

Синдром Хилаидити (клиническое наблюдение)

А. С. Винокуров^{*,1}, А. Л. Югин^{1,2}, Е. А. Юматова^{1,2}

¹ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, кафедра лучевой диагностики и терапии, Москва

² Центральная клиническая больница РАН, Москва

Chilaiditi Syndrome (Clinical Observation)

A. S. Vinokurov^{*,1}, A. L. Yudin^{1,2}, E. A. Yumatova^{1,2}

¹ N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Radiology Department, Moscow

² Central Clinical Hospital RAS, Moscow

Реферат

Представлен клинический случай интермиттирующего течения печеночно-диафрагмальной интерпозиции толстой кишки (синдрома Хилаидити) у пациента 85 лет, которая была диагностирована с помощью компьютерной томографии. В рамках наблюдения представлены основные черты аномалии, а также клинико-рентгенологические особенности синдрома Хилаидити.

Ключевые слова: синдром Хилаидити, гепатодиафрагмальная интерпозиция толстой кишки, псевдопневмоперитонеум, компьютерная томография.

Abstract

The case of hepatodiaphragmatic interposition of the colon (Chilaiditi syndrome) with the intermittent course in an 85 year old patient is presented which was diagnosed by the means of computed tomography. Anatomy, clinical and radiologic features of Chilaiditi syndrome are presented in discussion.

Key words: Chilaiditi syndrome, Hepatodiaphragmatic Interposition of the Colon, Pseudopneumoperitoneum, Computed Tomography.

Актуальность

Печеночно-диафрагмальная интерпозиция толстой кишки (синонимы: синдром Хилаидити, псевдопневмоперитонеум, Chilaiditi syndrome, HDI) — достаточно

* Винокуров Антон Сергеевич, студент 6-го курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России.

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1.

Тел.: +7 (916) 685-39-21. Электронная почта: antonvin.foto@gmail.com

Vinokurov Anton Sergeevich, Sixth-year Student of Medical Faculty of N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Healthcare Russia.

Address: 1, Ostrovitianov st., Moscow, 117997, Russia.

Phone number: +7 (916) 685-39-21. E-mail: antonvin.foto@gmail.com

редкая аномалия положения толстой кишки, при которой восходящий и/или поперечный отделы ободочной кишки располагаются в пространстве между правым куполом диафрагмы и печенью.

Реже описаны варианты расположения селезеночного угла ободочной кишки между удлинённой левой долей печени и левым куполом диафрагмы — 3–5 % от всех описанных случаев синдрома [5]. В целом данная аномалия встречается у 0,25–0,28 % людей от общей популяции и увеличивается с возрастом до 1 % [4, 5].

Наиболее часто она обнаруживается у детей и лиц пожилого возраста. Во многих случаях печеночно-диафрагмальную интерпозицию толстой кишки выявляют случайно при рентгенографии во время диспансерного обследования, и она не имеет клинических проявлений. В правом поддиафрагмальном пространстве определяют просветления и линейные тени, обусловленные пузырями газа и гаустрами ободочной кишки.

Тем не менее синдром Хилаидити часто имитирует наличие свободного газа в брюшной полости без явной клинической симптоматики, что может стать причиной проведения неоправданных хирургических вмешательств.

Такой псевдопневмоперитонеум может носить интермиттирующий или постоянный характер, так как сама интерпозиция может быть непостоянна с возвращением кишки в свое нормальное анатомическое положение в результате действия внешних факторов физической нагрузки, изменения режима питания, смены положения тела [3].

При синдроме Хилаидити создаются условия для сдавления кишки, что может привести к кишечной непроходи-

мости (как механической, так и странгуляционной). Возможны и другие неспецифические симптомы. Поэтому знание данной аномалии необходимо не только рентгенологам, но и врачам других специальностей.

Цель: представление случая синдрома Хилаидити с клиникой интермиттирующего течения и рентгенологическим подтверждением.

