

М.С. Софронова, А.Ю. Тарасов, В.А. Саввина,
А.Р. Варфоломеев, В.Н. Николаев, Н.Е. Петрова,
К.К. Божедонов, А.Н. Спиридонова

РЕДКОЕ СОЧЕТАНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА И МЕМБРАНЫ ПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА (случай из практики)

УДК 616.34-007.271-053.1/
616.34-007.272

Представлен редкий случай из клинической практики – сочетание врожденного гипертрофического пилоростеноза с мембраной пилорического канала желудка у ребенка возраста 1 месяц, поступившего с клинико-рентгенологической картиной частичной высокой кишечной непроходимости. Мембрана пилорического канала желудка обнаружена во время повторного оперативного вмешательства при проведении интраоперационной фиброгастроскопии.

Ключевые слова: мембрана пилорического канала, врожденный гипертрофический пилоростеноз, высокая кишечная непроходимость, непроходимость желудка.

The exceptional case from clinical practice – a combination of a congenital hypertrophic pylorostenosis to a membrane of the piloryc channel of a stomach at the child of an age of 1 month who was admitted with a X-ray and clinic picture of a partial high intestinal obstruction is presented. The membrane of the piloryc channel of a stomach is found during a repeated operative measure when performing intraoperative fibrogastroscopy.

Keywords: membrane of the piloryc channel, congenital hypertrophic pylorostenosis, high intestinal obstruction, obstruction of a stomach.

Введение. Непроходимость желудка у детей проявляется следующими основными симптомами: рвота, вздутие живота в эпигастральной области, гипотрофия. Из перечисленных симптомов на первом месте стоит, безусловно, рвота без примеси желчи в рвотных массах – главный отличительный признак непроходимости желудка. Наиболее часто этот симптом у детей говорит именно о гипертрофическом пилоростенозе. Однако признаки обструкции могут быть также обусловлены и другими причинами врожденного характера, которые встречаются реже и не всегда проявляются остро. Это мембрана антрального отдела желудка, удвоение желудка [1]. Частота врожденных заболеваний пищеварительной системы продолжает неуклонно увеличиваться с каждым годом [2]. Врожденная частичная непроходимость желудка, обусловленная препилорической мембраной, относится к редким порокам развития желудочно-кишечного тракта у детей с частотой встречаемости 1 случай на 4000 родов [3,4]. В доступной литературе нами не найдено подобного сочетания пороков верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Клинический случай. Мальчик Е., 1 мес., поступил 13.01.2017г. в хирургическое отделение с диагнозом врожденный гипертрофический пилоростеноз. Мальчик от 1-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза на 2-м–3-м триместрах. Роды 1-е, в срок, самостоятельные. Масса тела при рождении 3080 г, рост 48 см. Из

анамнеза известно, что у ребенка до 3 нед. было грудное вскармливание. Со второй недели после рождения мама отмечает рвоту «фонтаном» после каждого кормления, без примеси желчи, «створоженным» молоком. Отмечалась постепенная потеря массы тела, наблюдались запоры. Осмотрен участковым педиатром с переводом на антирефлюксную молочную смесь «Семилак», госпитализирован в центральную районную больницу. Выполнено ультразвуковое исследование желудка, пилорического отдела – в желудке анэхогенное с гиперэхогенным включением жидкостное содержимое в объеме около 70 мл, просвет желудка значительно расширен, розетка кардии сомкнута, диаметр розетки 11 мм, стенки до 5 мм. Привратник диаметром до 12 мм, толщина мышечного слоя до 6 мм, заметна зона сужения на протяжении до 3,5-4 см, просвет значительно сужен, в просвете тонкая полоска с нечетким эхосигналом. Заключение – признаки врожденного гипертрофического пилоростеноза. Рентгенография с взвесью бария – на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости имеется расширенный желудок с уровнем жидкости, в кишечнике достаточное количество газов, на снимках с контрастным веществом длительная задержка бария в расширенном желудке, «сегментирующая перистальтика» желудка, сниженное газонаполнение кишечника (рис.1). Ребенок переведен для дальнейшего лечения в хирургическое отделение

Педиатрического центра РБ №1-НЦМ, г. Якутск.

