Криворотько Д. М., Меренцева К. Р., Медик Е.И.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра пропедевтики педиатрии №2, КУЗО «ОДКБ № 1», г. Харьков, Украина.

Научный руководитель – зав. кафедры, д.мед.н., доц. В.А. Клименко.

**Актуальность**: [врожденные пороки](http://www.blackpantera.ru/mladency/diseases_of_the_newborn/24894/) двенадцатиперстной кишки составляют в среднем 1/3 от всех интестинальных врожденных пороков у новорожденного. Большая часть пороков наблюдается у недоношенных детей, при этом стенозы двенадцатиперстной кишки встречаются чаще, чем атрезии. Также врожденную непроходимость 12-перстной кишки может спровоцировать аномальное развитие поджелудочной железы, а точнее – кольцевидная ее форма, образующаяся при неправильном слиянии дорсальной и вентральной закладок. Кольцевидная поджелудочная железа наблюдается в 75 % случаев аномалий железы, а среди всех врожденных пороков пищеварительного тракта составляет около 3 %. Данной врожденной патологией в основном страдают мальчики.

**Цель**: повысить уровень знаний врачей о редкой сочетанной врожденной патологии 12-перстной кишки и поджелудочной железы.

**Методика:** использованы клинико-параклинические исследования согласно действующим протоколам.

**Результаты**: ребенок В., мальчик, в возрасте 5 дней поступил в отделение анестезиологии и интенсивной терапии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы преждевременных родов и многоводия (первая беременность - самопроизвольный аборт), первых преждевременных родов в сроке гестации 30 недель. Масса при рождении - 1300 г, оценка по шкале Апгар 4-6 баллов. На момент поступление состояние ребенка оценено как крайне тяжелое за счет незрелости, кардио-респираторной недостаточности, пареза кишечника. Наблюдались диспепсические явления - вздутие живота, рвота содержимым желудка (зеленоватого цвета), отсутствие стула. В ходе клинических, лабораторных и рентгенологических исследований диагностировали высокую врожденную кишечную непроходимость, обусловленную стенозом 12-перстной кишки на фоне кольцевидной поджелудочной железы. Проводилась дифференциальная диагностика с синдромом Ледда. Данные ирригографии с контрастом, доплерографического ультразвукового исследования брюшной полости и сосудов брыжейки позволили исключить данный синдром.

Ребенок был прооперирован на 7 сутки пребывания в стационаре с наложением обходных дуодено-дуоденальных анастомозов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии.

**Вывод**: данное клиническое наблюдение доказывает актуальность врожденной патологии желудочно-кишечного тракта. Родителям при планировании последующей беременности рекомендовано медико-генетическое консультирование с оценкой вероятности врожденной патологии.