

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детской хирургии с курсом ПО им. проф. В.П.Красовской

Q40.0

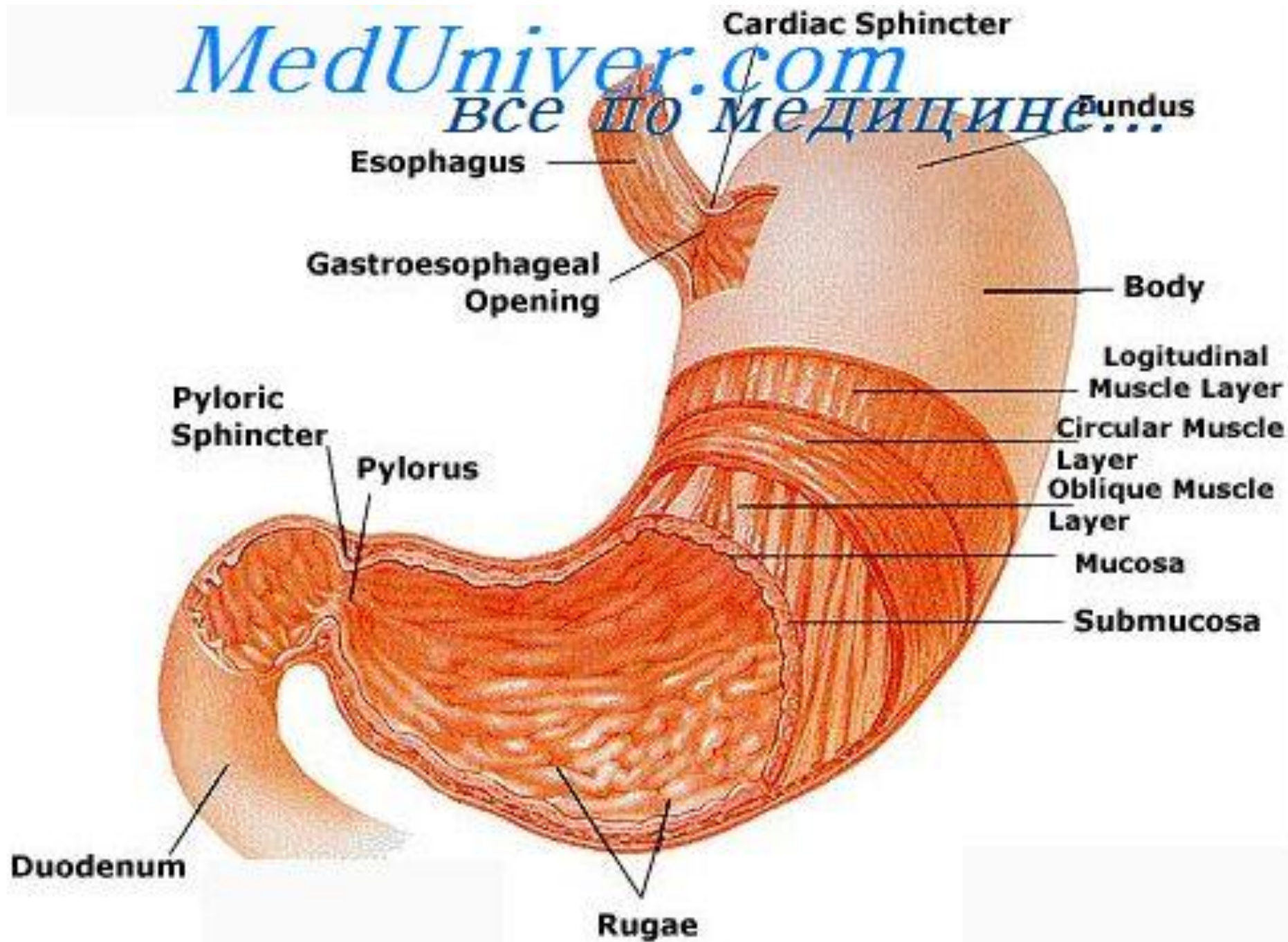
Врожденный гипертрофический стеноз привратника.