При поступлении состояние ребенка тяжелое, обусловлено пороком развития, эксикозом, гипотрофией тяжелой степени. Кожные покровы чистые, субиктеричные, тургор кожи резко снижен. Грудная клетка правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. Аускультативно в легких дыхание пузрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, звучные. ЧСС 126 в минуту. Живот запавший, отмечается симптом «песочных часов». При пальпации в правом подреберье имеется



Рис.1. Rg больного Е. Пассаж бария. Расширенный желудок



Рис. 2. Сегментирующая перистальтика желудка



Рис. 3. Удовлетворительное газонаполнение петель кишечника, «сокращение» желудка

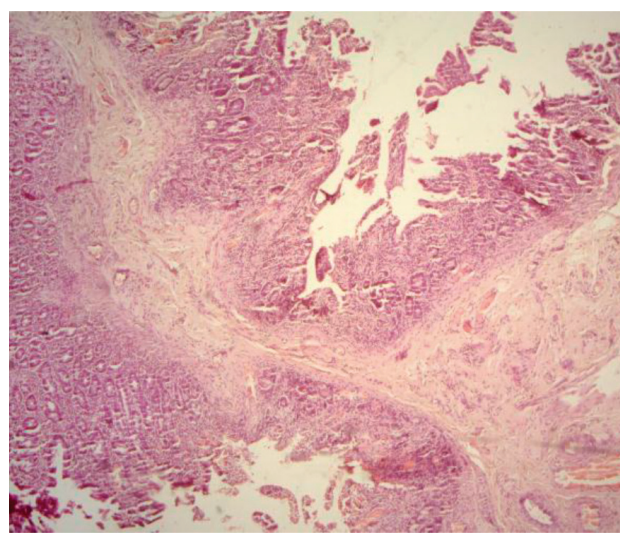


Рис. 4. Препарат препилорической мембраны после иссечения мембраны

овальной формы подвижное плотное образование. Стул – склонность к запорам. Ребенок госпитализирован в отделение реанимации на предоперационную подготовку. Выполнено ультразвуковое исследование привратника, в эпигастрии лоцируется анэхогенное, округлое образование диаметром 35х20 мм, с неоднородным содержимым (с гиперэхогенным уровнем). После предоперационной подготовки мальчик 16.01.2017 г. взят на операцию с диагнозом: врожденный гипертрофический пилоростеноз. Выполнена традиционная внеслизистая пилоромия по Фреде-Рамштедту. В раннем послеоперационном периоде сохраняются многократные рвоты без примеси желчи, начать энтеральную нагрузку невозможно. 18.01.2017 г. выполнена фиброгастроскопия, на которой выявлен эрозивно-геморрагический эзофагит, пилороспазм. Консультация невролога – ПП ЦНС смешанного генеза, спастический тетрапарез. 19.01.2017 г. проведен пассаж бария, на котором большое количество контраста задерживается в желудке, в петлях кишечника не определяется. Проведен консилиум, на котором решено в связи с неэффективностью первичной пилоромии взять ребенка на повторную операцию. 20.01.2017 г. выполнена релапаротомия: в рану выведен пилорический отдел желудка размерами 3,0х2,0 см, белесый, хрящевидной плотности. Осмотрено место предыдущей пилоромии, разрез по глубине и длине достаточный, но выбухания

