К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА

© *Сутаков С.А.*

Научный руководитель: научный руководитель д.м.н., профессор Саввина В.А.

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова. Россия. Якутск

TO THE QUESTION OF DIAGNOSTICS OF CONGENITAL HYPERTROPHIC PYLOROSTENOSIS

© *Sutakov S.A.*

Research supervisor Scientific chief DocMedSci Professor Savvina V.A.

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова. Russia. Yakutsk

Цель. Определить наиболее эффективный и менее инвазивный диагностический алгоритм у детей с гипертрофическим пилоростенозом.

Материалы и методы. В исследование включены 82 младенца, поступившие в хирургическое отделение Педиатрического центра ГАУ РС(Я) «Республиканская больница № 1 — Национальный центр медицины» с 2010 по 2020 годы с диагнозом врожденный гипертрофический пилоростеноз. Диагноз уточняли проведением УЗИ привратника у всех младенцев и обзорного рентген-снимка брюшной полости в 100% случаев. При сомнительных результатах этих исследований по показаниям выполнялась фиброэзофагогастроскопия. У недоношенных детей с целью уточнения хирургической патологии проводился пассаж взвеси 5% сульфата бария.

Результаты. 35% детей поступили без признаков гипотрофии, остальные с дефицитом веса 12 — 20%. Среди наших пациентов абсолютные показатели гипертрофии мышечного слоя привратника и его удлинения на УЗИ были выявлены только у 75% больных. Сомнительные результаты — толщина мышечного слоя привратника в пределах 4 мм и длина пилорического канала до 14 мм были показанием для назначения эндоскопического исследования. У 25% больных на ФЭГС выявлен катаральный дистальный эзофагит. Точечное отверстие привратника с невозможностью проведения эндоскопа в 12-перстную кишку обнаружено у 80% младенцев с клинической картиной гипертрофического пилоростеноза. У 20% больных на эндоскопии пилорический канал был проходим для эндоскопа, что связываем с незрелостью пациента. Этой категории больных было показано проведение пассажа рентгеноконтрастного вещества.

Выводы. Врожденный гипертрофический пилоростеноз не является редкой хирургической патологией младенцев. В алгоритме диагностики ведущая роль принадлежит УЗИ привратника и обзорной рентгенографии брюшной полости, однако достоверность более инвазивных методов исследования как фиброэзофагогастроскопия и пассаж сульфата бария составила в нашем исследовании 80 и 100% соответственно.