

УДК 616.26-007.43

<https://doi.org/10.23946/2500-0764-2022-7-3-97-100>

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВНОЙ УЩЕМЛЁННОЙ ГРЫЖИ КУПОЛА ДИАФРАГМЫ СПРАВА

ПОДОЛУЖНЫЙ В.И.^{1*}, СТАРЦЕВ А.Б.², РАДИОНОВ И.А.¹¹ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Россия²ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи имени М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, Россия

Резюме

Цель. Демонстрация редкого клинического случая хирургического лечения рецидивной ущемлённой грыжи купола диафрагмы на фоне сильно-го продолжительного кашля после аутопластики врождённой грыжи тридцатилетней давности.

Материалы и методы. Представлены клинические данные и результаты лучевых методов обследования больной, характер выполненной герниопротезирующей операции при ущемлении в грыжевых воротах толстой кишки, большого сальника и 4а сегмента печени.

Результаты. При сохранённой жизнеспособности кишки больной выполнена протезирующая герниопластика дефекта 10 на 8 см. в куполе диафрагмы с благоприятным исходом.

Заключение. При значительных нагрузках на дыхательные мышцы возможно после аутопластики врождённой грыжи купола диафраг-

мы дальнейшее расслоение её недоразвитых мышечно-апоневротических тканей с формированием грыжевого выпячивания. На фоне рецидива оперированной врождённой грыжи купола диафрагмы с ущемлением кишки предметом выбора у взрослого является лапаротомный доступ с протезирующей герниопластикой грыжевых ворот.

Ключевые слова: врождённая диафрагмальная грыжа, ущемлённая рецидивная диафрагмальная грыжа, хирургическое лечение, лучевая диагностика, аутогерниопластика, протезирующая герниопластика.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования

Собственные средства.



Для цитирования:

Подолужный В.И., Старцев А.Б., Радионов И.А. Клинический случай рецидивной ущемлённой грыжи купола диафрагмы справа. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2022; 7(3): 97-100. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2022-7-3-97-100>

*Корреспонденцию адресовать:

Подолужный Валерий Иванович, 650056, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, E-mail: pvi2011@mail.ru
© Подолужный В.И. и др.

CASE REPORT

RECURRENT STRANGULATED HERNIA OF THE RIGHT HEMI-DIAPHRAGM

VALERY I. PODOLUZHNYI¹*, ANDREY B. STARTSEV², IGOR A. RADIONOV¹*Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russian Federation*

For citation:

Valery I. Podoluzhnyi, Andrey B. Startsev, Igor A. Radionov. Recurrent strangulated hernia of the right hemidiaphragm. *Fundamental and Clinical Medicine*. (In Russ.). 2022;7(3): 97-100. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2022-7-3-97-100>

*Corresponding author:

Prof. Valery I. Podoluzhnyi, 22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation, E-mail: pvi2011@mail.ru
© Valery I. Podoluzhnyi, et al.

English ▶

Abstract

A multimodal approach to prevent the cognitive impairment in patients with cardiovascular diseases combines the control of major cardiovascular risk factors, cognitive recovery, and physical training. Here we discuss current advances in computer-aided (also called computer-assisted) cognitive recovery to prevent the cognitive impairment in patients with cardiovascular diseases, as this approach has a number of advantages in comparison with the conventional tools. We describe a cognitive training software to stimulate perception, attention, short-term memory, executive functions, speech, and thinking. Baseline neurological examination and neuropsychological testing are mandatory before starting a cognitive recovery. A particular attention is paid to the high prevalence of cognitive impairment in cardiac surgery patients. Around half of them have pre-operative cognitive impairments, and almost half of the patients suf-

fer from a postoperative cognitive dysfunction. Among the brain regions, prefrontal and parietal cortex and hippocampus are the most sensitive to circulatory disorders as they are supplied by the terminal branches of the cerebral arteries. Therefore, cognitive rehabilitation of cardiac surgery patients should include computer-aided cognitive training tasks activating these brain regions.

Keywords: cognitive impairment, computer-assisted cognitive training, cardiovascular disease, cognitive rehabilitation, postoperative cognitive dysfunction.

Conflict of Interest

None declared.

Funding

The study was carried out within the framework of the fundamental topic of the Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, state registration number 122012000364-5 of 01/20/2022.

