

УДК 616.26-002.43-06+616.34-007.272

УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА ЛАРРЕЯ, ОСЛОЖНЕННАЯ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Хотиняну В., Припа В., Тимиш Т., Припа В.

ГУМФ «Nicolae Testemițanu», кафедра хирургии № 2, г. Кишинев, Молдова

Введение

Грыжа грудино-реберного треугольника представляет достаточно редкий вид диафрагмальной грыжи; частота ее выявления 2-3%. 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" [1]. Треугольник Ларрея–Морганьи является дефектом мышечной части диафрагмы вследствие отсутствия ее передне-бокового компонента, который соединяется с поперечной перегородкой. Дефект диафрагмы находится на уровне VII ребра, по обе стороны от мечевидного отростка, в пространстве, заполненном жировой тканью, через которое проходят верхние брыжеечные вена и артерия [2]. Около 10% врожденных грыж связаны с наличием хромосомных аномалий, в частности синдромами Дауна, Марфана, Корнелии де Ланге и др. Врожденные изменения фиброзно-сухожильных частей диафрагмы в грудино-реберной области являются одной из причин этой редко встречающейся грыжи [3]. Следует отметить, что грыжа Ларрея формируется в слабом месте диафрагмы, где верхняя брыжеечная вена, артерия и лимфатические сосуды проходят из грудной клетки в оболочку прямой мышцы живота. Диафрагмальные грыжи с локализацией в ретростернальном отверстии относятся к грыже Морганьи, а грыжи, проходящие через оба дефекта в диафрагме, называют грыжами Ларрея–Морганьи [5] (рис. 1, а, б). Парастернальная грыжа встречается чаще, чем медианная [4].

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 ситуациях возникает острая непроходимость кишечника, что требует выполнения неотложного хирургического вмешательства, при этом риск операционных осложнений увеличивается в несколько раз. Бессимптомные грыжи, как правило, диагностируют случайно во время рентгенографии органов грудной клетки или компьютерной томографии органов грудной и брюшной полости. Хирургическое лечение таким пациентам назначается с учетом вероятностное ущемления [6].

Мы представляем редкий случай грыжи Ларрея–Морганьи с низкой кишечной непроходимостью, ущемлением сальника и поперечной ободочной кишки. В сообщении проведен анализ трудностей при диагностике и лечении данной патологии.

Презентация клинического случая. Пациентка К., 79 лет, поступила в ургентном порядке в хирургическое отделение МСПУ «Республиканской Клинической Больницы» на третий день от начала заболевания с признаками острого живота.

Жалобы при поступлении: боли в правом подреберье и правой половине грудной клетки, с иррадиацией в правую ключицу; легкая одышка; сердцебиение; горечь во рту; тошнота; запоры (стул 1 раз в 3-5 дней); выраженное вздутие живота.

Анамнез: у пациентки желчекаменная болезнь около 9 лет, страдает хроническими запорами в течение 10-15 лет. Травмы и хирургические вмешательства в грудной и брюшной полости отрицает.

