

Редкое наблюдение декомпенсированного стеноза привратника у девочки четырехлетнего возраста

Пыхтеев Д.А.¹ • Соколов Ю.Ю.² • Машков А.Е.¹ • Слесарев В.В.¹ • Сигачев А.В.¹ • Гацуцын В.В.¹

Представлено редкое клиническое наблюдение декомпенсированного приобретенного стеноза привратника у ребенка четырех лет. Показана возможность выполнения лапароскопической резекции желудка у пациента младшего возраста. Отмечено полное отсутствие ранних и поздних послеоперационных осложнений, достигнуты отличные функциональный и косметический результаты проведенного лечения.

Ключевые слова: приобретенный стеноз привратника, ребенок младшего возраста, лапароскопическая резекция желудка

doi: 10.18786/2072-0505-2015-42-114-116

Приобретенные формы стеноза привратника обычно встречаются в зрелом возрасте, чаще всего связаны с язвой, локализованной в пилороантральном отделе желудка или начальных отделах двенадцатиперстной кишки. При заживлении язвенного дефекта происходит разрастание соединительной ткани, что приводит к образованию рубца. Рубцы больших размеров стягивают стенку, делают ее малоподвижной, значительно сужая просвет привратника. В доступной медицинской литературе мы не встретили описания случаев декомпенсированных стенозов привратника у детей младшего возраста.

Приводим данные собственного наблюдения.

Девочка А. четырех лет переведена в экстренном порядке из Центральной районной больницы с жалобами на многократную обильную рвоту съеденной пищей, боли в верхних отделах живота. Дефицит массы тела до 30%. Болея в течение месяца. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне резус-конфликта, угрозы прерывания, острой респираторной вирусной инфекции, цитомегаловирусной инфекции. Масса при рождении 2680 г.

Состояние при поступлении тяжелое, обильная рвота, живот запавший, мягкий, безболезненный,

склонность к запорам, диурез адекватный. Во время рентгеноскопии желудка выявлено выраженное нарушение проходимости в области привратника. При фиброгастродуоденоскопии отмечено, что просвет желудка резко расширен, вход в привратник закрыт, резко отечен, непроходим для аппарата, попытки заведения зонда в двенадцатиперстную кишку для питания безуспешны (рис. 1). Ребенок переведен на полное парентеральное питание, назначена противовоспалительная, антибактериальная, противогрибковая терапия, спазмолитики, иммуноглобулин внутривенно, интерферон альфа-2b (Виферон). Через 6 дней после начала лечения выполнена повторная фиброгастродуоденоскопия: отечность слизистой пилороантральной зоны несколько уменьшилась, однако выход из желудка оставался закрытым. При компьютерной томографии с контрастным усилением выявлен резко расширенный желудок с циркулярным утолщением стенок препилорического и пилорического отделов с четкими наружными очертаниями, максимальная толщина стенки пилоруса до 8,7 мм, протяженность стеноза не менее 46 мм. Эвакуация из желудка резко замедлена (рис. 2). В иммуноферментном анализе крови обнаружено наличие иммуноглобулинов классов G и M к цитомегаловирусу с индексом avidности более 60%.

Учитывая наличие у ребенка сохраняющейся непроходимости привратника, не поддающейся консервативному лечению, а также из-за невозможности заведения питательного зонда в двенадцатиперстную кишку принято решение об операции.

