

## Случай формирования послеоперационной диафрагмальной грыжи у больной с синдромом хронической абдоминальной ишемии

Щанова Н. О., Прохорова Л. В.

УГМА, МО "Новая Больница", г. Екатеринбург

Синдром хронической абдоминальной ишемии может являться причиной абдоминальных болей и усугублять течение многих хронических гастроэнтерологических заболеваний. Симптоматика синдрома ХАИ обусловлена формированием нарушения кровотока в системе чревного ствола и брыжеечных артерий. Заболевания органов пищеварения, возникающие на фоне хронической недостаточности абдоминального корвообращения, как правило, характеризуются часто или непрерывно рецидивирующим течением, упорным болевым синдромом, значительными нарушениями функционального состояния ишемизированных органов. Характерным клиническим признаком синдрома ХАИ является систолический шум, определяемый над брюшным отделом аорты. Диагностика синдрома ХАИ основывается на данных ультразвуковой доплерографии абдоминальных сосудов и ангиографии брюшного отдела аорты и ее ветвей. Одной из возможных причин синдрома ХАИ может быть экстравазальная компрессия чревного ствола или его ветвей.

Пациентка С., 44 лет.

С 1997г. страдала язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с непрерывно-рецидивирующим течением заболевания (обострения более 6 раз в год). Комплексная противоязвенная терапия была неэффективной, в связи с чем в ходе очередной госпитализации в гастроэнтерологическое отделение ГКБ №33 в 1998 г. с целью установления причины такого течения болезни среди прочих исследований

была выполнена ультразвуковая доплерография висцеральных сосудов, поскольку при аускультации брюшной аорты отчетливо выслушивался систолический шум. По результатам УЗДГ брюшной аорты и ее ветвей была констатирована экстравазальная компрессия чревного ствола. В отделении сосудистой хирургии СОКБ №1 пациентке была выполнена ангиография брюшной аорты и ее ветвей, и подтверждено наличие компрессии чревного ствола. Наличие хронической абдоминальной ишемии рассматривалось, как возможная причина непрерывно рецидивирующего течения дуоденальной язвы. В июне 1998г. в СОКБ №1 была выполнена операция торакотомии и декомпрессии чревного ствола. При контрольном ангиографическом исследовании констатировано восстановление адекватного кровотока по чревному стволу и его ветвям.

В течение последующих четырех лет имела место стойкая ремиссия язвенной болезни. При контрольных эндоскопических исследованиях, проводимых раз в год, констатировалась рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Самочувствие пациентки было стабильно удовлетворительным.

В 2002г., спустя 4 года после операции, клиническая симптоматика болезни меняется: появляется чувство тяжести в левой половине грудной клетки и приступообразная одышка, усиливающаяся после приема пищи, в связи с чем больная была вновь госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ГКБ №33.

При объективном исследовании больной были выявлены следующие изменения: тимпанический оттенок перкуторного звука при перкуссии нижнего легочного поля слева. При аускультации этих же отделов левого легкого определялись кишечные шумы (признаки кишечной перистальтики). На обзорной рентгенограмме легких были выявлены своеобразные изменения: на фоне легочной

---

*Щанова Наталья Олеговна* - клинический ординатор кафедры поликлинической терапии УГМА;

*Прохорова Людмила Васильевна* - доцент УГМА, главный гастроэнтеролог УЗ г. Екатеринбурга, зав. гастроэнтерологической клиникой МО "Новая Больница"

ткани - дополнительные округлые тени с уровнями жидкости и воздуха.

Появились серьезные основания предположить, что в левой половине грудной клетки пациентки присутствуют петли толстой кишки. При ирригоскопии установлено, что нижнее и среднее легочные поля слева занимает интенсивная тень селезеночного угла ободочной кишки (Рис. 1, 2).

Имеющаяся клиническая симптоматика была расценена как проявление грыжи левого купола диафрагмы, развившейся в отдаленном послеоперационном периоде. Возможно, что после прима пищи, когда срабатывал илеоцекальный рефлекс, и происходило перемещение содержимого по толстой кишке, повышалось давление в левой половине грудной клетки, и усугублялась симптоматика сдавления левого легкого и, возможно, смещения сердца.

Пациентка была осмотрена хирургом-гастроэнтерологом. Была рекомендована оперативная коррекция выявленного патологического состояния.

В ноябре 2002г. в ГКБ №40 была выполнена повторная операция торакотомии, грыжесечения, возвращение толстой кишки в брюшную полость, с аллопластикой дефекта диафрагмы полипропиленовым трансплантатом (Рис. 3). По данным рентгенографии легких имеются симптомы перивисцерита (фиксация левых отделов ободочной кишки в поддиафрагмальной области).

В дальнейшем до настоящего времени рецидивов диафрагмальной грыжи не регистрировалось.

В настоящее время пациентка отмечает периодическое чувство тяжести в левой подреберной области и левой половине грудной клетки, возникающее после приема пищи, что может быть обусловлено увеличением наполнения левых отделов кишки при перемещении содержимого кишечника.

Данный случай интересен необычностью формирования грыжи указанной локализации.

Можно только предположить, что в ходе первого оперативного вмешательства в 1998г. на тканях вокруг чревного ствола могли быть повреждены ветви диафрагмального нерва. Впоследствии это могло привести к развитию мышечной дистрофии, что в условиях воздействия повышенного давления (при прохождении пищи) возможно, обусловило формирование грыжевого отверстия, настолько крупного, что в грудную клетку стало возможным проникновение части толстой кишки.

Данный клинический случай можно рассматривать, с одной стороны, как ослож-

нение, развившееся в отдаленном послеоперационном периоде, с другой стороны, как пример успешного лечения грыжи необычной локализации.



Рисунок 1. Ирриграмма (от 24.09.02)



Рисунок 2. Ирриграмма (от 24.09.02)



Рисунок 3. Рентгенограмма органов грудной клетки (от 30.09.03)