ГРЫЖИ МОРГАНЬИ У ВЗРОСЛЫХ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Скачко В.А.[1], ТатурА.А.[1], Протасевич А.И.[1], Пландовский А.В.[1], Гончаров А.А.[2], Кардис В.И.[2]

УО «Белорусский государственный медицинский университет»[1], УЗ «10-я городская клиническая больница»[2], Минск

Актуальность. Грыжи Морганьи (ГМ) будучи редкой патологией у взрослых пациентов, относятся к грыжам «слабых мест» диафрагмы с образование грыжевых ворот в области костостернальных треугольников Ларрея. Этиопатогенетически они могут быть врожденного или приобретенного генеза, что не оказывает никакого влияния на лечебную тактику. ГМ могут осложняться ущемлением перемещенных в грудную полость абдоминальных органов с развитием их некроза и жизненно опасных, нередко фатальных гнойно-воспалительных плевро-медиастинальных осложнений. Основным способ профилактики ущемления ГМ является их ранняя КТ-рентгенологическая диагностика с проведением планового оперативного лечения из лапаратомного или видеолапароскопического (ВЛС) доступов.

Цель. Анализ результатов инструментальной диагностики и хирургиче-

ского лечения пациентов с ГМ.

Материалы и методы. В 1994–2020 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе торакального отделения УЗ «10-я ГКБ» г. Минска находилось на лечении 14 пациентов с ГМ. Всем пациентам проведено комплексное клинико-КТ-рентгенологическое обследование. В плановом порядке оперированы 12 пациентов, в срочном в связи с развитием ущемления – 2 (14,3%).

Результаты и обсуждение. Верификацию ГМ, выбор адекватного операционного доступа и объёма оперативного вмешательства проводили персонифицированно на основании комплексной оценки результатов рентгенографии ОГК, рентгенконтрастного исследования желудка и кишечника, ирригографии, компьютерной томографии (с 2008 г.), ФЭГДС, а также ВЛС. 11 пациентов с ГМ были женщины (78,6%), 3 – мужчины (21,4%). Медиана возраста составила 56 лет (17; 88). Правосторонние ГМ были у 13 пациентов (93%), левосторонние - у 1 (7%).

Клиническая картина неосложненных ГМ включала кардиореспираторную (компрессия сердца и легких) и гастроинтестинальную (перемещение в переднее средостение полых абдоминальных органов) симптоматику, выраженность которой индивидуально зависела от локализации и размеров грыжевых ворот, характера и объема перемещенных в грудную полость органов брюшной полости. У 13 пациентов с ГМ грыжевые ворота локализовались в правом костостернальном треугольнике диафрагмы, имелся грыжевой мешок и в переднее средостение были перемещены поперечно-ободочная кишка и большой сальник (9), поперечно-ободочная кишка, петли тонкой кишки и большой сальник (1), поперечно-ободочная кишка, большой сальник и желудок (1) и только большой сальник (2). У пациентки 17 лет с левосторонней врожденной ГМ грыжевой мешок отсутствовал и в переднее средостение были перемещены сальник и желудок. Двое пациентов с ГМ были успешно оперированы в срочном порядке из лапаротомного доступа в связи с ущемлением поперечно-ободочной кишки с развитием толстокишечной непроходимости (1) и ущемлением большого сальника (1). 7 пациентов были оперированы в плановом порядке из лапаротомного (6) и левостороннего торакотомного (1) доступов. Малоинвазивная ВЛС-операция выполнена у 5 пациентов, в том числе, при сочетании ГМ с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (1) и видеоассистированно из минилапаротомного доступа - при сочетании с хроническим калькулезным холециститом (1). Оперативное вмешательство предусматривало выполнение грыжесечения с перемещением органов в брюшную полость, удаления грыжевого мешка и френопластики узловыми швами. При миниинвазивном лапароскопическом вмешательстве френопластика выполнялась путем фиксации диафрагмы к грудной стенке в 7-м межреберье П-образными швами при помощи иглы Берси. У всех пациентов послеоперационный период протекал гладко. Послеоперационной летальности и рецидивов грыж не было.

Выводы.

1. Диагностическая программа у пациентов с ГМ должна включать контрастные лучевые методы визуализации и КТ с анализом изображений в трех проекциях;

2. Профилактикой ущемления ГМ, которое развилось у 14,3% пациентов с ГМ, а также развития нарастающего синдрома интрамедиастинальной и интраплевральной компрессии должно быть своевременное хирургическое лечение с выполнения грыжесечения, удаления грыжевого мешка и пластики грыжевых ворот;

3. При выборе индивидуального операционного доступа предпочтение следует отдавать малоинвазивной ВЛС с определением показаний к конверсии на лапаротомию при наличии технических сложностей эндохирургического завершения вмешательства.