

УДК 616.26—007.43—089.12

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ МОРГАНЬИ — ЛАРРЕЯ**В. В. Грубник, А. А. Бойчук, К. О. Воротынцева***Одесский национальный медицинский университет,
Областная клиническая больница, г. Одесса***MODERN METHODS OF TREATMENT OF MORGAGNI—LARREY HERNIA****V. V. Grubnik, A. A. Boychuk, K. O. Vorotyntseva****РЕФЕРАТ**

В клинике лечили 3 пациентов по поводу врожденной диафрагмальной грыжи Морганьи — Ларрея.

Использование современных видеоэндоскопических методов, включая лапароскопию, позволило значительно улучшить результаты и надежность операции, уменьшить продолжительность лечения пациентов в стационаре. При идентификации заболевания необходимо выполнение оперативного вмешательства для предотвращения тяжелых осложнений. Целесообразно дальнейшее изучение заболевания для совершенствования хирургической техники и улучшения результатов лечения.

Ключевые слова: врожденная диафрагмальная грыжа; грыжа Морганьи — Ларрея; хирургическое лечение; лапароскопическая герниопластика.

SUMMARY

In the clinic 3 patients were treated for inborn diaphragmatic Morgagni—Larrey hernia.

The modern videoendoscopic methods application, including laparoscopy, have permitted to improve significantly the operation results and security, to reduce the patients stationary treatment duration. Since the disease is diagnosed it is necessary to perform operative intervention for the severe complications prophylaxis. Further studying of the disease is expedient for surgical technique and the treatment results improvement.

Key words: inborn diaphragmatic hernia; Morgagni—Larrey hernia; surgical treatment; laparoscopic hernioplasty.

Впервые диафрагмальная грыжа описана Морганьи в 1761 г., затем Ларреем в 1829 г., однако приоритет описания этого вида грыжи спорный, правильно называть заболевание "передняя диафрагмальная грыжа Морганьи — Ларрея". Грыжа Морганьи — Ларрея — достаточно редкий вид врожденной диафрагмальной грыжи, частота его выявления 2–3% [1]. Это тяжелая, недостаточно изученная аномалия развития костно-мышечного каркаса человека с высокой частотой осложнений и смертности [2]. У большинства больных грыжу диагностируют и лечат в детском возрасте, однако в 5% наблюдений специфические симптомы отсутствуют, заболевание диагностируют случайно, во время рентгенографии органов грудной клетки или компьютерной томографии органов грудной и брюшной полостей у взрослых [3]. Около 10% врожденных грыж связаны с наличием хромосомных аномалий, в частности, синдромами Дауна, Марфана, Корнелии де Ланге и др. [4]. Достаточно часто врожденная грыжа Морганьи — Ларрея маленькая или вообще имеет вид грыжевой липомы [5]. Наличие грыжевого мешка из брюшины отличает грыжу Морганьи — Ларрея от грыжи Бохдалека, что подтверждает начало ее образования в эмбриональной фазе развития диафрагмы, когда плевра и брюшина разделяются, и диафрагма становится полноценной мышцей. В зависимости от размера грыжевого мешка и его содержимого симптомы различны, возможны достаточно тяжелые осложнения и даже летальный исход. Наиболее часто содержимым грыжевого мешка являются поперечная ободочная кишка, печень, большой сальник, тонкий кишечник, желудок, поджелудочная железа, желчный пузырь [6]. У детей частыми симптомами врожденной диафрагмальной грыжи являются частые респираторные инфекции, редко в период новорожденности возникает острый респираторный дистресс-синдром [1]. У взрослых грыжа Морганьи — Ларрея сопровождается неспецифическими симптомами: давящая боль за грудиной, ноющая боль в надчревной области, метеоризм, тошнота, возможна рвота и др. В тяжелых си-

туаціях виникае остра непроходимость кишечника, что требует выполнения неотложного хирургического вмешательства, при этом риск операционных осложнений увеличивается в несколько раз.

Изучены результаты лапароскопического лечения врожденной диафрагмальной грыжи Морганьи — Ларрея.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Одесской областной клинической больнице проведено лечение 3 пациентов по поводу врожденной диафрагмальной грыжи Морганьи — Ларрея. Приводим наблюдения.

