

УДК 616.346-007.59-089+616.343-007.272-089



О.І. Сопко<sup>1,2</sup>, Р.М. Козубович<sup>1,2</sup>, І.Л. Заря<sup>1</sup>,  
Р.І. Верещако<sup>1</sup>, І.М. Молнар<sup>3</sup>, А.В. Пироженко<sup>1</sup>

## ВИПАДОК УСПІШНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА ІЗ СИНДРОМОМ ЛЕДДА

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

<sup>2</sup> Київська міська клінічна лікарня № 9

<sup>3</sup> Київська міська клінічна лікарня № 3

**Ключові слова:** синдром Ледда, заворот сліпої кишки, гостра механічна странгуляційна тонкокишкова непрохідність, назогастроінтестинальна інтубація кишечника, хірургічне лікування.

Описано випадок успішного хірургічного лікування пацієнта віком 46 років із синдромом Ледда та розвитком вторинної гострої механічної странгуляційної тонкокишкової непрохідності. Хворого госпіталізовано в хірургічне відділення Київської міської клінічної лікарні № 9 з діагнозом кишкової непрохідності, при дообстеженні іншої патології не виявлено. Причина непрохідності — заворот сліпої кишки, розташованої у лівому підбер'ї. Виконано інверсію товстої кишки з фіксацією висхідного відділу товстого кишечника до парієтальної очеревини правого фланку черевної порожнини, назогастроінтестинальну інкубацію кишечника, санацію і дронування черевної порожнини.

Синдром Ледда (СЛ) — аномалія повороту кишечника, яка являє собою поєднання здавлення дванадцятипалої кишки сліпою кишкою або ембріональними тяжами із заворотом тонкого кишечника.

На 10—12-му тижні внутрішньоутробного розвитку (II період повороту) відбувається повернення петель кишечника з грижового мішка з поворотом їх проти годинникової стрілки на 180°. Загальна брижа тонкої і товстої кишки фіксована до задньої черевної стінки лише в місці виходу верхньої брижової артерії. Збереження цього положення називають незавершеним (неповним) поворотом кишечника. Сліпа кишка, не досягнувши свого звичайного місця, розташовується в епігастральній ділянці або у правому верхньому квадранті живота. Незавершений поворот часто супроводжується утворенням тяжів між сліпою кишкою і задньою черевною стінкою, які можуть здавлювати дванадцятипалу кишку, змінювати її хід. Вузкий корінь брижі створює умови для виникнення завороту середньої кишки з можливим розвитком гангрені кишечника.

У нормі на 3—4-му місяці внутрішньоутробного розвитку (III період повороту) сліпа кишка поступово займає своє місце, відбувається фіксація кишечника та утворення кореня брижі тонкої і товстої кишки. При порушенні цих процесів формується рухома сліпа кишка, яка має довгу власну брижу — *Caecum mobile*.

Частота СЛ становить 0,8 на 1000 народжених. Хлопчики хворіють удвічі частіше, ніж дівчатка.

Зазначені анатомічні аномалії пояснюють клінічну картину гострого перебігу СЛ, при якому може спостерігатися кишкова непрохідність, тромбоз верхньої брижової артерії з розвитком гангрені кишки. Ця гостра хірургічна патологія не становить особливих діагностичних труднощів для фахівців. Однак ці анатомічні аномалії можуть бути причиною хронічного або латентного перебігу СЛ унаслідок неповного здавлення дванадцятипалої кишки або інтермітивного завороту кишки (*intermittent volvulus*). У 25—50 % дорослих та підлітків, яким при оперативному втручанні встановлено діагноз СЛ, не було ніяких попередніх скарг.

Для хронічного варіанта перебігу СЛ характерні короткочасні епізоди погіршення стану з поліпшенням стану тривалістю від кількох місяців до кількох років. При цьому можуть відзначатися рідкісні, але періодично повторювані блювота, нудота, діарея, короткочасні болі в животі, здуття живота.

Клінічна симптоматика хронічного перебігу СЛ зумовлена переважно вторинними порушеннями функцій шлунково-кишкового тракту. Внаслідок здавлення дванадцятипалої кишки порушується перистальтика кишечника, виникає стаз тонкокишечного вмісту з пошкодженням епітелію тонкої кишки, розвиваються дисбіотичні зміни в просвіті і пристінковому просторі тонкої кишки з формуванням ентеропатії та мальабсорбції.

