

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ
ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА**

Шамсиев Азамат Мухитдинович

д.м.н., профессор кафедры Детской хирургии №1

Самаркандский Государственный Медицинский Университет,

Шамсиева Лайло Алишеровна

стажер-ассистент кафедры Педиатрии №2

Самаркандский Государственный Медицинский Университет.

Аннотация Врожденный гипертрофический пилоростеноз является одной из наиболее распространенных причин обструкции выходного отдела желудка у младенцев первых месяцев жизни. Своевременная диагностика заболевания имеет важное значение для предупреждения дегидратации, электролитных нарушений и нутритивной недостаточности. Целью исследования является совершенствование диагностики врожденного пилоростеноза на основе комплексной оценки клинических и инструментальных признаков. Проведен анализ современных диагностических подходов, включающих клиническое обследование, лабораторные исследования и ультразвуковое исследование пилорического канала. Показано, что ультразвуковая диагностика позволяет своевременно выявлять характерные морфологические изменения пилорического отдела и повышает точность дифференциальной диагностики синдрома рвоты у младенцев.

Ключевые слова: врожденный пилоростеноз, гипертрофический пилоростеноз, младенцы, рвота, диагностика, ультразвуковое исследование, пилорический канал, дифференциальная диагностика.

Введение

Врожденный гипертрофический пилоростеноз (ВГПС) представляет собой заболевание младенческого возраста, характеризующееся гипертрофией и гиперплазией мышечного слоя привратника с развитием обструкции выходного отдела желудка. Заболевание преимущественно проявляется в первые недели жизни и является важной причиной неотложного обращения за медицинской помощью.

Основным клиническим проявлением ВГПС является постепенно усиливающаяся рвота после кормления. На ранних стадиях заболевания клиническая картина может быть неспецифичной, что затрудняет своевременную диагностику и требует проведения дифференциальной диагностики с гастроэзофагеальным рефлюксом, функциональными нарушениями питания, инфекционными заболеваниями и другими причинами рвоты.

Совершенствование методов диагностики позволяет сократить сроки установления диагноза и своевременно определить дальнейшую тактику лечения.

Основная часть

Диагностика ВГПС основывается на комплексной оценке анамнеза, клинических проявлений, лабораторных показателей и данных инструментального обследования.

Наиболее характерным симптомом является повторная рвота, которая обычно возникает после кормления и постепенно приобретает выраженный характер. При прогрессировании заболевания могут отмечаться беспокойство ребенка, недостаточная прибавка массы тела, признаки обезвоживания и уменьшение объема мочеиспускания. Однако отсутствие классической клинической картины на ранних этапах не исключает заболевание.

Лабораторные исследования имеют преимущественно вспомогательное значение и позволяют оценить тяжесть метаболических нарушений. При длительном течении заболевания вследствие потери желудочного содержимого могут развиваться гипохлоремия, гипокалиемия и метаболический алкалоз. Выраженность данных изменений зависит от продолжительности заболевания и степени нарушения эвакуации содержимого желудка.

В настоящее время основным неинвазивным методом подтверждения диагноза является ультразвуковое исследование пилорического отдела. УЗИ позволяет непосредственно оценить толщину и длину пилорического канала, степень его проходимости и динамику прохождения содержимого желудка. Метод не связан с лучевой нагрузкой, может выполняться многократно и особенно удобен для обследования детей раннего возраста.

При проведении ультразвукового исследования важно учитывать возраст и массу тела ребенка, а также технические особенности исследования. Диагноз должен устанавливаться не только по одному количественному показателю, но и с учетом совокупности морфологических и функциональных признаков.

Рентгенологическое исследование с контрастированием в настоящее время применяется преимущественно в случаях, когда результаты ультразвукового исследования не позволяют однозначно установить диагноз либо возникает необходимость исключения другой патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Таким образом, применение УЗИ в качестве метода первой линии позволяет уменьшить необходимость использования лучевых методов диагностики.

Особое значение имеет дифференциальная диагностика. У младенцев с рвотой необходимо исключать гастроэзофагеальный рефлюкс, пилороспазм, врожденные аномалии желудочно-кишечного тракта, кишечную непроходимость, инфекционные и метаболические заболевания. При этом сочетание характерной клинической картины с ультразвуковыми признаками гипертрофии привратника значительно повышает диагностическую точность.

Совершенствование диагностического алгоритма целесообразно основывать на последовательном подходе: первичная клиническая оценка → лабораторное обследование для определения метаболических нарушений → ультразвуковое исследование пилорического канала → при необходимости проведение дополнительных методов визуализации. Такой алгоритм способствует более раннему выявлению заболевания и снижает риск диагностических ошибок.

Заключение

Врожденный гипертрофический пилоростеноз требует своевременной дифференциальной диагностики у младенцев с повторной рвотой. Наиболее эффективным подходом является комплексная оценка клинических проявлений, лабораторных

показателей и данных ультразвукового исследования. УЗИ пилорического канала следует рассматривать как основной метод инструментального подтверждения диагноза благодаря его информативности, неинвазивности и отсутствию лучевой нагрузки. Совершенствование диагностического алгоритма позволяет сократить сроки установления диагноза, своевременно выявлять метаболические нарушения и оптимизировать дальнейшую лечебную тактику.

Использованная литература

1. Panteli C. New insights into the pathogenesis of infantile pyloric stenosis // Pediatric Surgery International. 2009. Vol.25. P. 1043-1052.
2. Jobson M., Hall N.J. Contemporary management of infantile pyloric stenosis // Seminars in Pediatric Surgery. 2016. Vol.25, No.4. P. 219-224.
3. Hernanz-Schulman M. Infantile hypertrophic pyloric stenosis // Radiology. 2003. Vol. 227, No.2. P. 319-331.
4. Taylor N.D., Cass D.T., Holland A.J.A. // Infantile hypertrophic pyloric stenosis: has anything changed // Journal of Paediatrics and Child Health. 2013. Vol.49, P. 33-37.
5. Aspelund G., Langer J.C. // Current management of hypertrophic pyloric stenosis // Seminars in Pediatric Surgery. 2007. Vol. 16, No.1. P. 27-33.
6. O'Keeffe F.N., Stuck K.J., Lim J., Rasmussen J.E. // Hypertrophic pyloric stenosis: diagnosis using US // Radiology. 1991. Vol. 178, No.2. P. 377-380.
7. Hernanz-Schulman M. // Pyloric stenosis: role of imaging // Pediatric Radiology. 2009. Vol. 39, Suppl. 2. P. S134-S139.

8. Bunder F.A. //Sonographic diagnosis of hypertrophic pyloric stenosis: criteria and diagnostic accuracy // Pediatric Radiology. 1990. Vol. 20. P. 360-363.
9. Hall N.J., Pacilli M., Eaton S., Reblock K., Gaines B.A., Pastor A.C. // Recovery after open versus laparoscopic pyloromyotomy for pyloric stenosis: a systematic review and meta-analysis // Archives of Disease in Childhood. 2004. Vol. 89. P. 1189-1192.