



Сочетание рефлюкс-эзофагита, эрозивного гастродуоденита с тупой травмой туловища с разрывом двенадцатиперстной кишки у ребенка*

Харитонов Д. В.^{1,2}, Сапожников В. Г.¹, Харитонов Л. А.³, Савин С. В.², Вайс А. В.², Осипцов Н. В.², Никишина Ю. И.²

¹ ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», пр. Ленина, 92, Тула, 300012, Россия

² ГУЗ «Тульская детская областная клиническая больница», ул. Бондаренко, 39, Тула, 300010, Россия

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117997, Россия

Для цитирования: Харитонов Д. В., Сапожников В. Г., Харитонов Л. А., Савин С. В., Вайс А. В., Осипцов Н. В., Никишина Ю. И. Сочетание рефлюкс-эзофагита, эрозивного гастродуоденита с тупой травмой туловища с разрывом двенадцатиперстной кишки у ребенка. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023;209(1): 195–199. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-209-1-195-199

✉ Для переписки:

Сапожников

Владимир

Григорьевич

vladim1409

@yandex.ru

Харитонов Дмитрий Викторович, главный врач; преподаватель кафедры педиатрии

Сапожников Владимир Григорьевич, д.м.н., проф., заведующий кафедрой педиатрии

Харитонов Любовь Алексеевна, д.м.н., проф., зав. кафедрой педиатрии с инфекционными болезнями у детей факультета дополнительного профессионального образования

Савин Сергей Владимирович, врач-ординатор хирургического отделения

Вайс Андриан Викторович, заведующий хирургическим отделением

Осипцов Николай Владимирович, заведующий эндоскопическим отделением

Никишина Юлия Игоревна, врач-ординатор гастроэнтерологического отделения

Резюме

* Иллюстрации

к статье –

на цветной

вклейке в журнал

(стр. VII–VIII).

Представляется редкое клиническое наблюдение мальчика 11 лет, который в результате падения с высоты получил тяжелую сочетанную травму грудной клетки, живота, забрюшинного пространства, которая сопровождалась ушибом легких с гидротораксом, ушибом правой почки, поджелудочной железы и разрывом двенадцатиперстной кишки с развитием травматического шока III степени, желчного перитонита. Потребовала проведения экстренного оперативного вмешательства, проведения интенсивной терапии и сочеталась с наличием у пациента хронического рефлюкс-эзофагита со стенозом пищевода, эрозивного гастрита, дуоденита. Развитие стеноза пищевода, возможно, носило посттравматический характер.

EDN: WYSQXJ

Ключевые слова: тупая сочетанная травма, двенадцатиперстная кишка, гастродуоденит, стеноз

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-209-1-195-199>

Combination of reflux esophagitis, erosive gastroduodenitis with a blunt trauma of the trunk with a rupture of the duodenum in a child*

D.V. Kharitonov^{1,2}, V.G. Sapozhnikov^{1,2}, L.A. Kharitonova³, S.V. Savin², A.V. Weiss², N.V. Osiptsov², Yu.I. Nikishina²

¹ Tula State University, 92 Lenin Avenue, Tula, 300012, Russia

² Tula Children's Regional Clinical Hospital, 39 Bondarenko Str., Tula, 300010, Russia

³ Pirogov Russian National Research Medical University, 1, Ostrovitianova str. Moscow, 117997, Russia

For citation: Kharitonov D.V., Sapozhnikov V.G., Kharitonova L.A., Savin S.V., Weiss A.V., Osiptsov N.V., Nikishina Yu.I. Combination of reflux esophagitis, erosive gastroduodenitis with a blunt trauma of the trunk with a rupture of the duodenum in a child. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2023;209(1): 195–199. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-209-1-195-199

✉ **Corresponding author:**

Vladimir G. Sapozhnikov
vladim1409
@yandex.ru

Dmitry V. Kharitonov, Hospital Chief Executive Officer; Lecturer in the Pediatrics Department.
Vladimir G. Sapozhnikov, Doctor of Medical Sciences, prof., Head of the Pediatrics Department
Lyubov A. Kharitonova, MD, Professor, Head of the Department of Pediatrics with infectious diseases in children of the Faculty of Continuing Professional Education; ORCID: 0000-0003-2298-7427, Scopus Author ID: 7004072783
Sergey V. Savin, resident doctor of the surgical Department
Andrian V. Weiss, Head of the Surgical Department
Nikolay V. Osiptsov, Head of the Endoscopic Department
Yulia I. Nikishina, attending physician of the gastroenterology Department

