

В.Н. ШИЛЕНОК, Г.Н. ГЕЦАДЗЕ, А.В. ЕРЁМА

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА
ПОД МАСКОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ И ГИДРОТОРАКСАУО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

В статье приведено клиническое наблюдение больного, который находился на лечении в одной из клиник г. Витебска по поводу закрытой травмы грудной клетки, множественных переломов рёбер, травматической пневмонии, гидроторакса слева. После выписки больной повторно госпитализирован и прооперирован в БСМП г. Витебска по поводу посттравматической диафрагмальной грыжи, гигантской язвы желудка с хорошим отдалённым результатом.

Ключевые слова: посттравматическая диафрагмальной грыжа, посттравматическая пневмония, гидроторакс, оперативное лечение.

The article presents the clinical observation of the patient, who was treated in one of the clinics of Vitebsk with closed injury of the thoracic cage, multiple fractures of the ribs, traumatic pneumonia, and hydrothorax in the left side. After discharge the patient was hospitalized in Vitebsk emergency hospital with the posttraumatic diaphragmal hernia, giant gastric ulcer. The patient was operated on with the positive remote results.

Keywords: posttraumatic diaphragmal hernia, posttraumatic pneumonia, hydrothorax, surgical treatment.

Диафрагмальные грыжи составляют 2% от всех видов грыж, травматические диафрагмальные 0,2%. Редкость патологии обуславливает известные трудности при диагностике [1, 2, 3, 4].

Приводим клиническое наблюдение, когда правильный диагноз был поставлен только через 2 месяца после травмы.

Больной К., 1970 г.р., история болезни № 9139, поступил в 1-е хирургическое отделение БСМП 8-го декабря 2006 года. Жаловался на умеренные боли в эпигастрии, в левом подреберье, тошноту, многократную рвоту после еды, слабость, последнюю неделю эти признаки быстро прогрессировали.

В течение месяца в октябре – ноябре 2006 г. по поводу закрытой травмы грудной

клетки, множественных переломов рёбер слева, посттравматической пневмонии с гидротораксом находился в Витебской областной клинической больнице, где в процессе лечения выполнено дренирование плевральной полости слева.

Состояние при поступлении средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Дыхание везикулярное, несколько ослаблено слева в нижних отделах, ЧД – 18 в минуту. Слева в 6 межреберье по средне-подмышечной линии рубец 1,5 см без признаков воспаления. Тоны сердца ритмичные. АД 120/70 мм рт.ст. Пульс – 88 в минуту. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Перитонеаль-

ные симптомы не вызываются. Стула не было 7 дней. Газы отходят. Мочеиспускание не учащено, безболезненно. УЗИ органов брюшной полости 8.12.06. г. Без патологии. Свободной жидкости в брюшной и грудной полостях нет.

ФГДС 8.12.06.г.: пищевод эрозирован, с налетом фибрина. Кардия в норме. В желудке большое количество коричневого содержимого. Эвакуировано до 2-х литров бурого-коричневого содержимого с остатками пищи. В средней трети тела на 55 см от резцов определяется резкая деформация в виде щели 0,8 x 2,5–3 см без изъязвлений и инфильтраций. Пройти в антральный отдел не удалось.

Заключение: деформация средней трети желудка со стенозированием. Эрозивный эзофагит. Рак желудка?

Рентгенография грудной клетки. 8.12.06.г. Легкие: слева множественные сросшиеся переломы ребер, множественные плевродиафрагмальные спайки и шварты, плевральные паракостальные наложения. Уточнить расположение желудка (в грудной клетке либо брюшной полости затруднительно). Справа единичные сросшиеся переломы ребер. Средостение не смещено. *Заключение:* массивные спайки и шварты слева. Подозрение на повреждение диафрагмы, диафрагмальную грыжу слева.

Рентгеноскопия пищевода и желудка. 9.12.06. г. Глотка, пищевод свободно проходимы. Желудок грубо деформирован, в брюшной полости расположены свод, верхняя часть тела желудка. Нижняя треть тела, антральный отдел грубо деформированы, расположены в грудной клетке (рис. 1, 2, см. вкладыш). Луковица и петля 12-перстной кишки выпрямлены, расположены вертикально. Предполагаемая зона грыжевых ворот, дефекта диафрагмы – сухожильная часть, передний скат диафрагмы. *Заключение:* диафрагмальная грыжа, косвенные признаки повреждения диафрагмы,

предполагаемая зона дефекта диафрагмы – передний скат и центральная сухожильная часть, в грудной клетке расположена нижняя треть тела и антральный отдел, грудоплевродиафрагмальные спайки и шварты, множественные сросшиеся переломы ребер слева.

Общий анализ крови. 8.12.06.г. Гемоглобин – 82 г/л; Эр – $2,7 \times 10^{12}/л$; Л – $10,0 \times 10^9/л$; П – 4% С – 53% Л – 40% М – 3%, ЦП – 0,9; СОЭ – 68 мм/ч; Анизоцитоз “+”; Пойкилоцитоз “+”.

