

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА

Карасева О.В., Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е.,
Харитонов А.Ю., Янюшкина О.Г.

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия

Обоснование. Несмотря на многогранность «острого живота», в подавляющем большинстве случаев работа хирурга проходит в условиях хорошо отработанного лечебно-диагностического алгоритма типичных нозологий. Лидирующую позицию занимает острый аппендицит, а аппендэктомия составляет более 85 % хирургических вмешательств в неотложной абдоминальной хирургии у детей. С этих позиций наиболее интересны нестандартные сценарии «острого живота», связанные с врожденными пороками развития.

Цель: систематизировать пороки развития в неотложной абдоминальной хирургии для определения оптимальной лечебно-диагностической тактики на основе современных технологий.

Материалы и методы. В исследование вошли 36 детей в возрасте с 1 мес. до 17 лет, прооперированных в НИИ НДХиТ в период с 2017 по 2021 г. по поводу пороков развития брюшной полости. Все дети поступили с клиникой «острого живота» по экстренным показаниям.

Результаты. Срочные оперативные вмешательства были выполнены 28 % детей, в остальных наблюдениях диагноз острой хирургической патологии был снят, и дети были прооперированы после дообследования и уточнения диагноза. Несмотря на выраженную индивидуальность каждого наблюдения, можно выделить основные пороки развития брюшной полости, встречающиеся в неотложной абдоминальной хирургии: дивертикул Меккеля; удвоение кишки; хронический мегадуоденум; синдром Ледда; заворот толстой кишки; внутренние грыжи с ущемлением кишки, диафрагмальные грыжи, а также кистозные лимфангиомы брюшной полости и сосудистые мальформации ЖКТ. Пороки развития составляют $0,9 \pm 0,25$ % в структуре неотложной абдоминальной хирургии у детей. В 70 % редких наблюдений диагноз был установлен дооперационно при УЗИ. СКТ была выполнена в 75 % наблюдений, но не являлась определяющей для установки диагноза, однако позволяла уточнить структуру и топографию органов брюшной полости. В качестве дополнительных методов исследования использовали ЭГДС, МРТ и ангиографию. Лапароскопические операции были выполнены в 83,4 % наблюдений.

Заключение. Диагностический алгоритм «острого живота» помимо традиционного клинико-лабораторного обследования должен включать обязательное УЗИ. При исключении острой хирургической патологии для дообследования необходимо использовать СКТ, МРТ, внутрисосудистую эндоскопию, ангиографию. В подавляющем большинстве наблюдений при нестандартных ситуациях выполнение оперативных вмешательств возможно с применением современных малоинвазивных технологий.

Ключевые слова: пороки развития; удвоение кишки; мегадуоденум; дивертикул Меккеля; дети старше года.