Summary

We present a rare clinical observation of an 11-year-old boy who, as a result of a fall from a height, received a severe combined injury of the chest, abdomen, retroperitoneal space, which was accompanied by a contusion of the lungs with hydrothorax, contusion of the right kidney, pancreas and duodenal rupture with the development of traumatic shock of the III degree, bile peritonitis. It required emergency surgery, intensive care and was combined with the patient's chronic reflux esophagitis with esophageal stenosis, erosive gastritis, duodenitis. The development of stenosis of the esophagus may have had a post-traumatic character.

Keywords: blunt concomitant trauma, duodenum, gastroduodenitis, stenosis

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal (p. VII–VIII).

Абсолютно прав был видный советский, российский детский гастроэнтеролог А.М. Запруднов [1], когда констатировал, что «...будучи тесно связанными со всеми органами и системами пищеварительного тракта, желудок и двенадцатиперстная кишка прямо или косвенно влияют на функциональное состояние печени, желчных путей, поджелудочной железы, пищевода и кишечника».

Воспалительный процесс в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке у детей, включая эрозивно-язвенное поражение слизистой [2, 3, 4], зачастую в настоящее время протекает без яркой клинической манифестации, сами их родители порой длительно не замечают имеющуюся минимальную симптоматику заболевания и не обращаются своевременно за оказанием медицинской помощи.

Наряду со значением носительства хеликобактерий пилори (Hр) безусловно в этиопатогенезе хронического эрозивного гастродуоденита (ХЭГД), рефлюкс-эзофагита (РЭ) у детей большое значение имеет наследственная генетическая предрасположенность [5], нарушения иммунитета, воздействие

психогенных, алиментарных факторов [1, 2, 3, 4], конституциональные особенности [6] больного ребенка.

Первичному выявлению имевшейся у пациента воспалительной патологии полых органов пищеварительного тракта иногда способствует перенесенная случайная травма. В этой связи нам представляется интересным следующее клиническое наблюдение.

Больной А., 11 лет, поступил 22.07.22 в хирургическое отделение Тульской детской областной клинической больницы (ТДОКБ) с жалобами на боли в животе размытого характера, тошноту, неоднократную рвоту.

Из анамнеза известно, что 22.07.22 ребенок упал в яму высотой около 1,5–2 метров, ударился передней поверхностью туловища о землю, после чего появились боли в животе, тошнота, рвота до 3-х раз, не приносящая облегчения. Был осмотрен в районной больнице по месту жительства, выполнена обзорная рентгенограмма органов брюшной полости – патологии не выявлено. После этого с диагнозом: тупая

травма живота – машиной скорой помощи был доставлен в хирургическое отделение ТДОКБ.

До получения травмы у мальчика не было замечено жалоб на боли в животе, тошноту, изжогу, на протяжении предшествовавшего года наблюдалась эпизодически отрыжка с неприятным аммиачным запахом, повышенный аппетит, дефицит массы тела свыше 25% (гипотрофия II степени), склонность к запорам. Ребенок злоупотреблял в питании острыми блюдами, копченостями, соленьями, часто питался всухомятку, однообразно, переносил пищевые отравления, на бытовом уровне постоянно контактировал с домашними животными (собаки), родился и проживал в сельской местности в зоне радиационного загрязнения после аварии на Чернобыльской АЭС.

Анамнез жизни ребенка: родители здоровы, не страдают хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, отец курит. Бабушка по линии матери, с которой мальчик постоянно контактирует, страдает язвенной болезнью желудка.

Мальчик от 2-й беременности, вторых срочных, самостоятельных родов. Беременность, роды протекали без патологии. Масса тела при рождении – 3450 г, длина тела – 52 см. Первые три месяца находился на грудном вскармливании, в дальнейшем – на искусственном. Профилактические прививки сделаны все соответственно национальному календарю прививок. Перенесенные заболевания: нечастые ОРВИ, ветряная оспа. Коронавирусной инфекцией не болел. Аллергологический анамнез: была аллергическая реакция в виде острой крапивницы на цефазолин. Бытовые условия жизни удовлетворительные, на диспансерном учете у специалистов не состоит.