Стандартними методами обстеження при підозрі на СЛ є оглядова рентгенографія черевної порожнини, рентгенографія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту з контрастом, іригографія та УЗД органів черевної порожнини. При СЛ рентгенографія органів черевної порожнини з барієм виявляє спіралеподібний хід тонкої кишки та високе підпечінкове розташування купола сліпої кишки.

При УЗД органів черевної порожнини визначається спіралеподібний хід петель тонкої кишки, верхньої брижової вени, розширені вени брижі тонкої кишки, порушення венозного відтоку від верхньої брижової вени з тенденцією до артеріалізації, наявність псевдосистолических піків, підвищення індексу резистентності до 0,81—0,88 (норма — до 0,7) у верхній брижовій артерії.

Оперативне лікування СЛ передбачає усунення непрохідності, фіксацію кишок при їх аномальній рухливості: товсту кишку укладають ліворуч, тонку — праворуч у черевній порожнині.

#### КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

У приймальне відділення Київської міської клінічної лікарні № 9 04.2012 р. звернувся пацієнт В., 46 років, зі скаргами на загальну слабкість, нудоту, відрижку повітрям, багаторазову блювоту, запаморочення, болі в животі та здуття живота, невідходження газів та відсутність стільця протягом 2 діб. Госпіталізований у хірургічне відділення з підозрою на гостру кишкову непрохідність. Вважає себе хворим протягом 2 діб, коли після вечері відзначив появу болю в ділянці живота, нудоту, відрижку повітрям, згодом приєдналися слабкість, багаторазова блювота, випорожнення не було. Шкідливі звички, перенесені оперативні втручання та будь-яку супутню патологію заперечує.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня тяжкості, положення активне, свідомість ясна. Температура тіла — 36,6 °С. Зріст — 175 см. Маса тіла — 78 кг. Статура нормостенічна. Колір шкіри блідий, тургор нормальний. Видимі слизові звичайного кольору, вологі, язик сухий, обкладений білим нащаруванням. Підшкірна клітковина розвинена помірно. Розвиток м'язів задовільний, тонус нормаль-

ний, симетричний. Дихання в легенях — везикулярне, хрипи не вислуховуються, частота дихальних рухів — 18 за 1 хв. Серцеві тони звучні, шуми відсутні. Гемодинаміка стабільна: АТ — 120/70 мм рт. ст., пульс — 86 за 1 хв, задовільних властивостей.

*St. localis:* живіт симетрично вздутий, в акті дихання участі не бере. Пальпація болісна при натисненні в усіх відділах, перистальтика ослаблена, симптомів подразнення очеревини немає, позитивні симптоми Валя, Склярова, Ківуля. Селезінка при пальпації не визначається. Межі печінки за Курловим — у межах норми. Аускультативно: перистальтика кишечника вислуховується; шуму тертя очеревини, судинних шумів при обстеженні не виявлено.

*Per rectum:* тонус сфінктера збережений, ампула порожня, на рукавичці залишки калу звичайного кольору.

*Лабораторне дослідження.* Загальний аналіз крові: гемоглобін — 152 г/л, еритроцити —  $4,8 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит — 37 %, лейкоцити —  $12,6 \cdot 10^9$ /л, тромбоцити —  $234 \cdot 10^9$ /л, паличкоядерні — 6 %, сегментоядерні — 76 %, моноцити — 2 %, лімфоцити — 21 %, ШОЕ — 3 мм/год. Біохімічний аналіз крові: глюкоза — 4,6 ммоль/л, загальний білірубін — 13 мкмоль/л.

*ЕКГ:* ритм синусовий, правильний, частота серцевих скорочень — 86 за 1 хв, положення електричної осі серця правильне.

*Рентгенографія* органів черевної порожнини: на рентгенограмі черевної порожнини видно роздуті петлі тонкої кишки, ліворуч — горизонтальні рівні рідини в петлях тонкої кишки (чаші Клойбера). Висновок: гостра кишкова непрохідність.

*УЗД* органів черевної порожнини: пневматоз тонкого кишечника, ознаки кишкової непрохідності.

Хворому призначено інфузійну, спазмолітичну, дезінтоксикаційну терапію. Установлено назогастральний зонд. Проведено постановку 3 очисних клізм з інтервалом 30—40 хв. Консервативна терапія — неефективна.

*Установлено діагноз:* гостра кишкова непрохідність. Запропоновано оперативне лікування за невідкладними показаннями. Отримано згоду.

