

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

*Скачко В.А.¹, Татур А.А.¹, Протасевич А.И.¹, Пландовский А.В.¹,
Кардис В.И.², Володкович Н.Н.²*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10-я городская клиническая больница»², Минск*

Введение. Травматические диафрагмальные грыжи (ТДГ) относятся к мало знакомым общим хирургам видам грыж, которые являются исходом не диагностированных в остром периоде разрывов и ранений диафрагмы, характеризуются перемещением в плевральную полость полых и паренхиматозных органов брюшной полости (ОБП) с большим риском их ущемления.

Цель: оценить результаты диагностики и хирургического лечения пациентов с ТДГ.

Материал и методы. В 2008-2020 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделения торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска оперированы 19 пациентов с ТДГ, из которых 79% - в плановом порядке, а 21% в связи с развитием ущемления – в срочном.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 88,2%, женщин - 11,8%, медиана возраста которых составила 37 (21; 59) лет. Закрытая травма груди (ЗТГ) и (или) живота в анамнезе в сроки от 8 суток до 40 лет установлена у 78% пациентов, торакоабдоминальные ранения (ТАР) – у 22%. Левосторонние ТДГ выявлены у 16 пациентов (84,2%), правосторонние – у 3 (15,8%). У 4 пациентов, перенесших ТАР, грыжи были левосторонние, причем у 2 из них проводилось ПХО и дренирование плевральной полости по поводу гемоторакса, у 2 – только ПХО. Пациенты предъявляли жалобы на боли в грудной клетке, дисфагию, диспепсию, запоры, одышку, сердцебиение и снижение трудоспособности. Верификацию ТДГ, выбор операционного доступа и объема вмешательства проводили на основании оценки результатов рентгенографии, - скопии и КТ органов грудной клетки (ОГК), рентгенконтрастного исследования желудка и кишечника. Дислокация в плевральную полость одного ОБП отмечена у 9 пациентов при левосторонних ТДГ: желудок – у 6 (у 3 с ущемлением, из них у 2 – с некрозом), поперечно-ободочная кишка (ПОК) – у 2, забрюшинная «липома» – у 1. Дислокация двух и более ОБП была у 10 пациентов. При правосторонних ТДГ были перемещены желудок, тонкая кишка, правый фланг ободочной кишки, правая доля печени, желчный пузырь, при левосторонних - желудок и ПОК (у 1 - с ущемлением и некрозом), желудок, ПОК и тонкая кишка - у 2, желудок, ПОК, тонкая кишка, левая доля печени - у 1, а при левосторонних – селезенка, желудок, селезеночный угол ободочной кишки. У всех пациентов ТДГ были «ложными». У планово-оперированных пациентов ТДГ были невосприимчивыми с размером грыжевых ворот от 3x4 см до 10x7 см. Видеоторакоскопически (ВТС) оперированы 3 пациента (21%). У 1-го пациента с 8-суточной ТДГ слева удалось малоинвазивно в условиях карбокситоракса выполнить весь объем вмешательства, у 1-го из-за выраженного спаечного про-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

цесса потребовалась конверсия на миниторакотомию с видеоподдержкой слева, еще у 1-го - на широкую торакотомию справа. 12 пациентов были оперированы из бокового торакотомного доступа в 6-7 межреберье (79%). Пластика грыжевых ворот включала френорафию П-образными или узловыми швами у 10 пациентов, создание мышечно-рубцовой дубликатуры – у 2, применение пластины «Биокарда» - у 2, протеза «Гортекс» - у 1. Послеоперационные осложнения включали экссудативный плеврит – у 4, свернувшийся гемоторакс, потребовавший проведение ВТС - у 1. У одного пациента через 2 года после ушивания дефекта диафрагмы после повторной ЗТГ с множественными переломами ребер выявлен рецидив грыжи, что потребовало выполнения ненатяжной пластики грыжевых ворот пластиной «Биокарда». 4 пациента с ущемленными левосторонними ТГД были оперированы в срочном порядке из торакотомного (2), торакотомного и лапаротомного (1) и лапаротомного (1) доступов. У 1 пациента ущемленное дно желудка признано жизнеспособным, у второго – было некротизировано, у третьего был субтотальный некроз желудка, у четвертого – некроз дна желудка и ПОК. При некрозе желудка выполнены резекция его дна (2) и субтотальная проксимальная его резекция (1), а при некрозе ПОК проведена ее резекция и проксимальная трансверзостома. Грыжевые ворота у всех пациентов ушиты П-образными швами. После срочной операции умер один пациент при ущемлении ТГД с субтотальным некрозом желудка (25%). Послеоперационная летальность при ТГД составила 5,3%.

Выводы:

1. Основным методом диагностики ТДГ является КТ ОГК;
2. В остром периоде ТДГ оптимально проведение операции из ВТС-доступа, при хронических - из торакотомного;
3. Профилактикой ущемления ТГД, частота которого составила 21%, является их ранняя диагностика и своевременное хирургическое лечение;
4. При больших дефектах диафрагмы и рецидивах ТГД целесообразно применение ненатяжной пластики с использованием биологических или синтетических протезов.