Эпидемиологический анамнез: на протяжении всей жизни ребенок дома контактирует с собаками, дегельминтизация животных не проводилась.

Данные объективного обследования при поступлении в хирургическое отделение ТДОКБ 22.07.22: состояние ребенка средней тяжести в первую очередь за счет выраженного болевого синдрома. Самочувствие не нарушено, температура тела 36,8°C, ЧСС – 93 в мин, ЧДД – 19 в мин. Ребенок истощен, физическое развитие сниженное, гармоничное. Кожные покровы бледные, эластичность снижена, тургор кожи снижен. Подкожно-жировая клетчатка истончена на груди, животе, конечностях. Видимые слизистые чистые, бледно-розовые, суховатые. Периферические лимфоузлы пальпируются по основным группам, пальпация безболезненная, не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. В легких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, при аускультации хрипов нет, сердечные тоны звучные, ритмичные.

Пищеварительная система: язык влажный, чистый, розовый. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, не вздут, симметричный, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой половине: в правом подреберье, в правой повздошной области, симптом «поколачивания» положительный справа. Печень пальпируется по краю реберной дуги, не увеличена, не уплотнена, край ровный, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул, со слов мальчика, был с утра, без патологических примесей, не жидкий. Мочеиспускание свободное,

безболезненное, моча светлая. Пальпация почек безболезненная. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно. Нервная система: в сознании, активен, на вопросы отвечает, реагирует адекватно. Менингеальных знаков, очаговой симптоматики поражения головного мозга нет.

Результаты лабораторного, инструментального обследования. Общий анализ крови (ОАК) от 23.07.22: лейкоциты – $5,9 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты – $6,40 \times 10^{12}/\text{л}$; Hb – 182 г/л; Ht – 53,3%; тромбоциты – $263 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 3 мм/ч; лимфоциты – 40%; моноциты – 13%; п/я – 16%, с/я – 30% (признаки гемоконцентрации, сдвига лейкоформулы влево). ОАК от 25.07.22: Hb – 138 г/л; эритроциты – $4,80 \times 10^{12}/\text{л}$; Ht – 39,7%; тромбоциты – $86 \times 10^9/\text{л}$; лейкоциты – $10,87 \times 10^9/\text{л}$; п/я – 31%, с/я – 59%; лимфоциты – 5%, моноциты – 5%, СОЭ – 6 мм/ч (признаки палочкоядерного сдвига лейкоформулы влево, тромбоцитопении).

Биохимический анализ крови (БАК). БАК от 23.07.22: мочевины – 3 ммоль/л; креатинин – 57 мкмоль/л; СРБ – 35,8 мг/л; К – 2,9 ммоль/л; Na – 153 ммоль/л; Cl – 110 ммоль/л; Ca – 2,28 ммоль/л; АСТ – 35 ед/л; АЛТ – 83 ед/л; билирубин общий – 6,9 мкмоль/л; билирубин прямой – 1,4 мкмоль/л (отмечено повышение уровня СРБ, АСТ, умеренная гипокалиемия, гипернатриемия).

Коагулограмма от 23.07.22: фибриноген – 1,5 г/л; протромбиновое время – 37,1 сек; тромбиновое время – 33,4 сек (склонность к гипокоагуляции). Определена групповая принадлежность крови от 23.07.2022: 0(I)Rh+.

Общий анализ мочи (ОАМ) от 23.06.22: цвет – светло-желтый; уд. вес – 1025; прозр. – очень мутная, глюкоза – 0; протеин – следы; эритроциты – +++; лейкоциты – +++; эпителий – 5,72; бактерии – 11,43; слизь – 22,34; pH – 5,0 (определяется протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, бактериурия).

ЭКГ от 24.07.22: определяется синусовая тахикардия.

Рентгенография (Rg) органов грудной клетки от 24.07.22: рентгенологические признаки выпота в плевральную полость правого легкого, обогащен легочный рисунок правого легкого, очаговых изменений в легких нет. Данные изменения расценены как посттравматические.

Rg органов грудной клетки от 25.07.22: после постановки плеврального дренажа количество выпота в плевральной полости справа значительно уменьшилось.

