

ангины), а также стимулирует фагоцитарное звено иммунитета, что предотвращает развитие бактериальных осложнений и позволяет избежать назначения антибактериальных препаратов.

4 В терапии тяжелых форм инфекционного мононуклеоза оптимальным является сочетание противовирусного препарата – ацикловира и иммунокорректирующего препарата – анаферон детский.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Иванова В.В. Эффективность виферона в комплексном лечении инфекционных болезней у детей / В.В. Иванова, О.В. Родионова, В.В. Малиновская // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – №2. – С. 49-53.
- 2 Поляков В.Е. Инфекционный мононуклеоз (болезнь Филатова) у детей и подростков / В.Е. Поляков, В.Н. Лялина, М.Л. Воробьева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1998. – С. 50-54.
- 3 Хахалин Л.Н. Герпесвирусные заболевания человека / Л.Н. Хахалин, Е.В. Соловьева // Клиническая фармакология и терапия. – 1998. – Т. 7, № 1. – С. 48-54.
- 4 Bailey R.E. Diagnosis and treatment of infectious mononucleosis. // *Am. Fam. Physician.* – 1994. – Vol. 49, N 4. – P. 879-888.
- 5 Jager M., Prang N., Mitterer, Larcher C. Pathogenesis of chronic Epstein-Barr virus infection: detection of virus strain with a high rate of lytic replication. // *Br. J. Haematol.* 1996.

Н.А. Цан, С.Ю. Пономарева, П.А. Макаров

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАВЛЯТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

Среди причин высокой непроходимости желудочно-кишечного тракта у детей достаточно редко встречается хроническая непроходимость желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). В силу низкого удельного веса этой патологии в детской абдоминальной хирургии проблема мало изучена, о чем свидетельствует и незначительное число публикаций, и довольно показательная статистика – в нашей клинике находятся на лечении ежегодно 1-3 ребенка с хронической непроходимостью на уровне желудка или ДПК в стадии декомпенсации. Хроническое нарушение гастродуоденальной проходимости обусловлено разнообразными причинами: чаще всего встречаются органические препятствия врожденного или приобретенного характера, реже – нейроинтестинальная дисплазия в виде расстройств эктра- и интрамуральной иннервации.

Цель данного исследования – оценка информативности методов диагностики и выбор способов хирургической коррекции хронической гастродуоденальной непроходимости.

За последние 4 года в клинике детской хирургии находились на лечении 11 детей с ХГДН. У всех детей непроходимость была обусловлена механическими факторами, вызывающими частичную obstruction просвета дистального отдела желудка или двенадцатиперстной кишки. Выявленные причины хронической гастральной непроходимости: мембрана пилороантрального отдела желудка [2]; рубцовый стеноз пилороантрального отдела желудка вследствие химического ожога желудка [1]; тератома желудка с выпадением в ДПК [1]. Выявленные причины хронической дуоденальной непроходимости: мембрана ДПК [2]; циркулярный стеноз ДПК [3]; артериомезентеральная компрессия ДПК [2].

Каждое из перечисленных патологических состояний является самостоятельной нозологической формой, но по клиническому течению они очень схожи и требуют единого стандарта обследования. Половозрастные галации наших пациентов не имеют закономерностей: на лечении находились 7 девочек, 4 мальчика, основной возраст (77,8%) – 12-14 лет, по одному ребенку – 1, 3 и 5 лет.

Клиническая картина при ХГДН развивалась по нарастающей ранне недостаточной определенности симптомов, и длительность заболевания составляла от 2-3 мес до нескольких лет. Дети жаловались на болевые ощущения в эпигастральной области, связанные с приемом пищи, иногда возникающие остро через 1,5-2 ч, вздутие в верхнем отделе живота. Боли сопровождался тошнотой, отрыжкой тухлым, а затем рвотой. Рвотные массы состояли из пищи, съеденной накануне или даже несколько дней назад. Рвота приносила облегчение, повторялась многократно, а затем прекращалась до возникновения нового приступа. Некоторые больные с целью облегчения состояния сами вызвали рвоту. Стул нерегулярный, оформленный. Дети отставали в физическом развитии, отмечался дефицит массы тела от 20 до 50%.

Общеклиническое обследование не позволяет установить данную патологию. Ведущими методами в диагностике хронической гастродуоденальной непроходимости являются, по нашему мнению, рентгенологический и эндоскопический. Для постановки диагноза проводились фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и рентгеноконтрастное исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Данные методики определили анатомические изменения в желудке и ДПК и моторно-эвакуаторные способности этих органов.

При ФГДС у всех детей отмечалось наличие пищевых масс в желудке, хотя последний прием пищи был за 12-16 ч до исследования, резкое расширение желудка и ДПК в зависимости от уровня препятствия. Нижележащие отделы для возрастного эндоскопа недоступны в связи с малым диаметром сообщения в 5-6 мм. Также у всех детей имелся сопутствующий воспалительный процесс – гастродуоденит (в некоторых случаях эрозивный), последствия химического ожога характеризовались наличием грубых рубцов по большей кривизне желудка, имелся дуодено-гастральный рефлюкс.

