

ЛЕВОСТОРОННЯЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА

Ищук Ю.В.,

Киевская городская детская клиническая больница №2, г. Киев, Украина

История болезни: Новорожденный мальчик в возрасте 1 суток поступил в отделение реанимации новорожденных КГДКБ№2.

Анамнез жизни : Ребенок от 4 беременности, 3 родов, родился на 38 неделе. Роды срочные физиологические, по шкале Апгар 7балл. Масса при рождении 3000г, длина 50см. При осмотре: Состояние средней тяжести, физиологические рефлексы вялые, мышечный тонус снижен, кожные покровы розово-цианотичные, крик средней силы. Тоны сердца звучные ритмичные выслушиваются справа. ЧСС 132 Дыхание самостоятельное, в легких дыхание ослаблено слева, ЧД 48 в мин. В заднее нижних отделах слева определяется непостоянный тихий кишечный шум.

Предварительный диагноз: СДР легкой степени, морфо-функциональная незрелость, ВПС, Декстракардия? Поликистоз левого легкого? Левосторонняя диафрагмальная грыжа?

С диагностической целью выполнена обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости.



Рис.1. На обзорной рентгенограмме ОГП и ОБП: Левый купол диафрагмы не определяется. Газовый пузырь желудка и петли кишечника резко смещены вверх, перекрывают левое легочное поле. Срединная тень значительно смещена вправо, Справа контур диафрагмы четкий, синус свободен. Конфигурация сердца изменена, контуры его четко не определяются.

В брюшной полости свободного воздуха нет. Петли кишечника хаотично расположены, часть петель смещены в грудную полость слева. Стенки петель местами утолщены.

Рентген признаки : Врожденный порок развития, Левосторонняя диафрагмальная грыжа.



Рис.2. На контрольном обзорном рентген снимке, Рентген картина без особой динамики. В левой половине грудной клетке определяют газовый пузырь желудка и часть петель кишечника.

Срединная тень расширена, резко смещена вправо.

Дополнительные диагностические методы исследования:

По данным Эхо сердца: Визуализация полостей сердца ограничена. Открытое овальное окно. Умеренная перегрузка ПЖ.

УЗИ ОБП: Печень нормальных размеров и структуры смещена вверх и влево, в основном за счет левой доли. Контур диафрагмы справа прослеживается четко, слева — нет. Топика, размеры и структура почек без особенностей. Желудок, поджелудочная железа и селезенка в типичном месте не визуализировались. Количество кишечных петель в брюшной полости уменьшено, четко определяются лишь петли дистального отдела толстой кишки. Свободная жидкость в брюшной полости не лоцирована.

Клинически через 2 дня состояние ребенка ухудшилось, усилился цианоз кожных покровов. При аускультации в легких справа дыхание ослаблено, слева — не выслушивается. Одышка до 80 в минуту. Живот в верхней половине умеренно запавший.

В тот же день новорожденному произведена операция по экстренным показаниям.

Ход операции: Срединная лапаротомия. В брюшной полости большое скопление мутного желтоватого выпота с хлопьями. Обнаружен дефект диафрагмы 5х3 см по заднее-латеральной поверхности. Купол грыжевого мешка доходит до уровня 3 ребра. Содержимое грыжевого

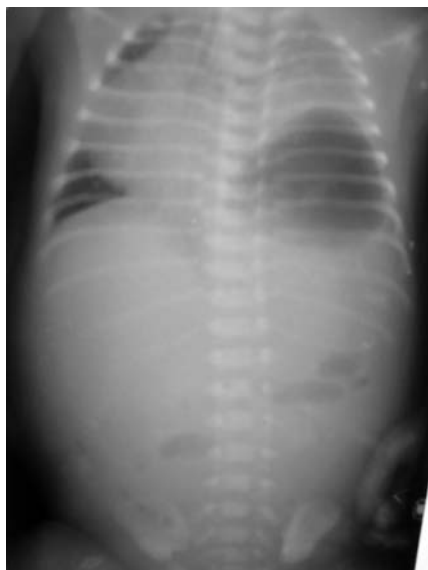


Рис. 3. На контрольной обзорной рентгенограмме ОГП и ОБП : Динамика отрицательная. В грудной полости слева определяется раздутый газовый пузырь желудка , легочная ткань слева не прослеживается, Средостение резко смещено вправо. В брюшной полости свободного воздуха нет. Живот вздут, Петли кишечника четко не определяются, в центре мелкие отдельные газовые пузыри по ходу петель. Асцит.



Рис 4-5. На контрольных обзорных рентгенограммах ОГП и ОБП , после операции : Легочные поля не равномерно пневматизированы, левое легочное поле сниженной прозрачности, в нижнем отделе участок гиповентиляции. Сосудистый рисунок усилен, обогащен в верхних отделах. Синусы свободны. Контуры диафрагмы четкие, слева уплощен , резко скошен книзу. Сердце округлой конфигурации, с четкими контурами, в поперечнике расширено, смещено вправо. В области левого плеврального синусы определяется дренаж. В Брюшной полости свободного воздуха нет. Живот вздут. Пневматоз петель кишечника.

мешка : желудок, селезенка, селезеночный угол ободочной кишки, поджелудочная железа. Органы брюшной полости эвакуированы из плевральной полости, произведена пластика диафрагмы, дренирование плевральной полости. Послеоперационное течение без особых осложнений.

Литературная справка:

Врожденная левосторонняя диафрагмальная грыжа — врожденный порок развития диафрагмы, при котором происходит перемещение органов брюшной полости в грудную клетку через

отверстие в диафрагме или путем выпячивания ее истонченного участка. Тяжесть состояния обусловлена гипоплазией легких, легочной гипертензией и сердечно-сосудистой недостаточностью. У новорожденных чаще встречается ложная грыжа в заднелатеральном отделе диафрагмы — в области щели Богдалека. Отверстие в диафрагме может быть разных размеров, объем перемещенных органов брюшной полости в грудную клетку также различен. В 90% эти грыжи не имеют грыжевого мешка. Слева они встречаются в 4-5 раз чаще, чем справа. Преобладание левосторонних дефектов объясняется более поздним закрытием в эмбриональном периоде плевро-перитонеального отверстия слева. Ретростеральная диафрагмальная грыжа через foramen Larrey встречается чрезвычайно редко.

Частота составляет 1: 2000-3000 новорожденных. В два раза чаще встречается у мальчиков. 50% детей рождаются недоношенными. От 20 до 50% новорожденных с ВДГ имеют сочетанные врожденные аномалии, чаще всего пороки ЦНС, сердца, мочеполовой системы, пищеварительной системы. У 16% таких детей имеются пороки развития, несовместимые с жизнью.

Главным методом дородового выявления диафрагмальной грыжи является эхография. При ультразвуковом исследовании подозрение на этот порок возникает при аномальном изображении органов грудной клетки. Диагностика диафрагмальной грыжи возможна уже с конца I триместра.

Диафрагмальные грыжи имеют большое практическое значение, так как при раннем распознавании и немедленном предпринятом хирургическом лечении значительная часть детей может быть спасена.