



В. М. Рудіченко¹, Т. О. Лебідь²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² Київська міська клінічна лікарня № 8

Випадок візуалізованого гіперпневматозу товстого кишечника, який супроводжується розгорнутою клінічною симптоматикою, спричиненою синдромом Хілаїдіті та доліхосигмою

У 1910 р. Д. Хілаїдіті (Demetrius Chilaiditi) описав випадки без клінічної симптоматики, які мали вигляд внутрішньоабдомінального вільного повітря при абдомінальному або грудному рентгенологічному обстеженні, спричинені інтерпозицією кишечника між печінкою та правим куполом діафрагми. Симптом Хілаїдіті не обов'язково супроводжується клінічними симптомами. Для цього синдрому характерні спричинені незвичним анатомічним розташуванням кишечника симптоми: абдомінальний біль, відчуття розтягнення, здуття, нудота, блювання, метеоризм, порушення дефекації, а також рідкісніші маніфестації, такі як субстернальний біль, серцеві аритмії, задишка та респіраторні порушення. У чоловіків синдром виявляється в чотири рази частіше, ніж у жінок. Симптом Хілаїдіті зафіксовано в осіб віком від 5 міс до 81 року, найчастіше (1 %) — у популяції осіб похилого віку. Наведено клінічний опис візуалізованого гіперпневматозу товстого кишечника, який супроводжувався розгорнутою клінічною симптоматикою, спричиненою правобічним піддіафрагмальним синдромом Хілаїдіті та лівобічною піддіафрагмальною доліхосигмою, зроблений у Київській міській клінічній лікарні № 8. У хворого віком 80 років клінічними скаргами були запор (протягом тривалого часу), відчуття розтягнення, здуття живота, значний метеоризм з відходом, за суб'єктивною оцінкою, значної кількості газу, особливо при трясках поїздах. Також хворий відзначав часом біль переважно в лівому підребер'ї, подеколи — в епігастральній ділянці, інколи з печею, яку усував прийом антацидів. Іноді виникала нудота з блювотою. У 2016 р. установлення діагнозу доліхосигми з перекручуванням сигмоподібної кишки та кишковою непрохідністю, проведено лапаротомію, резекцію сигмоподібної кишки з анастомозом за типом кінець-у-кінець.

Ключові слова: синдром та симптом (ознака) Хілаїдіті, інтерпозиція кишечника, доліхосигма.

Уперше про симптом (ознаку) Хілаїдіті, або випадкову рентгенологічну знахідку кишечника в інтерпозиції між печінкою та правим куполом діафрагми повідомив у 1865 р. Cantini, який спостерігав його при клінічному обстеженні [6, 15]. Цей симптом отримав назву в 1910 р., коли Деметріус Хілаїдіті (Demetrius Chilaiditi) оприлюднив дані про три випадки без маніфестної симптоматики, які на рентгенологічних знімках черевної або грудної порожнини мали вигляд внутрішньоабдомінального вільного повіт-

ря, що було спричинене інтерпозицією кишечника між печінкою та правим куполом діафрагми [7, 10, 12]. Симптом Хілаїдіті не обов'язково супроводжується клінічними симптомами. Для цього синдрому характерні спричинені незвичним анатомічним розташуванням кишечника симптоми: абдомінальний біль, відчуття розтягнення, здуття, нудота, блювання, метеоризм, порушення дефекації, а також рідкісніші маніфестації, такі як субстернальний біль, серцеві аритмії, задишка та респіраторні порушення [11].

При грудному та абдомінальному рентгенологічних дослідженнях симптом Хілаїдіті виявля-

ють випадково з частотою 0,025–0,280% [5, 8, 11], при абдомінальній комп'ютерній томографії — з частотою 1,18–2,40% [10, 11]. У чоловіків синдром виявляється в чотири рази частіше, ніж у жінок [15]. Симптом Хілаїдіті зафіксовано в осіб віком від 5 міс до 81 року [5], найчастіше (1%) — у популяції осіб похилого віку [15]. У дітей цей синдром трапляється дуже рідко [10, 13].

Виділяють передній та задній тип симптому Хілаїдіті залежно від інтерпозиції товстої кишки щодо печінки [10]. Найчастіше в інтерпозиції бувають печінковий вигин, висхідна або поперечна ободова товста кишка, також повідомлялося про залучення тонкого кишечника, як ізольовано, так і в комбінації з товстою кишкою [11].

