Лекция по теме «Пилороспазм. Пилоростеноз Сестринский уход .Профилактика»

ПЛАН

1. Определение пилороспазма. Связь с АФО детского организма.

2 Причины. Клинические проявления. Диагностика.

3. Принципы уходаи лечения.

4.Пилоростеноз. Определение Морфологические и гистологические признаки.

5.Причины.Клиника. Диагностика.

6.Принципы предоперационной подготовки.Хирургическое лечение. Прогноз

Болезни органов пищеварения у детей занимают второе место (после заболеваний органов системы дыхания). С учетом анатомо-физиологических особенности ребенка дисфункции желудка и кишечника возникают почти у всех детей в раннем возрасте и являются функциональными. Это состояние связывают с адаптацией и созреванием желудочно-кишечного тракта у грудных детей. Со стороны верхнего отдела пищеварительного тракта у детей часто встречается спазм пилорического отдела желудка –называется пилороспазмом

**Пилороспазм**— спастическое сокращение пилорической части желудка, наблюдающееся преимущественно у грудных детей, обусловленное функциональными расстройствами нервно-мышечного аппарата привратниковой части желудка, что способствует лёгкому возникновению срыгиваний и рвоты. Пилорический отдел — это граница между желудком и двенадцатиперстной кишкой, а пилорическое отверстие сообщает желудок с двенадцатиперстной кишкой. Сфинктер пилорического отверстия (называется привратник) представляет собой развитый мышечный слой. Сфинктер открывается после поступления в желудок пищи, и перистальтическими волнами пищевой комок продвигается в двенадцатиперстную кишку. Закрытие его происходит после поступления пищи в двенадцатиперстную кишку.

Нарушение тонуса сфинктера в виде повышенного тонуса и спазма вызывает затруднения эвакуация пищи из желудка. Пилороспазм у новорожденных детей относится к функциональным расстройствам и связан с нарушением вегетативной иннервации и особенностями вегетативной нервной системы у данного ребенка.

Причины

Стресс, избыток пищи, дефицит [**витаминов**](https://yandex.ru/turbo/medside.ru/s/vitaminyi?parent-reqid=1642949322795650-7471926251357657210-sas6-5249-73e-sas-l7-balancer-8080-BAL-6844), особенно витаминов группы В, **никотин**, недоношенные дети, функционально незрелые,

перенесшие родовую травму и внутриутробную **гипоксию**.

Это состояние проходит самостоятельно к 5-6 месяцам в связи с совершенствованием вегетативного отдела нервной системы и желудочно-кишечного тракта.

Спазм привратника, зависящий только от влияния нервной системы, нужно отличать от **стеноза привратника**.

Клиника

Синдром срыгивания и рвоты.Обильные срыгивания практически с рождения. Рвота непостоянная, возникает вскоре после приёма пищи. Рвотные массы по объёму не превышают количества съеденной пищи, имеют кислый запах, в них возможна примесь жёлчи. Ребёнок беспокоен, нарушение сна. Общее состояние практически не страдает, особенно в начале заболевания; масса тела чаще нарастает соответственно возрасту; гипотрофия развивается постепенно (не более I–II степени), умеренное урежение мочеиспусканий, могут быть запоры. Перистальтика желудка не усилена, привратник не пальпируется.  
 **Диагностика**

ОАК - без изменений.

УЗИ желудка: привратник не изменён

ФЭГДС: натощак желудок свободен от пищевых масс; привратник округлой формы, свободно проходим для эндоскопа; при инсуффляции(раздувании) воздухом возникает медленное полное раскрытие привратника, при этом удаётся осмотреть двенадцатиперстную кишку.

Рентгенологическое исследование: проходимость привратника не нарушена, желудок от контрастного вещества опорожняется через 3–6 часов.

**Сестринский уход при пилороспазме**.

Провести беседу с матерью о необходимости соблюдения диеты

Диета: дробное кормление с увеличением количества кормлений и уменьшением разового объёма; при естественном вскармливании: грудное молоко, до кормления грудью можно дать 1или 2 чайной ложки смеси с загустителями;

при искусственном вскармливании следует использовать смеси с загустителями (например «Фрисовом», «Нутрилон-антирефлюкс», «Нестаргель», «Семпер Лемолак»).

