

МАЛЬРОТАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТА ПРИ НАЛИЧИИ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

В. В. Ганжий, И. П. Колесник, А. И. Марусий

Запорожский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи, г. Запорожье

MALROTATION BOWEL PATIENT IF STRANGULATED INGUINAL HERNIA

V. V. Ganji, I. P. Kolesnik, A. I. Marusiy

Zaporozhye State Medical University, City Clinical Hospital of Emergency and Ambulance, Zaporozhye

Мальротация кишечника (malrotatio intestini; лат. mains — плохой + rotatio — вращение) — аномалия развития, в основе которой лежит нарушение процесса вращения средней кишки и порочное формирование ее брыжейки. Анатомической предпосылкой для возникновения мальротации кишечника является общая короткая брыжейка или ее отсутствие, а также патологическая фиксация различных отделов средней кишки. К моменту рождения средняя кишка (от двенадцатиперстной — ДПК до середины поперечной ободочной) из первичного сагиттального положения совершает поворот на 270° против часовой стрелки, при этом устанавливаются топографоанатомические взаимоотношения, соответствующие нормальной анатомии человека [1]. До 10—й недели эмбрионального периода средняя кишка поворачивается на 90°, а слепая — оказывается слева внизу (I стадия ротации). До 12—й недели петли кишечника ротируются еще на 180°, слепая кишка постепенно перемещается в надчревную область и далее — в правый верхний квадрант брюшной полости (II стадия). После 12—й недели слепая кишка опускается в типичное место (III стадия). Поворот завершается прикреплением ранее не фиксированной брыжейки. Остановка процесса вращения на одном из этапов обуславливает различные патологические состояния, которые объединяют под общим названием “аномалии ротации и фиксации кишечника” [2]. К ним относятся: отсутствие поворота, его незавершенность, обратную ротацию, неправильное прикрепление брыжейки. Отсутствие поворота обусловлено остановкой на I стадии нормальной ротации кишечника. Как следствие, кишечник остается “подвешенным” на узкой дорзальной брыжейке, общей для тонкой и толстой кишки. В связи с этим возможен заворот кишечника. Отсутствие поворота выявляют с частотой 0,2% [3].

Остановка ротации кишечника II стадии (мальротация) проявляется тремя изменениями. Слепая кишка совершает поворот и фиксируется, а ДПК — нет, что обуславливает ее ущемление связками (пучками) Ледда. Менее распространена ситуация, когда слепая кишка и ДПК поворачиваются в противоположных направлениях, что обуславливает блокаду толстой кишки вследствие сдавления верхними брыжеечными сосудами. Еще

один вариант — когда петля ДПК поворачивается в обратном направлении при нормальной ротации слепой кишки, при этом тонкая кишка закручивается в ее брыжейку с формированием внутренней грыжи.

При нарушениях III стадии ротации кишечника петля ДПК поворачивается в правильном направлении и фиксируется, а слепая кишка — нет, что обуславливает отсутствие надежной фиксации слепой и восходящей ободочной кишки. Высокое положение слепой кишки в правом верхнем квадранте создает большие трудности при диагностике и лечении острого аппендицита.

Чаще всего мальротацию кишечника выявляют педиатры. Частота выявления этого порока 1 на 500 новорожденных [1, 3]. Большинство осложнений, связанных с мальротацией кишечника, проявляются в течение первого месяца жизни ребенка и требуют хирургического лечения. Симптомы мальротации кишечника у взрослых выявляют крайне редко [1, 3]. В большинстве наблюдений диагноз мальротации кишечника у взрослых устанавливают по данным рентгенологического исследования пищеварительного канала, компьютерной томографии органов брюшной полости, а также интраоперационно [4, 5]. За 40 лет отмечена тенденция к увеличению частоты выявления мальротации кишечника в связи с усовершенствованием визуализационных методов диагностики.

Первые упоминания в литературе о мальротации кишечника у взрослых отмечены в 1900 г., основаны на материалах патологоанатомического исследования [2, 4]. В 1923 г. N. M. Dott выявил связь между аномалиями развития кишечника и клиническими проявлениями порока [6]. В 1936 г. W. E. Ladd описал способ хирургического лечения мальротации кишечника (операция Ледда). В клиническом виде процедура включает 4 этапа: рассечение эмбриональных тяжей, покрывающих ДПК и слепую кишку, мобилизацию ДПК, рассечение сращений вокруг верхней брыжеечной артерии, деторсию кишечника при наличии заворота, аппендэктомия. В последующем был предложен пятый этап операции Ледда — цекопексия.

Приводим наблюдение ущемленной паховой грыжи с некрозом участка подвздошной кишки у больного при мальротации кишечника.

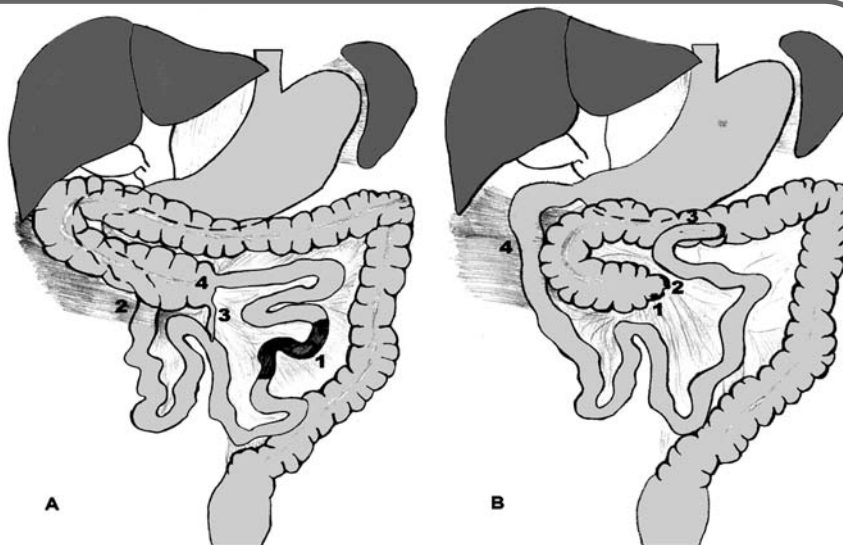
Схема расположения кишечника.