Будь-який стан, який призводить до збільшення правого субдіафрагмального простору або гіпермобільності кишечника, може спричинити симптом Хілаїдіті. Виділяють кілька груп чинників [16]:

1. Діафрагмальні причини. Ненормально високе стояння діафрагми внаслідок:
 - а) м'язової дегенерації;
 - б) ушкодження діафрагмального нерва.
2. Печінкові причини:
 - а) зменшений об'єм печінки внаслідок:
 - цирозу;
 - сегментної агенезії правої частки;
 - птозу печінки;
 - б) релаксація зв'язок печінки.
3. Кишечні причини:
 - а) ненормальна або підвищена мобільність товстої кишки;
 - б) подовжена або редукована товста кишка з довгою брижею;
 - в) відсутність перитонеального прикріплення;
 - г) порушення повороту або вроджене порушення позиції товстої кишки.
4. Інші причини:
 - а) асцит;
 - б) високий вміст абдомінального жиру/ожиріння;
 - в) вагітність;
 - г) аерофагія.

Виявлення симптому Хілаїдіті є важливою клінічною знахідкою, оскільки його вияви часто помилково приймають за наявність вільного повітря під діафрагмою на оглядових рентгенограмах, що призводить до необов'язкових діагностичних лапаротомій [8, 14]. Симптом Хілаїдіті, або псевдопневмоперитонеум, можна диференціювати від справжнього пневмоперитонеуму, уважно дослідивши рентгенологічну картину товстокишкових гаустр під правою напівдіафрагмою [14]. Застосування мультиспіральної комп'ютерної томографії

для обстеження органів черевної порожнини і таза допомагає підтвердити діагноз та запобігти непотрібним хірургічним операціям.

Терміни «доліхоколон» та «доліхосигма» пов'язані (dolicho + colon, sigma — надзвичайно довга ободова кишка, сигмоподібна кишка) [4]. Серед причин доліхоколону хронічний запор вважають значущим. Доліхоколон та доліхосигма маніфестують часто тріадою симптомів — запор, надлишковий газ у товстій кишці та переймоподібний абдомінальний біль. Запор може бути резистентним та не піддаватися дії послаблювальних препаратів і клізм. Надлишковий газ не обов'язково є наслідком збільшеної ферментації або путрефікації вмісту кишечника, найчастіше це спричинене стазом і дефектною елімінацією газу. Абдомінальний біль, зумовлений доліхоколоном, варіює за характером, але не пов'язаний з прийомом їжі, він часто посилюється при ходьбі або їзді в автомобілі та в деяких позах. За вираженістю біль може бути від дискомфорту до жорстокого та переймоподібного, з нудотою, навіть з блювотою, як при частковій обструкції. Може мати місце вторинна симптоматика — диспепсія, пальпітація (відчуття серцебиття), відчуття неповної евакуації вмісту кишечника та навіть коліт у розвинутих і тривало прогресуючих випадках, хоча стан може персистувати протягом тривалого періоду без ознак коліту. На пізніх стадіях пацієнт втрачає масу тіла, в окремих випадках може мати підвищену температуру (температурну реакцію) [9].

Наводимо власні клінічні спостереження візуалізованого гіперпневматозу товстого кишечника, який супроводжується розгорнутою клінічною симптоматикою, спричиненою правобічним піддіафрагмальним синдромом Хілаїдіті та лівобічною піддіафрагмальною доліхосигмою, зроблені в Київській міській клінічній лікарні № 8, на базі якої проводиться підготовка лікарів на додипломному етапі.

Хворий Ю. Ф. К., 1937 р. народження (маса тіла — 59 кг, зріст — 165 см), історія хвороби № 22799, госпіталізований до Київської міської клінічної лікарні № 8 14.11.2017 р. з приводу позагоспітальної лівобічної сегментарної пневмонії з відповідними скаргами та клінічною картиною. Супутніми були скарги на запор (який хворий відзначав тривалий час), відчуття розтягнення, здуття живота, значний метеоризм з відходом, за суб'єктивною оцінкою, значної кількості газу, особливо при трясках поїздках. Також хворий відзначав часом біль, переважно в лівому підребер'ї, який мав місце епізодично, подеколи — в епігастральній ділянці, інколи з печією,

яку усував прийом антацидів. Інколи виникала нудота з блювотою. Характеризуючи запор, тривалість якого становила від трьох до семи днів, хворий відзначив недостатню активність проносних засобів та клізм з необхідністю частішого їх застосування, особливо до оперативного лікування. Після операції тривалість запорів скоротилася в середньому із семи до трьох днів.

