

ГРЫЖА МОРГАНЬИ – ЛАРРЕЯ У ВЗРОСЛОГО

Махутов В.Н.¹, Лебедева Д.В.², Шевченко Д.А.¹, Григорьев Е.Г.^{2,3}

¹ ГБУЗ «Иркутская орден «Знак почёта» областная клиническая больница», Иркутск, Россия

² ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск, Россия

³ ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», Иркутск, Россия

РЕЗЮМЕ

Обсуждается лечение пациента 30 лет с впервые выявленной диафрагмальной грыжей Морганьи – Ларрея. Среди диафрагмальных грыж патология Морганьи – Ларрея встречается в 26 % случаев, чаще справа. Приведены данные о вариантах доступов при абдомино-медиастинальных грыжах. В описанном наблюдении плановое оперативное вмешательство выполнено из лапаротомного доступа. Содержимое грыжи представлено поперечной ободочной кишкой и большим сальником, как и в большинстве случаев, по данным литературы. Грыжевой мешок в указанном клиническом случае был удалён, пластика дефекта выполнена местными тканями диафрагмы. Учитывая снижение качества жизни при данной патологии, а также риски развития осложнений, таким пациентам целесообразно выполнять оперативное вмешательство в плановом порядке. Остаются нерешёнными вопросы выбора оперативного доступа, способа пластики диафрагмы и целесообразности иссечения грыжевого мешка.

Ключевые слова: грыжа Морганьи – Ларрея, диафрагмальные грыжи, ретростернальные грыжи, дефект диафрагмы, грыжевой мешок, транспозиция органов

Для цитирования: Махутов В.Н., Лебедева Д.В., Шевченко Д.А., Григорьев Е.Г. Грыжа Морганьи – Ларрея у взрослого. *Байкальский медицинский журнал*. 2022; 1(1): 64-69. doi: 10.57256/2949-0715-2022-1-1-64-69

MORGAGNI – LARREY HERNIA IN AN ADULT PATIENT

Makhutov V.N.¹, Lebedeva D.V.², Shevchenko D.A.¹, Grigoryev E.G.^{2,3}

¹ Irkutsk Regional Clinical Hospital, Irkutsk, Russia

² Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

³ Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russia

ABSTRACT

The article presents a clinical case of the treatment of a 30-year-old patient with a newly diagnosed diaphragmatic Morgagni – Larrey hernia. Among diaphragmatic hernias, Morgagni – Larrey pathology occurs in 26 % of cases, mostly on the right side. The article includes data on the options for surgical approach in abdominodiaphragmatic hernias. In the described clinical observation, the planned surgical intervention was performed through laparotomy access. The hernia content included the transverse colon and the greater omentum, as it was in most cases presented in the literature. We removed the hernial sac and repaired the defect using local tissues of the diaphragm. Taking into account the decrease in the quality of life in this pathology, as well as the risks of complications, it is advisable for such patients to perform surgical intervention in an elective manner. The issues of choosing a surgical approach, the method of diaphragm plasty and the advisability of excising the hernial sac remain unresolved.

Key words: *Morgagni – Larrey hernia, diaphragmatic hernia, retrosternal hernia, diaphragm defect, hernial sac, situs inversus*

For citation: Makhutov V.N., Lebedeva D.V., Shevchenko D.A., Grigoryev E.G. Morgagni – Larrey hernia in an adult patient. *Baikal Medical Journal*. 2022; 1(1): 64-69 doi: 10.57256/2949-0715-2022-1-1-64-69

ВВЕДЕНИЕ

Абдомино-медиастинальные грыжи при врожденном дефекте диафрагмы слева или справа от грудины впервые описаны итальянским анатомом Джованни Баттиста Морганьи в 1769 г. [1]. Позднее, в связи с тем, что военный хирург армии Наполеона Бонапарта Доминик Жан Ларрей изучал анатомию загрудинного пространства для обоснования пункции перикарда при ранении сердца, ретростернальные грыжи стали называть его именем.

По данным С.А. Плаксина, из 78 пациентов с диафрагмальными грыжами у 26 % была выявлена патология Морганьи – Ларрея, и у половины из них она обнаружена случайно [2]. Подобную информацию публикуют V. Dumra и соавт.: естественные дефекты обнаруживаются в 20–25 % врожденных и в 2,6 % всех диафрагмальных грыж [3]. У детей обсуждаемая патология встречается в 3 % наблюдений прооперированных грыж диафрагмы [4]. В 80–90 % наблюдений грыжи Морганьи – Ларрея локализуются справа от грудины, в 8 % – с обеих сторон, в 2 % – слева [5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обсудить особенности диагностики и хирургического лечения грыжи Морганьи – Ларрея у взрослого.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В январе 2022 г. в поликлинику ГБУЗ ИОКБ обратился пациент 30 лет с жалобами на ощущение дискомфорта в правой половине грудной клетки, запоры, «урчание» в правой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке, сохранявшуюся в течение последних 3 лет. Перенесенные травмы, операции отрицает.

