

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М.Сеченова Минздрава
России
(Сеченовский университет)
Кафедра детской хирургии и урологии-андрологии

Пороки ротации и фиксации кишечника

Выполнила: студентка 5 курса
педиатрического ф-та 12 группы
Родькина Катерина

Москва 2019

К порокам ротации и фиксации кишечника (синдром мальротации) относятся все пороки ЖКТ, обусловленные внутриутробным нарушением ротации и фиксации средней кишки. К наиболее часто встречающимся порокам ротации кишечника относятся

- неосложненная форма мальротации (общая брыжейка тонкой и толстой кишки, отсутствие заворота кишки)
- синдром Ледда (синдром мальротации, осложненный заворотом средней кишки)
- мезентерикопариетальная грыжа и гиперротация толстой кишки.

Мальротация является компонентом таких пороков, как диафрагмальная грыжа, омфалоцеле, гастрошизис, а также часто сопутствует дуоденальной непроходимости, особенно если она обусловлена мембраной двенадцатиперстной кишки.

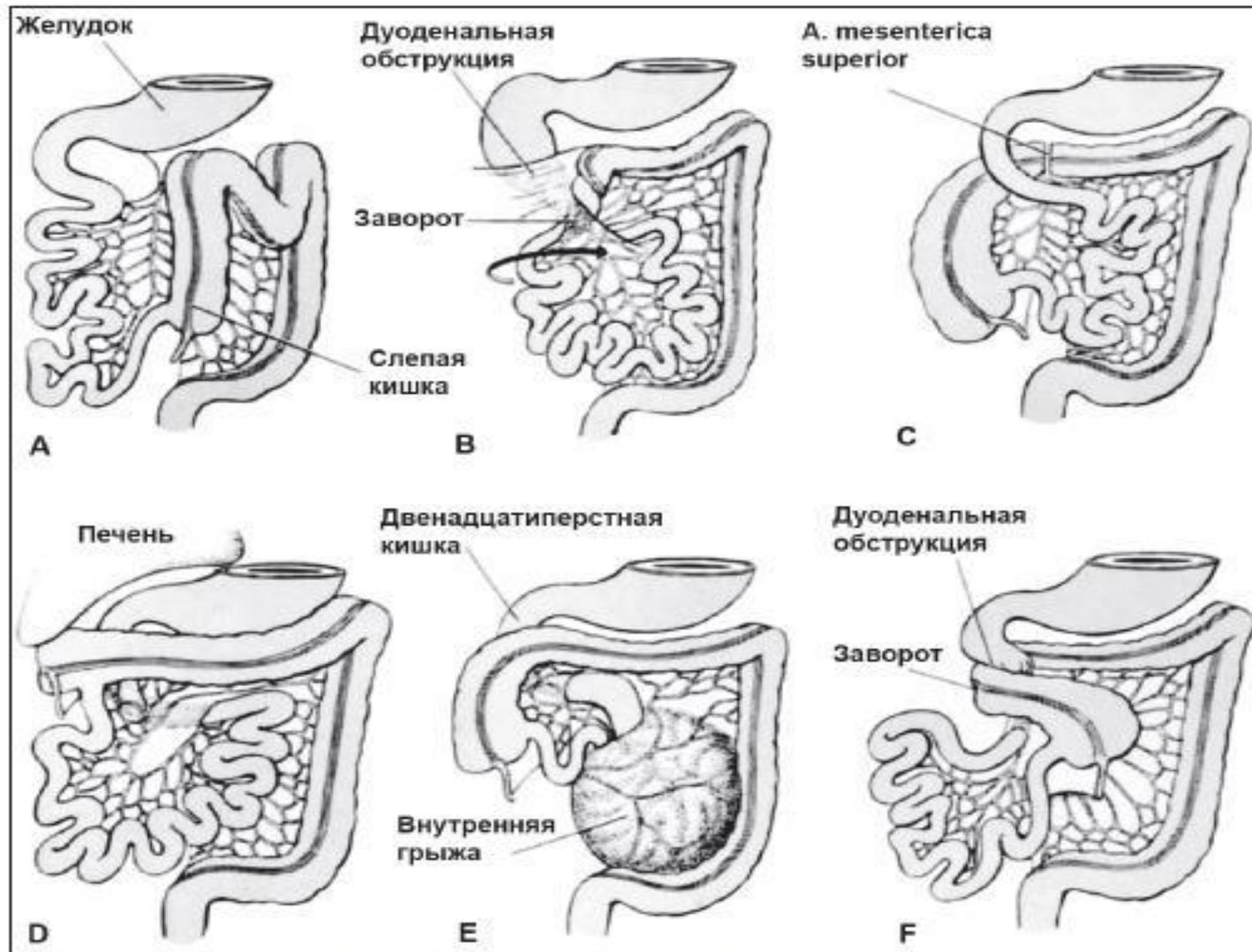


Рисунок 1. Схема различных нарушений ротации кишечника (по М. Feldman et al., 2003): А) отсутствие ротации; В) смешанная ротация и заворот кишок; С) обратная ротация; D) подпеченочное расположение слепой кишки и аппендикса; E) внутренняя грыжа; F) заворот кишки

Состояние новорожденных с неосложненной мальротацией может оставаться вполне удовлетворительным, однако, нередко отмечается