РКТ органов грудной клетки от 25.07.22: определяются КТ-признаки наличия выпота в плевральные полости с обеих сторон, больше – справа, гипостатические изменения структуры легочной ткани (больше – в правом легком).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) плевральных полостей грудной клетки от 26.07.22: в латеральных реберно-диафрагмальных синусах обеих плевральных полостей определяется свободная однородная жидкость толщиной слоя слева – 12 мм, справа – 32 мм.

Больному был выставлен диагноз 23.07.22: сочетанная тупая травма живота, забрюшинного пространства, разрыв нижнего поперечного отдела двенадцатиперстной кишки, ушиб головки поджелудочной железы, ушиб правой почки, легких.

23.07.22 была проведена диагностическая лапароскопия, затем лапаротомия, во время которой проведена ревизия, санация органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ушивание разрыва нижнего поперечного отдела двенадцатиперстной кишки, аппендэктомия, резекция сальника, ревизия сальниковой сумки, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. 25.07.22 было проведено дренирование правой плевральной полости.

Осложнением сочетанной тупой травмы у ребенка явилось развитие желчного перитонита, травматического шока III степени, двухстороннего (больше – справа) гидроторакса, пареза кишечника.

В послеоперационном периоде больному проведена следующая терапия: четыре внутривенных трансфузии свежемороженой плазмы O(I)Rh+, инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, антибактериальная терапия (цефтриаксон по 1000 х 2 раза в сутки – внутривенно, аминазин по 15 мг/кг/сут х 2 раза – внутривенно, меропенем по 750 мг х 2 раза в сутки – внутримышечно), метрогил по 15 мг/кг/сут х 3 раза – внутривенно, проводилась гемостатическая терапия (этамзилат натрия 12,5% по 2 мл х 3 раза в сутки – внутривенно), назначался фамотидин по 10 мг х 2 раза в сутки – внутривенно, метоклопрамид 0,5% по 0,1 мг/кг – внутривенно. Получал дробную щадящую разжиженную пищу 5 раз в сутки в течение острого послеоперационного периода.

16.08.22 пациенту была проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС): обнаружены явления рефлюкс-эзофагита, формирующейся стриктуры пищевода, эрозии желудка, поверхностный бульбит (рис. 1, 2).

На фоне проводимой комплексной терапии отмечена нарастающая положительная динамика состояния больного мальчика, 17.08.22 был переведен в гастроэнтерологическое отделение ТДОКБ.

При поступлении в гастроэнтерологическое отделение у больного отмечены жалобы на периодически возникающие боли в животе сразу после приема пищи при проглатывании твердой пищи, поэтому вынужден ее запивать водой. В течение послеоперационного периода потерял в весе до 6 кг, на 17.08.22 весил 36 кг, отмечается повышенный аппетит.

Данные объективного обследования: состояние ребенка средней степени тяжести, самочувствие не нарушено, температура тела 36,7° С, ЧСС – 86 в мин, ЧДД – 18 в мин, сатурация – 98%. Вес – 36 кг, рост – 152 см, окружность грудной клетки в покое – 69 см, индекс Пинье для оценки типа конституции – 47, т.е. мальчик по типу конституции является астеником. Ребенок истощен, физическое развитие сниженное, гармоничное. Кожные покровы чистые, обычного цвета, тургор кожи снижен. Подкожная клетчатка истончена на груди, животе, конечностях. Видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Периферические лимфоузлы пальпируются по основным группам, не увеличены, безболезненные. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. В легких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипов при аускультации нет. Сердечные тоны звучные, ритмичные.

Пищеварительная система: язык до корня обложен белым налетом. На передней брюшной стенке

выявляются послеоперационные рубцы без признаков воспаления. Живот участвует в акте дыхания, симметричен, не увеличен в размерах, умеренно болезненный при пальпации в эпигастрии, в правом подреберье, симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Печень пальпируется по краю реберной дуги, не увеличена, не уплотнена, край ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи – отрицательные. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул регулярный, ежедневный, без патологических примесей. Мочевыводящая система: пальпация области почек безболезненная, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Пальпация почек безболезненная. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно. Нервная система: в сознании, активен, на вопросы отвечает, реагирует адекватно. Менингеальных знаков, очаговой симптоматики поражения головного мозга нет.

