

ЗАЩЕМЛЕННЯ ПЕЧІНКОВОГО КУТА ТОВСТОЇ КИШКИ І ПАСМА ЧЕПЦЯ В ТРИКУТНИКУ БОХДАЛЕКА СПРАВА

Шевчук А.Г.¹, Василюк С.М.², Голояд Я.Б.², Кримець С.А.², Попович Я.О.³

Івано-Франківський національний медичний університет,

¹*Кафедра Хірургії навчально-наукового інституту післядипломної освіти*

²*Кафедра хірургії №1,*

³*Кафедра терапії і сімейної медицини навчально-наукового інституту післядипломної освіти,*

м. Івано-Франківськ, Україна

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6738-6951>,

e-mail: surge@i.ua

Резюме. Внутрішні защемлення в слабких природних місцях, особливо діафрагми, є рідкісними і досить важкими для діагностики. Іноді, навіть при явних ознаках ГКН (гострої кишкової непрохідності), їх симптоматика трактується як патологія інших органів.

Мета: демонстрація рідкісного випадку внутрішнього защемлення петлі товстої кишки і пасма чепця в правому задньобічному відділі діафрагми при попереково-реберній грижі Бохдалека.

Описано клінічний випадок успішного хірургічного лікування внутрішнього защемлення печінкового кута у правому трикутнику діафрагми Бохдалека, яке проявилось у вигляді низької кишкової непрохідності та симулювало рентгенологічну картину онкопатології легені, або нижньодольової правобічної абсцедуючої пневмонії.

Ключові слова: внутрішнє защемлення печінкового кута обвідної кишки в правому трикутнику Бохдалека, фізичне перенапруження, гостра кишкова непрохідність, нижньодольова правобічна пневмонія.

Вступ. Діафрагмальна грижа представляє вихід органів із черевної порожнини у грудну через отвори у діафрагмі. Залежно від походження розрізняють нетравматичні і травматичні діафрагмальні грижі. Травматичні грижі виникають у місцях розриву чи надриву діафрагми. Вроджена діафрагмальна грижа зустрічається досить рідко. У 70-80 % випадків грижа Бохдалека розташовується з лівого боку, відповідно в 20-30 % випадків – справа. Обумовлено це тим, що частини діафрагми, в силу різних анатомічних особливостей, пов'язаних з поворотом внутрішніх органів, зліва зростаються трохи пізніше, що і дає можливість розвитку патології. Воротами для виходу органів черевної порожнини в плевральну служить отвір Бохдалека, який знаходиться над верхівкою лівої нирки. Досить рідко виникають парастернальні грижі спереду в ділянці правого діафрагмо-середостінного синуса – грижа Лорєя [1, 2, 5]. Причинами їх розвитку є вроджені дефекти або слабкі зони діафрагми, великі розміри природних отворів діафрагми. Вроджені дефекти частіше спостерігаються зліва у задньобічному відділі діафрагми з виходом попереково-реберної грижі Бохдалека. Однак передлежання під правим куполом діафрагми великої долі печінки практично унеможливує виникнення грижі Бохдалека через попереково-реберний трикутник діафрагми справа. В той же час грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) є досить поширеним захворюванням і зустрічаються до 95 % усіх діафрагмальних гриж. ГСОД характеризуються випинанням будь-якої структури черевної порожнини, окрім стравоходу, в грудну порожнину через розширення стравохідного отвору діафрагми [3, 4].

Мета дослідження: демонстрація рідкісного випадку внутрішнього защемлення петлі товстої кишки і пасма чепця в правому задньобічному відділі діафрагми при попереково-реберній грижі Бохдалека.

Обґрунтування дослідження: описано рідкісний клінічний випадок успішного хірургічного лікування внутрішнього защемлення печінкового кута в правому трикутнику діафрагми Бохдалека, яке проявилось низькою кишковою непрохідністю та симулювало рентгенологічну картину онкопатології легені або нижньодольової правобічної абсцедуючої пневмонії.

Як уже говорилося, внутрішнє защемлення гриж, особливо в слабких місцях діафрагми (трикутниках Бохдалека та Лорєя), є рідкісним і досить важким для діагностики.

