ПИЛОРИЧЕСКАЯ АТРЕЗИЯ: СОБСТВЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Кузьминых Светлана Валерьевна, Подкаменев Александр Владимирович,Ти Роман Андриянович, Сырцова Арина Родионовна, Дворецкий Владислав Сергеевич

Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: cardio.Gpmu@mail.Ru

Ключевые слова: пилорическая атрезия, атрезия привратника, мембранэктомия, пилоропластика

В настоящем докладе мы представляем краткий литературный обзор и наш опыт лечения атрезии привратника на примере 2 пациентов со II типом и 1 пациента с I типом атрезии привратника.

Врожденная пилорическая атрезия — порок развития выходного отдела желудка, составляющий не более 1% всех атрезий желудочно-кишечного тракта у детей. Атрезия привратника может встречаться как изолированно, так и в сочетании с другими аномалиями, от которых во многом зависит прогноз заболевания. Имеются единичные публикации, описывающие приёмы оперативного лечения пилорической атрезии с использованием внепросветных и внутрипросветных эндоскопических вмешательств, которые, в настоящее время, не позволяют судить об эффективности и безопасности данных методик у детей раннего возраста. Также в литературе представлены лишь единичные подробные обзоры клинических наблюдений пилорической атрезии, в большей части из которых описан I анатомический тип. Оперативное лечение атрезии привратника I типа заключается в мембранэктомии и последующей пилоропластике. Хирургический метод лечения пилорических атрезий II и III типов с резекцией зоны атрезии и формированием анастомоза между желудком и двенадцатиперстной кишкой влечет за собой развитие осложнений из-за дуодено-гастрального рефлюкса в послеоперационном периоде. Для профилактики этих осложнений предложена методика, впервые представленная A. Dessanti et al, позднее модифицированная и подробно описанная S. Yokoyama et al.

Выбор методики хирургического лечения зависит от анатомического варианта порока. В настоящее время единый подход к оперативной технике в случае атрезии 2 и 3 типов отсутствует. Мембранэктомия и гастродуоденоанастомоз, по-видимому, являются наиболее приемлемыми хирургическими техниками для исправления этой аномалии, что отражено предварительными данными нашего исследования.