Медикаментозное лечение

• Спазмолитики: атропин 0,1% р-р по 1–2 капли 4 р/сут внутрь; хлорпромазин 0,002 г 3 р/сут внутрь (0,5–1 мл 0,25% р-ра хлорпромазина); прометазин 2,5% по 1–2 капли за 15 мин до кормления; прифиния бромид 1/мг/кг 3 р/сут внутрь. Тиамин в/м в дозе 10–25 мг/сут №10, затем переход на приём препарата внутрь в разовой дозе 0,002–0,005 г 2–3 р/сут до 30 дней. Физиолечение: электрофорез папаверина гидрохлорида, дротаверина на область надчревья №5–10; аппликации парафина на область живота №5–6 через день.

# Пилоростеноз у новорожденных детей

Пилоростеноз – это патология развития желудочно-кишечного тракта, при которой сужен пилорический отдел желудка. Из-за аномалии нарушаются пищеварительные процессы. Пища не может проходить через привратник, задерживается в желудке, из-за чего возникает рвота и другие осложнения.

Чтобы понять механизм развития патологии, необходимо понимать особенности строения желудка. Условно он делится на 4 отдела, которые поочередно задействуются в процессе пищеварения:

* кардиальный отдел – участок, на котором соединяются пищевод и желудок, пища сразу опускается в него;
* дно – верхняя часть желудка, в которой начинаются процессы переваривания;
* тело – основная часть, в которой происходит большинство процессов переваривания;
* пилорический отдел или привратник – участок, на котором соединяются желудок и двенадцатиперстная кишка.

Длина привратника достигает от 4 до 6 см, он имеет воротникообразную форму.

Пилорический отдел желудка имеет мышечный слой, который более развит, чем в других отделах желудка и сокращается интенсивнее. При пилоростенозе этот слой гипертрофирован, то есть сокращение мышц нарушено. Именно по этой причине пища не может поступать в двенадцатиперстную кишку, возникает непроходимость привратника.

Морфологически пилоростеноз проявляется утолщением стенки пилорического канала до 3-7 мм (норма 1-2 мм). У здоровых детей первых недель жизни привратник имеет розовый цвет и округлую форму, напоминающую луковицу, при этом заболевании он удлиняется и приобретает оливообразную форму, хрящевую плотность и белый цвет. Эти изменения развиваются во времени. Гистологически выявляются гипертрофия мышечных волокон (главным образом циркулярного слоя), утолщение соединительно-тканных перегородок, отек, а впоследствии склероз слизистого и подслизистого слоев с нарушением дифференцировки соединительно-тканных структур.

Частота встречаемости данного заболевания составляет 2-3 случая на 1000 новорожденных (P.Puri, M.Hollwarth 2009). Мальчики болеют в 4 раза чаще чем девочки. Прослеживается генетическая предрасположенность к данному заболеванию. У детей, чьи родители болели пилоростенозом, чаще встречается данная патология.

Клиника

В первые дни жизни ребенка отмечаются [срыгивания](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/baby-vomiting) и нечастая рвота. Отчетливая клиника врожденного пилоростеноза проявляется к концу второй-началу третьей недели жизни ребенка. Типичным признаком стеноза привратникового отдела желудка служит рвота «фонтаном» практически после каждого кормления. При этом объем рвотных масс значительно превышает количество высосанного за последнее кормление молока. Характер рвотных масс – застойный, в виде створоженного молока с кислым запахом. Важным дифференциально-диагностическим признаком врожденного пилоростеноза служит отсутствие в рвотных массах примеси [желчи](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/vomiting/bile).

На фоне постоянной рвоты у ребенка с врожденным пилоростенозом быстро прогрессирует обезвоживание и [гипотрофия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/hypotrophy), урежается частота мочеиспусканий, появляются запоры. Стул ребенка имеет темно-зеленый цвет из-за преобладания желчи; моча становится концентрированной, оставляет на пеленках окрашенные разводы.

При осмотре ребенка с врожденным пилоростенозом определяется вздутие в эпигастральной области, видимая перистальтика желудка (симптом «песочных часов»). В большинстве случаев удается пальпировать гипертрофированный привратник, имеющий плотную консистенцию и сливообразную форму.