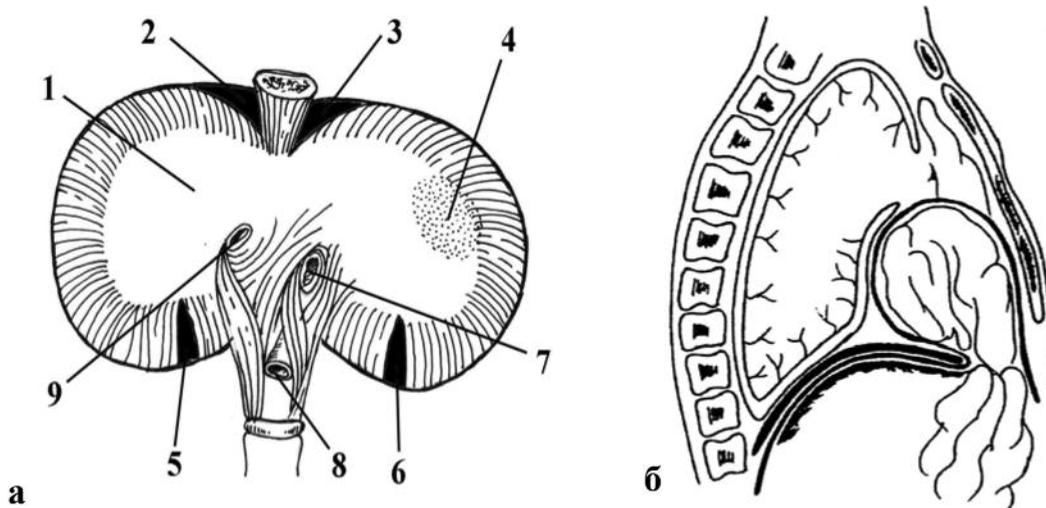


Рис. 1. Топографическая анатомия диафрагмы (а). Расположение врожденных и приобретенных грыж (зоны с возможностью образования грыжи, имеющие хирургический интерес): 1 – сухожильный центр диафрагмы; 2 – грудино-реберное пространство (треугольник Ларрея); 3 – ретростернальное пространство (треугольник Морганьи); 4 – зона расположения врожденных дефектов и приобретенных грыж; 5, 6 – пояснично-реберный треугольник Богдалека; 7 – пищеводное отверстие диафрагмы; 8 – аорта; 9 – нижняя полая вена. б) Схема грыжи в загрудинно-реберно-мечевидном пространстве (б).

Результаты объективного обследования: общее состояние средней тяжести; сознание – ясное; телосложение – обычное, кожные покровы бледные и сухие с пониженным тургором; лимфатические узлы не увеличены. Язык сухой, обложенный белым налетом. Живот симметричный, вздутый, участвует при акте дыхания. При пальпации в правом подреберье пальпируется твердое, эластичное, малоподвижное, болезненное образование, ощущается мышечный дефанс. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. При аускультации брюшной полости выслушиваются ярко выраженные перистальтические шумы. При перкуссии определяется выраженный пневматоз кишечника, в правой и поперечно-ободочной частях брюшной полости отмечается уменьшение печеночной тупости, признаки наличия жидкости в петлях кишки. При пальцевом ректальном исследовании анальный канал свободно проходим, ампула прямой кишки безболезненная, на перчатке кал нормального цвета и консистенции, симптом Дугласа отрицательный.

В легких аускультативно определяется грубое везикулярное дыхание, наличие сухих хрипов в базальных отделах, ЧД — 18 в минуту. При сравнительной перкуссии в обеих половинах грудной клетки коробочный звук, отмечается притупление перкуторного звука в базальном отделе правого легкого. Деятельность сердца аритмичная, сердечные шумы приглушены. Пульс — 90-110 ударов в минуту, АД — 110/60 мм рт. ст. Мочеиспускание свободное. Диурез снижен. Симптом Джордано отрицательный.

Диагноз при поступлении: острый деструктивный калькулезный холецистит.

Лабораторные и инструментальные исследования:

- Общий анализ крови:
 - эритроциты — $4.1 \times 10^{12}/л$,
 - гемоглобин — 115 г/л,
 - лейкоциты — $14 \times 10^9/л$
 - (несегментарные — 18%, сегментарные — 52%),
 - лимфоциты — 11%,
 - моноциты — 5%,
 - СОЭ -18мм/ч.
- Общий анализ мочи:
 - относительная плотность — 1010,
 - гиалиновые цилиндры — 1-2 в п/з,
 - эритроциты — 3-4 в п/з,
 - лейкоциты — 7-8 в п/з,
 - слизь — много,
 - диастаза — 180 г/ч/л.
- Биохимический анализ крови:
 - общий билирубин — 24,2 мкмоль/л (прямой - 17.1 мкмоль/л, непрямой — 7.1 мкмоль/л),
 - АЛТ — 28 Ед.,
 - АСТ — 24 Уд.,
 - мочевина — 8,2 ммоль/л,
 - протромбин — 78%,
 - глюкоза — 5,2 ммоль/л.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: печень: ПД — 14,2 см, ЛД — 9,5 см, эхогенность печени диффузно повышена, паренхима однородная. Воротная вена — 1,1 см, селезеночная вена — 0,8 см. Селезенка — 11.2 x 6.0 см, одно-

родная. Желчный пузырь отключенный, стенки 0,3-0,4 см, в просвете содержится массивный камень размерами 2,0 x 5,0 см,

ГЖП — 0,4 см. Поджелудочная железа неоднородная, с наличием диффузных уплотнений в паренхиме. Почки нормальной формы и структуры. Свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено.

