

М.М. Киселевич¹, М.Ф. Киселевич¹, О.А. Ефремова¹, М.В. Харитонов², О.С. Путивцева²

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УЩЕМЛЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ МОРГАНЬИ – ЛАРРЕЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

¹Белгородский государственный национальный исследовательский университет, 308015, ул. Победы, 85;

²Городская больница № 2, 308036, ул. Губкина, 46, г. Белгород

Резюме

Представлен редкий клинический случай ущемленной диафрагмальной грыжи Морганьи-Ларрея у женщины в старческом возрасте (76 лет), закончившийся благоприятным исходом, в результате дооперационной диагностики грыжи и выполненной в экстренном порядке операции. Приведены жалобы, анамнестические данные, результаты клинического, лабораторного и инструментального обследования. Подробно описан ход операции устранения диафрагмальной грыжи. Описано течение послеоперационного периода. Анатомическим субстратом этой грыжи явилось наличие порока развития диафрагмы в виде «слабой» зоны в области грудино-реберного треугольника, не имеющей мышечных волокон. Больные с этим заболеванием нуждаются в своевременной диагностике и выполнении оперативного вмешательства для предотвращения грозных осложнений. Для улучшения результатов лечения и совершенствования хирургической техники целесообразно дальнейшее изучение данной патологии.

Ключевые слова: ущемленная диафрагмальная грыжа Морганьи-Ларрея, старческий возраст, хирургическое лечение.

M.F. Kiselevich¹, M.M. Kiselevich¹, O.A. Efremova¹, M.V. Charitonov², O.S. Putivceva²

A RARE CASE OF DIAPHRAGMATIC MORGAGNI-LARREA STRANGULATED HERNIA IN OLD AGE

¹Belgorod National Research University;

²City Hospital 2 of Belgorod, Belgorod

Summary

The authors presented a rare case of diaphragmatic strangulated Morgagni-Larrea hernia in an elderly woman (76 years old) with a favorable outcome, due to pre-operative diagnostics of hernia and performed urgent operation. The authors presented the complaints, patient's past and present history, the results of clinical, laboratory and instrumental examination. Details of the operation of removing diaphragmatic hernia were described. The authors also show the postoperative period. The anatomical substrate of the hernia was the presence of developmental aperture as «weak» zone in the area of sternocostal triangle where there were no muscle fibers. Patients with this disease require timely diagnostics and early intervention to prevent severe complications. To make the results of treatment better and to improve surgical technique further studies of this pathology are necessary.

Key words: diaphragmatic hernia, strangulated Morgagni-Larrea hernia, old age, surgical treatment.

Диафрагмальные грыжи – редкая хирургическая патология, которая встречается в клинической практике и иногда протекает с симптомами острого живота. Впервые диафрагмальная грыжа была описана Д.Б. Морганьи в 1761 г., а затем Д.Ж. Ларреем в 1829 г. Грыжа Морганьи-Ларрея является редкой, недостаточно изученной аномалией человека [1, 3, 11]. При этой патологии происходит перемещение органов брюшной полости в грудную через дефекты или щели диафрагмы. Наиболее часто перемещаются желудок, толстый кишечник, тонкий кишечник, селезенка, сальник [2, 4, 6]. У большинства больных диафрагмальные грыжи диагностируют и лечат в детском возрасте. Однако в 5 % наблюдений они могут встречаться и у взрослых. Так как специфические симптомы могут отсутство-

вать, заболевание диагностируют случайно, во время рентгенографии органов грудной клетки или компьютерной томографии органов грудной и брюшной полостей [5, 7, 9, 12]. Диафрагмальные грыжи вызывают расстройства со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и пищеварительной систем, но главное, то, что при них возможно возникновение тяжелых, жизненно опасных осложнений, например, ущемления органов пищеварительного тракта [8, 10].

В литературе имеются единичные сведения о диафрагмальных грыжах Морганьи – Ларрея у взрослых. Мы приводим редкий случай из клинической практики ущемленной диафрагмальной грыжи у женщины старческого возраста с благоприятным исходом после операции.

