

УДК 616.33-008.3-036.12-053.2-089-02-055.26-056.83

**В.Б. Давиденко¹, Н.В. Рой¹, К.Ю. Пащенко¹,
А.В. Александрова¹, І.В. Калмикова²**

Досвід успішного хірургічного лікування хронічної блювоти рідкісної етіології в дитини

¹Харківський національний медичний університет, Україна

²ДУ «Інститут медичної радіології та онкології імені С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків

Modern Pediatrics. Ukraine. (2022). 1(121): 59-62. doi 10.15574/SP.2022.121.59

For citation: Davydenko VB, Roi NV, Pashchenko KYu, Alexandrova AV, Kalmikova IV. (2022). Experience of successful surgical treatment of chronic vomiting of rare etiology in a child. Modern Pediatrics. Ukraine. 1(121): 59-62. doi 10.15574/SP.2022.121.62.

Блювота в дітей — часта скарга в будь-якому медичному закладі, що обслуговує дітей. Зазвичай блювання має органічне шлунково-кишкове або інфекційне походження, під час обстеження такого пацієнта можна встановити етіологію блювоти та призначити етіотропне лікування для одужання. Але в рідкісних випадках блювота може бути викликана рідкісною дисфункцією органів та систем органів, що не можна виявити під час всебічного обстеження, а результати якої можуть варіюватися аж до небезпечних для життя.

Клінічний випадок. Наведено клінічне спостереження успішного хірургічного лікування дитини із синдромом хронічного блювання, ускладненого гіпотрофією III ст., білково-енергетичною недостатністю тяжкого ступеня внаслідок наркотичної фетопатії, абстинентного синдрому. Показано значення міждисциплінарної співпраці, ефект хірургічного лікування у хворого на неврологічну патологію. Ефективність хірургічного втручання підтверджена безпосередніми результатами раннього післяопераційного періоду та катamnестично, шляхом спостереження дитини протягом 2 років.

Висновки. Позитивний результат лікування вказує на ефективність міждисциплінарної роботи та патогенетичного підходу до лікування рідкісної форми блювоти, зважаючи на неможливість призначення етіотропного лікування в цьому випадку.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду опікунів дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: блювота, гіпотрофія, наркотична фетопатія, ентеральне годування, єюностома.

Experience of successful surgical treatment of chronic vomiting of rare etiology in a child

V.B. Davydenko¹, N.V. Roi¹, K.Yu. Pashchenko¹, A.V. Alexandrova¹, I.V. Kalmikova²

¹Kharkiv National Medical University, Ukraine

²SO «Grigoriev Institute for Medical Radiology and Oncology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv

Vomiting in children is a common complaint in any health care facility serving children. Usually, vomiting has an organic gastrointestinal or infectious origin, when examining such a patient, it is possible to establish the etiology of vomiting and prescribe etiotropic treatment for recovery. But in rare cases, vomiting can be caused by a rare dysfunction of organs and organ systems that cannot be detected during a comprehensive examination, and its results can vary up to life-threatening.

Clinical case. The article presents a clinical case of successful surgical treatment of a child with chronic vomiting syndrome complicated by stage 3 malnutrition, severe protein-energy deficiency due to narcotic fetopathy, and withdrawal syndrome. The importance of interdisciplinary cooperation, the effect of surgical treatment in a patient with neurological pathology is shown. The effectiveness of the surgical intervention was confirmed by the immediate results of the early postoperative period and follow-up by observing the child for 2 years.

Conclusions. A positive result of treatment demonstrates the effectiveness of interdisciplinary cooperation and a pathogenetic approach to the treatment of a rare form of vomiting due to the impossibility of prescribing etiotropic treatment in this case.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki declaration. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

No conflict of interest was declared by the authors.

Key words: vomiting, malnutrition, narcotic fetopathy, enteral nutrition, jejunostomy.