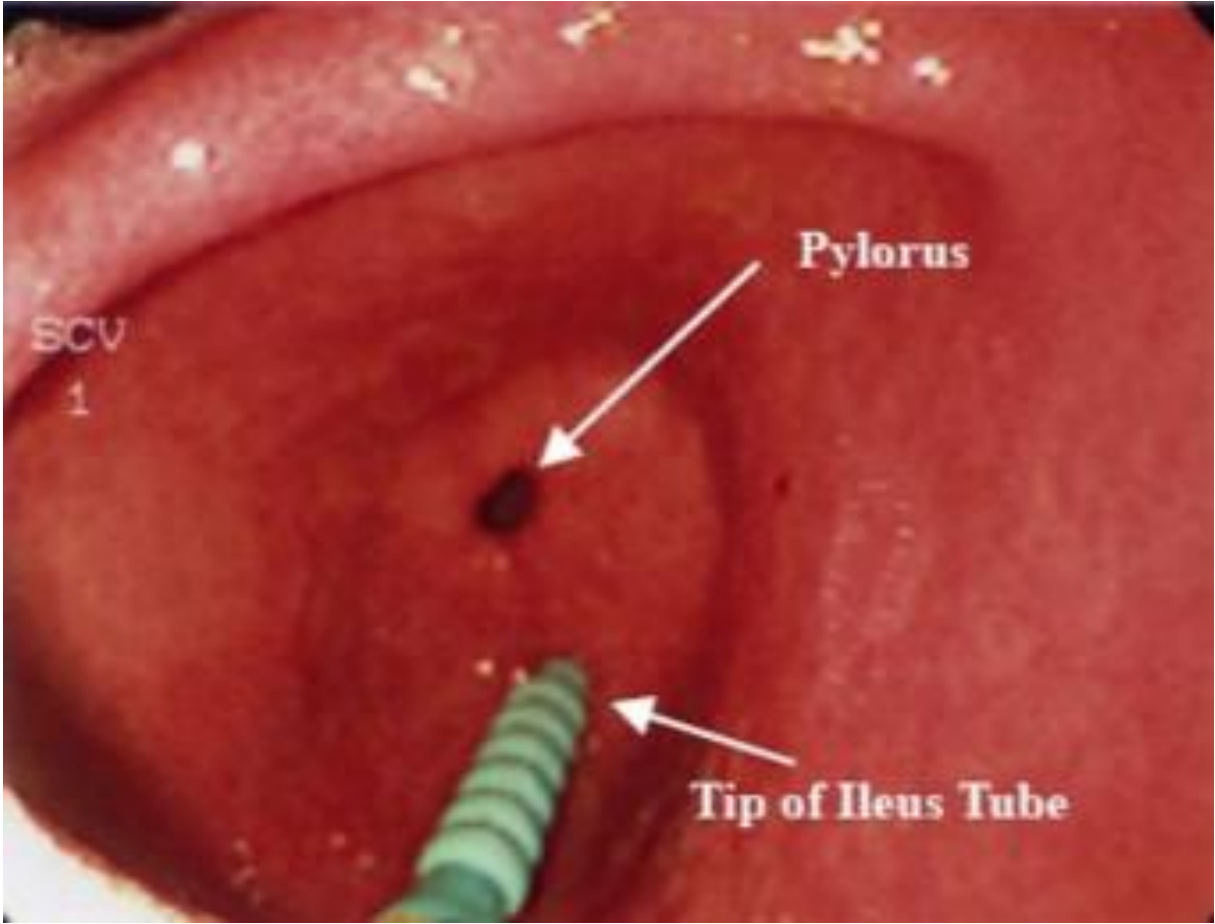
Докладчик: Ключева Е.И. 601 группа,
педиатрия

