



**Литература:**

1. Бочков Н.П., Жученко Н.А., Кириллова Е.А. Мониторинг врожденных пороков развития. Российский вестник перинатологии и педиатрии. М. 1996; 2: 20-25.
2. Войцехович Б.А. К вопросу о распространенности врожденных пороков развития. Проблемы социальной гигиены и здравоохранения. М. 2000; 4: 7-11.
3. Альбицкий В.Ю., Шайхутдинова Л.Н., Никольская Л.А. Социально-гигиеническое значение и пути снижения детской смертности и инвалидности от врожденных пороков развития. Российский медицинский журнал. М. 2002; 2: 12-14.
4. Степаненко С.М., Михельсон В.А., Беляева И.Д. Пути снижения летальности у новорожденных с пороками развития. Анестезиология и реаниматология. М. 2002; 1: 58-61.
5. Callen P.W. Saunders W.B. Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology. Philadelphia, 2000; 4: 37-42.
6. Eberhard Merz Sonographische diagnostik in gynakologie und geburtshilfe. Stuttgart, New York, 2002; 2: 25-28.
7. Bianchi D.W., Crombleholme T.M., D'Alton M.E. Pentalogy of Cantrell. New York. 2000; 5: 276-279.
8. Baker M.E., Rosenberg E.R., Trofatter K.F. The in utero findings in twin pentalogy of Cantrell. Med. 1984; 3: 525-528.

## РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ УДВОЕНИЯ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

**Р.Ж. Рахимова**

«Центр матери и ребенка» г. Усть-Каменогорск

Удвоение отделов желудочно-кишечного тракта является одним из интереснейших вопросов в детской хирургии. Удвоением принято называть аномальное добавочное образование, макро- и микроскопически схожее со смежным участком пищеварительного тракта. Данные касающиеся частоты, эмбриопатогенеза, классификации удвоений весьма разноречивы. Не вызывает сомнения только то обстоятельство, что возникновение удвоения относится к ранним стадиям эмбрионального развития. Удвоение пищеварительной трубки выглядит как сферическое или удлинненное толстостенное образование. Дубликация может быть изолированной или сообщаться с проксимальным, дистальным или обеими концами просвета основной кишки, высланной слизистой оболочкой и кровоснабжением теми же сосудами, что и смежный, основной отдел канала [1].

Удвоение тонкой кишки встречается чаще удвоенный других отделов пищеварительной трубки. Размеры (протяженность) тубулярных дубликаций варьируют от нескольких сантиметров до 50-70см. и более. Кисты тонкой и подвздошной кишок, как маленькие, так и очень большие, могут не вызывать каких-либо клинических проявлений и выявляться при развитии осложнений в виде инвагинации, заворота кишечника, перфорации, кровотечения. Наиболее частым осложнением является кишечное кровотечение, обусловленное пептическим изъязвлением дистопированной слизистой [2].

Приводим клинический случай, интересный характером клинического течения, относительной редкостью, обнаруженный впервые в истории нашего учреждения.

Ребенок А. в возрасте 2 года, направленный из районной больницы, поступает в отделение хирургии

с клиникой кишечной непроходимости и перитонита. Жалобы при поступлении на вздутие живота, повышение температуры тела до фебрильных цифр, кашель, слабость, вялость. Ребенок болен в течении 1 суток, за 6 часов до поступления в клинику присоединились боли в животе, однократная рвота. В анамнезе жизни – частые простудные заболевания, умеренная задержка физического развития, гипохромная анемия (Hb- 80 г/л).

Состояние при поступлении тяжелое за счет симптомов интоксикации и картины перитонита. Ребенок вялый, бледный, на осмотр реагирует негативно. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, пассивно напряжен, выраженные признаки раздражения брюшины. Ректально - ампула прямой кишки пуста, отмечается нависание переднего свода, на перчатке следы кала желто-коричневого цвета.

