

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

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

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Скачко В. А., Попов М. Н., Кардис В. И.

*УЗ «10-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Травматические диафрагмальные грыжи (ТДГ), осложняющие течение открытых и закрытых повреждений диафраг-

мы, относятся к редким, мало знакомым практическим хирургам видам грыж. ТДГ сопровождаются массивным перемещением в грудную полость абдоминальных органов и потенциально могут осложняться их ущемлением. Их ранняя диагностика и выбор рационального метода хирургического лечения является актуальной проблемой современной хирургии.

Цель. Установить причины развития, оценить результаты клиничко-рентгенологической диагностики и хирургического лечения пациентов с ТДГ.

Материал и методы. В 1989–2015 гг. в Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделения торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска находилось на лечении 360 взрослых пациентов с диафрагмальными грыжами различного генеза, из которых 330 были оперированы по поводу хиатальных грыж I–III типов (91, 7 %), 16 – ТДГ (4,4 %) и 14 – грыж Морганьи и Бохдалека (3,9 %). Всем пациентам с ТДГ проведено комплексное рентгенологическое обследование. 75 % пациентов были оперированы в плановом порядке, а 25 % – в связи с развитием ущемления в срочном.

Результаты и обсуждение. Мужчин было 14 (87,5 %), женщин – 2 (12,5 %). Возраст пациентов варьировал от 21 до 59 лет и в среднем составил $36,3 \pm 3,0$ г., т. е. все пациенты были трудоспособного возраста, что подчеркивает большую социальную значимость проблемы. Перенесенная пациентами закрытая травма груди и (или) живота установлена у 75 %, торакоабдоминальные ранения – у 25 %. Давность в анамнезе торакоабдоминальной травмы широко варьировала: от 8 суток до 40 лет. Левосторонняя локализация ТДГ выявлена у 14 пациентов (87,5 %), правосторонняя – у 2 (12,5 %). При правосторонней ТДГ закрытая травма груди была в анамнезе у 3 пациентов, при левосторонней – только у 9. У всех 4 пациентов, перенесших ранение груди, грыжи имели левостороннюю локализацию, причем у 2 из них проводилось ПХО и дренирование плевральной полости, у 2 – ПХО раны. Пациенты предъявляли жалобы на периодические боли в грудной клетке, усиливающиеся при обильном приеме пищи и физической нагрузке, дисфагию, диспепсию, запоры, одышку, сердцебиение, снижение трудоспособности. Выраженность кардио-респираторной и гастро-интестинальной симптоматики зависела от размеров грыжевых ворот, вида и объема перемещенных в грудную полость абдоминальных органов. Верификация ТДГ, выбор адекватного операционного доступа и объема оперативного вмешательства проводили на основании оценки результатов комплексного рентгенологического обследования, которое включало рентгенографию и скопию ОГК, рентгенконтрастное исследование желудка и кишечника (100 %). Основным методом диагностики ТДГ в РЦТХ сегодня является МСКТ, выполненная у 7 пациентов (43,8 %) и позволившая точно установить, как локализацию и размеры грыжевых ворот, так и характер перемещенных органов. Дислокация в плевральную полость только одного органа нами выявлена у 9 пациентов, причем у всех при лево-

сторонней локализации грыжи: желудок – 6 (3 с ущемлением, из них 2 – с некрозом), поперечно-ободочная кишка – 2, забрюшинная «липома» – 1. Интраплевральная дислокация двух и более органов установлена нами у 7 пациентов. При правосторонней локализации были перемещены желудок, тонкая кишка, правый фланг ободочной кишки, правая доля печени, желчный пузырь. При левосторонних ТГД были перемещены: желудок и поперечно-ободочная кишка – 2 (1 – с ущемлением и некрозом); желудок, поперечно-ободочная кишка и петли тонкой кишки – 1; желудок, поперечно-ободочная кишка и петли тонкой кишки, левая доля печени – 1.

В *плановом порядке* из бокового торакотомного доступа были оперированы 10 пациентов. У двух пациентов выполнена конверсия видеоторакоскопии (ВТС) на миниторакотомию слева с видеоподдержкой (1) и широкую торактомию справа (1). Наш опыт применения ВТС при ТГД показал сложность выполнения эндохирургического висцеролиза и завершения операции без конверсии. У всех планово оперированных пациентов ТГД были «ложными» и неврашиваемыми за счет спаечного процесса между перемещенными абдоминальными органами, грыжевыми воротами, легкими, перикардом и медиастинальной плеврой. Форма грыжевых ворот в результате рубцовой трансформации и их растяжения перемещенными органами была округлой или овальной, а их размеры варьировали от 3x4 см до 10x7 см. Первичная пластика грыжевых ворот включала ушивание дефекта П-образными или узловыми швами у 9, создание дубликатуры – 2, применение пластины «Биокарда» – 1. Послеоперационные осложнения включали экссудативный плеврит – 2, свернувшийся гемоторакс, потребовавший проведение ВТС, – 1. У одного пациента через 2 года после операции после перенесенной повторной ЗТГК с множественными переломами ребер выявлен рецидив грыжи, что потребовало выполнения ненатяжной пластики грыжевых ворот пластиной «Биокарда».

У 4 всех пациентов ущемленные ТГД локализовались слева. Срочные вмешательства были выполнены из бокового торакотомного доступа у 2 пациентов, из торакотомного и лапаротомного – 1, лапаротомного – 1. У 1 пациента ущемленное дно желудка признано жизнеспособным, у второго некротизировано, у третьего был субтотальный некроз желудка, у четвертого – некроз большой кривизны желудка и поперечно-ободочной кишки. При некрозе желудка выполнены резекция дна (2) и субтотальная проксимальная его резекция (1), а при некрозе толстой кишки проведена ее резекция и проксимальная трансверзоста. Грыжевые ворота у всех пациентов ушиты П-образными швами. У одного пациента с трансверзостомой, впервые оперированного в одной из ЦРБ, в послеоперационном периоде развились несостоятельность швов диафрагмы и желудка, желудочно-плевральный свищ, эмпиема плевры, язвенный эзофагит с рецидивирующим эзофагальным кровотечением. После разобщения свища путем степлерной резекции желудка, санации и дренирования полости эмпиемы, ушивания

дефекта диафрагмы и эндоскопического гемостаза пациент поправился. У второго пациента развитие несостоятельности эзофагогастроанастомоза, перитонита, эмпиемы плевры и сепсиса, несмотря на повторное дренирующее вмешательство с формированием гастро- и эзофагостомы, закончилось летальным исходом. Послеоперационная летальность при ущемлении ТГД составила 25 %, а в целом при ТГД – 6,3 %.

Выводы.

1. В структуре грыж диафрагмы взрослых ТГД составили 4,4 %, с развитием ущемления – 25 % пациентов, причем с некрозом перемещенных органов – у 75 % из них.

2. Основным методом диагностики ТДГ является МСКТ.

3. Профилактикой ущемления ТГД должно быть своевременное плановое хирургическое лечение из трансторакального доступа с выбором адекватного метода пластики грыжевых ворот.

4. При рецидивах ТГД и больших рубцово-измененных дефектах диафрагмы целесообразно применение ненатяжной пластики с использованием синтетических или биологических протезов.