

УДК 616.26-007.7-089-053.2+616.34-009.1-07-035.7

В.П. Сорока, О.В. Трохимович

Рідкісний випадок лікування природженої вади розвитку – пізно виявленої діафрагмальної грижі Бохдалека, яка симулювала клінічну картину хронічного копростазу, у дитини віком 12 років

Центр неонатальної хірургії вад розвитку та їх реабілітації ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

Paediatric Surgery (Ukraine). 2025. 3(88): 149-152. doi: 10.15574/PS.2025.3(88).149152

For citation: Soroka VP, Trokhymovych OV. (2025). A rare case of treatment of a congenital malformation – a late-detected Bochdalek diaphragmatic hernia, which simulated the clinical picture of chronic coprostasis, in a 12-year-old child. Paediatric Surgery (Ukraine). 3(88): 149-152. doi: 10.15574/PS.2025.3(88).149152.

Мета – проаналізувати й описати досвід лікування пізно виявленої діафрагмальної грижі Бохдалека, яка симулювала клінічну картину хронічного копростазу, у дитини віком 12 років.

Клінічний випадок. Наведено рідкісний випадок лікування природженої вади розвитку – пізно виявленої діафрагмальної грижі Бохдалека, яка симулювала клінічну картину хронічного копростазу, у дитини віком 12 років. Природжена діафрагмальна грижа (ПДГ), не діагностована в перинатальному періоді, може маніфестувати в дитячому або підлітковому віці з неспецифічними шлунково-кишковими симптомами, зокрема, у вигляді хронічного копростазу. У пацієнтів із тривалими скаргами на закреп, біль у животі або періодичне здуття, що не піддаються стандартній терапії, слід заперечити не лише функціональні, але й органічні причини, зокрема, природжені аномалії діафрагми.

Висновки. Наявність атипової клінічної картини ПДГ у дітей старшого віку створює високий ризик діагностичних помилок, тому клініцисти мають зберігати настороженість щодо цієї патології навіть за відсутності респіраторної симптоматики. Візуалізаційні методи, особливо комп'ютерна томографія, мають вирішальне значення для верифікації діафрагмального дефекту при сумнівних або хронічних клінічних проявах. Своєчасне хірургічне втручання у випадках пізно виявленої ПДГ забезпечує позитивний результат і запобігає розвитку потенційно фатальних ускладнень.

Дослідження виконано згідно з принципами Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: природжена вада розвитку, діафрагмальна грижа, складність діагностики, пізні виявлення, хірургічна корекція, дитина.

A rare case of treatment of a congenital malformation – a late-detected Bochdalek diaphragmatic hernia, which simulated the clinical picture of chronic coprostasis, in a 12-year-old child

V.P. Soroka, O.V. Trokhymovych

SI «Ukrainian center of maternity and childhood of the NAMS of Ukraine», Kyiv

Aim – to analyze and describe the experience of treating a late-detected Bochdalek diaphragmatic hernia, which simulated the clinical picture of chronic coprostasis, in a 12-year-old child.

Clinical case. A rare case of treatment of a congenital malformation – a late-detected Bochdalek diaphragmatic hernia, which simulated the clinical picture of chronic coprostasis, in a 12-year-old child is presented. Congenital diaphragmatic hernia that was not diagnosed in the perinatal period can manifest in childhood or adolescence with nonspecific gastrointestinal symptoms, in particular in the form of chronic coprostasis. In patients with prolonged complaints of constipation, abdominal pain, or periodic bloating that do not respond to standard therapy, it is necessary to exclude not only functional but also organic causes, in particular congenital diaphragmatic anomalies.

Clinical case

Conclusions. The presence of an atypical clinical picture of PDG in older children creates a high risk of diagnostic errors, so clinicians should remain alert to this pathology even in the absence of respiratory symptoms. Imaging methods, especially computed tomography, are crucial for verifying diaphragmatic defects in cases of doubtful or chronic clinical manifestations. Timely surgical intervention in cases of late-detected DDH ensures a positive outcome and prevents the development of potentially fatal complications.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The informed consent of parents of children was obtained for conducting the studies.

