

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ ПИЛОРОСТЕНОЗОМ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул
кафедра факультетской педиатрии*

Ремизова Д. А., Ванеева Д. Д.

Научный руководитель: Малюга Ольга Михайловна, к. м. н., доцент, врач-педиатр высшей квалификационной категории.

E-mail: dptukhina26@gmail.com

В исследовании представлен анализ данных историй болезни 12 пациентов с диагностированным гипертрофическим пилоростенозом, находившихся на лечении в хирургическом отделении КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства». Проведена оценка возрастных особенностей, гестационного возраста пациентов, а также анализ распространенности сопутствующих факторов развития данного порока. Выявлены тенденции в сроках манифестации заболевания в зависимости от степени доношенности.

Ключевые слова: гипертрофический пилоростеноз, новорожденные, желудочно-кишечный тракт.

Актуальность

Гипертрофический пилоростеноз является одной из наиболее частых причин хирургической обструкции выходного отдела желудка у детей первых месяцев жизни. Данная патология характеризуется гипертрофией и сужением пилорического отдела желудка, что приводит к нарушению эвакуации пищи и развитию синдрома рвоты, а впоследствии – к гипотрофии, электролитным нарушениям и метаболическому алкалозу. Несмотря на относительно изученный патогенез, этиологические факторы

заболевания остаются предметом дискуссий. В последние годы все больше внимания уделяется роли перинатальных факторов, степени доношенности, а также ранней диагностике, позволяющей предотвратить тяжелые осложнения. В Алтайском крае анализ когорт детей с гипертрофическим пилоростенозом в динамике последних лет представлен ограниченными работами, что делает настоящее исследование актуальным для оптимизации маршрутизации и хирургической тактики ведения данной группы пациентов.

Цель исследования: провести анализ клинической характеристики детей с гипертрофическим пилоростенозом на базе хирургического отделения КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр материнства и детства».

Задачи исследования:

1. Изучить возрастную структуру детей с ГПС на момент поступления в стационар.
2. Оценить гестационный возраст (доношенность) пациентов с гипертрофическим пилоростенозом.
3. Проанализировать связь между степенью доношенности и возрастом манифестации пилоростеноза.

Материалы и методы

Исследование проведено во время прохождения клинической практики на базе хирургического отделения для детей КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства». Хирургическое отделение для детей рассчитано на 45 коек. Основные направления отделения: хирургия пороков развития новорожденных, детская онкология, торакальная хирургия, хирургическая гастроэнтерология, детская проктология, детская оперативная гинекология.

Для достижения поставленных задач нами проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов хирургического отделения за период 2025 года. Всего обследовано 12 детей с установленным диагнозом

«Гипертрофический пилоростеноз». Критериями включения являлись: наличие верифицированного диагноза «Гипертрофический пилоростеноз» (подтвержденного ультразвуковым исследованием и интраоперационно), отсутствие сочетанных тяжелых врожденных пороков развития, способных повлиять на основную клиническую картину.

В ходе нашего исследования проводилась оценка следующих параметров: пол, дата рождения и возраст ребенка на момент поступления (дни, месяцы), гестационный возраст (в неделях).

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием методов математической статистики, программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

В исследовательскую группу вошли 12 пациентов, все из которых (100%) – мальчики. Выявленное преобладание мальчиков соответствует классической эпидемиологической картине данного заболевания (соотношение мальчики/девочки варьирует от 2:1 до 5:1).

Возраст пациентов на момент поступления составил от 20 дней до 7 месяцев. Однако, если исключить крайний случай (пациент 11, поступивший в возрасте 7 месяцев, что является атипично поздней манифестацией и, возможно, связано с поздней диагностикой или атипичным течением), остальные пациенты (11 из 12 детей) поступили в лечебное учреждение в возрасте от 20 дней до 2 месяцев. Нами установлено, что средний возраст при поступлении в основную группу (без учета ребенка 7 месяцев) составил 26,6 дней (около 1 месяца). Такие сроки соответствуют классическому пику заболеваемости ГПС (2–4-я неделя жизни), что связано с постепенным нарастанием гипертрофии мышечного слоя привратника в постнатальном периоде.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту на момент поступления