При зборі анамнезу з'ясовано, що у серпні–вересні 2016 р. у хірургічному відділенні встановлено наявність копростазу через доліхоколон, що стало приводом для лікування в хірургічному відділенні, де було встановлено наявність доліхосигми з перекрутом сигмоподібної кишки та кишковою непрохідністю та проведено лапаротомію, резекцію сигмоподібної кишки з анастомозом за типом кінець-у-кінець (відповідна медична документація представлена).

При фізикальному обстеженні звертала увагу чутливість при пальпації в епігастральній ділянці та лівому підребер'ї, а також здуття живота, відсутність при перкусії печінкової тупості та перкуторний тон з тимпанічним відтінком у лівому підребер'ї.

Хворого обстежено з використанням візуалізуючих методів.

Оглядова рентгенограма органів грудної порожнини із захопленням піддіафрагмальних відділів 14.11.2017 р. (рис. 1): зліва в нижньому легеневому полі, прикореневій зоні ділянка інфільтрації. Легеневий малюнок поряд посилений. Корені ущільнені. Синуси вільні. Куполи діафрагми чіткі, рівні, високе стояння лівого до рівня 4-го ребра. Під куполами діафрагми виявляється гіперпневматизований товстий кишеч-

ник, за рахунок печінкового і селезінкового кутів, діаметр якого значно збільшений (близько 7,0 см) з нерівномірною гаустрацією та інтерпозицією правого кута ободової кишки з формуванням симптома Хілаїдіті. Органи середостіння не зміщені. Висновок: Лівобічна пневмонія нижньої частки. Гіперпневматоз товстого кишечника. Симптом Хілаїдіті.

З огляду на функціональні зміни в товстій кишці рекомендовано проведення іригоскопії для підтвердження симптому Хілаїдіті та доліхоколону за рахунок подовження сигмоподібної кишки.

Колоноскопія 20.11.2017 р.: слизова оболонка тонкої кишки бархатиста, рожева. Слизова оболонка ілеоцекального клапана рожева. Тонус товстої кишки знижений, гаустрація звичайна.

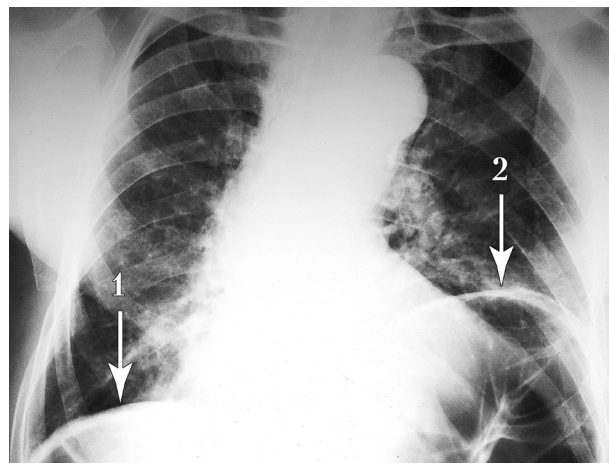


Рис. 1. Хворий Ю. Ф. К. Рентгенограма органів грудної порожнини: 1 — симптом Хілаїдіті; 2 — елевація лівого купола діафрагми за рахунок гіперпневматозу селезінкового кута ободової кишки

