

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ
ТРАНСМЕЗОСИГМОВИДНОЙ ГРЫЖИ**

**А.А. Сопуев¹, М.К. Ормонов², К.Е. Овчаренко¹, О.А. Умурзаков²,
З.К. Кудайбердиев², Н.О. Талипов¹, Р.Р. Абсаматов²**

¹Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

²Национальный хирургический центр

г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: sopuev@gmail.com

Резюме. Представлен клинический случай, отражающий трудности диагностики ущемленной трансмезосигмовидной грыжи, а также современные литературные данные о трансмезосигмовидных грыжах.

У пациентов с отсутствием в анамнезе абдоминальных хирургических вмешательств или перитонеального воспалительного процесса, но наличием прогрессирующих или стойких симптомов тонкокишечной непроходимости следует в процессе дифференциальной диагностики иметь в виду трансмезосигмовидную грыжу. При дифференциальной диагностике сначала необходимо рассмотреть такие более частые причины тонкокишечной непроходимости, как послеоперационный спаечный процесс, грыжи брюшной стенки и опухоли. После исключения этих состояний следует поддерживать высокий индекс подозрения на трансмезосигмовидную грыжу. Предполагается, что диаметр отверстия трансмезосигмовидной грыжи, вызывающей тонкокишечную непроходимость, обычно составляет 2-5 см. Регулярная повторная оценка состояния пациентов, получающих консервативное лечение, является обязательной для своевременного распознавания ишемии кишечника. При показаниях необходимо проводить хирургическое вмешательство.

Ключевые слова: трансмезосигмовидная грыжа, острая кишечная непроходимость, внутренняя грыжа.

**ТРАНСМЕЗОСИГМАЛЫК ЧУРКУНУН КЛИНИКАСЫНЫН ЖАНА
ДИАГНОСТИКАСЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

**А.А. Сопуев¹, М.К. Ормонов², К.Е. Овчаренко¹, О.А. Умурзаков²,
З.К. Кудайбердиев², Н.О. Талипов¹, Р.Р. Абсаматов²**

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

²Улуттук хирургия борбору,

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кыпчылган трансмезосигмалык чуркунун диагностикасынын оорчулугун чагылдырган клиникалык кезигүүсү, жана дагы трансмезосигмалык чурку жөнүндөгү азыркы адабияттагы билдируүүлөр көрсөтүлдү.

Анамнезінде абдоминалдык хирургиялык операция же перитонеалдык сезгенүү болбой, ичке ичегинин буралышынын симтомдору болгон учурларда дифференциалдык диагностика процессинде трансмесосигмалык чуркуну эстен чыгарбоо керек. Дифференциалдык диагностика кылууда ичке ичегинин өтпөй калышына алып келген учурларды: операциядан кийинки жабышма процессинин, курсактын чуркусунун жана шишиктердин бар же жок экендигин аныктоо керек. Ушул себептерди четке каккандан кийин трансмесосигмалык чуркунун жогорку индесин кабыл алуу керек. Ичке ичегинин түйүлүшүнө алып келген трансмесосигмалык чуркунун тешигинин диаметри 2-5 см. болот. Консервативдик дарылоо алып жаткан пациенттердин абалына үзгүлтүксүз баа берүү, ичегинин ишемиясын өз убагында аныктоо үчүн милдеттүү болот. Керектүү учурларда сөзсүз хирургиялык операция жасоо керек.

Негизги сөздөр: трансмесосигмалык чуркуну, ичегинин курч өтпөй калуусу, ички чурку.

FEATURES OF THE CLINIC AND DIAGNOSTICS OF TRANSMESOSIGMOID HERNIA

**A.A. Sopuev¹, M.K. Ormonov², K.E. Ovcharenko¹, O.A. Umurzakov²,
Z.K. Kudaiberdiev², N.O. Talipov¹, R.R. Absamatov²**

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

²National Surgical Center

Bishkek, Kyrgyz Renspublik

Summary. A clinical case is presented that reflects the difficulties in diagnosing a restrained transmesosigmoid hernia, as well as modern literature data on transmesosigmoid hernias.

In patients with no history of abdominal surgery or peritoneal inflammation, but the presence of progressive or persistent symptoms of small bowel obstruction, a transmesosigmoid hernia should be kept in mind in the differential diagnosis process. In differential diagnosis, it is first necessary to consider such more frequent causes of small bowel obstruction, such as postoperative adhesions, hernias of the abdominal wall and tumors. Once these conditions have been ruled out, a high index of suspicion for transmesosigmoid hernia should be maintained. It is assumed that the diameter of the opening of a transmesosigmoid hernia, causing small bowel obstruction, is usually 2-5 cm. Regular re-assessment of the condition of patients receiving conservative treatment is mandatory for the timely recognition of intestinal ischemia. When indicated, it is necessary to perform surgical intervention.