Общее состояние пациента удовлетворительное. Сознание ясное. Тип телосложения гиперстенический; рост 170 см, вес 95 кг. Индекс массы тела – 32,87 кг/м². Цвет кожи и видимых слизистых оболочек обычный. Отеки мягких тканей нижних конечностей отсутствуют. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Форма грудной клетки обычная. Тип дыхания брюшной. Частота дыхательных движений в покое – 16 в мин. Пальпация грудной клетки безболезненная. Перкуторный звук ясный, легочный над левым и тимпанический – над правым гемитораксом, где при аускультации выслушиваются шумы, напоминающие перистальтику кишечника. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок в V межреберье на 2 см латеральнее среднеключичной линии слева. Сокращения сердца ритмичные, тоны приглушены. Частота сердечных сокращений – 76 уд./мин. Артериальное давление на левой и правой руках одинаковое – 120/80 мм рт. ст. Пульс на периферических артериях стоп удовлетворительный. Язык при осмотре чистый, влажный. Живот увеличен в объеме за счет чрезмерного развития подкожно-жировой клетчатки; при пальпации мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Цвет кала коричневый. Ректально: анальная область не изменена. Тонус сфинктеров в норме. Стенки прямой кишки гладкие, эластичные. Диурез адекватный выпитой жидкости.

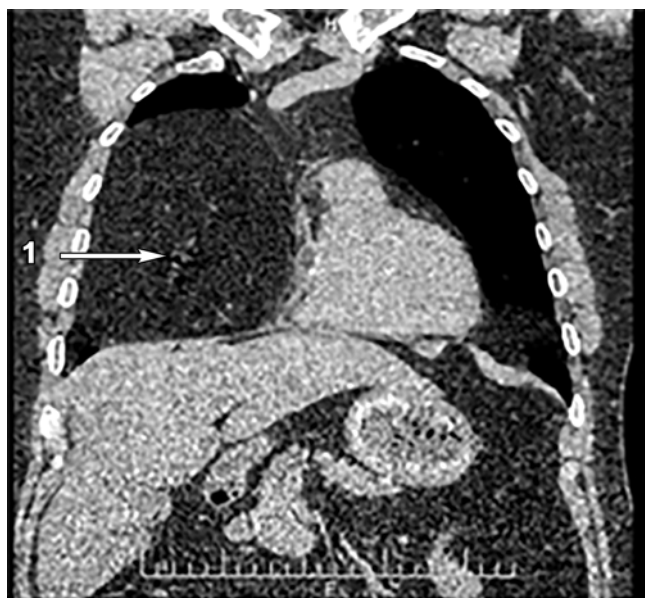


РИС. 1. КТ-топограмма грудной клетки в прямой и боковой проекциях: 1 – грыжевое содержимое; 2 – щель Морганьи – Ларрея

На ирригоскопии установлена транспозиция в средостении правых отделов поперечной ободочной кишки, долихосигма. На мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов грудной клетки грыжевое содержимое занимает почти весь гемиторакс справа (толстая кишка и большой сальник). Ворота — правая окологрудная диафрагмальная щель (рис. 1).

Пациент госпитализирован в торакальное хирургическое отделение в марте 2022 г. для хирургического лечения.

После верхнесрединной лапаротомии обнаружен дефект диафрагмы в области грудинно-рёберного треугольника, размером до 10 см (рис. 2). Грыжевое содержимое представлено поперечной ободочной кишкой и большим сальником, которые перемещены в брюшную полость. Грыжевой мешок иссечён. Выполнена пластика дефекта с формированием дубликатуры избытком ткани диафрагмы. Осуществлено дренирование подпечёчного пространства.



РИС. 2. Интраоперационное фото: грыжевые ворота

Гистологическое заключение: грыжевой мешок размером 12 × 8 см; стенка представлена волокнистой соединительной тканью с мезотелиальной выстилкой.

Выполнена рентгенография грудной клетки в прямой проекции — лёгкое расправлено (рис. 3).

