

Маслакова Н.Д.¹, Флеров А.О.², Жотковская Т.С.², Новицкий А.А.², Макарович В.В.²,
Медведько А.А.³, Русак И.В.³ ©

¹К.м.н., доцент, Гродненский государственный медицинский университет; ²ГУ «1134 военный клинический медицинский центр вооруженных сил Республики Беларусь»

³студент, Гродненский государственный медицинский университет

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ЛЕВОСТОРОННЯЯ МЕЗЕНТЕРИКОПАРИЕТАЛЬНАЯ ГРЫЖА, ОСЛОЖНЕННАЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Аннотация

В статье описывается редкий клинический случай успешного лечения пациента с левосторонней мезентерикопариетальной грыжей, осложненной острой кишечной непроходимостью с целью показать особенности клинической картины внутренних грыж, их осложнений, связанные с ними трудности диагностики, а также лечение этой врожденной патологии.

Ключевые слова: врожденная патология, внутренние грыжи, левосторонняя мезентерикопариетальная грыжа, острая кишечная непроходимость.

Keywords: congenital pathology, internal hernias, left-side mezenterikopariyetalny hernia, sharp intestinal impassability.

Внутренними грыжами живота называют такие, при которых петли тонкой кишки проходят через врожденные щели, располагающиеся в брыжейке терминального отдела подвздошной, восходящего отдела толстой кишки, а также парадуоденально под связкой Трейца (мезентерикопариетальные грыжи). Возникновение последнего вида внутренних грыж тесно связано с ротацией кишечника в эмбриональном периоде. В месте перехода двенадцатиперстной кишки в тощую брыжейка срастается с задней стенкой трейцевой связки и образуется карман, который может проникать вправо за брыжейку, за восходящую часть толстой кишки, вверх — за брыжейку поперечно-ободочной кишки, а также влево — сзади нисходящей кишки и ее брыжейки. Грыжевые ворота при внутренних грыжах бывают значительного диаметра (5 см и более), но наличие в брюшинной складке мощных сосудистых стволов или связок обуславливает тяжелые расстройства кровообращения в кишечной стенке в короткий после ущемления срок.

Клиническая картина. Клиника внутренней грыжи обусловлена ее осложнением — непроходимостью кишок. Последняя может быть частичной и полной. При явлениях частичной непроходимости (непродолжительные боли в животе, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, задержкой стула и газов) никаких специфических признаков внутренней грыжи выявить не удастся. При полной непроходимости наряду с другими ее признаками нередко можно отметить характерную позу больного, принимающего коленно-локтевое положение. Однако диагноз ставят обычно во время операции.

Лечение. При операции необходимо помнить о непосредственной близости крупных сосудистых стволов и с большой осторожностью подходить к рассечению грыжевых ворот для освобождения петель кишок. Карман ликвидируют без иссечения грыжевого мешка — простым наложением швов на края грыжевых ворот. [2,592]

Мезентерикопариетальные 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). [3,78]

Левосторонняя мезентерикопариетальная 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 париетальной 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 удается 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. [3,80]

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-еюнального перехода (рубцовый стеноз?, спаечная болезнь?), декомпенсированной высокой кишечной непроходимости.

14.10.14г. выполнена релапаротомия, тотальный висцеролиз с наложением дуодено-еюно 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.

Можно сделать следующие выводы:

1. для внутренних грыж характерно отсутствие специфических клинических признаков

2. имеются трудности диагностики с применением классических методов исследования

3. установление правильного диагноза и выполнение коррекции патологии возможно при выполнении как открытого оперативного вмешательства, так при помощи эндовидеохирургических методик.[1, 202]

Литература

1. Большов А.В. Лечение внутренней парадуоденальной грыжи// Актуальные вопросы хирургии: материалы XV съезда хирургов Республики Беларусь, Брест, 2014.- С. 201-202.
2. Долецкий С.Я. Детская хирургия: руководство для врачей/ С.Я. Долецкий, Ю.Ф. Исаков.- Москва: Медицина, Ч.2.- 1970.- с. 592.
3. Хирургические болезни детского возраста/ под ред. Ю .Ф. Исакова.- Москва: ГЭОТАР- Медиа, Т.1.- 2006.- с. 78-81.