

© CC BY Е. Г. Григорьев, В. М. Дехнич, Е. О. Иноземцев, 2020
 УДК 616.341-007.271-036.65-053.31
 DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-5-87-90

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕТТА У 30-ЛЕТНЕЙ ПАЦИЕНТКИ

Е. Г. Григорьев^{1, 2*}, В. М. Дехнич³, Е. О. Иноземцев^{1, 3}

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Иркутский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иркутск, Россия

² Федеральное государственное бюджетное образовательное научное учреждение «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», г. Иркутск, Россия

³ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Иркутская область, г. Иркутск, Россия

Поступила в редакцию 24.08.20 г.; принята к печати 07.10.20 г.

Представлен результат лечения 30-летней женщины с нарушением пассажа в дуоденоюнальном сегменте желудочно-кишечного тракта, вызванным синдромом Летта. Оклюзия верхней брыжеечной артерии развилась в результате дисэмбриогенетического незавершенного поворота средней кишки. Мезентериальное кровообращение компенсировалось за счет сформированных в антенатальном периоде коллатералей. По поводу острой кишечной непроходимости выполнена операция Летта, проходимость дуоденоюнального перехода восстановлена. Выписана на 11-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии с основным диагнозом: «Синдром Летта». В представленном клиническом наблюдении нарушение пассажа по желудочно-кишечному тракту у взрослой пациентки прослеживалось с детства. Целенаправленный сбор анамнеза, верная интерпретация данных мультиспиральной компьютерной томографии позволили установить диагноз в возрасте 30 лет и провести эффективное хирургическое лечение.

Ключевые слова: синдром Летта у взрослых, высокая тонкокишечная непроходимость, операция Летта, мальротация кишечника, нарушение кишечного пассажа, дуоденоюнальный переход, пороки развития кишечника

Для цитирования: Григорьев Е. Г., Дехнич В. М., Иноземцев Е. О. Рецидивирующая тонкокишечная непроходимость при синдроме Летта у 30-летней пациентки. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2020;179(5):87–90. DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-5-87-90.

*Автор для связи: Григорьев Евгений Георгиевич, ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, 664003, Россия, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, д. 1. E-mail: egg@iokb.

RECURRENT SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN A 30-YEAR-OLD PATIENT WITH LADD'S SYNDROME

Eugene G. Grigoryev^{1, 2*}, Valentin M. Dehnich³, Evgenii O. Inozemtsev^{1, 3}

¹ Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

² Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russia

³ Irkutsk Regional Clinical Hospital, Irkutsk, Russia

Received 24.08.20; accepted 07.10.20

We report the case of treatment of a 30-year-old woman with an impaired passage in the duodenojejunal segment of the gastrointestinal tract due to Ladd's syndrome. Occlusion of the superior mesenteric artery was developed as a result of incomplete rotation of midgut in dysembryogenesis. Mesenteric blood circulation was compensated by collaterals formed in the antenatal period. Ladd's operation was performed to treat acute intestinal failure, the duodenojejunal passage was restored. The patient was discharged on the 11th postoperative day in a good condition with the main diagnosis «Ladd's syndrome». In the presented case report, the impaired passage in the gastrointestinal tract in the middle age patient was traced from childhood. Detailed examination of medical history, correct interpretation of MSCT findings allowed to form an accurate diagnosis and perform effective surgical treatment.

Keywords: Ladd's syndrome in adults, high small bowel obstruction, Ladd's operation, intestinal malrotation, impaired intestinal passage, duodenojejunal junction, intestinal malformations

For citation: Grigoryev E. G., Dehnich V. M., Inozemtsev E. O. Recurrent small bowel obstruction in a 30-year-old patient with Ladd's syndrome. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2020;179(5):87–90. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2020-179-5-87-90.

* Corresponding author: Eugene G. Grigoryev, Irkutsk State Medical University, 1, Krasnogo Vosstaniya str., Irkutsk, 664003, Russia. E-mail: egg@iokb.ru.



Рис. 1. МСКТ брюшной полости. Патологическая извитость дуоденоjejunalного перехода (стрелка)
Fig. 1. MSCT of the abdominal cavity. Abnormally tortuous duodenojejunal junction (pointed by the arrow)

Введение. В большинстве случаев острая кишечная непроходимость (ОКН) является осложнением спаечной болезни брюшной полости, опухолей толстой кишки, реже – результатом узлообразования и заворота тонкой кишки. К нетипичным причинам ОКН у взрослых относят пороки развития пищеварительного тракта, например, синдром Ледда.

