

ды ХГДЗ заключалось в нарушении принципа обратной связи между гипофизом и щитовидной железой, что имеет, вероятно, неспецифический характер, являясь отражением морфофункциональных нарушений слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки. С другой стороны, повышение содержания тиреоидных гормонов может иметь и определенное компенсаторное значение. В то же время стойкое увеличение содержания тиреоглобулина можно рассматривать как один из возможных маркеров обострения и рецидивирования ХГДЗ.

Выводы:

1. Высокий уровень тиреоглобулина в периоде клинической ремиссии может быть маркером поддержания воспаления, непрерывно-рецидивирующего течения и возникновения атрофических и, возможно, аутоиммунных изменений в СОЖ. По содержанию тиреоглобулина в сыворотке крови

можно получить дополнительные доказательства активности воспалительного процесса в СОЖ.

2. Показатели тиреоидного статуса различаются незначительно в разные стадии ХГДЗ (обострение, ремиссия) и заключаются в нарушении принципа обратной связи между гипофизом и щитовидной железой.

Литература

1. Особенности нарушений нейрогуморальной регуляции цитокинового и тиреоидного статуса у больных с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта / О. Н. Родионова [и др.] // Вестник С.-Петербург. ун-та. / Сер. 11, Медицина. – 2009. – Вып. 1. – С. 51-57.
2. Пархоменко, Л. К. Патология пищеварительной системы у детей и подростков с заболеваниями щитовидной железы / Л. К. Пархоменко, А. В. Ещенко // Здоровье ребенка. – 2010. – № 5. – С. 126-129.
3. Петренко, Л. Л. Клинико-параклинические особенности хронических заболеваний гастродуоденальной зоны и усовершенствование их лечения у детей с патологией щитовидной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.10 / Л. Л. Петренко / Днепропетров. гос. мед. акад. – Киев, 2003. – 21 с.

УДК 616.34-007.272-036.12-053.2

ХРОНИЧЕСКАЯ ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹ Н. М. Тихон, ¹ М. П. Волкова, ² А. В. Хмеленко

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно, Беларусь

CHRONIC DUODENAL OBSTRUCTION: A CLINICAL CASE IN PEDIATRIC PRACTICE

¹N. M. Tikhon, ¹M. P. Volkova, ²A. V. Khmelenko

¹Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²Healthcare Institution «Grodno Regional Children's Clinical Hospital», Grodno, Belarus

Пациент А. (15 лет), впервые поступил в ДОКБ г. Гродно с жалобами на снижение аппетита, потерю массы тела, иногда отрыжку и вздутие живота, приступы тошноты, рвоту частично переваренной пищей без примеси крови, периодически – с желчью по 2-3 раза в день 2-4 дня в неделю в течение последних 1,5 месяцев. Симптомы уменьшались в коленно-локтевом положении или лежа на боку. За месяц предшествующий госпитализации, ребенок потерял в весе 1,5-2 кг. Вес 41 кг, рост 172 см, ИМТ – 13,9 (ниже 3-й перцентили). Нормотермия. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны респираторной и сердечно-сосудистой системы патологических изменений не выявлено. Живот правильной формы, не вздут, при глубокой пальпации умеренно болезненный в эпигастрии и околопупочной области, нижняя граница желудка пальпируется на уровне пупка, при перкуссии передней брюшной стенки натошак определяется шум плеска, при аускультации имеют место нормальные кишечные шумы. Печень и селезенка не увеличены. Стул ежедневно, оформленный, нормального цвета, без посторонних примесей.

Показатели общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи в пределах нормальных значений. Анализ кала на скрытую кровь – отрицательный. Цисты лямблий и яйца гельминтов в кале не обнаружены.

