

*Natalia D. Maslakova,
MD, associate professor;
Grodno state medical university;*

Alexandr O. Flyorov,

Teressa S. Zhotkovskaya,

Andrey A. Novitsky,

*Vecheslav V. Makarchik,
GU 1134 military clinical medical center
of armed forces of Republic of Belarus"*

*Anastasia A. Medvedko,
student;*

*Inna V. Rusak ,
student;
Grodno state medical university*

The Congenital Anomaly of Fixing a Small Intestine Complicated by Sharp Small Intestine Impassability

Key words: *congenital anomaly, internal hernias, mezenterikopariyetalny hernias, sharp tonkokishechny impassability*

Annotation: *article contains the description of a clinical case: development of sharp tonkokishechny impassability against left-side mezenterikopariyetalny hernia and successful treatment of this congenital anomaly at the patient S.*

К внутрибрюшным грыжам относятся такие образования, которые содержат грыжевые ворота или грыжевой мешок в брюшной полости и не выпускают из грыжи содержимое при расширении операционной раны.

Название грыж указывает на локализацию грыжевых ворот: парадуоденальные, мезентерикопариетальные, перицекальные, интерсигмоидальные, суправезикальные и др. Среди грыж по частоте лидируют парадуоденальные и мезентерикопариетальные(53%), за ними следуют перицекальные(13%), грыжи Винклова отверстия(8%), трансмезентериальные и трансмезокольные(8%), интерсигмоидные(6%) и ретроанастомотические(5%).

Внутрибрюшные грыжи возникают различным способом. В большинстве случаев это связано с эмбриональным нарушением вращения кишечника (мезентерикопариетальная), со сращением в виде тяжей в области брыжейки тонкой кишки и мезоколоном (парадуоденальная, перицекальная). При этом образуются атипичные полости или карманы, в которые внутриутробно или на протяжении жизни

могут внедряться петли кишечника. Каждая обычная или необычная складка брюшины и каждый карман могут быть причиной образования внутренней грыжи. С другой стороны, к возникновению грыжи могут привести разрыв брыжейки, сальника, широкой связки матки.

Как правило, причины интраабдоминальных грыж следующие:

- незавершенный поворот кишечника(мезентерикопарияетальная грыжа);
- ненормальное удлинение имеющихся перитонеальных карманов и складок брыжейки тонкой кишки (перицекально, парадуоденально); наличие сосудистых бухт (интерсигмоидально, краниально-парадуоденально), открытого винслово отверстия, окон в брыжейке и терминальном отделе подвздошной кишки;
- нарушение фиксации брыжейки (парадуоденально),
- следствие повреждения во время операций или воспалительных процессов с разрезанием структур (сальника, мезоколона, брыжейки, широкой связки).

Мезентерикопарияетальные грыжи являются самыми частыми среди интраабдоминальных грыж и составляют 0,5% от всех видов непроходимости кишечника у детей. Среди всех пациентов только 20% составляют дети в возрасте до 10 лет. Причиной возникновения считают эмбриональное нарушение вращения кишечника. Различают левостороннее и правостороннее расположение грыж (75 и 25 % соответственно). При левосторонних или правосторонних мезентерикопарияетальных грыжах наблюдаются различные варианты развития проксимального пупочного канатика:

а) с правосторонним грыжевым мешком и лежащими в нем проксимальным отделом тощей и двенадцатиперстной кишок при нонротации и мальротации 2;

б) с левой внешней половиной грыжевого мешка и лежащей двенадцатиперстной кишкой при мальротации 1 и полный оборот пупочного канатика.

Левосторонняя мезентерикопарияетальная грыжа. При полной ротации преартериальной пупочной петли и при мальротации 2 дистальная часть двенадцатиперстной кишки и проксимальная тощей находятся с остальной частью тонкой кишки в грыжевом мешке. При мальротации 1 и нонротации с дополнительным вращением постартериальной пупочной петли двенадцатиперстная кишка и проксимальная тощая кишка находятся во внешней половине грыжевого мешка. Восходящая кишка может быть расположена кнутри, вентрально или кнаружи от грыжевого мешка. При левосторонней парадуоденальной грыже грыжевые ворота вентрально граничат с нижней брыжеечной веной, дорзально- с парияетальной брюшиной. Грыжевой мешок растягивается влево латерально и каудально. В зависимости от хода двенадцатиперстной кишки и проксимального отдела тощей кишки через грыжевые ворота протянуты одна или две кишечные петли. Вторично могут пролабировать сальник, часть поперечно-ободочной кишки, первично не окруженная капсулой тонкая кишка либо отдельные ее петли, пролабирующие из грыжи, так что 3-4 петли, протянутые через грыжевые ворота при завершении полости, будут благоприятствовать ущемлению. *Клиническая картина.* Клиническое течение очень разнообразное, почти у 1/3 пациентов — бессимптомное, так как грыжевые ворота широкие и их края податливы. Часто втянута только одна петля кишки. К тому же

кишка может создать полость в грыжевом мешке в период эмбрионального развития.