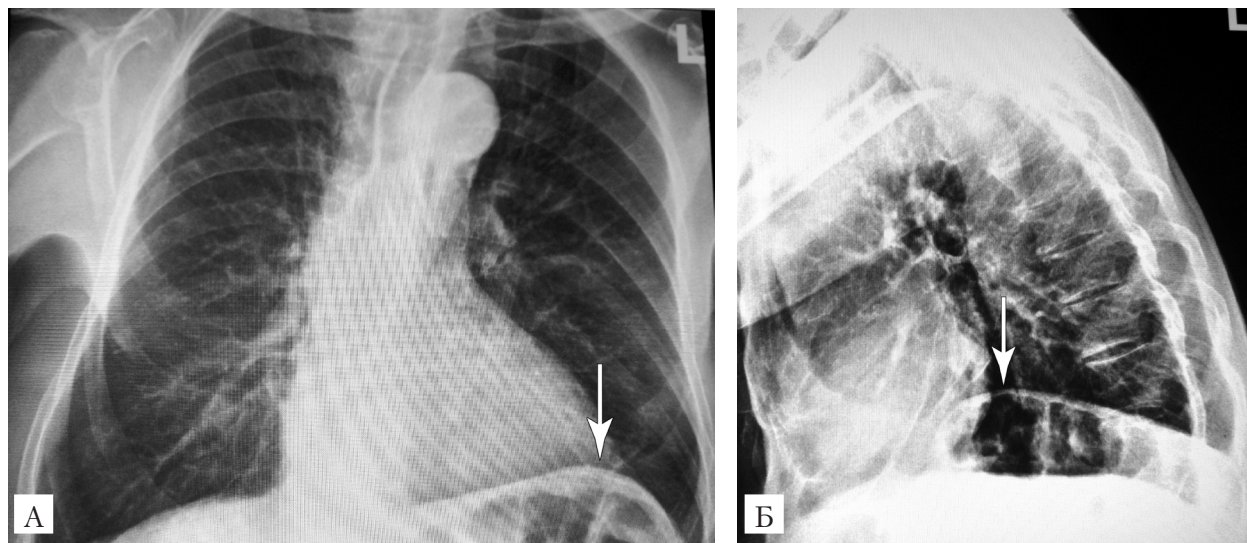


Рис. 2. Рентгенограма органів грудної порожнини в прямій (А) та лівій бічній (Б) проекціях: зберігається елевація лівого купола діафрагми та гіперпневматоз товстого кишечника (стрілки)