Key words: transmesosigmoid hernia, acute intestinal obstruction, internal hernia.

Внутренняя грыжа - это выход или брюшное отверстие. Она вызывает внутреннего органа через брыжеечное до 5,8% случаев непроходимости тонкой

кишки [1, 2]. Сигмовидные грыжи встречаются редко и составляют 6% внутренних грыж. Наиболее распространенным типом грыж, связанных с брыжейкой сигмовидной кишки, является интрасигмовидный вариант - внедрение петли подвздошной кишки в складки брыжейки, при ее удлинении и гипермобильности.

Второй тип, трансмезосигмовидный, происходит, когда петли тонкой кишки внедряются в подлинную щель обоих листков брюшины с того края, который ограничен ветвью нижней брыжеечной артерии.

Третий и наименее распространенный тип, интрамезосигмовидный, - грыжи через дефект одного из слоев брыжейки, тогда грыжевым мешком является брыжейка сигмы.

И второй, и третий типы являются подтипами приобретенной внутренней грыжи, в то время как первый является врожденным вариантом. Однако эти три вида являются рентгенологически трудно отличимыми, и дифференцировка их не столь важна, потому что все они имеют одинаковое хирургическое лечение.

Особых клинических отличий у этих вариантов сигмовидных грыж нет, кроме локализации.

Предполагается, что из-за отсутствия грыжевого мешка трансмезосигмовидная грыжа быстро прогрессирует с более высокой частотой ущемлений. Клиническая картина часто бывает безликой до тех пор, пока не произойдет явная обструкция или ущемление. Кроме того, изменения изображения при радиологических методах исследования

также могут быть неспецифическими. Без повышенного внимания и понимания такой грыжи возникает риск диагностической ошибки, что может привести к значительной осложняемости и летальности. Насколько нам известно, в литературе имеется лишь несколько наблюдений трансмезосигмовидных грыж. Мы представляем случай и обзор литературы на эту тему для представления современного взгляда на трансмезосигмовидную грыжу [3].

Клинический случай

В Национальный хирургический центр Министерства здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики поступил мужчина Б.С. (история болезни №2534/2018) 48-ми лет с жалобами на острую сильную схваткообразную боль в животе без отхождения газов и кала в течение пяти дней подряд. У этого пациента в анамнезе был эпизод болезненных ощущений в животе, который длился в течение суток 2 года назад. В 29 лет он перенес операцию по пластике паховой грыжи. Травм живота в анамнезе не было. При осмотре температура была нормальной, пульс 90 уд/мин, артериальное давление 125/92 мм рт. ст. Сердце и легкие были клинически нормальными. Осмотр живота показал, что в правой паховой области имеется хирургический рубец длиной около 5 см. Имела место небольшая болезненность в нижней части живота с гиперактивными кишечными звуками. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. У пациента не выявлено перистальтики кишечника, гепатоспленомегалии или изменчивой перкуторной тупости. Наружные

паховые грыжевые отверстия с обеих сторон в норме. Ректальное обследование не дало результатов. Анализ крови показал, что количество лейкоцитов $11,2 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильный лейкоцитоз 71,1%. Биохимические анализы крови и функциональные тесты печени были в пределах нормы. Компьютерная томография (КТ) брюшной полости показала расширенные петли тонкой кишки с чашами Клойбера и коллапс дистального отдела тонкой кишки (рис. 1). Предварительный предоперационный диагноз: острая кишечная непроходимость/спаечная кишечная непроходимость. Выполнена экстренная диагностическая лапаротомия. При ревизии обнаружена внутренняя грыжа с ущемлением тонкой кишки. Проксимальный отдел подвздошной кишки был расширен, а дистальный отдел - сужен. Петля подвздошной кишки длиной около 15 см находилась в грыже, попавшей туда через

врожденный дефект мезоколон сигмовидной кишки (рис. 2). Ущемленная петля и другие части подвздошной кишки были жизнеспособными, без некротических изменений. На стенке кишечника определялась странгуляционная полоса (Рис. 3). Ущемленная петля кишечника освобождена и размещена в свободной брюшной полости. Грыжевой дефект ушит. Резекция кишечника не производилась. Грыжевого мешка не было. Грыжевое отверстие диаметром 2,5 см состояло из двух листков брыжейки сигмовидной кишки (Рис. 4). Длительность хирургического вмешательства составила около 40 мин, с минимальной кровопотерей. Прием жидкости пациенту был разрешен через 2-е суток. Кожные швы сняты на 7-е сутки после операции. Послеоперационный период протекал без осложнений. Период наблюдения составил 5 недель.