Результаты лабораторного, инструментального обследования. Общий анализ мочи, крови, биохимический анализ крови от 18.08.22 – без патологических отклонений.

Анализ копрологический – умеренная стеаторея 2 типа.

Анализ кала на антиген лямблий – не обнаружен.

Посев кала на бактерии кишечной группы – роста нет.

РПГА с сальмонеллезным, шигеллезным, псевдотуберкулезным, кишечной эришией, лептоспирозным антигенами – отрицательные.

Анализ кала на яйца глист и простейшие трехкратно – яйца глист и простейшие не обнаружены.

Соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

Анализ крови на IgG к Hр от 23.08.22 (тест-система DRG – Германия): <0,014 ед/мл (отрицательный).

Таким образом, на основании жалоб, анамнеза, осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов обследования помимо основного диагноза, обусловленного состоянием после перенесенных оперативных вмешательств по поводу сочетанной тупой травмы живота с разрывом нижнего поперечного отдела двенадцатиперстной кишки, ушибом головки поджелудочной железы, правой почки, легких, осложненного желчным перитонитом, травматическим шоком III степени, двухсторонним гидротораксом, парезом кишечника, ребенку был выставлен второй диагноз: хронический рефлюкс-эзофагит, эрозивный гастрит, поверхностный дуоденит, обострение.

Сопутствующий диагноз: стеноз пищевода, гипотрофия II степени смешанного генеза.

Больной получил следующее лечение: дробная (5-ти разовая в сутки) механически измельченная щадящая диета, алюминия фосфат (фосфалюгель) по 1 пакетику х 3 раза/день – 12 суток, омепразол по 20 мг х 2 раза/день – 12 суток, панкреатин по 10000 ЕД х 2 раза/день – 10 суток, энтерофурил по 200 мг х 3 раза/день – 7 суток, амоксициллин по 500 мг х 3 раза/день – 5 суток, пре- и пробиотики.

На фоне проводимой терапии отмечена быстрая положительная динамика: жалобы на боли в животе исчезли на 2-е сутки от момента ее начала, хотя

болевые ощущения за грудиной сохранялись до 7-х суток, болезненность при пальпации в эпигастрии, в правом подреберье исчезли на 4-е сутки от начала данного лечения, к 12-м суткам от начала терапии в гастроэнтерологическом отделении ребенок прибавил массу тела на 1400 грамм.

Перед выпиской из стационара 29.08.22 больному была проведена контрольная ЭФГДС: обнаружена гиперемия слизистой оболочки пищевода, сосудистый рисунок стенки нормальный, складки продольные, извитые, Z-линия отчетливо видна, кардия полностью сомкнута. На 23 см от резцов определялся участок стеноза пищевода на протяжении до 1 см (свободно проходим для эндоскопа диаметром 5,5 мм). Слизистая пищевода на этом участке отечная, гиперемизированная с единичными грануляциями.

Просвет желудка содержит мутное содержимое с примесью желчи, слизистая стенки очагово гиперемизирована, с остаточными эрозиями стенки (рис. 3), перистальтика прослеживается во всех отделах, привратник округлой формы, смыкается, определяется дробный рефлюкс желчи из просвета двенадцатиперстной кишки, слизистая оболочка стенки которой умеренно гиперемизирована.

Заключение

Таким образом, при клинической ситуации у данного больного сработало известное правило в буквальном смысле этого выражения: «Где тонко – там и рвется». У мальчика, получившего при падении с высоты тяжелую сочетанную травму грудной клетки, живота с ушибом правой почки, поджелудочной железы, легких, разрыв нижнего поперечного отдела двенадцатиперстной кишки произошел не случайно, а на фоне выраженного хронического воспалительного поражения всего верхнего этажа полых органов пи-

щеварительного тракта в виде рефлюкс-эзофагита, эрозивного гастрита, поверхностного дуоденита с формированием стеноза пищевода, потребовавшего проведения дальнейшего его бужирования.

При выписке больному было рекомендовано:

1. Продолжить механически, химически щадящую диету с дробным насыщенным белковым питанием.
2. Исключить пребывание в одном помещении с домашними животными.
3. Продолжить прием фосфалюгеля до 30 суток, бускопана по 1 т. х 2 раза за 10 мин до еды – 21 сутки, затем симптоматически, масло облепихи по 1 дес. ложке х 2 раза/день за 30 мин до еды – 14 суток, пре- и пробиотики.

