

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-07-10>

Диагностика и лечение посттравматических диафрагмальных грыж

С. Юров¹,
Е. Серова², доктор медицинских наук,
Ю. Винник², доктор медицинских наук, профессор,
А. Зима¹

¹Красноярская межрайонная больница №20 им. И.С. Берзона

²Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

E-mail: sergey.yurov.1978@mail.ru

На долю посттравматических грыж диафрагмы (ПГД) приходится около 13% всех диафрагмальных грыж. Ввиду трудности диагностики ПГД необходима разработка протоколов обследования пациентов с изолированной и сочетанной травмой грудной клетки с использованием результатов мультиспиральной компьютерной томографии, – наиболее информативного метода инструментальной диагностики у таких больных. Следует также дополнительно информировать врачей общей практики, хирургов неспециализированных отделений по вопросам диагностики и лечения ПГД с целью формирования у них большей настороженности по отношению к пациентам этой категории.

Ключевые слова: хирургия, посттравматические грыжи диафрагмы, трудности диагностики и лечения.

Для цитирования: Юров С., Серова Е., Винник Ю. и др. Диагностика и лечение посттравматических диафрагмальных грыж // Врач. – 2018; 29 (7): 48–50. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-07-10>

На долю посттравматических грыж диафрагмы (ПГД) приходится около 13% всех диафрагмальных грыж [1, 2, 4]. Это связано с высоким уровнем дорожно-транспортного травматизма и криминогенной обстановкой. ПГД диагностируются при закрытой травме живота в 3–8% случаев, при закрытой травме грудной клетки – у 1,1% больных, при сочетанной травме грудной клетки брюшной полости – у 3–5%. Проникающие ранения грудной клетки являются причиной развития диафрагмальных грыж у 3,4% пациентов, проникающие ранения брюшной полости – у 2,6% [6]. Послеоперационная летальность при данной патологии может достигать 30–50% [5]. Постановка правильного диагноза часто бывает затруднена, если повреждение диафрагмы не выявлено в остром периоде после травмы; трудности и ошибки связаны также с редкостью патологии и отсутствием настороженности у врачей [3]. Необходимо отметить, что правосторонние разрывы диафрагмы встречаются у 11–14% пострадавших [7, 8].

В литературе встречается немного публикаций, содержащих сведения о диагностике и лечении ПГД.

Под нашим наблюдением в период с 2011 по 2016 г. в Красноярской межрайонной клинической больнице (КМКБ) №20 им. И.С. Берзона находились 9 пациентов с ПГД в возрасте от 23 до 78 лет. Длительность их пребывания в стационаре составила в среднем 29,0±8,7 дня.

В 8 (88,9%) случаях причиной формирования грыж диафрагмы была закрытая травма, у 1 (11,1%) пациента грыжа сформировалась после торакоабдоминального ранения. У 5 (55,6%) исходно диагностировались сочетанные повреждения: травмы органов грудной и брюшной полостей, переломы костей таза, закрытая черепно-мозговая травма. В 1 (11,1%) случае грыжа локализовалась справа; у 1 (11,1%) пострадавшего был выявлен разрыв левого купола диафрагмы с переходом на правый с дислокацией дна желудка и селезенки в левую плевральную полость. У 7 (77,8%) больных грыжи располагались слева. Максимальный срок существования грыжи составил 21 год. Осложненное течение грыж в виде ущемления органов брюшной полости выявлено у 3 (33,3%) больных. В 2 (22,2%) случаях ущемленными оказались дно желудка и большой сальник с развитием некроза последних (давность ущемления составила соответственно 1 и 2 сут); у 1 (11,1%) больного развилась толстокишечная непроходимость из-за ущемления селезеночного угла ободочной кишки (давность ущемления – 6 сут). Пациенты были оперированы в экстренном порядке. Экстренно был оперирован и пострадавший в дорожно-транспортном происшествии с двусторонним разрывом диафрагмы.

