

ЗАМІТКИ ІЗ ПРАКТИКИ

DOI: 10.21802/gmj.2020.2.7

УДК 616.125.3

Манецька О.М., Тарченко І.П.

Сітка Кіарі у хворой з аномалією міжпередсердної перегородки та легеневою гіпертензією

Кафедра внутрішньої медицини

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Резюме. Сітка Кіарі – рухома фіброзна, схожа на сітку, структура, яка візуалізується в 2% випадків у правому передсерді. Вона прикріплена з однієї сторони до клапана нижньої порожнистої вени, а з другої до різних частин правого передсердя. Найчастіше ця структура немає клінічного значення й може бути випадковою знахідкою під час Ехо-візуалізації. Але інколи вона може бути джерелом тромбозу і в подальшому причиною тромбоемболії, або ж, навпаки, бути перешкодою для просування тромба.

Ключові слова. Сітка Кіарі, дефект міжпередсердної перегородки, легенева гіпертензія, праве передсердя, венозний синус.

Основна частина. Сітка Кіарі вперше була описана в 1875 році, коли Карл Рокитанський виявив один випадок утворення сітчастої структури в правому передсерді, але була названа в честь ембріолога та патолога Кіарі, який вперше описав декілька випадків сітчастої мембрани, яка розташована над устям нижньої порожнистої вени. У 1879 р. у Празі Кіарі у своїй публікації описав випадок Рокитанського, а також ще декілька схожих випадків сітчастої мембрани, яка розташована над устям нижньої порожнистої вени [1, с. 119-127]. Ганс Кіарі описав аномальні волокнисті структури, які простягаються від краю нижньої порожнистої вени або клапанів коронарного синуса. Ця сітка виникає внаслідок неповної резорбції правого клапана венозного синуса. Інший, лівий венозний синус, переважно зливається з міжпередсердною перегородкою [2].

Сітка Кіарі являє собою рухома, фіброзно-ниткоподібну структуру, яка візуалізується в правому передсерді, прикріплюється до євстахієвого клапана або інших передсердних структур. Цей елемент є ембріологічним залишком правого клапана венозного синуса, що з'являється при неповній його резорбції і переважно не має клінічного значення. Поширення сітки Кіарі не залежить від віку та статі. Частіше зустрічається в людей з іншими вродженими аномаліями, такими як відкрите овальне вікно та аневризма міжпередсердної перегородки. Необхідно зауважити, що інколи сітка Кіарі може бути причиною тромбоутворення, парадоксальної емболії, закупорки легневих судин, розвитку пухлин. Описані також випадки розвитку інфекційного ендокартиту [3, с. 895–901; 4, с. 188]. Проте на думку певних авторів, сітка Кіарі навпаки може слугувати природним фільтром, який запобігає масивній легневій емболії через фільтрацію крові [5, с. 73–79].

Різноманітними можуть бути варіанти прикріплення сітки Кіарі. З одного боку вона може кріпитися до євстахієвого клапана нижньої порожнистої вени, з другого – до різних відділів правого передсердя: до клапана основного венозного колектора, що впадає в праве передсердя, коронарного синуса, до стінки самого передсердя [1].

Розвиток візуалізаційних методів дослідження дає можливість виявляти сітку Кіарі прижиттєво в якості

випадкової знахідки або ж у зв'язку з будь-якими патологічними станами в 2% випадків. Частота виявлення сітки Кіарі під час морфологічних досліджень складає 1,3 - 4,0% [6, с. 1104-9; 7, с. 203–210]. Сітка Кіарі становить певні діагностичні труднощі, зокрема в диференціальній діагностиці, оскільки може трактуватися як вегетація, тромби, пошкодження трикуспідального клапана та навіть пухлини.

Клінічний випадок. У зв'язку з рідкісним виявленням сітки Кіарі, наводимо власний випадок виявлення цього утворення.

Пацієнтка Д., 80 років, лікувалася у відділенні кістково-гнійної хірургії у зв'язку з остеомієлітом правого стегна. Планувалося оперативне втручання з приводу остеомієліту стегнової кістки. З анамнезу хвороби відомо, що в 2016 році жінці було виконано ендопротезування правого кульшового суглоба після перелому шийки стегна. Через рік після операції в ділянці протезу почав виділятися гній, сформувалася нориця.