Обзорная рентгенография брюшной полости (в вертикальном положении) – отмечается пневматоз правого и поперечно-ободочного отделов толстой кишки. В мезогастральной области и правом фланге выявляются несколько небольших газовых пузырей с горизонтальными уровнями жидкости. Правый купол диафрагмы смещен вверх (рис.2).

Ирригография с двойным контрастированием: в проксимальной трети поперечно-ободочной кишки определяется коническое сужение просвета проксимального отдела толстой кишки с гладкими ригидными контурами. Правые отделы ободочной кишки не контрастировались. В дистальных отделах толстой кишки гаустрация неравномерная, по контурам кишки определяется зазубренность (рис. 3). **Заключение:** Рак поперечного-ободочного отдела толстой кишки. Низкая кишечная непроходимость.



Рис. 2. Обзорная рентгенография брюшной полости (вертикальное положение)

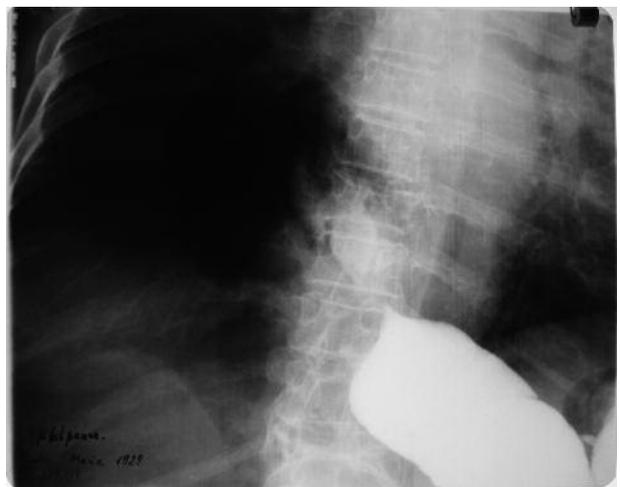


Рис. 3. Ирригография с двойным контрастированием

Клинический диагноз: Обструктивный рак поперечно-ободочной кишки. Низкая кишечная непроходимость. Обострение хронического калькулезного холецистита (отключенный желчный пузырь).

После минимальной предоперационной подготовки под общим наркозом с искусственной вентиляцией легких, выполнена верхняя медианная лапаротомия, удаление и пластика грудно-реберно-диафрагмального дефекта справа, холецистэктомия, аппендэктомия.

Интраоператорная картина. Справа от мечевидного отростка определяется мышечно-апоневротический дефект размером 4 x 3 см, через который из брюшной полости в грудную переместились большой сальник и две проксимальные трети поперечно-ободочной кишки (рис. 4, а, б). Отмечается гиперпневматоз правых отделов толстой кишки. Во время операции содержимое грыжевого мешка было перемещено в брюшную полость. В грыжевом мешке обнаружено 20-30 мл серозно-кровонозной жидкости (рис. 5, а, б).

Грыжевой мешок был расположен между перикардом и правой плевральной полостью. Произведено иссечение мешка у его шейки, пластика грыжевых ворот: сшивание диафрагмы у края

реберной дуги (рис. 6 а, б).

При ревизии брюшной полости петли тонкой и толстой кишки не обнаружены. В желчном пузыре выявлены склеро-атрофические изменения, стенки его плотные, в просвете массивный камень. Проведена холецистэктомия на уровне шейки желчного пузыря с раздельным наложением лигатурных швов на пузырной артерии и пузырном протоке, гемостатическое ушивание пузырного ложа. Червеобразный отросток расположен в области таза, в просвете обнаружены копролиты. Проведена классическая аппендэктомия.

Постоператорный диагноз: Ущемленная грыжа Ларрея. Низкая кишечная непроходимость. Склеро-атрофический хронический калькулезный холецистит. Тазовый хронический аппендицит.