Вступ

Блювота — часта скарга в будь-якому медичному закладі, який обслуговує дітей. Хоча зазвичай блювання має органічне шлунково-кишкове або інфекційне походження, однак може спричинятися дисфункцією багатьох різних систем органів, результати якої можуть варіюватися від доброякісних до небезпечних для життя [1,3,6]. До них належать стани, при яких не вдається виявити мор-

фологічних, метаболічних та інших змін, якими можна було б пояснити клінічні симптоми [4–6]. У вивченні анамнезу життя в дитини з відрижкою та блювотою велике значення має уточнення особливостей перебігу вагітності, оскільки відомо, що захворювання матері в період ембріогенезу, коли закладаються органи травлення, можуть спричинити появу вад розвитку у плода. Мають значення токсикози, гестози вагітних, залізодефіцитна

анемія, а також патологія пологів, оскільки патологічні стани під час вагітності та пологів можуть зумовити гіпоксію плода. Центральна нервова система бере активну участь у регуляції діяльності шлунково-кишкового тракту, тому наслідки перинатальної гіпоксії можуть бути однією з причин зригування в дітей раннього віку. При цьому всі доступні лабораторні та інструментальні методи обстеження не дають змоги виявити органічну природу блювоти [3].

Клінічний випадок

До реанімаційного відділення КНП «Обласна дитяча клінічна лікарня № 1» м. Харкова госпіталізовано дитину віком 1 рік з явищами гіпотрофії тяжкого ступеня, масою тіла 4640 г, скаргами на блювання протягом більше ніж 3 місяці. З анамнезу відомо, що вагітність перебігала на тлі вживання матір'ю наркотичних засобів. Також відомо, що до вилучення дитини з сім'ї у віці 9 міс дитина перебувала на грудному вигодовуванні, а мати продовжувала вживати наркотики. З моменту вилучення з сім'ї в дитини з'явилося завзяте блювання та прогресуюча втрата маси тіла.

На момент госпіталізації стан дитини важкий за рахунок гіпотрофії тяжкого ступеня, метаболічних, водно-електролітних розладів, неврологічних порушень. Млява. Підшкірно-жировий шар відсутній. Живіт запалий. Дитина жадібно смоче суміш через пляшечку, з наступним блюванням. Під час спостереження за дитиною встановлено, що вона блює з'їденою їжею після кожного годування, без патологічних домішок, без жовчі, відразу після закінчення годування, через 5–10 хв і до спустошення шлунка, далі — відригає слиною. Симптому «мокрої подушки» не було. Є олігурія, дефекація малими порціями.

Диференційну діагностику проведено з пілороспазмом, пілоростеном, вродженою кишковою непрохідністю, халазією стравоходу, вродженою дисфункцією кори надниркових залоз, сольвтрачаючою формою і лапречоунізмом, патологією середнього вуха та хворобою Мен'єра.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду опікунів дитини.

Обстеження

Клінічний аналіз крові: показники «червоної» крові — у межах анемії середнього ступе-

ня; глюкоза крові — 2,9 ммоль/л; копрограма — у межах норми; інші клінічні, біохімічні, гормональні показники — у межах норми.

Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки і органів черевної порожнини: патології не виявлено.

Рентгенологічне контрастне дослідження шлунково-кишкового тракту (ШКТ): частина контрастної речовини втрачена через блювоту, решта контрастної речовини через 3, 6, 9, годин вільно та своєчасно проходила відділи ШКТ.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та заочеревинного простору: патології не виявлено.

Фіб्रोезофагогастроуденоскопія: стравохід прохідний на всьому протязі, слизова оболонка не змінена. Хіатус замикається повністю. Стан кардіальної складки — I ступінь. У шлунку — прозорий вміст у невеликій кількості. Слизова оболонка не змінена, складки звичайні. Пілорус звичайний, замикається повністю. Рефлюксу жовчі немає. Цибулина дванадцятипалої кишки звичайної форми, вільно роздувається повітрям, слизова оболонка не змінена.

Призначено лікування: дієта — часте дрібне харчування із застосуванням антирефлюксних сумішей, виключення горизонтального положення тіла після їжі протягом якнайменше 30 хвилин, корекція гіповолемічного стану (інфузійна терапія), протиблювотні засоби (метоклопромід, ондасетрон), пропульсанти (домперидон), гастропротекторна терапія (омепразол), метаболічна терапія (кардонат, тіотриазолін, пнетоксифілін), лікування анемії (актиферин, фолієва кислота), симптоматична терапія. Однак позитивного ефекту лікування не дало, блювота зберігалася в тому ж обсязі.

