

ДВА ВИПАДКИ УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ЛЕДДА У ДОРΟΣЛИХ

Загородній О.В.¹, Міхель Ю.М.¹, Мота Ю.С.², Семенюк І.А.², Федоренко В.П.²¹ Львівська обласна клінічна лікарня (головний лікар - М.М. Гичка)² Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Кафедра хірургії № 2 (зав. - проф. І.І. Кобза)**Реферат****Мета.** Поліпшення діагностики і лікування синдрому Ледда у дорослих.**Матеріал і методи.** Проаналізовано результати обстеження, діагностики і хірургічного лікування синдрому Ледда у двох хворих, віком 22 та 24 років, лікарями першого хірургічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ).**Результати й обговорення.** Рідкісна причина гострої механічної непрохідності кишок - синдром Ледда у двох хворих, віком 22 та 24 років, встановлена лише інтраопераційно. Серединна лапаротомія, деторсія кишечника - оптимальне хірургічне лікування.**Висновок.** Рідкісна патологія утруднила діагностику причини гострої механічної непрохідності кишок - синдрому Ледда у двох дорослих хворих. Серединна лапаротомія, деторсія кишечника завершилися одужанням хворих.**Ключові слова:** синдром Ледда, ускладнення, непрохідність кишок, діагностика, хірургічне лікування**Abstract**

TWO CASES OF SUCCESSFUL TREATMENT OF LADD SYNDROME IN ADULTS

ZAGORODNIY O.V.¹, MIKHEL Yu.M.¹, MOTA Yu.S.², SEMENYUK I.A.², FEDORENKO V.P.²¹ Regional Clinical Hospital in Lviv²The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv**Aim.** To improve the diagnostics and treatment of Ladd syndrome in adults.**Material and Methods.** The results of clinical examination, diagnostics and surgical treatment of Ladd syndrome were analyzed in two patients, 22 and 24 years of age, by the doctors of 1st surgery department of the Lviv regional clinical hospital.**Results and Discussion.** A rare cause of acute mechanical intestinal obstruction in two patients, 22 and 24 years of age - Ladd syndrome, was found only intraoperatively. The midline laparotomy, detorsion of the bowels is the optimal surgical treatment.**Conclusions.** A rare pathology complicated the diagnostics of the cause of acute mechanical intestinal obstruction - Ladd syndrome in two adults. The midline laparotomy, detorsion of the bowels have resulted in patients' recovery.**Key words:** Ladd syndrome, complications, obstruction of the intestines, diagnostics, surgical treatment**Вступ**

Синдром Ледда - аномалія повороту кишечника,

що поєднує заворот "середньої" кишки, високе стояння купола сліпої кишки, наявність ембріональних зростів у черевній порожнині. На 10-12-му тижні внутрішньоутробного розвитку (II період повороту) загальна брижа тонкої і товстої кишки фіксована до задньої черевної стінки лише у місці виходу верхньої брижової артерії, а сліпа кишка розташовується в епігастральній ділянці або у правому верхньому квадранті живота (рис. 1). Навіть у дорослих вузький корінь брижі створює умови для виникнення завороту середньої кишки з розвитком механічної странгуляційної непрохідності, що потребує невідкладно-го хірургічного втручання.

Матеріал і методи

Проаналізовано результати обстеження, діагностики і хірургічного лікування синдрому Ледда у двох хворих, віком 22 та 24 років, лікарями 1-го хірургічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ).

Опис клінічного спостереженняУ першому випадку, хворий, віком 22 роки, поступив 22.04.2009 о 15⁴⁰ у 1-ше хірургічне відділення ЛОКЛ на 6 добу від появи нудоти, багаторазового блювання, не відходження газів, відсутності випорожнень. Загальний стан важкий, у свідомості, млявий, адинамічний. Шкіра бліда, суха, тепла. Язик підсихає. Пульс - 90 уд/хв, АТ - 110/60 мм рт.ст. Частота дихання - 19/хв. Живіт запалий, передня черевна стінка бере участь в акті дихання, визначається шум плескоти, періодично посилена перистальтика кишок, гази не відходять. Пряма кишка порожня. Сечовипускання не порушене. Через назогастральний зонд отримано 800 мл жовчі.Загальний аналіз крові від 22.04.2009: еритроцити - $4,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін - 154 г/л, лейкоцити - $8,7 \times 10^9$ /л, е - 1%, п - 1%, с - 75%, лімф. - 14%, м. - 9%, ШЗЕ - 24 мм/год. Біохімічний аналіз крові: білірубін - 24,0 мкмоль/л, глюкоза - 5,4 ммоль/л, амілаза - 11,0 г/(год/л), креатинін -