Течение послеоперационного периода удовлетворительное. Дренажная трубка удалена на 5 день после оперативного вмешательства. В связи с наличием сопутствующей патологии пациентка выписана домой на 10-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Обсуждения

Как правило, грыжи Ларрея–Морганьи выявляют в течение первой декады жизни ребенка. У

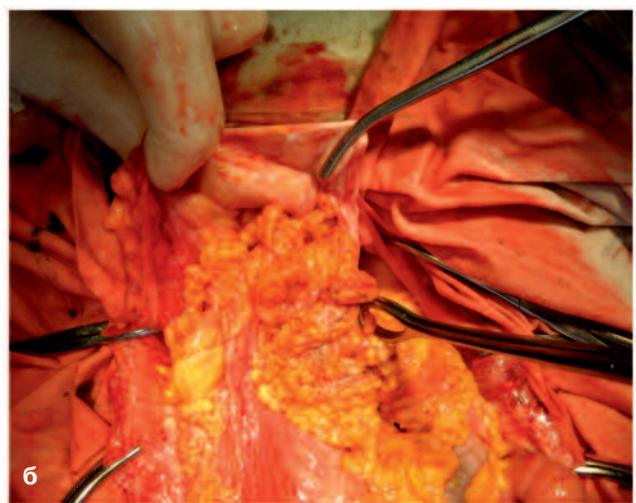
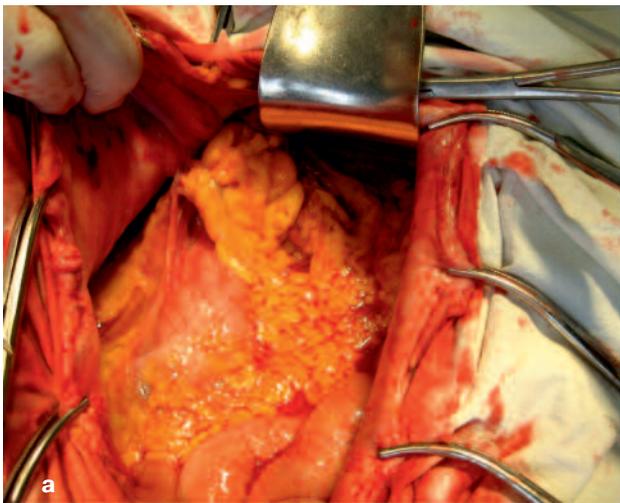


Рис. 4, а, б. Интраоператорный вид грыжи Ларрея: ущемление большого сальника и поперечно-ободочной кишки в грудно-реберно-диафрагмальном дефекте

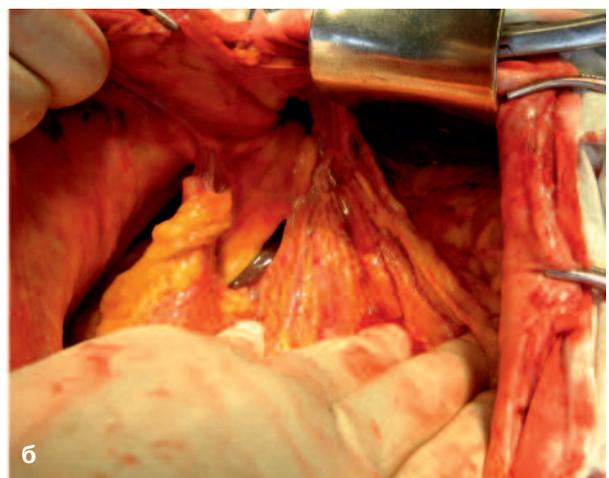
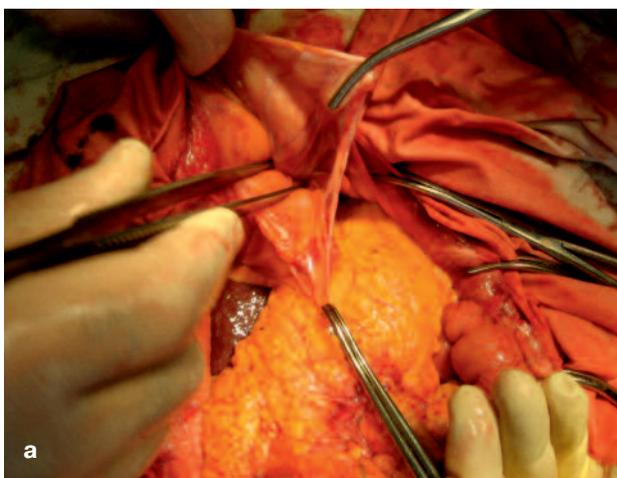


Рис. 5, а, б. Интраоператорный вид грыжи Ларрея: грыжевой мешок после перемещения содержимого в брюшную полость

