

# Сложный для диагностики случай застарелой посттравматической диафрагмальной грыжи

*Клиновицкий И.Ю.<sup>1</sup>, Бражникова Н.А.<sup>2</sup>, Марьина М.Е.<sup>1</sup>*

## Difficult (for diagnosis) case of old posttraumatic diaphragmatic hernia

*Klinovitsky I.Yu., Brazhnikova N.A., Maryina M.Ye.*

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

<sup>2</sup> Томский военно-медицинский институт, г. Томск

© Клиновицкий И.Ю., Бражникова Н.А., Марьина М.Е.

УДК 616.34-007.43-031-07:611.26

Посттравматические грыжи диафрагмы не являются казуистикой. Частота повреждений диафрагмы после травм грудной клетки составляет, по данным литературы, 6,5%, в том числе при открытой травме 5,8% [2]. Обычно повреждения выявляются сразу после травмы, но иногда спустя значительное время, на стадии сформировавшейся хронической диафрагмальной грыжи [1, 6]. Так, по данным G.A. Tiberio и соавт. (2005), из 33 наблюдаемых больных у 4 (12,12%) диагноз был поставлен только через 2—216 мес после травмы. Чаще повреждается левый купол диафрагмы — 63,0—86,9% случаев [2, 4]. Как правило, диагноз можно поставить при рутинном рентгенологическом исследовании органов грудной клетки, но наиболее точной считается компьютерная томография [5]. Тем не менее, ошибки в диагностике посттравматической диафрагмальной грыжи встречаются не так уж редко даже в практике высокоспециализированных медицинских учреждений. Ниже приведено интересное клиническое наблюдение.

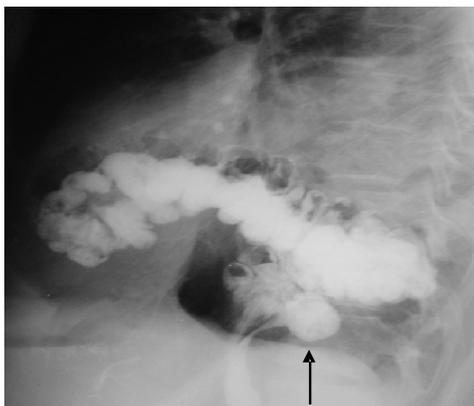
Пациент П., 49 лет, обратился в приемное отделение МК ЛПМУ «Городская больница № 3» (г. Томск) 17.05.2005 г. в порядке неотложной помощи с жалобами на одышку при физической нагрузке, слабость, потливость, дискомфорт в грудной клетке слева. Вышеуказанные жалобы беспокоят около полугода, ухудшение в течение недели. В анамнезе около 30 лет назад отмечено ножевое ранение грудной клетки слева; выполнялась первичная хирургическая обработка раны. В 2002 г. пациент находился на лечении в одном из специализированных стационаров города по поводу стенокардии, где ему выполнялась рентгенография органов грудной клетки. В связи с ухудшением состояния он обращался за меди-

цинской помощью. При рентгенографии органов грудной клетки было выявлено массивное затемнение слева до V ребра. Наблюдался и лечился амбулаторно у терапевта, консультирован фтизиатром и с диагнозом экссудативного плеврита слева направлен в дежурный терапевтический стационар.

При объективном обследовании установлено притупление перкуторного звука слева в нижних отделах, там же — ослабление дыхания. В приемном покое выполнено УЗИ плевральной полости. В плевральной полости слева практически до угла лопатки визуализировалась либо очень густая неоднородная жидкость, либо маловоздушная легочная ткань. Выполнена плевральная пункция: получено незначительное количество (около 10 мл) геморрагической жидкости, микроскопически содержащей большое количество эритроцитов. При контрольном рентгенологическом исследовании динамики не отмечено. Заключение рентгенолога: вероятно, у больного имеется осумкованный плеврит в сочетании с процессом в нижней доле левого легкого. Рекомендована компьютерная томография. Пациент госпитализирован в пульмонологическое отделение, назначена противовоспалительная терапия.