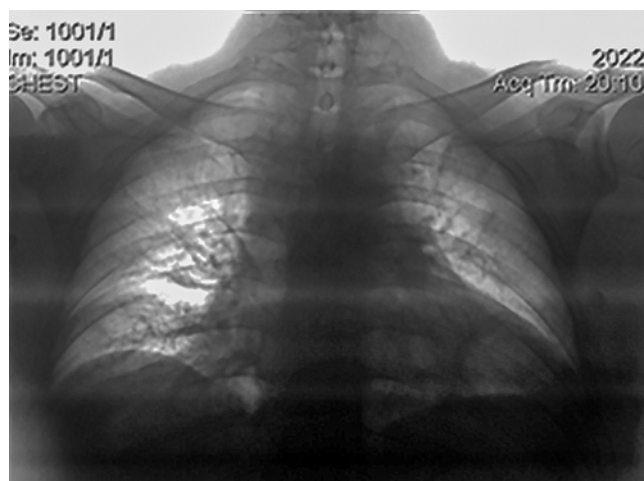


РИС. 3. Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции в 1-е сутки после оперативного вмешательства

На 2-е сутки удалён дренаж из брюшной полости, на 8-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 4 месяца, жалоб не предъявляет.

ОБСУЖДЕНИЕ

Вероятно, клинические проявления грыжи Морганьи — Ларрея у взрослого появляются в связи с повышением внутрибрюшного давления. D. Lev-Chelouche и соавт. отмечают, что по этой причине грыжу Морганьи — Ларрея не выявляют у детей [6]. Травма, ожирение, переедание, физические нагрузки и беременность являются наиболее частыми причинами перемещения органов живота в переднее средостение через диафрагмальные дефекты [7, 8].

У мужчин заболевание выявляют в более раннем возрасте, чем у женщин [9]. По данным исследования M.C. Young и соавт. ($n = 43$), у 19 % пациентов отсутствовала клиника ретростеральной грыжи, у 35,7 % отмечалась одышка при физической нагрузке, у 28,6 % — диспепсия и запоры, у 17 % — их сочетание, у 37 % — боль в животе или грудной клетке [10]. Между размером грыжи и её проявлениями определённых закономерностей не обнаружено.

Толстая кишка и сальник являются наиболее частым содержимым грыжевого мешка. Редко в средостение перемещаются желудок и печень [10–12].

Для грыжесечения используют верхнюю срединную лапаротомию; хорошая экспозиция позволяет без труда низвести в живот перемещённые органы и в большинстве наблюдений резецировать грыжевой мешок. В течение последних 15–20 лет грыжесечение часто выполняют при лапароскопии [13]. Дефект диафрагмы обычно закрывают сетчатыми имплантатами (64 %), грыже-

вой мешок удаляют редко. Почти в половине наблюдений выполняется торакотомия, которая обеспечивает экспозицию для безопасного отделения грыжевого мешка от структур средостения и его удаления [9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на, как правило, бессимптомное течение грыжи Морганьи – Ларрея, при её случайном обнаружении необходимо плановое хирургическое вмешательство для предупреждения известных осложнений. Вопросы выбора оперативного доступа, способа пластики диафрагмы и целесообразности иссечения грыжевого мешка остаются спорными и требуют дальнейшего изучения с анализом отдалённых результатов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Morgagni GB. Of disorders of the thorax (Letters 15–27). In: *The seats and causes of diseases investigated by anatomy*; in five books. Moscow: Nobel Press; 2012.
2. Плаксин С.А. Диагностика и лечение грыж Морганьи – Ларрея. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2022; (2): 24–29. [Plaksin SA. Diagnostics and treatment of Morgagni – Larrey hernia. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2022; (2): 2429. (In Russ.)]. doi: 10.17116/hirurgia202202124
3. Dumpa V, Chandrasekharan P. *Congenital diaphragmatic hernia* (updated August 8, 2022). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556076> [date of access: 03.10.2022].
4. Slioui B, Abdellaoui M, Belabbes S, Dafiri R. Une association malformative exceptionnelle: Situs inversus totalis et hernie r tro-costo-xypho dienne [An exceptional malformative association: Situs inversus totalis and retro-costo-xyphoidian hernia]. *Pan Afr Med J*. 2019; 32: 167. doi: 10.11604/pamj.2019.32.167.6558
5. Arian S, Dogan MB, Kocakusak A, Ersoz F, Sari S, Duzko ylu Y, et al. Morgagni’s hernia: Analysis of 21 patients with our clinical experience in diagnosis and treatment. *Indian J Surg*. 2018; 80(3): 239–244. doi: 10.1007/s12262-016-1580-0
6. Lev-Chelouche D, Ravid A, Michowitz M, Klausner JM, Kluger Y. Morgagni hernia: Unique presentations in elderly patients. *J Clin Gastroenterol*. 1999; 28(1): 81–82. doi: 10.1097/00004836-199901000-00022
7. Ipek T, Altinli E, Yuceyar S, Erturk S, Eyuboglu E, Akcal T. Laparoscopic repair of a Morgagni – Larrey hernia: Report of three cases. *Surg Today*. 2002; 32(10): 902–905. doi: 10.1007/s005950200177
8. Mar n-Blazquez AA, Candel MF, Parra PA, M n dez M, R denas J, Rojas MJ, et al. Morgagni hernia: Repair with a mesh using laparoscopic surgery. *Hernia*. 2004; 8(1): 70–72. doi: 10.1007/s10029-003-0145-x
9. Horton JD, Hofmann LJ, Hetz SP. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: A review of 298 cases. *Surg Endosc*. 2008; 22(6): 1413–1420. doi: 10.1007/s00464-008-9754-x
10. Young MC, Saddoughi SA, Aho JM, Harmsen WS, Allen MS, Blackmon SH, et al. Comparison of laparoscopic versus open surgical management of Morgagni hernia. *Ann Thorac Surg*. 2019; 107(1): 257–261. doi: 10.1016/j.athoracsurg.2018.08.021
11. Agarwal N, Dokania MK, Kumar GR, Manda DG, Singh Rana AK. Significant liver atrophy due to vascular compromise associated with adult congenital diaphragmatic hernia. *Cureus*. 2021; 13(8): e17158. doi: 10.7759/cureus.17158
12. Oppelt PU, Askevold I, Bender F, Liese J, Padberg W, Hecker A, et al. Morgagni – Larrey diaphragmatic hernia repair in adult patients: A retrospective single-center experience. *Hernia*. 2021; 25(2): 479–489. doi: 10.1007/s10029-020-02147-0
13. Ryan JM, Rogers AC, Hannan EJ, Mastrosimone A, Arumugasamy M. Technical description of laparoscopic Morgagni hernia repair with primary closure and onlay composite mesh placement. *Hernia*. 2018; 22(4): 697–705. doi: 10.1007/s10029-018-1760-x

