

УДК 616.26:617-089

© В.А. Беленький, В.А.Бородай, Ю.Л. Шальков, 2011.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИАФРАГМЫ: ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

В.А. Беленький, В.А.Бородай, Ю.Л. Шальков

DIAPHRAGM INJURY: APPLIED ASPECTS OF TREATMENT

V.A. Belenky, V.A. Borodai, Y.L. Shalkov

SUMMARY

In many cases, diaphragmatic hernia after closed injuries remain unrecognized and are manifested only in the arising complications requiring very complex surgical interventions.

In patients admitted to the hospital after an injury, or other status, which was accompanied by a sharp increase in intra-abdominal pressure, have revealed high standing of aperture, in the absence of other clinical manifestations should be suspected gap aperture. The diagnostic method of choice in tears aperture is a x-ray of the chest cavity, thoracoscopy as if such damages, before the onset of necrotic changes of pathological changes in the abdominal cavity is not defined.

ПОШКОДЖЕННЯ ДІАФРАГМИ: ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ

В.О. Беленький, В.О. Бородай, Ю.Л.Шальков

РЕЗЮМЕ

В багатьох випадках діафрагмальні грижі після закритих травм залишаються нерозпізнаними і проявляються лише при виникненні ускладнень, які потребують, вельми складних оперативних втручань. У хворих, які поступили в стаціонар внаслідок отримання травми, або іншого стану який супроводжувався різким підвищенням внутрішньочеревного тиску при високому стоянні купола діафрагми при відсутності інших клінічних проявів необхідно запідозрити розрив купола діафрагми. Діагностичними методами вибору при розривах діафрагми слід вважати рентгеноскопію органів грудної клітини, відео торакоскопію так як при подібних ушкодженнях до наступлення некротичних змін патологічних змін з боку защемлених органів черевної порожнини не визначається.

Ключевые слова: разрыв, правый купол, левый купол, френикотомия, френикопластика.

Актуальность вопросов травмы диафрагмы обусловлена сравнительной редкостью случаев, весьма малым индивидуальным опытом большинства хирургов, вовлечением двух пограничных анатомических областей. Определенной спецификой диагностической и лечебной тактики.

Цель сообщения привести опыт лечения пострадавших с повреждениями диафрагмы, оказанной в общехирургическом стационаре с учетом особенностей травмы, распознавания, характера и объема оперативного вмешательства и непосредственные исходы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования касаются наблюдений над 12 больными, оперированными по поводу повреждения диафрагмы и смежных органов.

Среди пострадавших достоверно (83,3±10,7%, p<0,01) преобладали лица мужского пола в возрасте 35,1±3,3 лет, что соответствует данным исследователей (К.М. Лисицин и соавторы 1984). Закрытая травма имела место у 6 больных, наиболее чаще (4 случая) как результат дорожно-транспортного происшествия. Открытые повреждения (5), как правило, были следствием колото-резаной раны. Лишь у одной больной в анамнезе было оперативное вмешательство по по-

воду торакобронхиального свища. Практическое значение имеет факт локализации повреждения: из 12 наблюдений у 8 пострадавших травма была левосторонней, причем в результате тупого воздействия – в 6 случаях. Как оказалось в последующем локальное повреждение диафрагмы имело место лишь у двух больных, у остальных – в сочетании с вовлечением кишки (желудка) – 6, повреждения печени – 4, селезенки 3, ранение ткани легкого – 2 случая. У троих пациентов констатирована политравма, включая черепно-мозговую.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее трудными оказались вопросы распознавания закрытой травмы диафрагмы. Если при открытой травме четверо пострадавших поступили в первые 1,5 – 2,0 часа, то при закрытой травме лишь один больной доставлен в ближайшие часы, а остальные в диапазоне трех – семи суток, восьми – пятнадцати месяцев. При этом повреждения диафрагмы при открытой травме диагностировались сразу во время оказания хирургического пособия. У больных с закрытой травмой дефекты диагностировались лишь спустя длительное время, как правило в связи с возникшими поздними ущемлениями в

дефекте диафрагмы толстой (4) кишки или желудка. Важно отметить, что ни в одном случае у поступивших в прошлом с закрытой травмой не было высказано даже подозрения на возможность диафрагмальной грыжи. Направительные диагнозы касались острого панкреатита, гастрита, спаечной болезни, других гастроэнтерологических заболеваний.

