

10. Suciu H., Pașcanu S., Matei M. et al. Surgical correction of Transposition of Great Arteries — experience of 80 cases. // Romanian J. of Cardiovasc. Surgery. — 2010. — Vol. 9, № 2. — P.83-85.

Сведения об авторах

Емельянчик Елена Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры педиатрии ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2433952; e-mail: lepacog@mail.ru.

Кириллова Екатерина Петровна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2433952; e-mail: ekatpetkirilova@mail.ru.

Якшинова Светлана Викторовна — врач ординатор отделения неонатологии № 2 МБУЗ ГДБ № 1.

Адрес: 660021, г. Красноярск, ул. Ленина, г. 149, тел. 8(391)2217878; e-mail: svetadocgdkb1@mail.ru.

Демина Татьяна Борисовна — врач ординатор отделения неонатологии № 2 МБУЗ ГДБ № 1.

Адрес: 660021, г. Красноярск, ул. Ленина, г. 149, тел. 8(391)2217878; e-mail: demina31@mail.ru.

Калюжная Ирина Ивановна — врач ординатор отделения патологии новорожденных детей КГБУЗ Красноярская краевая клиническая детская больница.

Адрес: 660074, г. Красноярск, ул. Киренского, г. 2а, тел. 8(391) 2434725; e-mail: irin15@yandex.ru.

Персиянова Ольга Александровна — врач ординатор отделения патологии новорожденных детей КГБУЗ Красноярская краевая клиническая детская больница.

Адрес: 660074, г. Красноярск, ул. Киренского, г. 2а, тел. 8(391) 2434725; e-mail: neolga64@mail.ru.

Леонтьева Марина Павловна — врач отделения функциональной и лучевых методов диагностики КГБУЗ Красноярская краевая клиническая детская больница.

Адрес: 660074, г. Красноярск, ул. Киренского, г. 2а, тел. 8(391) 2434725; e-mail: marileonti@yandex.ru.

Сакович Валерий Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры-клиники сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1, главный врач Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии; тел. 8(391) 2268268; e-mail: drsacovich@yandex.ru.

Дробот Дмитрий Борисович — доктор медицинских наук, профессор кафедры-клиники сердечно-сосудистой хирургии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1, тел. 8(391) 2976342; e-mail: profdrobot@yandex.ru.

Ваземиллер Оксана Александровна — клинический ординатор кафедры педиатрии ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1, тел. 8(391) 243-39-52; e-mail: oksanavazemiller@yandex.ru.

Случаи из практики



© КОЛЫГАЕВ В. Ф., БЕХТЕВ Г. В., ДЫХНО Ю. А.

УДК — 616.718.19-007.43-031:611.738.17-089:615.46.461

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ САЛЬНИКОВОГО (ВИНСЛОВА) ОТВЕРСТИЯ

В. Ф. Колыгаев¹, Г. В. Бехтев¹, Ю. А. Дыхно²

¹ ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА России», г. Зеленогорск Красноярского края, гл. врач — В. А. Петров;

² ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра клинической онкологии и лучевой терапии с курсом ПО, зав. — д. м. н., проф. Ю. А. Дыхно.

Резюме. Представлен случай хирургического лечения редко встречающейся ущемленной грыжи сальникового (Винслоа) отверстия. Подобных сообщений в доступной литературе и интернете нет.

Ключевые слова: грыжа сальникового (Винслоа) отверстия, хирургическое лечение.

Грыжи сальникового (Винслоа) отверстия наряду с надпузырными и околопузырными, внутренними предбрюшными, околодвенадцатиперстными, позадибрюшными межсигмовидными, брыжеечнопристеночными относятся к внутренним грыжам и встречаются крайне редко. По данным В.В. Жебровского (2005) они составляют 3% от всех грыж живота [1].