Сочетание сдавления двенадцатиперстной кишки (ДПК) брыжейкой поперечной ободочной кишки или идущими от нее эмбриональными спайками с заворотом средней кишки описано Леддом в 1936 г. [1]. Мальротация как причина непроходимости диагностируется с частотой 1:6000, а нарушение пассажа на уровне ДПК реже – 1:10 000–1:40 000 родов [2]. Чаще синдром Ледда и его осложнения встречаются

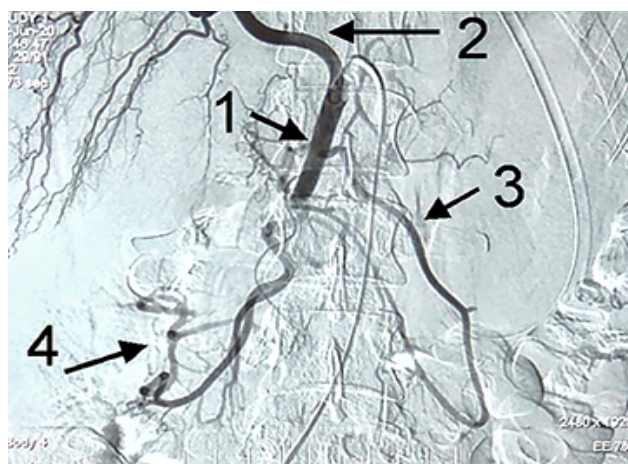


Рис. 3. Селективная верхняя мезентерикограмма:
1 – первый сегмент верхней брыжеечной артерии; 2 – правая печеночная артерия; 3 – срединная толстокишечная артерия;
4 – интестинальные артерии, заполняющиеся через коллатерали
Fig. 3. Selective superior mesenteric arteriography: 1 – the first segment of the superior mesenteric artery; 2 – the right hepatic artery; 3 – the median large intestinal artery; 4 – intestinal arteries, filled up via collaterals

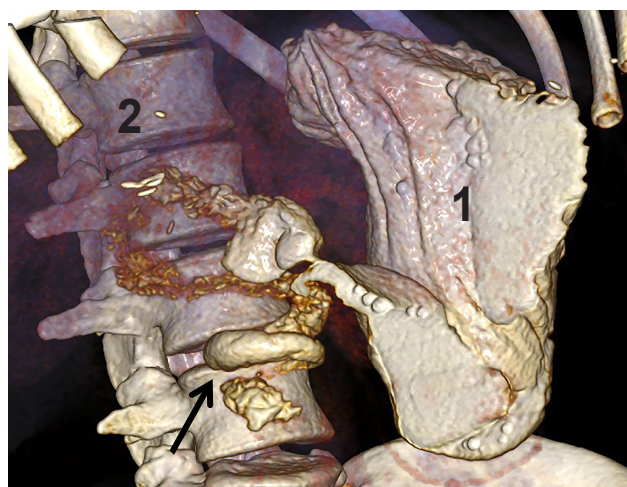


Рис. 2. 3D-реконструкция начальных отделов желудочно-кишечного тракта: 1 – желудок; 2 – ДПК, извитость тощей кишки тотчас после ДПК в виде спирали (стрелка)
Fig. 2. 3D-reconstruction of the initial segments of gastrointestinal tract: 1 – stomach; 2 – duodenum and tortuous spiral jejunum next to duodenum (pointed by the arrow)

в практике детских хирургов [3–5]. Редко клинические проявления мальротации с нарушением кишечного пассажа и рецидивом ОКН манифестируют в зрелом возрасте. В связи с относительной редкостью патологии и несвоевременной диагностикой она может привести к тяжелым осложнениям с неблагоприятным исходом. Например, П. Н. Ширнин [6] описывает смерть молодой женщины с незавершенным поворотом кишечника в эмбриогенезе.

Основные клинические причины синдрома Ледда – нарушения пассажа, которые могут проявляться диспепсией, запорами и нередко ОКН на фоне абдоминальной боли [3–5].