А - до операции.

- 1 - некротизированный участок подвздошной кишки;
- 2 - фиброзные тяжи Ледда;
- 3 - червеобразный отросток;
- 4 - илеоцекальный угол.

В - после операции.

- 1 - место аппендэктомии;
- 2 - участок культи подвздошной кишки;
- 3 - илеотрансверзоанастомоз;
- 4 - рассеченные фиброзные тяжи Ледда.



Пациент П., 78 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в больницу 25.10.15 с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в левой паховой области, боль в этой области, тошноту, рвоту. По данным анамнеза, длительность существования грыжи 10 лет. За 3 — 4 ч до госпитализации при физической нагрузке возникла интенсивная боль в области грыжевого выпячивания, после чего оно перестало вправляться в брюшную полость.

Состояние пациента средней тяжести. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот симметричный, не вздут, участвует в дыхании, при пальпации — мягкий, болезненный в области грыжевого выпячивания. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника удовлетворительная. Печень, селезенка, почки не пальпируются. По данным перкуссии притупления звука нет. В левой паховой области обнаружено грыжевое выпячивание размерами 8 × 6 см, при пальпации плотно—эластической консистенции, болезненное, не вправляется в брюшную полость. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

Госпитализирован с диагнозом: ущемленная левосторонняя паховая грыжа.

На этапе транспортировки в отделение грыжевое выпячивание самостоятельно вправилось. Учитывая угрозу ущемления грыжи, оставлен в отделении для динамического наблюдения. Назначены спазмолитики, инфузионная терапия.

26.10.15 состояние пациента ухудшилось. Жалобы на умеренную боль в животе без четкой локализации, тошноту. При осмотре отмечено вздутие живота, при пальпации — болезненность в нижних отделах, слабо положительные симптомы раздражения брюшины. При аускультации — единичные волны перистальтики.

Выполнена операция: лапаротомия, резекция участка подвздошной кишки, наложен илеотрансверзоанастомоз бок в бок, аппендэктомия, дренирование брюшной полости.

Интраоперационно выявлена мальротация кишечника: илеоцекальный угол, слепая кишка, червеобразный отросток расположены в средней и надчревной областях брюшной полости, фиксированы соединительнотканными фиброзными тяжами, связка Трейтца отсутствует, ДПК продолжается в тощую по правой боковой области и также фиксирована фиброзными тяжами. Кроме того, выявлен ранее ущемленный участок подвздошной кишки длиной до 4 см с некрозом на расстоянии до 30 см от илеоцекального угла. Произведены рассечение эмбриональных тяжей, мобилизация слепой, входящей и поперечной ободочной кишки. Рассечены фиброзные тяжи Ледда в области ДПК. Некротизированный участок тонкой кишки резецирован, учитывая близкое расположение пораженного участка кишки к илеоцекальному углу, сформирован илеотрансверзоанастомоз бок в бок с наложением двухрядных отдельных узловых швов. Выполнена аппендэктомия. Брюшная полость дренирована, послойно зашита. Произведено грыжесечение с пластикой пахового канала по Постемпскому (см. рисунок).

После операции больному назначали антибактериальные, противовоспалительные обезболивающие препараты, антикоагулянты. На 2—е сутки пациент переведен из отделения интенсивной терапии.

Течение послеоперационного периода без осложнений, функция кишечника восстановилась на 3—и сутки, дренажи из брюшной полости удалены на 5—е сутки, швы сняты на 12—е сутки, операционная рана зажила первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии пациент выписан под наблюдение хирурга поликлиники.

ВЫВОДЫ

1. Мальротация кишечника — редко диагностируемая у взрослых аномалия развития. Это обусловлено наличием неспецифических симптомов, имитирующих другие заболевания органов брюшной полости.

2. Операцией выбора у взрослого пациента при интраоперационном выявлении аномалии является рассечение фиброзных тяжей, фиксирующих слепую кишку

и ДПК, доторсия кишечника (при наличии заворота), превентивная аппендэктомия, цекопексия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грофф Д. Мальротация кишечника / Д. Грофф, К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер // Детская хирургия. — СПб.: Пит — Тал, 1997. — Т. 1. — С 357 — 365.
2. Ladd W. E. Surgical diseases of the alimentary tract in infants / W. E. Ladd // New Engl. Med. J. — 1936. — Vol. 215. — P. 70 — 78.
3. Intestinal malrotation in the elderly / S. Amaral, R. Quintanilha, L. Bernardo [et al.] // Am. Surg. — 2009. — Vol. 75. — P. 631 — 633.
4. Laparoscopic Ladd's procedure in two adults: malrotation and the minimally invasive approach / G. L. Adrales, A. Gandsas, V. Beales [et al.] // Surg. Endosc. — 2004. — Vol. 1. — P. 161.
5. Preoperative sonographic diagnosis of midgut malrotation with volvulus in adults: the "whirlpool" sign / W. C. Yeh, H. P. Wang, C. Chen [et al.] // J. Clin. Ultrasound. — 2013. — Vol. 27. — P. 279 — 283.
6. Dott N. M. Anomalies of intestinal rotation: Their embryology and surgical aspects: with report of five cases / N. M. Dott // Br. J. Surg. — 1923. — Vol. 11, N 42. — P. 251 — 286.