*Протокол операції.* Знеболювання: загальна анестезія з інтубацією трахеї. Операційне поле оброблено розчином антисептиків тричі. Виконано лапаротомію. При ревізії петлі тонкого кишечника роздуті до 7—8 см у діаметрі (рисунок). Причиною непрохідності є заворот сліпої кишки, розташованої в лівому підребер'ї. Дистальніше місця перепопи товстий кишечник без патологічних змін. Виконано інверсію товстої кишки з фіксацією висхідного відділу товстого кишечника до парієтальної очеревини правого фланку черевної порожнини, назогastroінтестинальну інкубацію кишечника, санацію і дренажу черевної порожнини.

Діагноз після операції: синдром Ледда, заворот сліпої кишки, гостра механічна странгуляційна кишкова непрохідність.



Рисунок. *Інтраопераційний вигляд сліпої кишки і петель тонкого кишечника*

У післяопераційний період пацієнту призначено антибактеріальну (цефалоспорини II покоління та метронідазол), інфузійну, спазмолітичну терапію,

анальгетики, перев'язки, промивання дренажів. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, перистальтика з'явилася на 2-гу добу, випорожнення — на 4-ту. Дренажі видалено на 3-тю добу. Шви знято на 10-ту добу. Пацієнта у задовільному стані виписано зі стаціонару. На момент виписки лабораторні показники у межах норми.

Контрольний огляд через місяць після операції: скарг немає, рана загоїлася первинним натягом. Під час рентгеноконтрастної іригографії патології не виявлено.

#### ВИСНОВКИ

Таким чином, діагностика синдрому Ледда у поєднанні з гострою механічною странгуляційною кишковою непрохідністю залишається складним завданням, особливо в дорослому віці, через відсутність специфічних клінічних виявів. Наведений клінічний випадок свідчить про те, що синдром Ледда призводить до виникнення кишкової непрохідності. Операцією вибору є інверсія кишечника з анатомічною фіксацією в черевній порожнині, назогастроінтестинальна інтубація кишечника.

#### Література

1. Дроздов А.А. Детская хирургия.— СПб, 2009.
2. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В. С. Савельева.— М.: Триада-Х,

2005.— 640 с.

3. Скрипниченко Д.Ф. Неотложная хирургия брюшной полости.— К.: Здоров'я, 1986.— 352 с.
4. Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней: — М.: Медицина, 2001.— 800 с.
5. Bogoch A. Surgery and gastroenterology. — NewYork, 2008.

### А.И. Сопко, Р.Н. Козубович, И.Л. Заря, Р.И. Верещако, И.М. Молнар, А.В. Пироженко СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ЛЕДДА

Описан случай успешного хирургического лечения пациента в возрасте 46 лет с синдромом Ледда и развитием вторичной острой механической странгуляционной тонкокишечной непроходимости. Больной госпитализирован в хирургическое отделение Киевской городской клинической больницы № 9 с диагнозом кишечной непроходимости, при дообследовании другой патологии не выявлено. Причина непроходимости — заворот слепой кишки, которая располагалась в левом подреберье. Выполнена инверсия толстой кишки с фиксацией восходящего отдела толстого кишечника к париетальной брюшине правого фланка брюшной полости, назогастроинтестинальная интубация кишечника, санация и дренирование брюшной полости.

**Ключевые слова:** синдром Ледда, заворот слепой кишки, острая механическая странгуляционная тонкокишечная непроходимость, назогастроинтестинальная интубация кишечника, хирургическое лечение.

**O.I. Sopko, R.M. Kozubovych, I.L. Zaria, R.I. Vereshchako, I.M. Molnar, A.V. Pyrozhenko**

### SUCCESSFUL TREATMENT OF PATIENT WITH THE LEDD'S SYNDROME: CASE STUDY

A case of successful surgical treatment of a patient aged 46 years with the Ledd's syndrome and the secondary acute mechanical strangulated small bowel obstruction development is described. The patient was hospitalized in the surgical department of with a diagnosis of intestinal obstruction, no other pathologies after additional examination was found. The cause of obstruction was cecal volvulus, which was located in the left upper quadrant. Colon inversion with the large intestine ascending portion fixing to the abdominal right flank parietal peritoneum, nasogastrointestinal bowel intubation, sanitation and drainage of the abdominal cavity were performed.

**Key words:** Ledd's syndrome, cecal volvulus, strangulation acute mechanical bowel obstruction, bowel nasogastrointestinal intubation, surgical treatment.