

УДК 616.342-007.64-06089+616.34-007-06

**Р. В. Гонза**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

ВИПАДОК УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТКИ З ПЕРФОРАЦІЄЮ ДИВЕРТИКУЛУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПОЄДНАННІ З МАЛЬРОТАЦІЄЮ КИШЕЧНИКА

Специфічність клінічних даних та загальнодоступних методів діагностики щодо верифікації, диференційної діагностики перфорації дивертикулу дванадцятипалої кишки (ДПК) у поєднанні з мальротацією кишечника залишається вкрай низькою, особливо у дорослих. Більшість практичних лікарів мало поінформовані про можливі ускладнення цієї патології, особливості її клінічного перебігу, тому правильний діагноз при ускладнених формах встановлюють у поодиноких випадках. Він належить до казуїстичних. Цим зумовлена значна частота діагностичних і тактичних помилок, які є причиною запізнених оперативних втручань та високої післяопераційної летальності (8,3—18,0%). Описано випадок успішного лікування пацієнтки 53 років з перфорацією дивертикулу ДПК у поєднанні з мальротацією кишечника, яка перебувала на лікуванні в хірургічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні м. Києва. Виконано резекцію частини ДПК з дивертикулом та накладання тонко-тонкокишкового анастомозу за типом «кінець у кінець», апендектомію, санацію та дренування черевної порожнини.

■
Ключові слова: дивертикул, дванадцятипала кишка, перфорація, ускладнення, мальротація кишечника.

Мальротація кишечника (*malrotatio intestini*; від лат. *malus* — поганий та *rotatio* — обертання) — аномалія розвитку, в основі якої лежить порушення нормального процесу обертання середньої кишки [12].

Уперше цю патологію описали різні автори майже 100 років тому. Детальну клінічну картину описано дещо пізніше.

До моменту народження середня кишка (від дванадцятипалої (ДПК) до середини поперечного відділу ободової кишки, яка живиться від верхньої брижової артерії) з первинного сагітального положення робить поворот на 270° проти годинникової стрілки. Цей процес умовно розділяють на три періоди. У перший період (до 10-го тижня ембріонального життя) середня кишка повертається на 90° і сліпа кишка опиняється внизу зліва, у другий (до 12-го тижня) кишкові петлі ротуються ще на 180°, сліпа кишка поступово переміщується з лівої половини в епігастральну ділянку і далі в правий верхній квадрант, у третій період (після 12-го тижня) сліпа

кишка опускається на своє звичайне місце. Поворот завершується прикріпленням раніше нефіксованої брижі. Зупинка процесу обертання між 10-м і 12-м тижнем призводить до різноманітних патологічних станів, які об'єднують під загальною назвою «незавершений поворот кишечника».

Частота виявлення аномалій ротації становить близько 1%. У новонароджених чоловічої статі мальротація трапляється вдвічі частіше. Найчастіше виникають такі аномалії:

1. Стиснення у низхідній частині ДПК. При неповній ротації сліпа кишка розташовується над дистальною частиною. Від неї і від висхідної кишки тягнуться до правої задньобічної стінки черевної порожнини стрічкоподібні очеревинні тяжі, які більшою чи меншою мірою здавлюють ДПК. Іноді сліпа кишка розташована безпосередньо біля ДПК і покриває її зовні.

2. Заворот середньої кишки. Незавершений поворот супроводжує неповна фіксація брижі: від шлунково-кишкової складки до середини попере-

чного відділу ободової кишки, кишкова зв'язка не прикріплена до задньої черевної стінки. Це спричиняє заворот кишок, який може статися як в ембріональний, так і в постнатальний період, зазвичай за годинниковою стрілкою.

3. Синдром Ледда — поєднання зазначених вище аномалій (здавлення в низхідній частині ДПК і заворот середньої кишки).

Загальна брижа зазвичай є наслідком неповної ротації. Для неї характерна відсутність з'єднань між висхідною частиною брижі товстої кишки і задньою черевною стінкою. Висхідна кишка розташовується вздовж задньої стінки правої половини черевної порожнини, не будучи прикріпленою до неї. Частково з'єднана з брижею товстої кишки сліпа кишка і термінальний відділ клубової кишки можуть вільно переміщатися в черевній порожнині.