Введение

Врожденная диафрагмальная грыжа встречается у одного ребенка на 2000–2500 родившихся, они являются пороком развития и делятся на собственно диафрагмальные, грыжи пищеводного отверстия, парастернальные и френико-перикардальные. Истинная диафрагмальная грыжа возникает при недоразвитии мышечного и сухожильного слоя диафрагмы, которая выпячивается в грудную полость, образуя грыжевой мешок или сопровождается образованием сквозных дефектов. Через дефекты органы брюшной полости перемещаются в грудную и образуется ложная диафрагмальная грыжа не имеющая грыжевого мешка. Врожденные диафрагмальные грыжи в большинстве случаев требуют раннего хирургического лечения [1, 2].

Цель исследования

Демонстрация редкого клинического случая хирургического лечения рецидивной ущемленной грыжи купола диафрагмы на фоне сильного продолжительного кашля после аутопластики врожденной грыжи тридцатилетней давности.

Материалы и методы

Представлены клинические данные и результаты лучевых методов обследования больной с рецидивной ущемленной грыжей купола диафрагмы справа, характер выполненной гер-

ниопротезирующей операции при ущемлении в грыжевых воротах толстой кишки, большого сальника и 4а сегмента печени.

Результаты и обсуждение

Больная П., 30 лет, 18.10.21 года поступила в хирургический стационар Кузбасской больницы скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского с жалобами на постоянные боли в нижних отделах грудной клетки справа по переднебоковой поверхности. Заболела за 3 недели до госпитализации. Появился сильный кашель, лечилась амбулаторно с подозрением на плевропневмонию справа. Самостоятельно обратилась к хирургам в связи с появившимися болями в нижних отделах грудной клетки справа, запорами.

Из анамнеза выяснено, что пациентка в 1990 году вскоре после рождения была оперирована по поводу врожденной диафрагмальной грыжи. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному, пульс 80 уд. в мин., гипертермии нет, АД 120/80 мм. рт. ст. Имеется послеоперационный рубец после переднебоковой торакотомии в 7 межреберье справа. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, печень не определяется. Общеклинические и биохимические анализы без отклонений от нормы. На обзорной рентгенограмме грудной клетки и компьютерной томограмме выше правого купола диафрагмы определяются ячеистые полости (заполненная газом

петля кишки) и небольшое смещение средостения влево (**рисунок 1**). При ультразвуковом исследовании в диафрагмально-медиастинальном пространстве справа выявлена петля кишки и свободная жидкость в небольшом количестве.

Состояние расценено как рецидивная ущемлённая диафрагмальная грыжа. Протокол операции лапаротомии, диафрагмотомии, пластики диафрагмы сетчатым протезом, дренирования правой плевральной и брюшной полости от 18.10.2021 г.: под эндотрахеальным наркозом паракостальный разрез справа. В подпеченочном пространстве умеренно выраженный спаечный процесс. Спайки рассечены. В правом куполе диафрагмы имеется дефект (грыжевые ворота, в которых ущемлены большой сальник, печеночный угол толстой кишки и участок печени – 4а сегмент). Диафрагмотомия, ущемлённые органы низведены в брюшную полость, печень и кишка жизнеспособны, сальник синюшного цвета, резецирован. В плевральной полости выпота нет. Дефект в диафрагме размером 10x8 см. (**рисунок 2**), края сопоставляются без значительного натяжения.

Дренирование правой плевральной полости трубчатым дренажом. Дефект в диафрагме ушит (**рисунок 3**).

Дополнительно линия швов укреплена полипропиленовым сетчатым протезом 15 x 10 см. (**рисунок 4**).

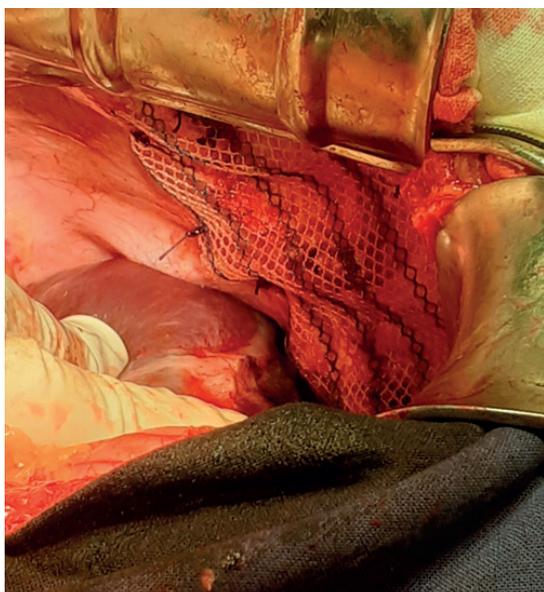
Сохранившаяся часть правого купола без видимой патологии. Контроль гемостаза, счет материалов, дренирование поддиафрагмального простран-

Рисунок 4.

