

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 17, №2

2018



УДК 616.26-007.43

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

© Михалик Д.С.¹, Жуков Г.В.¹, Николаенкова Л.И.¹, Герасимов С.А.², Макаров Ю.А.², Ильин С.В.²

¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

²НУЗ «Отделенческая больница на станции Смоленск ОАО «РЖД», Россия, 214025, Смоленск, 1-й Краснофлотский пер., 15

Резюме

Цель. Представить клинический случай диагностики редкой диафрагмальной грыжи люмбо-костальной локализации у пожилой пациентки.

Методика. Проведен анализ клинической информации наблюдаемого авторами случая правосторонней фиксированной неущемленной люмбо-костальной диафрагмальной грыжи треугольника Бохдалека у пожилой больной.

Результаты. Представленный авторами клинический случай диафрагмальной грыжи служит руководством для практической работы врачей общей практики, хирургов и рентгенологов, а также образовательным подспорьем для студентов. Редкая диафрагмальная грыжа треугольника Бохдалека не была подвергнута оперативному излечению из-за личного отказа 76-летней пациентки.

Заключение. В повседневной врачебной деятельности врача важно уяснить, что при предъявлении пациентом жалоб, характерных для желудочно-кишечных заболеваний (изжога, дисфагия, тошнота, рвота, перистальтические шумы в грудной клетке, в особенности после приема пищи, подъема тяжестей), или кардио-респираторных признаков (цианоз, одышка, приступы асфиксии при тех же условиях), необходимо направить больного на дополнительное рентгенологическое обследование для исключения диафрагмальных грыж различной локализации.

Следует помнить, что диафрагмальные грыжи не ограничиваются лишь областью пищеводного отверстия, что на практике встречается чаще, но могут быть и в других местах грудобрюшной преграды.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, клинический случай, рентгенодиагностика

CLINICAL CASE OF RARE DIAPHRAGMATIC HERNIA

Mikhailik D.S.¹, Zhukov G.V.¹, Nikolaenkova L.I.¹, Gerasimov S.A.², Makarov Yu.A.², Ilyin S.V.²

¹Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia

²Smolensk Railway Station Hospital, 15, 1-st Krasnoflotskij Lane, 214025, Smolensk, Russia

Abstract

Objective. Provide a clinical case of diagnostics of rare lumbo-costal diaphragmatic hernia in elderly female patient.

Methods. The authors observed the clinical case of the right-sided fixed non-strangulated lumbo-costal diaphragmatic hernia of Bochdalek's triangle. The analysis of clinical data and X-ray examination of the patient was carried out.

Results. This case presented by the authors serves as a guide for practical work of general practitioners, surgeons and radiologists, as well as a real educational tool for students. The clinical case of a rare diaphragmatic hernia of Bochdalek's triangle was not promptly surgically treated due to the personal refusal of the 76-years-old female patient.

Conclusion. In daily medical practice, it is important to understand when a patient complains of typical symptoms of gastrointestinal diseases (heartburn, dysphagia, nausea, vomiting, peristaltic sounds in the chest especially either after eating or power-lifting) or cardio-respiratory signs such as cyanosis, dyspnea, asphyxia attacks in the same conditions), it is necessary to refer this patient to X-ray examination to exclude diaphragmatic hernias of different localization.

It should be remembered that the diaphragmatic hernias are not limited only to the area of its esophageal opening, which occurs more often in practice, but it can also be elsewhere in other diaphragmatic areas.

Key words: diaphragmatic hernia, clinical case, X-ray diagnostics

Введение

Диафрагмальные грыжи являются наиболее распространенной хирургической патологией грудобрюшной преграды (диафрагмы). Они могут возникать вследствие аномалии эмбрионального развития диафрагмы, ее травматических повреждений, а также из-за возрастных инволюционных изменений. Под диафрагмальной грыжей (ДГ) понимают выход брюшных органов в грудную полость или средостение через расширенные физиологические отверстия или патологические образовавшиеся дефекты и слабые места диафрагмы вследствие врожденных или приобретенных причин. ДГ составляют 2% от всех видов грыж. Первое описание ДГ принадлежит Амбразу Паре (1579) [1, 3]. Следует обратить внимание на наиболее частые причины образования ДГ: повышение внутрибрюшного давления в связи с тяжелым физическим трудом в наклонном положении, травмой, торакоабдоминальные ранения и операции на диафрагме. Необходимо отметить сложность, многоликость и схожесть (так называемое «хамелеонство») клинических проявлений ДГ, что нередко обуславливает долгий путь к постановке правильного диагноза.

