© СС **①** Коллектив авторов, 2019 УДК 616.366-003.7+616.26-007.43+616.341-007.64 DOI: 10. 24884/0042-4625-2019-178-4-72-75

• ТРИАДА СЕЙНТА С ДИВЕРТИКУЛЕЗОМ ТОЩЕЙ КИШКИ – РЕДКАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ СИНДРОМА

А. С. Бенян*, М. П. Айрапетова, М. А. Медведчиков-Ардия, С. А. Мухамбеталиев

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарская областная клиническая больница имени В. Д. Середавина», г. Самара, Россия

Поступила в редакцию 02.04.19 г.; принята к печати 26.06.19 г.

Цель – представить редкое клиническое наблюдение пациентки с триадой Сейнта. Пациентка 72 лет обратилась с жалобами на острую дисфагию. При обследовании были диагностированы гигантская параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с заворотом желудка и желчнокаменная болезнь. Во время операции также был выявлен дивертикулез тощей кишки. Пациентке были выполнены крурорафия, фундопликация, холецистэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 14-е сутки после операции с выздоровлением. Особенностями представленного наблюдения стали превалирование клинической картины осложненной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и локализация дивертикулов в тощей кишке. Клиническое значение триады Сейнта заключается в оценке вероятности данного сочетания при выявлении одного из компонентов.

Ключевые слова: триада Сейнта, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикулез

Для цитирования: Бенян А. С., Айрапетова М. П., Медведчиков-Ардия М. А., Мухамбеталиев С. А. Триада Сейнта с дивертикулезом тощей кишки — редкая разновидность синдрома. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2019;178(4):72–75. DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-4-72-75.

* **Автор для связи:** Армен Сисакович Бенян, ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина», 443095, Россия, г. Самара, ул. Ташкентская, д. 159. E-mail: armenbenyan@yandex.ru.

Saint's triade with diverticulosis of jejunum - rare variety of the syndrome

Armen S. Benian*, Mariia P. Ayrapetova, Mikhail A. Medvedchikov-Ardiia, Sultanbek A. Mukhambetaliev Samara regional clinical hospital named after V. D. Seredavin, Russia, Samara

Received 02.04.19; accepted 26.06.19

The objective was to present the case report of the patient with rare clinical finding – Saint's triade. The examination diagnosed giant paraesophageal hernia (III type) with gastric torsion and cholelithiasis. The 72-years old woman was admitted to hospital with complaints of acute dysphagia. During the laparotomy operation, jejunal diverticulosis was also detected. The patient underwent crural repair, fundoplication, and cholecystectomy. The postoperative period was uneventful. She was discharged on the 14th day after surgery with recovery. The features of the presented case were the prevalence of the clinical picture of complicated hiatal hernia and the localization of diverticula in the jejunum. The clinical significance of the Saint's triade was to assess the probability of this combination in identifying one of the components.

Keywords: Saint's triade, hiatal hernia, diverticulosis

For citation: Benian A. S., Ayrapetova M. P., Medvedchikov-Ardiia M. A., Mukhambetaliev S. A. Saint's triade with diverticulosis of jejunum – rare variety of the syndrome. *Grekov's Bulletin of Surgery.* 2019;178(4):72–75. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-4-72-75.

* Corresponding author: Armen S. Benian, Samara regional clinical hospital named after V. D. Seredavin, 159 Tash-kentskaya street, Samara, Russia, 443095. E-mail: armenbenyan@yandex.ru.

Введение. Классические представления о триаде Сейнта были даны в 40-х годах прошлого столетия и заключались в попытке этиопатогенетического обоснования сочетания трех патологических состояний: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), желчнокаменной болезни (ЖКБ) и дивертикулярной болезни кишечника [1, 2]. В теориях, объясняющих патогенез синдрома, имеется указание на роль таких факторов, как врожденная анатомическая слабость соединительнотканных структур, возрастная дистрофия мышц и фасций, повышение внутрибрюшного давления, внутрипросветная гипертензия желудочно-кишечного тракта, характер питания [3]. И, наконец, существует мнение, что может иметься случайное сочетание всех этих часто встречающихся в изолированном

виде нозологических форм, особенно у лиц пожилого возраста [4].

Наиболее актуальными аспектами, характеризующими восприятие этого синдрома в медицинской общественности в настоящее время, являются редкость патологии, устоявшиеся представления о локализации дивертикулов только в ободочной кишке, сомнения в практической целесообразности объединения отмеченных заболеваний в единый синдром [5, 6].

Представляем клиническое наблюдение по лечению пациентки с превалирующей клиникой осложненной ГПОД, у которой также были выявлены ЖКБ и дивертикулез тощей кишки.