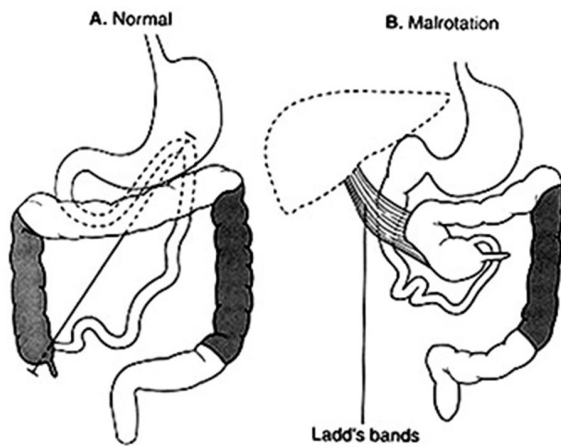


Рис. 1

Після повороту пупкової петлі на 180° подальша ротація припинилась. Сліпа кишка розташована в епігастральній ділянці

0,198 ммоль/л, сечовина - 32,5 ммоль/л, K^+ - 2,33 ммоль/л, Na^+ - 108,3 ммоль/л, Ca^{2+} - 0,85 ммоль/л. Коагулограма: ПЧ - 18", ПІ - 94%, фібриноген - 3,88 г/л. Група крові А(II), резус (+).

При рентгенологічному дослідженні - в правому мезогастрії наявна перероздута петля тонкої кишки, депо сульфату барію в шлунку та дванадцятипалій кишці (рис. 2).

УЗД: шлунок та проксимальні відділи кишечника виповнені рідиною, наявна антиперистальтика - ознаки високої непрохідності кишків.

Наявність гострої механічної непрохід-



Рис. 2

У правому мезогастрії наявна перероздута петля тонкої кишки, депо сульфату барію в шлунку та дванадцятипалій кишці

ності кишків послужила показанням до невідкладного хірургічного втручання.

22.04.2009 о 20³⁵ - 22⁰⁰ - операція. Середина лапаротомія. У черевній порожнині сухо. Низхідна частина дванадцятипалої кишки (проксимальна петля тонкої кишки) дилатована до 9 см в діаметрі, вени брижі - до 1 см в діаметрі, зв'язка Трейтца не ідентифікується. Наступна петля тонкої кишки проникає в перший отвір у брижі висхідної частини товстої кишки і через 10 см повертається через другий отвір. Після її звільнення отвори у брижі ушиті. Купол сліпої кишки розташований у підпечінковому просторі. Петлі тонкої та висхідна частина товстої кишків підкручені на видовженій брижі, без порушення кровоплину. Деторсія. Повністю відновлений пасаж по кишечнику. Контроль гемостазу. Пошаровий шов рани. Асептична пов'язка.

Діагноз після операції - синдром Ледда, гостра механічна странгуляційна непрохідність кишків.

Післяопераційний період - без ускладнень. Пацієнт виписаний 30.04.2009 у задовільному стані.

У другому випадку, хворий, віком 24 років, 12.07.2008 о 12⁴⁰ госпіталізований у перше хірургічне відділення ЛОКЛ на другу добу від появи переймистих болей в животі, нудоти, блювання, загальної слабості. Загальний стан середньої важкості, млявий. Шкіра блідо-рожева, суха, тепла. Язик підсихає. Пульс - 52 уд/хв, АТ - 110/75 мм рт.ст. Частота дихання - 18/хв. Живіт піддутий, симетричний, передня черевна стінка бере участь в акті дихання, перистальтика кишків ослаблена, двічі були рідкі випорожнення. Сечовипускання не порушене.

Загальний аналіз крові: еритроцити - $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін - 120 г/л, лейкоцити - $6,8 \times 10^9$ /л, е - 2%, п - 7%, с - 70%, лімф. - 20%, м. - 1, ШЗЕ - 2 мм/год. Загальний аналіз сечі: питома щільність - 1016, реакція - лужна, білок - 0,132 г/л, солі - фосфати. Біохімічний аналіз крові: білірубін - 10,4 мкмоль/л, глюкоза - 8,2 ммоль/л, білок - 56,0 г/л, амілаза - 48,2 г/(год/л), креатинін - 0,351 ммоль/л, сечовина - 15,4 ммоль/л, K^+ - 3,98 ммоль/л, Na^+ - 128,0 ммоль/л, АсАТ - 1,2 мкмоль/(год/мл), АлАТ - 0,99 мкмоль/(год/мл). Коагулограма: ПЧ - 13,9", ПІ - 94%, фібриноген - 3,1 г/л. Група крові А(IV), резус (+).