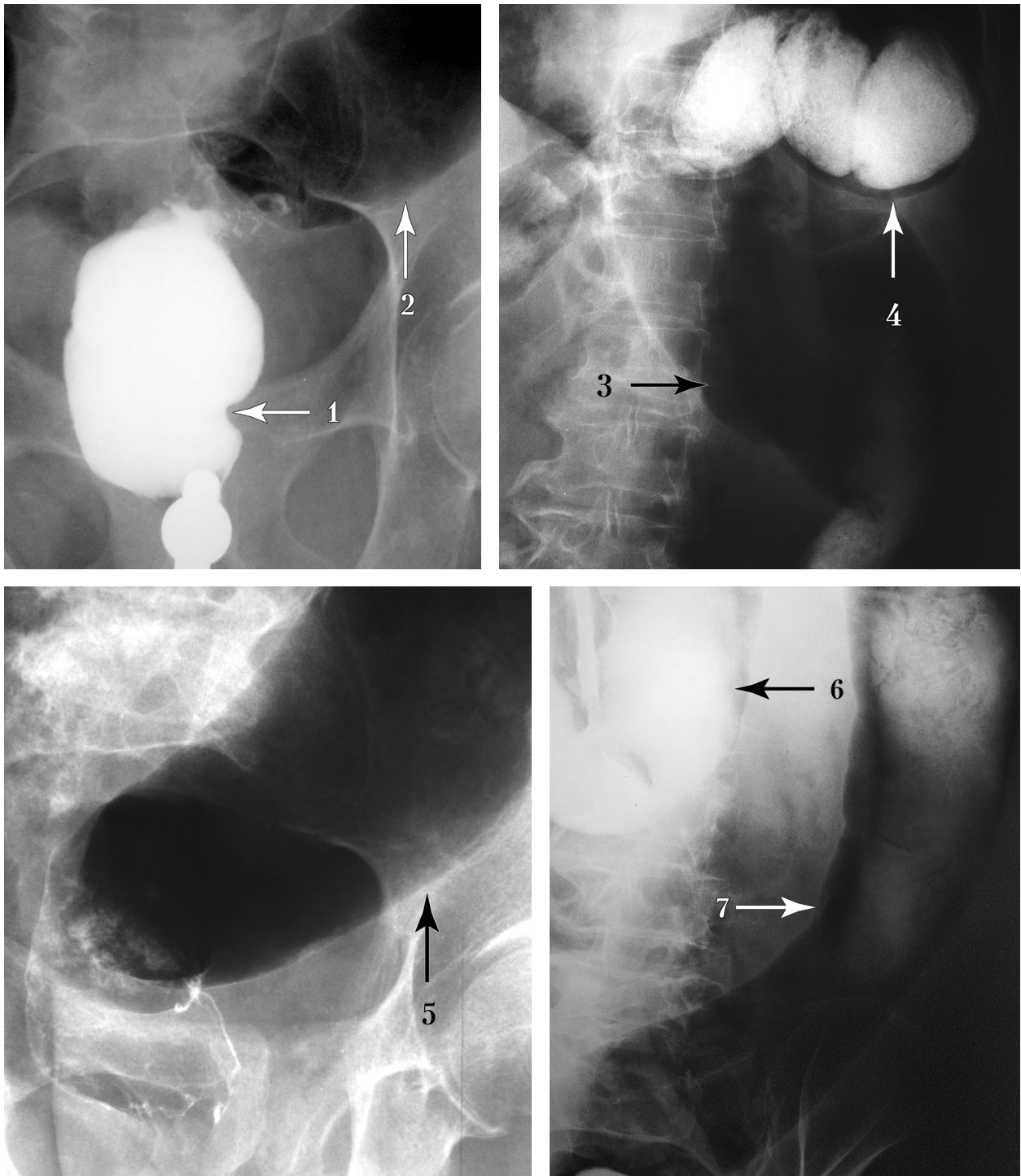


Рис. 3. **Іригоскопія:** 1 — ретроградне контрастування сульфатом барію ампули прямої кишки та інших відділів товстого кишечника; 2 — подовжена петля сигмоподібної кишки; 3 — при піддуванні повітрям діаметр лівих відділів товстого кишечника збільшується до 12,0 см; 4 — затримка контрастної речовини в селезінковому куті; 5 — різкий гіперпневматоз сигмоподібної кишки; 6 — контрастна речовина в поперечній ободовій кишці; 7 — знижений тонус лівих відділів товстого кишечника

Доступна огляду слизова оболонка блідо-рожева, гладенька, блискуча, зі збереженим судинним малюнком по всій довжині. Сигмоподібна кишка подовжена. Огляд в інверсії прямої кишки, гіпертрофовані анальні сосочки. Збільшені

внутрішні гемороїдальні вузли. Висновок: доліхосигма. Геморой.

Фіброзоскопагастроуденоскопія 29.11.2017 р.: стравохід вільно проходимий. Слизова блідо-рожева. Z-лінія нечітка. Кардія зіяє. Шлунок по-

рожній. Стінки вільно розправляються повітрям. Перистальтика рівномірна в'яла. Шлунок атонічний, розширений, але патології не виявлено. Пілорус округлий. Цибулина дванадцятипалої кишки, постбульбарний відділ без патології. Висновок: органічної патології не виявлено.

Ультразвукове дослідження 15.11.2017 р.: «Застійна» печінка. Хронічний холецистопанкреатит. Гідронефроз II ступеня. Хронічний пієлонефрит.

Відповідне лікування основного захворювання супроводжувалося вираженою клінічною та лабораторно-інструментальною позитивною динамікою.

Загальний аналіз крові 29.11.2017 р.: гемоглобін — 108 г/л, еритроцити — $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит — 32 %, тромбоцити — $229 \cdot 10^9$ /л, лейкоцити — $8,1 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ — 34 мм/год, еозинофіли — 3 %, паличкоядерні — 6 %, сегментоядерні — 53 %, лімфоцити — 32 %, моноцити — 6 %, глюкоза — 5,4 ммоль/л.

Біохімічний аналіз крові 29.11.2017 р.: білірубін загальний — 18,0 мкмоль/л, білірубін прямий — 0 мкмоль/л, білірубін непрямий — 18,0 мкмоль/л, аланінамінотрансфераза — 35 МЕ, аспартатамінотрансфераза — 32 МЕ, загальний білок — 67,0 г/л, сечовина — 7,2 ммоль/л, креатинін — 0,071 ммоль/л.

Як супутній стан після консультації гастроентеролога з урахуванням результатів візуалізації

Конфлікту інтересів немає.

Збір, обробка матеріалу, написання статті проведено авторами спільно.

органів шлунково-кишкового тракту у хворого була підтверджена наявність синдрому подразненого кишечника із запором, стан після резекції сигмоподібної кишки з приводу перекручування сигмоподібної кишки, доліхосигми, функціональної диспепсії. Хворому призначено лактулозу, ітоприд, пантопрозол, початок застосування яких супроводжувався зменшенням симптоматики.