Материалы и методы

Больная Б. 76 лет, пенсионерка, жительница сельской местности, в срочном порядке была доставлена

машиной скорой медицинской помощи (в положении лежа на каталке) в приемное хирургическое отделение

городской больницы № 2 г. Белгорода. При поступлении врачом скорой помощи у больной был поставлен диагноз «Острый панкреатит».

В приемном отделении больная была осмотрена дежурным хирургом. При первичном осмотре предъявляла жалобы на тошноту, рвоту после приема воды или пищи, чувство переполнения желудка, боли в верхних отделах живота, снижение аппетита, похудание и общую слабость.

Из анамнеза заболевания (anamnesis morbi) выяснено, что с молодости в течение нескольких лет больную периодически беспокоили дискомфорт, боли в подложечной области, сопровождавшиеся иногда тошнотой, отрыжкой воздухом, после еды. Лечилась в сельской амбулатории по поводу обострений хронического гастрита, хронического панкреатита, принимала периодически спазмолитики, антациды, ферменты. Последние годы за медицинской помощью обращалась редко. Настоящее ухудшение наступило 4 дня назад, когда стала отмечать постоянную тошноту, затем рвоту до 1-2 раз в сутки, отсутствие аппетита, тупые боли в верхних отделах брюшной полости (больше справа), без иррадиации, общую слабость. Самостоятельно не лечилась. Постепенно состояние больной стало ухудшаться, появилась многократная рвота, усилились боли в животе, поэтому к больной был вызван врач скорой помощи, который доставил ее в приемное хирургическое отделение городской больницы № 2 г. Белгорода.

Из анамнеза жизни (anamnesis vitae) установлено, что в детстве росла и развивалась нормально. В детском возрасте больная состояла в группе ЧБД в связи с возникновением частых простудных заболеваний (ОРЗ, грипп, трахеобронхит), перенесла корь, скарлатину. Около 30 лет у больной была гипертоническая болезнь, ИБС: атеросклеротическая болезнь сердца, персистирующая форма фибрилляции предсердий, инфаркт миокарда (1996 г.). Туберкулез, венерические и онкологические заболевания отрицала. Оперативных вмешательств не было. Гемотрансфузий не проводились. Аллергологический анамнез был не отягощен.

При осмотре (status objectivus) было установлено, что общее состояние больной тяжелое (за счет экзикоза, интоксикационного синдрома). Сознание ясное. Правильного телосложения, пониженного питания, ИМТ – 18,1 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, тургор кожи снижен, температура тела – 36,6 °С. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Грудная клетка нормостенической формы. Границы легких в пределах нормы. Частота дыхательных движений 18 раз в минуту. Перкуторно – легочный звук, при аускультации в легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах с двух сторон по задней поверхности, хрипов нет. Прекардиальная область не изменена. Границы относительной сердечной тупости резко смещены влево (V м/р по передне-подмышечной линии). При аускультации сердечные тоны приглушены, ритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. Пульс 100 ударов в минуту. Артериальное давление (АД) – 130/80 мм рт. ст.

Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, не вздут. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Перитонеальных симптомов нет. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Перистальтика кишечника прослушивается. Диурез снижен.

Для уточнения диагноза больной был назначен план обследования и лечения: общий анализ крови, общий анализ мочи, группа крови, резус-принадлежность, коагулограмма, биохимический анализ крови, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной и брюшной полости и консультация терапевта.

