

ВРОЖДЕННЫЙ КОЛОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СВИЦ У РЕБЕНКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Винокурова Н.В.¹, Цап Н.А.¹, Огнев С.И.¹, Курова Е.К.¹, Кошурников О.Ю.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

² Областная детская клиническая больница, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Частота встречаемости врожденных дуоденально-ободочных свищей достоверно не известна. В мировой литературе представлены единичные случаи, обычно имеющие приобретенный характер у взрослых пациентов, на фоне язвенной болезни двенадцатиперстной кишки или при злокачественных опухолях толстой кишки, а у детей как осложнение некротизирующего энтероколита новорожденного, болезни Крона или при проглатывании нескольких магнитных инородных тел.

Цель: чрезвычайная редкость обнаруженного порока развития в виде соустья верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта диктует возможность описания данного клинического случая.

Описание наблюдения. Девочка, 3,5 года, поступила в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом «мальабсорбция, энтероколит неясной этиологии». Проводимое ранее стандартное консервативное лечение на амбулаторном этапе было без эффекта. Жалобы на приступообразные боли в околопупочной области, не связанные с едой, кратковременные, снимаются при вынужденном положении, общую слабость. Appetit снижен, чувство распирания после приема пищи. Стул ежедневный, оформленный, кашицеобразный, два раза в день, безболезненный. Из анамнеза жизни и заболевания: с 1 года у ребенка периодически отмечается появление жидкого непереваренного стула, рвоты съеденной пищей, низкая масса тела, периодические боли в животе. Неоднократно находилась в инфекционном отделении детской больницы по месту жительства с диагнозом острый гастроэнтерит, ОРВИ, кишечная инфекция неясной этиологии, сальмонеллез, реактивный панкреатит, гепатит.

На момент поступления состояние тяжелое, кожный покров бледный, подкожно-жировой слой минимальный. Масса тела 9700 г, должностная масса 12 500 г, дефицит массы тела 22,4 %, гипотрофия II степени. На ФЭГС гастродуоденит, нарушение эвакуаторной функции желудка (?), дуоденогастральный рефлюкс (?), порок развития двенадцатиперстной кишки (?), мегадуоденум (?). На обзорной рентгенографии брюшной полости признаки динамической кишечной непроходимости. При рентгеноконтрастном исследовании ЖКТ выявлено двойное соустье между двенадцатиперстной кишкой и восходящим отделом толстой кишки, колодуоденальный рефлюкс. Установлены показания к оперативной ликвидации данного порочного соустья. Выполнена срединная лапаротомия. Интраоперационно проведена фиброэндоскопия двенадцатиперстной кишки, обнаружен свищевой ход, идущий от нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки и впадающий в восходящую толстую кишку на 3–4 см выше слепой кишки, диаметром до 1 см. Свищ в виде U-образной двустволки со сближенными выходными устьями на стенке двенадцатиперстной кишки. Свищ радикально иссечен. При ревизии органов брюшной полости иных патологических изменений не обнаружено. Течение послеоперационного периода неосложненное. При обследовании через 3 и 12 мес.: жалоб нет, аппетит хороший, стул регулярный, оформленный, масса тела через год достигла возрастной нормы.

Заключение. Поиск сложного «атипичного» порока развития желудочно-кишечного тракта требует клинического мышления и широкого профессионального кругозора врача.

Ключевые слова: кишечные свищи; дети; врожденная патология; диагностика; лечение.