Яскрава клінічна картина спостерігається лише в період новонароджуваності у випадках, коли просвіт ДПК закритий майже повністю, або при завороті (79—84%) [2, 8, 15, 30]. При частковому здавленні кишки захворювання діагностують у більш старшому віці. В анамнезі у таких хворих визначаються повторювані напади болю в животі, нудота, блювання. Безрецидивні періоди можуть тривати від кількох років до десятиріч. Тому кожне нове повідомлення про це захворювання становить інтерес. У США щороку близько 450 хворих помирають від ускладнень, спричинених аномаліями ротації та фіксації кишечника у поєднанні з іншою гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини.

Більшість практичних лікарів мало поінформовані про можливі ускладнення зазначеної патології та особливості їх клінічного перебігу, тому правильний діагноз при ускладнених формах встановлюють у поодиноких випадках. Він належить до казуїстичних. Це зумовлює значну частоту діагностичних і тактичних помилок, які є причиною запізнених оперативних втручань та високої післяопераційної летальності (8,3—18,0%) [2, 11, 16, 26].

Досі існують розбіжності в поглядах щодо хірургічної тактики при виявленні зазначеної вади розвитку на тлі іншої гострої хірургічної патології органів черевної порожнини.

Клінічний випадок

21.02.2014 р. о 17:15 до приймального відділення хірургії Олександрівської клінічної лікарні м. Києва каретою швидкої медичної допомоги доставлена та госпіталізована пацієнтка М., 53 роки, з підозрою на гострий апендицит.

На момент огляду висуває скарги на біль нючого, інколи — колючого характеру в епігастрії та правій здухвинній ділянці, нудоту, блювання, загальну слабкість.

Вважає себе хворою кілька діб, коли на тлі загального благополуччя зранку з'явився біль в епі- та мезогастрії, який згодом мігрував у праві відділи живота та праву здухвинну ділянку. Була

нудота та послаблення випорожнення (одноразово — звичайного кольору).

Перенесені оперативні втручання та будь-яку супутню патологію заперече.

Об'єктивно: загальний стан хворої середнього ступеня тяжкості. Шкіра та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, чисті; язик сухий, обкладений сірим нашаруванням біля кореня. Температура тіла — 37,3 °С. Зріст — 168 см, маса тіла — 72 кг, нормостенічної тілобудови. Дихання в легенях — везикулярне, хрипи не вислуховуються. Частота дихальних рухів — 19 за 1 хв. Гемодинаміка стабільна: АТ — 130/80 мм рт. ст., пульс — 92 уд./хв, задовільних властивостей.

St. localis: Живіт симетричний, звичайної форми та розмірів, дещо піддутий. Пальпаторно: м'який, дискомфортний в епігастрії та по правому фланку, різко болючий у правій здухвинній ділянці. Симптоми Ровзинга, Бартомье — Міхельсона, Образцова, Воскресенського — позитивні, Щоткіна — Блюмберга — позитивний у правому фланку та у правій здухвинній ділянці. Шум плескоту — не виявлено.

Per rectum: без особливостей (тонус сфінктера збережений, ампула пуста, на рукавичці залишки випорожнення звичайного кольору).

Пацієнтку обстежено в ургентному порядку.

Загальний аналіз крові: гемоглобін — 115 г/л, еритроцити — $3,91 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит — 0,33, лейкоцити — $11,9 \cdot 10^9$ /л, тромбоцити — $315 \cdot 10^9$ /л, паличкоядерні — 6%, сегментоядерні — 80%, моноцити — 2%, лімфоцити — 12%. ШОЕ — 17 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: глюкоза — 7,0 ммоль/л, загальний білірубін — 14,3 мкмоль/л,

ЕКГ: без особливостей.

Консультація кардіолога та невропатолога: гострої патології на момент огляду не виявлено.

З огляду на отримані дані встановлено клінічний діагноз: гострий апендицит.

Запропоновано оперативне лікування за невідкладними показаннями. Отримано згоду. Доопераційна підготовка: інфузійна, спазмолітична, антибактеріальна терапія.