The authors declare no conflict of interest.

Keywords: congenital malformation, diaphragmatic hernia, diagnostic complexity, late detection, surgical correction, child.

Вступ

Природжена діафрагмальна грижа (ПДГ) зазвичай виявляється в дітей у періоді новонародженості [11]. При цій ваді виникають тяжкі респіраторні й гемодинамічні розлади, а клінічна картина яскраво виражена в 79–95% випадків, здебільшого відразу після народження [6]. Усе частіше ПДГ діагностується пренатально [9], проте дотепер у 10–30% випадків вада виявляється в дітей віком від 28 діб життя [1]. Причому клінічні ознаки захворювання можуть виникати як у періоді грудного віку, так і в пубертатному віці, а в окремих випадках – навіть у дорослих людей [1,4].

У дітей старшого віку ПДГ може маніфестувати атипово, з клінічною картиною патології органів шлунково-кишкового тракту, інфекцій дихальних шляхів, болю в животі, хронічних закрепів, рецидивного блювання [5,8]. Такі неспецифічні симптоми часто призводять до встановлення хибного діагнозу, як наприклад, функціонального копростазу, синдрому подразненого кишечника, гастроезофагеальної рефлюксної хвороби [3]. Унаслідок цього зростає ризик хронічного ураження органів грудної клітки, черевної порожнини і виникнення ускладнень [12,13]. Саме через ці труднощі клініцисти мають зберігати високий ступінь настороженості щодо можливої ПДГ у дітей із незвичним перебігом абдомінальних симптомів, особливо за наявності не-ефективності стандартного лікування.

Мета дослідження – проаналізувати й описати досвід лікування пізно виявленої діафрагмальної грижі Бохдалека, яка симулювала клінічну картину хронічного копростазу, у дитини віком 12 років.

Наведений випадок ілюструє складності діагностування цієї патології поза неонатальним періодом і підкреслює важливість мультидисциплінарного підходу до оцінювання атипових клінічних проявів.

Дослідження виконано згідно з принципами Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Клінічний випадок

Хлопчик Р., віком 12 років, госпіталізований зі скаргами на закреп тривалістю до 2–3 діб, що відзна-

чався з періоду новонародженості, знижений позов до дефекації, задишку за фізичного навантаження, періодичне відчуття поколювання в ділянці серця, швидку стомлюваність, загальну слабкість. Дитині неодноразово призначено курси консервативного лікування з приводу хронічних закрепів – без стійкого позитивного ефекту. У зв'язку з гострим респіраторним захворюванням дитині проведено за місцем проживання оглядову рентгенографію органів грудної клітки у вертикальному положенні, виявлено високе стояння лівого купола діафрагми. Запідозрено діагноз «Природжена вада розвитку – природжена лівобічна діафрагмальна грижа». У ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» (нині – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України») дитину комплексно дообстежено, зокрема, їй проведено комп'ютерну томографію органів грудної клітки та черевної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням. При цьому в лівій половині грудної клітки, у плевральній порожнині розташовані шлунок, петлі кишечника, ротована селезінка, які створюють компресію лівої легені. Нижньочастковий бронх ліворуч звужений, нижня частка лівої легені зменшена в розмірах, з явищами гіповентиляції. Серце і структури межистіння незначно зміщені праворуч. Хлопчикові встановлено діагноз «Природжена вада розвитку – лівобічна комунікуюча діафрагмальна грижа; гіпоплазія лівої легені середнього ступеня». Дитині показано хірургічне лікування – корегування лівобічної діафрагмальної грижі Бохдалека.