слизистой нет, что расценено нами как недостаточное разведение краев. Рана пилоруса ушита. Выше и ниже выполнены 2 внеслизистые пилоромии по Рамштедту. 21.01.2017 г. начата энтеральная нагрузка, при этом вновь отмечается рвота до 10 раз в сутки, стула нет. Больной переведен на полное парентеральное питание. Выполнен обзорный рентгено снимок брюшной полости, на которой эвакуации контраста из желудка нет, газонаполнения кишечника также не выявлено, желудок резко расширен, имеется его сегментирующая перистальтика (рис. 2.). 23.01.2017 г. сохраняющиеся явления непроходимости желудка расценены как сочетанная препилорическая непроходимость, не исключалась мембрана с точечным отверстием, не диагностированная ранее. 24.01.2017 г. взят на повторную операцию, для уточнения характера патологии произведена интраоперационная фиброгастроскопия, по данным которой привратник раскрывается в начальном отделе, далее аппарат в ДПК не проходит. Распущены швы от первой ушитой пилоромии, вскрыта слизистая пилорического канала. При ревизии обнаружено препятствие в виде плотной мембраны с точечным отверстием в препилорическом отделе, проведено круговое сечение мембраны. Поставлен в ДПК зонд для кормления, наложен гастродуоденостомия. Послеоперационный диагноз – врожденный гипертрофический пилоростеноз, мембрана препилорического отдела желудка. На

контрольной рентгенограмме брюшной полости в петлях кишечника определяется достаточное газонаполнение, желудок «сократился» (рис. 3). Течение послеоперационного периода гладкое. Гистологическое заключение: материал представлен слизистой препилорического отдела желудка с подслизистым слоем, мышечный слой отсутствует (рис. 4). Ребенок 02.02.2017 г. выписан в удовлетворительном состоянии с прибавкой массы тела.

Заключение. Описанный случай показывает сложность своевременной диагностики мембраны препилорического отдела желудка у детей, особенно при сочетании данного порока с врожденным гипертрофическим пилоростенозом. Специалистам, занимающимся лечением врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта, необходимо помнить о возможном сочетании пороков развития желудка. При сохраняющейся рвоте на фоне адекватно выполненной пилоромии и при исключении нехирургических причин послеоперационных регургитаций показано проведение повторного вмешательства с обязательной интраоперационной фиброгастроскопией.

Литература

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия. Т. I / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. – СПб., Хардфорд, 1996. – С. 322;
2. Ashcraft K.U. Pediatric surgery. Vol. I / K.U. Ashcraft, T. M. Holder. – SPb., Hardford, 1996. – P. 322.
3. Бочарова О.А. Диагностика и хирургическая коррекция гастродуоденальных аномалий.

маний у детей и подростков: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Бочарова. – М., 2009.

Bocharova O.A. Diagnosis and surgical correction of gastroduodenal abnormalities in children and adolescents: the author's abstract of PhD dissertation / O.A. Bocharova. – M., 2009.

3. Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Кот-

ловский; под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 40 с. (Серия «Высокие технологии в медицине»).

Dronov A. F. Endoscopic surgery in children / A.F. Dronov, I. V. Poddubny, V. I. Kotlubovsky; under the editorship of J. F. Isakov, A. F. Dronov. – GEOTAR-MED, 2002. – 40 p. (Series «High technologies in medicine»).

4. Карташова О.М. Диагностика мембра-

нозной непроходимости желудка у детей / О.М. Карташова, Ю.В. Дружинин, Н.Е. Бурцева, И.В. Анненкова // Медицин. визуализация. – 2011. – . – №5. – С.25.

Kartashova O.M. Diagnosis of membranous obstruction of the stomach in children / O.M. Kartashova, Yu.V. Druzhinin, N.E. Burtseva, I.V. Annenkova // Medical Imaging (Rus.). – 2011. – №5. – P.25.

А.Ю. Тарасов, В.А. Саввина, В.Н. Николаев,
А.Р. Варфоломеев, Н.Е. Петрова, К.К. Божедонов

ОПЫТ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОРЕКТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ И НИЗВЕДЕНИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

УДК 616.34-009.11-036.12-089.85

Проведена сравнительная оценка исходов радикальных операций при лечении ректосигмоидной формы болезни Гиршпрунга у детей, которая показала, что при брюшно-промежностной проктопластике по методикам Соаве-Ленюшкина и Дюамеля достаточно часто имеются послеоперационные осложнения, такие как перитонит, энтероколит, энкопрез, «остаточная» зона аганглиоза, что требовало повторных операций и длительного «затратного» восстановления. Подобные осложнения не наблюдались после трансанального низведения по методике De la Torre-Mondragon.