Информированное согласие на публикацию

Авторы получили письменное согласие пациента на анализ и публикацию медицинских данных.

Соответствие принципам этики

Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом. Одобрение и процедуру проведения протокола получили по принципам Хельсинкской конвенции.

Конфликт интересов

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

Источник финансирования

Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Благодарности

Авторы выражают благодарность ГБУЗ «Иркутская областная клиническая больница» за возможность набора клинического материала.

Informed consent for publication

Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information within the manuscript.

Ethics approval

The study was approved by the local ethics committee. The approval and procedure for the protocol were obtained in accordance with the principles of the Helsinki Convention.

Conflict of interest

The authors declare no apparent or potential conflict of interest related to the publication of this article.

Funding source

The authors declare no external funding for the study and publication of the article.

Acknowledgements

The authors express their gratitude to the Irkutsk Regional Clinical Hospital for the opportunity to collect clinical material.

Информация об авторах

Махутов Валерий Николаевич – к.м.н., заведующий хирургическим торакальным отделением, ГБУЗ «Иркутская область «Знак почёта» областная клиническая больница». ORCID: 0000-0001-7318-7193

Лебедева Дарья Владимировна – ассистент кафедры госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID: 0000-0001-7388-1679

Шевченко Денис Александрович – врач-хирург хирургического торакального отделения, ГБУЗ «Иркутская область «Знак почёта» областная клиническая больница». ORCID: 0000-0002-3620-7949

Григорьев Евгений Георгиевич – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, научный руководитель, ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии»; заведующий кафедрой госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-5082-7028

Для переписки

Григорьев Евгений Георгиевич, egg.irk@gmail.com

Получена 14.11.2022
Принята 28.11.2022
Опубликована 12.12.2022

Information about the authors

Valeriy N. Makhutov – Cand. Sci. (Med.), Head of the Department of Thoracic Surgery, Irkutsk Regional Clinical Hospital. ORCID: 0000-0001-7318-7193

Daria V. Lebedeva – Teaching Assistant at the Department of Advanced Level Surgery, Irkutsk State Medical University. ORCID: 0000-0001-7388-1679

Denis A. Shevchenko – Surgeon at the Department of Thoracic Surgery, Irkutsk Regional Clinical Hospital. ORCID: 0000-0002-3620-7949

Evgeny G. Grigoryev – Dr. Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member of RAS, Academic Director, Irkutsk Scientific Centre of Surgery and Traumatology; Head of the Department of Advanced Level Surgery, Irkutsk State Medical University. ORCID: 0000-0002-5082-7028

Corresponding author

Evgeny G. Grigoryev, egg.irk@gmail.com

Received 14.11.2022
Accepted 28.11.2022
Published 12.12.2022