

УДК 616.34-007.272-071-089:611.95

І.Ю. Полянський, В.І. Москалюк

Кафедра хірургії (зав. – проф. І.Ю.Полянський) ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

ПОРУШЕННЯ ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНИХ ВЗАЄМВІДНОШЕНЬ ЯК ПРИЧИНА КОМБІНОВАНОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Резюме. Проведений аналіз клінічного випадку комбінованої непрохідності, зумовленої порушенням топографо-анатомічних співвідношень: виникнення непрохідності товстої кишки внаслідок її защемлення у стравохідному розтворі діафрагми та стискання її брижою горизонтальної частини дванадцятипалої кишки.

Ключові слова: непрохідність кишок, грижа стравохідного розтвору діафрагми, брижа поперечної ободової кишки.

Гостра кишкова непрохідність найчастіше є наслідком порушень анатомічних структур як самої кишки, так і прилеглих структур [1]. Подовжена брижа кишки слугує передумовою виникнення її завороту чи вузлуотворення, а дефекти черевної стінки можуть призвести до защемлення грижі.

Сприятливими умовами для виникнення порушень пасажу кишок є аномалії розвитку та порушення топографії кишок (незавершений поворот товстої кишки тощо), що проявляється, як правило, у дитячому віці [2, 3]. Порушення анатомо-топографічних взаємовідношень, які б слугували причиною кишкової непрохідності у дорослих та осіб похилого віку, трапляються рідко і створюють суттєві складнощі в діагностиці характеру кишкової непрохідності [4, 5].

Мета дослідження: демонстрація клінічних особливостей рідкісного випадку комбінованої непрохідності кишок, зумовленої порушенням топографоанатомічних співвідношень органів черевної порожнини.

Наводимо клінічний приклад такої патології.

Хвора В., 77 років, поступила до клініки зі скаргами на нудоту, блювання шлунковим вмістом, що приносить полегшення, багаторазову відрижку повітрям, переймоподібні болі по всьому животу, відсутність стільця та відходження газів упродовж 4 діб, виражену загальну слабкість, значну задуху, серцебиття. Означені симптоми з'явилися близько п'яти діб тому, хоч періодичне блювання наявне впродовж останніх двох років. За цей період мали місце закрепи та періодичне здуття живота, яке супроводжувалось переймоподібним болем. За останній час суттєво схудла, від-

мовлялась від їжі, оскільки після неї виникало блювання. Упродовж року помічає зростання задухи, серцебиття, біль у ділянці серця. Обстежувалась кардіологами, які виявили ішемічну хворобу серця, стенокардію напруги ФКП. Ефекту від призначеного кардіологами лікування не було. Пульмонолог патології з боку органів дихання не виявив, хоч явища задухи продовжували турбувати хвору.

При об'єктивному обстеженні виявлено: шкіра суха, тургор її знижений. Пульс 102 за хв, задовільних властивостей. Тони серця приглушені. Дихання везикулярне, однак зліва ослаблене в задньонижніх відділах, хрипи не вислуховуються. Язик сухий, обкладений темно-коричневими нашаруваннями. Живіт дещо збільшений у розмірах, при пальпації помірно болючий в епігастральній ділянці. У правій бічній ділянці пальпується тяжисте утворення еластичної консистенції, помірно болюче. Симптоми подразнення очеревини відсутні. При перкусії – помірний коробковий звук у мезогастральному відділі. При аускультії – протяжна, послаблена перистальтика. Пальцеве дослідження прямої кишки – тонус анального сфінктера знижений, ампула пуста, розширена.

Згідно клінічних даних виникла підозра на гостру кишкову непрохідність, можливо пухлинного генезу, зважаючи на утворення у правій половині товстої кишки. Однак не вкладались у клінічну картину характер блювотних мас (шлунковий вміст з домішками жовчі) та відсутність вираженого здуття тонкої кишки і характер її перистальтики.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини виявило збільшення розмірів шлунка (нижня межа досягала порожнини малого тазу) та потовщення його стінок. Патологічних проявів у інших органах черевної порожнини та заочеревинного простору не було виявлено.