В связи с анатомическими особенностями расположения мышц в области пояснично-реберного треугольника В. Бохдалека в этом месте также может возникнуть грыжевое выпячивание. Грудная клетка в этих областях отделена от брюшной полости тонкой соединительно-тканной пластинкой между плеврой и брюшиной. В 1850 г. чешский анатом Винсент Бохдалек выделил грыжу, развивающуюся через описанный им пояснично-реберный треугольник и аналогичную по своей природе истинным парастернальным ДГ. Грыжа щели Бохдалека относится к истинным, т. е. имеющим грыжевой мешок. Встречаются эти грыжи весьма редко [3]. Мы наблюдали пожилую пациентку с фиксированной правосторонней люмбо-костальной грыжей Бохдалека.

Описание клинического случая

Больная Б.Р.Т., 1942 года рождения, история болезни №4077/576, переведена в экстренном порядке в хирургическое отделение НУЗ «Отделенческая больница на станции Смоленск ОАО «РЖД» 03.04.2018 г. с диагнозом: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы из Смоленской ЦРБ с предварительным диагнозом «грыжа пищеводного отверстия диафрагмы».

При поступлении предъявляла жалобы на боли в животе и груди, одышку в покое, тошноту, периодически рвоту съеденной пищей. Учитывая выраженные когнитивные расстройства на фоне дисциркуляторной энцефалопатии II Б стадии сбор анамнеза был затруднен. Стало известно, что более 30 лет женщина работала на стройке разнорабочей, имеет двоих детей.

Объективные данные: общее состояние средней степени тяжести, частота дыхания 22/мин, укорочение перкуторного звука и ослабленное везикулярное дыхание справа в подлопаточной области, АД 160/90 мм рт.ст., пульс 78/мин. Живот мягкий, участвует в дыхании, болезненный при пальпации по ходу толстого кишечника. Физиологические отправления без особенностей.

Проведено обследование: в общем анализе крови незначительный лейкоцитоз $9,5 \times 10^9$ /л, повышение СОЭ до 22 мм/ч. В общем анализе мочи протеинурия 0,33 г/л. В биохимическом анализе крови выявлены гипопротеинемия 53,7 г/л и незначительное увеличение трансаминазной активности АСТ до 42,6 Ед/л, АЛТ – 32,8 Ед/л.

На ЭКГ – синусовый ритм, 82/мин, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости нет, наблюдается выраженный метеоризм.

Рентгенография органов грудной клетки: на прямой и боковой проекции справа в среднем и нижнем поясах неомогенное затемнение, напоминающее по виду петли толстого кишечника. Правый корень и купол диафрагмы не дифференцируются. Множественные компрессионные переломы позвоночника вследствие сенильного остеопороза (рис. 1).

Ирригография: правосторонняя фиксированная люмбо-костальная грыжа Бохдалека с вовлечением в грыжевой мешок правой половины ободочной кишки и желудка, множественные патологические компрессионные переломы грудных и поясничных позвонков за счет остеоартроза (рис. 2).

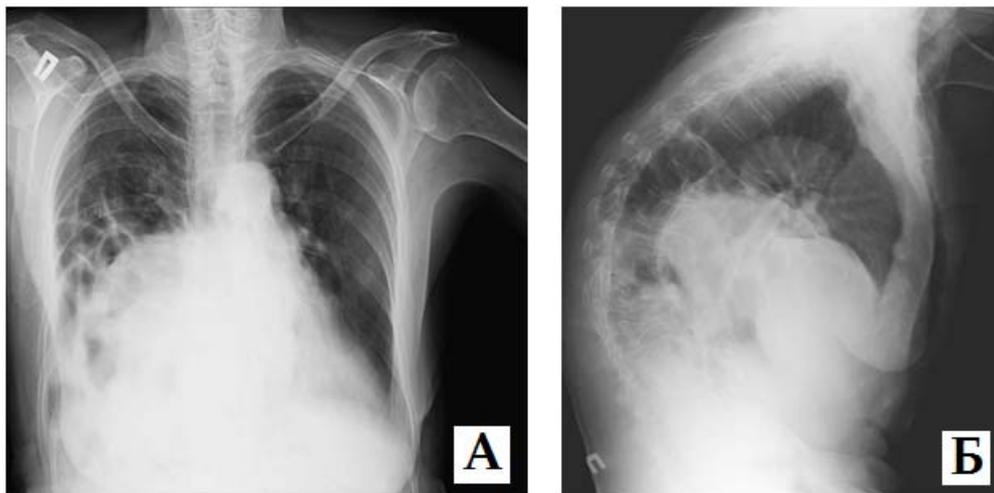


Рис. 1. Рентгенография органов грудной клетки больной Б.Р.Т. (А – прямая проекция; Б – правый бок). Описание в тексте

Гастроскопия: поверхностный гастрит, косвенные признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы I степени. От предложенной операции больная отказалась, проведена консервативная терапия (анальгетики, спазмолитики, гастропротекторы). Выписана с незначительным улучшением, в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового врача.