Тем не менее, у двух больных истинный диагноз диафрагмальной грыжи оказался возможным до поступления в стационар благодаря случайно выполненному рентгенологическому исследованию грудной клетки. У остальных больных распознавание входило в логическое русло лишь после скопии грудной клетки и выявления в грудной полости газосодержащего образования толстой кишки или желудка. В таких случаях становились «понятными» жалобы больных на одышку, боль в грудной клетке, абдоминальные проявления. Тщательное рентгенологическое исследование, включающее пероральное контрастирование ЖКТ завершали диагностику.

Формирование лечебной тактики и выбор объема оперативного пособия диктовались сроками и характером выявленной патологии. У 8 из 12-ти больных оперативное вмешательство выполнено комбинированным торако-абдоминальным доступом. Как правило, операции носили сочетанный характер. Объем вмешательства – ургентного или планового, предусматривал восстановление целостности диафрагмы, её ушиванием в случаях открытой травмы (12), освобождение эвентерированных полых органов (кишка, желудок, сальник), перемещением их в брюшную полость и пластику диафрагмы, резекцию ущемленной и некротизированной толстой кишки или стенки желудка, выполнение спленэктомии (6), ушивание ран печени (4), ушивание ран лёгкого (2), дренирование плевральной полости (5).

Обычно характер, объем и последовательность выполнения «плановых» вмешательств отличаются значительными вариациями требующими принятия нередко неординарного решения. Сказанное иллюстрируется следующими наблюдениями.

1. Пациент П 1990 года рождения около 17.00 10.06.2009 года получил удар руками в грудную клетку сзади, от которого упал. Факт травмы скрыл. Ночью появились боли в верхних отделах живота, левой половине грудной клетки. Доставлен в городскую больницу, где в 03.30 11.06.2009 выполнена лапароскопия, при которой патологии в брюшной полости не выявлено. В 15.30 12.06.2009 переведен в Полтавский госпиталь с диагнозом – Острый панкреатит. При обследовании беспокоила слабость, боли в левых отделах груди, живота. Рентгенография ОГК – высокое стояние левого купола диафрагмы, по заднему краю до 7 ребра, смещение органов средостения вправо, утолщение костальной плевры, экскурсия левого купола диафрагмы резко снижена. Рентгенография ОБП свободного газа, чаш Клойбера не выявлено. На УЗИ

ОБП гиперпневматоз кишечника, свободная жидкость у верхнего полюса селезенки в небольшом количестве, почки, печень, желчный пузырь без особенностей, поджелудочная железа не видна из – за газа в толстой кишке. На ФГДС эрозивный дуоденит. В общем анализе крови лейкоцитоз $14,2 \times 10^{12}/л$, п-35, с-46, в общем анализе мочи увеличен белок до 0,18 г/л, остальные биохимические показатели в пределах нормы. Выполнен лапароцентез, патологических примесей не выявлено. Больной сразу переведен в ВМКЦ, получал лечение деструктивного панкреатита, левосторонней плевропневмонии. 13.06.2009 года состояние больного прогрессивно ухудшалось. Левое легкое колабировано, в плевральной полости жидкость, уровень газа. Заподозрен разрыв левого купола диафрагмы с дислокацией органов живота в плевральную полость. На операции: сальник, поперечная ободочная кишка и селезёночный угол дислоцированы и ущемлены в левую плевральную полость. Выполнена френикотомия, резекция сальника, ущемленного участка кишки, пластика диафрагмы, дренирование левой плевральной, брюшной полостей. Послеоперационное течение осложнилось развитием ранней кишечной непроходимости и 16.06.2009 релапаротомия трансанальная интубация толстой кишки, висцеролиз; некротического панкреатита и 26.06.2009 года релапаротомия вскрытие, дренирование подпечёночного абсцесса слева, вскрытие с некросеквестректомией, санация абсцесса хвоста поджелудочной железы. После этого больной пошёл на поправку, выписан 01.10.2009 года, уволен из рядов ВС Украины.