- приступообразное беспокойство,
- непостоянные срыгивания,
- медленная прибавка массы тела,
- задержка физического развития.

У этой категории больных в клинической картине на первое место выступают симптомы частичной высокой кишечной непроходимости. После периода новорожденности у детей грудного и более старшего возраста высокая КН при пороках ротации и фиксации кишечника может носить рецидивирующий характер, но иногда, в редких случаях, развивается и остро. При этом только своевременная диагностика пороков ротации и столь же своевременное оперативное вмешательство могут предотвратить развитие жизнеопасных осложнений.

Трудности диагностики могут быть в значительной степени преодолены, если помнить о том, что пороки ротации и фиксации кишечника следует активно искать:

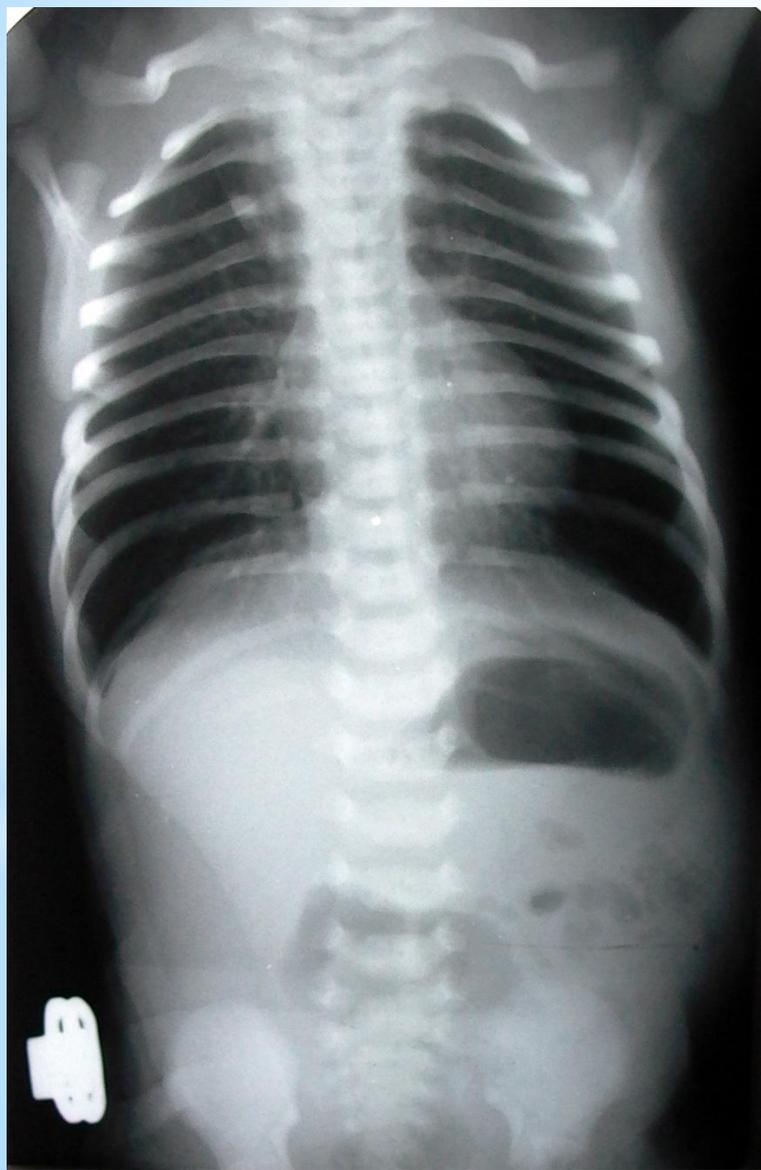
- *У новорожденных и детей грудного возраста с клиникой высокой частичной кишечной непроходимости.*
- *При периодических болях в животе и "необъяснимых" рвотах, не сопровождающихся другими симптомами, в частности признаками воспалительных заболеваний органов брюшной полости.*
- *Мальротацию необходимо включать в перечень дифференцируемых заболеваний у пациентов любого возраста с повторными болями в животе и у новорожденных детей с церебровисцеральным синдромом (родовая травма, асфиксия в родах, интранатальная инфекция).*