Сальниковое отверстие, foramen omentale (epiploicum) [Winslow], соединяет брюшную полость с сальниковой сумкой. Оно ограничено спереди печечно-дуоденальной связкой (lig. hepatoduodenale), сзади — париетальной брюшиной, покрывающей v. cava inferior, и печечно-почечной связкой (lig. hepatorenale); сверху — хвостатой долей печени и снизу — почечно-дуоденальной связкой

(lig. duodenohepaticum), и pars superior duodeni. Сальниковое отверстие имеет диаметр 2-3 см. (рис. 1)

Сальниковая сумка (bursa omentalis) располагается позади желудка и малого сальника, имеет вид фронтально расположенной щели и является наиболее изолированным пространством верхнего этажа брюшной полости. В ней выделяют переднюю, заднюю, верхнюю, нижнюю и левую стенки, а справа — преддверие сальниковой сумки. Передняя стенка сальниковой сумки — малый сальник (lig. hepatogastricum и lig. hepatoduodenale), задняя стенка желудка и lig. gastroduodenale; задняя — париетальный листок брюшины, покрывающий поджелудочную железу, аорту, нижнюю полую вену, левую почку, левый надпочечник и нервные сплетения верхней забрюшинной области;

верхняя — хвостатая доля печени и частично диафрагма; нижняя — брыжейка поперечной ободочной кишки; левая — селезенка и ее связки: *ligg. gastrosplenicum et phrenicosplenicum*; правая — преддверие сальниковой сумки, а затем — сальниковое отверстие (рис. 2).

Через сальниковое отверстие органы брюшной полости способны перемещаться в сальниковую сумку. Узость сальникового отверстия приводит к ущемлению органов в нем. Клинически это проявляется струнгуляционной кишечной непроходимостью (*ileus per strangulationem*), своевременная диагностика и лечение которой являются залогом успеха. Однако, из-за редкости заболевания правильный диагноз врачи не устанавливают. Показанием к операции является «острый живот».

За более чем полувековой период работы хирургического отделения ФГУЗ «Клиническая больница № 42 ФМБА России» мы наблюдали единственный случай ущемления кишечника в отверстии Винслоа.

Больная Ч., 48 лет была доставлена машиной скорой медицинской помощи в приемный покой КБ № 42, г. Зеленогорска 31.03.2013 г. Диагноз врача скорой помощи: острый панкреатит, острый холецистит?

Anamnesis morbi: заболела 30.03.2013 г., около 15 ч., внезапно возникла боль в животе без четкой локализации, тошнота.

Status praesens: кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 82 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации — живот напряжен, умеренно болезненный в эпигастрии; симптомов раздражения брюшины нет; печеночная тупость сохранена, селезенка не увеличена; притупления перкуторного звука в отлогах местах живота нет, перистальтика вялая. Общий анализ крови: Нв — 136 г/л, эритроциты — $3,90 \times 10^{12}$ /л, Нт — 38,1%, лейкоциты — $9,2 \times 10^9$ /л, формула без особенностей. ОАМ — без отклонений от нормы. Биохимический анализ крови: общий белок — 71,4 г/л, мочевины — 2,4 ммоль/л, креатинин — 71 ммоль/л, С-реактивный белок — 4,5 мг/л, билирубин общий — 22,8 мкмоль/л (прямой — 4,0, непрямой — 18,8), глюкоза плазмы — 4,4 ммоль/л, холестерин общий — 5,6 ммоль/л, АСТ — 21 Ед/л, АЛТ — 18 Ед/л, ГГТ — 52,8 Ед/л,

