

А.Н. Плеханов, Д.Р. Буянтуев, О.М. Хен

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ УЩЕМЛЕННЫЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
МУЗ «Закаменская ЦРБ» (Закаменск)

В данной статье приведены некоторые современные данные о частоте, распространенности, локализации и причинах возникновения травматических диафрагмальных грыж. В ней рассматриваются факторы развития такого осложнения как ущемление. Приведен клинический пример успешного лечения больного с ущемленной диафрагмальной грыжей, осложненной эмпиемой плевры и полиорганной недостаточностью.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, ущемление, лечение

TRAUMATIC RESTRAINED DIAPHRAGMAL HERNIAS

A.N. Plekhanov, D.R. Bujantuev, O.M. Hen

The Buryat State University, Ulan-Ude
Zakamensk Central Regional Hospital, Zakamensk

In given article some modern data on frequency, prevalence, localization and the reasons of occurrence of traumatic diaphragmal hernias are resulted. The factors of development of such complications as infringement are considered. The clinical example of successful treatment of the patient with restrained diaphragmal hernia complicated empiema of a pleura and poliorganics insufficiency is shown.

Key words: diaphragmal hernia, infringement, treatment

Травматическая диафрагмальная грыжа — перемещение органов брюшной полости в грудную полость через патологическое отверстие в диафрагме вследствие травмы. Она составляет 13 % от всех диафрагмальных грыж [1].

Повреждение диафрагмы обычно происходит при открытой или закрытой травме грудной клетки и живота. В современных условиях разрыв диафрагмы наиболее часто встречается при ката- и автотравме. Повреждение диафрагмы при тупой травме живота составляет 3–8 %, при закрытой травме груди — 1,1 % случаев [2, 7]. В случае проникающего ранения груди и живота сопутствующее повреждение диафрагмы наблюдается в 3,4 и 2,6 % соответственно. Частота развития травматических диафрагмальных грыж по сводным данным составляет 2–3 % [1].

По данным разных авторов у 57 % грыжа диафрагмы была результатом огнестрельных ранений, у 25 % — колото-резаных ран, у 18 % — закрытых травм. Ятрогенные повреждения диафрагмы могут быть причиной грыжи у больных после диафрагмотормии или резекции диафрагмы или вовлечении ее в патологический процесс при онкологических заболеваниях [5, 6].

Первое подробное описание травматической диафрагмальной грыжи принадлежит Амбруазу Паре. Еще в 1594 г. он описал 2 случая травматической диафрагмальной грыжи, одна из которых развилась после огнестрельного торакоабдоминального ранения.

В России первое известное нам сообщение о травматической диафрагмальной грыже опубликовал в 1852 г. И.В. Буяльский. Почти все наблюдения травматических диафрагмальных грыж до конца XIX в. представляли собой секционные находки.

Лишь с начала XX столетия стало быстро возрастать число прижизненно диагностированных грыж.

В литературе описываются истинные травматические диафрагмальные грыжи, которые развиваются после тангенциальных ранений купола грудобрюшной преграды с повреждением только плевры и мышечного слоя. Оставшаяся неповрежденной диафрагмальная брюшина, постепенно растягиваясь, образует грыжевой мешок. Особенностью таких грыж является отсутствие значительных сращений грыжевого содержимого с мешком.

При левосторонних грыжах дефекты могут иметь весьма разнообразную локализацию. Размеры дефекта при травматической диафрагмальной грыже могут быть различными: от небольшого отверстия, пропускающего один палец, до полной плевро-перитониальной коммуникации. Особенно широкими грыжевые ворота бывают при отрывах диафрагмы, разрывах ее купола.

Форма грыжевых ворот при травматической грыже бывает округлой или щелевидной, со сглаженными углами. Это является результатом рубцового изменения краев дефекта, а также их длительного растяжения эвентрированными органами.

Ущемленные посттравматические диафрагмальные грыжи сравнительно редко встречаются в клинической практике. М.М. Абакумов 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. Невправимость и ущемление составляют 30–40 % всех диафрагмальных грыж. Грыжи после ранений более склонны к ущемлению [8].