Протокол операції. Під ендотрахеальним знеболюванням доступом за Мак-Бурнеєм поширено розкрито черевну порожнину. В рану виділилася значна кількість серозного мутного випоту з домішкою жовчі. Осушено. В рані екстатовані петлі тонкого кишечника. Сліпа кишка не візуалізується. У зв'язку з цим виконано серединну лапаротомію. Печінка та шлунок — без особливостей. ДПК розташована екстраперитонеально, без зв'язувального апарату. На відстані 10 см від пілоруса наявний дивертикул з перфоративним отвором на верхівці (рис. 1).

Всі відділи тонкої кишки розташовані у правих відділах черевної порожнини, без особливостей. Товста кишка розташована у лівих відділах та малому тазі. Товста і тонка кишка мають загальну брижейку (рис. 2).

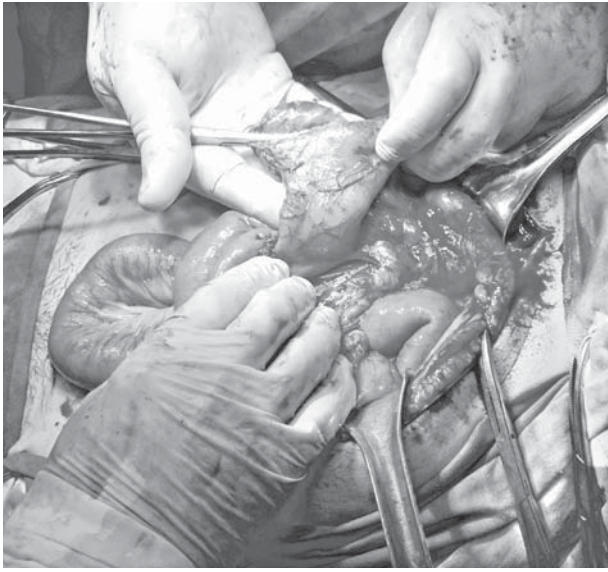


Рис. 1. Інтраопераційний вигляд розташування органів черевної порожнини



Рис. 2. Загальний вигляд кишечника після резекції ДПК з дивертикулом



Рис. 3. Макропрепарат видаленого дивертикулу з перфоративним отвором на верхівці

Червоподібний відросток вторинно змінений — гіперемований, набряклий. Виконано резекцію ДПК з дивертикулом та наложення анастомозу за типом «кінець у кінець». Проведено інтубацію тонкої кишки та шлунка. Виконано апендектомію із зануренням культі паростка кисетним і Z-подібним швами.

Гемостаз по ходу операції — сухо. Черевну порожнину сановано розчином антисептика та дреновано поліхлорвініловою трубкою. Облік інструментів та операційного матеріалу — все в наявності. Пошарові шви на рану, асептична пов'язка.

Об'єм крововтрати під час операції — 20 мл.

Макропрепарати:

1. Видалена ділянка ДПК з дивертикулом, верхівка дивертикула флегмонозно змінена з перфоративним отвором — відправлено на патогістологічне дослідження (рис. 3).

2. Катарально змінений апендикс розміром 10×0,5 см — відправлено на патогістологічне дослідження.

Діагноз після операції: Мальротация кишечника. Дивертикулярна хвороба ДПК, ускладнена перфорацією. Розлитий серозно-фібринозний перитоніт. Вторинний катаральний апендицит.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Після операції пацієнтці призначено антибіотики групи цефалоспоринів III покоління та метронідазол, інфузійну та спазмолітичну терапію, знеболювання, перев'язки з промиванням дренажу.

На 3-тю добу пацієнтку переведено до хірургічного відділення. Перистальтика відновилася на 5-ту добу, випорожнення — на 6-ту–7-му добу. Назогастральний зонд видалено на 4-ту добу, інтубаційний зонд — на 8-му добу, дренаж з малого таза — на 8-му добу. Пацієнтку виписано в задовільному стані. На момент виписки лабораторні показники — в межах норми.

Контрольний огляд через місяць після операції — пацієнтка скарг не висуває, рана зажила первинним натягом.

Висновки

Специфічність клінічних даних і загальнодоступних методів діагностики щодо верифікації та диференційної діагностики перфорації дивертикулу ДПК у поєднанні з мальротациєю кишечника залишається вкрай низькою, особливо у дорослих. Клінічне спостереження свідчить про те, що патологічно змінений дивертикул ДПК, зокрема перфорований, у поєднанні з мальротациєю кишечника, може симулювати картину гострого апендициту.

