

Каргиева Н.Г.,* Несмеян А.С.

СЛУЧАЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ УЩЕМЛЁННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, ВСЛЕДСТВИЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОГО РАНЕНИЯ 5-ЛЕТНЕЙ ДАВНОСТИ

ФБУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь» флота», филиал №1, Приморский край, Фокино;

*Медсанчасть №100 ФМБА России, Приморский край, Фокино

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, посттравматическая, клинический случай.

Ущемленные посттравматические диафрагмальные грыжи сравнительно редко встречаются в клинической практике. М.М. Абакумов (2000) отмечает, что у 26,3% пострадавших диагноз повреждения диафрагмы установлен во время лапаротомии или торакотомии, предпринятых по поводу кровотечения вследствие повреждений других органов брюшной и грудной полости.

По данным разных авторов (Омаров И.Ш., 2007; Комаров Н.В., 2007; Жестков И.Н. 2002) число истинных грыж диафрагмы при травмах груди составляет от 0,8 до 4,7%. В подавляющем большинстве случаев грыжевые ворота локализуются в области левого купола диафрагмы, в литературе встречаются единичные описания правосторонних диафрагмальных грыж.

Трудность диагностики диафрагмальных, в том числе травматических грыж, обусловлена в основном отсутствием у врачей настороженности в отношении данной патологии. Средний срок давности существования травматических грыж на момент их диагностики составляет 11,9 года (Худайбергенов А.М., Калиш Ю.И., 1990).

Другой распространенной причиной поздней и зачастую ошибочной диагностики является значительное разнообразие клинических проявлений осложненных диафрагмальных грыж, симулирующих многие кардиореспираторные и гастроинтестинальные симптомы и наступающих обычно после длительного бессимптомного периода (Чернов В.Н., Хитарьян А.Г., 2000).

Данная патология вызывает серьезные диагностические затруднения, которые подчас испытывают не только начинающие врачи, но и весьма опытные специалисты особенно при встрече с таким грозным осложнением, как ущемление грыжевого содержимого, которое в 6–8% случаев заканчивается гибелью больного (Уманец М.С., 2002).

Приводим собственное наблюдение случая посттравматической ущемлённой диафрагмальной грыжи, вследствие торакоабдоминального ранения 5-летней давности.

Больной П-ин А., 47 лет, поступил в хирургическое отделение МСЧ №100 ФМБА г. Фокино, с жалобами на острую боль в животе, усиливающуюся при движении, тошноту, рвоту, общую слабость.

Болен в течение часа. Из анамнеза – 5 лет назад получил ножевое ранение в область грудной клетки слева, за медицинской помощью не обращался. Был дважды прооперирован по поводу перфоративной язвы 12-перстной кишки. Учитывая язвенный анамнез, характерную клиническую картину, у больного была заподозрена перфорация, выполнена лапаротомия, признаков перфорации не обнаружено. Был выставлен диагноз «острый панкреатит» и начата соответствующая консервативная терапия (инфузионная терапия, спазмолитики, ингибиторы протеаз).

В течение последующих 5 дней состояние оценивалось как средней степени тяжести. В дальнейшем у пациента появились явления острой кишечной непроходимости и по жизненным показаниям произведена релапаротомия. Была обнаружена посттравматическая ущемлённая диафрагмальная грыжа, содержимым которой являлись петли тонкой и толстой кишки. Выделение грыжевого содержимого через брюшную полость не представлялось возможным, и поэтому была произведена торакотомия в VII межреберье слева. В плевральной полости было обнаружено около 300 мл геморрагического выпота с гнилостным запахом, неизменённая петля тонкой кишки и участок толстого кишечника грязно-серого цвета с зелёным оттенком, тупым и острым путём петли кишечника выделены, перенесены в брюшную полость.

Была произведена резекция поперечно-ободочной кишки от нисходящего отдела до селезёночного угла. Дистальный участок зашит наглухо, а проксимальный участок кишки выведен наружу в правом подреберье. Дефект диафрагмы 7,0х3,0 был ушит. Брюшная и плевральная полости промыты, осушены и дренированы.

