

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.24-007.43-031:617.54-07-089

С.Ф.Багненко, А.Н.Тулупов, М.Ю.Кабанов, В.А.Кулишкин, А.Т.Мирзабаев

МЕЖРЕБЕРНАЯ ЛЕГОЧНАЯ ГРЫЖА В РЕЗУЛЬТАТЕ СПОНТАННОГО РАЗРЫВА РЕБЕРНОЙ ДУГИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе (дир. — чл.-кор. РАМН проф. С.Ф.Багненко), кафедра хирургии для усовершенствования врачей № 2 (нач. — проф. Г.И.Синенченко) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: грыжа межреберная легочная, разрыв реберной дуги.

В литературе описаны и изредка встречаются в клинической практике легочные грыжи медиастинальные (pneumatocele) [1], которые относятся к разряду внутренних, и посттравматические межреберные легочные грыжи [2]. Сообщений о спонтанных наружных легочных грыжах в доступной нам литературе не найдено.

Больной С., 67 лет, поступил в СПбНИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе 15.11.2004 г. в плановом порядке с жалобами на больших размеров флотирующее выпячивание в нижних отделах левой половины грудной клетки. За два месяца до этого в момент чиханья в области левой реберной дуги возникли треск и интенсивные боли. В течение недели болевой синдром регрессировал, но постепенно сформировалось указанное выше выпячивание. Пациент был вынужден ограничить двигательную активность и но-

сить бандаж. При детальном и целенаправленном сборе анамнеза травму грудной клетки напрочь отрицает.

Состояние больного удовлетворительное, активен, крепкий гиперстеник с хорошо развитой скелетной мускулатурой. Кожные покровы и костно-мышечная система без последствий каких-либо травм. Питание избыточное: рост — 160 см, масса тела — 91 кг. При осмотре (рис. 1) в нижних отделах левой половины грудной клетки по ходу седьмого межреберья от угла лопатки до подреберья имеется продолговатое округлое мягкое легко вправимое выпячивание размерами 20×10×3 см, появляющееся при кашле и натуживании и исчезающее на высоте вдоха. В проекции значительно расширенного седьмого межреберья имеется дефект реберной дуги на протяжении 10 см. Грыжевые ворота пальпировались в виде треугольника, основание которого располагалось в области реберной дуги, а вершина — у угла левой лопатки. При перкуссии выпячивания — легочный звук, при аускультации слышны дыхательные шумы. При прицельной рентгенографии (рис. 2) установлено, что его содержимым является легочная ткань. Констатирована вправимая межреберная легочная грыжа в результате спонтанного разрыва левой реберной дуги.

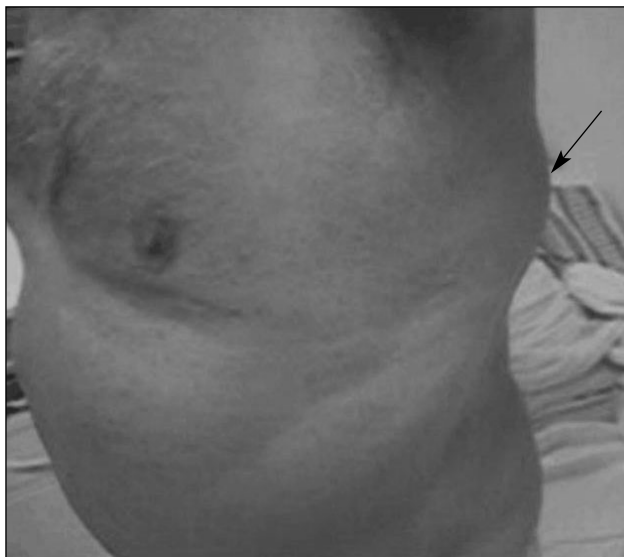


Рис. 1. Общий вид больного С., 67 лет, до операции. Стрелкой указано выпячивание.

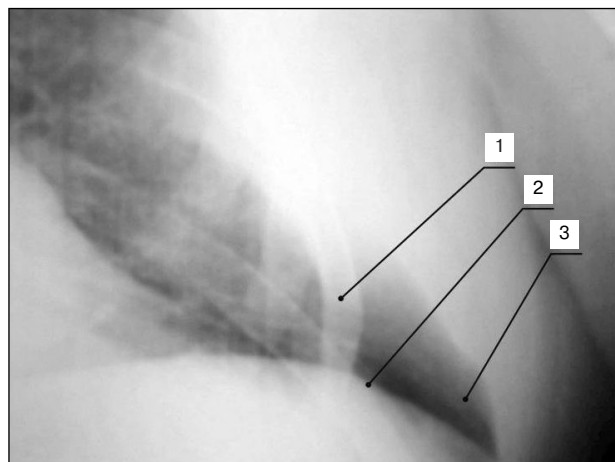


Рис. 2. Прицельная рентгенограмма нижних отделов левой половины грудной клетки в прямой проекции на выдохе.