Реакция Грегерсена в кале отрицательная.

Ирригоскопия. 15.12.06.г. *Заключение:* вся толстая кишка расположена в брюшной полости! Грубой патологии не выявлено.

Диагноз: посттравматическая диафрагмальная грыжа. Хроническая анемия смешанного генеза средней степени.

19.12.06.г. Операция – трансплевральная резекция большой кривизны желудка и сальника. Пластика грыжевых ворот диафрагмы. Дренирование грудной клетки по Бюлау. Дренирование брюшной полости (проф. Шиленок В.Н.).

Под общим эндотрахеальным наркозом выполнена срединная лапаротомия. При ревизии резко увеличенная печень. В левой части купола диафрагмы имеется дефект, в котором находится большая часть желудка, его большая кривизна вместе с большим сальником и поперечно-ободочной кишкой. Ниже диафрагмы имеется плотная неподвижная опухоль, при оттеснении которой от диафрагмы обнаружена гигантская язва большой кривизны, которая пенетрировала в диафрагму и поперечно-ободочную кишку. Ущемленный орган плотно фиксирован в грудной полости (рис. 3). Произведена торакотомия в 7 межреберье слева. Над диафрагмой имеется мощный воспалительный процесс, в который замурована большая кривизна желудка и часть некротизированного большого

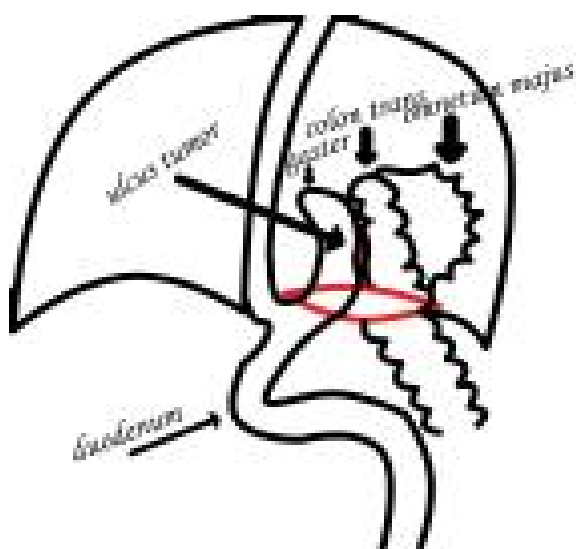


Рис. 3. Схема операции.

сальника. Постепенно желудок и сальник выделен из сращений до грыжевых ворот, отсечен под грыжевыми воротами. Большая кривизна желудка вместе с большим сальником удалены трансплеврально. Выполнена пластика грыжевых ворот диафрагмы П-образными и узловыми швами. Плевральная полость дренирована в 7 межреберье по Бюлау. Торакотомическая рана ушита. Через выполненный ранее абдоминальный разрез иссечена гигантская язва большой кривизны, пенетрирующая в поперечно-ободочную кишку и диафрагму. Ушита десерозированная часть поперечно-ободочной кишки. По передней и задней стенке в поперечном направлении желудок ушит швом Микулича и узловыми швами. Пилоропластика не производилась. Поддиафрагмальное пространство дренировано через отдельный прокол в левом подреберье. Лапаротомическая рана послойно ушита наглухо.

Макропрепарат:

1. Резецированный желудок по большой кривизне с большим сальником.
2. Иссеченная язва большой кривизны желудка, пенетрирующая в поперечно-ободочную кишку и диафрагму.

Диагноз. Закрытая травма грудной клетки слева и брюшной полости с повреждением диафрагмы. Травматическая грыжа диафрагмы с ущемлением большой кривизны желудка и большого сальника. Гигантская язва желудка, с пенетрацией в поперечно-ободочную кишку и диафрагму.

В послеоперационном периоде умеренный левосторонний гидроторакс, который излечен консервативно. 30.12.06 г. в удовлетворительном состоянии выписан из стационара на амбулаторное лечение по настоянию. Через 1,5 года трудоспособность больного сохранена, жалоб не предъявляет.

Выводы

1. При закрытых травмах грудной клетки повреждение диафрагмы может протекать под маской пневмонии.
2. Сочетанный абдоминальный и трансплевральный доступ без рассечения рёберной дуги является оптимальным вариантом операции при лечении травматической грыжи диафрагмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петровский, Б. В. Хирургия диафрагмы / Б. В. Петровский, Н. Н. Каншин, Н. О. Николаев. – Москва, 1975.
2. Амосов, Н. М. Очерки торакальной хирургии / Н. М. Амосов. – Киев, 1973.
3. Атлас операций на диафрагме / Л. Г. Завгородний [и др.]. – Кишинёв, 1991.
4. Кузин, М. И. Хирургические болезни / М. И. Кузин. – Москва: «Медицина», 2006.

Поступила 20.03.2008 г.