**«Врожденный гипертрофический пилоростеноз. Ранняя диагностика»**

**Детское поликлиническое отделение №12 СПБГБУЗ ГП №37**

**Пилоростеноз** – слово состоит из двух составляющих название латинских слов («пилорус» и «стенозис») фактически это сужение привратника (места перехода желудка в двенадцатиперстную кишку).

Врожденный гипертрофический пилоростеноз – врождённое заболевание, при котором резко затруднён пассаж пищевых масс из желудка в двенадцатиперстную кишку по причине сужения пилорического отдела желудка.

Врожденное сужение пилорического канала, возникает чаще всего вследствие порока развития всех слоев пилорического отдела желудка, с нарушением иннервации мышц привратника и избыточным разрастанием в них соединительной ткани, что приводит к почти полной невозможности прохождения пищи в тонкий кишечник ребенка.

Данная аномалия встречается с частотой 2 – 4 случая на 1000 здоровых детей.

Среди больных с пилоростенозом преобладают дети от первой беременности. Пилоростенозом обычно заболевают здоровье доношенные дети (мальчики в 6-8 раз чаще, чем девочки) с неотягощенным анамнезом.

Причин возникновения гипертрофии привратника.

Гипертрофия привратника у новорожденных может возникнуть в следующих случаях:

- незрелость или дегенерация (разрушение) нервных окончаний сфинктера;

- высокий уровень гастрина (и у мамы, и у ребенка), который вызывает спазм

привратника и утолщение его стенок;

- искусственное вскармливание - является фактором риска пилоростеноза, но механизм

развития до сих пор не установлен;

- низкий уровень фермента, который нужен для образования окиси азота (в этом случае

привратник спазмируется и не открывается рефлекторно);

- прием таких антибиотиков, как азитромицин (во время беременности) и эритромицин

(у новорожденных);

- переносимые в раннем сроке вирусные инфекции;

- неблагоприятное течение беременности матери с тяжелыми токсикозами в ранние

сроки;

- эндокринные расстройства матери.

Клинические проявления.

На 2-4 неделе появляются обильные срыгивания молоком. Через 2-7 суток срыгивания сменяются одно-двухкратной рвотой свежим или створоженным молоком. В ближайшие 2-3 дня рвота учащается, проявляясь после каждого кормления. Характер рвоты - фонтаном, большим объемом. Порой рвотные массы с примесью желчи, так как плотный привратник полностью не смыкается, тонкий просвет его зияет, и желчь из двенадцатиперстной кишки попадает в желудок. При этом ребёнок активен, с жадностью берет грудь.

Объём рвотных масс больше объёма однократного кормления.

Объективные признаки:

- прогрессивно нарастает потеря веса;

- появляются признаки обезвоживания (видимые слизистые становятся сухими, большой родничок западает);

- мочеиспускание отмечается реже, выделяется малое количество концентрированной мочи, (последняя ярко-желтого цвета);

-стул скудный и «сухой» (темно-зеленого цвета);

-постоянные запоры.

При осмотре ребенка с врожденным пилоростенозом определяется вздутие в эпигастральной области, видимая перистальтика желудка (симптом «песочных часов»). В большинстве случаев удается пальпировать гипертрофированный привратник, имеющий плотную консистенцию.

Диагностика.

При малейшем подозрении на пилоростеноз, родителям необходимо показать ребенка врачу педиатру или врачу хирургу. При необходимости ребенок должен будет пройти обследование:

- УЗИ желудка, мезофагогастродуоденоскопия, рентгенография с бариевой взвесью (последние делаются по необходимости).

В случае подтверждения диагноза проводится оперативное лечение в условиях стационара.

Прогноз благоприятный.

После проведенного лечения наступает полное выздоровление ребенка.

Без своевременного оперативного лечения ребенок с врожденным пилоростенозом может погибнуть от метаболических нарушений, дистрофии, присоединения гнойно-септических осложнений.