В остальных случаях оперативные вмешательства выполнялись в плановом порядке. Большинство операций производились из лапаротомного доступа; в 1 случае дополнительно потребовалась правосторонняя торакотомия для мобилизации левой доли печени и низведения ее в брюшную полость; еще у 1 пациента потребовалась лапарофреникотомия справа для ревизии надпеченочного отдела нижней полой вены. Плановые операции заключались в мобилизации дислоцированных органов, низведении их в брюшную полость, френопластике. В большинстве случаев травматические дефекты диафрагмы удалось ликвидировать с использованием ее собственных тканей, не прибегая к пластике сетчатым эндопротезом. Применение последнего потребовалось в 2 случаях. Для протезирования использовалась полипропиленовая сетка ULTRA-PRO с антиадгезивным покрытием.

Наиболее сложными из этой группы пациентов были 2 больных с ущемленными грыжами; ущемленным в обоих случаях оказался желудок, развился некроз тела желудка с его перфорацией, что потребовало в дальнейшем повторных операций. У 1 пациентки выполнена субтотальная гастрэктомия с резекцией

абдоминального отдела пищевода и выведением концевой гастростомы. Впоследствии после стабилизации состояния в Российском научном центре хирургии им. акад. Б.В. Петровского выполнена пластика пищевода левой половиной толстой кишки. У 2-го больного также была произведена резекция некротизированной части желудка, однако пациент погиб от гнойно-септических осложнений после развития несостоятельности швов желудка с формированием желудочно-плеврального сообщения, прогрессирования острой тотальной эмпиемы плевры и флегмоны брюшной стенки.

Выздоровление после оперативных вмешательств наблюдалось у 77,8% больных; в 1 случае пациентке потребовались реконструктивные операции, что расценено как улучшение; летальный исход от гнойно-септических осложнений наступил у 1 больного.

Приводим клинический пример.

Больной В., 39 лет, в январе 2014 г. длительно находился на стационарном лечении в одном из хирургических стационаров города по поводу сочетанной автодорожной травмы; диагностировались переломы костей таза, правого бедра, правой голени, травматическое повреждение уретры. Повреждений органов грудной клетки не выявлено. В ходе лечения выполнены остеосинтез перелома правого бедра; наложение аппаратов наружной фиксации на кости таза, кости правой голени; дважды выполнялись реконструктивные операции с целью восстановления уретры и ее проходимости. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. Обратился в поликлинику по месту жительства в ноябре 2015 г. с жалобами на одышку при физической нагрузке и после приема пищи, боли в правой половине грудной клетки. Жалобы появились в последние 2 мес. Выполнено рентгенологическое обследование грудной клетки (рис. 1), и больной с диагнозом «гидропневмоторакс справа» был направлен на консультацию к торакальному хирургу.

01.12.15 пациент поступил в отделение торакальной хирургии КМКБ №20 им И.С. Берзона Красноярск. При объективном осмотре обращало на себя внимание ослабление дыхания над средними и нижними отделами правого легкого, а в горизонтальном положении — появление кишечных шумов в этой же проекции. В ходе обследования при выполнении ультрасонографии брюшной полости и плевральных полостей выявлены увеличение правой доли печени и наличие незначительного количества свободной жидкости в правой плевральной полости. Отклонений от нор-

мы в показателях крови и мочи не было. Однако мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием пищеварительного тракта позволила диагностировать дислокацию тела желудка, петель тонкой кишки, поперечной ободочной кишки, левой доли печени и большого сальника через разрыв в диафрагме в правую плевральную полость (рис. 2). Приведенные данные подтвердились и при рентгеноскопии желудка с контрастным веществом: отсутствие газового пузыря желудка под левым куполом диафрагмы в положении стоя; при горизонтальном положении тела газовый пузырь и контрастное вещество определялись в правой плевральной полости.