Пациентка 3., 72 лет, была доставлена в приемное отделение областной больницы 24.01.2019 г. с жалобами на невоз-

можность прохождения пищи по пищеводу, постоянную тошноту и позывы на рвоту, периодические схваткообразные боли в эпигастральной области. Отмечает, что, несмотря на наличие позывов на рвоту, сами рвотные движения невозможны. Интенсивность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале характеризуется на уровне 7–8 баллов.

Указанные жалобы появились около 3 дней назад после приема пищи. В анамнезе имеются указания на периодические эпизоды дисфагии, отрыжки и изжоги. Специального обследования по этому поводу пациентка не проходила. Кроме того, болеет бронхиальной астмой в течение 25 лет, принимает базисную терапию в виде Ипратропия бромида.

На момент осмотра общее состояние средней тяжести. Кожный покров бледно-розовый, тургор кожи снижен, отмечается сухость слизистых оболочек. Дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы в верхних легочных полях. При аускультации в задненижних отделах грудной клетки слева прослушиваются слабые перистальтические шумы. Пульс полный, ритмичный, частый, 90 в минуту. Артериальное давление – 140 и 90 мм рт. ст. При аускультации сердца тоны тихие, шумов нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, участвует в акте дыхания. При глубокой пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет. При перкуссии печеночная тупость сохранена. Аускультативно – перистальтические шумы равномерные, без значимого усиления или ослабления. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических изменений не выявлено. Моча насыщенной желтой окраски, прозрачная.

Проведен диагностический тест с пероральным приемом воды. После того, как пациентка сделала несколько полных глотков, появилось срыгивание и регургитация выпитой жидкости.

В качестве ведущего синдрома у пациентки был определен синдром дисфагии. Согласно программе обследования пациентов с дисфагией, были назначены обзорная рентгенография груди и живота, контрастная рентгенография пищевода и желудка, фиброэзофагогастроскопия, ультразвуковое исследование брюшной полости. При рентгенографии легких в боковой проекции выявлена округлая тень с уровнем жидкости позади тени сердца в заднем средостении. При контрастной рентгеноскопии пищевода и желудка визуализирована гигантская параэзофагеальная ГПОД с транслокацией всего желудка в заднее средостение и его заворотом (рис. 1). Выполнение фиброэзофагогастроскопии в полной мере оказалось невозможным, поскольку вследствие заворота желудка и перегиба пищеводно-желудочного перехода пройти в желудок не удалось. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено наличие конкрементов в желчном пузыре.

Таким образом, по результатам физикального и лабораторно-инструментального обследования был поставлен клинический диагноз: «Гигантская параэзофагеальная ГПОД (III типа) с заворотом желудка. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, вне обострения». Было высказано предположение о наличии триады Сейнта, однако дополнительных диагностических мероприятий по выявлению патологии кишечника решено было не предпринимать ввиду срочного характера пищеводно-желудочной патологии и предстоящей операции. Были выставлены показания к оперативному вмешательству – лапаротомии с интраоперационным определением окончательного объема операции. В качестве предоперационной подготовки были назначены инфузионная, спазмолитическая терапия, антибиотикопрофилактика и профилактика тромбоэмболических осложнений, которые были реализованы в течение следующих суток.

Оперативное вмешательство проведено 25.01.2019 г. под эндотрахеальным наркозом. После выполнения верхней сре-



Puc. 1. Контрастная рентгенография пищевода и желудка. Гигантская параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (III muna) с заворотом желудка Fig. 1. Contrast radiography of the esophagus and stomach. Giant paraesophageal hernia (type III) with gastric torsion

динной лапаротомии осуществлена полная ревизия органов брюшной полости. Выявлены следующие патологические изменения: гигантская параэзофагеальная ГПОД (III типа) с транслокацией всего желудка в заднее средостение, калькулезный холецистит, дивертикулез тощей кишки.

Грыжа характеризовалась расширением пищеводного отверстия диафрагмы до 10 см. Грыжевым содержимым являлся весь желудок, причем отмечался полный заворот желудка на 180° во фронтальной плоскости. Имелись начальные признаки ущемления в виде странгуляционной борозды в пилорической области, непосредственно прилегающей к ножкам диафрагмы.

В желчном пузыре пальпировались множественные конкременты разных размеров. Имелся спаечный процесс между стенкой желчного пузыря и двенадцатиперстной кишкой. Острых воспалительных изменений в паравезикальных тканях не отмечалось.