Применена следующая техника операции: наложен пневмоперитонеум, в брюшную полость введен телескоп 5 мм и четыре 5-миллиметровых манипулятора. При ревизии установлено, что желудок увеличен в размерах, в выходном отделе начиная с привратника в восходящем направлении на протяжении 4 см стенка желудка пальпаторно утолщена, слизистая несколько

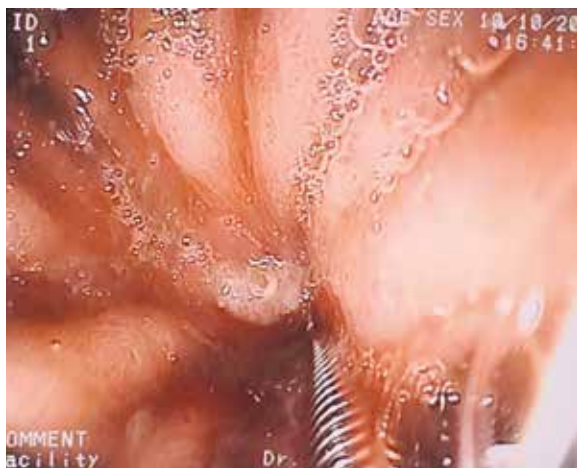


Рис. 1. Гастроскопия. Проведение зонда в двенадцатиперстную кишку невозможно

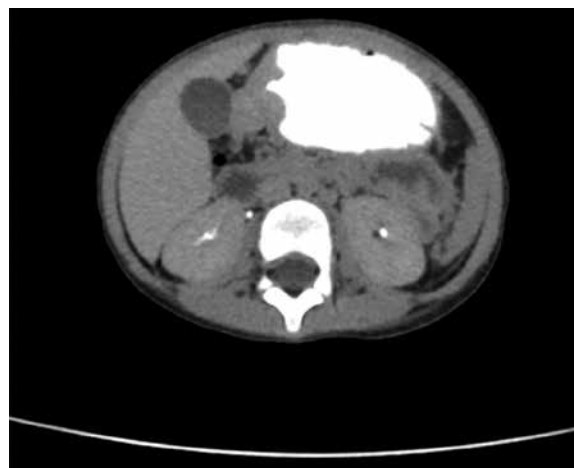


Рис. 2. Компьютерная томография с тугим заполнением контрастным веществом желудка. Желудок с циркулярным утолщением стенок препилорического и пилорического отделов с четкими наружными очертаниями. Эвакуация контраста из желудка резко замедлена



Рис. 3. Гастродуоденоанастомоз по Бильрот-1 двухрядными интракорпоральными швами; 1 – желудок, 2 – двенадцатиперстная кишка

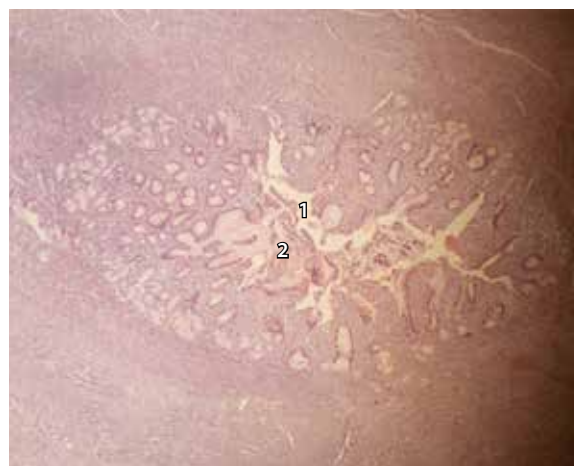


Рис. 4. Гистограмма макропрепарата после операции; 1 – просвет привратника, 2 – выраженный фиброз подслизистого слоя

гиперемирована, двенадцатиперстная кишка не изменена. С помощью высокоэнергетической установки LigaSure произведена мобилизация антрального отдела желудка по большой и малой кривизне с пересечением правой желудочной и желудочно-сальниковой артерий. Дополнительно по малой кривизне выполнена селективная ваготомия. Сшивающими аппаратами Endo Gia Universal 40 привратник отсечен от двенадцатиперстной кишки и выполнена дистальная резекция $\frac{1}{3}$ желудка. Сформирован гастродуоденоанастомоз по Бильрот-1 двухрядными интракорпоральными швами PDS II 4.0 (рис. 3). Кровопотери во время операции не было, длительность вмешательства составила 120 минут.