На основании клинических данных и результатов инструментального обследования был поставлен диагноз: посттравматическая правосторонняя диафрагмальная грыжа. Больной был оперирован в плановом порядке (09.12.15). Операция: верхнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, низведение желудка, петель тонкой кишки, поперечной ободочной кишки, торакотомия справа, мобилизация, низведение левой доли печени, пластика диафрагмы полипро-

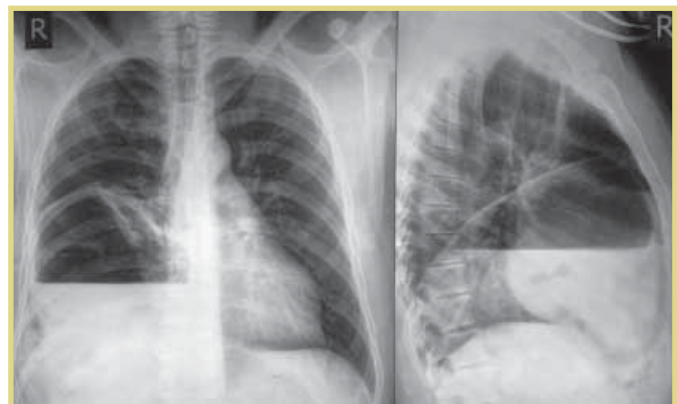


Рис. 1. Рентгенограмма пациента В. с последствиями сочетанной автодорожной травмы

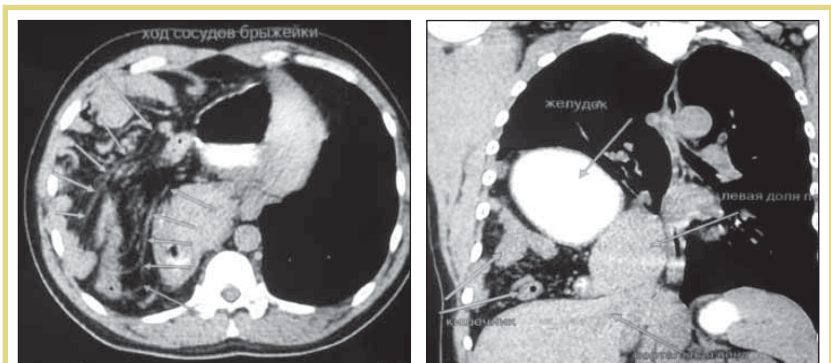


Рис. 2. МСКТ пациента В. с последствиями сочетанной автодорожной травмы

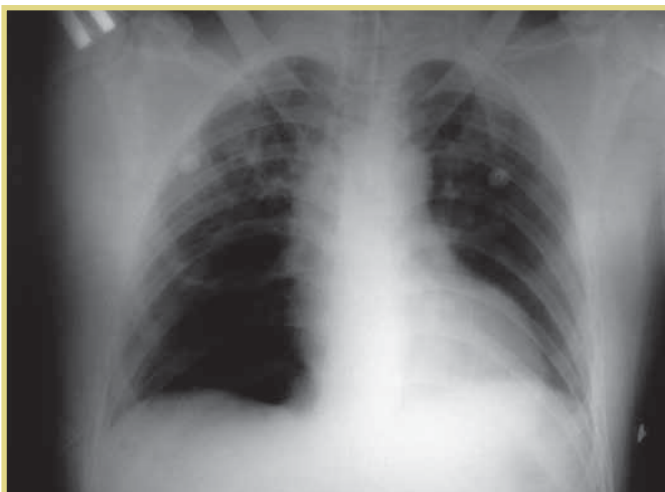


Рис. 3. Рентгенограмма пациента В. с последствиями сочетанной автодорожной травмы в послеоперационном периоде перед выпиской из стационара

пиленовым сетчатым эндопротезом, дренирование правого поддиафрагмального пространства, дренирование правой плевральной полости.