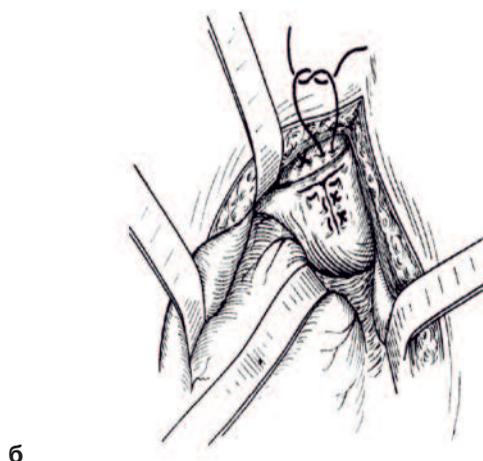
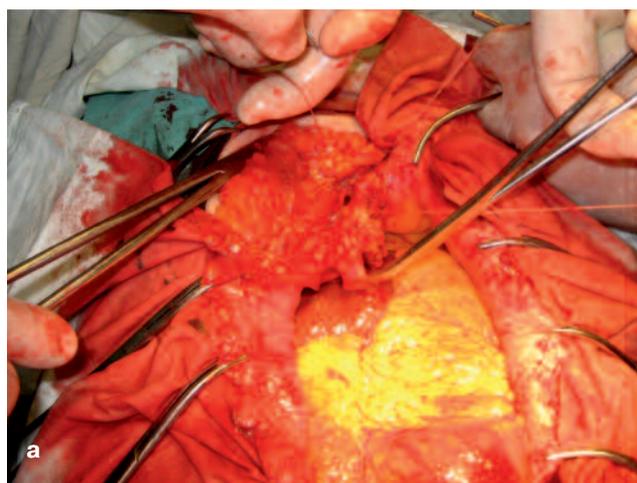


Рис. 6, а б. Схема трансабдоминальной пластики грудино-реберно-диафрагмальной грыжи Ларрея: пластика грыжевых ворот

взрослых грыжи Ларрея, как правило, обусловлены приобретенными состояниями (ожирение, беременность, запоры, травмы и др.), которые являются причинами увеличения внутрибрюшного давления и увеличивают размеры грыжи с возрастом [7]. Около 30% случаев протекают бессимптомно, и их диагностируют случайно при рутинных обследованиях. Клиническая картина неспецифична, и обычно пациенты предъявляют жалобы на боли в грудной клетке и брюшной полости. При возникновении осложнения грыжи в виде ущемления части толстой кишки развивается клиническая картина острого живота [9].

Несмотря на то, что грыжа Ларрея является следствием нарушения развития диафрагмы, она очень часто провоцируется разными факторами, такими как хронический кашель, тяжелая физическая нагрузка, ожирение [10, 11]. В литературе встречаются данные, согласно которым длительно существующий хронический запор (от 15 до 20 лет) может быть причиной появления грыжи Ларрея. Было установлено, что грыжи Морганьи–Ларрея, как правило, имеют грыжевой мешок, в состав которого входит сальник, поперечно-ободочная кишка и в редких случаях желудок или печень, а также грыжи могут развиваться и без образования грыжевого мешка [2,12,13]. В нашем случае у пациентки сформировался истинный грыжевой мешок, в состав которого входили большой сальник и поперечно-ободочная кишка.

Учитывая анатомо-клинические особенности грыжи Ларрея, при обследовании пациентов необходимо проводить дифференциальную диагностику со следующими заболеваниями: жировые карманы перикарда, диафрагмальные и хиатальные грыжи, грыжа Богдалека, травматический разрыв диафрагмы, диафрагмальные опухоли, образования переднего средостения, инволюция правой доли печени, легочные уплотнения, лимфома средостения, кисты перикарда и др. [14–17].

Самым оптимальным неинвазивным методом диагностики является обзорная рентгенография органов грудной клетки и компьютерная томография [18]. Большинство грыж Ларрея–Морганьи проявляются в виде либо мягких тканей над правым куполом диафрагмы, либо газовых пузырей с гори-

зонтальными уровнями жидкости в брюшной полости [8, 19]. Чаще всего грыжу можно выявить на обзорной и боковой рентгенограммах органов грудной клетки и ирригоскопии с двойным контрастированием [18]. Дополнительным методом исследования может быть рентгенография при пассаже бариевой взвеси по петлям кишечника [20]. Сцинтиграфия печени выполняется для исключения пролабирования печени в грудную клетку [21].