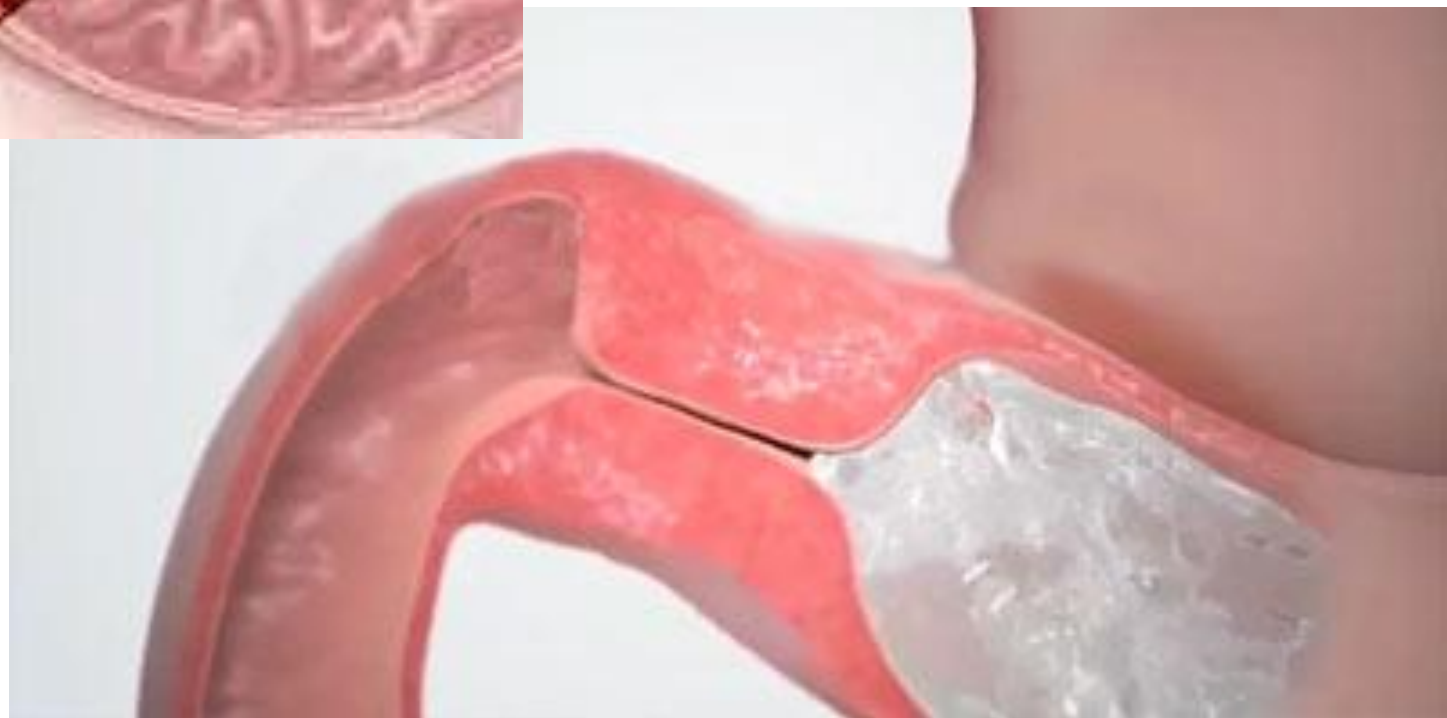
Преподаватель: доцент, КМН
Портнягина Э.В.

MedUniver.com

Всё по МЕДИЦИНЕ...







Эпидемиология

0,5:1000 — 4:1000

**Мальчики болеют в 4-7 раз чаще
девочек.**

Классификация ВГП

- **По степени нарушения проходимости пилорического канала**
- **По форме:**
 - компенсированная – незначительные проявления;
 - субкомпенсированная – ухудшение состояния, более ярко выраженные симптомы;
 - декомпенсированная – гипотрофия и эксикоз.
- **По наличию осложнений:**
 - желудочный пневматоз
 - дегидратация
 - эрозии желудка и пищевода
 - аспирационная пневмония

Этиология

- **Наследственная теория** от 5 до 20 % сыновей и 2-7 % дочерей наследуют эту патологию.
- ВУИ
- Отягощенный акушерский анамнез
- Экстрагенитальные патологии у матери
- Неблагоприятные факторы внешней среды

Патогенез

- гипертрофия мышечных волокон (главным образом циркулярного слоя) - > утолщение соединительно-тканых перегородок и отек => склероз слизистого и подслизистого слоев с нарушением дифференцировки соединительно-тканых структур.

ПИЛОРОСТЕНОЗ

ПИЛОРОСПАЗМ

РВОТА

2-3 нед.

