

Мищук Е. Б., Чёрненко А. В., Денисенко В. Э.
**ДИАГНОСТИКА АББЕРАНТНОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ**

Научный руководитель канд. мед. наук, ассист. Садовенко Е. Г.

Кафедра детской хирургии

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

г. Днепропетровск

Актуальность. Абберантная поджелудочная железа (АПЗ) - редкий порок развития. Предложенная эндоскопическая тактика при АПЗ у детей позволяет своевременно диагностировать данную патологию.

Цель: изучить особенности диагностики АПЗ у детей.

Задачи:

- 1 Повысить качество эндоскопической диагностики АПЗ у детей.
- 2 Внедрение раннего проведения ФЭГДС у детей независимо от возраста ребенка.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ эндоскопической диагностики АПЗ в 58 пациентов, госпитализированных в хирургическое отделение КП «ДОДКЛ» ДОР» и осмотренных амбулаторно по направлению гастроэнтерологов, педиатров. Среди обследованных нами детей большую часть составляли мальчики - 39 (67%) и девочек 19 (33%).

Результаты и их обсуждение. Анализ жалоб и клинических симптомов у детей с АПЗ показывает, что в большинстве случаев клиническая картина обусловлена развитием воспалительных изменений в слизистой желудка и ДПК, которые скрывают анатомо-функциональное присутствие АПЗ. Однако при наличии АПЗ клиническая симптоматика отличается упорством, длительностью, а также неэффективностью консервативных методов лечения, должно послужить показанием для выполнения тщательного эндоскопического обследования ребенка любого возраста.

Выводы:

1 В диагностическом алгоритме верификации АПЗ ведущее место занимает ФЭГДС. Эндоскопическая картина АПЗ базируется на ряде типичных макроскопических признаков характерных для данной пороки развития. Настороженность при ФЭГДС формируется на основании знания ряда макроскопических признаков АПЗ у детей, позволяет установить с высокой степенью достоверности диагноз.

2 Ранняя диагностика АПЗ у детей базируется на внедрении в клиническую практику ФЭГДС независимо от возраста ребенка, при которой пристальное внимание нужно уделять антральном отдела желудка, особенно большой кривизне на расстоянии до 3-6 см от привратника.

3 Эндоскопическое обследование должно быть обязательным у детей с длительным болевым абдоминальным синдромом и отсутствием эффекта от консервативной терапии. Для достоверности диагноза обязательно подтверждение АПЗ выполнением гистологического исследования биопсийного материала.