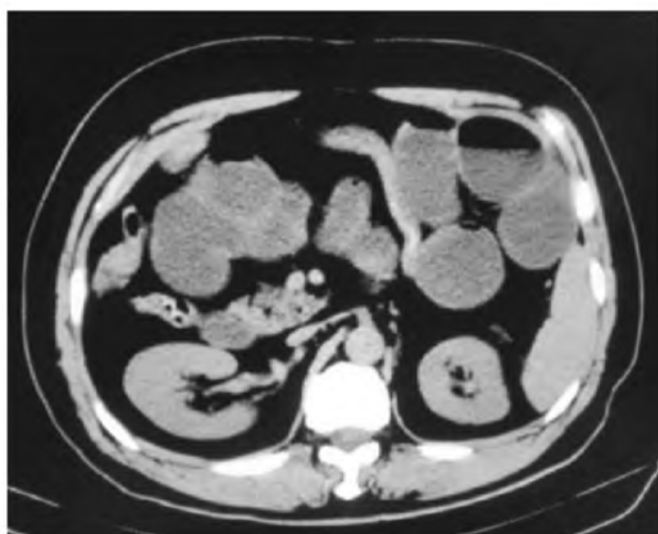


Рис. 1. Компьютерная томография брюшной полости: расширенные петли тонкой кишки с несколькими жидкостными уровнями и коллапс дистальных отделов тонкой кишки, что соответствует непроходимости тонкой кишки.



Рис. 2. Ущемленная трансмесосигмовидная грыжа с 15-ти сантиметровой петлей подвздошной кишки, внедрившейся в дефект брыжейки сигмовидной кишки

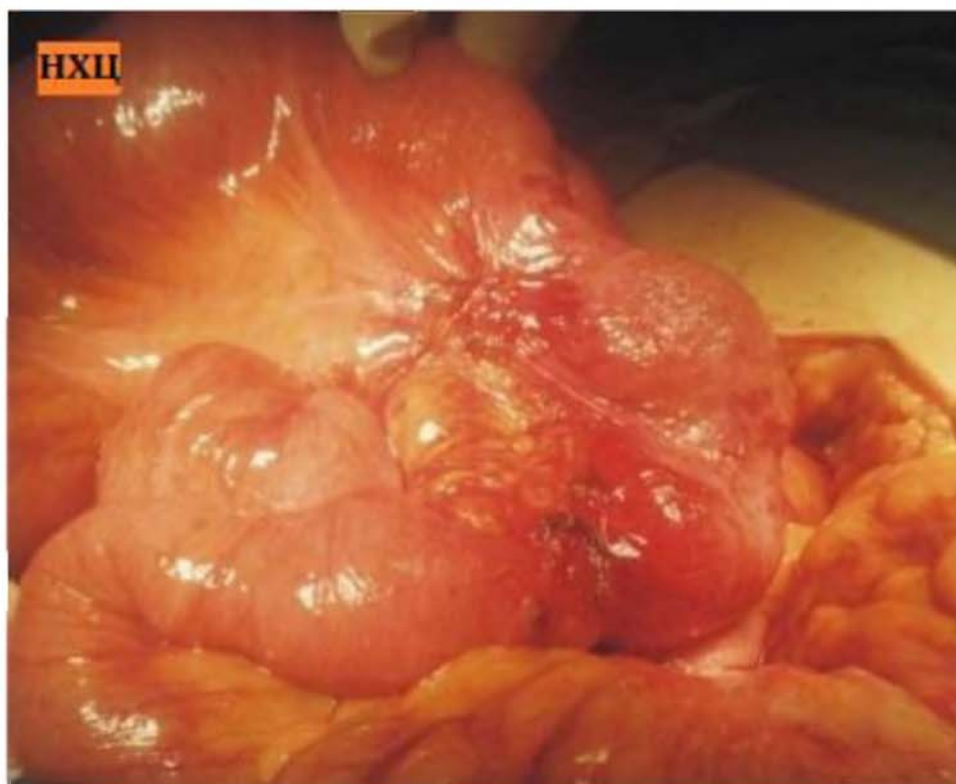


Рис. 3. Освобожденная из ущемления петля подвздошной кишки со странгуляционной бороздой

