

ДООПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ВИНСЛОВА ОТВЕРСТИЯ

А.И. Панасюк, Т.Н. Бойко, Р.О. Быргазов, Е.Г. Григорьев

Областная клиническая больница,

Иркутский государственный медицинский университет МЗ РФ,

Иркутский научный центр хирургии и травматологии, Иркутск, Российская Федерация

PREOPERATIVE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF STRANGULATED HERNIA THROUGH THE FORAMEN OF WINSLOW

A.I. Panasyuk, T.N. Boyko, R.O. Byrgazov, E.G. Grigoryev

Irkutsk Regional Clinical Hospital,

Irkutsk State Medical University,

Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russian Federation

РЕЗЮМЕ

Представлен случай своевременной диагностики и успешного хирургического лечения редко встречающейся ущемленной грыжи Винслоу отверстия.

Ключевые слова:

внутренние грыжи брюшной полости, грыжа Винслоу отверстия.

ABSTRACT

The case of timely diagnosis and surgical treatment of a rare strangulated hernia through the foramen of Winslow is reported.

Keywords:

internal hernia, hernia through the foramen of Winslow.

УЗС — ультразвуковое сканирование

МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография

Внутренние грыжи брюшной полости как причина кишечной непроходимости составляют по разным данным от 0,5 до 4,1% [1]. Среди них грыжи сальникового отверстия встречаются в 8% случаев, что составляет 0,08% от всех грыж живота [1–3]. Наиболее часто, по данным литературы, ущемляется тонкая кишка (63%), за ней следуют слепая, восходящая ободочная (30%) и поперечно-ободочная кишка (7%). Также описаны единичные случаи ущемления в сальниковом отверстии желчного пузыря, большого сальника и дивертикула Меккеля [3].

С первого сообщения *Balandini* в 1834 г. (по данным аутопсии) в мировой литературе описано около 200 случаев грыжи Винслоу отверстия. Из них до операции диагноз был установлен менее чем в 10% наблюдений [2]. В русскоязычной литературе нам не встретились случаи дооперационной диагностики данной патологии.

Клиническая картина заболевания неспецифична. Обычно пациенты оказываются на операционном столе по поводу острой кишечной непроходимости, и диагноз устанавливается интраоперационно [2, 4]. К сожалению, трудность диагностики часто является причиной несвоевременности операции, в результате чего ущемленные кишки оказываются некротизированными. Летальность в этой ситуации достигает 49% [1–3]. Приводим клинический пример.

Пациент В., 29 лет, поступил в приемное отделение ГБУЗ ИОКБ через сутки от начала заболевания с жалоба-

ми на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту. Боли связывает с употреблением алкоголя и обильным приемом пищи. Хронические заболевания отрицает. Операций в анамнезе нет.

При поступлении состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Язык влажный, обложен серо-коричневым налетом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в эпигастрии, где нечетко определяется мягкоэластический инфильтрат размерами около 15 см. Пульсация брюшной аорты не определяется. При аускультации сосудов шумов нет. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. По результатам анализов выявлен лейкоцитоз 12 тыс. в 1 мм³, без сдвига формулы, уровень амилазы крови 90 г/чл.

Выполнено ультразвуковое сканирование (УЗС) брюшной полости. Поджелудочная железа визуализируется фрагментами, контуры нечеткие, эхогенность повышена, структура диффузно неоднородная. В проекции тела и хвоста жидкостное образование 13,0x6,3 см с неоднородным содержимым. Признаки острого панкреатита, панкреобурсита.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) брюшной полости определила газосодержащее неоднородное жидкостное образование, расположенное ретроградно, размерами 90x210 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров с ровными волнистыми контурами. Парапанкреальная клетчатка не изменена.

Установлен диагноз: «острый панкреатит, панкреобурсит». Пациент госпитализирован в хирургическое отделе-

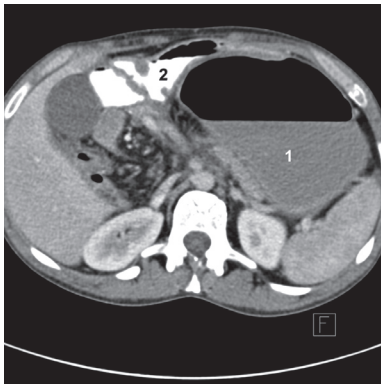


Рис. 1. 1 — ущемленная петля тонкой кишки, 2 — желудок

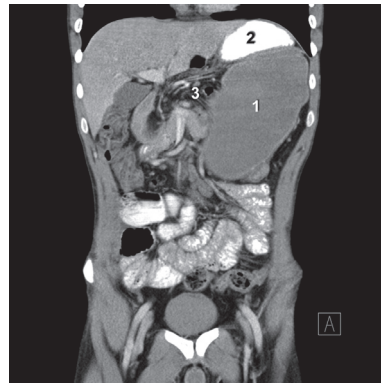


Рис. 2. 1 — ущемленная петля тонкой кишки, 2 — желудок, 3 — брыжейка ущемленной кишки