На оглядовій рентгеноскопії (графії) грудної клітки і черевної порожнини було виявлено наявність утворення з горизонтальним рівнем рідини над лівим куполом діафрагми. Нижній край шлунка знаходився над входом у малий таз. Чаш Клойберга у черевній порожнині не виявлено (рис. 1).

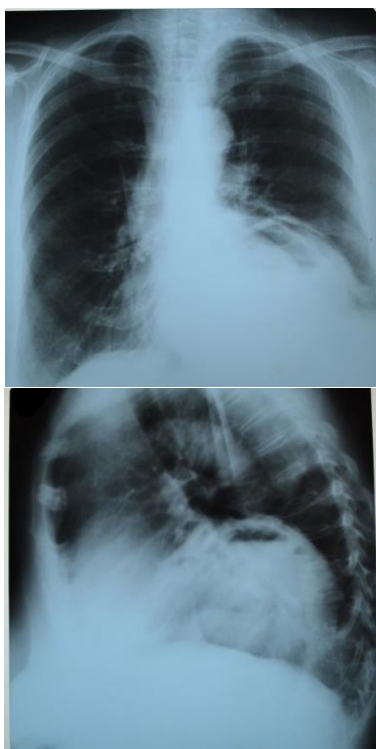


Рис. 1. Оглядова рентгенографія у прямій та бічній проекції у хворої В., 77р. Утворення з горизонтальним рівнем рідини над лівим куполом діафрагми

Під час проведення іригографії виявлено, що товста кишка заповнена контрастом, знаходиться вище лівого купола діафрагми позаду шлунка, а контраст у проксимальні відділи не потрапляє. Спостерігається затримка контрасту у товстій кишці, що знаходиться вище купола діафрагми у середостінні (рис. 2). Мають місце гіпокінетичні порушення товстої кишки зі сформованими копролітами у сигмоподібній ободовій кишці. Рентгенологічних ознак неопластичного утворення не виявлено.

Запідозрено наявність защемлення товстої кишки у стравохідному розтворі діафрагми, однак у клініку такої непрохідності не вкладалися: наявність перерозтягнутого шлунка, характер блювотних мас і відсутність змін з боку тонкої кишки.

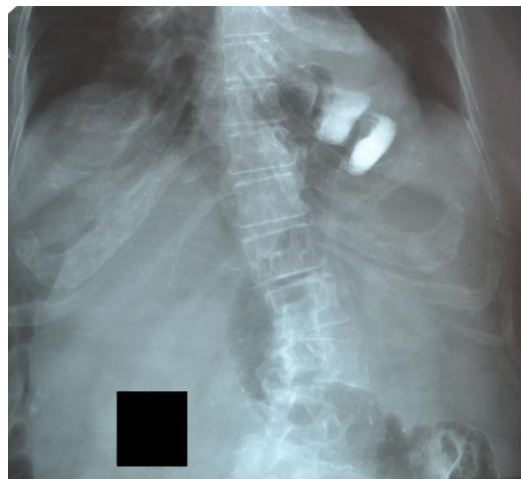


Рис. 2. Рентгенограма хворої В., 77р. Петля товстої кишки із залишком контрасту знаходиться у середостінні. Відсутність контрасту у проксимальних відділах товстої кишки

17.11.2015р. хворій було здійснено оперативне втручання. Після виконання верхньо-середньосерединної лапаротомії при ревізії встановлено, що шлунок різко збільшений у розмірах, край великої кривизни знаходиться біля входу в малий таз, надмірно розширені сліпа та висхідна ободова кишки, тонка кишка, низхідна ободова та сигмоподібна кишки нормальних розмірів, сигмоподібна кишка переповнена каловими масами кам'янистої щільності, виявлені окремі дрібні дивертикули у сигмоподібній кишці, печінка дещо збільшена, гомогенна, жовчний міхур збільшений, однак спорожняється. Розсічена ліва діафрагмово-печінкова зв'язка, ліва частка печінки відведена. Встановлено, що у ділянці стравохідного розтвору діафрагми наявний виражений злуковий процес з фіксацією кардіального відділу шлунка, частково злуки роз'єднано, розсічена діафрагмово-шлункова зв'язка, однак обійти стравохід не було змоги. Шлунок спорожнений за допомогою зонда, розсічена шлунково-ободовокишкова зв'язка. Встановлено, що позаду шлунка в стравохідному розтворі діафрагми фіксується поперечна ободова кишка з її брижою. При цьому натягнута брижа ободової кишки перетискає горизонтальну частину дванадцятипалої кишки (рис. 3). З технічними складнощами із заднього середостіння вивільнено поперечну ободову кишку, на якій чітко прослідковуються странгуляційні борозни на відстані 30 см ободової кишки.

