

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

опускается вниз, без резкой анатомо-топографической границы при переходя в тощую кишку.

Закладка двенадцатиперстной кишки происходит в конце 4-й недели эмбриогенеза. У эмбрионов 10-12 мм длины (5,5-6 нед.) закладка двенадцатиперстной кишки приобретает собственную трехслойную стенку, имеет форму короткой дуги, выпуклой вентрально и вправо, и расположена почти поперечно соответственно интенсивному росту печени. Таким образом, закладка двенадцатиперстной кишки человека имеет форму короткой дуги без ясного деления на части. У большинства плодов 9,5-10 недели внутриутробного развития кишка принимает кольцевидную форму и фронтальное положение в связи с относительным уменьшением размеров печени, особенно сагиттального, и у большинства плодов 5-го месяца – подковообразную форму. У плодов 10 недель и старше встречаются другие формы двенадцатиперстной кишки – U- и V-образные, овальная, с удлинением верхней части, как варианты деформации основных фетальных форм (кольцевидной, подковообразной), и сохранение эмбриональной полукольцевидной формы [2].

При анализе истории болезни пациент, поступивший в приемный покой жаловался на сильные боли в области живота. При сборе анамнеза было отмечено, о хронических абдоминальных симптомах, таких как перемежающаяся боль в животе, вздутие живота, чередование запоров и поносов, снижение массы тела. После проведения мультиспиральной компьютерной томографии органов брюшной полости и ангиографии сосудов брюшной полости было установлено случай аномального строения и положения некоторых отделов тонкой кишки.

Анатомо-топографическое описание двенадцатиперстной кишки выглядело следующим образом: луковица двенадцатиперстной кишки расположена типично по средней ключичной линии справа на уровне тела 12 грудного позвонка, расширена до 38x43 мм, затем кишка делает поворот под прямым углом и переходит в нисходящую часть двенадцатиперстной кишки, кишка направляется вертикально вниз от тела 12 грудного позвонка до нижнего края первого поясничного позвонка справа от головки поджелудочной железы (по средней ключичной линии справа). Совершая второй поворот под прямым углом, двенадцатиперстная кишка переходит в горизонтальную часть. Эта часть начинается типично на уровне межпозвоночного диска между первым и вторым поясничными позвонками, на протяжении 45 мм расположена типично, далее не достигая передней срединной линии закручивается спиралевидно кпереди, сзади и справа вокруг поджелудочно-двенадцатиперстной артерии – на уровне верхней трети тела второго поясничного позвонка. Далее спускается вниз и располагается вертикально на уровне правой среднеключичной линии и потом переходит в тощую кишку на уровне четвертого поясничного позвонка в правой подвздошной области.

Вывод. Подробно рассмотренный нами клинический случай аномально расположенной двенадцатиперстной кишки подтверждается тем, что при незавершенном в период эмбриогенеза повороте кишечника 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 [5]. Клиническое значение аномалий мальротации кишечника заключается в нескольких важных особенностях: отсутствие четких границ горизонтальной и восходящих частей двенадцатиперстной кишки, аномально расположенного или слабо выраженного дуоденоюнального изгиба, наличие перитонеальных связок Лэдда, вызывающих обструкцию двенадцатиперстной кишки, и узкая фиксация основания брыжейки, подвергающая верхнюю брыжеечную артерию и вену к риску заворота [3].

Список литературы:

1. Ladd procedure for adult intestinal malrotation: Case report / P. G. Kotze [et al.] // ABCD Arq. Bras. Cir. Dig. – 2011. – Vol. 24(1). – P. 89-91.
2. Radiographic patterns of intestinal malrotation in children / F. R. Long [et al.] // Radiographics. – 2016. – № 16. – P. 547-556.
3. Pathak, N. Should gut malrotation be suspected in adolescents and young adults presenting with failure to thrive / N. Pathak // Trop. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 34(3). – P. 184-185.
4. Torres, A. M. Malrotation of the intestine / A. M. Torres, M. M. Ziegler // World J. Surg. – 2017. – № 17. – P. 326-331.
5. Filston, H. C. Malrotation – the ubiquitous anomaly / H. C. Filston, D. R. Kirks // J. Pediatr. Surg. – 2014. – № 16. – P. 614-620.

ДИНАМИКА ОССИФИКАЦИИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ И ЛОКТЕВОЙ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Багинский В. А., Денисов С. Д.

Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. Костный возраст является одним из значимых в клинической практике индикаторов физического и полового развития детей. Определение костного возраста широко используется для диагностики и контроля лечения эндокринных заболеваний [1, 2].

В клинической практике для оценки костного возраста используются рентгенограммы кисти и лучезапястного сустава в прямой проекции. Костный возраст определяется на основании анализа рентгеноанатомических характеристик костей кисти и дистального отдела предплечья [3].

Динамика окостенения костей скелета различается в разных популяциях. На темп оссификации влияет статус питания, уровень физической активности, социально-экономические условия, экологическая обстановка [4, 5].