В нашем случае при первичном рентгенологическом исследовании (обзорный снимок брюшной полости, ирригография) был установлен диагноз: опухоль поперечно-ободочного отдела толстой кишки с признаками кишечной непроходимости, что, в принципе, можно было предположить у 76-летней пациентки.

При ретроспективном анализе передне-задних рентгенограмм органов грудной клетки выявляются газовые и жировые скопления над печенью, переходящие в грудную клетку, и петли расширенного кишечника с наличием горизонтальных уровней жидкости. При наличии такой картины можно было предположить диафрагмальную грыжу и кишечную непроходимость (рис. 2, 3).

Компьютерная томография является самым оптимальным методом диагностики грыж диафрагмы без применения дополнительных рентгенологических контрастных методов исследования [22]. Проведение компьютерно-томографического исследования у данной пациентки облегчило бы постановку правильного диагноза Ларрея [1].

Выводы

1. Грыжа Ларрея является очень редким хирургическим заболеванием. Обычно протекает бессимптомно, но часто осложняется (ущемление, давление на средостение и др.).

2. Рентгенологические рутинные исследования, в том числе и прямая рентгенограмма грудной клетки, достаточны для постановки диагноза. Компьютерная томография позволяет определить точный предоперационный диагноз и тактику хирургического вмешательства.

3. При выявлении данного заболевания необходимо рекомендовать хирургическое лечение для предупреждения возможных осложнений.