Б.Н. Груздев описал случай ущемленной левосторонней диафрагмальной грыжи, не диагностированной при операции по поводу кишечной непроходимости. Был поставлен ошибочный диагноз опухоли селезеночного узла толстой кишки и наложен обходной анастомоз. Окончательный диагноз, несмотря на полноценное обследование больного (рентгенография, фиброколоноскопия), установлен лишь при повторной лапаротомии. Причиной диафрагмальной грыжи явилось нераспознанное повреждение диафрагмы при торакоабдоминальном колото-резанном ранении около 2 месяцев назад.

Трудность диагностики диафрагмальных, в том числе травматических, грыж обусловлена в основном отсутствием у врачей настороженности в отношении данной патологии.

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 [2].

Приводим клиническое наблюдение успешного лечения больного с ущемленной травматической диафрагмальной грыжей.

Больной Н., 34 г. поступил в центральную районную больницу 23.05.2008 с жалобами на боли в грудной клетке слева, тяжесть и боли в левом подреберье с иррадиацией в левую лопатку, одышку, сердцебиение, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что болен в течение нескольких часов.

При обследовании: состояние тяжелое, ЧДД = 24 в мин., гемодинамика стабильная ($A/D = 110/70$ мм рт.ст., $PS = 86$ уд/мин), температура тела 37° . Госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом: внебольничная нижнедолевая пневмония, осложненная плевритом, тяжелое течение. ДН – II – III ст. **Больному назначено комплексное лечение**, включающее антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, иммуностимулирующие препараты.

24.05.2008 состояние пациента резко ухудшилось, что проявлялось резким падением артериального давления до $70/50$ мм рт.ст., холодным липким потом, слабостью, усилением одышки до 28 в мин., тахикардией до 100 уд/мин. В легких отмечается ослабленное дыхание слева. Тахикардия до 110 уд/мин. При осмотре живота он мягкий, болезненный в левом подреберье, несколько вздут. Язык сухой, обложен белым налетом. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При контрольной рентгенографии грудной клетки отмечаются явления гидропневмоторакса слева, на обзорной рентгенограмме брюшной полости патологии не выявлено. При плевральной пункции получена геморрагическая жидкость с кишечным содержимым и неприятным каловым запахом. Врачом-хирургом выставлен диагноз: ущемленная диафрагмальная грыжа слева. После предварительной подготовки 25.05.2008 под общим обезболиванием выполнена передняя торакотомия слева, ревизия плевральной

полости удаление некротизированного участка поперечно-ободочной кишки (30 см). Санация плевральной полости. Затем выполнена срединная лапаротомия, резекция поперечно-ободочной кишки с наложением анастомоза внутрибрюшинно конец в конец, санация и дренирование брюшной полости. Отверстие в левой половине диафрагмы размерами 4×4 см, ушито как со стороны плевральной, так и брюшной полости. Наложить анастомоз после резекции поперечно-ободочной кишки удалось из-за врожденной долихосигмы у больного (анатомическая особенность развития).

В послеоперационном периоде больной Н. получал комплексную терапию: переливание эритроцитарной массы и СЗП, метрогил 3 раза в сутки в/в капельно, цефтриаксон в/в капельно, амиоцин $1,0 \times 4$ р, тиенам, инфузионная терапия, реамберин, рефортан, переливание аминокислот, ежедневные перевязки. Нутритивная поддержка производилась полисубстратной смесью для энтерального питания, продленная ИВЛ не проводилась.

29.05.2008 произведен реторакоцентез (смена дренажей). Послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры, полиорганной недостаточностью, сепсисом. В клинической картине наблюдалась дыхательная, почечная и печеночная недостаточность, отмечалась коагулопатия и энцефалопатия. На фоне проводимого интенсивного лечения к 20 суткам после операции состояние больного стабилизировалось, купированы явления полиорганной недостаточности. Послеоперационная рана грудной клетки нагноилась с образованием лигатурных свищей, которые самостоятельно закрылись к 35 суткам послеоперационного периода.

При тщательном осмотре в области грудной клетки справа обратил на себя внимание горизонтальный рубец длиной 6 см по среднеключичной линии в 5 межреберье, вероятнее всего вследствие колото-резанного ранения, происхождение которого больной объяснить не смог. По-видимому, во время колото-резанного ранения и была повреждена диафрагма.

Больной в удовлетворительном состоянии выписан на 37 сутки от момента поступления в стационар. Через 4 месяца приступил к трудовой деятельности.

