

**Особенности диагностики и протезирования крупной левосторонней
посттравматической диафрагмальной грыжи**

Features of diagnostics and plasty of large left-sided

posttraumatic diaphragmatic hernia

В.П. Земляной, Б.В. Сигуа, А.В. Никифоренко, П.А. Котков.

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова. Санкт-Петербург.

Сигуа Бадри Валериевич – 191015 г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная 41.
Контактный телефон: 8-911-197-93-43; e-mail: dr.sigua@gmail.com.

Резюме: Посттравматические диафрагмальные грыжи чаще всего развиваются как следствие открытой или закрытой травмы груди и живота, торакоабдоминальных ранений и ятрогенных повреждений. Приведено клиническое наблюдение успешной диагностики и лечения пациентки с крупной посттравматической диафрагмальной грыжей, развившейся после лапароскопической спленэктомии, сопровождавшейся техническими особенностями. Вмешательства при объемных посттравматических диафрагмальных грыжах относятся к сложным реконструктивным операциям и требуют применения аллопластических материалов для адекватной коррекции.

Ключевые слова: посттравматическая диафрагмальная грыжа, лапароскопия.

Summary: Post-traumatic diaphragmatic hernia often develop as a result of an open or closed chest and abdomen injury, thoracoabdominal and iatrogenic. A clinical observation of successful diagnosis and treatment of patient with major post-traumatic diaphragmatic hernia, developed after laparoscopic splenectomy, accompanied by technical features, is exemplified. Operative treatment of large post-traumatic diaphragmatic hernia is a complex reconstructive operation and requires the use of alloplastic materials for adequate correction.

Keywords: post-traumatic diaphragmatic hernia, laparoscopy.

Этиологическими факторами развития посттравматической диафрагмальной грыжи являются открытая или закрытая травма груди и живота, торакоабдоминальные ранения и ятрогенные повреждения [1,2,3,4]. В абсолютном большинстве случаев посттравматическая диафрагмальная грыжа лишена грыжевого мешка, на основании чего был предложен термин «ложная грыжа» [5,6,7]. Наиболее часто дислокация органов брюшной полости в плевральную происходит как следствие недиагностированных разрывов диафрагмы, или неэффективной первичной пластики [8,9,10]. Приводим клиническое наблюдение успешной диагностики и лечения пациентки с крупной посттравматической диафрагмальной грыжей, развившейся после лапароскопической спленэктомии, сопровождавшейся техническими особенностями.

Пациентка Е., 55 лет, поступила в клинику факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова 20.01.2015 г. с диагнозом: посттравматическая диафрагмальная грыжа. Из анамнеза известно, что 03.07.2014 г. пациентке выполнялось лапароскопическое удаление селезенки с гигантской нагноившейся кистой. В ходе оперативного вмешательства на этапе рассечения селезеночно-диафрагмальной связки выявлен дефект диафрагмы диаметром 3 мм. Последний клипирован и оперативное вмешательство завершено лапароскопическим путем. Послеоперационный период протекал гладко и на 10-е сутки пациентка была выписана из стационара. В октябре 2014 г., через 5 месяцев после оперативного вмешательства, стала отмечать периодические эпизоды сердцебиения и одышки, чаще возникавшие после физической нагрузки. К середине ноября 2014 г. отметила ухудшение состояния, что проявлялось в виде общей слабости, приступов сердцебиения после незначительной физической нагрузки. В связи с этим обследовалась, наряду с клиническим минимумом была выполнена ФЭГДС (17.10.2014 г.), по результатам которой отмечено, что антральный отдел круто загнут кверху, образуя острый угол с телом желудка. В связи с этим выполнено рентгеноскопическое исследование желудка (27.10.2014 г.) во время которого отмечено высокое расположение желудка, а также его деформация в

виде расширения и перегиба верхних отделов книзу до уровня привратника. Учитывая неясную рентгеноскопическую картину, пациентке выполнена компьютерная томография органов грудной и брюшной полостей (31.10.2014 г.), по данным которой определяется прерывистость купола левой половины диафрагмы с перемещением желудка, селезеночного изгиба ободочной кишки и хвоста поджелудочной железы в левую плевральную полость (рис. 1).



Рис.1. КТ-картина органов грудной и брюшной полостей пациентки Е. Контуры левого купола диафрагмы не прослеживаются, видны желудок и петли кишечника в левой плевральной полости (указано стрелкой).