ЛІТЕРАТУРА

1. Minneci P.C., Deans K.J., Kim P., Mathisen D.J. Foramen of Morgagni Hernia: changes in diagnosis and treatment // *Ann Thorac Surg.* – 2004. – 77. – P. 1956-1959.
2. Lin S.T., Moss D.M., Henderson S.O. A case of Morgagni hernia presenting as pneumonia // *J. Emerg. Med.* – 1997. – 15. – P. 297-301.
3. Percivale A., Stella M., Durante V., Dogliotti L., Serafini G., Saccomani G., Pellici R. Laparoscopic treatment of Morgagni-Larrey hernia: technical details and a report of a series // *J. Laparo-endosc. Adv. Surg. Tech. A.* – 2005. – 15. – P. 303-307.
4. Contini S., Valle R.D., Botani L., Zinicola R. Laparoscopic repair of a Morgagni hernia: a report of a case and review of the literature // *J. Laparo-endosc. Adv. Surg. Tech. A.* – 1999. – 9. – P. 93-99.
5. Lima M., Domini M., Libri M., Morabito A., Tani G., Domini R. Laparoscopic repair of Morgagni-Larrey hernia in a child // *J. Pediatr. Surg.* – 2000. – 35. – P. 1266-1268.
6. Puri P. Congenital diaphragmatic hernia // *Curr. Probl. Surg.* – 1994. – 31. – P. 787-847.
7. Bortul M., Calligaris L., Gheller P. Laparoscopic repair of a Morgagni-Larrey hernia // *J. Laparo-endosc. Adv. Surg. Techn.* – 1998. – 8. – P. 309-313.
8. Berman L., Stringer D., Ein S.H., Shandling B. The late presenting pediatric Morgagni hernia: a benign condition // *J. Pediatr. Surg.* – 1989. – 24. – P. 970-972.
9. Barut I., Tarhan O.R., Cerci C., Akdeniz Y., Bulbul M. Intestinal obstruction caused by a strangulated Morgagni hernia in an adult patient // *J. Thorac. Imaging.* – 2005. – 20. – P. 220-222.
10. Bragg W.D., Bumpers H., Flynn W., Hsu H.K., Hoover E.L. Morgagni hernias: an uncommon cause of chest masses in adults // *Am. Fam. Physician.* – 1966. – 54. – P. 2021-2024.
11. Eren S., Gumus H., Okur A. A rare cause of intestinal obstruction in the adult: Morgagni hernia // *Hernia.* – 2003. – 7. – P. 97-99.
12. Sortey D.D., Mehta M.M., Jain P.K., Agrawal S.R., Gadgari S.M., Aghavan M., Bhansali S.K. Congenital hernia through the foramen of Morgagni (a case report) // *J. Postgrad. Med.* – 1990. – 36. – P. 109-111.
13. Nursal T.Z., Atli M., Kaynaroglu V. Morgagni hernia in a patient with Morgagnio syndrome // *Hernia.* – 2000. – 4. – P. 37-39.
14. Anthes T. B., Thoongsuwan N., Karmy-Jones R. Morgagni hernia: CT findings // *Curr. Probl. Diagn. Radiol.* – 2003. – 32. – P. 135-136.
15. Pokorny W.J., McGill C.W., Harberg F.J. Morgagni hernias during infancy; presentation and associated anomalies // *J. Pediatr. Surg.* – 1984. – 19. – P. 394-397.
16. Gossios K.J., Tatsis C.K., Lykouri A., Constantopoulos S.H. Omental herniation through the foramen of Morgagni. Diagnosis with chest computed tomography // *Chest.* – 1991. – 100. – P. 1469-1470.
17. Yeager B.A., Guglielmi G.E., Schiebler M.L., Geffer W.B., Kressel H.Y. Magnetic resonance imaging of Morgagni hernia // *Gastro-intest Radiol.* – 1987. – 12. – P. 296-298.
18. Eren S., Ciris F. Diaphragmatic hernia: diagnostic approaches with a review of the literature // *European Journal of Radiology.* – 2005. – 54. – P. 448-459.
19. Ellyson J.H., Parks S.N. Hernia of Morgagni in a trauma patient // *J. Trauma.* – 1986. – 26. – P. 569-570.
20. Del Castillo D., Sanchez J., Hernandez M. et al. Morgagni's hernia resolved by laparoscopic surgery // *J. Laproendosc. Adv. Surg. Techn.* – 1998. – 8. – P. 105-108.
21. Konstantinos J.G., Chrostos K.T., Lykouri A., Constantopoulos S. Omental herniation through the foramen of Morgagni // *Chest.* – 1991. – 5. – P. 1469-1470.
22. Federico J.A., Ponn R.B. Foramen of Morgagni hernia // In: Shields T.W., Locicero III J., Ponn R.B. (eds.) // *General thoracic surgery, 5th ed.* — Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. – 2000. – P. 647-660.
23. Wolloch Y., Grunebaum M., Glanz I., Dintzman M. Symptomatic retrosternal (Morgagni) hernia // *Am. J. Surg.* – 1974. – 127. – P. 601-605.
24. Soyulu H., Koltuksuz U., Kuttlu N.O., Sarahan H., Sen Y., Ustun N. et al. Morgagni hernia: an unexpected cause of respiratory complaints and a chest mass // *Pediatr. Pulmonol.* – 2000. – 30. – P. 429-433.
25. Hussong R.L., Landreneau R.J., Cole F.H. Diagnosis and repair of a Morgagni hernia with video assisted thoracic surgery // *Ann. Thorac. Surg.* – 1997. – 63. – P. 1474-1475.
26. Nguyen T., Eubanks P.J., Nyguen D., Klein S.R. The laparoscopic approach for the repair of Morgagni hernias // *J. Laparoendosc. Surg.* – 1998. – 2. – P. 85-88.
27. Kurkcuoglu I.C., Eroglu A., Karaoglanoglu N., Polat P., Balik A.A., Tekinbas C. Diagnosis and surgical treatment of Morgagni hernia: a report of three cases // *Surg. Today.* – 2003. – 33. – P. 525-528.

РЕЗЮМЕ. Грыжа Ларрея (Ларрея-Морганьи) — достаточно редкий вид диафрагмальной грыжи; частота ее выявления 2-3%. Клиническая картина, как правило, либо асимптоматична, либо проявляется неспецифическими симптомами, в результате чего ее диагностика затруднена и выявляют ее достаточно поздно (либо как случайную находку, либо при осложнениях). В сообщении представлен клинический случай ущемленной диафрагмальной грыжи Ларрея у 76-летней пациентки, осложнившейся кишечной непроходимостью.

SUMMARY. Hernia Larrea (Larrea-Morgagni) — a rare form of diaphragmatic hernia, the frequency of its detection 2-3%. The clinical picture, usually either asymptomatic or manifested by nonspecific symptoms, resulting in its diagnosis is difficult and identify its late enough (either as a random discovery, or when complications). The report presents a case of strangulated diaphragmatic hernia Larrea 76 year old patient, complicated by intestinal obstruction.