

© В. И. Давыдкин, А. А. Миллер, И. М. Дьячкова, 2018
УДК 611.345-007
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-1-83-86

В. И. Давыдкин, А. А. Миллер, И. М. Дьячкова

СИНДРОМ ХИЛАЙДИТИ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. – доц. В. И. Давыдкин) Медицинского института Национального исследовательского Мордовского государственного университета им. Н. П. Огарёва, г. Саранск

Ключевые слова: ободочная кишка, интерпозиция

V. I. Davydkin, A. A. Miller, I. M. Dyachkova

Chilaiditi's syndrome

Medical Institute of the National research Mordovian state University. N. P. Ogarev, Saransk

Key words: colon, interposition

Синдром Хилайдити (Chilaiditi) – гепатодиафрагмальная интерпозиция ободочной кишки или желудка – редкое состояние, в котором часть ободочной кишки или желудка аномально расположены между печенью и куполом диафрагмы [1, 4], и встречается у 0,025–0,28 % пациентов [7].

Синдром Хилайдити – редкая аномалия, описанная рентгенологом Димитрием Хилайдити в 1910 г. [5]. Секционные находки интерпозиции толстого кишечника под диафрагму описаны Frerichs (1861), Hoffman (1904) [(Leiber B., Olbrich G.) Лайбер Б., Ольбрих Г. Клинические синдромы. Пер. с нем. М.: Медицина, 1974. с. 82.] Считается, что этиологическую и патогенетическую роль в развитии данного синдрома играет состояние связок печени и ободочной кишки, а также состояние мышц диафрагмы [12]. В нормальных условиях связки печени и ободочной кишки препятствуют аномальному расположению последней между печенью и диафрагмой. Тем не менее, изменения в нормальной анатомии связочного аппарата могут привести к патологической интерпозиции толстой кишки. Эти анатомические вариации могут включать в себя отсутствие, слабость или удлинение связочного аппарата поперечной ободочной кишки или серповидной связки печени. К причинам также относятся долихосигма или врождённые диспозиции ободочной кишки. Анатомические искажения могут также быть результатом функциональных расстройств, таких как хронический запор, аэрофагия, атрофия печени или относительная атрофия в медиальных сегментах левой доли печени, паралич диафрагмы, хроническое заболевание легких, ожирение, многоплодная беременность, асцит (увеличение внутрибрюшного давления). Умственная отсталость и шизофрения также могут быть причинами, которые приводят к развитию синдрома Хилайдити [6, 9].

В медицинской литературе есть описания двух типов этого синдрома – переднего и заднего вида, отличающихся положением кишечника и печени.

Возрастная категория больных разнообразна. Наиболее часто синдром Хилайдити выявляется у детей [2], но описаны случаи диагностики у пациентов преклонного возраста [11]. Обычно синдром Хилайдити протекает бессимптомно, что и предопределяет сложности диагностики. Иногда синдром может вызвать различные жалобы пациентов не только со стороны желудочно-кишечного тракта (схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота, отрыжка воздухом), но и грудной клетки. В ряде случаев синдром Хилайдити может способствовать развитию заворота ободочной кишки и развитию симптомокомплекса, характерного как для острой высокой, так и низкой кишечной непроходимости [3] или перфорации кишки [2], что требует применения хирургического способа лечения [2, 4, 10]. Рекомендуется выполнение колопексии [1, 4], в ряде случаев – правосторонней гемиколэктомии [8], в том числе с использованием лапароскопических технологий [10].

Клинический случай. Больная Б., 66 лет, поступила в клинику по экстренным показаниям с жалобами на тошноту, рвоту накануне съеденной пищи, отрыжку воздухом с неприятным запахом, запоры, чередующиеся с диареей. В анамнезе были подобного рода жалобы, но детального обследования не проходила.

Состояние при поступлении тяжёлое. При физикальном обследовании выявлены такие симптомы, как вялость, адинамичность, вынужденное положение больной на правом боку. Бледность, сухость и снижение тургора кожных покровов. Пациентка повышенного питания, масса тела – 110 кг, рост – 156 см, ИМТ – 42,5 кг/м². Грудная клетка правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. Перкуторно – звук легочный, определить нижнюю границу правого легкого невозможно из-за отсутствия «печёночной тупости». Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст.

Язык сухой, без налета. Живот не вздут, симметричный, округлой формы, передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Перкуторно – зона тимпанита над желудком и по правому флангу. «Печёночная тупость» не определяется. Аускультативно – выслушиваются громкие перистальтические шумы, а также отчётливый «шум плеска» над желудком. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки свободная,

стенки гладкие, безболезненные. Стул, со слов больной, со склонностями к запорам. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное, диурез достаточный, адекватный.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости и грудной клетки в прямой проекции: отмечается наличие газа, ограниченного контуром полого органа под правым куполом диафрагмы (рис. 1).