Особливості операції: широка бокова торакотомія по VII міжреберному проміжку, ліворуч. Проведено ревізію і виявлено, що вся ліва плевральна порожнина виповнена гризовим вмістом, який представлений селезінкою, шлунком, петлями тонкої і товстої кишок, великим сальником, підшлунковою залозою, лівим наднирником. Візуально ліва легеня малих розмірів, темно-вишневого кольору, не вентильється, зберігає структуру (поділ на частки). Дефект діафрагми наскрізний, локалізація – задньолатеральна, розміри – 10×8 см, зі збереженням

м'язових валиків по периметру. Гризовий вміст поетапно низведено в черевну порожнину. Дефект діафрагми, без натягу, ушито П-подібними і вузловими швами N14. Ліву плевральну порожнину дренажно. Пошаровий шов рани. Інтраопераційна крововтрата мінімальна.

У післяопераційному періоді загальний стан дитини стабільний, без ускладнень. Дренаж із лівої плевральної порожнини видалено на 3-тю післяопераційну добу. Рана загоїлася первинним натягом, шви знято на 11-ту післяопераційну добу.

Дитину виписано зі стаціонару на 15-ту післяопераційну добу, результат хірургічного лікування – добрий.

Обговорення

Наведений клінічний випадок пізно діагностованої ПДГ в дитини віком 12 років ілюструє складність своєчасного розпізнавання цієї патології за відсутності типових проявів у неонатальному періоді. У літературі описано поодинокі випадки діафрагмальної грижі Бохдалека, клінічна картина якої тривало симулює хронічні шлунково-кишкові порушення, зокрема, функціональний закріп, синдром подразненого кишечника, абдомінальний больовий синдром [2,3]. У таких випадках вчасне встановлення діагнозу ускладнюють хронічний перебіг, задовільний загальний стан пацієнта і відсутність дихальної симптоматики, що асоціюється з типовим перебігом ПДГ у новонароджених.

Найчастішою локалізацією грижі Бохдалека є лівобічна (до 85% випадків), що пов'язано з більш повільним ембріональним закриттям плевроперитонеального каналу зліва та анатомічною наявністю печінки справа як фізіологічного бар'єра [5,9]. У разі пізньої маніфестації клінічна картина значною мірою залежить від розмірів гризового дефекту, вмісту гризового мішка та ступеня компресії органів грудної клітки [1,4,13]. Поступова герніація абдомінальних органів у плевральну порожнину може відбуватися непомітно для пацієнта, призводячи до транзиторних або персистуючих скарг із боку органів шлунково-кишкового тракту.

Важливо зазначити, що діти з ПДГ, яка маніфестує після неонатального періоду, часто проходять через численні консультації суміжних спеціалістів, перш ніж отримати правильний діагноз [2,4,10]. Оглядова рентгенографія органів грудної клітки та черевної порожнини як метод первинного вибору не завжди є достатньо інформативною, особливо за наявності інтермітуючої герніації абдомінальних органів або дефекту невеликих розмірів [7]. У такій

ситуації показовими є комп'ютерна томографія або магнітно-резонансна томографія органів грудної клітки, які дають змогу чітко візуалізувати дефект діафрагми і гризовий вміст [2].

Відсутність настороженості щодо можливості природженої патології діафрагми в підлітка з хронічним закріпом призводить до затримки хірургічного втручання та потенційного розвитку ускладнень [10,13]. У наведеному випадку своєчасне залучення мультидисциплінарної команди і застосування візуалізаційних методів діагностування дали змогу встановити правильний діагноз і провести ефективне хірургічне лікування.

Отже, пізно виявлена діафрагмальна грижа Бохдалека залишається актуальною клінічною проблемою, яка потребує уважного аналізу атипичних абдомінальних симптомів у дітей будь-якого віку. Систематичний підхід до діагностування із застосуванням методів візуалізації і ретельним переглядом анамнезу є ключовим чинником для запобігання діагностичним помилкам і несприятливим наслідкам.