Но момент госпитализации в клинику факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова состояние пациентки средней степени тяжести; физическая нагрузка, превышающая уровень повседневной, вызывает появление клинической симптоматики в виде одышки, сердцебиения, головокружения. Над нижними отделами левого легкого дыхание значительно ослаблено, отчетливо выслушиваются кишечные шумы. В остальном объективный статус без особенностей. Пациентка дообследована в условиях

стационара и после предоперационной подготовки 05.02.2015 г. проведено оперативное лечение. Во время оперативного вмешательства, после верхне-средне-срединной лапаротомии, выявлен дефект левого купола диафрагмы 12*10 см. с дислокацией селезеночного изгиба ободочной кишки и дна желудка вместе с хвостом поджелудочной железы в левую плевральную полость (рис. 2). Грыжевой мешок отсутствует. Упомянутые органы низведены в брюшную полость, дефект в диафрагме ушит однорядным узловым швом материалом из композиции полипропилена и полиэтилена SurgiproII (пр. Covidien)(рис. 3). Левая плевральная полость дренирована в V-ом межреберье по передней подмышечной линии. Выполнена пластика левого купола диафрагмы сетчатым эндопротезом ParietexTM Optimized Composite из мультифиламентного полиэстера с коллагеновым покрытием 15,0*15,0 см. (пр. Covidien). Данный протез выбран из-за оптимального соотношения свойств: мягкостью и эластичностью по сравнению с полипропиленовыми протезами, высокой скорости прорастания с париетальной стороны и наличия рассасывающегося антиадгезивного покрытия из ателлоколлагена I типа с висцеральной стороны. Протез фиксирован отдельными узловыми швами (рис 4). Послеоперационный диагноз – крупная левосторонняя посттравматическая диафрагмальная грыжа с дислокацией дна желудка, хвоста поджелудочной железы и селезеночного изгиба ободочной кишки в левую плевральную полость. Послеоперационный период протекал гладко, при контрольных рентгенографиях грудной клетки, выполненных на 1-е и 7-е сутки, патологических изменений не выявлено. На 8-е сутки пациентка выписана на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга.