Для исключения прикрытой перфорации язвы и иной патологии желудка после декомпрессии желудка назогастральным зондом выполнена ЭГДС. Заключение: язва выходного отдела желудка. Возможно компенсированный функциональный стеноз выходного отдела луковицы 12-перстной кишки. Эрозивный проксимальный гастрит и рефлюкс-эзофагит.

Для уточнения диагноза в связи с отсутствием показаний к экстренной операции выполнена рентгеноскопия пищевода, желудка с досмотром пассажа по тонкой кишке. Заключение: акт глотания не нарушен, пищевод свободно проходим для бариевой взвеси, не изменен. Желудок натощак содержит слизь, растянут. Дистальные отделы желудка расположены выше кардиального отдела, смещены под правый купол диафрагмы, формируя перегиб (рис. 2).

Пассаж бариевой взвеси по кишечнику: через 24 ч – контраст в прямой кишке, проходимость кишечника не нарушена.

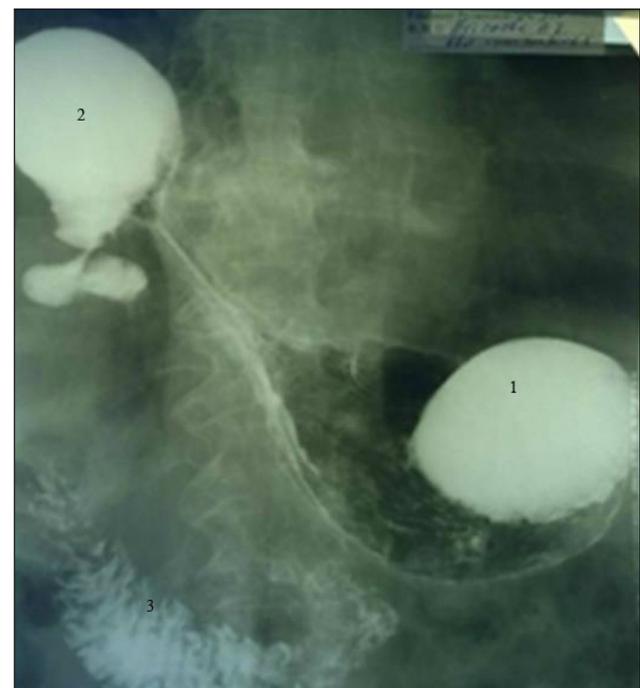


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости в прямой проекции: 1 – под правым куполом диафрагмы определяется скопление газа, ограниченного контурами полого органа. Свободный газ в брюшной полости не выявляется

Проведена ирригоскопия: отмечается смещение ободочной кишки в области печёночного угла в гепа-



а



б

Рис. 2. Рентгенограмма желудка: а – дистальные отделы желудка расположены выше кардиального отдела, смещены под правый купол диафрагмы, формируя перегиб (1 – тело желудка, 2 – выходной отдел желудка, 3 – контраст в двенадцатиперстной кишке); б – тугое контрастирование выходного отдела желудка, расположенного выше тела желудка и смещенного под правый купол диафрагмы, формируя частичную дуоденальную непроходимость (1 – тело желудка, 2 – выходной отдел желудка, 3 – контраст в двенадцатиперстной кишке)



а



б

Рис. 3. Ирригограмма: а – стадия тугого заполнения. Отмечается высокое расположение печёночного изгиба толстой кишки, рельеф толстой кишки не нарушен; б – стадия опорожнения. Отмечается высокое расположение печёночного изгиба толстой кишки. Признаков за механическую obstruction не выявлено

тодиафрагмальное пространство (рис. 3, а). Дефектов наполнения, депо контраста не выявлено. Опорожнение достаточное (рис. 3, б). Заключение: надпечёночно-диафрагмальная интерпозиция толстой кишки.

С целью верификации причин интерпозиции толстой кишки назначена компьютерная томография с контрастным усилением. Заключение: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, гепатодиафрагмальная интерпозиция ободочной кишки и желудка.

При ультразвуковом исследовании: печень визуализируется фрагментарно из-за наложения петли кишки с газом. Заключение: УЗ-признаки хронического калькулезного холецистита, диффузных изменений в паренхиме печени и поджелудочной железы, паренхиматозной кисты правой почки.

Сформулирован диагноз: синдром Хилайдити (гепатодиафрагмальная интерпозиция ободочной кишки и желудка) с субкомпенсированным нарушением эвакуации из желудка. Острая язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Эрозивный проксимальный гастрит и рефлюкс-эзофагит. Желчнокаменная болезнь. Нефункциональный желчный пузырь.