1 — VII ребро; 2 — левый купол диафрагмы; 3 — легочная ткань за пределами грудной клетки под кожей.

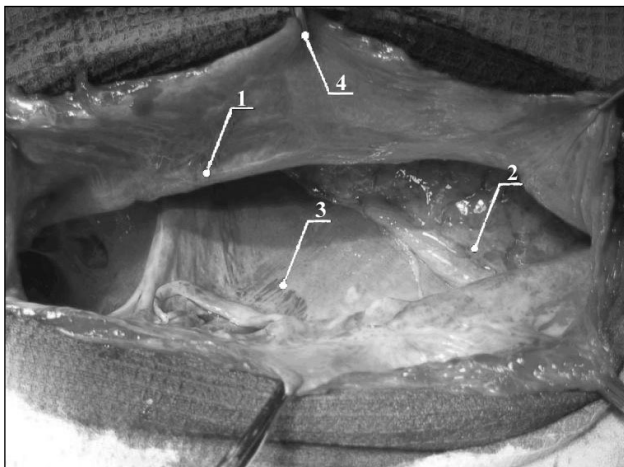


Рис. 3. Общий вид торакотомной раны.

1 — VII ребро; 2 — верхняя доля левого легкого; 3 — левый купол диафрагмы; 4 — края вскрытого грыжевого мешка взяты на зажимы.

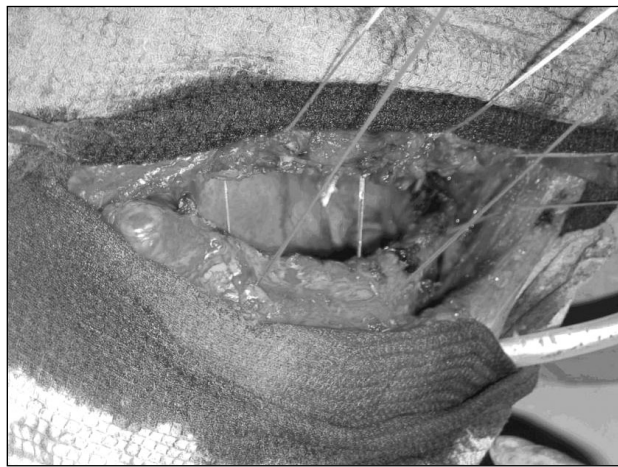


Рис. 4. Устранение грыжевых ворот путем перикостального лигирования.

17.11.2004 г. в плановом порядке под общим обезболиванием с интубацией трахеи выполнены «грыжесечение» (рис. 3) — боковая торакотомия в седьмом межреберьи, вправление грыжевого содержимого (язычковые сегменты верхней доли левого легкого), иссечение представленного париетальной плеврой грыжевого мешка и культи хряща VIII ребра, дренирование плевральной полости, и устранение грыжевых ворот путем перикостального лигирования (рис. 4). Послеоперационный период протекал благоприятно. Больной выписан через 10 сут после вмешательства.

При контрольном осмотре через год после выписки жалоб не предъявляет, признаков рецидива заболевания нет. На теле имеется послеоперационный рубец. Качество жизни удовлетворительное.

Формированию данной патологии у больного С., 67 лет, способствовали выявленная у него в ходе операции особенность строения реберной дуги в виде ее недоразвития и отсутствия в виде обычной массивной и прочной ме-

ханической структуры, возрастная утрата эластичности хрящей, а также возможность возникновения чрезмерно высокого внутрибрюшного давления при чиханьи за счет хорошего развития мускулатуры тела — пациент в молодости — мастер спорта по спортивной акробатике — до настоящего времени продолжает активно заниматься физкультурой.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Агейкин В.А. Хронические воспалительные бронхолегочные заболевания у детей // Мед. науч. и учебно-метод. журн.— 2005.— № 24.—С. 7–31.
2. Фатихов Р.Х., Авзапетдинов А.М., Марфина Ф.Ю., Булгаков Я.У. Хирургическое лечение легочных грыж // Труды Международного хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии».—Ростов н/Д, 2005.—С. 441.

Поступила в редакцию 18.01.2006 г.