На ФГДС слизистая пищевода на всем протяжении выражено гиперемирована, визуализируются продольные язвы и эрозии с фибрином, больше в нижней трети пищевода. Кардия смыкается не полностью. Слизистая желудка гиперемирована, отечна. Привратник без особенностей. Просвет луковицы 12-перстной кишки (ДПК) грубо деформирован с сужением и децентрализацией просвета за счет рубца и отека, с трудом проходим для аппарата; слизистая гиперемирована, отечная, визуализируется глубокая язва под фибрином размером 0,6*0,6 см. Постбульбарный отдел пройти не удалось, отмечается выраженная контактная кровоточивость слизистой. Уреазный тест: НР ++. Поскольку провести эндоскоп через постбульбарный отдел не удалось, с целью исключить другие причины механической обструкции

(мембраны 12-перстной кишки, синдром Ледда, внешнюю компрессию ДПК опухолью, сосудод, аномальной формой поджелудочной железы и т.д.), выполнена компьютерная томография (КТ). Выявлено некоторое увеличение объема желудка, контрастное вещество определялось на уровне петель тощей кишки через 20 минут.

Заключение: КТ-признаки аэробилии, гастродилатация. Таким образом, КТ брюшной полости на данном этапе не выявила других причин непроходимости 12-перстной кишки, кроме ее язвенно-рубцовой деформации.

Выставлен диагноз: «Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки в стадии свежей язвы. Рубцовая деформация и сужение просвета 12-перстной кишки. Хронический гастродуоденит, ассоциированный с *H. pylori*. ГЭРБ. Эрозивно-язвенный эзофагит, III степень. Белково-энергетическая недостаточность II степени».

Начато лечение, которое включало прокинетики – домперидон и эрадикационную терапию *H. pylori* (омепразол, висмута субсалицилат, амоксициллин, кларитромицин). Рекомендована также постуральная терапия, даны соответствующие рекомендации по питанию. Пациент чувствовал себя лучше, начал набирать вес, рвота не повторялась. Через 2 недели на повторной ФГДС отмечалась положительная динамика.

Но через 2 месяца после выписки состояние мальчика значительно ухудшилось, он был повторно госпитализирован с жалобами на боль в эпигастрии и ежедневную рвоту. Результаты лабораторных исследований без существенных отклонений от нормы. Антитела к сахаромикетам – тест отрицательный.

Результаты ФГДС: желудок заполнен пищей, несмотря на 8-часовой период голодания. С помощью зонда произведена эвакуация пищи из желудка, после чего аппарат (9 мм) с техническими трудностями доведен до нисходящей части 12-перстной кишки, через деформированный отрезок кишки проведен питательный зонд с целью наладить энтеральное питание. Визуально на всем протяжении слизистой пищевода – множественные сливающиеся эрозии, частично покрытые фибрином, в нижней трети – язва 0,4*0,3 см.

Слизистая желудка умеренно диффузно гиперемирована. Луковица 12-перстной кишки – просвет рубцово деформирован, детальный осмотр затруднен из-за наличия пищи. Постбульбарный отдел проходим, без особенностей. Уреазный тест: отрицательный. Заключение с учетом патогистологического исследования: Эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит (III ст.). Пищевод Барретта. Гастродилатация. Хронический атрофический гастрит. Рубцовая деформация луковицы ДПК с сужением просвета.

Проведено исследование пассажа контрастного вещества по желудочно-кишечному тракту. Выявлено значительное увеличение в размере желудка, начальная эвакуация отсутствовала. На рентгенограммах через 30 минут, через 3 часа эвакуация из желудка не определялась, через 6 часов – была незначительной, 12-перстная кишка четко не контрастировалась, через 24 часа – большая часть контрастного вещества определялась в тонком и толстом кишечнике, небольшое количество контраста оставалось в желудке.

На КТ в сравнении с исследованием, проведенным около 5 месяцев назад, отмечалась отрицательная динамика. Стенки нижней трети пищевода утолщены до 6-7 мм (ранее до 4 мм), большее в сравнении с предыдущим исследованием увеличение размеров желудка, резкое замедление пассажа контрастного вещества на уровне нисходящего отдела 12-перстной кишки. Таким образом, результаты КТ-исследования подтвердили наличие препятствия в постбульбарном отделе на уровне нисходящей или нижней горизонтальной части ДПК. Исключены такие причины дуоденальной непроходимости, как опухоли, кольцевидная форма поджелудочной железы, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Выставлен диагноз: «Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки, осложненная рубцовой деформацией. Субкомпенсированный стеноз 12-перстной кишки. Вторичная ГЭРБ. Эрозивно-язвенный эзофагит, III степень. Пищевод Барретта. Хронический атрофический гастрит. Белково-энергетическая недостаточность II степени. Анемия легкой степени тяжести смешанной этиологии. ПМК I степени». Ребенок получал консервативное лечение (домперидон, омепразол, энтеральное питание через назоеюнальный зонд, инфузионную регидратационную терапию), на фоне которого наступило состояние с положительной динамикой, в весе за 12 дней добавил 1,5 кг.