В послеоперационном периоде пациентке продолжена антибактериальная, противоязвенная и инфузионная терапия. Необходимость в обезболивании сохранялась в течение первых 2 суток после операции. Частичное энтеральное кормление начато на 6-е сутки малыми порциями. На 10-е сутки энтеральное питание в полном объеме. Ребенок выписан на 15-е сутки после операции с массой тела 15 кг.

При гистологическом исследовании в резецированном фрагменте пилорического отдела желудка выявлена регенераторная перестройка покровного эпителия, в собственной пластинке уменьшение количества функциональных желез, выраженный фиброз подслизистого слоя, гипертрофия мышечного

**Пыхтеев Дмитрий
Анатольевич** – канд. мед. наук, заведующий отделением детской хирургии¹

✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–15, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 631 05 82. E-mail: salta.70@mail.ru

**Соколов Юрий
Юрьевич** – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии²

**Машков Александр
Евгеньевич** – д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения детской хирургии¹

**Слесарев Вячеслав
Викторович** – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отделения детской хирургии¹

**Сигачев Александр
Викторович** – науч. сотр. отделения детской хирургии¹

**Гауцын Владимир
Витальевич** – лаборант отделения детской хирургии¹

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

² ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России; 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, 2/1, Российская Федерация



Рис. 5. Внешний вид ребенка через 3 месяца после операции

слоя с дистрофическими изменениями мышечных нервных сплетений (рис. 4).

Через 3 месяца после операции ребенок жалоб не предъявляет, активный, масса тела 22 кг (рис. 5). Контрольная фиброгастродуоденоскопия показала: выход из желудка свободный, зона гастродуоденоанастомоза без признаков воспаления (рис. 6).



Рис. 6. Гастродуоденоскопия через 3 месяца после операции. Гастродуоденоанастомоз проходим, без признаков воспаления

Таким образом, нами продемонстрировано редкое клиническое наблюдение декомпенсированного приобретенного стеноза привратника у ребенка 4 лет с весьма коротким анамнезом заболевания. Генез формирования стеноза остается недостаточно ясным. Подобные изменения в стенке пилороантрального отдела желудка могли возникнуть как одно из осложнений латентно протекающей цитомегаловирусной инфекции [1].

Литература / References

1. Demmler GJ. Cytomegalovirus. In: Gonic B, editor. *Viral Diseases in Pregnancy*. New York; 1994. p. 35–68.

A rare case of decompensated pyloric stenosis in a 4-year-old girl

Pykhteev D.A.¹ • Sokolov Yu.Yu.² • Mashkov A.E.¹ • Slesarev V.V.¹ • Sigachev A.V.¹ • Gatsutsyn V.V.¹

A rare clinical case of decompensated acquired pyloric stenosis in a 4-year-old girl is presented. We demonstrated the feasibility of a laparoscopic gastric resection in this young age patient. There were no early and late post-operative complications. Excellent functional and cosmetic results of the surgery were achieved.

Key words: acquired pyloric stenosis, child of young age, laparoscopic gastric resection

doi: 10.18786/2072-0505-2015-42-114-116

Pykhteev Dmitry A. – PhD, Chief of Department of Pediatric Surgery¹

✉ 61/2–15 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 631 05 82.

E-mail: salta.70@mail.ru

Sokolov Yuriy Yu. – MD, PhD, Professor, Head of Chair of Pediatric Surgery²

Mashkov Aleksandr E. – MD, PhD, Professor, Head of Department of Pediatric Surgery¹

Slesarev Vyacheslav V. – PhD, Senior Research Fellow, Department of Pediatric Surgery¹

Sigachev Aleksandr V. – Research Fellow, Department of Pediatric Surgery¹

Gatsutsyn Vladimir V. – Assistant, Department of Pediatric Surgery¹

¹ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation

² Russian Medical Academy of Postgraduate Education; 2/1 Barrikadnaya ul., Moscow, 125993, Russian Federation