В раннем послеоперационном периоде больной находился на продлённой искусственной вентиляции легких, получал гемотрансфузионную терапию в объемах: эритроцитарная масса – 2200 мл, свежезамороженная плазма – 1200 мл, инфузионную, антибактериальную терапию – сульперазон по 4,0 г. 2 раза в день, ципринол 30,0 2 раза внутривенно, парентеральное питание, зондовое энтеральное питание. Отмечались явления полиорганной недостаточности, парез кишечника, дыхательная недостаточность, выраженная энцефалопатия, с явлениями психомоторного возбуждения, гипертермия, анемия.

В течение 12 дней находился на искусственной вентиляции легких, затем по стабилизации состояния переведён на самостоятельное дыхание. После 3-х

недельного стационарного лечения пациент был выписан в удовлетворительном состоянии с функционирующей колостомой.

Kargieva N.G., Nesmeyana A.S. **Infringement of post-traumatic diaphragmatic hernia, due to injury thoracoabdominal five years ago.** FBU "1477 Naval Hospital, "fleet", the branch number 1, Primor-sky region, Fokino; Medical unit number 100 of FMBA of Russia, Primorsky Krai, Fokino.

Keywords: diaphragmatic hernia, traumatic, a clinical case.

Сведения об авторах:

Каргиева Наталья Георгиевна, врач реанимационно-анестезиологического отделения филиала №1 ФБУ «1477 ВМКГ флота»; 6920880, Приморский край, г. Фокино, ул. Госпитальная, 10; тел.: 8 902 5542226.

Несмеян Анатолий Степанович, хирург, Медсанчасть №100 ФМБА России, Приморский край, г. Фокино.

© Коллектив авторов, 2012

УДК [615.8:616.7 001 07 08](035.3)

Кирсанов В.А., Макаренченко В.Е., Ковалёв В.А., Звиденный Д.Б., Зачиняев Г.В., Проскурин Д.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Филиал № 4 ФБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России», Вольск-18;

ФБУ «1477 ВМКГ флота», Владивосток;

Филиал № 1 ФБУ «1477 ВМКГ флота», Приморский край, Фокино

Ключевые слова: вывихи акромиального конца ключицы, хирургическое лечение.

Вывихи акромиального конца ключицы по литературным данным составляют 3–10% от всех травматических вывихов. В настоящее время для лечения данной патологии используются различные способы традиционных методов лечения – консервативного и оперативного. Многие авторы являются сторонниками оперативного метода лечения. Это связано с большой частотой неудовлетворительных результатов (анатомических и функциональных), полученных при лечении консервативными методами. В настоящее время существует более 100 способов оперативного лечения вывихов акромиального конца ключицы, что указывает на отсутствие единого мнения на данную проблему.

Цель: сравнить результаты хирургического лечения вывихов акромиального конца ключицы различными методами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 67 больных с полными вывихами акромиального конца ключицы. Подавляющее число пациентов с данной патологией (80%) – люди работоспособного возраста. Всем пациентам было выполнено оперативное лечение: 32 больным (1-я группа) – с использованием крючководной пластины, 14 больным (2-я группа) – с использованием других погружных металлоконструкций и различных видов пластики синтетическими материалами, 21 больному (3-я группа) устранение вывиха и фиксация акромиального конца ключицы производи-

лось стержневым аппаратом. В послеоперационном периоде больным 2 группы применялась гипсовая иммобилизация на 5–6 недель, после чего проводилось восстановительное лечение. Пациентам 1 и 3 группы гипсовой иммобилизации не требовалось, больные приступали к восстановлению движений верхней конечности после купирования болевого синдрома на 6–10-е сутки.

Результаты и их обсуждение. Во 2-й группе больных осложнения имели место в 4 случаях (28,6%): миграция, перелом металлоконструкций у 2 пациентов, несостоятельность синтетического эндопротеза связок у 2 пациентов, повлекшие за собой рецидив вывиха акромиального конца ключицы с последующим повторным оперативным лечением. У пациентов 3-й группы зафиксировано 2 осложнения (9,5%) в виде околостержневого воспаления мягких тканей, которые были купированы консервативной противовоспалительной терапией и на продолжительность и исход лечения не повлияли. У пациентов 1-й группы осложнений не было. Трудоспособность пациентов 1-й и 3-й групп была восстановлена через 4–6 недель благодаря ранней функциональной активности. Трудоспособность во 2-й группе восстанавливалась через 8–9 недель.

Выводы. Оперативные методы лечения вывихов акромиального конца ключицы с использованием стержневого аппарата внешней фиксации и с использованием крючководной пластины наряду с техниче-