Возрастная категория	Количество детей (n)	Доля (%)
До 1 месяца (20–28 дней)	5	41,7
1 месяц	4	33,3
2 месяца	2	16,7
7 месяцев	1	8,3

Особый интерес представляет анализ степени доношенности пациентов. Как видно из исходных данных, в исследуемой группе преобладали дети, рожденные в сроке 38,5–40 недель (доношенные). Однако у 4 детей (33,3%) отмечена недоношенность (гестационный возраст 35–37,8 недель). Мы отметили, что среди недоношенных детей средний возраст манифестации заболевания составил 43 дня (1,5 месяца), что превышает средний возраст доношенных детей. Так самый младший в группе недоношенных поступил в возрасте 23 дня (ребенок с доношенностью 37,8), в то время как ребенок с наиболее низкой доношенностью (35 недель) был госпитализирован в возрасте 1 месяц.

По нашему мнению, у недоношенных детей гипертрофия привратника может развиваться медленнее или клиническая картина (рвота «фонтаном») может трактоваться как срыгивание, присущее функциональной незрелости желудочно-кишечного тракта у таких детей. Это приводит к более поздней постановке диагноза и госпитализации. Данный факт указывает на необходимость повышенной онкологической настороженности (в отношении ГПС) у педиатров при наблюдении за недоношенными детьми с упорным срыгиванием, особенно на 2–3-м месяце жизни.

Заключение

Прохождение клинической практики студентами 5-го курса Института педиатрии является неотъемлемым этапом подготовки, способствующим

систематизации теоретических знаний и совершенствованию практических навыков. Полученный опыт имеет определяющее значение для формирования компетенций в области диагностики и терапии хирургических заболеваний у детей, что позволяет сформулировать ряд выводов.

Гипертрофический пилоростеноз в исследуемой выборке в 100% случаев встречается у мальчиков (случаев диагностирования гипертрофического пилоростеноза у девочек за 2025 год не выявлено), что соответствует литературным данным.

Нами определено, что основной возраст манифестации заболевания в исследуемой группе приходится на период 1 месяца жизни (в среднем 26,6 дня), однако у недоношенных детей наблюдается тенденция к смещению дебюта симптоматики на более поздние сроки (в среднем 43 дня).

Доля недоношенных детей в структуре заболеваемости составила 33,3%, что требует дальнейшего изучения, однако уже сейчас можно предположить, что функциональная незрелость ЖКТ у таких детей нивелирует классическую симптоматику и способствует запоздалой диагностике.

По нашему мнению, для своевременного выявления пилоростеноза рекомендуется проведение контрольного ультразвукового исследования желудка и пилорического отдела у недоношенных детей, имеющих стойкий синдром срыгивания, в возрасте 1,5–2 месяцев, а не только на первом месяце жизни, как это принято для доношенных. Дети с подтвержденным ГПС подлежат экстренной госпитализации в специализированное хирургическое отделение для проведения пилоромиотомии по Фредериксу.

Список литературы:

1. Гнедова А.В. Диагностика и лечение врожденного гипертрофического пилоростеноза у детей. Сборник материалов конференции студентов и молодых ученых, посвященный 80-летию со дня рождения профессора Болтрукевича Станислава Ивановича, Гродно, 19 мая

2020 года. Гродненский государственный медицинский университет. – Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2020: 124-125. – EDN UYLTXT.

2. Малеваный Б.Я., Переяслов А.А., Шахов К.В. Врожденный гипертрофический пилоростеноз у новорожденных. *Хирургия детского возраста*. 2014; 3-4(44-45): 120-125. – EDN TIAEWB.

3. Подкаменев В.В. Хирургические болезни детского возраста. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019: 624 с.

Как цитировать:

Ремизова Д. А., Ванеева Д. Д. Клиническая характеристика детей с гипертрофическим пилоростенозом в условиях хирургического стационара. *Scientist (Russia)*. 2026; 3 (32): 86-91.
