

ХРОНИЧЕСКАЯ ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Ефременков А.М.^{1,2}, Соколов Ю.Ю.¹, Туманян Г.Т.¹, Гогичаева А.А.³, Минуллина В.И.⁴

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

² Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

³ Детская городская клиническая больница святого Владимира, Москва

⁴ Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва

Введение. К развитию хронической дуоденальной непроходимости (ХДН) у детей старшего возраста могут приводить различные аномалии развития двенадцатиперстной кишки (ДПК). Длительное и неэффективное консервативное лечение данной категории больных способствует развитию необратимых изменений и может потребовать во взрослом возрасте обширных органосохраняющих хирургических вмешательств.

Цель. Уточнить клинические варианты ХДН и оптимизировать хирургическую тактику у детей с дуоденостазом старшего возраста.

Материалы и методы. За последние 15 лет ХДН была установлена у 63 детей и подростков в возрасте от 3 до 17 лет. Мальротационный вариант ХДН у 29 (46,1%) больных включал мальротацию кишечника (27), «обратно расположенную» и «перевернутую» ДПК (2); компрессионный вариант ХДН у 20 (31,7%) детей был представлен артерио-мезентериальной компрессией ДПК (8), сдавлением ДПК кольцевидной поджелудочной железой (8), aberrантной панкреато-дуоденальной артерией (3) или предуоденальной воротной веной (1); гиперфиксационный вариант у 6 (9,5%) больных заключался в гиперфиксации ДПК (4), наличии внутренней грыжи Трейтца (2); obturационный вариант ХДН у 8 (12,7%) пациентов был представлен фенестрированной мембраной ДПК (3), кистозным удвоением ДПК (5). Были выполнены следующие оперативные вмешательства: операция Ледда (27), рассечение вокруг ДПК врожденных тяжелей брюшины или aberrантных артерий (9), иссечение мембраны или парафатериального удвоения ДПК (8), ликвидация грыжи Трейтца (2), наложение обходного дуоденодуоденоанастомоза (3) или дуоденоюноанастомоза (11), исключения ДПК из пассажа путем антрумэктомии с гастроэнтероанастомозом по Ру (3). Симультанная резекция холедоха с наложением гепатикоеюноанастомоза выполнена 2 (3,2%) детям. Открытые вмешательства выполнены 13 (20,6%) больным, лапароскопический доступ использован в 50 (79,4%) случаях.

Результаты. Конверсия потребовалась у 3 (11,1%) больных, которым выполнялась операция Ледда. Из ранних послеоперационных осложнений у 7 (11,1%) детей отмечены осложнения: анастомозит (2), перфорация ДПК (1), инвагинация (1), спаечная кишечная непроходимость (3). В отдаленном периоде одному больному после дуоденодуоденостомии потребовалось наложение проксимального дуоденоюноанастомоза.

Заключение. Нарушения дуоденальной проходимости у детей старшего возраста представлены различными функциональными вариантами ХДН. Выбор объема хирургической коррекции определяется видом аномалии ДПК, а также вариантом ХДН. В 80% наблюдений у детей с ХДН старшего возраста возможно применение лапароскопических вмешательств.