

ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА У ДЕТЕЙ. ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

*Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Чумакова Г.Ю., Титова Е.А., Смолянкин А.А.,
Зайнулабидов Р.А.*

Детская городская клиническая больница им. Н.Ф.Филатова, Москва

Актуальность. Компрессионный стеноз чревного ствола (Синдром Данбара) — заболевание, характеризующееся сдавлением чревного ствола срединной дугообразной связкой диафрагмы, ее внутренними ножками и нейрофиброзной тканью чревного сплетения. До настоящего момента он остается диагнозом исключения ввиду того что не существует единого протокола диагностики и лечения пациентов с симптомами абдоминальной ишемии. У 10–24 % населения в той или иной степени имеется сдавление чревного ствола дугообразной связкой диафрагмы в следствии чего могут возникать симптомы абдоминальной ишемии. В основе КСЧС лежит нарушение взаимоотношений анатомических структур. Заболевание это выявляется как у взрослых, так и у детей. Согласно медицинской статистике, от хронических болей в животе страдают от 10 до 15 % детей и подростков. По некоторым данным число выявленных больных с хронической абдоминальной ишемией ежегодно увеличивается на 17 %.

Материалы и методы. С 2015 по 2020 г. в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова находились на лечении 57 пациентов в возрасте от 5 по 17 лет. Мальчиков 38 (67 %), девочек 19 (33 %). Так же у 18 из них имелись сочетанные патологии в виде ВДГК, ЖПР, КДГК. Пациентам диагноз выставлен на основании данных анамнеза, жалоб, результатов УЗИ в режиме импульсивно-волнового доплера, МСКТ с внутривенным усилением и ангиографии. После комплексного обследования была выполнена операция лапароскопическая декомпрессия чревного ствола 48 пациентам и диссекция чревного ствола через лапаротомный доступ 3 пациентам. Во всех случаях основной причиной компрессионного стеноза чревного ствола явилась срединная дугообразная связка диафрагмы в сочетании с нейрофиброзной тканью чревного сплетения. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

Результаты. Длительность операции в среднем составила — 50 мин. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Пациенты после выполненного оперативного вмешательства выписаны в удовлетворительном состоянии. Детям выполнялось контрольное обследование в позднем послеоперационном периоде на котором была подтверждена декомпрессия чревного ствола. Клинически симптомы абдоминальной ишемии в послеоперационном периоде не проявлялись.

Заключение. На данный момент каждый пациент с синдромом компрессии чревного ствола остается сложным для клинициста. Важнейшим вопросом в обследовании и лечении таких пациентов остается определение показаний к оперативному вмешательству. До сих пор хирургическая декомпрессия чревного ствола вызывает множество тактических вопросов. На сегодняшний день очевидно, что оптимальным доступом для выполнения декомпрессии чревного ствола является лапароскопический.