В ходе оперативной ревизии выявлен дефект правого купола диафрагмы длиной до 12 см (разрыв III степени), идущий от перикарда по переднему скату и заканчивающийся чуть не доходя до переднего синуса. Тело, антральный отдел желудка, петли тонкой кишки, поперечная ободочная кишка, большой сальник находились в правой плевральной полости и там же — левая доля печени, спаянная с перикардом и медиастинальной плеврой. Выделить из сращений левую долю печени из лапаротомного доступа не удалось. С целью пластики диафрагмы и мобилизации левой доли печени выполнена переднебоковая торакотомия справа в VII межреберье. Мобилизована левая доля печени и низведена в брюшную полость вместе с другими дислоцированными органами. Дефект диафрагмы ушит край в край из-за большого натяжения тканей; со стороны плевральной полости дополнительно фиксирована полипропиленовая сетка Ultrapro 6×11 см. Операция закончена дренированием правого поддиафрагмального пространства и правой плевральной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выполнены контрольные рентгеноскопия желудка, рентгенография грудной клетки: правый купол диафрагмы четкий, легкие расправлены (рис. 3). Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга на 16-е сутки послеоперационного периода.

Ввиду трудностей диагностики ПГД требуется разработка протоколов обследования пациентов с изолированной и сочетанной травмой грудной клетки с использованием результатов МСКТ, которая является наиболее информативным методом инструментальной диагностики у этой категории трудных пациентов.

Не утратил актуальности и вопрос о выборе оперативного доступа, технике операций (натяжные и ненапряжные методики пластики диафрагмы, использование лапаро- и торакоскопической техники).

Назрела необходимость в дополнительном информировании врачей общей практики, хирургов неспециализированных отделений по вопросам диагностики и лечения ПГД с целью формирования у них большей настороженности по отношению к пациентам этой категории.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Абакумов М.М., Ермолова И.В., Погодина А.И. и др. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы // Хирургия. — 2000; 7: 28–33.
2. Авилова О.М., Макаров А.В., Гетьман В.Г. Ошибки диагностики травматических грыж диафрагмы при закрытых повреждениях груди // Вестн. хир. — 1988; 2: 96–9.
3. Кукош М.В., Гомозов Г.И. Ущемленные грыжи как проблема экстренной абдоминальной хирургии. Мат-лы 5-го научного форума «Хирургия-2004» / М., 2004; с. 97–8.
4. Махов Н.И., Мерденов К.К. Хронические травматические диафрагмальные грыжи // Хирургия. — 1968; 5: 125–8.
5. Маслов В.И., Тахтамыш М.А. Хирургическая тактика при осложненных травматических диафрагмальных грыжах // Хирургия. — 2004; 7: 26–31.
6. Gonzalez R., Sanjuan S., Gomez H. Hernia diafragmaticatraumatica de apararici n tardia // Cir. Peditr. — 2010; 15: 38–40.
7. Nursal T., Ugurlu M., Kologlu M. et al. Traumatic diaphragmatic hernias: a report of 26 cases // Hernia. — 2001; 5 (1): 25–9.
8. Schiano di Visconte M., Picciano P., Munegato G. Acute abdomen due to a right-sided strangulated traumatic diaphragmatic hernia. Case report // Minerva Chir. — 2006; 61 (5): 451–4.

POST-TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIAS: DIAGNOSIS AND TREATMENT

S. Yurov¹; E. Serova², MD; Professor Yu. Vinnik², MD; A. Zima¹

¹I.S. Berzon Krasnoyarsk Interdistrict Hospital Twenty

²Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

Post-traumatic diaphragmatic hernias (PDH) account for about 13% of all diaphragmatic hernias. Due to difficulties in the diagnosis of PDH, it is necessary to develop protocols for examination of patients with isolated and mixed chest injury, by using the results of multispiral computed tomography, the most informative method for instrumental diagnosis in such patients. General practitioners, surgeons of specialized departments should be also informed further about the diagnosis and treatment of PDH in order to form their greater alertness to this category of patients.

Key words: surgery, post-traumatic diaphragmatic hernias, difficulties in diagnosis and treatment.

For citation: Yurov S., Serova E., Vinnik Yu. et al. Post-traumatic diaphragmatic hernias: diagnosis and treatment // Vrach. — 2018; 29 (7): 48–50. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-07-10>