Синдром Ледда

Синдром Ледда представляет собой симптомокомплекс, включающий общую брыжейку тонкой и толстой кишки, брюшинные тяжи, фиксирующие слепую кишку к двенадцатиперстной и нарушающие пассаж по двенадцатиперстной кишке, заворот средней кишки.

У новорожденных первыми симптомами синдрома Ледда являются беспокойство, а также срыгивания и рвота, которые обычно начинаются со 2-5-х суток жизни. Если ребенка начинают кормить (не поставив правильный диагноз), то вначале рвота появляется через 20-40 минут после кормления, а затем возникает независимо от приема пищи. Рвота в динамике нарастает, становится обильной с примесью застойного содержимого («зелени»), в рвотных массах может появиться кровь («кофейная гуща»).

Рентгенография



Ирригография



Мезоколикопариетальная грыжа

* Мезоколикопариетальная грыжа относится к внутренним грыжам и обусловлена мальротацией, когда тонкая кишка в процессе поворота и ретроперитонеальной фиксации внедряется в мезоколон. При правосторонней грыже тонкая кишка не совершает нормального поворота вокруг верхнебрыжеечной артерии, а остается в правом верхнем квадранте и оказывается заключенной справа позади мезоколон, при этом правая половина толстой кишки ротируется и фиксируется ретроперитонеально на любом участке – от правого верхнего квадранта до своего обычного местоположения в правой подвздошной области. Левая мезоколикопариетальная грыжа возникает в том случае, когда тонкая кишка ротируется влево и внедряется в мезоколон между нижней брыжеечной веной и забрюшинном пространстве.

Рентгенологическая картина

При левосторонней грыже на обзорных рентгенограммах газ распространен в кишечнике неравномерно - тонкая кишка мало заполнена газом, при этом петли ее расположены в виде мелкочаеистого конгломерата в левом верхнем квадранте брюшной полости. Толстая кишка, в отличие от тонкой, заполнена газом на всем протяжении, но селезеночный угол расположен высоко над желудком под левым куполом диафрагмы.

В отличие от других видов мальротации, при мезоколикопариетальной грыже, несмотря на малое газонаполнение кишечных петель, желудок может быть незначительно расширен, что объясняется сдавлением его находящимися в брюшинном кармане за желудком кишечными петлями.

Существенные отличия характеризуют положение толстой кишки при левой мезоколикопариетальной грыже. При этом варианте мальротации правая половина colon расположена обычно, в то время как левая половина толстой кишки в области селезеночного угла имеет добавочные петли и изгибы и расположена высоко под диафрагмой.