

Бородулина Т.В.¹, Карачева М.С.², Цан Н.А.¹, Никитин С.В.¹

Факторы риска и клиническая диагностика пилоростеноза у детей

1 - ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней, г. Екатеринбург; 2 - МАУ «Детская городская клиническая больница № 9», г. Екатеринбург

Borodulina T.V., Karacheva M.S., Tsan N.A., Nikitin S.V.

Risk factors and clinical diagnostic of pylorostenosis in children

Резюме

В статье представлен анализ ретроспективного исследования детей, прооперированных по поводу пилоростеноза. Установлено влияние неблагоприятных факторов антенатального периода на формирование патологии верхних отделов пищеварительного тракта. Определены причины поздней диагностики пилоростеноза.

Ключевые слова: пилоростеноз, ранняя диагностика, факторы риска

Summary

The article presents an analysis of retrospective studies of children operated on for pyloric stenosis. The influence of adverse factors in the formation of the antenatal period pathology of the upper gastrointestinal tract. Determine the cause of late diagnosis of pyloric stenosis.

Key words: pyloric stenosis, early diagnosis, risk factors

Введение

Проблема ранней диагностики врожденных пороков пищеварительной системы остается актуальной, составляя 21,7% от всех аномалий развития [1]. Несмотря на большое число работ, посвященных изучению врожденных пороков развития и функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у грудных детей, проблема остается недостаточно изученной. Важным является решение вопроса о роли наследственных факторов в возникновении пороков развития верхних отделов ЖКТ [2].

В структуре врожденных пороков пищеварительной системы особый интерес представляет врожденный гипертрофический пилоростеноз (ВГП). Этиология и патогенез заболевания до настоящего времени изучен недостаточно, популяционная частота этого порока составляет от 0,5:1000 до 3:1000 новорожденных [1,3]. Основным отличием ВГП от других пороков развития ЖКТ является отсроченное развитие клинической картины, которая затем стремительно нарастает и приводит к развитию гипотрофии и выраженным метаболическим нарушениям. Для диагностики ВГП в настоящее время широко внедрены эндоскопические методы исследования, что позволяет не только своевременно поставить диагноз, но и оценить состояние слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта.

До разработки хирургического лечения дети с ВГП погибали. Выживавшие больные после операции напрямую зависят от его состояния до операции. После операции ребенок считается здоровым, но зачастую не учитываются сопутствующие поражения слизистой оболочки.

Известно, что двенадцатиперстная кишка (ДПК) является своеобразным перекрестком, где встречаются пищеварительные пути желудка, кишечника, печени и поджелудочной железы. Учитывая морфологические, анатомические и физиологические особенности ДПК эмбриологи, генетики, педиатры и хирурги рассматривают отдельно аномалии развития ДПК [4,5]. Учитывая вышесказанное, необходимо продолжить изучение факторов риска в формировании ВГП и подходов к ранней диагностике.

Целью исследования явилась оценка факторов риска и причин поздней диагностики пилоростеноза у детей.

Материалы и методы

В работе проведен ретроспективный анализ 101 историй болезни детей, находившихся на лечении в отделении хирургии новорожденных ГБУЗ «Областной детской клинической больницы № 1» (главный врач к.м.н. С.Р. Беломестнов) за период с 1997 по 2013 годы. Средний возраст пациентов на момент госпитализации со-

ставил 1,12±0,7 месяцев (от 10 суток до 2,5 месяцев). По половой принадлежности мальчики составили большинство – 84 человека (83,2%), девочки – 27 человек (16,8%).

В исследование были включены дети с установленным диагнозом врожденный пилоростеноз.

Нами проведен анализ анамнестических данных, который включал жалобы, анамнез жизни и заболевания, оценку объективного статуса и лабораторных исследований при поступлении в хирургическое отделение.

Математическая обработка результатов исследования проведена с использованием программ Microsoft Excel 2000 XP, STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение

При анализе анамнестических данных нами установлено, что при первичном обращении к участковому врачу только у 26,6% детей определялся диспепсический синдром, чаще диагностировался астено-невротический синдром (40,5%) и недостаточная прибавка в массе тела (32,9%). Как правило, к концу первого месяца жизни, дети формировали хронические расстройства питания по типу гипотрофии первой степени (57,4%). У 73,3% детей диагностировалась железодефицитная анемия I или II степени тяжести, в 19,8% случаев выявлялась анемия III степени тяжести.