Вследствие нарушений водно-солевого баланса развиваются тяжелые метаболические и электролитные нарушения (гиповолемия, алкалоз), [дефицитная анемия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/iron-deficiency-anemia), сгущение крови. Осложнением врожденного пилоростеноза может служить язвенное поражение привратника с перфорацией язвы и [желудочно-кишечным кровотечением](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/gastrointestinal-bleeding). Синдром рвоты может приводить к [асфиксии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/asphyxia), [евстахеиту](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_lor/eustachitis), отиту, [аспирационной пневмонии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/aspiration-pneumonia).

## Диагностика

Ребенок с подозрением на врожденный пилоростеноз должен быть направлен [педиатром](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatrician) к [детскому хирургу](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pediatric-surgeon/consultation). Диагноз подтверждается с помощью ультразвукового, эндоскопического, рентгенологического обследования желудка.

Лабораторные анализы (ОАК, КОС крови, биохимическое исследование крови) характеризуются повышением гематокрита, метаболичес­ким алкалозом, гипокалиемией, гипохлоремией.

Детям с подозрением на врожденный пилоростеноз показано проведение [УЗИ желудка](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/child-abdominal-ultrasound/stomach) с водно-сифонной пробой. При осмотре пилорического канала заметно его плотное смыкание, утолщение мышечного жома, отсутствие эвакуации содержимого в 12-перстную кишку.

При проведении [эзофагогастродуоденоскопии ребенку](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopy-children/gastroscopy) с врожденным пилоростенозом определяется расширение антрума и сужение просвета канала привратника до размеров булавочной головки. В отличие от [пилороспазма](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/pylorospasm), при врожденном пилоростенозе пилорический канал не раскрывается при инсуффляции воздуха. По эндоскопическим данным при врожденном пилоростенозе часто выявляется [рефлюкс-эзофагит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/esophagitis).

[Обзорная рентгенография брюшной полости](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/X-ray-gastroenterology/abdominal) демонстрирует увеличение размеров желудка, наличие в нем уровня жидкости натощак, снижение газонаполнения петель кишечника. При проведении [рентгенографии желудка](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/X-ray-gastroenterology/stomach) с бариевой взвесью обращает на себя внимание сегментирующая перистальтика, задержка контраста в желудке и отсутствие его эвакуации в 12-перстную кишку, в боковой проекции - симптом антропилорического «клюва» (сужение пилорического канала).

## Лечение врожденного пилоростеноза

Наличие у ребенка врожденного пилоростеноза требует активной хирургической тактики. Проведение бужирования привратникового канала приводит к его кратковременному раскрытию и повторному стенозированию.

Хирургическому лечению врожденного пилоростеноза предшествует предоперационная подготовка ребенка, включающая инфузионную терапию глюкозо-солевыми и белковыми растворами, применение спазмолитиков, восполнение дефицита жидкости и питательных веществ [микроклизмами](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/proctologic/microclyster).

При врожденном пилоростенозе проводится [пилоромиотомия](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pyloristenosis/pyloromyotomy) по Фреде-Рамштедту, в ходе которой рассекается серозно-мышечный слой привратника до слизистой, тем самым устраняется анатомическое препятствие и восстанавливается проходимость привратникового канала. Операция выполняется открытым, лапароскопическим или трансумбиликальным способом.

В послеоперационном периоде осуществляется дозированное кормление, объем которого к 8-9 суткам доводится до возрастной нормы.

## Прогноз

Большой опыт оперативного лечения врожденного пилоростеноза позволяет добиваться хороших отдаленных результатов и полного выздоровления детей. После операции дети нуждаются в диспансерном наблюдении педиатра, детского хирурга, [детского гастроэнтеролога](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/pediatric-gastroenterologist/consultation) с целью коррекции гипотрофии, [гиповитаминоза](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/hypovitaminosis) и [анемии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/anemia).

Без своевременного оперативного лечения ребенок с врожденным пилоростенозом может погибнуть от метаболических нарушений, дистрофии, присоединения гнойно-септических осложнений ([пневмонии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/pneumonia), сепсиса).

Материалы контроля.

Составить таблицу: « Отличие пилороспазма от пилоростеноза.

Материалы предоставить к 18 часам 24 января