У лікуванні методом вибору має бути резекція ДПК з дивертикулом і відновлення цілісності кишки, апендектомія, санація та дронування черевної порожнини [3, 9, 14]. Доступом у таких випадках має бути верхньосерединна лапаротомія, яка дає змогу виконати адекватну ревізію та оперативне втручання в повному обсязі.

Література

- Агзамходжаев С. М., Яругский Е. Е. Лечение дуоденальных дивертикулов // Мед. журн. Узбекистана. — 1989. — № 10. — С. 41—43.
- Алексеев А. А. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки: Клиника, диагностика и лечение // Клини. мед. — 1964. — № 2. — С. 26—32.
- Алексеев А. А. К хирургическому лечению дивертикулов желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. — 1964. — № 9. — С. 48—53.
- Алексеев А. А. Клиника. Диагностика и лечение дивертикулов желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Донецк, 1965. — 23 с.
- Андрейцева О. И. Диагностика и лечение околососочковых дивертикулов двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ростов-на-Дону: РГМУ, 1993. — 23 с.
- Андриановский А. Ф. К вопросу о дивертикулёзе двенадцатиперстной кишки // Тр. Казан. ин-та усовер. врачей. — Казань, 1961. — Т. 15. — С. 173—183.
- Андриановский А. Ф. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки // Казан. мед. журн. — 1961. — С. 36—39.
- Арунгазиев В. Ю. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки // Тр. НИИ. — Свердловск, 1938. — С. 135—155.
- Бабиц А. П. Клиника, диагностика и лечение дивертикулов двенадцатиперстной кишки // Клини. хирургия. — 1969. — С. 81—82.
- Бабиц А. П. Клиника, диагностика и показания к хирургическому лечению дивертикулов двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Винница, 1969. — 22 с.
- Бабиц А. П., Цымбалюк О. С. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки // Сов. мед. — 1967. — № 7. — С. 48—50.
- Вакуленко І. П., Юхно Т. Д., Весела В. С. та ін. Сучасні аспекти променевої діагностики синдрому уродженої кишкової непрохідності // Питання експериментальної та клінічної медицини. — 2008. — Т. 1, № 12. — С. 293—300.
- Дерунова В. И., Галкина Я. А., Мокрушина О. Г., Гераськин А. В. Результаты лечения дуоденальной непроходимости у новорожденных // Современные технологии в диагностике и лечении. — 2012. — № 2. — С. 23—28.
- Карпова И. Ю., Паршиков В. В., Железнов А. С. и др. Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта как совместная проблема детских хирургов и педиатров // Мед. альманах. — 2010. — № 4. — С. 208—210.
- Мухина Ю. Г., Смирнов А. Н., Дубровская М. И. и др. Трудности диагностики хронического течения синдрома Ледда у детей старшего возраста // Трудный пациент. — 2006. — Т. 4, № 2. — С. 5—9.
- Платонов А. А., Зольников З. И., Зольникова Т. В. Распространенность и структура врожденных пороков желудочно-кишечного тракта у детей Чувашской Республики // Детская хирургия. — 2004. — № 5. — С. 26—27.
- Саввина В. А., Варфоломеев А. Р., Охлопоков. М. Е., Николаев В. Н. Врожденная кишечная непроходимость: выбор хирургической тактики и техники кишечного шва // Рос. вестн. — 2012. — Т. 2, № 2. — С. 69—73.
- Торлопова В. А. Алгоритм антенатальной диагностики и тактики при пороках развития пищеварительного тракта // Детская хирургия. — 2006. — № 4. — С. 19—22.
- Alexander F., DiFiore J., Stallion A. Triangular tapered duodenoplasty for the treatment of congenital duodenal obstruction // J. Pediatr. Surg. — 2002. — N 37. — P. 862—864.
- Borsellino A., Zaccara A., Nahom A. et al. False-positive rate in prenatal diagnosis of surgical anomalies // J. Pediatr. Surg. — 2006. — Vol. 41, N 4. — P. 826—829.
- Chan See-Ching, Chung-Yau Lo. Meckel's diverticulum in action // N. Engl. J. Med. — 2004. — Vol. 350. — P. 8—12.
- Cohen-Overbeek T. E., Grijseels E. W. M., Niemeijer N. D. et al. Isolated or non-isolated duodenal obstruction: perinatal outcome following prenatal or postnatal diagnosis // Ultrasound Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 32. — P. 784—792.
- Etensel B., Ozkisacik S., Doger F. et al. Anomalous congenital band: a rare cause of intestinal obstruction and failure to thrive // Pediatr. Surg. Int. — 2005. — N 21. — P. 1018—1020.
- Iacobelli B. D., Zaccara A., Spiridakis I. et al. Prenatal counselling of small bowel atresia: watch the fluid! // Prenat. Diagn. — 2006. — Vol. 2, N 3. — P. 214—217.
- Meckel J. F. Manual of pathological anatomy. (Translation). — London, 1938.
- Nasir A. A., Abdur-Rahman L. O., Adeniran J. O. Outcomes of surgical treatment of malrotation in children // Afr. J. Paediatr. Surg. — 2011. — N 8. — P. 8—11.
- Ogundoyin O. O., Afolabi A. O., Ogunlana D. I. et al. Pattern and outcome of childhood intestinal obstruction at a Tertiary Hospital in Nigeria // Afr. Health Sci. — 2009. — Vol. 9, N 3. — P. 170—173.
- Ruiz M., Thatch K., Fisher J. et al. Neonatal outcomes associated with intestinal abnormalities diagnosed by fetal ultrasound // J. Pediatr. Surg. — 2009. — Vol. 44, N 1. — P. 71—75.
- Sherif Kaddah, Khaled Bahaa-Aldin, Hisham Fayad Aly, Hosam Samir Hassan. Congenital duodenal obstruction // Ann. Pediatr. Surg. — 2006. — Vol. 2, N 2. — P. 130—135.
- Touloukian R. J. Атрезии и стенозы кишечника // Детская хирургия под ред. К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. — СПб: Харфорд, 1996. — Т. 1. — С. 341—356.
- Weinstein E. C., Cain J. C., Re Mine W. H. Meckel's diverticulum: 55 years of clinical and surgical experience // JAMA. — 1962. — Vol. 182. — P. 251—258.

