

## КИСТОЗНАЯ ДУПЛИКАЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ, КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*Румянцева Г.Н., Казаков А.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Портенко Ю.Г.*

Детская областная клиническая больница, Тверь

Удвоение ЖКТ — редкий порок развития с локализацией в любом отделе пищеварительной трубки.

**Цель** исследования — анализ результатов лечения ребенка с дубликацией тонкой кишки

**Материалы и методы.** Ребёнок И., 10 лет, поступил 2.01 во 2 ХО ДОКБ через 26 часов от начала заболевания с жалобами на приступообразные боли в животе, недомогание. Эхографически аппендикс не лоцировался, определялись расширенные петли кишечника с жидкостным содержимым, мезентериальные лимфатические узлы увеличены до 18 мм. За период наблюдения клиническая картина острого аппендицита стала более четкой. Учитывая клиническую картину и эхографические находки у ребенка нельзя было исключить острый аппендицит.

**Результаты.** Диагностическая лапароскопия (ДЛ): многокамерное кистозное новообразование (НО) размером 7×4 см, которое на расстоянии 25 см от илеоцекального угла исходит из брыжейки и плотно сращено со стенкой подвздошной кишки. Стенки НО тонкие, темного цвета с единичными кровоизлияниями и фибринозными наложениями. При ревизии признаков странгуляции, некроза и перфорации НО с участком подвздошной кишки не обнаружено. Аппендикс находится типичном месте, утолщен до 0,9 см, ригидный, с фибринозными наложениями. Аппендэктомия. В малом тазу выпот гнойный, удален электроотсосом ( $V = 50$  мл). Учитывая явления перитонита и отсутствие перфорации НО и стенки подвздошной кишки, решено воздержаться от резекции патологически измененного участка кишки. В малый таз установлен силиконовый дренаж.

Гистологическое исследование от 9.01 — острый флегмонозный аппендицит, мальформация кровеносных сосудов, периаппендицит.

Ближайший послеоперационный период протекал без особенностей. С 8-х суток п/операционного периода сняты швы.

20.01 с 18.00 появились резкие боли в животе, рвота. Данное ухудшение состояния расценено как явления ранней спаечной кишечной непроходимости. На обзорной рентгенограмме брюшной полости отмечались единичные горизонтальные уровни жидкости. На фоне консервативных мероприятий состояние без улучшения — сохранялись уровни жидкости, пассажа контраста дистальнее желудка и начального отдела тощей кишки нет.

21.01. оперирован — ДЛ, конверсия нижнесрединным лапаротомным доступом. Выполнен адгезиолизис, резекция участка кишки с НО, наложение прямого анастомоза. Гистологическое исследование от 28.01 — ограниченное удвоение тонкой кишки.

Ближайший послеоперационный период без осложнений. На фоне проводимой терапии — аппетит сохранен, боли в животе не беспокоят, стул регулярный, самостоятельный. Выписан с выздоровлением на 10 сутки.

**Заключение.** Данный клинический пример показывает преимущества ДЛ в ургентной хирургии. Полагаем, что выбранная тактика является верной, т.к. при симультантной операции по удалению НО исключает риски наложения анастомоза в условиях перитонита, а также избавляет ребенка от интестинального свища при резекцией участка кишки с дубликацией и наложения энтеростомы. Случившееся осложнение прогнозируемо после перенесенного перитонита и не повлияло на конечный исход заболевания.