

изменений структур мозолистого тела, могут указывать на возможную взаимосвязь нарушения структур мозолистого тела или их отсутствия с такими симптомами как: эпилепсия, слабая, умеренная или сильная умственная отсталость, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы [5]. Несмотря на редкую встречаемость данной аномалии, при проведении различных инструментальных методов исследования, необходимо обращать внимание на определенные структуры головного мозга при подозрении аномалии мозолистого тела.

Список литературы:

1. Hetts, SW. Anomalies of the corpus callosum: an MR analysis of the phenotypic spectrum of associated malformations / SW. Hetts, EH. Sherr, S. Chao // J. Roentgenology. – 2006. – Vol. 187. – P. 1343–1348.
2. Francesco, P. Prenatal diagnosis of agenesis of corpus callosum: what is the neurodevelopmental outcome / P. Francesco, F. Maria-Edgarda, P. Giovanni // Pediatr. Int. – 2006. – Vol. 48. – P. 298–304.
3. Pilu, G. Sonography of fetal agenesis of the corpus callosum: a survey of 35 cases / G. Pilu, F. Sandri, A. Perolo // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 1993. – Vol. 3. – P. 318–329.
4. Schell-Apacik, C. C. Agenesis and dysgenesis of the corpus callosum: clinical, genetic and neuroimaging findings in a series of 41 patients / C. C. Schell-Apacik, K. Wagner Bihler // Am. J. Med. Genet. – 2008. – Vol. 146A. – P. 2501–2511.
5. Tovar-Moll, F. Neuroplasticity in human callosal dysgenesis: a diffusion tensor imaging study / F. Tovar-Moll, J. Moll, de Oliveira-Souza // Cerebr. Cortex. – 2007. – Vol. 17. – P. 531–541.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ ПРИ МАЛЬРОТАЦИИ КИШЕЧНИКА

¹Астапенко К. П., ²Шавель Ж. А.

¹Гродненская университетская клиника, Республика Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

В процессе эмбрионального развития кишечника проходит несколько стадий ротации, которая заканчивается фиксацией отделов кишки в типичных местах. В силу воздействия тератогенных факторов на этапах развития кишечника может произойти мальротация, при которой возникают аномалии положения тонкой и толстой кишки, порочное формирование брыжейки в результате незавершенного или неправильного вращения эмбриональной пуповинной петли. [1] Общая брыжейка, её отсутствие, патологическая фиксация различных отделов средней кишки на этапах вращения, может служить причиной возникновения нарушения проходимости кишечника и создавать предпосылки для возникновения острой кишечной непроходимости. [3, 5]. Описанные случаи мальротации кишечника, имея отличия в клинико-рентгенологических проявлениях, требуют дифференцированной тактики

лечения, при которой важное значение имеют анатомо-топографические особенности сосудов, кровоснабжающих кишечник. [2, 4].

Цель исследования: изучить и проанализировать анатомо-топографические особенности ветвей верхней брыжеечной артерии и вены при мальротации кишечника.

Материалы исследования: история болезни (мужчина 40 лет), которому была произведена мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости в 2023 года в УЗ «Гродненская университетская клиника».

Установлено, что верхняя брыжеечная артерия отходит от аорты типично на уровне диска Th11-Th12. Поджелудочно-двенадцатиперстная артерия смещена вправо, без выраженного извитого хода. Тощекишечная ветвь отходит от верхней брыжеечной артерии на уровне тела Tn11 и направляется вертикально вниз справа от срединной линии. На уровне средней трети тела L1 загибается влево до срединной линии, на участке до 33 мм протяженностью возвращается кверху. На уровне диска Tn12-L1 направляется книзу и под углом 156 градусов поворачивает вправо, а на уровне диска L1- L2 идет горизонтально влево (повторяя ход верхней брыжеечной вены) и располагается вдоль ее внутреннего контура. Затем артерия загибается подковообразно влево на уровне тела L2, а на уровне нижней замыкательной пластинки L2 идет горизонтально влево до срединной линии. Далее распространяется вертикально вниз спиралевидно, огибая проксимальные отделы верхней брыжеечной вены, вдоль ее заднего, правого и переднего контуров и ветвится на более мелкие артерии.