ЕКГ: синусова брадикардія, поодинокі екстрасистоли, гіпертрофія лівого передсердя, порушення внутрішньошлуночкової провідності, нормальне положення електричної осі серця.

ФЕГДС: слизова стравоходу гіперемована, набрякла. Розетка кардії замикається щільно. В шлунку застійний вміст зеленого кольору. Слизова шлунка рожева, рихла, еластична, складки середньої товщини. Пілорус відкритий. Слизова дванадцятипалої кишки блідо-рожева.

УЗД внутрішніх органів: в шлунку та петлях кишок значна кількість рідини. Печінка по краю реберної дуги, однорідної структури, підвищеної ехогенності. Жовчний міхур грушовидної форми, не містить каменів. Підшлункова залоза не потовщена, підвищеної ехогенності. Нирки звичайних розмірів, підвищеної ехогенності, паренхіма добре виражена, порожниста система не розширена.

Оглядова рентгеноскопія органів черевної порожнини від 12.07.2008: шлунок великих розмірів з великою кількістю рідини, товста кишка роздута газами.

Рентгеноскопія органів грудної клітки та черевної порожнини від 14.07.2008: грудна клітка без вогнищевих змін. Легені та серце в межах вікової норми. Акт ковтання не порушений, стравохід вільно прохідний. Пасаж барію сульфату по дванадцятипалій кишці сповільнений зі значною затримкою біля зв'язки Трейтца.

Рентгеноскопія органів грудної клітки та черевної порожнини від 15.07.2008: затримка контрасту в шлунку та дванадцятипалій кишці. Чаші Клойбера на рівні LIII - ознаки високої непрохідності кишок.

Наявність гострої механічної непрохідності кишок послужила показанням до хірургічного втручання.

15.07.2008 о 17⁵⁰ - 19⁰⁰ - операція: лапаротомія, деторсія, ліквідація непрохідності кишок.

Верхньо-серединна лапаротомія. Виявлено заворот тонкої кишки та правої половини товстої (сліпа, висхідна, печінковий кут та частина поперечно-ободової) (рис.3). Виразений венозний стаз судин брижі. Після деторсії відновились колір, перистальтика, кровообіг тонкої та правої половини товстої кишок, пасаж по кишечнику. Контроль гемостазу. Пошаровий шов рани. Асептична пов'язка.



Рис.3

Заворот тонкої та правої половини товстої кишки, ембріональні зрости

Діагноз після операції - синдром Ледда, заворот кишок, гостра механічна непрохідність кишок.

Післяопераційний період - без ускладнень. Пацієнт виписаний 23.07.2008 у задовільному стані.

Результати й обговорення

Як і в наших спостереженнях, у двох дорослих хворих, рідкісна причина гострої механічної непрохідності кишок - синдром Ледда, встановлена лише інтраопераційно [1-3]. Серединна лапаротомія, деторсія кишечника - оптимальне хірургічне втручання.

Висновок

Рідкісна патологія утруднила діагностику причини гострої механічної непрохідності кишок - синдрому Ледда у двох дорослих хворих. Серединна лапаротомія, деторсія кишечника завершилися одужанням хворих.

Література

1. Sopko O.I., Kozubovych R.M., Zaria I.L. et al. Successful treatment of patient with Ledd's syndrome: case study. *Surgery of Ukraine* 2013; 2; 120 - 122. Ukrainian: (Сопко О.І., Козубович Р.М., Заря І.Л. та співавт. Випадок успішного лікування пацієнта із синдромом Ледда. *Хірургія України* 2013; 2; 120-122).
2. Selim Sozen, Kerim Guzel. Intestinal malrotation in an adult: case report. *Turkish journal of trauma/emergency surgery*. 2012; 18 (3); 280-282.
3. Youn Joon Park. Intestinal malrotation with a fixed partial volvulus in an adult. *Annals of Coloproctology* 2015; 31 (3); 110 - 113.