По результатам, полученным при обследовании, выявлены следующие данные: в общем анализе крови – лейкоцитоз $21.5 \times 10^9/L$, в биохимическом анализе крови – повышение амилазы – 768.3 Ед/л, повышение АСТ – 235,7 Ед/л и АЛТ – 100,2 Ед/л, ЭКГ – синусовая тахикардия 118 в мин., ЭОС отклонена резко влево, гипертрофия левого желудочка, частые желудочковые экстрасистолы по типу бигеминии, рубцовые изменения миокарда переднее-перегородочной стенки левого желудочка. При УЗИ органов брюшной полости – печень, желчный пузырь, почки без патологических изменений, поджелудочная железа не визуализируется из-за желудка размерами 107×135×109 мм с неоднородным содержимым объемом 1054 мл; свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не определялось. При выполнении ФГДС выявлено большое количество жидкости в желудке, после промывания желудка при ФГДС выявлена деформация привратника желудка в восходящем отделе и пройти аппаратом в луковицу двенадцатиперстной кишки не удалось, был диагностирован стеноз привратника. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – скопления газа, чаш Клойбера не выявлено. После осмотра терапевта у больной выставлен диагноз ИБС: атеросклеротическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз (1996 г.), нарушение ритма сердца по типу желудочковой экстрасистолы. ХСН IIА, ФК II. Гипертоническая болезнь III ст. АГ 2, риск ССО 4. Острый панкреатит?

На основании анамнеза, первичного осмотра больной был выставлен диагноз при поступлении «Декомпенсированный стеноз пилорического отдела желудка. Острый панкреатит?». Больная была госпитализирована в хирургическое отделение. Назначен план лечения: голод, зонд в желудок, постановка уретрального катетера, инфузионная терапия, обезболивание, оперативное лечение по показаниям. Состояние больной через 3 часа внезапно резко ухудшилось – усилились боли в верхних отделах живота, появились множественные судороги и фасцикуляции во всех группах мышц живота, конечностей, лица, затруднение дыхания, нарушение ритма сердца, на ЭКГ возникла фибрилляция предсердий, ЧСС – 95-116 в мин., АД – 105/60 мм рт. ст., язык сухой, обложен белым налетом, живот симметричный, не вздут, участвует в дыхании, болезненный в эпигастриальной области и правом подреберье, перитонеальные симптомы сомнительные,

перистальтика выслушивается, шума «плеска» нет, по желудочному зонду отделяемое застойное, диурез адекватный, стула не было, газы отходят. В связи с ухудшением состояния больная была переведена в реанимационное отделение.

При лабораторном исследовании у больной в общем анализе крови отмечался повышенный лейкоцитоз – $12,55 \times 10^9/L$ со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение амилазы – 1033,7 u/l, креатинина – 326,1 mmol/l, мочевины – 39,9 mmol/l, СРБ – 40,06 mg/l.

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции (полусидя) выявлена чрездиафрагмальная фиксированная грыжа Морганиевой щели.

При МСКТ исследовании на томографе Toshiba Aquilion 16. на серии сканов и мультипланарных реконструкциях были получены изображения органов грудной полости и брюшной полости в нативном виде. Установлено, что средостение структурно, смещено влево, трахея без особенностей, справа в переднемедиальном отделе диафрагмы определяется дефект размерами до 39 мм, через который в грудную полость распространяется антральная часть желудка, двенадцатиперстная кишка, поперечно-ободочная кишка, мезентеральная клетчатка с сосудами и мелкими лимфатическими узлами, приблизительным общим размером 127×112×92 мм (грыжевой мешок). Сделано заключение, что у больной имеется диафрагмальная грыжа Морганьи справа.

После проведения консилиума, учитывая общее тяжелое состояние больной, полученные данные обследования, выявление впервые фиксированной правосторонней диафрагмальной грыжи Морганьи и признаков ущемленной диафрагмальной грыжи – показано экстренное оперативное лечение – лапаротомия, устранение диафрагмальной грыжи. Проведена предоперационная подготовка больной.

31.01.2019 г. больной проведена операция: «Лапаротомия. Устранение диафрагмальной грыжи Морганьи.

