

Винахід стосується медицини, а саме, дитячої хірургії, педіатрії і може бути використаним у лікуванні дітей з гіпертрофічним пілоростенозом.

Існує декілька способів годування дітей з гіпертрофічним пілоростенозом, що ставлять за мету відновлення маси тіла дітей, водного та кислотно-лужного балансу, що порушується при даному захворюванні. Але вони недостатньо ефективні, що викликало необхідність у розробці нових способів.

Відомий спосіб годування дітей з гіпертрофічним пілоростенозом, який полягає у поступовому відновленні фізіологічного обсягу вигодовування в ранньому післяопераційному періоді. За цим способом дитину через 4 години після операції починають годувати з 4мл 5% розчину глюкози кожні 2 години, чергуючи з 4 мл молока, поступово подвоюючи обсяг глюкози та молока через кожні 4 години. Таким чином, обсяг вигодовування через 1,5-2 доби доводять до фізіологічного рівня. (Тошовски В. Острые процессы в брюшной полости у детей. - Прага: Авиценум, 1987. - 471с.).

Спільними суттєвими ознаками аналога і винаходу, що заявляється, є такі:

- годування молоком матері.

Цей спосіб є недостатньо ефективним тому, що по-перше, стосується годування дитини з пілоростенозом тільки у післяопераційному періоді, тоді як перед операцією основний обсяг рідини дитині вводять парентерально. По-друге, суттєвим недоліком прототипу є і те, що фізіологічний обсяг ентерального вигодовування відновлюється протягом 1,5-2 діб.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатам, що досягаються, є спосіб, який полягає в ентеральному зондовому годуванні молоком матері, яке починають в передопераційному періоді через зонд, який під час діагностичної фіброгастроскопії проводять у дванадцятипалу кишку, продовжують під час операційного втручання та першої доби після нього. (Крет Е.В., Ладодо К.С., Арапова А.В. и др. Сравнительная оценка различных способов питания детей с пилоростенозом// Хирургия.-1991.- №8,- С.98-102).

Спільними суттєвими ознаками прототипу і винаходу, що заявляється, є такі:

- проведення зонду у дванадцятипалу кишку під час фіброгастроскопії;
- початок годування дитини через зонд молоком матері перед операцією;
- продовження зондового годування під час операції та першої доби післяопераційного періоду.

Цей спосіб є недостатньо ефективним тому, що по-перше, молоко, що вводять у дванадцятипалу кишку протягом всього періоду зондового годування минає шлункову фазу травлення, по-друге, об'єм дванадцятипалої кишки обмежує обсяг рідини, що вводять через зонд і не дозволяє поступово підвищувати обсяг годування після операції та довести його до фізіологічного.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу вигодовування дітей з гіпертрофічним пілоростенозом шляхом переміщення зонду, який був встановлений до операції у дванадцятипалу кишку, у шлунок під час операційного втручання після відновлення прохідності пілорусу, призначення хворому після встановлення діагнозу щоденного внутрішньом'язового введення 0,1мл 0,1% розчину атропіну сульфату та відновлення повного обсягу годування через 18-24 години після операції шляхом поступового підвищення об'єму молока, що вводять в зонд, що дозволить підвищити ефективність вигодовування та знизити об'єм парентерального введення рідини.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає в себе встановлення зонду в дванадцятипалу кишку під час діагностичної фіброгастроскопії до операції, зондове ентеральне годування дитини молоком матері в передопераційному періоді та під час операційного втручання, новим є те, що хворому призначають додатково внутрішньом'язове введення 0,1мл 0,1% розчину атропіну сульфату на протязі всього терміну зондового вигодовування, та після відновлення прохідності пілорусу на операційному столі зонд переміщують із дванадцятипалої кишки у шлунок і годування молоком матері продовжують з поступовим підвищенням об'єму кожного годування таким чином, щоб через 18-24 години довести його до фізіологічної норми.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у такому.

Призначення сульфату атропіну сприяє відновленню прохідності пілорусу за рахунок спазмолітичного ефекту. Переміщення зонду у шлунок дозволяє прискорити збільшення об'єму годування, що поряд зі спазмолітичним ефектом атропіну та прискоренням відновлення прохідності пілорусу дозволяє довести його обсяг до фізіологічного за 18-24 години.

Таким чином, сукупність вищевказаних позитивних впливів дозволяє підвищити ефективність лікування та прискорити одужання хворих.

Спосіб здійснюють таким чином.

Під час діагностичної фіброгастроскопії при надходженні хворого до стаціонару у дванадцятипалу кишку встановлюють зонд та починають ентеральне зондове годування молоком матері, додатково призначають внутрішньом'язове введення 0,1мл 0,1% розчину атропіну сульфату на весь термін зондового вигодовування, після відновлення прохідності пілорусу на операційному столі зонд переміщують із дванадцятипалої кишки у шлунок і годування молоком матері продовжують з поступовим підвищенням об'єму кожного годування таким чином, щоби через 18-24 години після операції довести його до фізіологічної норми.

Приклад: Хворий К., 2003р. н., був госпіталізований у Запорізьку міську багатопрофільну дитячу лікарню № 5 13.10.2003р. з діагнозом: „Вроджений пілоростеноз?” зі скаргами на блювоту „фонтаном” та зменшення маси тіла. При надходженні до стаціонару йому проведено ультразвукове дослідження та фіброгастроскопія, діагноз пілоростенозу був підтверджений. Під час фіброгастроскопії у дванадцятипалу кишку встановили зонд та почали ентеральне зондове годування молоком матері, хворому призначили щоденне внутрішньом'язове введення 0,1 мл 0,1% розчину атропіну сульфату на протязі всього терміну зондового вигодовування. Після передопераційної підготовки під загальним знеболюванням хворому виконана операція пілороміотомія, під час якої після відновлення прохідності пілорусу на операційному столі зонд перемістили із дванадцятипалої кишки у шлунок і годування молоком матері продовжили з поступовим підвищенням об'єму кожного годування таким чином, що через 20 годин після операції довели його до фізіологічної норми. Перебіг післяопераційного періоду був сприятливим і хворий був виписаний із стаціонару на 14 добу.