

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УДВОЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Щапов Н.Ф., Шатова С.М., Екимовская Е.В., Фисенко М.В., Дудецкая Ю.Ю.,
Андреева Е.Н., Иваницкая О.Н.

Московский областной центр охраны материнства и детства, Люберцы, Московская область

Введение. Удвоения желудочно-кишечного тракта встречаются в 1 случае на 4500 аутопсии, и могут локализоваться в любом отделе пищеварительной трубки в виде кистозной или тубулярной структуры, имеющей общую стенку или общее кровоснабжение с каким-либо участком желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. В отделении хирургии новорожденных ГБУЗ МО «МОЦОМД» за период с января 2018 по май 2021 г. было пролечено 23 ребенка с удвоениями различных отделов желудочно-кишечного тракта. Из них 3 детей были выписаны под наблюдение по месту жительства и повторно не госпитализировались, эти дети были исключены из нашего исследования.

Кистозное удвоение желудочно-кишечного тракта было заподозрено либо по данным антенатального обследования, либо при скрининговом ультразвуковом обследовании брюшной полости в роддоме, либо являлось случайной находкой при развитии осложнений в постнеонатальном периоде. Осложнения энтерокист отмечены у 3 детей в грудном возрасте: кишечная непроходимость, патологическая тонко-толстокишечная инвагинация, заворот тонкой кишки. Основным методом диагностики было ультразвуковое обследование брюшной полости с оценкой кровотока стенки образования при помощи цветного доплеровского картирования. Дифференциальная диагностика проводилась с другими объемными образованиями брюшной полости (кистой яичника, кистой общего желчного протока). В качестве дополнительного метода обследования применяли компьютерную томографию с внутривенным контрастным усилением, однако достоверных отличительных признаков между энтерокистой и кистой яичника выделить не удалось.

Всем детям была выполнена диагностическая лапароскопия, для верификации диагноза, определения локализации образования и оценки возможности малоинвазивного удаления образования.

Результаты. В 18 случаях выполнено лапароскопическое удаление энтерокист, в 1 случае произошло спонтанное дренирование энтерокисты в просвет основной кишки, в данном случае мы воздержались от резекции кисты, и в 1 случае, при размерах кисты более 5 диаметров основной кишки была выполнена конверсия. Через минилапоротомный доступ проведена открытая резекция основной кишки с энтерокистой при помощи лазерной технологии с последующим наложением межкишечного анастомоза.

В раннем послеоперационном периоде у троих детей отмечены осложнения в виде некроза и перфорации стенки кишки. Всем детям выполнено повторное оперативное вмешательство — лапаротомия с выведением энтеростомы выше участка перфорации. После купирования воспалительного процесса и нормализации пассажа по желудочно-кишечному тракту проводили закрытие кишечной стомы.

Заключение. Энтерокисты — врожденный порок развития, который возможно диагностировать внутриутробно. Тактика лечения зависит от размеров, места положения образования и клинической картины. Новорожденного с подозрением на объемное образование брюшной полости необходимо направить в специализированное отделение для верификации диагноза и проведения радикального оперативного вмешательства.