Клиническое наблюдение. Пациентка, 30 лет, поступила в клинику 24.06.2020 г. с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, многократную рвоту. При изучении анамнеза выяснилось, что запорами страдает с детства. После еды появляется ощущение переполнения желудка, отрыжка. По этому поводу на протяжении жизни неоднократно обследована амбулаторно. В 2016 г. в I триместре беременности появились боли в животе. Госпитализирована в терапевтическое отделение по месту жительства, выставлен диагноз «Гастродуоденит». Антисекреторная терапия оказалась эффективной. Роды своевременные, физиологичные, ребенок доношенный. В последующем после еды беспокоили боли в животе, отрыжка и тошнота. Выполняла рекомендации участкового врача. В течение последних 2 месяцев усилились боли в эпигастрии, периодически беспокоила рвота съеденной пищей.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожный покров бледный. Масса тела – 55 кг, рост – 170 см, индекс массы тела – 19,0. Периферические лимфоузлы не определяются. Грудная клетка обычной формы, симметричная, аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст., пульс ритмичный – 100 ударов в мин. Язык сухой. Брюшная стенка не деформирована, участвует в дыхании, при пальпации мягкая, безболезненная. При аускультации определяется усиленная перистальтика кишечника, систолический шум в мезогастррии.

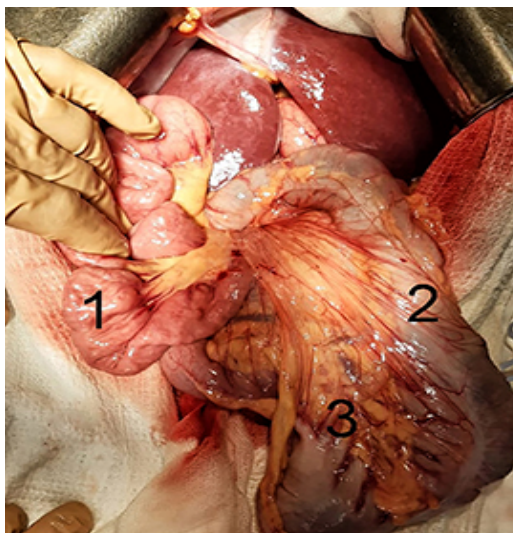


Рис. 4. Общий вид органов брюшной полости после лапаротомии: 1 – петли тонкой кишки справа; 2 – восходящая ободочная; 3 – слепая кишка слева

Fig. 4. General appearance of the abdominal organs following the laparotomy: 1 – loops of the jejunum on the right; 2 – ascending colon; 3 – caecum on the left

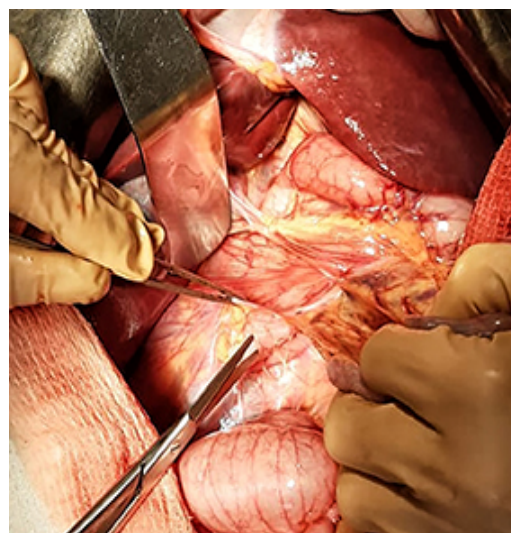


Рис. 5. Рассечение эмбриональных спаек в подпеченочном пространстве

Fig. 5. Dissection of embryonic adhesions in the subhepatic space

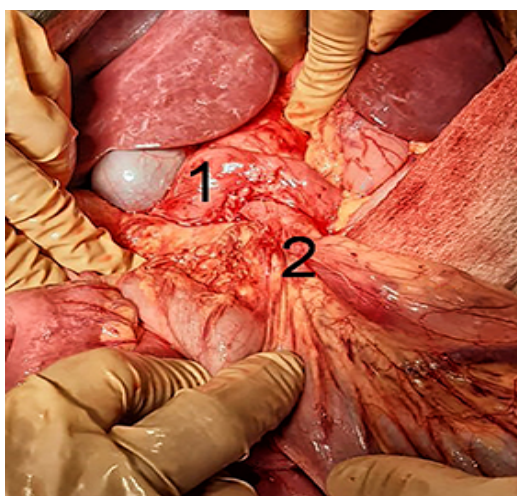


Рис. 6. Причина нарушения пассажа: 1 – петля тонкой кишки, создающая заворот с поворотом вокруг брыжейки на 360°; 2 – обусловленная этим окклюзия верхней брыжеечной артерии

Fig. 6. The cause of abnormal passage: 1 – jejunum loop making a torsion with 360-degree rotation around the mesentery; 2 – the resulting occlusion of the superior mesenteric artery