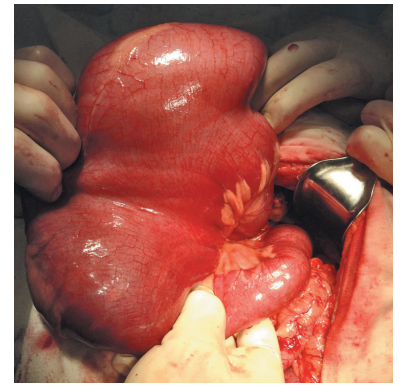


Рис. 3. Петля подвздошной кишки, извлеченная из сальниковой сумки

ние, готовился к транскутанному дренированию сальниковой сумки под контролем УЗИ.

На следующий день на утреннем обходе отмечено уменьшение болевого синдрома. Однако выслушивается усиленная перистальтика и шум «плеска». Дополнительный сбор анамнеза, уточнение жалоб, клиническая картина не соответствовали приступу острого панкреатита и тем более наличию газосодержащего ретрогастрального абсцесса при столь коротком периоде болезни.

Повторно выполнена МСКТ брюшной полости с внутривенным введением омнипака 350–50,0 мл с первичной коллимацией 64x0,75 мм, толщиной реформированных срезов 1–5 мм и последующим трехмерным анализом изображений в MPR-, MIP- и VRT-реконструкциях. Слева в поддиафрагмальном пространстве, оттесняя желудок вверх и кпереди, визуализируется дилатированная до 15x9 см неконтрастированная петля тонкой кишки. Отчетливо определяется ее брыжейка с контрастированными сосудами. В области Винслово отверстия под печеночно-дуоденальной связкой также определяется брыжейка тонкой кишки. Контрастированная петля тонкой кишки дилатирована до 40 мм, отводящая петля спавшаяся (рис. 1, 2).

С диагнозом «ущемленная тонкокишечная грыжа Винслово отверстия» пациент доставлен в операционную. Выполнена срединная лапаротомия под эндотрахеальным наркозом. В брюшной полости 200 мл серозного выпота. Тощая кишка дилатирована. Слепая кишка и терминальный отдел подвздошной кишки располагаются под печенью, спавшиеся. Найдена причина непроходимости — ущемле-

ние подвздошной кишки в Винслово отверстие. Рассечена желудочно-ободочная связка. В сальниковой сумке петля подвздошной кишки, расширенная до 9 см в диаметре на протяжении 15 см. Кишка жизнеспособна (рис. 3).

Извлечена через Винслово отверстие. Для этого пальцами левой руки дилатировали Винслово отверстие, а правой рукой постепенно, опорожняя кишку от жидкости и газов, низводили ее в свободную брюшную полость (рис. 4, 5).

Выполнена назоинтестинальная интубация тонкой кишки. Над нижней полой веной рассечена париетальная брюшина (рис. 7).

Винслово отверстие уменьшено за счет фиксации верхней горизонтальной и нисходящей ветвей двенадцатиперстной кишки к латеральному лоскуту рассеченной над веной и отсепарированной париетальной брюшины (рис. 8).

Петли тонкой кишки уложены на назоинтестинальном зонде. Установлен дренаж в малый таз. Брюшная стенка ушита.

Гладкое течение послеоперационного периода. У пациента был стул на 3-и сут. В тот же день удален назоинтестинальный зонд. Выписан на 7-е сут.

Приведенное наблюдение показывает сложность дооперационной диагностики ущемленной грыжи Винслово отверстия. Использование современных методов лучевой диагностики упрощает решение этой задачи при правильной интерпретации полученной информации.



