

Танюкевич Я.О., Тавтын Т.И.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Научный руководитель: ассист. Новосельцева Ю.А.

*Кафедра детской хирургии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск
РНПЦ детской хирургии*

Актуальность. Кольцевидная поджелудочная железа (КПЖ) – редкая патология, вызывающая полную или частичную дуоденальную непроходимость у новорожденных. На сегодняшний момент четких критериев прогнозирования эффективности оперативного вмешательства нет.

Цель: оценить вид оперативного вмешательства в зависимости от массы тела, срока гестации, проанализировать анамнез матерей, сроки и диагностические критерии выявления КПЖ, а также наличия послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ и обработка архивных данных в программе Statistical 14 пациентов, находящихся на стационарном лечении в период с января 2016 года по ноябрь 2024 года в РНПЦ детской хирургии, находящимся на территории Республики Беларусь. В исследование были включены 19 пациентов, среди которых 13 мальчиков (70%) и 6 девочек (30%).

Результаты и их обсуждение. Во время анализа полученных данных было обнаружено, что диагноз КПЖ в 3 раза чаще встречался у мальчиков, чем у девочек. Максимальный срок гестации, зафиксированный в группе новорожденных, составил 39 недель, минимальный – 27 недель (189 дней), средняя продолжительность гестационного периода ($35,3 \pm 2,79$). Из 19 новорожденных доношенными родились 7 пациентов (37%), недоношенными – 12 (63%); с нормальной массой тела 10 детей (53%), 8 (42%) – с низкой и 1 (5%) с очень низкой массой тела. Максимальная зарегистрированная масса тела новорожденного достигала 3470 граммов, а минимальная составила 1070 граммов. Среднее значение ($2291,67 \pm 800,71$). Мы проанализировали анамнез беременности, в ходе которого было выявлено, что дети, имеющие диагноз КПЖ, чаще рождались у матерей, имевших: угрозу прерывания беременности и выкидыша (50%), неразвивающуюся беременность и аборт в анамнезе (38%). Гестоз был зафиксирован у 11% матерей, вагинит – 11%, кольпит – 17%, острые респираторные инфекции в первом триместре – у 17%, во втором и третьем триместрах – у 5%. Врожденная кишечная непроходимость в 90% случаев обнаруживается еще в пренатальном периоде благодаря ультразвуковому исследованию. Оставшиеся 10% случаев диагностируются уже после рождения, КПЖ как правило, диагностируется при помощи эзофагогастродуоденоскопии. Все пациенты были оперированы на 2-3 сутки жизни: 18 (95%) пациентам, первично оперированным в нашем центре, выполнено наложение дуоденодуоденоанастомоза по Кимура, 1 пациенту (5%), оперированному в одной из областных больниц и переведенному для дальнейшего лечения в РНПЦ ДХ, выполнен обходной проксимальный дуоденоюноанастомоз по Ру. Реконструктивные анастомозы в связи с его несостоятельностью понадобились 3 пациентам (15%). Адгезиолизис проводился в 4 случаях (21%) в связи с ранней спаечной кишечной непроходимостью. После выполнения обходного проксимального дуоденоюноанастомоза по Ру 1 пациенту (5%) в связи с деформацией и стенозом анастомоза выполнялась реконструкция по методике Финнея.

Выводы. На сегодняшний момент для лечения КПЖ у новорожденных отдается предпочтение наложению дуодено-дуоденоанастомозу по Кимура, показывающий хорошие отдаленные результаты. Однако при выборе оперативного вмешательства необходимо учитывать срок гестации пациента, массу тела, наличие и тяжесть сопутствующих патологий, а также тяжесть общего состояния.