

УДК 617-089:616-07(572. 2) (04)

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

А.А. Марков – канд. мед. наук
Т.О. Омурбеков – докт. мед. наук, проф.
А.С. Марков – канд. мед. наук, доц.
Д.В. Нестеров – клин. ординатор

The article describes diagnostics of pylorostenosis at children, using clinical, X-ray, endoscope and other methods. During the diagnostics studies it was revealed, that the endoscope is the basic method for this disease.

Врожденный пилоростеноз принадлежит к числу тяжелых пороков развития и имеет рецессивное, аутосомно-доминантное наследование [2,3]. В основе заболевания лежит врожденное нарушение морфологических структур пилорического жома желудка в результате разрастания циркулярного мышечного слоя и межклеточной ткани, приводящие к стенозу привратника и нарушению проходимости в данном отделе желудочно-кишечного тракта. В структуре пороков развития врожденный пилоростеноз встречается довольно часто, уступая лишь порокам развития опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы. Популяционная частота составляет 4 : 1000 [1, 2, 3]. Соотношение мужского и женского полов – 5:1 [2,4].

Актуальность своевременной диагностики этого заболевания обусловлена потенциальной опасностью развития таких труднокорректируемых осложнений, как аспирационная пневмония, прогрессирующая гипотрофия, энтероколит, нарушение водно-солевого баланса и ряда других осложнений, обусловленных проявлением высокой кишечной непроходимостью в раннем детском возрасте.

Цель исследования – оптимизация диагностики врожденного пилоростеноза путем изучения данных клинико-рентгенологиче-

ских, инструментальных и других методов обследования.

В основу настоящей работы положены результаты комплексного обследования 141 больного, поступивших в городскую детскую клиническую больницу скорой медицинской помощи г. Бишкек за период с 1987 по 2002 гг.

Результаты исследования. Согласно нашим данным, подавляющее количество больных с врожденным пилоростенозом – 116 (82,8%) – поступили в клинику в возрасте от одного до трех месяцев и только 9 (66%) были новорожденные.

Основными клиническими симптомами, позволяющими поставить диагноз пилоростеноза, были следующие: рвота «фонтаном» без примеси желчи, прогрессирующее снижение массы тела, малое число мочеиспусканий, сниженный диурез, редкий и скудный стул, выраженная перистальтика желудка (симптом «песочных часов»).

Рассмотрим эти симптомы отдельно, основываясь на данных наших исследований [8].

Рвота «фонтаном» – желудочным содержимым без примеси желчи – являлась постоянным и основным симптомом у всех больных пилоростенозом. Причем у 72,4% детей появление рвоты приходилось на возраст от двух до четырех недель и только у 7,7% – на пер-

вую неделю жизни. При изучении анамнестических данных нам удалось выяснить, что у всех больных отмечалось упорное срыгивание, а также периодическая рвота створоженным молоком, без примеси желчи, в первые дни после рождения. По мере прогрессирования заболевания и увеличения объема желудка в возрасте двух – четырех недель появляется рвота «фонтаном»: объем рвотных масс значительно превышает объем однократного кормления. Частота рвоты «фонтаном» за сутки достигала четырех – пяти раз, т.е. меньше чем число кормлений. Длительная рвота у детей приводила к потере массы тела и развитию прогрессирующей гипотрофии.

Клинические проявления заболевания зависят от степени выраженности пилоростеноза и подразделяются на компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную формы. В результате несвоевременного направления детей с врожденным пилоростенозом в хирургический стационар у 34% больных при поступлении отмечалась гипотрофия второй степени, у 42% – третьей степени и 11,7% – четвертой степени. Кроме того, у 85% больных до поступления в клинику рвота «фонтаном» продолжалась с двух до шестинедельного возраста, что приводило к обезвоживанию, а в ряде случаев – к развитию метаболического алкалоза.

В результате прогрессирующего течения заболевания у 86,5% детей отмечено урежение числа мочеиспусканий от трех до пяти раз в сутки. У всех больных наблюдалось снижение суточного диуреза, причем у 11% больных суточный диурез не превышал 15–30 мл (при норме 600–700 мл в сутки).