Анализируя анамнез жизни детей, в частности антенатальный период, обращало внимание, что более половины из них родились от второй беременности (56,5%), 15,3% – от третьей беременности, 3,5% – от четвертой беременности. Только каждый четвертый ребенок родился от первой беременности (24,7%). Беременность у женщин чаще протекала на фоне угрозы прерывания в первом триместре (38,3%) и диагностированного инфекционного процесса (микоплазмоз – 12,7%, цитомегаловирусная инфекция – 15,8%). Вредные привычки (никотиновая зависимость) и хронические интоксикации (героиновая зависимость) имели 4,9% матерей. Наличие производственных вредностей установлено у 14,1% родителей обследуемых детей. Средний возраст родителей составил 26±0,2 лет (от 20 до 30 лет).

89% детей были рождены доношенными, при рождении масса тела в среднем составила 3342±0,024 кг, длина тела 51,1±0,6 см. Оценка по шкале Апгар у всех детей определялась 7/8 баллов. С рождения 70,3% детей находились на естественном вскармливании, остальные дети получали искусственные адаптированные молочные смеси по причине отсутствия грудного молока у матери.

При обращении к врачу с жалобами на упорные срыгивания дети наблюдались по месту жительства с диагнозом «синдром срыгивания» (58,4%). В ряде случаев, устанавливался диагноз инфекционного энтероколита (40,6%) и дети госпитализировались в инфекционное отделение, где в дальнейшем назначалась антибактериальная терапия. Последнее, свидетельствует об отсутствии осторожности врачей-педиатров относительно хирургической патологии у детей раннего возраста, что, возможно, приводит к поздней госпитализации детей в специализированное отделение и, в ряде случаев, фор-

мированию антибиотикорезистентности. Только каждый четвертый ребенок (24,7%) был своевременно, на первой неделе от момента появления жалоб, направлен на консультацию к хирургу и, в дальнейшем, госпитализирован для хирургической коррекции.

Выраженные клинические признаки пилоростеноза у большинства выявлялись на 20-32 сутки жизни (50,5%), однако 39,8% детей развивали клинику заболевания в более поздние сроки (в период от 33 дней жизни до 3 месяцев). Последнее, требует особого внимания врачей амбулаторного звена относительно диагностики данной патологии.

Необходимо отметить, что у 5,9% детей с врожденным пилоростенозом первичное проведение ультразвуковой диагностики пилорического отдела позволило исключить диагноз пилоростеноза, в результате чего эти дети были также госпитализированы в инфекционное отделение. Возможно, метод ультразвуковой диагностики является малоинформативным в диагностике пилоростеноза и может приводить к диагностическим ошибкам.

Только своевременное назначение инструментального исследования эзофагогастродуоденоскопии позволило правильно поставить диагноз в 19,8% случаев и направить детей на хирургическое лечение.

Таким образом, для ранней диагностики пилоростеноза у детей необходимо проводить анализ антенатального периода развития с выявлением воздействия неблагоприятных факторов, адекватно оценивать объективный статус детей с выявлением симптомов, указывающих на нарушение поступления и усвоения потребляемой пищи (грудного молока или адаптированной молочной смеси), по показаниям, с целью ранней диагностики пилоростеноза, назначать эзофагогастродуоденоскопию.

Выводы

1. Характерными сроками клинического проявления врожденного гипертрофического пилоростеноза являются 20-32 сутки жизни (50,5%). Однако, в процессе диагностики необходимо использовать комплексный подход в оценке состояния и иметь настороженность в плане врожденной патологии у детей с ранним формированием дефицитных состояний, таких как железодефицитная анемия и гипотрофия.

2. При проведении диагностики пилоростеноза предпочтение необходимо отдавать эзофагогастродуоденоскопии, так как именно этот метод исследования выявляет анатомические, функциональные и морфологические изменения со стороны верхних отделов пищеварительного тракта.

3. Своевременное хирургическое лечение пилоростеноза определяет качество жизни детей и их дальнейшее оптимальное развитие.■

Бородулина Татьяна Викторовна, декан педиатрического факультета, д.м.н., профессор кафедры факультетской педиатрии и преемственности детских болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Ека-

теринбург; Карачева Мария Сергеевна, врач гастроэнтерологического отделения МАУ «Детская городская клиническая больница № 9», г. Екатеринбург; Цап Наталья Александровна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детской хирургии ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург; Никитин Сергей Владими-

рович, ординатор кафедры факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Бородулина Татьяна Викторовна, 620028, г. Екатеринбург, ул. Ретина, д.3, каб. 106, E-mail: tborodulina@mail.ru

Литература:

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Смертность детского населения России. М.: Литерра, 2007. – 328 с.
2. Аяламазян Э.К. Антенатальная диагностика и коррекция нарушений развития плода. // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1999. – т. 3. – С. 6–11.
3. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. СПб, 1996. – Т.1. – С. 11–53.
4. Детская гастроэнтерология: руководство для врачей / по ред. проф. Шабалова Н.П. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 460 с.
5. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. акад. РАМН А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.