

УЩЕМЛЕННЫЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ГРЫЖИ ДИАФРАГМЫ. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Азимова Л.Ф.¹, Сатырева А.В.², Напреенко И.В.³, Адамович Д.М.⁴

Email: Azimova6100@scientifictext.ru

¹Азимова Линда Фуадовна – студент;

²Сатырева Алла Владимировна – студент;

³Напреенко Игорь Владимирович – студент,

⁴Адамович Дмитрий Михайлович – старший преподаватель,
кафедра хирургических болезней № 2,

Учреждение образования

Гомельский государственный медицинский университет,

г. Гомель, Республика Беларусь

Аннотация: ущемленные посттравматические диафрагмальные грыжи – сравнительно редкая патология, которая характеризуется возникновением сложностей при диагностике и лечении, большим количеством диагностических, а также лечебно-тактических ошибок, которые впоследствии способны привести к развитию тяжелых осложнений, вплоть до летального исхода.

В данной статье представлены различные методы диагностики данной патологии и выявлены самые эффективные из них. Также представлены способы хирургического лечения и ведение пациентов в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: ущемлённые грыжи, диафрагмальные грыжи, посттравматические диафрагмальные грыжи, диагностика, хирургическое лечение, торакоскопия, лапаротомия.

STRANGULATED POST-TRAUMATIC HERNIA OF THE DIAPHRAGM. DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT

Azimova L.F.¹, Satyрева A.V.², Napreenko I.V.³, Adamovich D.M.⁴

¹Azimova Linda Fuadovna - Student;

²Satyрева Alla Vladimirovna - Student;

³Napreenko Igor Vladimirovich – Student;

⁴Adamovich Dmitriy Mikhailovich - Senior Lecturer,

DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES № 2

GOMEL STATE MEDICAL UNIVERSITY,

GOMEL, REPUBLIC OF BELARUS

Abstract: strangulated posttraumatic diaphragmatic hernias are a relatively rare pathology that is characterized by difficulties in diagnosis and treatment, a large number of diagnostic, as well as therapeutic and tactical errors, which can subsequently lead to the development of severe complications, up to a fatal outcome.

This article presents various methods of diagnosis of this pathology and identifies the most effective of them. Methods of surgical treatment and management of patients in the postoperative period are also presented.

Keywords: strangulated hernias, diaphragmatic hernias, posttraumatic diaphragmatic hernias, diagnostics, surgical treatment, thoracoscopy, laparotomy.

УДК 616.34-007.43-031:611.26-07-089

Актуальность темы:

Одной из проблем неотложной хирургии, которая всё ещё остаётся нерешённой, является диагностика и лечение повреждений диафрагмы.

Причиной тому является не только одновременное нарушение целостности двух полостей, а также высокий показатель диагностических и лечебно-тактических ошибок.

Ущемленные диафрагмальные грыжи — сравнительно редко встречаемая патология, но всё же в последнее время возрастает количество пациентов с данной патологией [1, 2, 3].

Основными причинами являются криминогенные травмы, возникающие в результате использования огнестрельного и холодного оружия, открытые и закрытые травмы грудной клетки и живота, кататравмы и увеличивающееся с каждым годом число дорожно-транспортных происшествий [4, 5].

Чаще повреждается левый купол диафрагмы, а правосторонняя локализация дефекта возникает лишь в 10-15% [6, 7, 8].

Сложность в постановке диагноза возникает в результате отсутствия специфических симптомов повреждения диафрагмы, наличия сочетанных повреждений органов грудной и брюшной полостей, которые маскируют проявления поражения диафрагмы, а также связана с тяжестью состояния.

Среди пострадавших большую часть занимают люди молодого возраста [7, 10, 11].

Следовательно, данные исследования являются социально значимыми и сохраняют свою актуальность.

Цель исследования: Выработка алгоритма диагностики и подбор тактики хирургического лечения пациентов с ущемлёнными посттравматическими диафрагмальными грыжами.

Материал и методы исследования: На базе учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в период с 1989 по 2019 гг. было оперировано 30 пациентов с ущемлёнными посттравматическими грыжами диафрагмы в возрасте от 27 до 65 лет.

