

## ХРОНИЧЕСКАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЖЕЛУДКА КАК СЛЕДСТВИЕ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ

Шнайдер И.С.<sup>1</sup>, Цап Н.А.<sup>1</sup>, Гайдышева Е.В.<sup>2</sup>, Тимошинов М.Ю.<sup>2</sup>,  
Екимов М.Н.<sup>2</sup>, Смирнова С.Е.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

<sup>2</sup> Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

**Актуальность.** Острая непроходимость желудка как следствие врожденного порока развития проявляет себя наиболее типично в период новорожденности. В редких случаях врожденный порок вызывает частичную непроходимость и длительное время маскируется как функциональные нарушения кишечника, что и решено представить хирургическому сообществу в связи с редкостью выявленного порока развития желудка, особенностей диагностики и оперативного лечения.

**Описание наблюдения.** В клинику детской хирургии поступил ребенок 1 г. 10 мес. с жалобами на рвоту после каждого приема пищи, вздутие живота, вялость в течение одного месяца. В анамнезе отмечались обильные срыгивания у ребенка с рождения, но в весе прибывал соответственно возрасту. Выполнен комплекс обследования. При проведении лабораторных исследований — патологических изменений не выявлено. При инструментальных методах исследования (ультрасонография, контрастное рентгенологическое исследование, фиброгастроуденоскопия) установлены анатомические изменения желудка в виде стеноза привратника, что явилось обоснованием к выполнению оперативного вмешательства с целью устранения стеноза выходного отдела желудка. Интраоперационная ревизия желудка дополнена внутрисветовой эндоскопической поддержкой, что позволило достоверно установить наличие мембраны привратника желудка с центрично расположенным отверстием до 0,7 см в диаметре. Мембрана радикально иссечена по всей окружности на уровне ее основания. Ближайший послеоперационный период протекал без особенностей, энтеральное питание с 4-х суток. Ребенок выписан домой под наблюдение хирурга и гастроэнтеролога. Через 1,5 мес. ребенок поступил вновь в детское хирургическое отделение в неотложном порядке с клиникой кишечной непроходимости. Проведена ультрасонография органов брюшной полости, где выявлен перерастянутый желудок с обильным содержимым. При выполнении рентгенологического исследования с пассажем контрастной взвеси по желудочно-кишечному тракту обнаружена задержка контраста в желудке, последний увеличен в размере, с локализацией антрального отдела в малом тазу. Эндоскопическая картина при проведении фиброгастроуденоскопии соответствовала выраженному рубцовому стенозу привратника. В связи с высоким риском осложнений при резекции стенозированного отдела желудка и наложения гастроуденоанастомоза принято решение об обходном варианте преодоления стенозированного участка. Ребенку сформирован позадиободочный гастроуденоанастомоз с соустьем по Брауну. Ближайший и отдаленный послеоперационный период протекал без осложнений. Нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта нет.

**Заключение.** Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта в виде стенозов и мембран могут иметь длительную стадию компенсации, что сопровождается неяркими периодическими симптомами частичной кишечной непроходимости. Декомпенсация порока манифестирует клиникой острой непроходимости гастроинтестинального тракта. Диагностика мембран желудка базируется на комплексном обследовании ребенка с использованием рентгеноконтрастных и эндоскопических исследований.

**Ключевые слова:** абдоминальная хирургия; непроходимость желудка; мембрана привратника; гастроуденоанастомоз; дети.