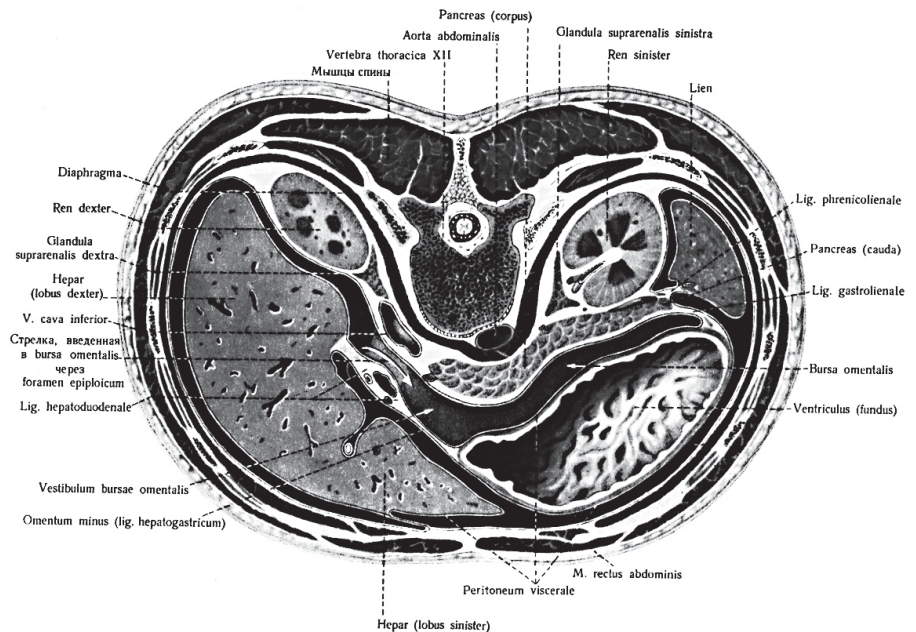


Рис. 1. Сальниковая сумка (из атласа Р. Д. Синельникова).

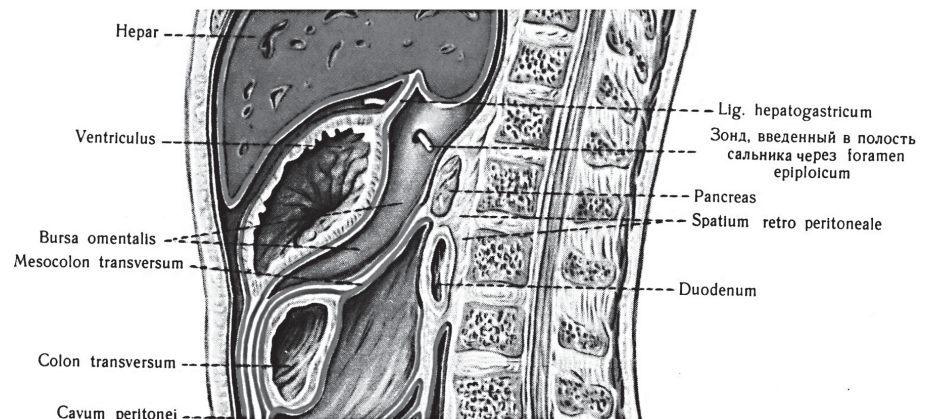


Рис. 2. Сальниковая сумка (из атласа Р. Д. Синельникова).

амилаза — 52,6 Ед/л. Диастаза мочи — 138,7 Ед/л (Olympus 680 (N до 450 Ед/л)).

Назначено лечение: глюкозо-новокаиновая смесь и раствор Рингера внутривенно, контрикал, но-шпа, квamatел, кетанов, голод.

УЗИ органов брюшной полости (01.04.2013): печень не увеличена, паренхима однородная, очаговых образований нет. Желчный пузырь без особенностей. Холедох не расширен. Портальной и билиарной гипертензии не выявлено. Поджелудочная железа не увеличена, имеются умеренные диффузные изменения без признаков отека, очаговых образований нет. Селезенка не увеличена, структура однородная. Свободной жидкости в брюшной полости нет. ФГС (01.04.2013): умеренно выраженный гастрит с единичными геморрагическими эрозиями в выходном отделе желудка.

На фоне проводимого лечения улучшение не наступило. Беспокоили боли в животе и тошнота.

В ночь с 03.04. на 04.04.2013 г. у больной возникла и неоднократно повторялась рвота, не приносящая облегчения.

Утром 04.04.2013 г. состояние больной тяжелое. Жалобы на боли по всему животу, тошноту, многократную рвоту кишечным содержимым. Кожа лица гиперемирована. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Пульс 112 уд/мин. АД 150/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации болезненный в эпигастальной области и по левому флангу. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость сохранена, селезенка не увеличена. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота нет. Выслушивается «шум плеска». Общий анализ крови: лейкоцитоз с небольшим палочкоядерным сдвигом. Другие клинические и биохимические показатели в пределах нормы. Общий анализ мочи: лейкоциты до 4 в п/зр, повышение уровня диастазы до 2320 Ед/л (Фотометр 5010 (норма до 1000 Ед/л)).

Обзорная рентгенограмма брюшной полости (04.04.2013): множественные арки и чаши Клойбера в тонкой кишке. Желудок увеличен за счет жидкого содержимого. Через три с половиной часа после дачи бария рентгенографическая картина не изменилась. По-прежнему арки и чаши Клойбера в тонкой кишке. Диагностирована тонкокишечная непроходимость.

Решено произвести диагностическую лапароскопию, поскольку причина непроходимости оставалась неясной, а при необходимости — лапаротомию.