В анамнезе у 22 пациентов имелись различные травмы в прошлом, в том числе проникающее ранение груди было у 14 пациентов, дренирование плевральной полости по поводу гемо-, пневмоторакса при закрытой травме груди было выполнено 8 пациентам.

С ущемлением в острый период травмы поступило 19 пациентов (63,3%), с открытой травмой груди в анамнезе 4 пациента (13,3%), а с закрытой травмой в анамнезе - 7 пациентов (23,3%).

Главной причиной первичного повреждения диафрагмы у 22 (73,3%) пациентов — дорожно-транспортное происшествие; удар тупым предметом у 3 (10%) пациентов, а колото-резаные раны грудной клетки в анамнезе у 5 (16,7%) пациентов.

Удельный вес мужчин среди пациентов составил 68%, с торакоабдоминальными ранениями - 87 %. Около 90 % пострадавших - люди в возрасте до 60 лет, что делает проблему их лечения весьма актуальной.

Результаты исследования и их обсуждение:

При поступлении пострадавшим проводился комплекс инструментальных исследований.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки выполнили в прямой и боковой проекциях. Выявили дислокацию органов брюшной полости в плевральную полость. Установить диагноз на основании рентгенологической картины удалось только у 13 (43,3%) пациентов. В плевральной полости полый орган был выявлен 53,3% пациентов, в заднем средостении - 16,7% пациентов.



Рис. 1 - 3. Рентгенограммы пациента с посттравматической ущемленной диафрагмальной грыжей

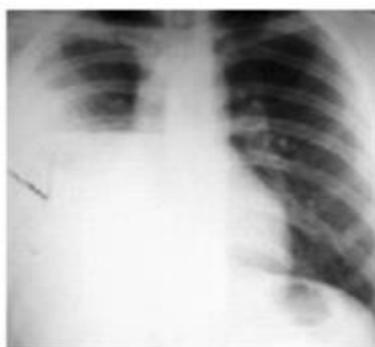


Рис. 4. Правосторонняя ущемленная посттравматическая диафрагмальная грыжа (перфорация ободочной кишки, принятая за плеврит, который был задренирован)

Ультразвуковое исследование позволило получить более полную информацию. Всем пациентам было проведено УЗИ органов грудной и брюшной полости. По УЗИ органов брюшной полости определили стёртость контуров диафрагмы, ограничение дистанции дыхательных экскурсий. При УЗИ плевральной полости удалось выявить у 8 (26,67%) пациентов над диафрагмой гомогенное образование, четко выявляемое при вдохе и выдохе.

Тот же эффект при наличии в плевральной полости полого органа с жидкостью и газом у 20 (67%) пациентов.



Рис. 5. УЗИ: имеется свободная жидкость в плевральной полости

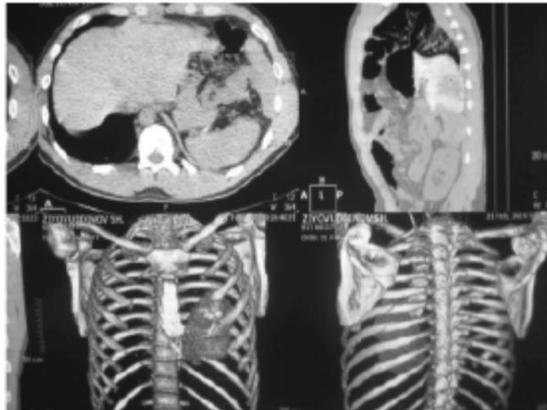


Рис. 6. КТ: признаки пролабирания органов брюшной полости в левую плевральную полость, гемоторакс слева, ушиб левого легкого. Смещение органов средостения вправо. Перелом 6-7 ребер слева

ФГДС было выполнено 14 (46,7%) пациентам при наличии дисфагии и подозрении на перфорацию язвы.

Спиральная компьютерная томография — наиболее эффективный метод диагностики ущемлённой диафрагмальной грыжи. Была выполнена 12 (40%) пациентам. В основном, показанием для данного исследования являлось подозрение на наличие опухоли легкого или средостения. При исследовании были выявлены транслокации сальника или полых органов (у 100% обследованных).

