

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

А. В. Мазурин, А. М. Запруднов, В. А. Филлин, Г. Б. Гершман

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав. — проф. А. В. Мазурин) II МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова

Реферат. У 100 детей с билиарной патологией изучено состояние слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки при помощи гастродуоденофиброскопа. У 10 детей слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки была без изменений, у 11 выявлен изолированный гастрит, у 13 — дуоденит и у 66 — гастродуоденит. Рефлюкс-эзофагит был у 2 детей, недостаточность кардии — у 7, пролабирование слизистой желудка в пищевод — у 11. При лечении больных с билиарной патологией учитывали характер поражения слизистой верхних отделов пищеварительного тракта.

В формировании клинического симптомокомплекса заболеваний желчевыводящих путей существенное значение приобретает гастродуоденальный синдром. Возникающие при этом морфо-функциональные изменения желудка, двенадцатиперстной кишки, а также пищевода во многом обуславливают длительность заболеваний желчных путей. Имеющиеся в педиатрической литературе работы посвящены изучению кислото-, секреторно- и ферментобразованию желудка [5], морфологическим изменениям слизистой при билиарной патологии у детей [1, 3]. Сведений об особенностях эндоскопической картины слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки при этом виде патологии мы не нашли.

Под нашим наблюдением находилось 100 детей с заболеваниями желчевыводящих путей, у которых была проведена гастродуоденофиброскопия. Преобладали дети школьного возраста (95), девочек было больше (63), чем мальчиков (37). Длительность болевого синдрома у 22 детей была менее года, 35 были больны от 1 до 3 лет, а 43 — более 3 лет. Это подчеркивает трудность своевременной диагностики заболеваний пищеварительного тракта в детском возрасте.

Перенесенные заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены у 46 больных детей. В анамнезе имелось указание на дизентерию у 20 детей, на лямблиоз — у 10, глистную инвазию — у 8, инфекционный гепатит — у 5.

Семейная предрасположенность выявлена у 46 детей. У 36 детей болел один из родителей, у 4 — оба, у остальных болели ближайшие родственники.

Характерные клинические проявления при поражении желчевыводящих путей приведены в таблице.

Наиболее постоянными проявлениями билиарной патологии были болевой синдром, диспептические расстройства, увеличение печени и др. Однако патогномичными при-

Частота клинических симптомов у детей с билиарной патологией

Симптомы	Число больных	Симптомы	Число больных
Боли в животе	100	исчезают после еды	17
Максимальная болезненность при пальпации:		не связаны с едой	31
в правом подреберье	51	Симптомы «проскальзывания»	13
в эпигастрии	18	Диспептические расстройства	94
в пилородуоденальной зоне	18	тошнота	62
неопределенные	13	рвота	41
Время возникновения болей:		отрыжка	42
ранние	59	изжога	16
поздние	41	запоры	42
Характер болей:		неустойчивый стул	23
приступообразные	54	Обложенность языка	71
тупые	46	Увеличение печени	81
Связь болей с приемом пищи:		до 1 см	34
возникают после еды	52	до 2 см и более	47
		Симптомы Кера	69

знаками поражения желчевыводящих путей в детском возрасте, по нашим данным [2], являются максимальная болезненность при пальпации в правом подреберье, увеличение печени до 2 см и более, а из биохимических показателей — повышение активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Другие клинические симптомы, данные холцистографии, ректороманоскопии, лабораторных исследований оказались недостоверно информативными ($P > 0,05$), выявляясь в такой же степени у детей с первичным гастродуоденитом.

При гастродуоденофиброскопии первым подвергался осмотру желудок, затем двенадцатиперстная кишка и далее пищевод. Неизменная слизистая верхних отделов пищеварительного тракта была выявлена у 10 детей с билиарной патологией, что подтверждалось и морфологическими исследованиями. Изолированные гастриты были обнаружены у 11 детей, дуодениты — у 13. Однако чаще имелось сочетание поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки — у 66 пациентов. Такое распространенное поражение верхних отделов пищеварительного тракта при билиарной патологии и обуславливает, надо полагать, разнообразную клиническую симптоматику.