Прикладом цього може слугувати випадок з хворою, 53 роки, що поступила ургентно з проявами низької кишкової непрохідності, ознаками дихальної недостатності, спричиненої випотом в синус правої плевральної порожнини, за даними УЗД до 200, мл. Рентгенологічно випіт визначався там же до рівня 7-го міжребер'я, але поряд з цим в базальнозовнішніх сегментах нижньої долі правої легені наявний конгломерат, який можна розцінити як запальний, але й не можливо виключити онкопатологію. На оглядовій рентгенограмі живота чітко визначається 3 чаші Клойберга, з приводу чого було виконано сифонну клізму з незначним відходженням кусочків твердого калу і газів. Хвору оглянув торакальний хірург, який підтвердив виявлену патологію і трактував її як нижньодольову пневмонію з можливим формуванням в подальшому абсцесу легень. Виходячи з цього їй було призначено потужну протизапальну антибіотикотерапію. Однак під ранок у хворої знову посилюлись переймисті болі в животі, блювання, вздуття і асиметрія живота, затримка відходження калу і газів. Хворій налагоджено назогастральну декомпресію, через зонд виділилось до 350,0 застоюючого вмісту, шлунок промито і зонд залишено. Хвора відчула деяке полегшення. Анамнезом встановлено, що вона щоденно повертає і підтягує вгору своїх паралізованих батьків, і вчора при підтягуванні батька (до 110 кг) відчула біль справа в підбер'ї і вище в грудній клітці. Повторили оглядову рентгенограму живота; кількість чашок Клойберга збільшилась до восьми. Враховуючи дані фізикального обстеження: притуплення в нижніх зонах правої легені до 7-го ребра, бронхіальне дихання, даних УЗД, рентгенограми легень, наявність лейкоцитозу, і зсуву формули крові вліво, а головне - ознак гострої кишкової непрохідності, висловлено думку про защемлення петлі, можливо, й печінкового кута, в правому трикутнику Бохдалека діафрагми. Однак більшість колег заперечила, мотивуючи це тим, що справа печінка, і це неможливо, а зліва таке може бути, і вирішили повторити сифонну клізму і продовжити інфузійну терапію, але симптоми ГКН різко почали наростати; тоді хвору взяли на лапаротомію. При ревізії виявили, що печіновий кут і частково поперекова кишка з пасмом чепця знаходились защемленими в отворі (трикутнику Бохдалека) діафрагми над куполом правої долі печінки. Трикутник дещо розсічно в напрямку до діафрагмального центру, вилилось до 600,0 мл грижевої води, і защемлену петлю товстої кишки низведено

в черевну порожнину, її відігріто, а в брижу введено до 50,0 0,5 % розчину новокаїну. Краї трикутника освіжені від мішка-очеревини і ушиті П- подібними швами. Товста кишка відповідала всім життєвим ознакам. Черевну порожнину дреновано в правому підреб'ї над і під печінкою і ушито наглухо. Післяопераційний період перебігав на тлі нижньодолевої пневмонії, яку вдалося повністю розрішити до 9-ї післяопераційної доби. Виписана з одужанням.

Висновки. Приведений клінічний випадок защемлення петлі товстої кишки в правому трикутнику Бохдалека, що спричинене надмірним фізичним напруженням та розвитком гострої кишкової непрохідності з симуляцією картини нижньодолевої абсцедуючої пневмонії, є рідкісним і тому має наукову й практичну цінність для загальних та абдомінальних хірургів при проведенні диференціальної діагностики та своєчасного оперативного лікування.

References:

1. Boiko V.V., Dalavurak V.P. Khyrurhycheskoe lechenye dyafrahmalnykh hryzh. Kharkivska khirurhichna shkola. 2011;5(50):92-4.
2. Hrabovetskyi S.A., Odintsova I.I., Tkachuk T.R., Kharkivska I.V. Lektsii: Radiolohichniy visnyk. 2014;4(53):32-8.
3. Stasyshyn A.R. Diafrahmalni hryzhi v klinichnii khirurhichnii praktysi. Halytskyi likarskyi visnyk. 2016; 23(3):57-8.
4. Cardile A.P., Heppner D.S., Cardile A.P. Gastric volvulus, Borchardt's Triad, and Endoscopy. A Rare Twist. Hawaii Med. 2011;70:80-82.
5. Sutedja B., Muliani Y. Laparoscopic repair of a Bochdalek hernia in an adult woman. Asian J. Endosc. Surg. 2015 Aug;8(3):354-356.

