперированных по поводу врожденного пилоростеноза и получающих медицинскую помощь в детских поликлиниках № 1, 2, 7 г. Гродно.

**Результаты и их обсуждение.** Отдаленные результаты изучены у 15 пациентов в срок от 1 до 14 лет после операции. Среди общего количества пациентов было 9 мальчиков и 6 девочек. Оценив физическое развитие детей в 1 год, выявлено 11 пациентов с гармоничным развитием и 4 с дисгармоничным (дефицит массы тела (ДМТ) I степени у 2 детей, ДМТ II степени - 1, избыток массы тела (ИМТ) I степени

- 1). При оценке физического развития детей при последнем визите поликлиники у 11 пациентов было гармоничное развитие, у 4 дисгармоничное (ДМТ I степени - 2 детей, ИМТ I степени - 1, ИМТ II степени - 1).

Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта наблюдались у 9 пациентов. Ферментопатия выставлена в 2 случаях, функциональное расстройство желудка – 2, кишечные колики – 2, дисбиоз кишечника – 2, хронический запор, долихомегаколон – 1, синдром срыгивания – 1, эритематозная гастропатия – 2, острый гастрит – 1, гастроэнтерит – 4, множественные язвы желудка – 1 (диаграмма 1).



Диagr. 1 – Структура патологии желудочно-кишечного тракта

Патология желчного пузыря встречалась у 4 детей: дискинезия желчевыводящих путей – 1, anomальная форма желчного пузыря – 2, уплотнение внепеченочных желчных путей – 1. При проведении УЗИ внутренних органов обнаружены увеличение размеров головки и хвоста поджелудочной железы у 1 ребенка и диффузное увеличение хвоста поджелудочной железы у 1 пациента.

Аллергологический анамнез отягощен у 10 детей. Одному пациенту был выставлен диагноз рахит. Анемия легкой степени тяжести на 1 году жизни выставлена 10 пациентам, тяжелой степени тяжести - 1.

Респираторная патология: очаговая пневмония выявлена у 3 детей, острый ларингит, стеноз гортани II степени – 2. К категории часто болеющих детей относятся 2 пациента.

Малые аномалии развития сердца выявлены у 13 пациентов: открытое овальное окно – 7, anomальная хорда левого желудочка - 1, пролапс митрального клапана I степени без регургитации - 1, трикуспидальная регургитация I степени - 1. При анализе электрокардиограмм были обнаружены следующие изменения: умеренная синусовая брадикардия у 5 пациентов, синусовая тахикардия – 2, синусовая аритмия – 1, диффузные изменения в миокарде желудочков – 3, неполная блокада правой

ножки пучка Гиса – 2, замедление атриовентрикулярной проводимости – 1, замедление внутрижелудочковой проводимости – 2, удлинение интервала QT – 1, укорочение интервала PQ – 1, предсердный эктопический ритм – 1.

Эндокринологическая патология обнаружена у 2 детей: эндемичный диффузный зоб I степени – 1, признаки гиперплазии и диффузных изменений щитовидной железы – 1. Гинекологическая патология у 2 девочек была представлена изолированными менархе.

Неврологические заболевания встречались у 11 пациентов. Задержка моторного развития встречалась в 7 случаях, синдром двигательных нарушений – 10, синдром угнетения нервно-рефлекторной возбудимости – 1, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости – 4, вегетативная дисфункция по ваготоническому типу с мигренозными пароксизмами – 1, неврологические тики – 1, энурез – 1 (диаграмма 2).



Диагр. 2 – Структура неврологической патологии

Нарушения со стороны мочевыделительной системы наблюдались у 5 детей: пиелозктазия – 2, гидронефроз справа I степени – 1, уретерогидронефроз справа I степени – 1, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря – 1, острый цистит – 1.

При ортопедическом исследовании выявлена плоско-вальгусная деформация стопы I степени у 2 пациентов, идиопатический S-образный груднопоясничный сколиоз – 1, диспластический правосторонний грудной сколиоз I степени – 1. У 2 пациентов были обнаружены рентгенологические признаки дисплазии тазобедренных суставов.

#### **Выводы:**

1 Существенных различий между заболеваниями детей, которым была проведена пилоромиотомия, и детьми, которым не проводилась операция, не выявлено.

2 В послеоперационном периоде необходимо выделить в «группу риска» по развитию заболеваний ЖКТ пациентов, оперированных по поводу пилоростеноза.

3 К детям данной группы необходимо проявить большую внимательность и настороженность ввиду их уязвимости к желудочно-кишечным заболеваниям, а

также принять меры по своевременной профилактике и лечению отдаленных осложнений.

#### Литература

1. Физическое развитие и состояние желудочной секреции у детей в отдаленные сроки после оперативного лечения пилоростеноза [Текст]: сборник / В.Г. Вакульчик, Л.Р. Разумовский, В.М. Шейбак // Здоровье детей Беларуси в современных экологических условиях: Сб. материалов. - Минск, 1993. - С. 25
2. Отдаленные результаты оперативного лечения врожденного пилоростеноза у детей [Текст]: сборник / В.Г. Вакульчик, В.М. Шейбак, А.В. Янковский, Б.И. Мацкевич, Г.И. Войтеховский, В.И. Ковальчук // Материалы XI съезда белорусских хирургов. - Гродно, 1995. - 1. - С. 168-169
3. Отдаленные результаты лечения детей с врожденной непроходимостью верхних отделов пищеварительного тракта / В. В. Новосад [и др.] // Новости хирургии. - 2009. - Т. 17, № 2. - С. 71-76.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