Следует отметить, что изолированные гастриты имели преимущественно диффузный характер, и лишь у 2 детей эндоскопически отчетливо выявлялись изменения слизистой в фундальном (1) и антральном (1) отделах желудка. Поверхностные гастриты были у 6 детей, гипертрофические — у 3, субатрофические — у 2.

При изолированных дуоденитах также чаще наблюдалось поверхностное поражение слизистой — у 8 из 13 пациентов; у 3 детей были гранулематозные и у 2 — субатрофические формы дуоденита.

Гастродуоденит был диагностирован у 66 больных. Наиболее часто имелось сочетание поверхностного гастрита и поверхностного дуоденита (22 больных), а также поверхностного гастрита и гранулематозного дуоденита (13 больных). У остальных детей было различное сочетание других форм гастритов и дуоденитов.

Изменения слизистой желудка у 90,9% больных с гастродуоденитом эндоскопически классифицировались как поверхностные, гипертрофические или субатрофические (соответственно у 68,2%; 12,1% и 10,6%).

Изменения слизистой антрального отдела желудка (так называемый «антральный» гастрит) были выявлены эндоскопически только у 17 из 66 больных, что расходится с данными литературы о преобладании этого вида поражения слизистой желудка при гепато-билиарной патологии у детей.

Основными формами дуоденитов в этой группе были поверхностные (26 больных, или 39,3%) и гранулематозные (24 больных — 36,3%). Эрозивный бульбит был у 11 больных (16,6%). Причем у 7 детей наблюдались множественные эрозии — у 4 в виде овальных белесоватых пятен размером $0,2 \times 0,3$ см, а у 3 в форме звездчатых образований, локализующихся на вершине конусовидных выбуханий. Небезынтересно отметить, что у 6 из этих 11 детей с эрозивным бульбитом имелась лекарственная непереносимость (главным образом антибиотиков), а также аллергический ринит, отек Квинке, упорный экссудативный диатез в раннем возрасте. Нельзя исключить, что в генезе подобных эрозивных изменений слизистой двенадцатиперстной кишки могут играть роль аллергические факторы, в том числе и пищевая аллергия [4, 7]. Одним из реализующих звеньев могла явиться установленная у 5 из 6 больных с эрозивным бульбитом гипергистаминемия, способствующая нарушениям сосудистой микроциркуляции. В наших наблюдениях гиперемия слизистой и своеобразный «малиновый» оттенок ее, свидетельствующие об изменении кровотока, были отмечены у 8 из 11 больных с этой патологией. Не исключено также, что в генезе эрозивных поражений слизистой верхних отделов пищеварительного тракта может иметь значение нарушение желчеотделения. Известно, что желчные кислоты относятся к так называемым «освободителям» гистамина из клетки [6].

Почти у половины больных с билиарной патологией было обнаружено большое количество желчи в желудке (у 30) и двенадцатиперстной кишке (у 16). В просвете последней желчь, как правило, была светло-желтой или желтой, пенистой, что было обусловлено, по-видимому, поступлением ее из желчных ходов (печеночная желчь). Такая же желчь наблюдалась и в просвете желудка в случаях ее активного заброса из двенадцатиперстной кишки вследствие дуоденогастрального рефлюкса. При длительном нахождении в желудке желчь приобретала зеленовато-мутный оттенок, смешивалась со слизью.

Кроме этих изменений, у 2 больных был рефлюкс-эзофагит со значительным забросом желудочного содержимого в пищевод, у 7 — недостаточность кардии, у 11 — пролабирание слизистой желудка в пищевод, что связано, по-видимому, с повышением внутрижелудочного давления, усилением тонуса желудочной стенки и бурной перистальтикой, обусловленной скоплением желчи в желудке и ее непосредственным действием на слизистую.

Лечение детей с заболеваниями желчевыводящих путей было комплексным и проводилось с учетом сочетанного поражения слизистой верхних отделов пищеварительного тракта. В период обострения детям предписывали постельный режим в течение 2 недель. При назначении диеты использовали лечебные столы по М. И. Певзнеру. Особое значение придавали витаминотерапии, в том числе витамину U, ферментным препаратам (панкреатин, панзинорм, поллизим), а также антацидам (алмагель, викалин). С учетом холестаза и поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки на-

значали желчегонные средства. При выраженном болевом синдроме применяли спазмолитики.