Верхняя брыжеечная вена сливается с селезеночной веной в типичном месте на уровне нижней трети тела Tn11 по правой паравerteбральной линии. В нижележащих отделах отклоняется резко вправо под углом 109 градусов, на протяжении до 128 мм, на уровне тела L2 подковообразно изогнута. Далее на уровне диска L2-L3 возвращается влево до срединной линии и в нижележащих отделах с перегибом под углом 100 градусов вниз и вправо, где начинаются ее более мелкие ветви. Верхняя брыжеечная вена расширена в дистальном отделе до 17 мм. Отмечается расширение воротной вены до 17 мм.

Описанный вариант анатомо-топографических особенностей брыжеечных сосудов при мальротации кишечника, приводящий к расстройствам мезентериального кровообращения, является одной из причиной ишемических нарушений кишечника, которые проявлялись симптомами острого живота у исследуемого пациента.

Список литературы:

1. Дорошевский, Ю. Л. Хирургия пороков развития средней кишки у новорожденных: Автореф. дис. ... докт.мед.наук. – Л., 1984. – 58 с.
2. Журило, И. П. Рецедивирующий заворот на почве обратного вращения кишечника у ребенка 6 лет / И. П. Журило, В. К. Литовка, К. В. Латышов // Український журнал хірургії. – 2010. – № 1. – С. 149-152.
3. Мейланова, Ф. В. Кишечная непроходимость при пороках ротации и фиксации кишечника у новорожденных: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – СПб., 2000. – 18 с.

4. Эргашев, Н. Ш. Особенности клиники и диагностики мальротации и аномалий фиксации кишечника у детей / Н. Ш. Эргашев, Ж. Б. Саттаров // Вестник хирургии. – 2014. – № 1. – С. 73-77.

5. Morris, G. Small Bowel Congenital Anomalies: a Review and Update / G. Morris, Jr A. Kennedy, W. Cochran // Current Gastroenterology Reports. – 2016. – №4, Vol. 18. – P. 78-94.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Астапенко К. П., ¹Волкова Е. Т., ²Сокол В. А., ²Татун Т. В.

¹Гродненская университетская клиника, Республика Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Аномалии расположения двенадцатиперстной кишки могут встречаться не только при нарушении эмбриогенеза кишечника, но и при различных аномалиях поворота кишечной трубки во внутриутробном периоде.

Мальротация кишечника – врожденная анатомическая аномалия, возникающая в результате аномального вращения кишечника, заключающаяся в неспособности различных отделов тонкой и толстой кишки занять свое правильное анатомическое положение в брюшной полости в период внутриутробного развития [1].

Кишечные мальротации включают различные анатомические аномалии и вариации начиная от полного отсутствия вращения до нормального положения, такими как неполная ротация, смешанная ротация, атипичная мальротация и другие варианты мальротации. Их можно разделить на две группы: типичные и атипичные мальротации в зависимости от положения связки Трейца справа и слева от срединной линии соответственно [5]. Как правило, мальротация кишечника у взрослых определяется случайно из-за ее бессимптомного или неспецифического течения с различными симптомами. В настоящей статье мы представляем случай аномально расположенной двенадцатиперстной кишки, при котором нисходящая часть двенадцатиперстной кишки не поворачивается налево, переходя в нижнюю горизонтальную ее часть, а опускается вниз без резкой анатомо-топографической границы переходя в тощую кишку [4].

Цель исследования: изучить и проанализировать клинический случай аномального расположения двенадцатиперстной кишки и ее анатомо-топографические особенности.

Материалы исследования: история болезни (мужчина 40 лет), которой была произведена мультиспиральная компьютерная томография сосудов брюшной полости в 2023 года в УЗ «Гродненская университетская клиника».

Результаты исследования: нами наблюдался клинический случай аномально расположенной двенадцатиперстной кишки при котором, горизонтальная часть двенадцатиперстной кишки не поворачивается налево, а