Рентгенологическое исследование несет много ценной информации для клинициста, позволяет, как и

эндоскопия, установить уровень препятствия и его характер – органический или функциональный.

При гастральной непроходимости: на обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется растянутый желудок с уровнем жидкости, ободенные газом петли кишок, при рентгеноконтрастном исследовании отмечается замедление эвакуации контраста из желудка – до 24-72 ч, деформация рельефа слизистой желудка, антральный отдел «отсутствует», выглядит в виде клювовидного выпячивания. Контраст поступает в ДПК («тонкой струйкой»).

При дуоденальной непроходимости: обзорная рентгенография брюшной полости показывает классическую картину – два газовых пузыря с горизонтальными уровнями жидкости, соответствующими расширенным желудку и ДПК; контрастирование верхних отделов желудочно-кишечного тракта бариевой взвесью выявило увеличение размеров желудка и ДПК, резкое замедление пассажа контраста из желудка в ДПК и далее в тощую кишку (до 24-48 ч).

При артериомезентеральной непроходимости ДПК на обзорной рентгенограмме определяется расширенный опущенный желудок с большим количеством жидкости и такая же ДПК. При контрастной дуоденоскопии, дуоденографии в условиях гипотонии в вертикальном положении отмечалось расширение желудка и ДПК до дуоденосюанального перехода. В этом участке тень кишки как бы отрезана, отмечается характерный симптом «обрыва» по ходу верхнесбрыжечных сосудов. Задержка бариевой взвеси сопровождалась маятниковобразными сокращениями ДПК, продолжительной и усиленной антиперистальтикой, как натыкаемый симптом «корчащийся ДПК». Такое сочетание симптомов – дилатация ДПК, обрыв контрастированного просвета кишки, активная антиперистальтика, релаксация пилорического жома, дуоденogaстральный рефлюкс – ряд авторов (Пономарев А.А., Курьин А.А., Ефремов А.В., Anderson W.) считают патогномоничными для артериомезентеральной компрессии ДПК.

При всех выявленных причинах хронической гастроудуоденальной непроходимости требовалась оперативная коррекция восстановления пассажа пищи в верхних отделах желудочно-кишечного тракта в связи с неуклонным прогрессированием процессов декомпенсации у ребенка.

Основной задачей предоперационной подготовки мы определили создание физиологического объема желудочно-кишечному тракту при адекватной нутритивной поддержке, полноценной коррекции показателей гомеостаза, проведение противовоспалительной терапии.

Определяя показания к оперативному лечению, исходили из принципа применения у детей максимально органосохраняющих способов вмешательства. Хирургическая коррекция была направлена на исключение измененных участков из пассажа пищи. Реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства проводились лапаротомным доступом под эндотрахеальным наркозом.

У 3 детей с хронической гастральной и у 1 ребенка с дуоденальной непроходимостью выполнен позадибодочный гастроудуоденосюаностомоз с

соустьем по Брауну. Восстановление пассажа в 4 случаях дуоденальной непроходимости произведено формированием дуоденосюаностомоза («бок в бок») с предварительным рассечением эмбриональных спаек. Тератома желудка, выпадающая в ДПК, была удалена вместе с участком передней стенки желудка. Артериомезентеральная непроходимость ДПК у 2 девочек ликвидирована путем создания антегастрального дуоденосюаностомоза по Робинсону (резекция и перемещение ДПК вперед от брыжечных сосудов). Послеоперационное осложнение – ранняя спастическая кишечная непроходимость – возникло у 1 ребенка, произведен адгезиолизис.

В раннем послеоперационном периоде энтеральное питание (жидкость) начинали с 3-4 суток, хирургический ствол ребенка уснавали с 6-7 суток. Функция кишечника полностью восстановилась, нормализовались показатели гомеостаза. У 75% детей отмечался резко повышенный аппетит. Через 3 недели дети уснавали возрастной объем пищи без диспепсических проявлений. При контрольном обследовании в период от 6 мес до 2 лет отмечались удовлетворительное состояние детей, физическая активность, существенная прибавка в массе тела. При рентгенологическом исследовании в отдаленные сроки эвакуация контрастной взвеси из желудка и ДПК была своевременной у 33% детей, умеренно замедленной (до 12 ч) у 67% пациентов, размеры желудка и ДПК значительно уменьшились по сравнению с исходными. Эндоскопический контроль установил полноценную проходимость вновь созданных анстомозов, у 2 детей отмечался эрозивный процесс слизистой в области брауновского соустья.

Таким образом, наш опыт хирургической коррекции хронической гастроудуоденальной непроходимости свидетельствует о необходимости сложных реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта. Органосохраняющие операции с созданием обходных межорганных анстомозов прогнозируют благоприятный исход.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорович И.Н. Редкие хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей. – Медицина, 1985.
2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей: Руководство – М.: Медицина, 1988. – С.161-165.
3. Тихомирова В.Д. Детская оперативная хирургия: Практическое руководство. – СПб, 2001. – С.232-250.
4. Хирургия гепатопанкреатодуоденальной зоны у детей // Тезисы докладов Всероссийского симпозиума по детской хирургии. – Пермь, 2003.