БРЮШИННЫЕ СРАЩЕНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ С ОБОДОЧНОЙ КИШКОЙ ПРИ РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ ЕЕ ФИКСАЦИИ У ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

Международный морфологический центр, Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Связки толстой, в т.ч. ободочной кишки (ОбК) рассматриваются как возможная причина страданий у больных. П.А.Романов (1987) нашел желчнопузырно-ободочную связку (ЖПОС) у 20,6 % новорожденных, чаще всего – при смешанной фиксации правого фланга ОбК. Печеночно-ободочная связка (ПОС), по его данным, у новорожденных отсутствовала при мезоперитонеальном и интраперитонеальном положении правого фланга ОбК, но при смешанной фиксации встречалась с такой же частотой, что и ЖПОС. П.А.Романов считал, что количество связок почти всех отделов толстой кишки нарастает по мере увеличения подвижности ее флангов – при мезоперитонеальном, смешанном или интраперитонеальном способах их фиксации. Я изучил развитие вторичных сращений ОбК и ее брыжеек у плодов человека 9-36 нед. путем препарирования. Сращения ОбК начинаются на 10-й нед. в области двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба, идут в обе стороны от средней линии, а также сверху вниз, особенно с правой стороны, а завершаются чаще всего у плодов 16-18 нед. в области илеоцекального угла, около или в правой подвздошной ямке. У плодов 18-29 нед. я находил в области правого изгиба ОбК следующие брюшинные связки – ПОС (10,5 %), ЖПОС (42,1 %) и желчнопузырно-дуоденальнооободочную (ЖПДОС – 47,4 %). Эти связки сочетались с разным способом фиксации ОбК на ее протяжении: ПОС – с микстоколоном (оба фланга толстой кишки на некотором протяжении имели брыжейки), ЖПОС и ЖПДОС – главным образом с нормоколоном (87,5 и 88,9 %), а также с тотальным долихомегаколоном и микстоколоном. Всего долихомегаколон был обнаружен на 5,3 % препаратов с указанными связками ОбК, микстоколон – на 15,8 % препаратов, нормоколон – в 78,9 % препаратов. При нормоколоне брыжейки были длинными и у поперечной, и у сигмовидной ОбК (53,3 % препаратов) или хотя бы у одной из них (20 и 26,7 %). Полученные данные позволяют предположить, что при нормоколоне вероятность обнаружения дополнительных брюшинных связок в области правого изгиба ОбК возрастает в связи с увеличением длины брыжеек, а следовательно подвижности поперечного и сигмовидного отделов ОбК. Образование связок определяется прежде всего соотношением темпов роста ОбК, печени и петель тонкой кишки.

СТАДИИ ПРЕНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

Международный морфологический центр, Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Развитие ободочной кишки (ОбК) до рождения человека описано в литературе противоречиво (Пэттен Б.М., 1959; Волкова О.В., Пекарский М.И., 1976; Станек И., 1977; Калсон Б., 1983). Так, Б.Пэттен обнаруживал закладку слепой кишки к 6-й нед. эмбриогенеза, И. Станек – у плодов 3-го мес. Первый видит восходящую ОбК сразу после вправления физиологической пупочной грыжи в брюшную полость плода 10-й нед. как ранее выступающую в пупочный стебелек часть задней кишки, которая должна теперь подниматься вверх к поперечной ОбК. Второй у плодов 3-го мес. выделяет только поперечную и нисходящую ОбК, восходящая ОбК удлиняется и окончательно формируется, начиная с 5-го мес. Развитие ОбК я изучил на трупах 120 эмбрионов и плодов человека 4-36 нед., включая серии гистологических срезов в трех основных плоскостях и препарирование.

В пренатальном развитии ОбК человека можно выделить следующие основные стадии:

1) вертикальная задняя кишка находится в целомической полости (4-я нед.);

2) углообразная задняя кишка;

а) в период физиологической пупочной грыжи она занимает сагиттальное положение, целиком в целомической полости (5-я нед.), причем вентральный конец ее горизонтальной части упирается в пупочное кольцо и образует каудальный короткий выступ – закладка слепой кишки, а затем она вместе с прилегающим отрезком горизонтальной части задней кишки (нижнее колено пупочной кишечной петли) входит в полость пупочного канатика (6-9-я нед.);

б) на 10-й нед. завершается вправление физиологической пупочной грыжи в брюшную полость плода, последним там оказывается илеоцекальный угол. Задняя кишка переходит во фронтальное положение, причем ее передняя, горизонтальная часть косо (слева направо и вверх) восходит к остальной, вертикально нисходящей части задней кишки, располагаясь на клубке петель тонкой кишки, кпереди от головки поджелудочной железы и нисходящей части двенадцатиперстной кишки;

3) формируется петля удлиняющейся ОбК, в которой дифференцируются сначала ее левый изгиб, нисходящий и сигмовидный отделы, позднее – ее правый изгиб и восходящий отдел в связи с развитием вторичных сращений брюшины (плоды 10-12/16-й нед.);

4) дефинитивные варианты топографии и строения ОбК (плоды 4-5 мес. и старше) определяются в связи с завершением фиксации толстой кишки и ее брыжеек к задней брюшной стенке и другим внутренним органам.