При хроническом течении заболевания возникают неопределенные жалобы на чувство давления, переполнения, перемежающуюся боль в области пупка и рецидивирующую рвоту. Точно поставить диагноз до операции удастся крайне редко.

Более чем у 50 % детей рано или поздно наступает кишечная непроходимость. Если вхождение в грыжевые ворота дополнительно сопровождается странгуляцией или заворотом, возникает ущемление. В этих случаях наблюдается ишемическая боль и рвота с примесью желчи.

При осмотре живота обращает на себя внимание его увеличение в размерах, при пальпации определяется гладкая опухоль, малоподвижная с тимпанитом.

Клиническое наблюдение. Мужчина С. 21 год заболел остро, когда на фоне полного благополучия появилась резкая боль в эпигастральной области, был доставлен в хирургическое отделение ГУ «1134 ВКМЦ ВС РБ» г. Гродно. Из анамнеза выявлено, что в младенческом возрасте были частые регургитации, по поводу чего он проходил обследование в детской больнице, при рентгенографии желудка патологии не выявлено. Впоследствии регургитации самостоятельно прошли.

После комплексного обследования была диагностирована острая кишечная непроходимость. По экстренным показаниям выполнена операция: верхнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости. Интраоперационно диагностирован заворот тонкого кишечника полностью находящегося в кармане брюшины слева. При вскрытии брюшины оказалось что содержимым грыжи является аномально фиксированный вокруг корня брыжейки весь тонкий кишечник багрового цвета. После разворота цвет, перистальтика и пульсация в норме. 12.10.2014г. появились боли в животе, сухость во рту, рвота через 1,5-2 часа после приема пищи. Проводилась инфузионная терапия. 13.10.2014г. на фоне болей появилось вздутие живота, перестали отходить газы. Для исключения кишечной непроходимости выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости с пассажем бариевой взвеси по кишечнику. При проведении обзорной рентгенографии брюшной полости от 13.10.2014г.-свободного газа и уровней жидкости не выявлено. Газовый пузырь желудка обычной формы и расположения над горизонтальным уровнем жидкости в нем (наполнение максимальное). Единичные газовые пузыри в правом мезо- и гипогастрии. При проведении рентгеноскопии желудка и 12-перстной кишки от 13.10.2014г.,14.10.2014г.: пищевод свободно проходим, не расширен. Кардия располагается обычно, смыкается полностью. Желудок обычного расположения, гипотоничен, увеличен в размерах. Контуры четкие, ровные, стенки эластичные, рельеф слизистой сохранен. Перистальтика вялая поверхностная, симметричная, гасится у привратника. Привратник длительно спазмирован, проходим. Луковица 12 -перстной кишки обычной формы и размеров. Пассаж по 12-перстной кишке замедлен, кишка гипотоничная, дилатирована до 6 см в вертикальной нисходящей части. Отмечается остановка пассажа на уровне дуодено-еюнального перехода, где просвет сужен до 0,5 см на протяжении 3-4 см. При дополнительном исследовании пассаж до 25% контрастной взвеси эвакуировалось из желудка в течении 3 часов, затем эвакуация остановилась. Через 24 часа 75% контрастной взвеси в дилатированном желудке и 12-перстной кишке, остальная часть контрастирует слепую кишку, следы контраста в тонкой кишке.

Уровней не выявлено. Заключение: рентген — признаки дуоденостаза на уровне дуодено-юнального перехода (рубцовый стеноз?, спаечная болезнь?), декомпенсированной высокой кишечной непроходимости.

14.10.14г. выполнена релапаротомия, тотальный висцеролиз с наложением дуодено-юно анастомоза и межкишечного анастомоза по Брауну. Послеоперационный период протекал без особенностей, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки.

Выписан в удовлетворительном состоянии.

Окончательный диагноз. Врожденная аномалия фиксации тонкого кишечника: дополнительный листок париетальной брюшины. Заворот тонкого кишечника вокруг корня брыжейки. Острая механическая тонкокишечная непроходимость.

Таким образом, данное клиническое наблюдение подтверждает наличие такой редкой врожденной аномалии развития как внутрибрюшные грыжи. Следует также отметить отсутствие специфических клинических признаков и то, что болезнь проявляется только при развитии осложнений, например, таких как острая тонкокишечная непроходимость. Установление правильного диагноза и проведение коррекции патологии возможно при выполнении как открытого оперативного вмешательства, так и при помощи эндовидеохирургических методик.

References:

1. *Bolshov AV. Treatment of internal paraduodenal hernia: Topical issues of surgery: materials XV of congress of surgeons of Republic of Belarus, Brest, 2014; 201-202.*
2. *Surgical diseases of children's age: under the editorship of Yu. F. Isakov. Moscow: GEOTAR-of Media, T.1., 2006; 76-81.*