



ПОЛЯКОВ Н.С., АНОХИНА С.Г.

ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ», г. Казань

УДК 618-089-072.1-053.1

Эндоскопическая диагностика врожденного пилоростеноза

Врожденный пилоростеноз — распространенная хирургическая патология раннего детского возраста (встречается 3-4 на 1000 новорожденных). На сегодняшний день основной метод диагностики — эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Главным критерием является возможность проведения эндоскопа через привратник в двенадцатиперстную кишку. В последние годы в связи с более широким использованием ультратонких эндоскопов (менее 7.9 мм) этот критерий перестает быть решающим, что приводит к сомнению в диагнозе и несвоевременному хирургическому лечению. Необходимы иные эндоскопические критерии, позволяющие вовремя диагностировать порок развития.

За период с 2008 по 2012 год в нашей клинике выполнено 304 ЭГДС детям с подозрением на пилоростеноз в возрасте от 16 дней до 3 месяцев. В 91 случае (29.9%) выявлен пилороспазм (соотношение девочек и мальчиков — 1:1.2). В 148 случаях (48.7%) — норма или патология кардиального жома. В 35 случаях (11.5%) выявлен «зреющий» пилоростеноз (привратник проходим для эндоскопов 5 и 5.3 мм) (соотношение девочек и мальчиков 1:6). В 30 (9.8%) случаях — «сформированный» пилоростеноз (соотношение девочек и мальчиков 1:8.4). В ряде случаев (20% от общего числа больных с подозрением на пилоростеноз) выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) пилорической зоны (длина пилорического канала и толщина мышечной оболочки) для корреляции с эндоскопическими данными.

Прямыми критериями эндоскопической диагностики врожденного пилоростеноза являются: сомкнутый привратник, пролабирующий в желудок, не реагирующий на инсуффляцию воздухом и давление эндоскопа; в случае «зреющего» пилоростеноза — обязательная визуализация удлиненного пилорического канала до 20-25 мм. По данным УЗИ, во всех случаях пилоростеноза, подтвержденного эндоскопически и во время операции, длина пилорического канала составила от 16 до 25 мм, при норме 2-4 мм. При пилороспазме длина пилорического канала изменялась в пределах от 4 до 33 мм. Толщина мышечной оболочки в зоне привратника, по данным УЗИ, колебалась от 2 до 4 мм как в случаях пилоростеноза, так и при пилороспазме.

Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о том, что УЗИ не выявляет специфических признаков пилоростеноза, но дает важную информацию о состоянии привратника. Напротив, обязательная визуализация удлиненного пилорического канала во время эндоскопии и является, на наш взгляд, основным критерием при ранней диагностике пилоростеноза.

Таким образом, на сегодняшний день ЭГДС является наиболее информативным методом диагностики врожденного пилоростеноза; использование сверхтонких эндоскопов позволяет диагностировать его на ранних стадиях, до формирования полной клинической картины. Наряду с эндоскопией ультразвуковое исследование может использоваться как скрининговый метод диагностики этой патологии.