Клиническое наблюдение

Пациент К., 85 лет, поступил в ЦКБ РАН 31.01.2015 с жалобами на периодические боли в правом подреберье, иногда запоры. В анамнезе — ЖКБ, ИБС, гипертоническая болезнь. В числе диагностических мероприятий была выполнена рентгенография органов грудной клетки и выявлены пневмосклероз и эмфизема легких. При обзорной рентгенографии органов живота признаков свободного газа нет. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) определяются камни в желчном пузыре, пневматоз толстой кишки, а также очаговые изменения печени. Во время пребывания в стационаре пациент стал отмечать усиление боли в правом подреберье, которая периодически иррадиировала в грудную клетку, а также одышку. При расспросе удалось выяснить, что подобные боли наблюдались и ранее, самостоятельно проходили через 2–3 дня. Для оценки состояния сердца выполнена ЭКГ, при которой значимые изменения кровоснабжения миокарда не найдены. Для уточнения диагноза проведены повторное рентгенологическое исследование (рис. 1) и компьютерная томография (КТ) живота, при которой выявлены кисты и гемангиомы печени, кальциноз стенок желчного пузыря, атеросклероз аорты, остеохондроз пояс-



Рис. 1. Цифровая обзорная рентгенограмма живота. Псевдопневмоперитонеум (*стрелка*), обусловленный расположением печеночного угла толстой кишки в поддиафрагмальном пространстве

ничного отдела позвоночника, а также печеночно-диафрагмальная интерпозиция восходящего и поперечного отделов ободочной кишки (рис. 2, 3).

Лечащим врачом даны рекомендации по рациональному питанию, препятствующему повышенному газообразованию и запорам.

Обсуждение

Синдром Хилаидити слабо освещен в отечественной литературе, хотя был впервые описан D. Chilaiditi более века назад, по сведениям разных авторов, в 1909–1910 гг. [1, 5].

В описанном клиническом случае представлен достаточно типичный пример интермиттирующего течения синдрома, при котором пациента пе-

риодически беспокоили боли в правом подреберье и грудной клетке, одышка, а также запоры, проходившие самостоятельно. Такие проявления неспецифичны и могли быть обоснованно отнесены как самим пациентом, так и лечащим врачом к клинике желчно-каменной болезни.

На рентгенограммах органов грудной клетки и живота в приемном отделении характерные признаки синдрома не отмечены. К ним относят наличие газа под правым куполом диафрагмы, пневматоз кишечника, линейные тени гаустр на фоне просветлений газа [1, 3].

Повышенная пневматизация в качестве находки отмечалась при УЗИ. Соответствие клинических проявлений рентгенологической картине печеночно-диафрагмальной интерпозиции толстой кишки было обнаружено через некоторое время уже по результатам КТ.

Предпосылками к развитию синдрома Хилаидити считают висцероабдоминальную диспропорцию у детей, выраженное абдоминальное ожирение у взрослых, удлинение брыжейки толстой кишки [5].

Важный фактор патогенеза — снижение присасывающей силы диафрагмы (смена отрицательного давления между диафрагмой и печенью на положительное). Это происходит преимущественно из-за различных патологических процессов в легких, приводящих к снижению экскурсии (хроническая обструктивная болезнь, эмфизема, пневмосклероз, интерстициальные пневмонии, паралич диафрагмы) [1].

Эмфизема и пневмосклероз подтверждены у пациента рентгенологически. Дополнительным предиктором синдрома Хилаидити явился преклонный возраст пациента.

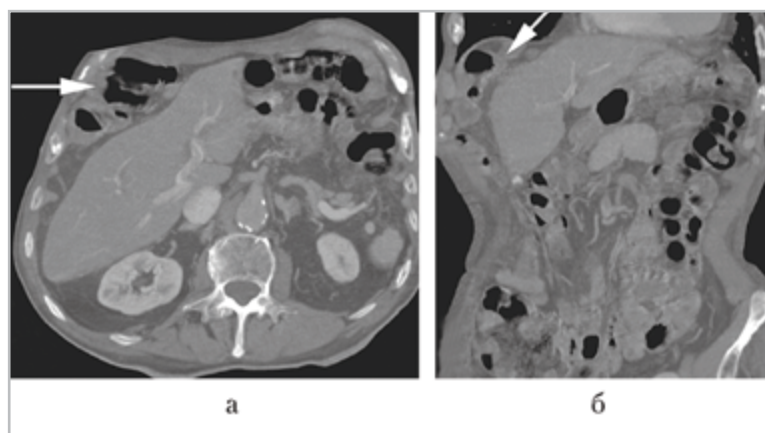


Рис. 2. Компьютерные томограммы в режиме МIP: *а* — аксиальный срез; *б* — фронтальный срез. Диафрагмально-печеночная интерпозиция толстой кишки (*стрелки*)

Таким образом, у данного пациента имелось несколько предпосылок к развитию интерпозиции.