Ключевые слова: дети, аганглиоз, болезнь Гиршпрунга, осложнение, анастомоз.

A comparative evaluation of the outcomes of radical operations showed that in abdominal perineal proctoplasty of Soave-Lenyushkin and Duhamel the patients often have postoperative complications such as postoperative peritonitis, enterocolitis, encopresis, «residual» zone of aganglionosis, which required repeated operations and a long «cost» recovery. Similar complications were not observed after the transanal resection and pull-through by the De la Torre-Mondragon method.

Keywords: children, aganglionosis, Hirschsprung's disease, complication, anastomosis.

Введение. Наиболее частой причиной запоров органической природы у детей является болезнь Гиршпрунга. Лечение болезни Гиршпрунга остается актуальной проблемой детской хирургии, несмотря на 100-летний юбилей разработки патогенетически обоснованного способа коррекции порока [1-3]. Проблема осложнений после первичной радикальной операции у многих пациентов носит актуальный характер, часть из них нуждается в повторных операциях. Общая частота осложнений, по данным разных авторов, составляет от 22,7 до 38,5%, в том числе недержание кала – от 3,6 до 69, запор – от 1,6 до 25, энтероколит – от 1,4 до 28,5, перианальный дерматит – от 2,7 до 27,7% [1,3,4]. Предложено большое число разнообразных методов хирургической коррекции болезни Гиршпрунга, направленных на снижение послеоперационных осложнений. В настоящее время основной задачей современного подхода к хирургическому лечению аганглиоза толстой кишки является минимизация травматизма радикальной операции, прежде всего за счет разработки различных малоинвазивных модификаций широко известных методик Swenson, Soave, Duhamel. Детские хирурги стараются

найти определенный компромисс в дифференцированном подходе к выбору метода операции. Самым последним достижением является радикальная операция трансанального эндоэктопического низведения кишки без лапаротомии, описанная в 1998 г. Де ла Торре-Мондрагон и Ортеги, которая дает прекрасные результаты при ректосигмоидной форме болезни Гиршпрунга [4].

Материалы и методы исследования. За 2012-2017 гг. в хирургическом отделении Педиатрического центра РБ №1-НЦМ проведено 10 оперативных вмешательств. С 2012 г. апробирован и внедрен способ трансанального эндоэктопического низведения ободочной кишки при ректальной и ректосигмоидной формах болезни Гиршпрунга у детей по методике De la Torre-Mondragon. Возраст детей колебался от 10 мес. до 8 лет. Преобладали мальчики – 9 (90,0%), девочка была одна. Дети с протяженными формами исключены из данного исследования.

Для сравнительного изучения результатов хирургического лечения болезни Гиршпрунга по методике De la Torre-Mondragon в Педиатрическом центре РБ №1-НЦМ нами проведен ретроспективный

анализ исходов хирургического лечения по методу Дюамеля и Соаве в модификациях с 1991 по 2011 г. За эти годы оперировано 32 ребенка (4 – по методу Дюамеля, 28 – по модификациям Соаве).

При операции по методу De la Torre-Mondragon комплекс дооперационного обследования включал: общеклинические анализы, исследования кала на дисбактериоз, копрограмму, ирригоскопию, полнотолстую биопсию прямой кишки (в 2 случаях), фиброэзофагогастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, по показаниям – ультразвуковое исследование сердца, головного мозга, осмотр гастроэнтеролога, невролога. По данным проведенного обследования всем детям был установлен диагноз болезни Гиршпрунга с предварительным представлением о распространенности зоны аганглиоза. Среди 10 детей встретились следующие формы: ректальная – 2 случая, ректосигмоидная – 8.

Комплекс предоперационной подготовки включал: оценку гипотрофии и коррекцию нутритивного статуса, коррекцию выявленных нарушений гемостаза, тщательную санацию и очищение кишечника очистительными