Контрольна рентгенограма органів грудної порожнини в прямій та лівій боковій проекціях 23.11.2017 р. (рис. 2): рентгенологічна динаміка позитивна за рахунок відновлення пневматизації легеневої тканини зліва. З обох боків у піддіафрагмальних відділах зберігається гіперпневматизований товстий кишечник, високе стояння лівого купола діафрагми.

Іригоскопія в умовах стаціонару 24.11.2017 р. (рис. 3): тонус товстого кишечника знижений. У ділянці селезінкового кута просвіт роздмухується до 12,0 см у діаметрі, на інших відділах — до 7,0 см у діаметрі (значно збільшені). Сигмоподібна кишка подовжена, з наявністю додаткової петлі. Скорочення правих відділів задовільне, лівих — значно знижене. Висновок: доліхосигма. Виражена гіпотонія лівих відділів товстого кишечника.

На підставі представлених клінічних спостережень сформульовано клінічні завдання та запитання для очного та заочного контролю набуття студентами та інтернами знань та умінь.

Список літератури

1. Англо-український ілюстрований медичний словник Дорланда. У 2 т. — Львів: Наутилус, 2002. — 2688 с.
2. Рудіченко В. М. Англomовні мережеві засоби при проведенні практичних занять англійською мовою у підготовці зі спеціальності «загальна практика-сімейна медицина» // Матеріали підсумкової LX науково-практичної конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини» (присвяченої 60-річчю ТДМУ), Тернопіль, 14.06.2017. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2017. — С. 433—434.
3. Рудіченко В. М. Декстрокардія: актуальні клінічні аспекти в діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини // Ліки України плюс. — 2017. — № 3. — С. 30—37.
4. Рудіченко В. М., Любченко А. С., Рейзін Д. В. та ін. Синдром Хілаїдіті: рідкісний та демонстративний (за матеріалами власних клінічних спостережень) // Мистецтво лікування. — 2016. — № 9—10. — С. 44—48.
5. Aldoss I. T. et al. Chilaiditi syndrome complicated by cecal perforation // South Med. J. — 2009. — Vol. 102. — P. 841—843.
6. Cetin D. et al. Coexistence of multiple endocrine neoplasia type 2B and Chilaiditi sign: a case report // Case Rep. Endocrinol. — 2012. — Vol. 36. — P. 103—108.
7. Chilaiditi D. On the question of hepatoptosis and ptosis generally in the exclusion of three cases of temporary partial liver displacement (In German) // Fortschr. Geb. Runtgenstr. Nuklearmed. — 1910. — Bd. 16. — S. 173—208.
8. Kang D. et al. Acute abdominal pain secondary to Chilaiditi syndrome // Case Rep. Surg. — 2013. — N 10. — P. 115—125.
9. Lefere P., Gryspeerdt S. CT colonography: avoiding traps and pitfalls // Insights Imaging. — 2011. — N 2. — P. 57—68.
10. Lin C. H. et al. Chilaiditi syndrome: the pitfalls of diagnosis // Surg. Sci. — 2012. — N 3. — P. 141—144.
11. Moaven O., Hodin R. A. Chilaiditi syndrome: a rare entity with important differential diagnoses // Gastroenterol. Hepatol. — 2012. — N 8. — P. 276—278.
12. Nagem R. G., Freitas H. L. Chilaiditi's syndrome: a case report // Radiol. Bras. — 2011. — Vol. 44. — P. 333—335.
13. Nitin T. et al. Coexistence of pneumothorax and Chilaiditi sign: A case report // Asian Pac. J. Trop. Biomed. — 2014. — N 4. — P. 75—77.
14. Rosa F. et al. Chilaiditi's syndrome // Surgery. — 2011. — Vol. 150. — P. 133—134.
15. Weng W. H. et al. Colonic interposition between the liver and left diaphragm — management of Chilaiditi syndrome: a case report and literature review // Onc. Lett. — 2014. — N 7. — P. 1657—1660.
16. Yin A. X. et al. Chilaiditi syndrome precipitated by colonoscopy: a case report and review of the literature // Hawaii J. Med. Pub. Health. — 2012. — Vol. 71. — P. 158—162.