Всеми авторами указывается главная особенность синдрома Хилаидити — его рентгенологическая схожесть с другими причинами осумкованного и свободного газа в животе. Несмотря на то что перфорация полого органа имеет яркую клиническую картину, описывают возможность отсутствия типичных ее признаков — «кинжальной» боли, дефанса мышц передней брюшной стенки у пожилых людей с дряблой брюшной стенкой, пациентов с абдоминальным ожирением, что еще больше усложняет дифференциальную диагностику [2]. Картину псевдопневмоперитонеума могут давать поддиафрагмальный абсцесс, абдоминальное ожирение, релаксация правого купола диафрагмы, базальный пневмоторакс. Истинный пневмоперитонеум определяется при прободении полого органа, искусственный пневмоперитонеум — после операций (особенно лапароскопических), при лечении туберкулеза, перитонеальном диализе [3]. Недостаточный сбор анамнеза, а также ошибочная трактовка рентге-

нологических данных печеночно-диафрагмальной интерпозиции могут привести к неоправданной лапаротомии, даже в случае отсутствия клинических симптомов кишечной непроходимости.

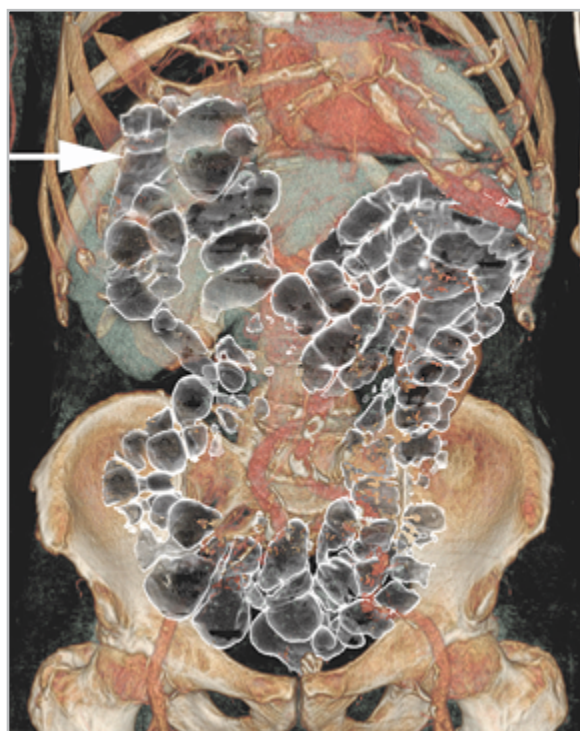


Рис. 3. 3D-реформация по результатам компьютерной томографии живота. Смещение печеночного угла толстой кишки в поддиафрагмальное пространство (*стрелка*)

Имеются и риски, не связанные с хирургическим вмешательством, например, проведение транскутанной пункционной биопсии печени у больного на фоне транспозиции кишки может приводить к ее перфорации [5].

Заключение

Врачи не должны игнорировать синдром Хилаидити, несмотря на его редкость и обычно доброкачественное течение. Требуется правильная интерпретация полученных клинико-рентгенологических данных.

Также и пациент должен быть осведомлен о своей аномалии, чтобы указать на нее лечащему врачу при повторном посещении или госпитализации, при проведении инвазивных диагностических процедур — биопсии печени, фиброколоноскопии. Это поможет правильно определить тактику лечения, а также предупредить осложнения.