Таким образом, у подавляющего большинства детей с билиарной патологией (90%) имелось сочетанное поражение слизистой верхних отделов пищеварительного тракта: при небольших сроках заболевания (1—2 года) — как правило, изолированные гастриты и дуодениты, а при длительности заболевания до 3 лет и более — распространенное поражение слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки, кардиоэзофагальной зоны. Выявленная при помощи гастродуоденоскопии патология верхних отделов пищеварительного тракта у детей с заболеваниями желчевыводящих путей во многом объясняет наличие у них разнообразной клинической симптоматики, предопределяя проведение соответствующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворожцова Н. Я., Батанина Г. И. Педиатрия, 1973, 7. — 2. Запруднов А. М., Филин В. А. и др. В сб.: Санаторно-курортное лечение детей с заболеваниями органов пищеварения. Пятигорск, 1976. — 3. Куршин М. А., Минеев С. С. и др. В сб.: Хронические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Горький, 1976. — 4. Ногаллер А. М. Аллергия и хронические заболевания органов пищеварения. Медицина, М., 1975. — 5. Пикulina Г. К. Педиатрия, 1973, 7. — 6. Успенский В. И. Гистамин. Медгиз, М., 1963. — 7. Райка Э. Аллергия и аллергические заболевания. Будапешт, 1966.

Поступила 29 марта 1977 г.

УДК 616.36—008.5:616.381—089.85—079.89

ОПРАВДАНА ЛИ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОТОМИЯ В ЦЕЛЯХ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ ЖЕЛТУХИ? ¹

*Доктор мед. наук А. Я. Яковлев, А. С. Лескин, А. П. Гегенава,
Б. Г. Рудик*

Клиника госпитальной хирургии (зав. — заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова, Куйбышевская областная больница им. М. И. Калинина (главрач — В. Д. Середавин) и Чапаевская городская больница (главрач — В. В. Казберов)

Реферат. По мнению авторов, в целях установления причины желтухи, если проводимое консервативное лечение неэффективно, оправдана диагностическая лапаротомия с ревизией желчных путей. Подобное вмешательство даже у страдающих болезнью Боткина, как показали наблюдения (12), не вызывает опасных осложнений. Оно может способствовать более благоприятному течению основного заболевания.

Болезнь Боткина (вирусный гепатит) и механическая желтуха имеют ряд сходных признаков. Провести четкую грань между ними подчас бывает трудно, особенно на догоспитальном этапе. В большинстве случаев диагноз устанавливается только в результате стационарного наблюдения. Поэтому нередки случаи направления больных с паренхиматозной желтухой в хирургические отделения, а страдающих механической желтухой — в инфекционные.

Существующие способы клинического, лабораторного, рентгеновского и инструментального (лапароскопия) обследования больных с различными формами желтух при целенаправленном применении позволяют с достоверностью подтвердить или опровергнуть первичный диагноз. В хирургических отделениях, где широко используются все эти методы, ошибка в распознавании заболевания выявляется в относительно ранние сроки, и больные с паренхиматозной желтухой в них обычно не задерживаются. В инфекционных же отделениях диагноз основывается главным образом на данных клинического и лабораторного исследования. Холагиография и особенно лапароскопия практикуются здесь чрезвычайно редко. Поэтому обследование больных длится дольше, чем в хирургических стационарах, а следовательно, позже выявляются и диагностические ошибки. В результате многие больные с механической желтухой своевременно не подвергаются оперативному лечению.

Нами изучены медицинские документы 253 больных с механической желтухой, госпитализированных в течение 1966—1975 гг. в инфекционные отделения больниц Куйбышевской области в связи с подозрением на болезнь Боткина. Причины, вызвавшие желтуху, и сроки пребывания больных в инфекционных стационарах различных категорий (клинические, городские, сельские больницы) приведены в таблице. Представляя такие раздельные данные, мы имели в виду, что дифференциальная диагностика при

¹ Статья публикуется в порядке дискуссии.