С РОЖДЕНИЯ

РЕДКАЯ

ЧАСТАЯ

ПОСТОЯННАЯ

КОЛЕБАНИЯ ПО ДНЯМ

«РВОТА ФОНТАНОМ»

НЕОБИЛЬНАЯ

> ОБЪЕМА ПОСЛЕДНЕГО КОРМЛЕНИЯ

< ОБЪЕМА ПОСЛЕДНЕГО КОРМЛЕНИЯ



ПИЛОРОСТЕНОЗ

ПИЛОРОСПАЗМ

ЗАПОР

ПОЧТИ ВСЕГДА, ТЕМНО-ЗЕЛЕНЫЙ

РЕДКО, ИНОГДА РАЗЖИЖЕННЫЙ

УМЕНЬШЕНИЕ МОЧЕИСПУСКАНИЙ

ОКОЛО 6

ОКОЛО 10

- КОНЦЕНТРИРОВАННАЯ, РЕЗКИЙ
ЗАПАХ

-

ПЕРИСТАЛЬТИКА

ЧАСТАЯ («ПЕСОЧНЫЕ ЧАСЫ»)

РЕДКАЯ

«ПЕСОЧНЫЕ ЧАСЫ»



ПИЛОРОСТЕНОЗ

ПИЛОРОСПАЗМ

КОЖА

РЕЗКО БЛЕДНАЯ, МОРЩИНКИ НА ЛБУ

БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ/НЕ ОЧЕНЬ
БЛЕДНАЯ

БЕСПОКОЙСТВО

РЕДКОЕ

ПОСТОЯННОЕ

РЕБЕНОК СПОКОЕН

РЕБЕНОК КРИКЛИВ

МАССА ТЕЛА

РЕЗКО ПАДАЕТ

НЕ ИЗМЕНЯЕТСЯ/ ПАДАЕТ
УМЕРЕННО

ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ < ЧЕМ ПРИ
РОЖДЕНИИ

ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ > ЧЕМ ПРИ
РОЖДЕНИИ

УЗИ желудка

Норма: в натощак отсутствует содержимое, длина привратника не превышает 18 мм, просвет пилорического канала хорошо визуализируется, толщина мышечного слоя стенки - не более 3-4 мм, диаметр привратника - не более 10 мм.

ВГП: в желудке большое количество жидкого содержимого, перистальтика глубокая, "перетягивающая". При прохождении перистальтической волны пилорический канал ригиден и не раскрывается, его длина составляет в среднем 21 мм, наружный диаметр привратника - 14 мм.

Толщина мышцы составляет в среднем 5 мм.