Начиная от связки Трейца и на протяжении 120 см тощей кишки имелось тотальное поражение стенки кишки множественными дивертикулами. Дивертикулы были истинными (стенка дивертикула представлена всеми слоями стенки кишки), имели мешотчатую форму и широкое основание, локализовались по всей окружности кишки. Размеры дивертикулов колебались от 1 до 4 см в наибольшем сечении. При манипуляциях содержимое дивертикулов легко опорожнялось в просвет кишки, признаков осложнений (перфорация, дивертикулит, кровотечение) не обнаружено (рис. 2).

Иной патологии в брюшной полости не выявлено, в том числе при детальном осмотре, столь характерной для локализации дивертикулов толстой кишки.

Исходя из обнаруженной патологии и оценки рисков по каждому из состояний, окончательный объем оперативного вмешательства был определен в виде устранения заворота



Puc. 2. Интраоперационное фото. Дивертикулез тощей кишки Fig. 2. Intraoperative photo. Diverticulosis of jejunum

желудка с коррекцией пищеводного отверстия диафрагмы, антирефлюксной операции и холецистэктомии. Учитывая отсутствие сипмтоматики заболевания кишечника и увеличение тяжести и рисков операции в случае выполнения вмешательства на тощей кишке, от выполнения резекции тощей кишки с дивертикулами решено было воздержаться.

Последовательно были выполнены низведение желудка, иссечение грыжевого мешка, мобилизация пищеводно-желудочного перехода, кардии и дна желудка, селективная проксимальная ваготомия, воссоздание пищеводного отверстия диафрагмы путем ушивания ножек диафрагмы, фундопликация в модификации РНЦХ РАМН на 360°, холецистэктомия от шейки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Естественное питание восстановлено на 2-е сутки после операции. Пациентка рано активизировалась. Швы сняты на 10-е сутки после операции. Выписана в удовлетворительном состоянии 08.02.2019 г. Осмотрена через 1 месяц после выписки: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, пищеварительная функция без клинически значимых патологических проявлений.

Обсуждение. По данным литературы, сочетание ГПОД с ЖКБ и дивертикулезом толстой кишки встречается в 0,8–2,3 % пациентов с патологией органов брюшной полости. По данным J. Foster (1958), триада Сейнта присутствует у больных в 7–9 раз чаще, чем выявленные изолированные заболевания [3]. При этом основные клинические проявления у большинства пациентов связаны именно с дивертикулярной болезнью толстой кишки, а ГПОД и ЖКБ выступают в качестве сопутству-

ющих состояний или являются дополнительными находками при обследовании и проведении оперативного вмешательства. Если подобный пациент поступает в плановом порядке без симптоматики острой абдоминальной патологии, то планомерное инструментальное обследование позволит последовательно диагностировать патологию верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной зоны. В случае же, если имеется осложнение хотя бы одного из компонентов триады, а, как правило, это острые хирургические состояния, требующие проведения неотложных оперативных вмешательств, диагностика сочетанной патологии может быть осуществлена при интраоперационной ревизии [2].

Чаще всего диагностика триады Сейнта осуществляется в плановом порядке у пациентов гастроэнтерологического профиля. При этом ведущие жалобы, перечисленные в порядке убывания, относятся к патологии кишечника, желчевыводящих путей и пищеводно-желудочного перехода. Что касается острых состояний, осложняющих течение заболеваний, - компонентов триады, то чаще всего происходит трансформация хронического калькулезного холецистита в острый, затем встречаются осложнения дивертикулярной болезни, и наиболее редко встречаются острые осложнения ГПОД [1, 6]. Особенность нашего наблюдения заключалась, в том числе, и в возникновении наиболее редко встречающегося осложнения при триаде Сейнта – заворота и ущемления желудка в грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

В подавляющем большинстве публикаций, посвященных описанию триады Сейнта [4], у пациентов имелось дивертикулярное поражение толстой кишки. В нашем наблюдении дивертикулы локализовались в начальном отделе тощей кишки, при этом макроскопически существенно отличались от вида и формы дивертикулов толстой кишки. Эта особенность позволяет отнести выявленную патологию к одной из самых редких разновидностей триады Сейнта. В то же время подобная локализация объясняет и бессимптомность течения дивертикулеза.

Конечный объем оперативного вмешательства у пациентов с триадой Сейнта зависит от нескольких факторов, из которых ключевыми являются выделение ведущей патологии, проведение клинико-патологоанатомических параллелей, а также состояние пациента. Так, в первую очередь, необходимо устранение острого состояния, несущего в себе угрозу для жизни пациента: при остром калькулезном холецистите – это холецистэктомия, при завороте и ущемлении желудка в грыже пищеводного отверстия диафрагмы – это обратное перемещение желудка и антирефлюксная операция, при осложнениях дивертикулеза – резекция кишки.