Дитину проконсультовано генетиком (виключено генетичну патологію обміну речовин), ендокринологом (виключено вроджену дисфункцію кори надниркових залоз, сольвтрачаючу форму і лапречоунізм), отоларингологом і сурдологом (виключено патологію середнього вуха та хворобу Мен'єра), неврологом (проведено корекцію метаболічної енцефалопатії та синдрому вегетовісцеральних порушень).

Зважаючи на те, що прохідність ШКТ дистальніше від шлунка не порушена, вирішено перевести дитину на зондове вигодовування, минаючи шлунок, у дванадцятипалу кишку. Ентеральний зонд встановлено через ніс у дванадцятипалу кишку під контролем фіб्रोезофагогастроуденоскопа та фіксовано

ззовні. Зондове годування здійснено дитячими молочними сумішами протягом 5 тижнів. За вказаний проміжок часу блювоти не виявлено, дитина інтенсивно набирала вагу (близько 1 кг за 5 тижнів), нормалізувалися лабораторні показники. Після 5 тижнів назодуоденальний зонд вилучено з подальшою спробою орального годування. Однак після першого ж годування блювота відновилася в попередньому обсязі. Прийнято рішення відновити зондове вигодовування в дванадцятипалі кишку.

Підсумовуючи клінічні дані (блювота, індукована годуванням, прогресивна гіпотрофія), дані обстеження (не виявлено етіології блювоти, підтверджено нормальну прохідність ШКТ дистальніше шлунка), відсутність ефекту від проведеної терапії (прокінетичної, антирефлюксної), прийнято рішення забезпечити пацієнтові можливість тривалого годування шляхом єюностомії для більш тривалого годування.

Після передопераційної підготовки виконано верхньосерединну лапаротомію, ревізією органів черевної порожнини патології не виявлено, на відстані 30 см від зв'язки Трейца кишка була пересічена, дистальний кінець виведений на стому (губоподібна стома), на відстані 30 см від стоми накладений ентеро-ентероанастомоз за типом «кінець у бік». Ранній післяопераційний період проходив без ускладнень. Годування через стому розпочали із 3-ї доби після відновлення перистальтики кишечника. Для годування застосовували дитячі молочні суміші. Стан дитини прогресивно поліпшувався, дитина активно збільшувала вагу, психоемоційний стан значно покращився, дитина стала активною, з'явився інтерес до оточуючого, нормалізувався сон. За наступні 30 днів маса дитини збільшилася до 7 кг. Перші спроби поїння через рот розпочали через 7 днів після операції, але результат був негативний у вигляді блювоти. З часом помітили, що блювотний рефлекс спочатку став нерегулярним, а через 35–45 днів після операції зовсім зник. Відтоді поступово відновлювали оральне годування шляхом зменшення кількості суміші, що вводиться в єюностому, та пропорційного збільшення кількості суміші, що дитина отримує через рот. Отже, у наступні приблизно 30 днів повністю відновили годування через рот і розширили раціон годування до вікової норми. У подальшому блювоти не відмічали. Після відповідного обстеження

дитину виписали, рекомендували годування через рот, нагляд педіатра та хірурга. Вирішення питання про закриття стоми через 3 місяці — за умови відсутності скарг і попередніх симптомів. За наступні 3 місяці скарг не було, дитина додала у вазі до 10 кг. Прийнято рішення про закриття єюностомії, що виконано в листопаді 2019 року. Дотепер скарг немає, регулярно проходить медичні огляди — дитина росте та розвивається відповідно до віку.

Обговорення

Синдром блювання в дітей є досить поширеним, бо вважається провідним проявом пілороспазму, пілоростенозу, відмічається при вродженій та набутій кишковій непрохідності, ахалазії стравоходу, при інфекційних гастроентероколітах тощо. У зазначеному випадку під час обстеження були виключені вищезазначені патологічні стани, а також такі рідкісні стани, як генетична патологія обміну речовин, вроджена дисфункція кори надниркових залоз, сольвтрачаюча форма і лапречоунізм, патологія середнього вуха та хвороба Мен'єра. Через низьку частоту та неспецифічність симптоматики в разі рідкісних захворювань вибір лікувальної тактики може бути неправильним. Навіть тривале консервативне лікування в рідкісних випадках блювоти є неефективним, а за відсутності відновлення нормальної функції травлення може закінчитися летально.