2. Пациент Щ, 1981 года рождения попал в ДТП 05.07.2009 года в 23.20. Первая помощь оказана в районной больнице, где выявлено: Политравма. ЗЧМТ. Субарахноидальное кровотечение. Ушиб головного мозга. Множественные переломы рёбер справа. Правосторонний гемопневмоторакс. Травматический шок третьей степени. Выполнен торакоцентез во 2 межреберье справа, эвакуировано 1,5 литра гемолизированной крови, оставлен дренаж по Бюлау. При лапароскопии патологии не выявлено. 06.07.2009 в 15.10 доставлен в ВМКЦ. Без сознания. Дыхание справа ослаблено, отделяемого по дренажам нет. При рентгенологическом контроле отмечается высокое стояние правого купола диафрагмы. В общеклиническом анализе крови воспалительные изменения, в биохимическом подъём трансаминаз до 4600 при норме до 50 у/л. Постепенно заболевание прогрессировало, нарастала дыхательная, печёночная недостаточность. При рентгенографии 08.07.2009 отмечен значимый подъём диафрагмы справа. Выполнена видеоассистированная торакотомия справа, коагуляция субкапсульных разрывов печени, ушивание диафрагмы. При пробной лапаротомии патологии не выявлено. После операции больной пришёл в сознание. Уровень трансаминаз нормализовался через две недели. Больной выписан 25.08.2009 года без ограни-

чения годности к военной службе.

3. Пациент Н, 1963 года рождения доставлен начмедом части 27.11.2010 года. При осмотре предъявлял жалобы на слабость, интенсивные боли в животе, за грудиной, тошноту. Из анамнеза известно, что накануне 31.10.2010 года допустил погрешности в диете, утром 01.11.2010 была неоднократная рвота. Год назад попал ДТП, получил закрытую травму живота, ушиб передней брюшной стенки. Документов подтверждающих лечение, факт травмы нет. При ФГДС выявлены эрозии в нижней трети пищевода. При рентгеноскопии лёгких высокое стояние левого купола диафрагмы. На УЗИ признаки хронического панкреатита, проявляющиеся в неоднородности ткани поджелудочной железы. В клиническом анализе крови воспалительные изменения, в биохимическом без патологических изменений. Получал лечение по поводу острого панкреатита. При рентгенографии лёгких выявлено высокое стояние левого купола диафрагмы. При ежедневном контроле ФГДС и рентгенографии лёгких 29.11.2010 выявлен дополнительный ход в желудке налево и вверх, купол поднялся до 2 межреберья, газовый пузырь желудка в левой плевральной полости. Выполнена лапаротомия, френикотомия, резекция некротизированной части желуд-

ка, ушивание диафрагмы, дренирование левой плевральной полости.

ВЫВОДЫ

Исходно тяжёлый контингент пострадавших и, как правило, достаточно большой объём оперативного вмешательства, сказался на непосредственных результатах: 4 случая несостоятельности толстокишечных анастомозов, у 4-х больных возникла необходимость выполнения релапаротомии, одно наблюдение завершилось формированием кишечного свища. Из всех оперированных погиб один больной (8,3%) по причине несостоятельности швов толстокишечного анастомоза и прогрессирующего перитонита. В свою очередь, осложнений со стороны плевральной полости не возникало.

ЛИТЕРАТУРА

1. Флорикян А.К. Хирургия повреждений груди. Харьков Основа, 1998
2. Петров Н.Н. Лечение ранений. Л. Медгиз, 1983, 395 с.
3. Недвецкая Л.М. Муравьёв С.М. Диагностика и лечение травмы груди мирного времени. Грудная хирургия. 1988, №3 с. 63-67.
4. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. – Киев: Здоров'я, 1987.