В. М. Рудиченко ¹, Т. А. Лебедь ²

¹ Національний медичинський університет імені А. А. Богомольця, Київ

² Київська городська клінічна лікарня № 8

Случай визуализированного гиперпневматоза толстого кишечника, сопровождаемый развернутой клинической симптоматикой, вызванной синдромом Хилаидити и долихосигмой

В 1910 г. Д. Хилаидити (Demetrius Chilaiditi) описал случаи без клинической симптоматики, которые имели вид внутриабдоминального свободного воздуха при абдоминальном или грудном рентгенологическом обследовании, вызванные интерпозицией кишечника между печенью и правым куполом диафрагмы. Симптом Хилаидити не обязательно сопровождается клиническими симптомами. Для этого синдрома характерны вызванные необычным анатомическим расположением кишечника симптомы: абдоминальная боль, ощущение растяжения, вздутие, тошнота, рвота, метеоризм, нарушение дефекации, а также более редкие манифестации, такие как субстернальная боль, сердечные аритмии, одышка и респираторные нарушения. У мужчин синдром выявляется в четыре раза чаще, чем у женщин. Симптом Хилаидити зафиксирован у пациентов в возрасте от 5 мес до 81 года, чаще всего (1 %) — в популяции лиц пожилого возраста. Приведено клиническое описание визуализированного гиперпневматоза толстого кишечника, который сопровождался развернутой клинической симптоматикой, вызванной правосторонним поддиафрагмальным синдромом Хилаидити и левосторонней поддиафрагмальной долихосигмой, сделанное в Киевской городской клинической больнице № 8. У больного 80 лет клиническими жалобами были запор (на протяжении длительного времени), ощущение растяжения, вздутия живота, значительный метеоризм с отхождением, по субъективной оценке, значительного количества газа, особенно при тряских поездках. Также больной отмечал временами боль преимущественно в левом подреберье, иногда — в эпигастральной области, временами — с изжогой, которую устранял прием антацидов. Изредка возникала тошнота со рвотой. В 2016 г. у больного был установлен диагноз долихосигмы с перекрутом сигмовидной кишки и кишечной непроходимостью. Проведена лапаротомия, резекция сигмовидной кишки с анастомозом по типу конец-в-конец.

Ключевые слова: синдром и симптом (признак) Хилаидити, интерпозиция кишечника, долихосигма.

V. M. Rudichenko ¹, T. O. Lebid ²

¹ O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

² Kyiv City Clinical Hospital № 8

The visualized colon hyperpneumatosis, accompanied with the developed clinical symptoms, caused by Chilaiditi syndrome and dolichosigma. A clinical case

In the year 1910, Demetrius Chilaiditi described asymptomatic cases that looked like locations of intraabdominal free air at the routine abdominal or chest X-ray examination, which were caused by interposition of the colon between liver and right hemidiaphragm. The clinical symptoms are not obligatory associated with Chilaiditi symptom. This syndrome is characterized by symptoms caused by unusual anatomical location of the intestine: abdominal pain, sensation of stretching, bloating, nausea, vomiting, flatulence, defecation, as well as rarer manifestations such as substernal pain, cardiac arrhythmias, dyspnoea and respiratory disorders. In males, this syndrome is revealed fourfold more often, than in females. Chilaiditi symptom was detected in patients aged 5 months to 81 years, but mostly often (1 %) in the population of elderly people. The authors described a clinical case of the visualized hyperpneumatosis of the colon with clinical manifestations, caused by right-sided subdiaphragmatic Chilaiditi syndrome and left-sided subdiaphragmatic dolichosigma, observed at Kyiv city clinical hospital № 8. Male patient of 80 years complained on constipation (which he had long period of time), sense of distention, abdominal flatulence with discharge after his estimation of big amount of gas especially during shaking transportation. Moreover, the patient periodically noted pain in left subcostal space, sometimes it was epigastric, sometimes it was accompanied with heartburn, removed with antacids; nausea with vomiting was rare. In the year 2016, dolichosigma and bowel obturation were diagnosed in patient, and laparotomy and sigma resection with end-to-end anastomosis were performed.

Key words: Chilaiditi syndrome and symptom (sign), interposition of the colon, dolichosigma.

Контактна інформація

Рудиченко Віталій Михайлович, к. мед. н., доцент кафедри загальної практики — сімейної медицини
E-mail: rudichenko-vm@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 14 січня 2018 р.