Звільнено стравохідний розвір діафрагми, який пропускає 4 пальці. Права та ліва діафрагмові ніжки практично не диференціюються. Ревізія цілісності поперечної ободової кишки: життєздатність кишки збережена, у просвіті наявні калові камені з барієм. Інтраопераційна ревізія зас-

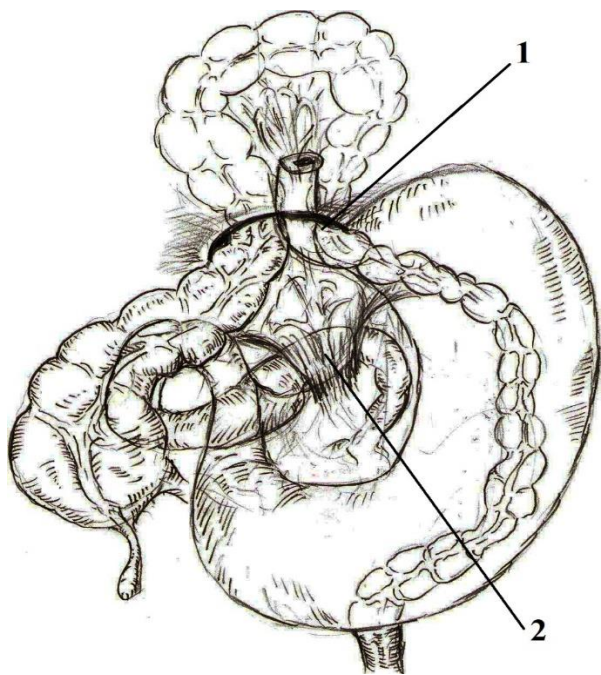


Рис.3. Схема топографоанатомічних взаємовідношень у хворій В., які зумовили розвиток комбінованої кишкової непрохідності: 1 – защемлення поперечної ободової кишки у стравохідному розтворі діафрагми; 2 – стискання горизонтальної частини дванадцятипалої кишки натягнутою брижею поперечної ободової кишки

відчила, що у хворій має місце комбінована кишкова непрохідність, зумовлена защемленням поперечної ободової кишки у стравохідному розтворі діафрагми та перекриттям просвіту горизонтальної частини дванадцятипалої кишки натягнутою брижею поперечної ободової кишки. Відсутність змін у тонкій кишці була зумовлена тим, що вміст дванадцятипалої кишки до неї не потрапляв – кишка була порожньою, діаметром близько 3 см.

Після низведення ободової кишки до черевної порожнини брижа її також змістилась і стискання нею дванадцятипалої кишки ліквідувалось. Через рудиментацію ніжок діафрагми зменшити її стравохідний розтвір класичними методами не було можливим. У зв'язку з цим його звужено накладанням окремих швів. Для запобігання транслокації органів через стравохідний розтвір вирішено застосувати фундоплікацію типу Ніссена.

Мобілізовано малу кривизну шлунка майже до кардіального відділу, однак виділити передній обвід кардії та стравоходу повністю не вдалося

можливим через їх щільну фіксацію до нижньої поверхні діафрагми. Подовжений назогастральний зонд, який заведено через дванадцятипалопорожньокишковий згин у початковий відділ тонкої кишки вздовж 30 см. Задня стінка шлунка підшита до передньої позаду стравоходу із формуванням манжетки за типом Ніссена. Дно шлунка фіксовано до переднього обводу стравохідного розтвору діафрагми з формуванням кута Гіса. Проведена операція Гаген-Торна – укорочення брижі ободової кишки стіжковими серозними швами. Зашита шлунково-ободова зв'язка. Ректальний зонд заведено в ободову кишку проксимальніше від місця защемлення. Санація очеревинної порожнини. У підпечінковий та лівий піддіафрагмовий простори заведено дренажі. Операційна рана пошарово зашита наглухо. Пов'язка.