З анамнезу життя відомо, що хвора в минулому дуже рідко зверталася до лікарів з приводу захворювань, але згадує, що в молодому віці важко виконувала фізичні навантаження, в тому числі заняття спортом. При обстеженні патологічні зміни в серці не виявлялися. У віці 70 років вперше був виявлений цукровий діабет II типу 5 років тому з'явилися ознаки порушень серцевого ритму – фібриляція передсердь, постійна форма. Неодноразово лікувалася в стаціонарах у зв'язку з появою набряків на нижніх кінцівках.

Дані об'єктивного обстеження: загальний стан задовільний, свідомість ясна, шкіра бліда, підшкірно-жирова клітковина розвинена помірно. Грудна клітка нормальна, обидві половини беруть участь в акті дихання, підшкірної емфіземи, крепітації немає. Задишки немає. ЧД16/хв. Аускультация – везикулярне дихання, додаткових дихальних шумів у момент обстеження не виявлено. Видимої пульсації артерій, вен немає. Верхівковий поштовх нормальний. Тони серця дещо послаблені звучності, мелодія аритмічна, акцент II тону над а.pulmonalis, на верхівці вислуховувався систолічний шум. ЧСС 85/хв, Пульс 76/хв., аритмічний, дефіцит пульсу 9. АТ 140/80 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний, симетричний. Край печінки відчувається на 3-4 см нижче реберної дуги, безболісний, щільний. Селезінка не пальпується. Гомілки ціанотичні, з численними дрібними вологими трофічними виразками.

Дані лабораторно-інструментальних обстежень: Загальний аналіз крові: еритроцити $3,0 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін 87 г/л, колірний показник 0,75, анізоцитоз незначно виражений, частина еритроцитів гіпохромна, ретикулоцити 0,3%, гематокрит 0,3, ШОЕ 25 мм/год, лейкоцити $5,6 \cdot 10^9/л$ (нейтрофіли сегментоядерні – 72%, паличкоядерні 1%, юні 0%, еозинофіли 1%, базофіли 1%, лімфоцити 21%, моноцити 3%), тромбоцити $220 \cdot 10^9/л$. Глюкоза: 7,0 ммоль/л. Коагулограма: Протромбіновий час 14с., МНО – 1,1, АЧТЧ

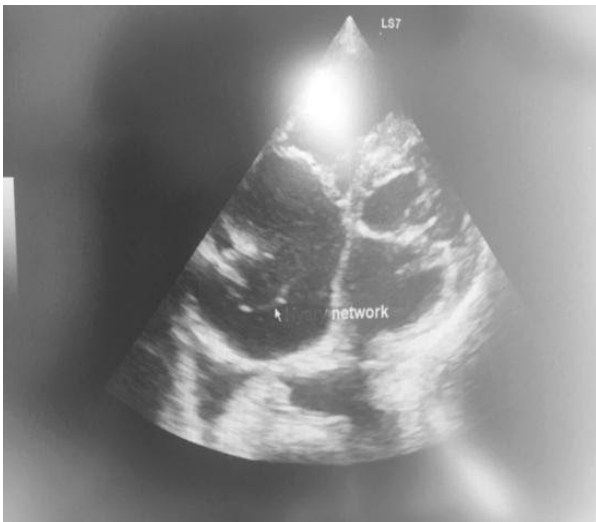


Рис.1. ЕхоКГ хворої Д. , 80 р. У порожнині правого передсердя візуалізується сітка Кіарі (показано стрілочкою)

30 с, активований час рекальцифікації 82, фібрин плазми 3,9, протромбінний індекс 115%, тромбінний час – 18с, розчинні фібрин-мономерні комплекси – 0,4 ОД, антитромбін ІІІ – 95%, фібриноген – 3,4 г. Загальний аналіз сечі: колір- солом'яно-жовтий, прозора, щільність 1018г/л, білок 0,015 г/л, глюкоза відсутня, кетонів тіла відсутні, еритроцити 1-2 в п/з, лейкоцити до 4 в п/з, циліндри відсутні, солі відсутні, бактерії відсутні. Дані ЕКГ: Фібриляція передсердь, постійна форма, тахісistolічний варіант. Вертикальне положення електричної осі серця. Неповна блокада правої ніжки пучка Гіса. Гіпертрофія лівого шлуночка.

CHA2DS2-VASc – 7балів, EHRA – III.