Редкий стул имел место у 41% детей (один раз в три–семь дней), у 23% – один раз в сутки, а у 35% – один–два раза в день, но скудный. Урежение числа мочеиспусканий и стула, уменьшение суточного количества мочи мы назвали симптомом «сухих пеленок».

При выраженной гипотрофии ребенка (53,7%) отмечается симптом «песочных часов», который возникает вскоре после кормления, при поглаживании передней брюшной стенки в области эпигастрия. При этом желудок приобретает форму «песочных часов» из-

за усиленной перистальтики его стенок над местом препятствия прохождению пищи.

У многих больных происходили изменения в биохимических показателях крови: диспротеинемия, снижение альбуминов, альфа- и гамма-глобулинов, хлоридов, повышение уровня фибриногена.

Всем больным было проведено рентгенологическое исследование, которое начиналось с проведения обзорной рентгенограммы грудной и брюшной полостей в вертикальном положении ребенка. При этом у большинства из них визуализировался большой растянутый желудок, дно которого нередко определялось на уровне костей таза или ниже пупка, а в петлях кишечника – снижение содержания газа. Решающими в диагностике врожденного пилоростеноза являлись данные рентгеноконтрастного исследования, которое проводилось сразу же после обзорной рентгенографии.

У новорожденных в качестве контрастного вещества использовался йодолипол в количестве от 5 до 10 мл, у детей грудного возраста – 10-20%-ная бариевая взвесь на 30–50 мл 10%-го раствора глюкозы. Контрастное вещество вводилось в желудок через резиновый уретральный катетер. Через 20 и 180 мин. производили снимки в вертикальном положении ребенка, при необходимости делали повторные снимки через 6 и 24 часа. Если через 3 часа в желудке оставалось больше половины контрастного вещества, то это служило основным рентгенологическим критерием пилоростеноза.

С 1998 г. в нашей клинике проводится фиброгастоскопия (ФГС) всем детям с подозрением на пилоростеноз. Нами проведено 20 ФГС. В результате у 8 больных был подтвержден диагноз пилоростеноза.

При эндоскопическом исследовании определялся расширенный, перерастянутый желудок с выраженной складчатостью слизистой оболочки в антральном отделе. В области пилорической заслонки отмечался разной степени выраженности стеноз пилорического канала, который не раскрывался при раздувании воздухом. Указанные выше симптомы являлись типичными для врожденного пилоростеноза.

Считаем целесообразным проведение премедикации за 20-30 мин. до ФГС, что позволяет достичь хорошего спазмолитического эффекта во время исследования. Дальнейшее использование эндоскопии позволит значительно ограничить показания к применению рентгенологических исследований у детей с этим заболеванием.

У 40 детей с подозрением на врожденный пилоростеноз проводилось ультразвуковое исследование. При этом только у 12 больных удалось установить диагноз, что свидетельствует о низкой диагностической ценности ультразвукового метода исследования при данном пороке развития.

Таким образом, своевременная диагностика врожденного пилоростеноза основана на сопоставлении характерных клинических проявлений у детей первых дней жизни с результатами рентгеноконтрастных и эндоскопических методов исследования. Внедрение в

практику ФГС позволит значительно сократить время диагностики, а также ограничить использование рентгенологических исследований у детей с врожденным пилоростенозом.

Литература

1. Баиров Г.А. Срочная хирургия у детей // Руководство для врачей. – СПб, 1997. – 462 с.
2. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей. – М.: Медицина, 1988. – 701с.
3. Москаленко В.З., Грона В.Н., Сонов Г.А. Популяционная частота и структура гипертрофического пилоростеноза у детей Донецкой области Украины // Материалы конф. «Настоящее и будущее детской хирургии». – М., 2001.
4. Разиньков А.Г., Косяков., Ришт О.В. Результаты клиничко-лучевой диагностики и оперативного лечения врожденного пилоростеноза у детей // Материалы конф. «Настоящее и будущее детской хирургии». – М., 2001.