

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ПРИРОДЖЕНОГО ПІЛОРОСТЕНОЗУ

С.В.Шестобуз, Б.М.Боднар

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Проведено ретроспективний аналіз 97 історій хвороб дітей з природженим пілоростенозом (ПП), які лікувалися в клініці дитячої хірургії в міжчасі 1987-2006 рр. Хворих дітей поділено на 2 групи відповідно до десятилітніх періодів: I група – 1987-1996 рр., II – 1997-2006 рр.

У I групі було 50 (51,5 %) дітей, з них віком до 4 тиж. – 12 (24 %), 5-8 тиж. – 29 (58 %), 9-12 тиж. – 9 (18 %); хлопчиків – 41 (82 %), дівчаток – 9 (18 %). У II групі було 47 (48,5 %) дітей, з них віком до 4 тиж. – 17 (36 %), 5-8 тиж. – 24 (52 %), 9-12 тиж. – 6 (13 %); хлопчиків – 36 (76,6 %), дівчаток – 11 (23,4 %).

У всіх дітей вивчили показники тривалості захворювання; встановили ступінь гіпотрофії, наявність блювання; визначили рН та електроліти крові, гематокрит; вивчили результати піднаркозної пальпації воротаря (ППВ), дані фіброезофагогастроуденоскопії (ФЕГДС) та контрастного рентгенологічного дослідження шлунка (КРДШ). У 31 (62 %) дитини I групи за допомогою КРДШ діагноз підтверджений. Проте суттєвим недоліком цього методу є променеве навантаження на дитину. Переважна більшість дітей II групи госпіталізована в період 4-8 тиж. життя з I-II ступенем гіпотрофії зі скаргами батьків на наявність блювання "фонтаном" (звурджене молоко, без домішок жовчі) та втрату маси тіла. Зазначене свідчить про поліпшення діагностики на догоспітальному етапі, що скорочує терміни передопераційної підготовки.

У хірургічному стаціонарі виявлені характерні для ПП порушення кислотно-лужного балансу (гіпохлоремічний алкалоз, підвищення гематокриту, гіпопротеїнемія, анемія), що слугувало показанням до проведення їх корекції. Під загальним знеболюванням здійснювали катетеризацію центральних вен і проводили ППВ. У 19 (38 %) дітей I групи, в яких виявлено гіпертрофований воротар, інших досліджень не проводили. Всіх дітей прооперовано, діагноз у них підтвердився. Метод ППВ хоч і надійний, але певною мірою залежить від фахового досвіду хірурга. Тому в таких випадках не завжди вдавалося підтвердити діагноз ПП.

У 119 дітей II групи із синдромом блювання проведена ФЕГДС. Результати дослідження: у 47 (39,5 %) дітей – позитивні (виявлено порушення розкриття воротарного отвору), яких прооперовано; у 72 (60,5 %) дітей – негативні (фіброскоп вільно проникав у дванадцятипалу кишку), тому їх переведено в соматичні відділення.

Отже, наведені методи діагностики ПП мають різну цінність. Специфічні зміни показників крові допомагають запідозрити ПП. Достеменним методом діагностики є ППВ. ФЕГДС дозволяє підвищити ефективність діагностики ПП у дітей із синдромом блювання майже у 100 % випадків і уникнути зайвого рентгенологічного опромінювання. КРДШ доцільно проводити тільки при сумнівних даних малоінвазійних методів.