Тем не менее с учетом клинической картины, не характерной для плеврита и пневмонии, а также наличия в анамнезе травмы заподозрена посттравматическая диафрагмальная грыжа. Пациент вновь направлен на рентгенологическое исследование с контрастированием желудочно-кишечного тракта. При этом органической патологии желудка и двенадцатиперстной кишки не обнаружено, однако через сутки при изучении пассажа бария по кишечнику выявлено, что левая треть поперечно-ободочной кишки через отвер-

стие на границе средней и наружной трети диафрагмы проникает в грудную полость и располагается в виде длинной и растянутой петли до левых отделов сердца, не отделяется от его контуров (рисунок). Нижние отделы левого легкого затемнены, по-видимому, за счет фиброза и карнификации.



Рентгенограмма пациента П. Стрелка указывает диафрагму

Пациент с диагнозом «посттравматическая диафрагмальная грыжа слева» переведен в хирургическое отделение, где 01.06.2005 г. оперирован (профессор Н.А. Бражникова). После торакотомии в VI межреберье слева найдено, что через дефект в левом куполе диафрагмы (размером 6 × 8 см) в левую плевральную полость пролабирует участок поперечно-ободочной кишки до 30 см и сальник; выраженный спаечный процесс грыжевого мешка с диафрагмой, плеврой, перикардом. С техническими трудностями спайки рассечены, сальник резецирован, поперечно-ободочная кишка низведена в брюшную полость. Большая часть грыжевого мешка иссечена, выполнена пластика дефекта диафрагмы местными тканями с формированием дубликатуры.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выздоровление. Пациент осмотрен через год. Состояние

удовлетворительное. Жалоб (в том числе на одышку, боли в области сердца) не предъявляет. При контрольной рентгенографии органов грудной клетки: легкие расправлены полностью, подвижность диафрагмы хорошая.

Данный клинический пример интересен по двум причинам. Во-первых, правильный диагноз был поставлен далеко не сразу, через 30 лет после травмы, хотя пациент неоднократно осматривался опытными клиницистами, а его рентгенограммы — опытными рентгенологами. Причина диагностической ошибки, вероятно, в том, что диафрагмальная грыжа просто не включалась в дифференциально-диагностический поиск, несмотря на указания на травму грудной клетки в анамнезе. Во-вторых, при выборе доступа отдано предпочтение торакотомии перед лапаротомией, что полностью себя оправдало ввиду выраженного спаечного процесса в левой плевральной полости. При этом следует отметить, что ряд хирургов считают безопасным и трансабдоминальный доступ [3].

#### Литература

1. Маслов В.И., Тахтамыш М.А. Хирургическая тактика при осложненных травматических диафрагмальных грыжах // Хирургия. 2004. № 7. С. 26—31.
2. Adegboye V.O., Ladipo J.K., Adebo O.A., Brimmo A.I. Diaphragmatic injuries // Afr. J. Med. Sci. 2002. V. 31. № 2. P. 149—153.
3. Muihay J.A., Weng J., Velmahos G.C., Demetriades D. Abdominal approach to chronic diaphragmatic hernias: is it safe? // Am. Surg. 2004. V. 70. № 10. P. 897—900.
4. Stagnitti F., Priore F., Corona F. et al. Traumatic lesions of the diaphragm // G. Chir. 2004. V. 25. № 8—9. P. 276—282.
5. Tiberio G.A., Portolani N., Coniglio A. et al. Traumatic lesions of the diaphragm. Our experience in 33 cases and review of the literature // Acta Chir. Belg. 2005. V. 105. № 1. P. 82—88.
6. Wright B.E., Reinke T., Aye R.W. Chronic traumatic diaphragmatic hernia with pericardial rupture and associated gastroesophageal reflux // Hernia. 2005. V. 9. № 4. P. 392—396.

Поступила в редакцию 26.01.2007 г.