Під час вирішення питання про вибір методу лікування за відсутності можливості вибору радикального лікування основної причини блювоти прийнято рішення про накладання єюностомії для тривалого вигодовування, а це зрештою сприяло повному одужанню.

Висновки

Зважаючи на неефективність консервативного лікування хронічної блювоти внаслідок дії наркотичних засобів, яка привела до катастрофічної гіпотрофії дитини, прийнято рішення виключити з процесу травлення шлунком шляхом створення єюностомії для тривалого годування, що врешті сприяло повному одужанню дитини. Позитивний результат лікування вказує на ефективність міждисциплінарної роботи та доцільність патогенетичного підходу до лікування рідкісної форми блювоти, в разі неможливості призначення етіотропного лікування.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Bereznoi VV, Kozachuk VG. (2016). A new approach in the treatment of infants with functional disorders of the gastrointestinal tract. *Sovremennaya pediatriya*. 8(80): 116–122. [Бережний ВВ, Козачук ВГ. (2016). Новый подход у лікуванні дітей раннього віку з функціональними розладами шлунково-кишкового тракту. *Современная педиатрия*. 8(80): 116–122.]. doi: 10.15574/SP.2016.80.116.
2. Drossman DA, Hasler WL. (2016). Rome IV — Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 150 (6): 1257–1261.
3. Halder SL, Locke 3rd GR, Schleck CD et al. (2007). Natural history of functional gastrointestinal disorders: a 12 year longitudinal populationbased study. *Gastroenterology*. 133: 799–807.
4. Hikita T, Kodama H, Ogita K, Kaneko S, Nakamoto N, Mimaki M. (2016). Cyclic vomiting syndrome in infants and children: a clinical follow-up study. *Pediatr Neurol*. 57: 29–33. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2016.01.001.
5. Puztaszeri MP, Cryer BL, Genta RM. (2007). Drug-induced injury in the gastrointestinal tract: clinical and pathologic considerations. *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*. 4 (7): 442–453. doi: 10.1038/ncpgasthep0896.
6. Shadrin OG, Misnik VP. (2018). Modern possibilities of diet therapy of functional disorders of the gastrointestinal tract in infants. *Child health*. 13: 3. [Шадрін ОГ, Місник ВП. (2018). Сучасні можливості дієтотерапії функціональних порушень шлунково-кишкового тракту в дітей грудного віку. *Здоров'я дитини*. 13: 3]. doi: 10.22141/2224-0551.13.3.2018.132908.
7. Shih AR, Misdrayi J. (2017). Drug-induced pathology of the upper gastrointestinal tract. *Diagnostic Histopathology*. 23 (2): 84–95. doi: 10.1016/j.mpdhp.2017.03.002.

Відомості про авторів:

Давиденко Вячеслав Борисович — д.мед.н., проф., зав. каф. дитячої хірургії та дитячої анестезіології Харківського НМУ. Адреса: м. Харків, пр. Науки, 4. <https://orcid.org/0000-0002-1557-6999>.
Рой Наталія Вячеславівна — к.мед.н., доц. каф. дитячої хірургії та дитячої анестезіології Харківського НМУ. Адреса: м. Харків, пр. Науки, 4. <https://orcid.org/0000-0001-6626-0145>.
Пашенко Костянтин Юрійович — к.мед.н., доц. каф. дитячої хірургії та дитячої анестезіології Харківського НМУ. Адреса: м. Харків, пр. Науки, 4. <https://orcid.org/0000-0003-3855-6787>.
Александрова Аліна Вячеславівна — к.мед.н., доц. каф. фармакології та медичної рецептури Харківського НМУ. Адреса: м. Харків, пр. Науки, 4. <https://orcid.org/0000-0002-8472-7789>.
Калмикова Інна Володимирівна — лікар ДУ «Інститут медичної радіології та онкології імені С.П. Григор'єва НАМН України». Адреса: м. Харків, вул. Пушкінська, 82.

Стаття надійшла до редакції 04.11.2021 р., прийнята до друку 07.02.2022 р.