Дані Ехо-Кг: Дилатація передсердь та правого шлуночка. Гіпертрофія обох шлуночків. Легенева гіпертензія 2 ступеня (45 мм рт.ст.) Дилатація легеневої артерії. Аортосклероз. Загальна скоротливість лівого шлуночка задовільна, правого – знижена. Внутрішньопорожнинне утворення: сітка Кіарі в порожнині правого передсердя. Перикард: сепарація листків перикарда до 5 мм. Аневризма міжпередсердної

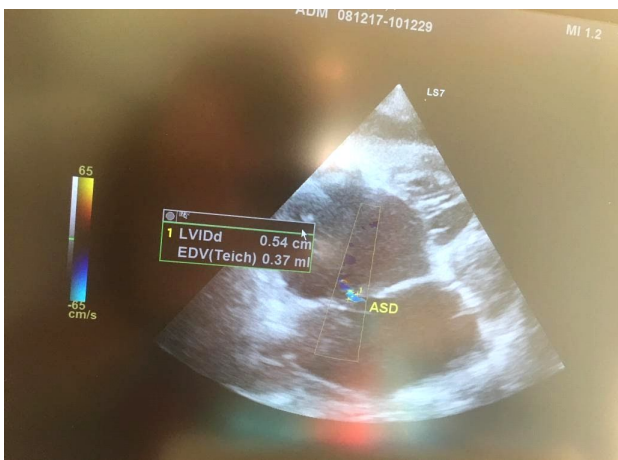


Рис. 3. ЕхоКГ хворої Д. , 80 р. У середній третині міжшлуночкової перетинки (ділянка овалного вікна) візуалізується дефект тканини розміром 0,54 см. з ознаками скиду крові зліва-направо - вторинний дефект міжшлуночкової перетинки

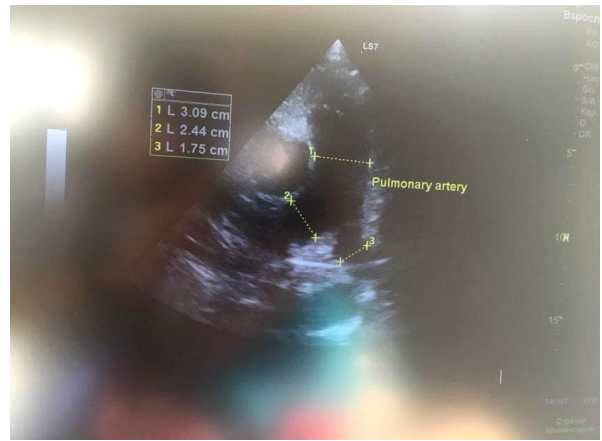


Рис.2. ЕхоКГ хворої Д. 80р. Візуалізується розширення легеневої артерії

перетинки в ділянці овалного вікна. Вторинний дефект міжпередсердної перегородки до 5 мм. Ліво-правий шунт.

Лікування пацієнтки включало призначення антиаритмічних препаратів, діуретиків, антитромботичну терапію, інгібітори АПФ, метаболічно активні препарати. На тлі лікування стан хворої покращився. Хвора готувалася до оперативного лікування у зв'язку з остеомієлітом.

Висновок

Описаний рідкісний клінічний випадок первинного виявлення сітки Кіарі в поєднанні з вторинним дефектом міжпередсердної перегородки та легеневою гіпертензією. Актуальним є факт, що впродовж тривалого періоду життя пацієнтка неодноразово зверталася до лікарів, в тому числі до кардіологів, але це утворення ніколи раніше не було діагностоване. Не виявлялися аномалії розвитку міжпередсердної перегородки, а також легенева гіпертензія, клінічних ознак якої, крім акценту 2-го тону на легеневій артерії, також не було.

Література

1. Алехин М.Н., Докина Е.Д. Эхокардиографическая диагностика сети Хиари//Ультразвуковая и функциональная диагностика , 2014 год, №5, стр.119-127
2. Jansirani D.Devi, Deep S. Shiva and Anandaraja S. Anatomical Study of Chiari Network and the Remnant of Left Venous Valve in the Interior of Right Atrium// US National Library of Medicine National Institutes of Health. Hindawi.Publishing Corporation Anatomy Research International Volume 2015, 5 pages (Published online 2015 Sep9)
3. Loukas M., Sullivan A., Tubbs R.S., Weinhaus A.J., DerDerian T., Hanna M. Chiari's network: review of the literature. Surg Radiol Anat. 2010;32(10):p. 895–901.
4. Latif F., Peyton M., Laszik Z., Sivaram C.A. Infective endocarditis of a papillary fibroelastoma on Chiari network of right atrium: a case report //J. Am. Soc. Echocardiogr.2008.V. 21. No. 2.P. 188.e3–188.e4.
5. Helwig F.C. The frequency of anomalous reticula in the right atrium of the human heart "Chiari network". Report of eight cases// Am. J. Pathol. 1932.V. 8. No. 1.P.73–79.
6. Werner JA, Cheitlin MD, Gross BW, Speck SM, Ivey TD. Echocardiographic appearance of the Chiari network: differentiation from right-heart pathology// Circulation. 1981 May;63(5):1 P:104-109.
7. Schneider B., Hofmann T., Justen M.H., Meinertz T. Chiari's network: normal anatomic variant or risk factor for arterial embolic events// J. Am.Coll. Cardiol. 1995. V. 26. No. 1. P. 203–210.