Эндовидеохирургические вмешательства выполнялись при наличии установленного диагноза и с целью диагностики заболевания. Торакоскопия и лапароскопия выполнялась 6 (20%) пациентам, 20 (66,7%) пациентам — торакоскопия и 4 (13,3%) — только лапароскопия. Эндовидеохирургические вмешательства обладает 100% чувствительностью при диагностике ущемлённых посттравматических грыж диафрагмы.

При ущемлённых посттравматических грыжах площадь поражения составляет от 8 до 45 см². Наряду с этим, площадь правосторонних грыжевых ворот значительно меньше, чем левосторонних, и связано это с амортизирующими свойствами печени, которая воспринимает часть кинетической энергии удара на себя. [12]

Пациенты с ущемлёнными диафрагмальными грыжами подлежат хирургическому лечению, целью которого является восстановление целостности диафрагмы. Выбор доступа осуществляется исходя из локализации грыжи.

11 (36,7%) пациентам удалось провести оперативное вмешательство эндовидеохирургическим способом. В качестве диагностики применён у 16 (53,3%) пациентов, однако из-за некроза кишки произвести оперативное вмешательство не удалось. При правосторонней локализации ущемлённой грыжи с ущемлением тонкой кишки 3 (10%) пациентам была произведена торакоскопия, рассечение грыжевых ворот. После детального осмотра и убеждения в жизнеспособности петель тонкой кишки они погружались в брюшную полость. Дефект в диафрагме ушили непрерывным швом.

У 6 (20%) пациентов с левосторонней локализацией грыжи хирургическое вмешательство начиналось с торакоскопии, за счёт которой была выполнена санация плевральной полости и освобождение лёгкого от межплевральных сращений. Ущемленные органы были прикреплены к краю диафрагмы и были нежизнеспособными. При этом мобилизация органов в грыжевых воротах не проведена. Выполнилось

промывание плевральной полости раствором бетадина, дренирование плевральной полости, троакарные раны зашивались. Произвели верхнюю срединную лапаротомию. Мобилизовали ущемленную петлю кишки. Затем выполнили резекцию тонкой кишки, отступая на 40 см проксимальнее и 15 см дистальнее от края ущемления. Непрерывность кишечника восстановили анастомозом «конец в конец». Далее рассекли ущемляющее кольцо, удалили ущемленную петлю кишки и ушили дефект диафрагмы однорядным узловатым швом. Длина ущемленной петли составила от 10 до 30 см.

Торакоскопия, лапаротомия, ушивание дефекта диафрагмы, НГИ, резекция тонкой кишки, поперечной ободочной кишки по типу Микулича выполнена у 3 (10%) пациентов. У них было одновременное ущемление петель поперечной ободочной кишки. После торакоскопии произвели рассечение межплевральных сращений и санацию плевральной полости. У всех трех пациентов петли кишечника выявили нежизнеспособными. После дренирования плевральной полости троакарные раны ушили, выполнили лапаротомию. После мобилизации ущемленных петель кишечника, НГИ и эвакуации содержимого выполнили резекцию тонкой кишки с восстановлением непрерывности. Петли ободочной кишки прошивались двумя рядами швов и пересекались между ними. Далее удалили ущемленные петли кишки, ушили дефект диафрагмы. Затем сформировали двустольную колостому по типу Микулича, которую вывели в левое подреберье. Приводящую петлю после ушивания раны открывали на операционном столе. Перемычку между петлями ободочной кишки рассекли на протяжении 5 см на 9 сутки и ещё через 5 дней колостому закрывали околосошцевым доступом. У 11 (36,7%) пациентов была ущемлена петля поперечной ободочной кишки. При торакоскопии у 5 (16,7%) пациентов петлю ободочной кишки выявили жизнеспособной, и после рассечения ущемляющего кольца она была погружена в брюшную полость, дефект диафрагмы ушит. У 6 (20%) пациентов петля кишки оказалась некротизированной. У них, после санации и дренирования плевральной полости, выполнена резекция поперечной ободочной кишки с формированием двустольной колостомы по Микуличу [12].