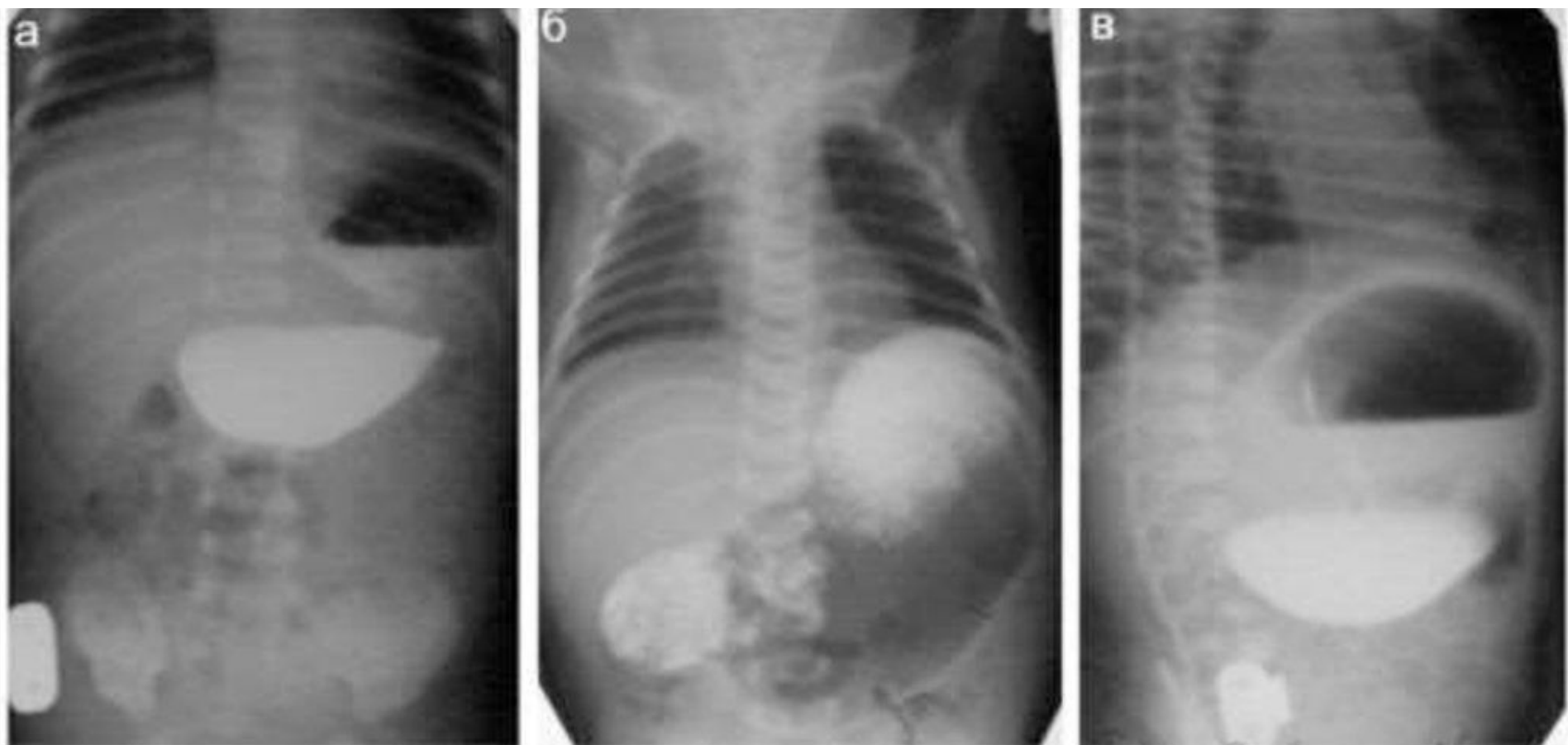


ЭФГДС

- расширение желудка
- резкое сужение и ригидность пилорического канала
- недостаточность кардии
- натошак жидкое содержимое
- стенки желудка гипертрофированы
- перистальтика усилена, либо желудок атоничен,
- на слизистой оболочке могут быть эрозии.

Рентген желудка с барием

- симптом "антропилорического клюва"
- симптом "плечиков" или "фигурной скобки"
- симптом "усика", или "жгутика"
- Симптом "параллельных линий "
- Косвенные признаки.
- Наиболее значимые из них:
 - 1. Уменьшение количества газа в петлях кишечника при растянутом желудке;
 - 2. Сегментирующая учащенная перистальтика желудка, иногда по типу "песочных часов"
 - - симптом задержки эвакуации
 - - спустя 24-72 ч после приема бария его часть все еще наблюдается в желудке.



- Гипертрофический пилоростеноз: а - прямой снимок в вертикальном положении ребенка; б - прямой снимок в горизонтальном положении ребенка; в - боковой снимок в вертикальном положении ребенка

ЛЕЧЕНИЕ

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

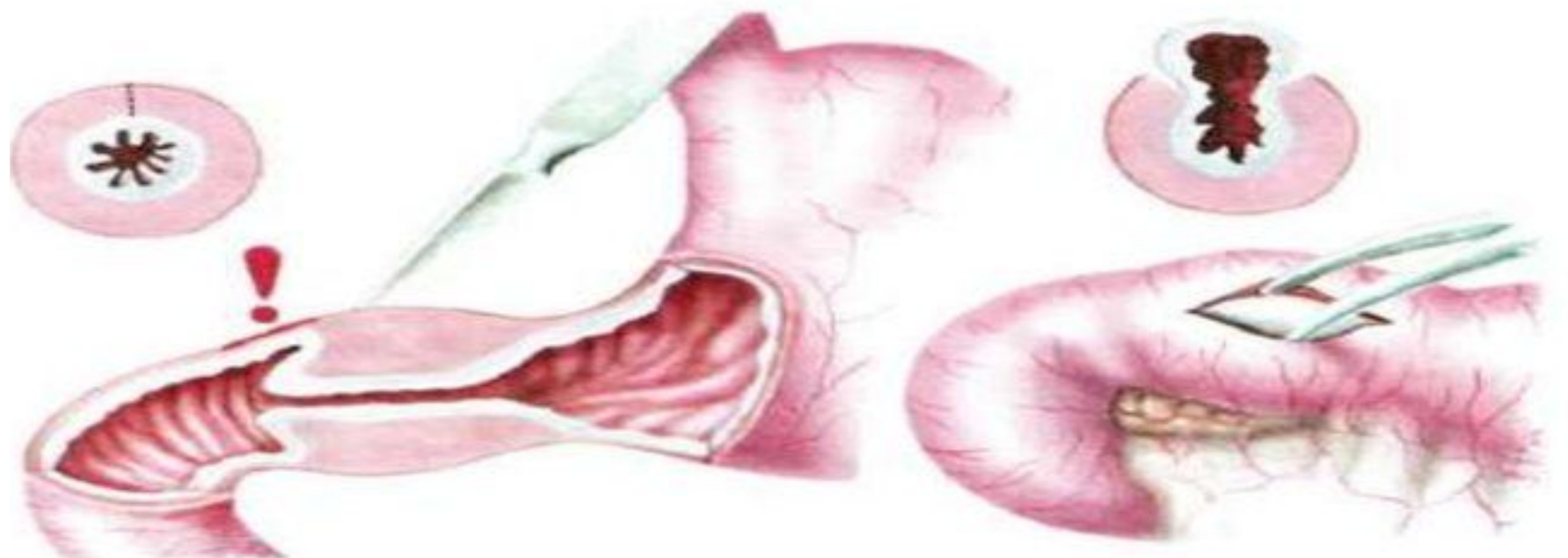
- **Регидратация** изотоническими растворами глюкозы и натрия хлорида (с учетом физиологической потребности и патологических потерь при постоянном лабораторном контроле)
- **Консервативное лечение** - атропина сульфат в дозе 0.06 мг/кг в сутки в течение 5-7 суток у детей с высоким риском анестезиологического и хирургического пособия.