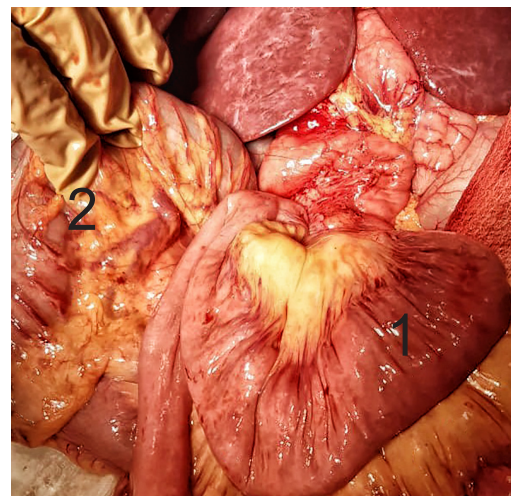


Рис. 7. Окончательный вид органов брюшной полости после рассечения спаек и перемещения тонкой кишки (1) в левые и толстой (2) – в правые отделы живота

Fig. 7. The final appearance of the abdominal organs after dissecting the adhesions and moving the small intestine (1) to the left parts of the abdomen and the large intestine (2) – to the right parts of the abdomen

В общем анализе крови уровень лейкоцитов – $15,7 \cdot 10^9$, эритроцитов – $5,79 \cdot 10^{12}$, гемоглобин – 180 г/л, гематокрит – 50,2 %, уровень тромбоцитов – $436 \cdot 10^9$. Биохимический анализ крови: общий белок – 106 г/л, мочевины – 25 ммоль/л, креатинин – 269 мкмоль/л, К – 2,6 ммоль/л, Na – 125 ммоль/л, pH – 7,4. Выполнена фиброгастродуоденоскопия: признаки гастростаза, распространенный поверхностный (эритематозный + гиперпластический) гастрит. Недостаточность сфинктерного аппарата желудка. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) брюшной полости: нарушение пассажа по тонкой кишке. Слепая, восходящая ободочная кишки (содержат контрастное вещество) находятся в левой половине брюшной полости (рис. 1; 2). Заподозрен синдром Ледда.

Интенсивность боли в эпигастриальной области уменьшалась после рвоты небольшого объема (2–3 раза в сутки), назначения

спазмолитиков, ненаркотических анестетиков. Учитывая выраженные изменения гомеостаза на фоне выраженного нарушения кишечного пассажа, дальнейшее обследование и предоперационную подготовку проводили в отделении интенсивной терапии.

Выполнена селективная верхняя мезентерикография. Установлена окклюзия верхней брыжеечной артерии (ВБА) в первом сегменте с хорошо выраженными коллатеральными. Правая печеночная артерия отходит от ВБА (рис. 3).

02.07.2020 г. схваткообразные боли в животе усилились. По поводу ОКН выполнена операция Ледда [1]. Полная срединная лапаротомия. Желудок, верхняя горизонтальная и вертикальная ветви ДПК умеренно дилатированы. Внешне неизмененные петли тонкой кишки находятся справа, слепая и восходящая ободочная кишки располагаются слева (рис. 4). Дуоденоюнальный переход мобилизован после рассечения эмбриональных спаек (рис. 5).

Первая петля тощей кишки умеренно дилатирована, обычного цвета, деформирована с заворотом брыжейки на 360° (рис. 6). Тонкая кишка перемещена кпереди от мезоколон, правой половинки толстой кишки. Проходимость дуоденоюнального перехода восстановлена (рис. 6). Тонкая кишка уложена слева, слепая кишка в правой подвздошной ямке. Аппендэктомия. Санация брюшной полости. Дренаж в малый таз справа. Послойные швы на рану.

В послеоперационном периоде в течение 5 суток сохранялась клиника нарушения пассажа по типу рефлекторного срыгивания, которое купировали приемом гастрокинетиков, физиопроцедурами. С 6-х суток – самостоятельный прием пищи. Заживление раны первичным натяжением. В контрольных анализах крови патологических изменений нет. На 19-е сутки после госпитализации и на 11-е после операции выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключительный диагноз: «Основной – синдром Ледда. Осложнения: хроническое нарушение тонкокишечного пассажа, острая кишечная непроходимость».

Пациентка анкетирована через месяц после выписки. Общее состояние удовлетворительное. Болей в животе, тошноты, рвоты нет. Стул регулярный.

Выводы. 1. В представленном клиническом наблюдении нарушение пассажа по желудочно-кишечному тракту у 30-летней пациентки прослеживалось с детства. Ухудшение наступило после родов. Временный эффект от консервативного лечения в палате интенсивной терапии можно объяснить сохранением пассажа дуоденального содержимого. Выраженный болевой синдром при госпитализации обусловлен рецидивом кишечной непроходимости.