1. Пациент 36 лет госпитализирован с жалобами на укорочение вдоха, постоянную боль в груди, тошноту, тяжесть в надчревной области после еды. В последнее время отмечал повышенную усталость, утомляемость, вялость, непродуктивный кашель. Пациенту проведено полное клиническое обследование. При рентгенографии грудной клетки обнаружено затемнение в нижней части ее правой половины. Для уточнения диагноза проведена компьютерная томография органов грудной полости, отмечено наличие поперечной ободочной кишки в правой половине грудной полости, переднемедиальный дефект мышечной части диафрагмы. Пациенту выполнена лапароскопическая операция, при которой ободочная кишка вправлена в брюшную полость, врожденный дефект диафрагмы зашит с использованием специальных облегченных политетрафторэтиленовых (ПТФЭ) сеток с нитиновой рамкой в форме "сердечка". После операции пациент через 3 дня выписан без осложнений.

2. Пациентка в возрасте 34 лет обратилась с жалобами на давящую боль за грудиной. При осмотре кардиолога и проведении эхокардиоскопии патологические изменения сердечно-сосудистой системы не выявлены. По данным рентгеноскопии органов грудной клетки обнаружена грыжа переднего средостения. Заключение компьютерной томографии органов грудной клетки: жировая грыжа переднего отверстия средостения. Для верификации клинического диагноза проведена торакоскопия, обнаружена гигантская ретрокостофрагмальная грыжа. Больной выполнена лапароскопия с пластикой правого купола диафрагмы, использовали такой же сетчатый трансплантат из облегченного ПТФЭ с нитиновой рамкой в виде "сердечка". После операции плевральная полость дренирована по Бюлау.

3. Пациентка в возрасте 51 года обратилась с жалобами на боль в желудке, тошноту, рвоту. По данным лабораторных исследований отмечен незначительный лейкоцитоз. При рентгенографии органов грудной клетки у пациентки обнаружено образование в левой половине груди. По данным компьютерной то-

мографии органов грудной полости подтвержден врожденный дефект диафрагмы слева от грудины, желудок и часть ободочной кишки расположены в грудной полости, признаки высокой непроходимости кишечника. Для симптоматического лечения проведено назогастральное зондирование, после чего состояние улучшилось. Выполнена лапароскопия, органы брюшной полости, содержащиеся в грыжевом мешке, выделены и перемещены в брюшную полость. Осуществлена пластика врожденного дефекта диафрагмы слева от грудины с использованием сетки с нитиновым каркасом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее важным моментом успешного лечения врожденной грыжи Морганьи — Ларрея является своевременная диагностика для предотвращения тяжелых осложнений. В 1911 г. Waellі впервые диагностировал парастернальную диафрагмальную грыжу во время проведения рентгенографии органов грудной клетки [2]. Выполнение рентгенографии с контрастированием органов пищеварительного канала позволяет точно установить диагноз. Информативным диагностическим методом является компьютерная томография, однако ее возможности ограничены при отсутствии содержимого в грыжевом мешке. Для диагностики применяют также магниторезонансную томографию и ультразвуковое исследование [2]. В литературе приведены данные, что факторами, предрасполагающими к образованию такой грыжи, являются тяжелые генетические заболевания [1]. Необходимо дифференцировать грыжу Морганьи — Ларрея от таких заболеваний, как внутригрудные опухоли, ателектаз легкого, пневмония, киста перикарда. При выявлении врожденного дефекта диафрагмы необходимо выполнение оперативного вмешательства для предотвращения непроходимости кишечника. Прогноз после операции достаточно благоприятный, как правило, частота рецидивов минимальна [7]. Для лечения грыжи Морганьи — Ларрея используют различные методы хирургических вмешательств. Абдоминальный доступ достаточно часто применяют как у детей, так и у взрослых [2]. Трансабдоминальный доступ менее травматичный и удобный, обеспечивает хорошие условия для осмотра всех грудино-реберных треугольников, что является важным моментом успешного лечения при наличии двустороннего дефекта. В некоторых ситуациях при наличии сопутствующих заболеваний органов грудной полости применяют трансторакальный доступ [8]. Первая лапароскопическая операция по поводу грыжи Морганьи — Ларрея выполнена в 1992 г. [9, 10]. Этот метод хирургического вмешательства наиболее оптимален в плане диагностики и лечения неосложненной грыжи Морганьи — Ларрея. При лапароскопической пластике вро-