Р. В. Гонза

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ПЕРФОРАЦИЕЙ ДИВЕРТИКУЛА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С МАЛЬРОТАЦИЕЙ КИШЕЧНИКА

Специфичность клинических данных и общепринятых методов диагностики верификации дифференциальной диагностики перфораций дивертикула двенадцатиперстной кишки (ДПК) в сочетании с мальротацией остается очень низкой, особенно у взрослых. Большинство практикующих врачей мало информированы о возможных осложнениях данной патологии, особенностях ее клинического течения, поэтому правильный диагноз при осложненных формах устанавливаются в единичных случаях. Он относится к числу казуистических. Этим обусловлена высокая частота диагностических и тактических ошибок, являющихся причиной поздних оперативных вмешательств и высокой послеоперационной летальности (8,3—18,0%). Описан случай успешного лечения пациентки 53 лет с перфорацией дивертикула ДПК в сочетании с мальротацией кишечника, которая находилась на лечении в хирургическом отделении Александровской клинической больницы г. Киева. Выполнена резекция части ДПК с дивертикулом и наложение тонко-тонкокишечного анастомоза по типу «конец в конец», аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

Ключевые слова: дивертикул, двенадцатиперстная кишка, перфорация, осложнения, мальротация кишечника.

R. V. Gonza

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

A SUCCESSFUL TREATMENT OF DUODENAL DIVERTICULUM PERFORATION IN CONJUNCTION WITH BOWEL MALROTATION

The specificity of the clinical data and conventional diagnostic methods in differential diagnosis and verification of duodenal diverticulum ulcer perforation in combination with malrotation remains very low, especially in adults. Most practitioners are not well informed about possible complications of this disease, its clinical course characteristics, so a correct diagnosis in complicated forms is set in a few cases. It belongs to the casuistic. This explains the high frequency of diagnostic and tactical errors that cause late surgical interventions and high postoperative mortality (8.3–18.0 %). A successful treatment case in patients 53 years old with perforated duodenal diverticulum in combination with intestinal malrotation, which was treated in the surgical department, is described. Resection of the duodenal part with diverticulum and the imposition of entero-enteric anastomosis «end to end», appendectomy, sanitation and drainage of the abdominal cavity were performed.

Key words: diverticulum, duodenum, perforation, complications, intestinal malrotation.