

Н.В. Еланцева, С.М. Гордеев

МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ГРЫЖА ПУПОЧНОГО КАНАТИКА В СОЧЕТАНИИ С КИСТОЗНЫМ УДВОЕНИЕМ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ

Грыжа пупочного канатика или пуповинная грыжа (omphalocele) — выпячивание органов брюшной полости через дефект передней брюшной стенки в области пупочного кольца. Основной проблемой хирургического лечения таких больных считаются большие грыжи, когда имеет место выраженное висцеро-абдоминальное несоответствие. Однако этот тяжелый порок развития брюшной стенки в ряде случаев сочетается с другими врожденными аномалиями. Среди сочетанных пороков описаны дивертикулы Меккеля, незаращение урахуса, атрезия заднепроходного отверстия, дефекты мочевого делительной системы. При больших пуповинных грыжах встречаются диафрагмальные грыжи, врожденные пороки сердца.

Приводим наблюдение успешного лечения ребенка с редким сочетанным пороком развития.

Больной Я., родился 14.02.1995 года, с массой тела 3600 г, от первой беременности, протекавшей с внутриутробной гипоксией плода. На 34-й неделе проводилось ультразвуковое исследование, выявившее у плода omphalocele. Роды в срок, в 40 недель. Через 15 минут после рождения ребенок был осмотрен детским хирургом. В области пупочного кольца выявлен дефект круглой формы размером 3 × 4 см, из которого наружу пролабировали петли тонкой кишки, покрытые амниотической оболочкой. По общепринятой классификации данный порок отнесен к малым грыжам, хирургическое лечение при которых достаточно успешно осуществляется одномоментно.

После предоперационной подготовки в течение

трех часов выполнена одномоментная радикальная операция. Амниотическая оболочка иссечена; петли тонкой кишки свободно погружены в брюшную полость и дефект брюшной стенки послойно ушит наглухо.

Через двое суток, 16.02.1995 г., состояние ребенка ухудшилось. Переведен на ИВЛ, живот резко вздут, мягкий. На выполненной в вертикальном положении обзорной рентгенограмме органов брюшной полости и грудной клетки, в животе определяются два больших горизонтальных уровня жидкости. Установлен диагноз кишечной непроходимости, в связи с чем ребенок был взят на повторную операцию. При ревизии органов брюшной полости выявлено, что на расстоянии 35-40 см от илеоцекального угла имеется кистозное удвоение подвздошной кишки размером 10 × 8 см, содержащее жидкость и газ. Выполнена резекция измененного участка, а в связи с несоответствием диаметров приводящего и отводящего отделов, наложен Y-образный анастомоз.

Послеоперационный период протекал гладко, и на 24-й день после повторной операции ребенок был выписан домой с тонкокишечным свищем.

В 4-х месячном возрасте проведена операция закрытия свища.

Пациент осмотрен через 10 лет, здоров, в развитии не отстает от сверстников, хорошо учится в школе.

Интерес данного наблюдения, на наш взгляд, не только в редкости патологии. Оно ярко иллюстрирует необходимость проведения ревизии органов брюшной полости при пороках развития брюшной стенки.

* * *