денной грыжи диафрагмы в 64% наблюдений используют сетчатый трансплантат [10]. Благодаря использованию лапароскопа можно легко идентифицировать грыжевой мешок, практически всегда грыжевой мешок сохраняют, его зашивают шелковой нитью и поверх него устанавливают сетку, которую фиксируют к диафрагме. Сохранение грыжевого мешка необходимо для предотвращения плеврита [9]. В наших клинических наблюдениях грыжевой мешок не иссекали, поверх него устанавливали сетчатый трансплантат с нитиновой рамкой. Использование сеток при лапароскопическом лечении грыж Морганьи — Ларрея обеспечивает надежность вмешательства, возможность после операции контролировать расположение сетки, поскольку нитиновый каркас рентгенопозитивный. У всех пациентов, оперированных в клинике, практически не было послеоперационных осложнений, уже через 4–5 сут они выписаны. У второй пациентки в течение суток после операции отмечен незначительный болевой синдром, что требовало назначения анальгетиков. Благодаря использованию сеток с нитиновым каркасом в период наблюдения от 12 до 18 мес рецидив грыжи не выявлен. По данным литературы, при использовании сеток отсутствуют тяжелые осложнения и рецидив грыжи [1].

Таким образом, использование современных видеоэндоскопических методов, включая лапароскопию, при лечении врожденной диафрагмальной грыжи Морганьи — Ларрея позволяет значительно улучшить результаты и надежность операции, уменьшить

продолжительность лечения пациентов в стационаре. Необходимо дальнейшее изучение заболевания для совершенствования хирургической техники и улучшения результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Loong T. P. F. Clinical presentation and operative repair of hernia of Morgagni / T. P. F. Loong, H. M. Kocher // *Postgrad. Med. J.* — 2005. — Vol. 81. — P. 41 — 44.
2. Arraez—Aybar L. A. Morgagni—Larrey parasternal diaphragmatic hernia in the adult / L. A. Arraez—Aybar, C. C. Gonzalez—Gomez, A. J. Torres—Garcia // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* — 2009. — Vol. 101. — P. 357 — 366.
3. Richardson W. S. Laparoscopic repair of congenital diaphragmatic hernias / W. S. Richardson, J. S. Bolton // *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.* — 2002. — Vol. 12. — P. 277 — 280.
4. Pober B. R. Overview of epidemiology, genetics, birth defects, and chromosome abnormalities associated with CDH / B. R. Pober // *Am. J. Med. Genet. C. Semin. Med. Genet.* — 2007. — Vol. 145, N 2. — P. 158 — 171.
5. Fornero G. Intestinal occlusion caused by Morgagni — Larrey diaphragmatic hernia / G. Fornero, L. Rosato, G. Coluccio // *Minerva Chir.* — 1998. — Vol. 53, N 1–2. — P. 57 — 60.
6. Morgagni — Larrey diaphragmatic hernia. Personal case series / G. Arzillo, D. Aiello, G. Priano [et al.] // *Minerva Chir.* — 1994. — Vol. 49, N 11. — P. 1145 — 1151.
7. Hernia of Morgagni and mediastinal lipoma: A case report / V. G. Menditto, A. Cavicchi, G. Marchetti [et al.] // *Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 2011. — Vol. 17. — P. 77 — 80.
8. Diaphragmatic hernia of Morgagni — Larrey in adults: analysis of 10 cases / J. I. Rodriguez Hermosa, F. Tuca Rodriguez, B. Ruiz Feliu [et al.] // *Gastroenterol. Hepatol.* — 2003. — Vol. 26, N 9. — P. 535 — 540.
9. Chang T. H. Laparoscopic treatment of Morgagni—Larrey hernia / T. H. Chang // *W. V. Med. J.* — 2004. Vol. 100, N 1. — P. 14 — 17.
10. Horton J. D. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: a review of 298 cases / J. D. Horton, L. J. Hofmann, S. P. Hetz // *Surg. Endosc.* — 2008. — Vol. 22, N 6. — P. 1413 — 1420.