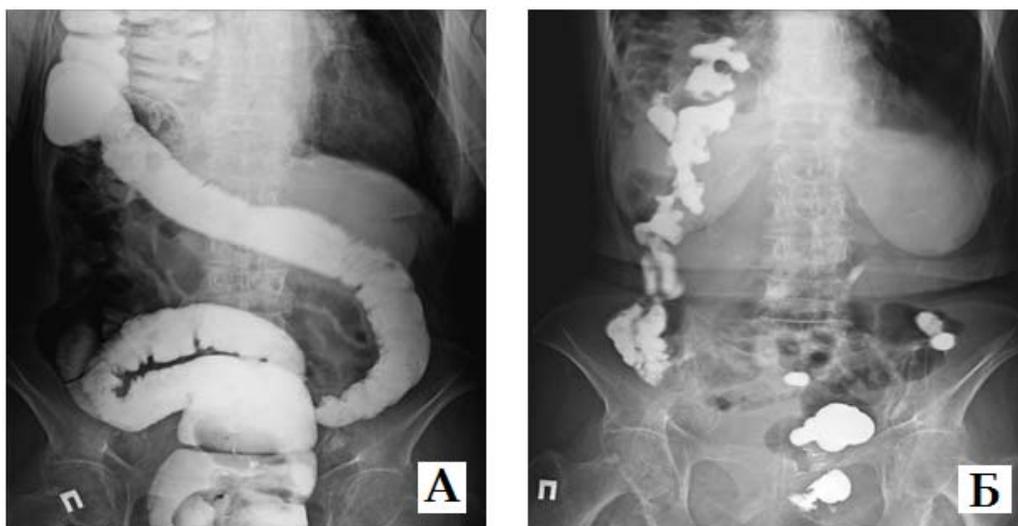


Рис. 2. Ирригография больной Б.Р.Т. (А – до опорожнения, Б – после опорожнения). Описание в тексте

Обсуждение клинического случая

В диафрагме есть участки, где отсутствуют мышечные волокна, а листки внутригрудной и внутрибрюшной фасций соприкасаются. Эти слабые участки являются местами выхода диафрагмальных грыж. К ним относятся два парных промежутка, располагающихся между реберной и наружной ножками поясничной части диафрагмы, так называемой «щели Бохдалека». Пояснично-реберный треугольник отделяет реберную часть диафрагмы от поясничной и в норме представляет узкую треугольную щель, обращенную основанием к XII ребру и лишь сверху, т.е. со стороны грудной полости, прикрытую серозным листком (плеврой). Снизу к реберно-поясничному треугольнику диафрагмы прилежит не брюшина, а жировая капсула почки и

надпочечник. Поэтому для развития грыжи через щель Бохдалека необходимо, чтобы эта щель распространялась по направлению к куполу диафрагмы на значительно большее расстояние, чем это обычно наблюдается. Редкость истинных люмбокостальных грыж обусловлена особенностями анатомического строения щели Бохдалека [1, 3, 5].

Факторами, способствующими развитию грыж Бохдалека у взрослых и осложнений при ее возникновении, является повышение внутрибрюшного давления при беременности. Одной из причин возникновения этой грыжи может быть недоразвитие надпочечника и почки. При широком пояснично-реберном треугольнике почка может переместиться в наддиафрагмальное пространство, освобождая и «прокладывая дорогу» для грыжевого мешка, образующегося при этой грыже из брюшины и плевры.

Клинические проявления грыжи Бохдалека не имеют существенной специфической симптоматики и аналогичны возникающим при врожденных ложных заднебоковых ДГ. У взрослых она может протекать бессимптомно и зависит от органов, входящих в состав грыжевого мешка [2]. При наличии клинической картины может носить хронический характер. Пациенты предъявляют жалобы на одышку, боли в брюшной полости и грудной клетке [1, 3]. Однако в ряде случаев это заболевание протекает бессимптомно и обнаруживается только при рентгенологическом исследовании [1, 4, 5]. Дооперационная дифференциальная диагностика грыжи Бохдалека возможна только при наложении диагностического пневмоперитонеума или ирригографии, устанавливающих наличие грыжевого мешка. Место расположения почки устанавливается на УЗИ или при пиелографии.