Линия швов укреплена полипропиленовым сетчатым протезом.

Figure 4.

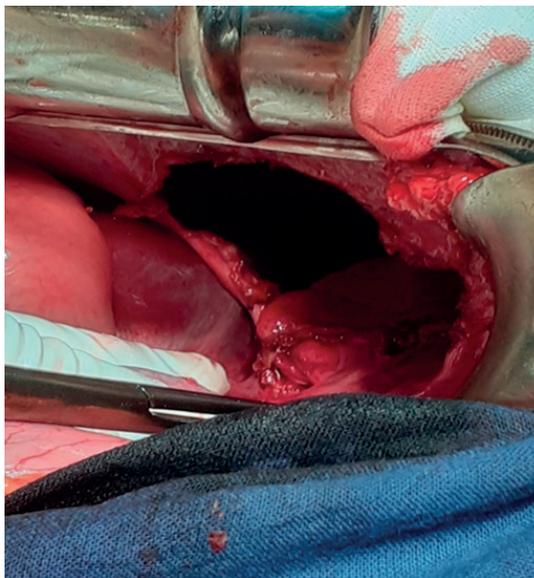
The suture line is reinforced with a polypropylene mesh.

**Рисунок 1.**

Петля кишки в правой плевральной полости.

Figure 1.

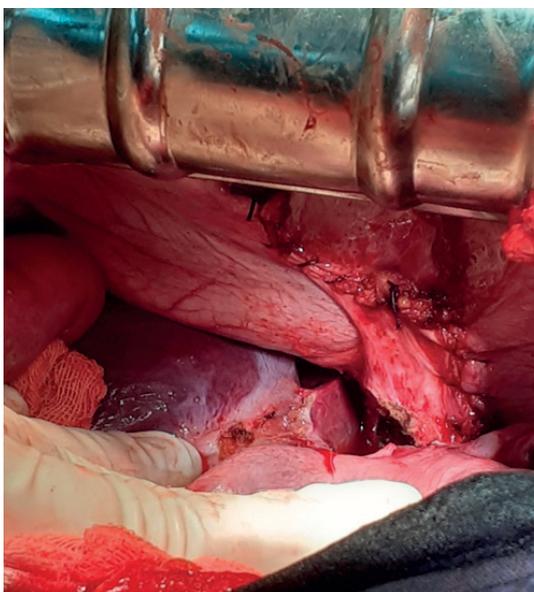
Intestinal loops in the right pleural cavity.

**Рисунок 2.**

Дефект в диафрагме.

Figure 2.

Diaphragm defect.

**Рисунок 3.**

Дефект купола диафрагмы ушит.

Figure 3.

Closure of diaphragmatic hernia.

ства трубкой, швы на рану послойно, асептическая повязка. Послеоперационный период протекал с явлениями серозного плеврита. Плевральный дренаж удалён на 5-е сутки. На 10-е сутки больная выписана с выздоровлением. Через 7 месяцев жалоб нет, состояние удовлетворительное.

Данное клиническое наблюдение показывает относительную надёжность аутопластики при недоразвитии мышечного и сухожильного слоя диафрагмы. В экстремальных ситуациях при значительных нагрузках на дыхательные мышцы возможно дальнейшее расслоение недоразвитых мышечно-апоневротических тканей диафрагмы с формированием грыжевого выпячивания.

Заключение

Большинство публикаций по диафрагмальным грыжам касаются ущемлений в пищеводном отверстии диафрагмы. Редкими клиническими случаями у взрослых являются ущемлённые грыжи парастернальные, френико-перикардиальные и купола диафрагмы [1, 3, 4]. Данное клиническое наблюдение демонстрирует рецидив грыжи купола диафрагмы на фоне сильного продолжительного кашля после аутопластики тридцатилетней давности. Предметом выбора у взрослых при рецидивной грыже купола диафрагмы с ущемлением кишки является лапаротомный доступ и протезирующая герниопластика грыжевых ворот.

