

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Скачко В.А., Татур А.А., Протасевич А. И., Пландовский А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

485umph-sk@yandex.ru

Публикация посвящена особенностям диагностики и хирургического лечения посттравматических диафрагмальных грыж, проанализирована эпидемиология, клиническая картина и варианты течения данного заболевания. Авторами показана эффективность и необходимость использования для диагностики посттравматических диафрагмальных грыж мультиспиральной компьютерной томографии. В ходе исследования выявлена и обоснована необходимость своевременного планового хирургического лечения с целью профилактики осложнений с дифференцированным выбором адекватного операционного доступа и метода пластики грыжевых ворот.

Ключевые слова: *диафрагмальная грыжа; травма; операционный доступ.*

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF POSTTRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIAS

Skachko V.A., Tatur A.A., Protasevich A.I., Plandovsky A.V.

Belarussian State Medical University

Minsk, Belarus

The publication is devoted to the features of the diagnosis and surgical treatment of post-traumatic diaphragmatic hernias, the epidemiology, clinical picture and variants of the course of this disease are analyzed. The authors show the effectiveness and necessity of using multispiral computed tomography for the diagnosis of posttraumatic diaphragmatic hernias. The study identified and justified the need for timely planned surgical treatment to prevent complications with a differentiated choice of adequate surgical access and the method of hernia gate repair.

Key words: *diaphragmatic hernia; trauma; surgical access.*

Введение. Травматические диафрагмальные грыжи (ТДГ) относятся к редким, мало знакомым общим хирургам видам грыж.

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

Материал и методы. В 2008-2020 г.г. в Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделения торакальной хирургии УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска оперированы 20 пациентов с ТДГ. 16(80%) пациентов были оперированы в плановом порядке, а 4 (20%) в связи с развитием ущемления – в срочном.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 18 (90%), женщин – 2 (10%). Возраст пациентов варьировал от 21 до 59 лет и в среднем составил 43,0±2,8 лет. Перенесенная пациентами закрытая травма груди и (или) живота установлена у 80%, торакоабдоминальные ранения – у 20%. Давность в

анамнезе торакоабдоминальной травмы широко варьировала: от 8 суток до 40 лет. Левосторонняя локализация ТДГ выявлена у 17 пациентов (85%), правосторонняя – у 3 (15%). У всех 4 пациентов, перенесших недиагностированное торакоабдоминальное ранение, грыжи имели левостороннюю локализацию, причем у 2 из них проводилась первичная хирургическая обработка (ПХО) и дренирование плевральной полости (гемоторакс), у 2 – только ПХО раны. Пациенты предъявляли жалобы на боли в грудной клетке, дисфагию, диспепсию, запоры, одышку, сердцебиение и снижение трудоспособности. Верификацию ТГД, выбор адекватного операционного доступа и объема оперативного вмешательства проводили на основании оценки результатов рентгенографии и рентгеноскопии органов грудной клетки, рентгенконтрастного исследования желудка и кишечника и компьютерной томографии (КТ). Дислокация в плевральную полость только одного органа нами выявлена у 9 пациентов при левосторонней локализации ТДГ: желудок – у 6 (у 3 с ущемлением, из них у 2 – с некрозом), поперечно-ободочная кишка – у 2, забрюшинная «липوما» – у 1. Интраплевральная дислокация двух и более органов была у 11 пациентов. При правосторонней локализации ТДГ были перемещены желудок, тонкая кишка, правый фланг ободочной кишки, правая доля печени, желчный пузырь, при левосторонней – желудок и поперечно-ободочная кишка (у 1 - с ущемлением и некрозом); желудок, поперечно-ободочная кишка и петли тонкой кишки – у 2; желудок, поперечно-ободочная кишка и петли тонкой кишки, левая доля печени – у 1. При левосторонней локализации ТДГ – селезенка, желудок, селезеночный угол ободочной кишки. В плановом порядке трое пациентов оперированы видеоторакоскопически (ВТС) (15%). У одного пациента с 8-суточной ТДГ слева удалось миниинвазивно в условиях карбокситоракса выполнить весь объем вмешательства, у одного была выполнена конверсия на миниторакотомию (4см) слева с видеоподдержкой, а еще у одного – широкую торакотомию справа. 13 пациентов были оперированы из классического бокового торакотомного доступа в 6-7 межреберье (79%). У всех 16 планово оперированных пациентов ТДГ были «ложными» и невосприимчивыми с размером грыжевых ворот, от 3х4 см до 10х7 см. Первичная пластика грыжевых ворот включала ушивание дефекта П-образными или узловыми швами у 11, 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 операции после перенесенной повторной закрытой травмы грудной клетки с множественными переломами ребер выявлен рецидив грыжи, что потребовало выполнения ненатяжной пластики грыжевых ворот пластиной «Биокарда».

Выводы:

1. Основным методом диагностики ТДГ является КТ.
2. При выявлении в остром периоде ТДГ является абсолютным показанием к срочной хирургической операции.
3. При рецидивах ТГД и больших дефектах диафрагмы целесообразно применение ненатяжной пластики с использованием синтетических или биологических протезов.