Операция №82 (4.04.2013) под общим обезболиванием (интубационный наркоз), после обработки операционного поля осуществлен карбоксиперитонеум, в точке над пупком введен телескоп, а ниже, по средней линии — порт для инструментов. Ревизия: в брюшной полости до 250,0 мл геморрагической жидкости, тонкая кишка резко (диаметр до 5,0 см) раздута газами и жидким содержимым, стенка её отечная, гиперемированная. Сигмовидная кишка в спавшемся состоянии. Под желудком видно округлое опухолевидное образование до 15,0 см в диаметре, укрытое сальником. Попытка сместить сальник не удалась. Печень выглядит обычно, желчный пузырь не напряжен, признаков воспаления нет. Стеатонекрозов, фибрина, спаек нет. Однако, исследование не уточнило диагноз. Решено выполнить лапаротомию.

Средне-срединная лапаротомия, эвакуирована геморрагическая жидкость. Опухолевидное образование расположено позади желудка, мягко-эластической консистенции. Осмотр его со стороны корня брыжейки дополнительной информации не дал. При вскрытии желудочно-ободочной связки установлено, что в сальниковой сумке находится правая половина ободочной кишки и терминальный отдел подвздошной. Стенка кишечника отечная, с расширенными кровеносными сосудами, синюшного цвета за счет венозного стаза, раздута газами и жидким содержимым. При дальнейшей ревизии установлено, что указанные органы переместились в сальниковую сумку через отверстие Винслово и ущемлены в нем. Рассечь ущемляющее кольцо в силу известных анатомических особенностей не представлялось возможным. С большим трудом путем осторожной тракции со стороны брюшной полости

и аккуратного выдавливания из сальниковой сумки кишечные петли освобождены из ущемления и перемещены в свободную брюшную полость. На стенках ободочной и подвздошной кишок имеются странгуляционные борозды, признаков некроза нет. В брыжейку введено 120 мл 0,25% раствора новокаина. Констатирована жизнеспособность разущемленных органов (пульсация артерий, перистальтика, нормализация цвета серозного покрова кишки). Произведена назоинтестинальная интубация. Зонд проведен через баугинию в заслонку в слепую кишку. Эвакуировано 2,5 л. жидкого кишечного содержимого и газы. Кишечник спался. Ушиты десерозированные участки на слепой кишке. Купол слепой кишки фиксирован двумя швами к брюшине правой подвздошной ямки. Отверстие Винслово путем ушивания брюшины уменьшено с 4 до 2 см. Через контрапертуру силиконовой трубкой дренирован малый таз по Redon'y. Лапаротомная рана послойно ушита наглухо. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. 15.04.2013 г. больная в удовлетворительном состоянии выписана из отделения на амбулаторное долечивание.

Таким образом, лишь правильная оценка признаков кишечной непроходимости и своевременно проведенная операция позволили предотвратить опасное для жизни больной осложнение редко встречающейся грыжи Винслово отверстия.

A CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF CONSTRICTED HERNIA EPILOIC (WINSLOW) FORAMEN

V. F. Kolygaev¹, G. V. Bekhtev¹, Yu. A. Dykhno²

¹ Clinical hospital №42 of FMBA Zelenogorsk, Krasnoyarsk region of Russia; ² Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Voino-Yasenetsky

Abstract. It is shown a case of surgical treatment rarely found constricted hernia epiploic (Winslow) foramen. There are no similar reports in the available literature and the Internet.

Key words: hernia epiploic (Winslow) foramen, surgical treatment.

Литература

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. — М.: Медицина, 2005. — 364.

Сведения об авторах

Колыгаев Валерий Федорович — заведующий хирургическим отделением клинической больницы № 42 ФМБА РФ.

Адрес: 663690, Красноярский край, г. Зеленогорск, ул. Комсомольская, д. 66а; тел. 8(391)6991545; e-mail: kolygaev_vf@skc-fmba.ru

Бехтев Геннадий Валентинович — заместитель главного врача по хирургии клинической больницы № 42 ФМБА РФ.

Адрес: 663690, Красноярский край, г. Зеленогорск, ул. Комсомольская, д. 66а; тел. 8(391)6991544; e-mail: bekhtev.gena@mail.ru

Дыхно Юрий Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической онкологии и лучевой терапии с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел. 8(391) 2671710; e-mail: dykhno_yury@mail.ru