

ГРЫЖИ БОХДАЛЕКА У ВЗРОСЛЫХ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*Скачко В.А.¹, Татур А.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 Бохдалека (ГБ) являются редким видом диафрагмальных грыжу взрослых пациентов, что определяет сложности в их диагностике и выборе рациональной лечебной тактики с применением эндохирургических технологий.

Цель. Оценить результаты инструментальной диагностики и хирургического лечения пациентов с ГБ.

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 8 пациентов с ГБ, из которых в срочном порядке в связи с развитием ущемления оперированы 12,5% пациентов.

Результаты и обсуждение. Верификация ГБ, выбор адекватного операционного доступа и объёма оперативного вмешательства проводили на основании комплексной оценки результатов рентгенографии и КТ ОГК, рентгенконтрастного исследования желудка и кишечника, ФЭГДС, видеоторакокопии (ВТС). Среди пациентов с ГБ было 50% мужчин и 50% женщин, медиана возраста которых составила 57 лет (31; 77). Превалировали левосторонние ГБ (75%). Хирургическое лечение проведено 7 пациентам в плановом порядке, у 1 в связи с ущемлением - в срочном. У пациента 29 лет ГБ справа была рецидивной после трансторакотомной френорафии на 10-е сутки после рождения. Клиническая диагностика ГБ включала оценку кардиореспираторной и гастроинтестинальной симптоматики, выраженность которой зависела от локализации и размеров грыжевых ворот, характера и объема перемещенных в грудную полость органов брюшной полости (ОБП) и забрюшинного пространства. Паци-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

ентка 77 лет с ложной ГБ слева в связи с развитием ущемления желудка была оперирована в срочном порядке из торакотомного доступа. В связи с тяжестью ее общего состояния минимальный объем операции включал перитонизацию серозно-мышечными швами зоны странгуляционной борозды дна желудка и френорафию узловыми швами. 7 пациентов с ГБ были оперированы в плановом порядке из торакотомного (5), торакофренолапаротомического (1) и видеоторакоскопического (1) доступов. У 3 пациентов после иссечения грыжевого мешка и удаления «забрюшинных липом» выполнена френопластика узловыми швами из торакотомного (2) и ВТС доступов. У 4 пациентов выполнено: 1) перемещение в брюшную полость желудка, петель тонкой и поперечно-ободочной кишок (2); 2) петель тонкой и поперечно-ободочной и нисходящей ободочной кишок с левой почкой (1); 3) петель тонкой, слепой и восходящей ободочной кишок с правой почкой(1). Пластика грыжевых ворот проведена узловыми швами (1) и пластинами «Биокарда» (3) с использованием иглы Берси. Одна пациентка с гигантской ГБ слева была выписана на амбулаторное лечение на 15 сутки после операции. У пациента с рецидивной врожденной ГБ справа после тотального пневмолиза и ненатяжной френопликации и симультанной аппендэктомии послеоперационный период осложнился развитием паракостальной эмпиемы плевры, потребовавшей ее активного дренирования. У двух пациентов в раннем послеоперационном периоде потребовалась респираторная поддержка. Пациент с врожденной гигантской ГБ слева, оперированный из торакофренлапаротомического доступа, был переведен на спонтанное дыхание после трахеостомии и реэкспансии легкого на 30 сутки после операции, а выписан на амбулаторное лечение - на 56. У пациентки с гигантской ГБ слева после выполнения трахеопластики на Т-образном стенте по поводу постинтубационного протяженного рубцового стеноза трахеи, в связи с прогрессированием интраплевральной компрессии, развитием двухсторонней ателектаз-пневмонии и тяжелой ОДН проводилась ИВЛ. Пациентка умерла на 12 сутки после операции, выполненной по жизненным показаниям, от СПОН. В отдаленном послеоперационном периоде рецидивов грыж не выявлено. Послеоперационная летальность составила 12,5%.

Выводы. 1. Диагностическая программа у пациентов с ГБ должна включать КТ ОГК с болюсным усилением и ретгенконтрастное исследование желудка и кишечника; 2. При массивном перемещении ОБП предпочтение следует отдавать торакотомному или торакофренолапаротомному доступам и ненатяжной френопластике «Биокардом»; 3. ВТС-вмешательства показаны у пациентов с протрузией через грыжевые ворота забрюшинной клетчатки; 4) Профилактикой синдрома интраплевральной компрессии вследствие массивной дислокации ОБП и ущемления ГБ является их своевременные диагностика и хирургическое лечение в условиях специализированного центра торакальной хирургии.