Список литературы

1. Грона В. Н., Литовка В. К., Латышов К. В., Грона К. В. Гепатодиафрагмальная интерпозиция толстой кишки (синдром Chilaiditi) у детей // Здоровье ребенка: Журнал для педиатров. 2009. № 5. С. 114–117.
2. Шендрик А. Ю. Компьютерная томография в диагностике прободной язвы желудка (описание случая и обзор литературы) // Радиология – практика. 2012. № 4. С. 85–89.
3. Chakrabarti Depabrasad, Bhattacharyya K. Amrit, Bhattachrjee Angshuman. Chilaiditi syndrome – a diagnosis not to be missed // Ind. Med. Gazette. 2013. Oct. P. 388–389.
4. Desai K. Hitendra, Chauhan V. Prakash, Rathva C. Bharat, Patel D. Rajesh, Patel R. Rajnish. Isolated case of Chilaiditi

Syndrome // Nat. J. of Med. Res. 2013. V. 3. P. 83–84.

5. Weng Wei-Hong, Liu Da-Ren, Feng Cheng-Cheng, Que Ri-Sheng. Colonic interposition between the liver and left diaphragm – management of Chilaiditi syndrome: A case report and literature review // Oncol. Letters. 2014. № 7. P. 1657–1660.

References

1. Grona V.N., Litovka V.K., Latyshov K. V., Grona K. V. Hepatodiafragmatic interposition of large intestine (Chilaiditi Syndrome) at children. Zdorov'e rebenka: the magazine for pediatricians. 2009. No. 5. P. 114–117 (in Russian).
2. Shendrik A. Ju. Computer tomography in the diagnostic of perforated gastric ulcer (case report and literature review). Radiology – practice. 2012. No. 4. P. 85–89 (in Russian).
3. Chakrabarti Depabrasad, Bhattacharyya K. Amrit, Bhattachrjee Angshuman. Chilaiditi syndrome – a diagnosis not to be missed // Ind. med. gazette. 2013. Oct. P. 388–389.
4. Desai K. Hitendra, Chauhan V. Prakash, Rathva C. Bharat, Patel D. Rajesh, Patel R. Rajnish. Isolated case of Chilaiditi Syndrome// Nat. J. of Med. Res. 2013. V. 3. P. 83–84.
5. Weng Wei-Hong, Liu Da-Ren, Feng Cheng-Cheng, Que Ri-Sheng. Colonic interposition between the liver and left diaphragm – management of Chilaiditi syndrome: A case report and literature review/ Oncol. Letters. 2014. No. 7. P. 1657–1660.

Сведения об авторах

Винокуров Антон Сергеевич, студент 6-го курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России.

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1.

Тел.: +7 (916) 685-39-21. Электронная почта: antonvin.foto@gmail.com

Vinokurov Anton Sergeevich, Sixth-year Student of Medical Faculty of N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Healthcare of Russia.

Address: 1, Ostrovitianov st., Moscow, 117997, Russia.

Phone number: +7 (916) 685-39-21. E-mail: antonvin.foto@gmail.com

Юдин Андрей Леонидович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой лучевой диагностики и терапии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России; врач-рентгенолог рентгенодиагностического отделения ЦКБ РАН.

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1.

Тел.: +7 (903)-779-43-83. Электронная почта: prof_yudin@mail.ru

Yudin Andrey Leonidovich, M. D. Med., Professor, Head of Radiology Department of N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Radiologist of Radiology Department of Central Clinical Hospital RAS.

Address: 1, Ostrovitianova st., Moscow, 117997, Russia.

Phone number: +7 (903)-779-43-83. E-mail: prof_yudin@mail.ru

Юматова Елена Анатольевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры лучевой диагностики и терапии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, заведующая рентгенодиагностическим отделением ЦКБ РАН.

Адрес: 117593, Москва, Литовский бульвар, д. 1А.

Тел.: +7 (903)-779-43-83. Электронная почта: yumatova_ea@mail.ru

Yumatova Elena Anatol'evna, Ph. D. Med., Assistant of Radiology Department of N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Head of Radiology Department of Central Clinical Hospital RAS.

Address: 1A, Litovskij bulvar, Moscow, 117593, Russia.

Phone number: +7 (903)-779-43-83. E-mail: yumatova_ea@mail.ru

Финансирование исследования и конфликт интересов.

Исследование не финансировалось какими-либо источниками. Авторы заявляют, что данная работа, ее тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.