Традиционная внеслизистая пилоротомия по Фреде- Рамштедту

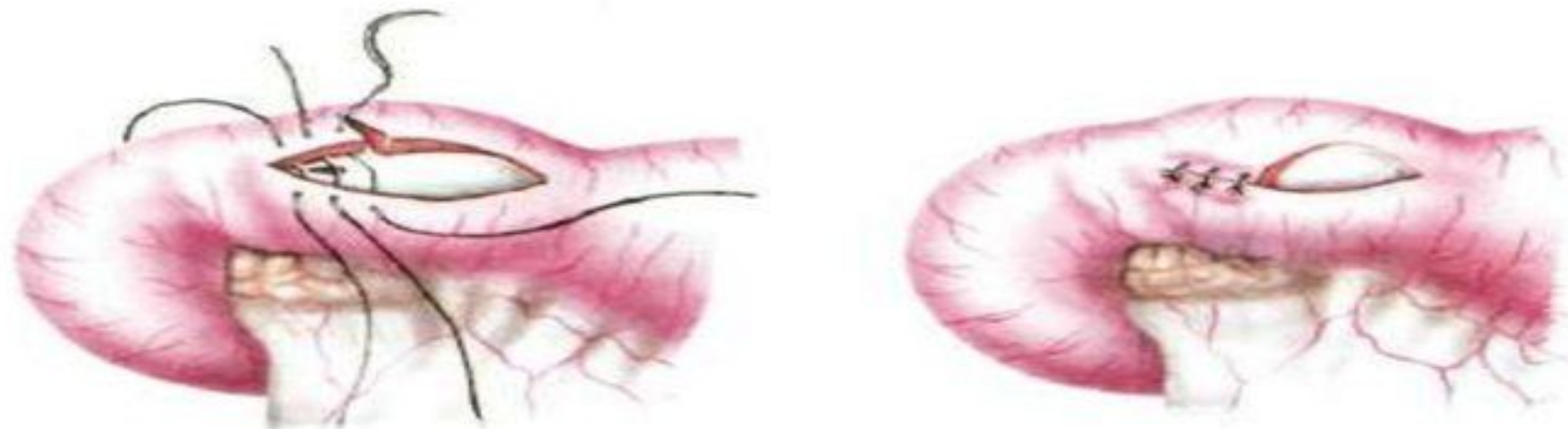
Внеслизистое рассечение мышечного слоя привратника.

Доступы:

- поперечная лапаротомия
- субкостальный разрез
- правосторонний супраумбиликальный разрез
- лапароскопическая пилоротомия



a



b

После операции

Осложнения:

- Перфорация слизистой оболочки

Профилактика: тщательная ревизия слизистой оболочки после рассечения привратника с введением воздуха (30-50 мл) в желудок через зонд.

- Неадекватное рассечение мышц привратника.

Тактика: ушивание раны привратника и выполнение пилоротомии с противоположной стороны.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**