Рис. 4. Отводящая петля подвздошной кишки, внедрившейся в Винслово отверстие

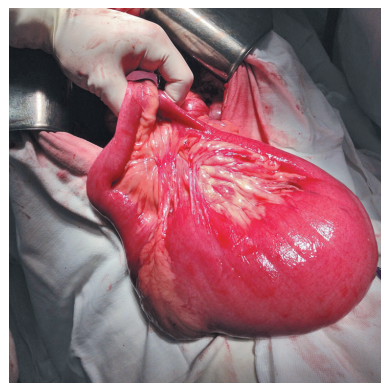


Рис. 5. Извлеченная из Винслово отверстия подвздошная кишка

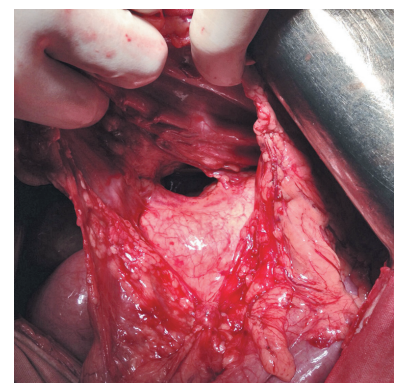


Рис. 6. Грыжевые ворота, вид со стороны сальниковой сумки

ОБСУЖДЕНИЕ

Проблема заключается еще и в том, что в литературе нет конкретных рекомендаций относительно способа сужения сальникового отверстия для предупреждения рецидива заболевания. Существует опасность повреждения элементов гепатодуоденальной связки, нижней полой вены при манипуляциях в этой области [3]. Возможен тромбоз воротной вены при подшивании печеночно-двенадцатиперстной связки к париетальной брюшине [2, 3]. В ряде случаев авторы оставляли Винслово отверстие в неизменном виде, рассчитывая на то, что послеоперационные внутрибрюшные сращения будут препятствовать перемещению органов [3]. Также возможно тампонирующее Винслово отверстие большим сальником с фиксацией его редкими швами [1]. Предложенный нами вариант операции в доступной литературе не встретился.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, не только хирурги, занимающиеся urgentной абдоминальной патологией, но и специалисты лучевой диагностики должны помнить об этом редком виде внутреннего ущемления кишки. В обязательном порядке жалобы пациента, клиническую картину заболевания следует сопоставлять с находками, выявленными при исследовании на современных аппаратах диагностического изображения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lin W.C., Lin C.H. Lo Y.P., Liao Y.H. Rapid pre-operative diagnosis of ileal hernia through the foramen of Winslow with multi-detector computed tomography, enabling successful laparoscopic reduction // S. Afr. J. Surg. – 2013. – Vol. 51, N. 1. – P. 35–37.
2. Sikiminywa-Kambale P., Anaye A., Roulet D., Pezzetta E. Internal hernia through the foramen of Winslow: a diagnosis to consider in moderate epigastric pain // J Surg Case Rep. – 2014. – N. 6. – Doi: 10.1093/jscr/rju065.
3. Tee C. L., Stephensen B., Dissanayake T., Grieve D.A. Foramen of Winslow Hernia: A Case Report and Literature Review // Ann Colorectal Res. – 2014. – N. 2 (4). – e25656.
4. Колыгаев В.Ф., Бехтерев Г.В., Дыхно Ю.А. Случай успешного хирургического лечения ущемленной грыжи сальникового (Винслово) отверстия // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 6. – С. 73–75.

REFERENCES

1. Lin W.C., Lin C.H. Lo Y.P., Liao Y.H. Rapid pre-operative diagnosis of ileal hernia through the foramen of Winslow with multi-detector computed tomography, enabling successful laparoscopic reduction. *S Afr J Surg.* 2013; 51 (1): 35–37.
2. Sikiminywa-Kambale P., Anaye A., Roulet D., Pezzetta E. Internal hernia through the foramen of Winslow: a diagnosis to consider in moderate epigastric pain. *J Surg Case Rep.* 2014; 6. DOI: 10.1093/jscr/rju065.
3. Tee C. L., Stephensen B., Dissanayake T., Grieve D.A. Foramen of Winslow Hernia: A Case Report and Literature Review. *Ann Colorectal Res.* 2014. 2 (4): e25656.

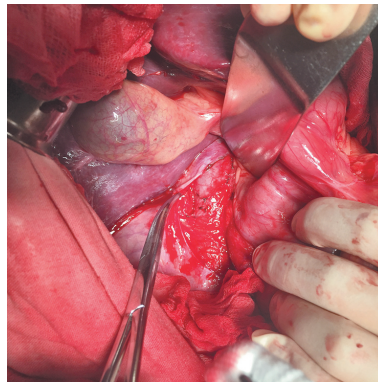


Рис. 7. Рассечение париетальной брюшины над нижней полой веной

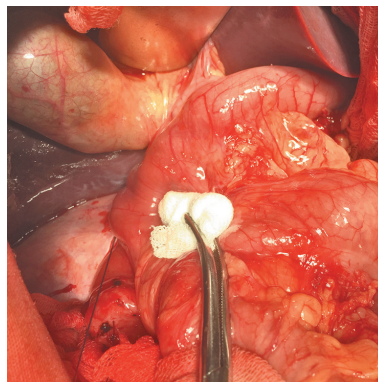


Рис. 8. Фиксация двенадцатиперстной кишки к париетальной брюшине

Поступила 21.01.2016

Контактная информация:
Панасюк Александр Иосифович,
 врач-хирург высшей категории хирургического
 отделения ГБУЗ ИОКБ, Иркутск
 e-mail: pana@mail.ru