Післяопераційний період перебігав важко. Мали місце тривалі порушення евакуації шлункового вмісту, прояви порушення моторно-евакуаторної функції товстої кишки.

Для відновлення скоротливої здатності порожнистих органів травлення було застосовано розроблений алгоритм, який впливає не тільки на холінергічні рецептори, що зафіксовано в існуючих стандартах і протоколах, а й на серотонінзалежні механізми скорочення стінки кишки (Пат. 80284 UA. Спосіб лікування порушень функціонального стану кишечника при поєднаній патології / Полянський І.Ю., Федів О.І., Москалюк І.І., Москалюк В.І.; А61Р 1/00 (Україна) № u 201212364; заяв. 29.10.2012; опубл. 27.05.2013, Бюл. № 10). Таким комплексним підходом вдалось відновити моторно-евакуаторну функцію кишок. На 33-у добу після операції хвора в задовільному стані виписана із стаціонару.

Оглянута через місяць: відзначена позитивна тенденція кишкового пасажу. Характерним є те, що у пацієнтки майже зникли прояви задухи та серцебиття.

Висновок. Таким чином, наведений клінічний випадок демонструє важливе значення знань анатомотопографічних особливостей виникнення гострих хірургічних захворювань, які дають змогу не тільки своєчасно діагностувати різні їх варіанти, але й обрати оптимальний об'єм оперативного втручання та комплексного післяопераційного лікування.

Список використаної літератури

1. *Simultaneous thoraco-laparoscopic repair of giant hiatal hernias: an alternative approach* / W.J. Derksen, J.E. Oorl, A. Yilmaz [et al.] // *Diseases of the Esophagus*. – 2016. – P. 10-16.
2. *Baglaj M. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: a clinical spectrum* / M. Baglaj // *Pediatric Surgery Interna-*

tional. – 2004. – V. 20 (9). – P. 658-669. 3. Takayasu H. Musculoskeletal abnormalities in congenital diaphragmatic hernia survivors: Patterns and risk factors: report of a Japanese multicenter follow-up survey / H. Takayasu, K. Masumoto, K. Goishi // *Pediatr. Int.* – 2016. – P.27-31. 4. Radović S.V. Late Presentation of Congenital Diaphragmatic Hernia – Case Report / S.V. Radović // *Srp. Arh. Celok. Lek.* – 2015. – P. 604-608. 5. Successful laparoscopic management of combined traumatic diaphragmatic rupture and abdominal wall hernia: a case report / S.L. Siow, C.M. Wong, M. Hardin [et al.] // *Journal of Medical Case Reports.* – 2016. – P. 11-17.

НАРУШЕНИЕ ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ КАК ПРИЧИНА КОМБИНИРОВАННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Резюме. Проведен анализ клинического случая комбинированной непроходимости, обусловленной нарушением топографоанатомических соотношений: возникновение непроходимости толстой кишки вследствие ее защемления в пищеводном отверстии диафрагмы и сдавления ее брыжейкой горизонтальной части двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: непроходимость кишечника, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, брыжейка поперечной ободочной кишки.

DISORDER OF TOPOGRAPHIC ANATOMICAL RELATIONS AS A CAUSE OF COMBINED INTESTINAL OBSTRUCTION

Abstract. The analysis of a clinical case of combined obstruction caused by a disorder of topographic anatomical relationships has been done: the appearance of colon obstruction as a result of its strangulation in the esophageal opening of diaphragm and compression of lower horizontal part of the duodenum by transverse colon mesentery.

Key words: intestinal obstruction, hiatal hernia, mesentery of the transverse colon.

HSEE of Ukraine "Bukovina State Medical University" (Chernivtsi)

Надійшла 14.01.2016 р.
Рецензент – проф. Іфтодій А.Г. (Чернівці)