Кроме этого после выписки с 13.09.22 начато проведение бужирования пищевода (рис. 4), 17.10.22 под контролем проводившейся ЭФГДС продолжено бужирование (буж № 37) с экспозицией 7 мин. В плане улучшения проходимости, постепенного снижения выраженности воспалительных изменений в пищеводе отмечена положительная эндоскопическая (рис. 5) и клиническая динамика состояния больного.

Литература | References

1. Zaprudnov A. M. Treatment and radical pharmacotherapy of digestive diseases in children. Moscow. Miklos Publ., 2010. 320 p. (in Russ.)

Запруднов А. М. Лечение и радикальная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения у детей. М.: Миклош, 2010. 320 с.

2. Parmenova L. P. The state of the acid-forming function of the stomach in diseases of the upper digestive tract in children. *Smolenskij medicinskij al'manah*. 2019;(3):122–126. (in Russ.)

Парменова Л. П. Состояние кислотообразующей функции желудка при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта у детей. Смоленский медицинский альманах.

3. Vorobiyova A. V. The peculiarities of chronic gastroduodenitis in children (literature review). *Journal of New Medical Technologies. Electronic edition*. 2016;10(1):229–234. (in Russ.) doi: 10.12737/18573.

Воробьева А. В. Особенности течения хронического гастродуоденита у детей (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание.

4. Cimmerman YA. S. Peptic ulcer disease: a critical analysis of the current state of the problem. *Ekspperimental'naya*

i klinicheskaya gastroenterologiya. 2018;149(1):80–89. (in Russ.)

Циммерман Я. С. Язвенная болезнь: критический анализ современного состояния проблемы. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.

5. Ihsanov S.D., Sergienko D. F. Influence of the genetic polymorphism vntr 2 intron of the il-1ra gene on the development of duodenal ulcer and erosive gastroduodenitis in children. *Astrahanskij medicinskij zhurnal*. 2020;15(2):37–44. (in Russ.)

Ихсанов С. Д., Сергиенко Д. Ф. Влияние генетического полиморфизма vntr 2 intron гена il-1ra на развитие язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и эрозивного гастродуоденита у детей. Астраханский медицинский журнал.

6. Kharitonov D. V., Sapozhnikov V. G., Osipov N. V. et al. Relationship between the type of body constitution and the chronic erosive gastroduodenitis in children. *Vrach*. 2022;33(8):47–49. (in Russ.)

Харитонов Д. В., Сапожников В. Г., Осипов Н. В. и др. Связь типа конституции с течением хронического эрозивного гастродуоденита у детей // Врач. 2022. № 33(8). С. 47–49.

К статье

Сочетание рефлюкс-эзофагита, эрозивного гастродуоденита с тупой травмой туловища с разрывом двенадцатиперстной кишки у ребенка (стр. 195–199)

To article

Combination of reflux esophagitis, erosive gastroduodenitis with a blunt trauma of the trunk with a rupture of the duodenum in a child (p. 195–199)

Рисунок 1. Эндоскопические изменения слизистой оболочки пищевода у мальчика 11 лет от 16.08.22 с рефлюкс-эзофагитом: просвет пищевода сужен, на расстоянии 23 см от резцов слизистая рыхлая, отечная, контактно кровоточит, гиперемирована, сосудистый рисунок нечеткий, складки извитые, ригидные, определяется налет фибрина.

Figure 1. Endoscopic changes in the mucous membrane of the esophagus in an 11-year-old boy from 16.08.22 with reflux esophagitis: the lumen of the esophagus is narrowed, at a distance of 23 cm from the incisors, the mucosa is loose, edematous, bleeds on contact, hyperemic, the vascular pattern is indistinct, the folds are tortuous, rigid, determined fibrin plaque.



Рисунок 2. Эндоскопическая картина слизистой оболочки желудка у больного 11 лет с эрозивным гастритом от 16.08.22: просвет желудка спазмирован, содержит мутное, в значительном количестве содержимое, слизистая оболочка диффузно гиперемирована, складки слизистой желудка ригидные, дефекты слизистой в виде эрозий возле антрального отдела размерами от 2 до 4 мм, определяется дробный рефлюкс желчи.