Лечение истинной люмбокостальной ДГ должно быть оперативным. Показанием к операции является опасность ущемления. Методика операции та же, что и при заднебоковых дефектах диафрагмы. При этом приходится лишь учитывать наличие грыжевого мешка [1, 3-6].

Выводы

1. Перед врачом любого профиля стоит следующая задача: при предъявлении пациентом жалоб, характерных для желудочно-кишечных заболеваний (дисфагия, тошнота, рвота, изжога, перистальтические шумы в грудной клетке, в особенности после приема пищи, подъема тяжестей), или кардио-респираторных признаков (цианоз, одышка, приступы асфиксии при тех же условиях), необходимо направить больного на дополнительное рентгенологическое обследование для исключения диафрагмальных грыж различной локализации.
2. Следует помнить, что диафрагмальные грыжи не ограничиваются лишь областью пищеводного отверстия, что на практике встречается чаще, но могут быть и в других местах грудобрюшной преграды.

Литература (references)

1. Петровский Б.В., Каншин Н.Н., Николаев Н.О. Хирургия диафрагмы. – Л.: Медицина, 1966. – 356 с. [Petrovskij B.V., Kanshin N.N., Nikolajev N.O. *Hirurgija diafragmy. Surgery of Diaphragm.* – Leningrad: Medicine, 1966. – 356 p. (in Russian)]
2. Диафрагмальные грыжи и релаксация диафрагмы (методическое пособие для студентов). – Тюмень, 2000. – 34 с. [*Diafragmal'nyje gryzhi i relaksatsia diafragmy (metodicheskoe posobie dlja studentov).* Diaphragmatic Hernia And Diaphragmatic Relaxation (Methodical Manual For Students). – Tjumen', 2000. – 34 p. (in Russian)]
3. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Кукушкин А.В., и др. Диафрагмальные грыжи. Диагностика и хирургическое лечение // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – Т.171, №6. – С. 38-42. [Borisov A.E., Kubachev K.G., Kukushkin A.V. i dr. *Vestnik hirurgiji im. I.I. Grekova.* Bulletin of Surgery Named After I.I. Grekov. – 2012. – V.171, N6. – P. 38-42. (in Russian)]
4. Войцеховский В.В., Аникин С.В., Гоборов Н.Д., и др. Случай диагностики посттравматической грыжи диафрагмы, протекавшей под маской плеврита // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2017. – №65. – С. 104-110. [Vojtshovskij V.V., Anikin S.V., Goborov N.D. i dr. *Bjulleten' fiziologii i patologii dykhanija.* Bulletin of Physiology And Pathology Of Respiration. – 2017. – N65. – P. 104-110. (in Russian)]
5. Огнерубов Н.А., Антипова Т.С. Грыжи Бохдалека: описание случаев // Вестник Тамбовского государственного университета. Серия «Естественные и технические науки». – 2017. – Т.22, №2. – С.

- 323-327. [Ognerubov N.A., Antipova T.S. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya «Estestvennye i tekhnicheskie nauki»*. Bulletin of Tambov University. Series: Natural and Technical Sciences. – 2017. – V.22, N2. – P. 323-327. (in Russian)]
6. Cruz C.J, Minagi H. Large-bowel obstruction from traumatic diaphragmatic hernia: imaging findings in four cases // *American Journal of Roentgenology*. – 1994. – V.162, N4. – P. 843-845.

Информация об авторах

Михалик Дмитрий Степанович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии педиатрического и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: gennadijzhukov@yandex.ru

Жуков Геннадий Валентинович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: gennadijzhukov@yandex.ru

Николаенкова Людвиг Ивановна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры терапии педиатрического и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: gennadijzhukov@yandex.ru

Герасимов Сергей Александрович – главный врач НУЗ «Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО «РЖД». E-mail: gennadijzhukov@yandex.ru

Макаров Юрий Александрович – заведующий хирургическим отделением НУЗ «Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО «РЖД». E-mail: gennadijzhukov@yandex.ru

Ильин Сергей Викторович – заведующий рентгенологическим отделением НУЗ «Отделенческая больница на ст. Смоленск ОАО «РЖД». E-mail: gennadijzhukov@yandex.ru