

В.С. Пантелеев, И.З. Салимгареев
**ВРОЖДЕННАЯ РОТАЦИОННАЯ АНОМАЛИЯ КИШЕЧНИКА,
ОСЛОЖНЕННАЯ ВЫСОКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет Росздрава», г. Уфа
Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа*

В статье представлен случай из практики редкой врожденной патологии - незавершенная внутриутробная ротация кишечника, а именно мальротация тонкой кишки, осложнившейся заворотом кишок и высокой тонкокишечной непроходимостью у пациента в 17-летнем возрасте.

Ключевые слова: ротация кишки, кишечная непроходимость.

W.S. Panteleev, I.Z. Salimgareev
**CONGENITAL ROTATIONAL ANOMALY OF BOWEL, COMPLICATED
BY HIGH SMALL-BOWEL OBSTRUCTION**

In the article is presented a case from a practice about a rare congenital pathology of noncompleted intrauterine rotation of bowel that is intestinal malrotation 1, which complicated by ileus and high small-bowel obstruction of patient a seventeen.

Key words: rotation of bowel, bowel obstruction.

При развитии зародыша человека окончательное положение кишечного тракта определяется поворотом пупочной петли вокруг оси верхней брыжеечной артерии. Этот поворот происходит в направлении против часовой стрелки тремя последовательными вращениями на 90° . Первый поворот происходит на 8-й неделе, второй - на 10-й, третий, завершающий поворот приводит к полному повороту на 270° и заканчивается на 11-12-й неделе внутриутробного развития. В силу следующих причин возникают ротационные аномалии кишечника:

- 1) внутриутробный поворот кишечной трубки оказался неполным;
- 2) определенный отрезок кишки прекратил рост в длину и поэтому занял новое, не свойственное ему место;
- 3) прирастание отдельных участков кишки к задней стенке брюшной полости оказалось неполным или его вообще не произошло.

По мнению ряда авторов [1-3], аномалии кишечного тракта возникают в результате того, что петля пупочной кишки и ее дериваты, хотя и совершают полное движение в нормальном направлении, но это движение несовершенное или неза-

конченное. Возможен механизм, когда движение пупочной кишки происходит в противоположном направлении. Учитывая редкость данной патологии и трудность ее диагностики, приводим наше клиническое наблюдение.

Больной Х. 17 лет поступил в отделение гастрохирургии Республиканской клинической больницы (РКБ) им. Г.Г. Куватова 10.05.08г. переводом из городской больницы г. Октябрьский Республики Башкортостан с жалобами на распирающие боли в верхней половине живота, тошноту, рвоту желудочным содержимым, общую слабость. Заболел остро 07.05.08г., по поводу чего был госпитализирован в городскую больницу с подозрением на острый аппендицит. В ходе обследования данный диагноз был исключен, заподозрена высокая непроходимость кишечника, в связи с чем проведен пассаж бария по кишечнику. На рентгенограммах эвакуация бария из желудка отсутствует. Пациент консультирован борт-хирургом по линии санитарной авиации и был транспортирован в РКБ. При поступлении состояние тяжелое, выраженная диспепсия в виде тошноты и рвоты желудочным содержимым. При ос-

мотре живот асимметричной формы за счет вздутия в эпигастрии, при пальпации мягкий, болезненный в верхней половине. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Аускультативно - перистальтические шумы ослаблены. На ЭФГДС желудок раздут с множеством эрозий, привратник свободно проходим, имеется заброс кишечного содержимого. УЗИ неинформативно из-за выраженного метеоризма. В общем анализе крови имеются лейкоцитоз $13,4 \times 10^9/\text{л}$ и признаки сгущения крови. При более подробном сборе анамнеза у родителей пациента выяснено, что болевые ощущения в верхней половине живота больного беспокоят с раннего возраста. Постоянно наблюдался и лечился у педиатра с эрозивным гастритом. В последний год боли в животе стали появляться чаще, и интенсивность их нарастала. Для облегчения состояния больной периодически самостоятельно вызывал рвоту.

В связи с явлениями острой кишечной непроходимости и отрицательной динамикой состояния после короткой предоперационной подготовки больной взят на операцию в экстренном порядке. Под эндотрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия. При ревизии: в брюшной полости 200 мл прозрачного выпота. Желудок больших размеров, растянут, петли тонкой кишки в спавшемся состоянии. Слепая кишка находится высоко под печенью, восходящая ободочная и терминальный отдел подвздошной кишки располагаются в левых отделах брюшной полости. Остальная часть под-

вздошной и тощей кишок расположены в правых отделах брюшной полости. Выявлен закрученный корень брыжейки с множеством плоскостных спаек, сдавливающих 12-перстную кишку. Имеется заворот кишок. Путем вращения всего конгломерата против часовой стрелки заворот расправлен. Спайки разделены острым путем, 12-перстная кишка мобилизована по Кохеру, после чего стало ясно, что последняя не образует дуоденоюнального изгиба и переходит в тощую кишку над корнем брыжейки ободочной кишки. Непроходимость кишечника устранена. При дальнейшей ревизии выявлено, что у восходящей ободочной и подвздошной кишок имеется общая брыжейка. На этом операция закончена. Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. Моторика кишечника восстановлена полностью. Больной выписан с выздоровлением на 12-е сутки после операции.

В данном случае у пациента имела место врожденная ротационная аномалия кишечника, а именно мальротация I тонкой кишки, осложнившаяся заворотом кишок и высокой тонкокишечной непроходимостью. Таким образом, произошло внутриутробное неполное вращение кишечной трубки на 180° вместо 270° , результатом чего явились неопущение слепой кишки в правый нижний сегмент брюшной полости, отсутствие дуоденоюнального изгиба, наличие общей брыжейки между восходящей ободочной и подвздошной кишками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дробни Ш.. Хирургия кишечника. – Будапешт, 1983. - С. 24-32.
2. Литтман И. Оперативная хирургия. - Будапешт, 1982. - С. 475-477.
3. Laad W. Abdominal Surgery of Infancy and Childhood. W.B. // Saunders Corp., Philadelphia – London 1947. - P. 12- 37.