Figure 2. Endoscopic picture of the gastric mucosa in an 11-year-old patient with erosive gastritis dated 08/16/22: the gastric lumen is spasmodic, contains turbid content in a significant amount, the mucous membrane is diffusely hyperemic, the folds of the gastric mucosa are rigid, mucosal defects in the form of erosions near the antrum in size from 2 to 4 mm, fractional bile reflux is determined.



Рисунок 3. Эндоскопические изменения слизистой оболочки желудка у мальчика 11 лет с эрозивным гастритом от 29.08.22: определяются остаточные единичные эрозии стенки слизистой желудка.

Figure 3. Endoscopic changes in the gastric mucosa in an 11-year-old boy with erosive gastritis dated August 29, 22: residual single erosions of the gastric mucosa wall are determined.

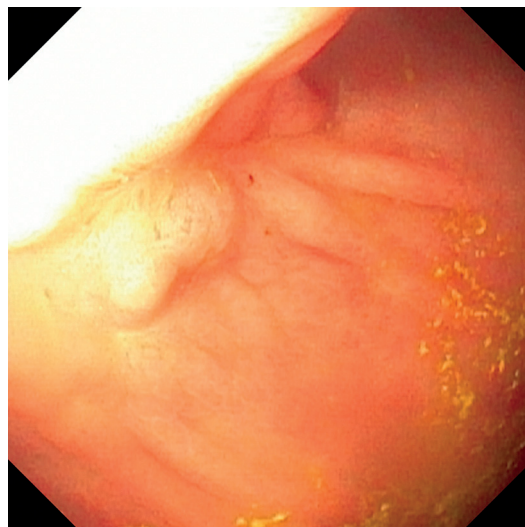


Рисунок 4. Эндоскопическая картина пищевода больного 11 лет от 13.09.22 с рефлюкс-эзофагитом перед проведением бужирования: на расстоянии 26 см от резцов определяется сужение пищевода протяженностью до 4 см, гиперемия слизистой с налетом фибрина.

Figure 4. Endoscopic picture of the esophagus of an 11-year-old patient on September 13, 22 with reflux esophagitis before bougienage: at a distance of 26 cm from the incisors, a narrowing of the esophagus up to 4 cm long is determined, hyperemia of the mucosa with a coating of fibrin.

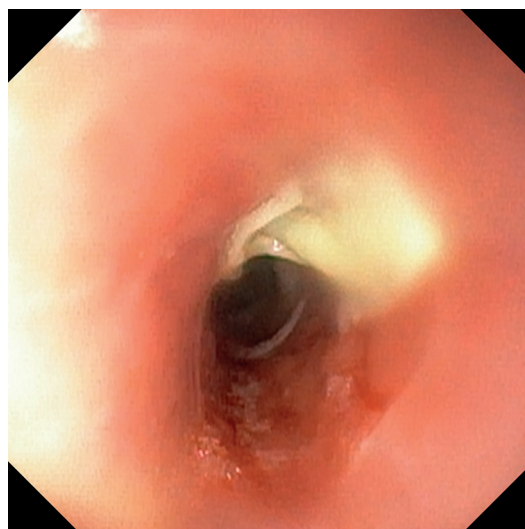


Рисунок 5. Эндоскопическая картина пищевода у пациента 11 лет с рефлюкс-эзофагитом спустя 3 месяца от его первоначального поступления в ТДОКБ после очередного проведенного бужирования (буж № 37): пищевод свободно проходим, на расстоянии 26 см от резцов определяется проходимое для гастроскопа диаметром 9 мм сужение просвета пищевода на протяжении до 4 см. Слизистая стенки в зоне стеноза рыхлая, гиперемирована, кардия зияет.

Figure 5. Endoscopic picture of the esophagus in an 11-year-old patient with reflux esophagitis 3 months after his initial admission to the TDOCH after another bougienage (bougienage No. 37): the esophagus is freely passable, at a distance of 26 cm from the incisors, a narrowing passable for a gastroscope with a diameter of 9 mm is determined the lumen of the esophagus for up to 4 cm. The mucosa of the wall in the area of stenosis is loose, hyperemic, the cardia is gaping.