Однако, принимая во внимание неординарное течение язвенной болезни для детского возраста, с формированием стеноза ДПК и развитием тяжелого рефлюкс-эзофагита с метаплазией эпителия, для исключения других причин высокой тонкокишечной непроходимости и выбора дальнейшей тактики лечения ребенок был направлен в «РНПЦ детской хирургии».

В РНПЦ были выполнены КТ-ангиография с трехмерной реконструкцией области отхождения верхней брыжеечной артерии от брюшной аорты – выявлено уменьшение угла отхождения верхней брыжеечной артерии от брюшной аорты менее 30°. Диагноз: «Высокая частичная кишечная непроходимость. Синдром верхней брыжеечной артерии».

Принимая во внимание выставленный диагноз, пациенту было рекомендовано консервативное лечение на 3 месяца: еда малыми порциями протертой пищей с постепенным увеличением ее объема и калорийности, использование специализированных высококалорийных смесей для энтерального питания, постуральная терапия, продолжен прием омепразола. В случае отсутствия эффекта от консервативного лечения показано оперативное вмешательство.

Выводы. Синдром верхней брыжеечной артерии (СВБА), по-видимому, является более распространенной патологией, чем диагностируется [1]. Сочетание СВБА с другими заболеваниями гастропанкреатодуоденальной зоны маскирует его и создает трудности в ранней диагностике. В представленном клиническом случае, по всей вероятности, клиническую манифестацию синдрома спровоцировало резкое похудание пациента из-за обострения язвенной болезни и вследствие быстрого линейного роста ребенка, обусловленного пубертатным периодом. Следует обратить внимание на то, что в педиатрической практике дуоденальная непроходимость, как осложнение язвенной болезни, тяжелый рефлюкс-эзофагит с метаплазией эпителия встречаются крайне редко. А поэтому наличие у ребенка выраженных клинических симптомов дуоденальной непроходимости и гастродилатации может стать поводом задуматься и исключить такую редкую патологию, как синдром верхней брыжеечной артерии. Своевременная диагностика позволит избежать возникновения серьезных осложнений и получить хорошие результаты от лечения.

Литература

Yakan, S. Superior Mesenteric Artery Syndrome: A Rare Cause of Intestinal Obstruction. Diagnosis and Surgical Management / S. Yakan [et al.] // Indian J. Surg. – 2013. – Vol. 75, № 2. – P. 106-110.

УДК 616. 381-002.1-072.1-053. 9

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ

И. Т. Цилиндзь, И. С. Довнар, М. И. Милешко

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

ROLE OF LAPAROSCOPY IN DIAGNOSIS OF ACUTE SURGICAL ABDOMINAL PATHOLOGY IN OLD PATIENTS WITH COMORBID CONDITION

I. T. Tsilindz, I. S. Dovnar, M. I. Mileszko

Educational Institution «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

Введение. Актуальность проблемы дифференциальной диагностики заболеваний брюшной полости у пациентов старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией сохраняется до сих пор.

Цель – оценить возможности лапароскопического метода в диагностике острой хирургической патологии органов брюшной полости данной категории пациентов.

Материалы и методы. Проанализированы 52 случая. Пациенты были госпитализированы с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Возраст пациентов колебался от 75 до 94 лет. Лиц женского пола было несколько больше – 31 человек (60%), мужского

– 21 (40%). Выполнены лабораторные, рентгенологические, инструментальные методы исследования. Однако у 21 пациента (40%) невозможно было точно установить диагноз, в связи с чем для исключения острой хирургической патологии органов брюшной полости или для ее подтверждения с постановкой диагноза у данной категории пациентов выполнена диагностическая лапароскопия.

Результаты и обсуждение. При проведении диагностической лапароскопии у 6 (28,6%) пациентов острая хирургическая патология брюшной полости была исключена. У 7 (33,3%) пациентов выявлен сегментарный мезентериальный тромбоз, у 3 (14,3%) – тотальный мезентериотромбоз,