По тяжести состояния ребенок переведен в отделение реанимации, с диагнозом острой кишечной непроходимости. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости признаки кишечной непроходимости (множественные уровни жидкости, арки) и серп свободного воздуха под куполом диафрагмы. На УЗИ органов брюшной полости расширение петель кишечника, снижение перистальтики, обилие свободной жидкости в брюшной полости неоднородного характера. В анализе крови — гиперлейкоцитоз 18,7 тысяч с нейтрофиллезом, анемия III степени (Hb - 59 г/л). Проводится интенсивная предоперационная подготовка, трансфузия препаратов крови (эритроцитарная масса, СЗП). На операции при вскрытии брюшной полости трансректальной лапаротомией справа – выпот обильный, гнойно-каловый с геморрагическим оттенком, червеобразный отросток изменен вторично. При ревизии тонкого кишечника



на 30 см. от илеоцекального угла, кишечник увеличивается в диаметре, стенки плотные, утолщены. В этом месте по противобрыжечной стороне имеется округлой формы с четкими краями перфорационное отверстие, размером 1,5х1,0 см. далее на протяжении около 40 см. на стенке кишки сначала появляется продольная бороздка и далее кишечник постепенно раздваивается, одна часть которого, проходя по брыжечной стороне заканчивается слепо не доходя до связки Трейца до 30 см. Длина кишечника без удвоения около 70 см. Брюшная полость санирована.

Ввиду тяжести общего состояния ребенка, наличие разлитого калового перитонита, решено ограничиться выведением петлевой энтеростомы на уровне перфорационного отверстия. В раннем послеоперационном периоде состояние ребенка расценивалось как крайне тяжелое, проводилась интенсивная терапия, включая гемотрансфузию эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы и т.д.

На 4 сутки после операции у ребенка открылось профузное кровотечение из илеостомы. В



При гистологическом исследовании резецированного участка кишечника выявлены резкое полнокровие с кавернозным расширением сосудов в подслизистом слое с очагами кровоизлияния и железисто-фиброзные полипы.

Послеоперационный период протекал тяжело, за счет характера патологии, сложности перенесенной операции, сопутствующих заболеваний. Рана зажила первичным натяжением, ребенок выписан на 31 сутки в удовлетворительном состоянии.

экстренном порядке ребенок взят на релапаротомию. Источником кровотечения была изъязвленная поверхность слизистой удвоенной части. Наличие значительного удвоенного отдела кишечника послужило показанием к произведению экстирпации слизистой оболочки добавочной кишки, поскольку обширная резекция данного участка привела бы к удалению значительной его части и развитию «синдрома короткой кишки». Демуккозация произведена этапно, через каждые 5-7 см через «окно» в серозно-мышечном футляре, слизистая перекидывалась в дистальном направлении и демуккозация продолжалась дальше. Данный этап операции сопровождался выраженным кровотечением. Таким образом удалось демуккозировать до 50 см. добавочного кишечника. Полная демуккозация удвоенной части оказалась невозможной из-за выраженного язвенного процесса на слизистой и в связи с перфорацией основной кишечной трубки. Решено произвести резекцию оставшейся небольшой части с формированием тонко-тонкокишечного анастомоза конец в конец. Таким образом, нам удалось сохранить значительную часть тонкого кишечника.



Ребенок обследован через месяц, стул не более 1 раза в день, набирает в весе, показатели красной крови в пределах нормы.

Таким образом экстирпация слизистой удвоенного кишечника является эффективным способом лечения данной врожденной патологии, а поэтапное проведение демуккозации по примененной нами методике, поэтапного выделения слизистой, позволяет сохранить значительную часть здорового отдела кишечника и предотвратить развитие «синдрома короткой кишки».

### Литература:

1. Руководство по педиатрии. Хирургические болезни детского возраста. Под редакцией Баранова А. А. Москва, 2006; 206-211
2. Ашкрафт К. У., Холдер Т. М. Детская хирургия. Санкт-Петербург, 1996; 98-112