Висновки

Природжена діафрагмальна грижа, не діагностована в перинатальному періоді, може маніфестувати в дитячому або підлітковому віці з неспецифічними шлунково-кишковими симптомами, зокрема, у вигляді хронічного копростазу.

У пацієнтів із тривалими скаргами на закріп, біль у животі або періодичне здуття, що не піддаються стандартній терапії, слід заперечити не лише функціональні, але й органічні причини, зокрема, природжені аномалії діафрагми.

Атипова клінічна картина ПДГ у дітей старшого віку призводить до високого ризику діагностичних помилок, тому клініцисти мають зберігати настороженість щодо цієї патології навіть за відсутності респіраторної симптоматики.

Методи візуалізації, особливо комп'ютерна томографія, мають вирішальне значення для верифікації діафрагмального дефекту за наявності сумнівних або хронічних клінічних проявів.

Своєчасне хірургічне втручання у випадках пізно виявленої ПДГ забезпечує позитивний результат і запобігає розвитку потенційно фатальних ускладнень та інвалідизації дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Bagiaj M, Dorobisz U. (2005). Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: a literature review. *Pediatric Radiology*. 35: 478-488.

Clinical case

2. Brown SR, Horton JD, Trivette E, Hofmann LJ, Johnson JM. (2009). Congenital 12. Gale ME. (1985). Bochdalek hernia: prevalence and CT characteristics. Radiology. 156(2): 449-452.
3. Cano I, Chaberny C, Molinos L et al. (2020). Chronic constipation due to congenital diaphragmatic hernia: a case report and literature review. J Pediatr Surg Case Rep. 50: 101310.
4. Chao PH, Chuang JH, Lee SY et al. (2011). Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in childhood. Acta Paediatr. 100: 425-428.
5. Gale ME. (1985). Bochdalek hernia: prevalence and CT characteristics. Radiology. 156(2): 449-452.
6. Gucciardo L, Deprest J, Done E et al. (2008). Prediction of outcome in isolated congenital diaphragmatic hernia and its consequences for fetal therapy. Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 22: 123-138.
7. Haller JO, Condon VR, White KS. (1988). Late-presenting diaphragmatic hernia in infants and children: diagnosis and surgical management. Radiol Clin North Am. 26(2): 395-403.
8. Kocakusak A, Arian S, Senturk O, Yucel AF. (2005). Bochdalek's hernia in an adult with colon necrosis. Hernia. 9(3): 284-287.
9. Madenci AL, Sjogren AR, Treadwell MC et al. (2013). Another dimension to survival: predicting outcomes with fetal MRI versus prenatal ultrasound in patients with congenital diaphragmatic hernia. J. Pediatr Surg. 48: 1190-1197.
10. Nitecki S, Bar-Maor JA. (1992). Late presentation of Bochdalek hernia: our experience and review of the literature. Isr J Med Sci. 28(10): 711-714.
11. Robinson PD, Fitzgerald DA. (2007). Congenital diaphragmatic hernia. Paediatr. Respirat. Rev. 8: 323-335.
12. Serres X, Nguyen-Thanh A, Gauthier F et al. (2007). Late-presenting congenital diaphragmatic hernia: misdiagnosis and long-term follow-up. Pediatr Surg Int. 23(1): 97-99.
13. Vyas D, Raval MV, Wang KS. (2017). Old anomalies, new issues: diagnosis and management of congenital diaphragmatic hernia in the modern era. Semin Pediatr Surg. 26(3): 123-131.

Відомості про авторів:

Сорока Василь Петрович – засл. лікар України, к.мед.н. ДУ «ВЦМД НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8.

Трохимович Ольга Віталіївна – д.мед.н., керівник відділення планування сім'ї ДУ «ВЦМД НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. П. Майбороди, 8. <https://orcid.org/0000-0001-7423-5281>.

Стаття надійшла до редакції 16.07.2025 р., прийнята до друку 16.09.2025 р.