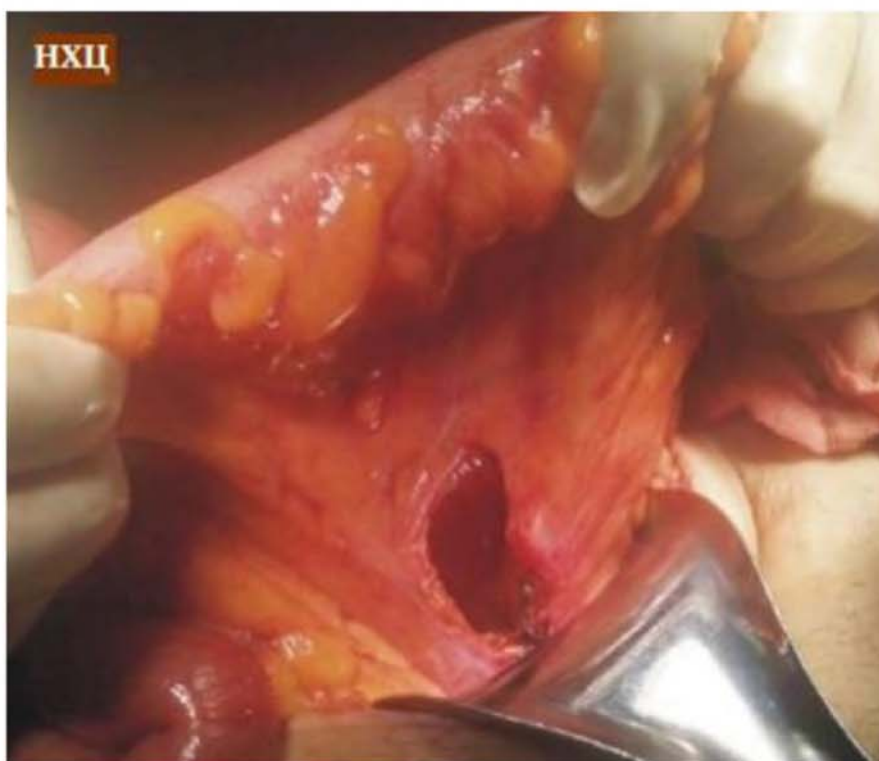


Рис. 4. Грыжевой дефект в брыжейке сигмовидной кишки

Обсуждение

Трансмезосигмовидная грыжа встречается редко и характеризуется внедрением петель тонкой кишки через полный дефект, затрагивающий оба слоя мезоколон сигмовидной кишки. На сегодняшний день зарегистрировано всего несколько случаев трансмезосигмовидной грыжи. По общему мнению специалистов, клиническая картина трансмезосигмовидной грыжи безлика, а визуализирующие тесты неспецифичны.

Далее мы суммируем несколько ценных клинических особенностей, которые помогут раннему распознаванию трансмезосигмовидной грыжи.

Согласно многим исследованиям, трансмезосигмовидная грыжа даже не имеется в виду при диагностике острой

абдоминальной патологии. Соотношение мужчин и женщин составляет 1,44: 1 при среднем возрасте 53,1 года. Интервал между развитием симптомов и началом операции составляет 1,5 дня (медиана). У пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью и отсутствием в анамнезе операций на органах брюшной полости или перитонеального процесса рекомендуется включать в перечень заболеваний для дифференциального диагноза внутреннюю грыжу или трансмезосигмовидную грыжу.

Как правило, КТ брюшной полости имеет значение при тонкокишечной непроходимости, с помощью которой можно получить информацию о месте обструкции, содержимом и возможных основных причинах, таких как злокачественные новообразования, стриктуры, врожденные атрезии и стенозы стенки кишечника, а также

другие внутрипросветные проблемы, например инвагинация, желчнокаменная кишечная непроходимость, наличие каловых камней, мекония или безоара. При КТ диагностике имеются некоторые особенности, на которые необходимо обращать внимание: а) если при КТ обнаружены расширенные петли тонкой кишки с коллапсированными дистальными сегментами, следует предположить возможность наличия ущемленной внутренней грыжи; б) в случаях переднемедиального смещения сигмовидной кишки за счет захвата петель кишечника за левой задней или боковой стороной сигмовидной кишки следует иметь в виду трансмезосигмовидную грыжу. Следовательно, для пациентов с тонкокишечной непроходимостью после тщательного сбора анамнеза и объективного обследования, КТ брюшной полости имеет важное значение для своевременной диагностики трансмезосигмовидной грыжи [4].