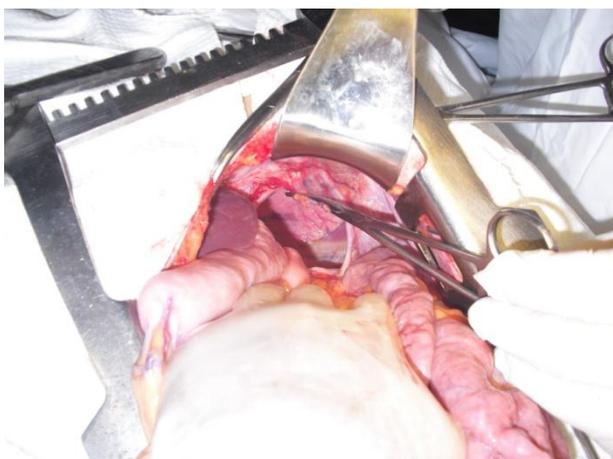


Рис. 2. Виден крупный дефект в левом куполе диафрагмы

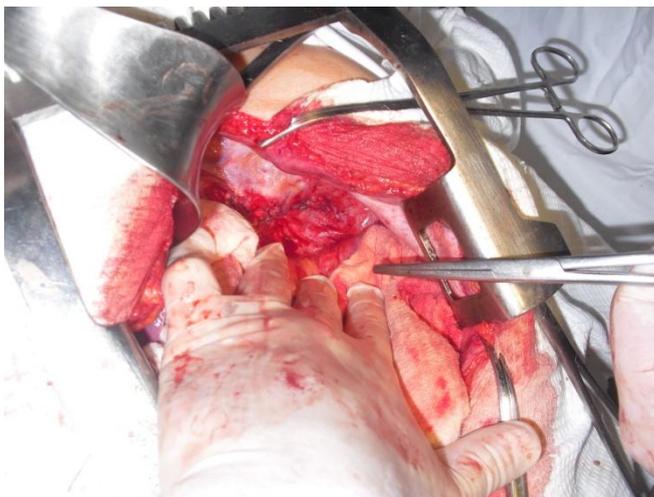


Рис. 3. Дефект ушит
однорядным швом

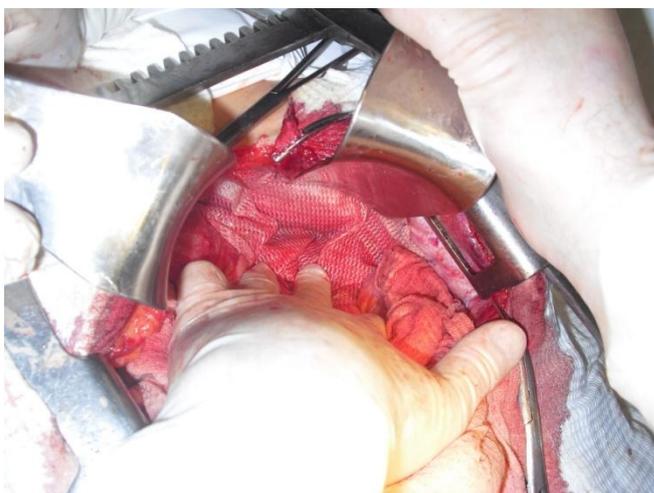


Рис. 4. Фиксация сетки

В большинстве случаев травматические разрывы диафрагмы являются ургентной хирургической патологией требующей неотложного оперативного вмешательства, направленного на восстановление топографо-анатомических взаимоотношений полостных структур и коррекцию сопутствующих повреждений [1, 2]. Как правило, дислокация значительных объемов органов брюшной полости в плевральную приводит к ателектазу соответствующего легкого и смещению органов средостения, что ведет к острым кардиореспираторным расстройствам вплоть до развития шокового состояния.

В приведенном клиническом наблюдении дислокация анатомических структур носила проградентный характер и с параллельным формированием грыжи происходила постепенная адаптация организма к новым топографическим взаимоотношениям. Как следствие этого, кардиореспираторные расстройства также развивались постепенно и носили характер субкомпенсированных, несмотря на

значительное смещение органов брюшной полости в левую плевральную. Вмешательства при объемных посттравматических диафрагмальных грыжах относятся к сложным реконструктивным операциям и требуют применения аллопластических материалов для адекватной коррекции.

Литература

1. Кубачев, К.Г. Ранения и разрывы диафрагмы при открытых и закрытых повреждениях груди и живота / К.Г. Кубачев, А.Е. Борисов, А.В. Кукушкин и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2010. - Т. 15. № 1. - С. 90-95.
2. Алиев, С.А. Диагностика и хирургическое лечение разрывов диафрагмы / С.А. Алиев, С.Ф. Рафиев, Б.М. Зейналов // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. - 2010. - № 10. - С. 22-28.
3. Сотниченко, Б.А. Диагностика и хирургическая тактика при разрывах диафрагмы / Б.А. Сотниченко, А.В. Васильченков, В.И. Макаров и др. // *Тихоокеанский медицинский журнал*. -2007. - № 3. - С. 32-35.
4. Тоидзе, В.В. Хирургическое лечение гигантских параэзофагеальных и посттравматических диафрагмальных грыж / В.В. Тоидзе, В.А. Кащенко, В.П. Акимов и др. // *Клиническая больница*. - 2012. - № 4 (3). - С. 80-85.
5. Shreck, G.I. Delayed presentation of traumatic rupture of the diaphragm / G.I. Shreck, T.W. Toalson // *J. Okla. Med. Assoc.* – 2003. – V. 96. – P. 181 – 183.
6. Stagnitti, F. Traumatic lesions of the diaphragm / F. Stagnitti, F. Priore, F. Corona et al. // *G. Chir.* – 2004. – №8 – 9. – P. 276 – 282.
7. Mihos, P. Traumatic rupture of the diaphragm: experience with 65 patients / P. Mihos, R. Potaris, J. Gakidis et al. // *Injury*. – 2003. – Vol. 34. – P. 169 – 172.
8. Калинин, О.Б. Использование полипропиленовой сетки при травматических разрывах диафрагмы / О.Б. Калинин, Б.А. Сотниченко, Е.В. Дикусар и др. // *Медицинский вестник МВД*. - 2009. - Т. XLII. № 5. - С. 15-18.

9. Абакумов, М.М. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы / М.М. Абакумов, И.В. Ермолова, А.Н. Погодина и др. // Хирургия. - 2000. - №7. - С. 28-33.