O.M. Manetska, I.P. Tarchenko

Chiari Network in Patient with Interatrial Septal Defect and Pulmonary Hypertension

Bogomolets National Medical University

Abstract. Chiari network is a moving fibrous mesh-like structure that is visualized in 2% of cases in the right atrium. It is attached on one side to the valve of the inferior vena cava and on the other to different parts of the right atrium. In most cases this structure has no clinical significance and may be an accidental finding during echo-

imaging. But sometimes it can be a source of thrombosis and in the future – the cause of thromboembolism, or, conversely, be an obstacle to the movement of thrombus.

Keywords: *Chiari Network; atrial septal defect; pulmonary hypertension; right atrium; sinus venosus.*

Надійшла: 29.11.2019

Завершено рецензування: 15.04.2020

Прийнята до друку: 27.04.2020

DOI: 10.21802/gmj.2020.2.3

Erhan Aslaner, Bartu Badak, Nahid Gambarov

Giant Relapse Sigmoid Volvulus: Case Report

Eskisehir Osmangazi University, Department of General Surgery¹

Conflict of interest: none

Financial support: none

Corresponding author: Bartu Badak

Eskisehir Osmangazi University, General Surgery Department, Eskisehir-Turkey

drbartu@gmail.com

Abstract: Sigmoid volvulus is one of the acute abdomen that requires endoscopic intervention and/or surgery. High recurrence rates after detorsion require patients to be operated under elective conditions. A 32 year old mental retarded male patient was operated for recurrent sigmoid volvulus. In this study, we aimed to present a giant recurrent sigmoid volvulus case accompanied by diaphragmatic hernia.

Keywords: *volvulus, sigmoid, hernia*

Introduction:

Sigmoid colon is the most mobile part of the gastrointestinal tract due to the mesentery length of the sigmoid colon. Intestinal volvulus (90%) is a more common evidence compared to other intestinal segments as a result of its revolving around mesenteric structures. Different procedures have been defined to prevent recurrence after detorsion [1]. One of the most effective methods of these procedures is segmental bowel resection. In emergency conditions, anastomosis or Hartmann colostomy should be decided after segmental resection according to the current condition of the patient [2]. In our study, we aimed to present a 32-year-old patient who was operated due to a recurrent giant sigmoid volvulus.

Case:

32 year old male and mental retarded patient applied to the emergency service with the complaint of swelling and constipation in her abdomen for 5 days. It was learned that the patient had a previous hospitalization due to sigmoid volvulus

and a bowel operation due to ileus. Her physical examination revealed no audible left lung sounds, swelling in both scrotums, excessive distention in the abdomen, and peritoneal irritation. Routine laboratory examination showed that Wbc: 41.880/uL Hgb: 11.4 g/dl arterial blood gas parameters Lactate: 5.3 mmol/L. Verbal interpretation of intravenous (IV) contrast computed tomography was found to be compatible with sigmoid volvulus. Later, the patient was given an informed consent from his family members and a laparotomy was decided.

Diagnostic laparotomy was applied to the patient. After exploration it was observed that the sigmoid colon extended from the left thoracic cavity to the pelvis (Fig. 1). It was seen that the sigmoid colon was perforated in 2 places and its wall was necrotic and its diameter reached approximately 20 cm (Fig. 2). Sigmoid colon was taken out of the abdomen and segmental bowel resection and Hartmann procedure were performed. Small intestine segments were found to be herniated from the left inguinal canal and the small intestines were returned to the abdomen. Left inguinal hernia was repaired from a separate skin incision. During the operation, the patient's blood pressure was 50/40 mmHg, so the right scrotum could not be intervened and the operation was terminated. The patient was taken to the surgical intensive care unit in the postoperative period, and appropriate antibiotherapy was started. The patient, who was extubated on the postoperative 6th day, was taken to the surgical service.