2. Оклюзия ВБА развилась в результате дисэмбриогенетического незавершенного поворота средней кишки и не была причиной боли. Мезентериальное кровообращение компенсировалось за счет сформированных в антенатальном периоде коллатералей. Целенаправленный сбор анамнеза, верная интерпретация данных МСКТ, интенсивная предоперационная подготовка позволили установить диагноз и эффективно провести периоперационный период.

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. Ladd W. E. Surgical Diseases of the Alimentary Tract in Infants // N. Engl. J. Med. 1936. Vol. 215, № 16. P. 705–708. Doi: 10.1056/NEJM193610152151604.
2. Eksarko P., Nazir S., Kessler E. et al. Duodenal web associated with malrotation and review of literature // J Surg Case Rep. 2013. Vol. 2013, № 12. P. rjt110. Doi: 10.1093/jscr/rjt110.
3. Подкаменев В. В. Хирургические болезни у детей : учеб. пособие. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. 432 с.
4. Конотопцева А. Н. Случай ультразвуковой диагностики нарушения ротации и фиксации «средней кишки» – синдрома Ледда // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2010. Т. 97, № 6. С. 261–262. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_15558907_45659921.pdf (дата обращения: 15.04.2020).
5. Ольхова Е. Б. Ультразвуковая диагностика синдрома Ледда // Радиология – практика. 2009. № 1. С. 4–13. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_15322197_25798013.pdf (дата обращения: 15.05.2020).
6. Редкий случай смерти молодой женщины, обусловленный дисэмбриогенетическим незавершенным поворотом кишечника // П. Н. Ширнин, В. В. Тихонов, С. В. Савченко, В. П. Новоселов // Вестн. судебной мед. 2017. Т. 6, № 1. С. 41–43. URL: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_28821654_16521432.pdf (дата обращения: 21.05.2020).

REFERENCES

1. Ladd W. E. Surgical Diseases of the Alimentary Tract in Infants. N Engl J Med. 1936;215(16):705–708. Doi: 10.1056/NEJM193610152151604.
2. Eksarko P., Nazir S., Kessler E., LeBlanc P., Zeidman M., Asarian A., Xiao P., Pappas P. Duodenal web associated with malrotation and review of literature. J Surg Case Rep. 2013;2013(12):rjt110. Doi: 10.1093/jscr/rjt110.
3. Podkamenev V. V. Khirurgicheskie bolezni u detej: uchebnoe posobie. Moscow, GEOTAR-Media, 2012:432. (In Russ.).
4. Konotopceva A. N. A case of diagnosis of intestinal malrotation, Ladd's syndrome, by ultrasonography. Sibirskij medicinskij zhurnal (Irkutsk). 2010;97(6):261–262. (In Russ.). Available at: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_15558907_45659921.pdf (accessed: 15.04.2020).
5. Ol'hova E. B. Ultrasound diagnostics of Ladd's syndrome. Radiologija – praktika. 2009;1:4–13. (In Russ.). Available at: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_15322197_25798013.pdf (accessed: 15.05.2020).
6. Shimin P. N., Tihonov V. V., Savchenko S. V., Novoselov V. P. A rare case of death a young woman from congenital malformation – «intestinal malrotation». Vestnik sudebnoj mediciny. 2017;6(1):41–43. (In Russ.). Available at: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_28821654_16521432.pdf (accessed: 21.05.2020).

Информация об авторах:

Григорьев Евгений Георгиевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, научный руководитель, Иркутский научный центр хирургии и травматологии (г. Иркутск, Россия), зав. кафедрой госпитальной хирургии, Иркутский государственный медицинский университет (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0002-5082-7028; Дехнич Валентин Михайлович, зав. хирургическим отделением, Иркутская областная клиническая больница (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0003-1895-6716; Иноземцев Евгений Олегович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии, Иркутский государственный медицинский университет (г. Иркутск, Россия), ORCID: 0000-0001-6804-0357.

Information about authors:

Grigoryev Eugene G., Dr. of Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member of the RAS, Scientific Coordinator, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology (Irkutsk, Russia), Head of the Department of Hospital Surgery, Irkutsk State Medical University (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0002-5082-7028; Dehnych Valentin M., Head of the Department of Surgery, Irkutsk Regional Hospital (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0003-1895-6716; Inozemtsev Evgenii O., Cand. of Sci. (Med.), Assistance Lecturer of the Department of Hospital Surgery, Irkutsk State Medical University (Irkutsk, Russia), ORCID: 0000-0001-6804-0357.