Литература:

1. Рысбекова Ч.Р., Касиев Н.К. Распространённость врождённых пороков развития у новорожденных. *Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана*. 2019;9:61-64. <https://doi.org/10.26104/NN-TIK.2019.45.557>
2. Тажиметов Б.М., Исмаилов М.К., Жаникулов Е.Н. Тактика лечения диафрагмальных грыж новорожденных. *Вестник Казахского национального медицинского университета*. 2019;1:186-188.
3. Киселевич М.М., Киселевич М.Ф., Ефремова О.А., Харитонов М.В., Путивцева О.С. Редкий клинический случай ущемлённой диафрагмальной грыжи Моргagni-Ларрея в старческом возрасте. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2019;4:77-80. <https://doi.org/10.35177/1994-5191-2019-4-77-80>
4. Иванов Ю.В., Епифанцев Е.А., Лысенко А.О., Станкевич В.Р., Смирнов А.В., Злобин А.И., Ахмедьянов А.Р., Грицун В.Ю., Величко Е.А. Особенности клинической картины, диагностики и лечения ущемлённой посттравматической диафрагмальной грыжи (клинические наблюдения). *Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского*. 2021;9(3(33)):143-149. <https://doi.org/10.33029/2308-1198-2021-9-3-143-149>

References

1. Rysbekova ChR, Kasiev NK. Prevalence of congenital malformations in newborns. *Science, new technologies and innovations of Kyrgyzstan*. 2019;9:61-64. (In Russ). <https://doi.org/10.26104/NN-TIK.2019.45.557>
2. Tazhimetov BM, Ismailov MK, Zhanikulov EN. Tactics of treatment of diaphragmatic hernias in newborns. *Bulletin of the Kazakh National Medical University*. 2019;1:186-188. (In Russ).
3. Kiselevich MM, Kiselevich MF, Efremova OA, Charitonov MV, Putivceva OS. A rare case of diaphragmatic Morgagni-Larrea strangulated hernia in old age. *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2019;4:77-80. (In Russ). <https://doi.org/10.35177/1994-5191-2019-4-77-80>
4. Ivanov YV, Epifantsev EA, Lysenko AO, Stankevich VR, Smirnov AV, Zlobin AI, Akhmedyanov AR, Gritsun VYU, Velichko EA. Characteristics of the clinical picture, diagnosis and treatment of strangulated post-traumatic diaphragmatic hernia (clinical observations). *Clinical and experimental surgery. Petrovsky journal*. 2021;9(3(33)):143-149. (In Russ). <https://doi.org/10.33029/2308-1198-2021-9-3-143-149>

Сведения об авторах

Подолужный Валерий Иванович, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (650056, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а).

Вклад в статью: лечение больной, изучение литературных данных, идея написания статьи, её написание.

ORCID: 0000-0002-0559-8537

Старцев Андрей Борисович, кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением №1 ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского (650000, Россия, г. Кемерово, ул. Н. Островского, д. 22).

Вклад в статью: хирургическое лечение больной, написание статьи.

ORCID: 0000-0001-9774-2163

Радионо Игорь Александрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (650056, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а).

Вклад в статью: обобщение материалов, написание и оформление статьи.

ORCID: 0000-002-9221-588X

Authors

Prof. Valery I. Podoluzhnyi, MD, DSc, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery, Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation).

Contribution: provided the medical care; conceived and designed the study; performed literature search and analysis; wrote the manuscript.

ORCID: 0000-0002-0559-8537

Dr. Andrey B. Startsev, MD, PhD, Head of the Surgical Unit #1, Regional Clinical Emergency Hospital (22, Nikolaya Ostrovskogo Street, Kemerovo, 650000, Russian Federation).

Contribution: provided the medical care; wrote the manuscript.

ORCID: 0000-0001-9774-2163

Prof. Igor A. Radionov, MD, DSc, Professor, Department of Hospital Surgery, Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation).

Contribution: wrote the manuscript.

ORCID: 0000-002-9221-588X

Статья поступила: 02.06.2022г.

Принята в печать: 31.08.2022г.

Контент доступен под лицензией CC BY 4.0.

Received: 02.06.2022

Accepted: 31.08.2022

Creative Commons Attribution CC BY 4.0.