Параллельно с обследованием проводилось медикаментозное лечение на протяжении 14 дней. Проводились инфузионная терапия, восполнение водно-электролитных нарушений; заместительная терапия свежесамороженной плазмой; противовоспалительная терапия (Квамател, Омепразол,

Новобисмол, Метронидазол), спазмолитическая терапия. Внутривенно вводились прокинетики, ежедневное промывание желудка.

На фоне проводимого лечения больная субъективно отметила улучшение состояния, купировались тошнота и рвота. Больная стала принимать жидкость и пищу малыми порциями до 4 раз в день. Перед операцией тургор и влажность кожных покровов восстановились, гемодинамика стабилизировалась. АД = 130–140/80–90 мм рт. ст. Однако на фоне отсутствия рвоты и явлений кишечной непроходимости ежедневно по утрам при аускультации живота отмечался отчетливый шум плеска над желудком.

Учитывая субкомпенсированное нарушение эвакуаторной функции желудка, установлены показания к хирургическому лечению. Выполнена операция: низведение желудка и ободочной кишки; фиксация желудка и ободочной кишки к брюшной стенке, холецистэктомия, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 12-й день после операции. Осмотрена через 3 и 6 мес. Здоровая, жалоб не предъявляет.

Таким образом, синдром Хилайдити при наличии минимальных проявлений требует выполнения операции, так как может стать причиной острой кишечной непроходимости. Знание этого синдрома важно как для своевременной диагностики острой кишечной непроходимости, так и для предупреждения

дения повреждения тонкой или толстой кишки при проведении инвазивных процедур на органах верхнего этажа брюшной полости (под контролем УЗИ или при проведении лапароскопии).

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Винокуров А. С., Юдин А. Л., Юматова Е. А. Синдром Хилаидити (клиническое наблюдение) // Радиология – практика. 2015. № 6. С. 80–85. [Vinokurov A. S., Judin A. L., Jumatova E. A. Sindrom Hilaiditi (klinicheskoe nabljudenie) // Radiologija – praktika. 2015. № 6. P. 80–85].
2. Acar T., Kamer E., Acar N., Er A., Peşkersoy M. Chilaiditi's syndrome complicated by colon perforation: a case report // Ulus Travma Acil Cerrahi. Derg. 2015. Vol. 21 (6). P. 534–536.
3. Aguilar-García C. R., García-Acosta J. Chilaiditi's sign and syndrome. Case report // Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2017. Vol. 55 (1). P. 114–117.
4. Altomare D. F., Rinaldi M., Petrolino M., Sallustio P. L., Guglielmi A., Pannarale O. C. Chilaiditi's syndrome. Successful surgical correction by colectomy // Techniques in Coloproctology. 2001. Vol. 5, № 3. P. 173–175.
5. Chilaiditi D. Zur frage der hepatoptose und ptose im allgemeinen im anchluss an drei fälle von temporärer, partieller leberverlagerung // Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen. 1910. Vol. 16. P. 173–208.
6. Lekkas C. N., Lentino W. Symptom-producing interposition of the colon. Clinical syndrome in mentally deficient adults // JAMA. 1978. Vol. 240. P. 747–750.
7. Naji-Amrani H., Ouarsrani A. Chilaiditi syndrome // Pan. Afr. Med. J. 2017. Vol. 7. P. 129.
8. Plorde J. J., Raker E. J. Transverse colon volvulus and associated Chilaiditi's syndrome : case report and literature review // Am. J. Gastroenterol. 1996. Vol. 91. P. 2613–2616.
9. Shinha T. Chilaiditi Syndrome // Intern Med. 2017. Vol. 56 (9). P. 1125–1126.
10. Takahashi K., Ito H., Katsube T., Tsuboi A., Hashimoto M., Ota E., Mita K., Asakawa H., Hayashi T., Fujino K. Treatment of Chilaiditi syndrome using laparoscopic surgery // Asian J. Endosc. Surg. 2017. Vol. 10 (1). P. 63–65.
11. Walsh S. D., Gruikshank J. G. Chilaiditi syndrome // Age and Ageing. 1977. Vol. 6, № 1. P. 51.
12. Watanabe M., Ishibashi O., Watanabe M., Kondo T., Ohkohchi N. Complicated adult right-sided Bochdalek hernia with Chilaiditi's syndrome : a case report // Surg Case Rep. 2015 Vol. 1 (1). P. 95.

Поступила в редакцию 09.09.2017 г.

Сведения об авторах:

Давыдкин Василий Иванович (e-mail: v-dav@mail.ru), зав. кафедрой, канд. мед. наук, доцент; Миллер Алексей Алексеевич (e-mail: painkiller1982@mail.ru), аспирант; Дьячкова Ирина Михайловна (e-mail: mgu-hospital.surgery@yandex.ru), аспирант; Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва, 430032, г. Саранск, ул. Ульянова, д. 26 а.