- **Выводы.** 1. Триада Сейнта является сочетанием достаточно часто встречающихся в изолированном виде заболеваний.
- 2. Клиническое значение триады Сейнта заключается в оценке вероятности данного сочетания при выявлении одного из компонентов.
- 3. Точная диагностика и симультанное оперативное пособие по устранению выявленных состояний способны минимизировать риски возникновения осложнений и необходимость повторных хирургических вмешательств.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Кривошеев А. Б., Хавин П. П., Ермаченко Т. В. и др. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Триада Сейнта // Доказат. гастроэнтерология. 2018. Т. 7, № 1. С. 58а–59.
- Тимербулатов В. М., Фаязов Р. Р., Гайнуллина Э. Н. Триада Сейнта в неотложной абдоминальной хирургии (клинические наблюдения) // Колопроктология. 2018. № 3 (65). С. 62–65.

- Кривошеев А. Б., Кондратова М. А., Хавин П. П. и др. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Триада Сейнта (обзор литературы и анализ собственного наблюдения) // Мед. алфавит. 2017. Т. 3, № 27 (324). С. 21–24.
- Hauer-Jensen M., Bursac Z., Read R. C. Is herniosis the single etiology of Saint's triad? // Hernia. 2009. № 13. P. 29–34.
- Hilliard A. A., Weinberger S. E., Jr. Tierney L. M. et al. Clinical problemsolving. Occam's razor versus Saint's triad // N. Engl. J. Med. 2004.
 № 350. P. 599–603.
- Yamanaka T., Miyazaki T., Kumakura Y. et al. Umbilical hernia with choletithiasis and hiatal hernia: a clinical entity similar to Saint's triad // Surgical Case Reports. 2015. № 1 (1). Article number 65. Doi: 10.1186/ s40792-015-0067-8.
- 7. Dos Santos V. M., Dos Santos L. A. Comments on Saint's triad // Surgical Case Reports. 2015. № 1 (1). Article number 115. Doi: 10.1186/s40792-015-0116-3.

REFERENCES

- Krivosheev A. B., Havin P. P., Ermachenko T. V., Krivosheeva I. A., Hvan L. A., Kondratova M. A. Divertikuljarnaja bolezn' tolstoj kishki. Triada Sejnta. Dokazatel'naya gastroehnterologiya. 2018;7(1):58a–59. (In Russ.).
- Timerbulatov V. M., Fayazov R. R., Gajnullina E. N. Triada Seinta v neotlozhnoi abdominal'noi khirurgii (klinicheskie nablyudeniya). Koloproktologiya. 2018;(3(65)):62–65. (In Russ.).
- Krivosheev A. B., Kondratova M. A., Havin P. P., Hvan L. A., Ermachenko T. V., Krivosheeva I. A. Divertikulyarnaya bolezn' tolstoi kishki. Triada Seinta. (Obzor literatury i analiz sobstvennogo nablyudeniya). Medicinskij alfavit. 2017;3(27(324)):21–24. (In Russ.).
- Hauer-Jensen M., Bursac Z., Read R. C. Is herniosis the single etiology of Saint's triad? Hernia. 2009;13:29–34.
- Hilliard A. A., Weinberger S. E., Jr. Tierney L. M. et al. Clinical problem-solving. Occam's razor versus Saint's triad. N Engl J Med. 2004;(350):599–603.
- Yamanaka T., Miyazaki T., Kumakura Y., Honjo H., Hara K., Yokobori T., Sakai M., Sohda M., Kuwano H. Umbilical hernia with choletithiasis and hiatal hernia: a clinical entity similar to Saint's triad. Surgical Case Reports. 2015;1(1):65. Doi: 10.1186/s40792-015-0067-8.
- Dos Santos V. M., Dos Santos L. A. Comments on Saint's triad. Surgical Case Reports. 2015;1(1):115. Doi: 10.1186/s40792-015-0116-3.

Сведения об авторах:

Бенян Армен Сисакович (e-mail: armenbenyan@yandex.ru), д-р мед. наук, главный врач; Айрапетова Мария Петровна (e-mail: maria-ayrapetova@ yandex.ru), врач — торакальный хирург хирургического торакального отделения; Медведчиков-Ардия Михаил Александрович (e-mail: doctormama163@ yahoo.com), канд. мед. наук, врач — торакальный хирург хирургического торакального отделения; Мухамбеталиев Султанбек Асылбекович (e-mail: sultanbek.mukhambetaliev@mail.ru), врач-хирург приемного отделения; Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина, 443095, Россия, г. Самара, ул. Ташкентская, д. 159.