УДК 616.26. 007.43 036 089

УЩЕМЛЕНИЕ ПЕЧЁНОЧНОГО УГЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ И ЧАСТИ САЛЬНИКА В ТРЕУГОЛЬНИКЕ БОХДАЛЕКА СПРАВА

Шевчук А.Г.¹, Василюк С.М.², Голояд Я.Б.²,
Кривец С.А.², Попович Я.О.³

Ивано Франковский национальный медицинский университет,

¹*Кафедра хирургии учебно-научного института последипломного образования*

²*Кафедра хирургии №1,*

³*Кафедра терапии и семейной медицины учебно-научного института последипломного образования, г. Ивано-Франковск, Украина,*

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6738-6951>,

e-mail: surge@i.ua

Резюме. Внутреннее ущемление органов брюшной полости в слабых естественных местах, особенно диафрагмы, есть редкими и очень тяжёлыми для диагностики. Иногда, даже при выраженных симптомах ОКН (острой кишечной непроходимости), их проявление интерпретируется, как патология других органов.

Цель: продемонстрировать редчайший случай внутреннего ущемления петли толстой кишки и сальника справа, явлениями ОКН при пояснично-рёберной грыжи Бохдалека.

Обоснование и результаты. Описан редчайший клинический случай хирургического лечения внутреннего ущемления печёночного угла в правом треугольнике диафрагмы Бохдалека, которое проявилось низкой кишечной непроходимостью и симулировало рентгенологическую картину онкопатологии правого лёгкого, или нижнедолевой правосторонней абсцедирующей пневмонии. Наличие признаков внутреннего ущемления кишечника и ОКН,

явилось показанием к выполнению лапаротомии и пластики диафрагмальной грыжи.

Ключевые слова: внутреннее ущемление петли толстой кишки в правом треугольнике Бохдалека, физическое перенапряжение, острая кишечная непроходимость, нижнедолевая правосторонняя пневмония.

UDC 616.26. 007.43 036 089

CONSTRICTION OF THE THICK COLON IN THE RIGHT BOGDALEK'S TRIANGLE

A.G. Shevchuk¹, S.M. Vasilyuk², Y.B. Holoyad², S.A. Krymets²,
Y.O. Popovich³

Ivano-Frankivsk National Medical University,

¹*Department of Surgery, Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education,*

²*Department of Surgery №1,*

³*Department of Therapy and Family Medicine of the Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education, Ivano-Frankivsk, Ukraine,*

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6738-6951>,

e-mail: surge@i.ua

Abstract. The causes of the constriction development are congenital defects or weak areas, large sizes of natural apertures of the diaphragm. Congenital defects are more often observed on the left in the posterior division of the diaphragm at the lumbar-costal hernia (Bogdalek's hernia). However, the presence under the right dome of the diaphragm of a large lobe of the liver, practically, makes it impossible to develop Bogdalek's hernia through the lumbar aperture triangle of the diaphragm to the right. In 70-80% of cases, the Bogdalek's hernia is located on the left side, respectively, in 20-30% of cases - on the right. Hernias in the front region of the right diaphragm-mediastinal sinus and parasternal hernia (Loreya) are quite rare. At the same time, the hernia of the esophageal aperture of the diaphragm (HEAD) is a widespread disease and occurs in up to 95% of all diaphragmatic hernias. Congenital defects are more often observed on the left in the posterior division of the diaphragm with the output of the lumbar-costal hernia (Bogdalek's). Sometimes, even with obvious signs of AIO (acute intestinal obstruction), their symptomatology are interpreted as a pathology of other organs.

Objective. Demonstration of a rare case of internal latching of the loop of the thick colon and of the caecum in the right back side division of the diaphragm at the lumbar-costal Bogdalek's hernia.

Discussion. The clinical case of successful diagnosis and surgical treatment of internal hepatic latching in the right Bogdalek's triangle of the diaphragm, which was manifested by low intestinal obstruction, and simulated the radiological picture of the oncopathology of the lung, or of the lower-lobe right side abscess pneumonia.

Conclusion. The given clinical case of jamming of the loop of the colon in the right Bogdalek's triangle, caused by excessive physical exertion and the development of acute intestinal obstruction with the simulation of the picture of the lower-lobe abscess pneumonia, is rare and therefore has a scientific and practical value for general and abdominal surgeons, with differential diagnosis and timely operative treatment.

Keywords: internal constriction of the hepatic angle of the colon in the right Bogdalek's triangle, physical exertion, acute intestinal obstruction, lower-lobe right-side pneumonia.

Стаття надійшла в редакцію 27.06.2018 р.