В послеоперационном периоде пациентам была обеспечена комплексная терапия, включающая в себя: переливание СЗП и эритроцитарной массы, введение раствора цефтриаксона в/в капельно, раствора амикацина 1.0 х 4р., раствора метрогила 3 раза в сутки в/в капельно, тисам, реамберин, рефортан, инфузионная терапия, ежедневные перевязки. Нутритивная поддержка проводилась полисубстратной смесью для энтерального питания.

В послеоперационном периоде от осложнений умерло 3 (10%) пациента. Причиной смерти явилось тромбоэмболия лёгочной артерии (3,3%), сепсис на фоне перитонита (3,3%) и сепсис на фоне эмпиемы плевры (3,3%).

Выводы:

1. Таким образом, для диагностики ущемлённых посттравматических грыж диафрагмы необходимо применение комплекса инструментальных методов исследования. При этом, наибольшей эффективностью обладают спиральная компьютерная томография и эндовидеоскопическое исследование, которые помогают снизить тяжесть оперативного вмешательства.

2. При некрозе ущемлённых петель производят лапаротомию, после которой выполняют резекцию кишки с восстановлением непрерывности или формированием колостомы. Затем удаляется некротизированная петля кишки и ушивается дефект диафрагмы.

3. Ущемление — тяжёлое осложнение диафрагмальных грыж, которое при поздней диагностике приводит к летальности в послеоперационном периоде. На фоне осложнений умерло 3 (10%) пациента. Причиной смерти явилось тромбоэмболия лёгочной артерии (3,3%), сепсис на фоне перитонита (3,3%) и сепсис на фоне эмпиемы плевры (3,3%).

Список литературы / References

1. *Losanoff J.E., Sauter E.R.* Congenital posterolateral diaphragmatic hernia in an adult // *Hernia*, 2004. Т. 8. № 1. С. 83-85.
2. *Аскерханов Г.Р., Халилов А.Х., Магомедов М.И.* Осложнения поздних проявлений ранения левого купола диафрагмы // *Материалы Всероссийской конференции хирургов, посвященной*, 2005. С. 259.
3. *Васютков В.Я., Челноков В.С., Васютков А.В.* Диагностика и хирургическое лечение поврежденных диафрагмы и посттравматических диафрагмальных грыж // *Актуальные вопросы торакальной хирургии*. Пермь, 1998. С. 64-66.
4. *Гетьман В.Г.* Диагностика и лечение посттравматических диафрагмальных грыж // *Клиническая хирургия*, 1989. С. 25-26.
5. *Сотниченко Б.А., Салиенко С.В., Сотниченко А.Б. и др.* Диагностика и лечение травматических ущемленных диафрагмальных грыж // *Грудная и сердечно-сосудистая хир.*, 2006. С. 67-71.
6. *Gwely N. N.* Outcome of blunt diaphragmatic rupture. Analysis of 44 cases // *Asian Cardiovasc. Thorac. Ann.*, 2010. Vol. 18. № 3. P. 240—243.

7. *Авилова О.М., Макаров А.В., Гетьман В.Г.* Ошибки диагностики травматических грыж диафрагмы при закрытых повреждениях груди *Вестн. хир.*, 1988. № 2. С. 96-99.
8. *Freixinet Gilart J., Hernandez Rodriguez H., Martinez Vallina P., Moreno Balsalobre R., Rodriguez Suarez P.*, 2011. SEPAR. Guidelines for the diagnosis and treatment of thoracic traumatism. *Arch Bronconeumol.* P. 47, 41-49.
9. *Gao J.M., Du D.Y., Li H., Liu C.P., Liang S.Y., Xiao Q.* *Traumatol.*, 2015. P. 18, 21-26.
10. *Греджев А.Ф., Колкин А.Г.* Ущемленные диафрагмальные грыжи *Хирургия*, 1975. С. 25-29.
11. *Chmatal P., Novotny M., Kipka P. et al.* Tension gastrothorax as a late consequence of a undiagnosed rupture of the diaphragm // *Rozhl. Chir.*, 2005. Vol. 84. P. 3-6.
12. *Кубачев К.Г., Кукушкин А.В., Зайцев Д.А.* Диагностика и хирургическое лечение ущемленных диафрагмальных грыж // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина*, 2012. № 1.