Пластика местными тканями». Под общим обезболиванием выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости выявлен грыжевой дефект в передней части диафрагмы в проекции щели Морганьи, через который в средостение проникали антральный отдел желудка с луковицей 12-перстной кишки, петля поперечно ободочной кишки, часть большого сальника. Желудок, ободочная кишка и часть большого сальника извлечены из грыжевого мешка, признаны жизнеспособными, серозная оболочка гладкая, блестящая. Грыжевой мешок выделен из окружающих тканей до шейки, вывернут в брюшную полость, не вскрыт. При дальнейшей ревизии патологии не выявлено. Выполнена пластика грыжевого дефекта и диафрагмы. Дренирование брюшной полости – 1 дренаж под печенью. Асептическая повязка.

Клинический диагноз после операции: ущемленная диафрагмальная грыжа Морганьи. После операции больная была переведена в реанимационное отделение для проведения интенсивной терапии, длительное время она находилась на ИВЛ. В послеоперационном периоде состояние больной оставалось тяжелым из-за возникновения пневмонии на 5-е сутки после операции и сопутствующих заболеваний сердца и легких. После перевода больной в хирургическое отделение на 9-е сутки были сняты швы через один, а на 11-е сутки сняты все швы, заживление раны прошло первичным натяжением. С 10-х суток после операции состояние больной стало постепенно улучшаться, лабораторные показатели нормализовались. Перед выпиской проведены повторные консультации терапевта, пульмонолога. Больная выписана домой на 15-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по амбулаторному лечению, необходимости ограничения физических нагрузок до 6 месяцев и наблюдении хирурга, терапевта, пульмонолога по месту жительства.

Литература

1. Бисенков Л.Н. Торакальная хирургия: Руководство для врачей / Под ред. Л.Н. Бисенкова. – СПб: «Гиппократ». – 2004. – 927 с.
2. Вэбб У.Р., Брант У.Э., Мэйджор Н.М. Компьютерная томография: грудь, живот, таз, опорнодвигательный аппарат / Пер. с англ. под ред. И.Е. Тюрина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 464 с.
3. Грубник В.В., Бойчук А.А., Воротынцева К.О. Современные методы лечения грыжи Морганьи – Ларрея // Клінічна хірургія. – Одесса. – 2012. – № 9. – С. 29-31.
4. Фергюсон М.К. Атлас торакальной хирургии / Пер. с англ. под ред. М.И. Перельмана, О.О. Ясногородского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 304 с.
5. Arráez-Aybar L.A., González-Gómez C.C., Torres-García A.J. Morgagni-larrey parasternal diaphragmatic hernia in the adult // Rev Esp Enferm Dig. – 2009. – № 101. – P. 357-366.
6. Arıkan S., Dogan M.B., Kocakusak A., Ersoz F., Sari S., Duzkoylu Y., Nayci A.E., Ozoran E., Tozan E., Dubus T. Morgagni's Hernia: Analysis of 21 Patients with Our Clinical Experience in Diagnosis and Treatment // Indian Journal of Surgery. – 2018 Jun; № 80 (3). – P. 239-244.
7. He S., Sade I., Lombardo G., Prabhakaran K. Acute presentation of congenital diaphragmatic hernia requiring damage control laparotomy in an adult patient // J. Surg. Case Report. – Jul 28. – 2017. – № 7: rjx144.
8. Karamustafaoglu Y.A., Kusugoglu M., Tarlaldacalisir T., Yoruk Y. Transabdominal subcostal approach in surgical management of Morgagni hernia // Eur J Thorac Cardiovasc Surg. – 2011. – № 39. – P. 1009-1011.
9. Lee S.Y., Kwon J.N., Kim Y.S., Kim K.Y. Strangulated Morgagni hernia in an adult: Synchronous prolapse of the liver and transverse colon // Ulus Travma Acil Cerrahi Der. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery: TJTES. – 01 Jul. – 2018. – № 24 (4). – P. 376-378.
10. Matsushida T., Seach P.W., Gani J. Giant Morgagni hernia, causing cardiac tamponade // Heat Lung Circ. – 2007. – № 16. – P. 392-393.
11. Modi M., Dey A.K., Mate A., and Rege S. Strangulated Morgagni's Hernia: A Rare Diagnosis and Management // Case Reports in Surgery 2016; DOI: 10.1155/2016/2621383. Published online 2016 Nov 7.