Данный клинический пример показывает клинический случай успешного лечения больного с запущенной ущемленной диафрагмальной грыжей, осложнившейся некрозом поперечно-ободочной кишки, полиорганной недостаточностью, сепсисом. Анатомическая особенность больного, заключающаяся в наличии врожденной долихосигмы, позволила выполнить оперативное вмешательство в один этап с наложением толсто-толстокишечного анастомоза без выведения колостомы. Комплексное лечение, включающее активную хирургическую тактику, основанную на тяжести и запущенности процесса, интенсивная терапия с применением современных антибактериальных средств, иммуномодуляторов, а также других препаратов патогенетической терапии и нутритивной поддержки явились залогом благоприятного исхода.

Травматические грыжи наблюдаются значительно чаще слева, чем справа. Это объясняется тем, что большая часть правого купола диафрагмы защищена печенью, которая предотвращает перемещение органов брюшной полости в грудную [5]. В приведенном выше клиническом примере мы наблюдали также левостороннюю локализацию диафрагмальной грыжи.

Чаще всего в полость плевры смещаются поперечно-ободочная кишка, желудок и большой сальник, реже селезенка, слепая или тонкая кишка.

Факторы, способствующее ущемлению: малые размеры дефекта, ригидность кольца, обильный прием пищи, физическое напряжение. Клиническая картина при ущемлениях соответствует клинике кишечной непроходимости. Ущемление может возникнуть при любом типе диафрагмальной грыжи, за исключением скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Ущемленные диафрагмальные грыжи чаще всего возникают после ранее перенесенных торакоабдоминальных ранений, когда во время хирургической обработки раны грудной клетки в нижних ее отделах ранения диафрагмы остаются нераспознанными, что и приводит к образованию грыжи. Реже встречаются паразофагеальные грыжи, когда может произойти ущемление желудка, кишечника петель или сальника при сохранении нормального (поддиафрагмального) расположения кардии. Ущемление может развиваться как на фоне имевшихся симптомов диафрагмальной грыжи, так и среди полного здоровья [4, 5].

Таким образом, ранняя диагностика и комплексное лечение такого осложнения как ущемление диафрагмальной посттравматической грыжи

является одним из важных факторов благоприятного исхода лечения больных с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы / М.М. Абакумов [и др.] // Хирургия. — 2000. — № 7. — С. 28–33.
2. Павлушин А.В. Хирургическое лечение при парастернальных диафрагмальных грыжах / А.В. Павлушин, Р.И. Чернова, Д.А. Фурзиков // Вестник хирургии им. Грекова. — 2000. — Т. 159, № 3. — С. 76–78.
3. Delayed presentation of traumatic diaphragmatic hernia after 28 years of initial trauma: treated laparoscopically / G. Shilpi [et al.] // Internet. J. Surg. — 2008. — Vol. 17, № 1. — P. 34–339.
4. Delayed traumatic diaphragmatic hernia after open splenectomy: a case report / K. Tsuboi [et al.] // Surg. Today. — 2008. — Vol. 38. — P. 352–354.
5. Ospino-Saumett G. Vylvulo gastrico intra-toracico secundario a hernia diafragmatica izquierda crynica postraumatica / G. Ospino-Saumett, P. Martinez-Barbosa, R. Varverde-Robert // Acta med. Costarric. — 2005. — Vol. 47, N 2. — P. 94–96.
6. Ruiz-Tovar J. Hernia diafragmatica congenita asociada a secuestro pulmonar, quiste dermoide y duplicacion intestin / J. Ruiz-Tovar, G. Calero, C. Morales // Rev. Gastroenterol. Peru. — 2008. — Vol. 28, N 3. — P. 244–247.
7. Turhan K. Tramatic diaphragmatic rupture: look to see / K. Turhan, O. Makay, A. Cakan // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2008. — Vol. 33. — P. 1082–1085.
8. Zerey M. Laparoscopic repair traumatic diphragmatic hernia / M. Zerey, T. Heniford, R.F. Sing // Open Tech. Gen. Surg. — 2006. — № 8. — P. 27–33.

Сведения об авторах:

Плеханов А.Н. Д.м.н., профессор. Зав кафедрой госпитальной хирургии БГУ, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а.