

детям была произведена диагностическая фиброзофагоскопия, осмотр зоны анастомоза. У 24 детей (80%) в зоне анастомоза воспалительных явлений выявлено не было. У 2 (6%) детей была выявлена стриктура анастомоза диаметром 0,3-0,5 см, с выраженными признаками воспаления (гиперемия, налеты фибрина), а у 14% детей сужение просвета пищевода от 0,5 до 0,6 см не сопровождалось выраженными воспалительными изменениями.

Повторный осмотр проводился детям в возрасте 3 месяцев. Всем детям проводилась контрольная ФГДС. При осмотре особое внимание уделялось зоне анастомоза и области пищеводно-желудочного перехода. Была выявлена следующая патология: субкомпенсированная стриктура анастомоза у 4 детей, стриктура диаметром менее 0,5 см у 3 детей, воспалительные изменения в зоне анастомоза выявлены у 5 детей. При осмотре зоны кардии недостаточность (зияние) кардии было выявлено у 10 детей, у 5 детей выявлен катаральный рефлюксозофагит.

В возрасте 6 месяцев детям с клиническими проявлениями гастроэзофагеального рефлюкса и пациентам с рецидивирующими стриктурами анастомоза было произведено рентгенологическое исследование с сульфатом бария. Гастроэзофагеальный рефлюкс был выявлен у 10 обследуемых, в том числе у 6 пациентов с значимым диастазом (86%).

У всех детей с рецидивирующим стенозом анастомоза пищевода был диагностирован гастроэзофагеальный рефлюкс. Это наблюдение позволяет говорить о необходимости изучения возможности влияния гастроэзофагеального рефлюкса на формирование рецидивирующей стриктуры анастомоза. Возможный механизм формирования заброса желудочного содержимого в пищевод - смещение вверх гастроэзофагеального перехода, снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера в результате тракции и перерастяжения мышц стенки пищевода.

Заключение. Вышеперечисленное подтверждает необходимость диспансерного наблюдения детей с атрезией пищевода. В случаях значимого диастаза (более 2,0 см) и наличии клинических проявлений необходимо обследовать детей в раннем возрасте для исключения гастроэзофагеального рефлюкса.

054. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Волк С.В., Волк Г.П.
СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования. Оценить состояние толстой кишки у больных язвенной болезнью при эндоскопическом исследовании.

Материалы и методы. Нами обследовано 69 пациентов неосложненной язвенной болезнью с желудочной (23 чел.) и луковичной (46 чел.) локализацией язвы в активной фазе заболевания, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении Смоленской областной клинической больницы. Контингент обследованных больных язвенной болезнью составили мужчины в возрасте от 18 до 55 лет без сопутствующей патологии. При проведении

фиброскопии оценивались: выраженность гаустр (резко, умеренно, слабо), слизистая оболочка (розовая, бледная, гиперемирована, истончена, отечна), сосудистый рисунок (прослеживается четко, слабо, отсутствует, виден в отдельных участках), складки слизистой (не изменены, утолщены, сглажены). Также отмечалось наличие или отсутствие патологических образований: полипов, дивертикулов, эрозий, язв, геморроя, трещин.

Результаты и их обсуждение. При проведении колоноскопии у 6 больных (26,09%) язвенной болезнью, желудка признаков поражения слизистой оболочки толстой кишки не отмечалось. Эндоскопическая оболочка толстой кишки в этой группе больных полностью соответствует классическому описанию нормы: при осмотре выглядит бледной (цвет ее во многом зависит от интенсивности освещения), хорошо прослеживаются мелкие кровеносные сосуды слизистой оболочки и подслизистой основы. Стенки покрыты тонким слоем прозрачной слизи и выглядят блестящим. Эндоскопические признаки поражения слизистой оболочки толстой кишки, такие как, незначительный ее отек, гиперемия, едва различаемый сосудистый рисунок, либо его полное отсутствие, слабо выраженная контактная кровоточивость, были обнаружены у 14 больных язвенной болезнью желудка (60,87%). В этом случае слизистая утрачивает свой влажный блестящий вид, становится матовой и зернистой. Эндоскопическая картина левостороннего поражения слизистой оболочки толстой кишки (преимущественно в области сигмовидной и нисходящей кишок), выявлена у 3 пациентов (13,04%). В общей сложности по результатам эндоскопического исследования толстой кишки у больных язвенной болезнью желудка признаки патологии слизистой оболочки толстой кишки выявлены у 17 больных (73,91%).

Эндоскопически у 14 больных (30,43%) с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки, признаков поражения слизистой оболочки толстой кишки не отмечалось. Признаки распространенной патологии слизистой были обнаружены у 28 больных (60,87%) и проявлялись небольшим ее отеком, имевшей матовый и слегка зернистый вид, ее гиперемией, слабо выраженным либо полным отсутствием сосудистого рисунка и контактной кровоточивостью. Эндоскопическая картина левосторонней патологии слизистой оболочки толстой кишки, при которой вышеописанные изменения слизистой оболочки локализуются преимущественно в области сигмовидной и нисходящей кишок, выявлена у 4 пациентов (8,7%).

Заключение. Эндоскопические изменения со стороны слизистой оболочки толстой кишки при язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки имеют аналогичный характер. Эндоскопическими признаками состояния толстой кишки при язвенной болезни является наличие у 71,74% больных признаков распространенного (60,87%) и левостороннего (10,87%) поражения ее слизистой оболочки.

055. ПРОЯВЛЕНИЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