12. Raza R., Shakil. A. Adult Morgagni's hernia with intestinal obstruction and strangulation: The need for clinical

awareness, early diagnosis and immediate surgical intervention // Open J Clin Med Case Rep. – 2017. – № 3. – P. 1-5.

Literature

1. Bisenkov L.N. Thoracic surgery. A manual for doctors / Ed. by L.N. Bisenkov. – SPb.: Hippocrate, 2004. – 927 p.

2. Webb W.R., Brant W.E., Major N.M. Computed tomography: chest, abdomen, pelvis, musculoskeletal system / Edited from English by I.E. Tyurin. – M.: GEOTAR-Media, 2018. – 464 p.

3. Grubnik V.V., Boichuk A.A., Vorotyntseva K.O. Modern methods of treatment of Morgagni-Larrey's hernia // Clinichna khirurgiya. – Odessa, 2012. – № 9. – P. 29-31.

4. Ferguson M.K. Atlas of thoracic surgery / Edited from English by M.I. Perelman, O.O. Yasnogorodsky. – M.: GEOTAR-Media, 2009. – 304 p.

5. Arráez-Aybar L.A., González-Gómez C.C., Torres-García A.J. Morgagni-larrey parasternal diaphragmatic hernia in the adult // Rev Esp Enferm Dig. – 2009. – № 101. – P. 357-366.

6. Arian S., Dogan M.B., Kocakusak A., Ersoz F., Sari S., Duzkoylu Y., Nayci A.E., Ozoran E., Tozan E., Dubus T. Morgagni's Hernia: Analysis of 21 Patients with Our Clinical Experience in Diagnosis and Treatment // Indian Journal of Surgery. – 2018 Jun; № 80 (3). – P. 239-244.

7. He S., Sade I., Lombardo G., Prabhakaran K. Acute presentation of congenital diaphragmatic hernia requiring damage control laparotomy in an adult patient // J. Surg. Case Report. – Jul 28. – 2017. – № 7: rjx144.

8. Karamustafaoglu Y.A., Kusuguoglu M., Tarlaldacalisir T., Yoruk Y. Transabdominal subcostal approach in surgical management of Morgagni hernia // Eur J Thorac Cardiovasc Surg. – 2011. – № 39. – P. 1009-1011.

9. Lee S.Y., Kwon J.N., Kim Y.S., Kim K.Y. Strangulated Morgagni hernia in an adult: Synchronous prolapse of the liver and transverse colon // Ulus Travma Acil Cerrahi Der. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery: TJTES. – 01 Jul. – 2018. – № 24 (4). – P. 376-378.

10. Matsushida T., Seach P.W., Gani J. Giant Morgagni hernia, causing cardiac tamponade // Heat Lung Circ. – 2007. – № 16. – P. 392-393.

11. Modi M., Dey A.K., Mate A., and Rege S. Strangulated Morgagni's Hernia: A Rare Diagnosis and Management // Case Reports in Surgery 2016; DOI: 10.1155/2016/2621383. Published online 2016 Nov 7.

12. Raza R., Shakil. A. Adult Morgagni's hernia with intestinal obstruction and strangulation: The need for clinical awareness, early diagnosis and immediate surgical intervention // Open J Clin Med Case Rep. – 2017. – № 3. – P. 1-5.

Координаты для связи с авторами: Киселевич Марианна Михайловна – канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и клинических информационных технологий медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета, тел. +7-910-226-23-55; Киселевич Михаил Федорович – канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета, тел. +7-915-570-63-05; Ефремова Ольга Алексеевна – д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской терапии медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета, тел. +7-908-784-83-33; Харитонов Максим Викторович – врач хирургического отделения № 2 ОГБУЗ «Городская больница № 2», тел. +7-908-780-27-41; Путивцева Ольга Станиславовна – врач рентгенологического отделения № 2 ОГБУЗ «Городская больница № 2», тел. +7-904-532-01-71.

