

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Аманова М.А.^{1,2}, Разумовский А.Ю.^{1,2}, Смирнов А.Н.^{1,2}, Холостова В.В.¹

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва

² Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва

Введение. Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) является редкой патологией в детском возрасте, истинная частота которой неизвестна. До настоящего времени отсутствует единый протокол хирургического лечения ХДН и вторичных изменений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), панкреатита, желчнокаменной болезни и других.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения хронической дуоденальной непроходимости у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 42 пациентов в возрасте от 6 мес. до 17 лет, оперированных по поводу ХДН в период с 2010 по 2020 гг. Средний возраст составил 10,4 ± 3,2 года, 14% пациентов ранее оперированы в периоде новорожденности — наложен дуоденодуоденоанастомоз. Все пациенты были оперированы: открытые операции — 23,8%, лапароскопические — 76,2% детей: обходной дуоденоеюноанастомоз с нижней горизонтальной ветвью двенадцатиперстной кишки (ДПК) (35,7% — 15 чел.), обходной дуоденоеюноанастомоз с нисходящей ветвью ДПК (9,5% — 4 чел.), дуоденоеюноанастомоз на петле по Ру (26,1% — 11 чел.), дуоденодуоденоанастомоз (14,2% — 6 чел.), парциальная резекция ДПК по оригинальной методике (9,5% — 4 чел.), панкреатодуоденальная резекция (4,7% — 2 чел.). Катамнез составил от 3 до 12 мес.

Результаты. Причинами ХДН были: кольцевидная поджелудочная железа (9,5% — 4 детей), мембрана ДПК (33,3% — 14 детей), аорто-мезентериальный пинцет (35,7% — 15 детей), гепатодиафрагмальная интерпозиция ДПК после перенесенного омфалоцеле (7,14% — 3 ребенка), ХДН на фоне мальротации без заворота тонкой кишки (11,9% — 5 детей), вторичный мегадуоденум (9,52% — 4 детей). Проведен сравнительный анализ дуоденоеюностомии на петле по Ру (первая группа) и обходного дуоденоеюноанастомоза (вторая группа). В первой группе длительность операции была достоверно выше ($p < 0,05$), в среднем 132 ± 27 мин, чем во второй группе — 54 ± 34 мин. Объем кровопотери без существенных различий ($p < 0,05$): в первой группе 52 ± 13 мл, во второй — 38 ± 16 мл. Сроки начала энтерального кормления в первой группе составили 5 ± 2 дней, во второй — 3 сут. Осложнения наблюдались в двух случаях — несостоятельность дуоденодуоденоанастомоза после резекции ДПК и частичный перекут петли по Ру с нарушением ее проходимости. Летальных исходов не было.

Заключение. Клиническая картина ХДН у детей зачастую не специфична, требует повышенной врачебной настороженности. Всех пациентов с признаками ХДН, резистентными к консервативной терапии, следует обследовать с целью исключения органического характера патологии. Раннее выявление пациентов с ХДН позволяет предотвратить развитие осложнений. Хирургическая тактика должна быть строго дифференцированной, определяется причиной обструкции, степенью декомпенсации ДПК и наличием вторичных осложнений. Результаты различных способов обходных дуоденоеюноанастомозов сопоставимы, что позволяет рекомендовать оба вмешательства для коррекции ХДН.