При трансмезосигмовидной грыже петля кишечника может легко ущемиться, что может вызвать некроз кишки. По нашим данным, у 72,7% пациентов имел место некроз кишечника, которым была выполнена резекция кишечника (средняя длина резекции 44,5 см). У 77,3% пациентов развился перитонит, у 18,2% - сепсис. Несмотря на то, что у некоторых пациентов была предпринята попытка консервативного подхода, в конечном итоге всем пациентам была проведена лапаротомия, что важно для понимания проблемы. С одной стороны, при

консервативном лечении обязательно своевременно и периодически переоценивать состояние пациента. При сохранении или прогрессировании клинических симптомов и признаков необходимо срочное хирургическое вмешательство. С другой стороны, тонкокишечная непроходимость, вызванная трансмезосигмовидной грыжей, имеет высокую частоту ущемления, которое быстро прогрессирует до гангрены кишки. Напротив, при спаечной тонкокишечной непроходимости у значительного процента пациентов был эффективен консервативный подход [5]. При странгуляции имел место высокий риск возникновения осложнений, включая распространение в свободную брюшную полость воспалительного экссудата, кровотечение и стеноз анастомоза.

Ущемление петель кишки в трансмезосигмовидной грыже тесно связано с размером грыжевого отверстия. Средний диаметр дефекта трансмезосигмовидной грыжи составляет около 3,39 см (диапазон 2-5 см) [3]. Разумно предположить, что при диаметре отверстия > 5 см, кишечник может свободно входить и выходить из него; когда грыжевой дефект < 2 см, это может вызвать только частичное внедрение стенки кишечника. При этих двух состояниях может происходить спонтанный выход кишки из грыжевого отверстия, а симптомы тонкокишечной непроходимости мягкие и неопределенные. При размере дефекта 2-5 см самопроизвольный выход кишки из грыжевого отверстия маловероятен и высок риск ущемления. Кроме того,

симптомы кишечной непроходимости при трансмезосигмовидной грыже нередко могут повторяться в результате наличия врожденного дефекта, даже если в некоторых случаях после консервативного лечения наблюдается временное улучшение. В результате это может объяснить, почему в большинстве случаев пациентам с трансмезосигмовидной грыжей выполняется лапаротомия.

Таким образом, у пациентов с отсутствием в анамнезе абдоминальных хирургических вмешательств или перитонеального воспалительного процесса, но, при наличии прогрессирующих или стойких симптомов тонкокишечной непроходимости следует, в процессе дифференциальной диагностики, иметь в виду трансмезосигмовидную грыжу. При дифференциальной диагностике сначала необходимо рассмотреть такие более

частые причины тонкокишечной непроходимости, как послеоперационный спаечный процесс, грыжи брюшной стенки и опухоли. После исключения этих состояний следует поддерживать высокий индекс подозрения на трансмезосигмовидную грыжу. Предполагается, что диаметр отверстия трансмезосигмовидной грыжи, вызывающей тонкокишечную непроходимость, обычно составляет 2-5 см. Регулярная повторная оценка состояния пациентов, получающих консервативное лечение, является обязательной для своевременного распознавания ишемии кишечника. При показаниях необходимо проводить хирургическое вмешательство.

Литература

1. Майоров М.И. Клинические аспекты острой кишечной непроходимости : специальность 14.01.17 "Хирургия": диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Майоров Михаил Игоревич. – Москва, 2003. – 271 с. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19222133>
2. Акешов А.Ж., Айткулов У.Р., Жолдошбеков Е.Ж. Характер и частота осложнений в экстренной абдоминальной хирургии. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2018;2:46-49. [Akeshev AJ, Aitkulov UR, Zholdoshbekov EZh. Character and frequency of complications in emergency abdominal surgery Vestnik of KSMA named after I.K. Akhunbaev. 2018;2:46-49] (In Russ.)
3. Li B, Assaf A, Gong YG, Feng LZ, Zheng XY, Wu CN. Transmesosigmoid hernia: Case report and review of literature. World J Gastroenterol. 2014;20(19):5924-29. DOI: 10.3748/wjg.v20.i19.5924

4. Yang MS, Yeh DM, Lin SS, Chang CC, Wu MM, Chao C, Tyan YS. *Computed tomographic appearance of internal herniation through the sigmoid mesocolon. J Chin Med Assoc. 2005;68:195–7.*
5. Сопуев А.А., Абдиев А.Ш., Ибраев Д., Искаков М.Б., Калжикеев А.М. *Основные клинико-диагностические и лечебные принципы ведения больных острой спаечной кишечной непроходимостью. Проблемы современной науки и образования. 2016;10(52):170-4. [Sopuev A, Abdiev A, Ibraev D, Iskakov M, Kaljikeev A. Basic diagnostic and therapeutic principles of management of patients with acute adhesive intestinal obstruction. Problems of modern science and education/2016;10(52):170-4] (In Russ.) DOI: 10.20861/2304-2338-2016-52-003*