

Полищук М. В., Ошмяна И. Н.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ГРЫЖ
ДИАФРАГМЫ И ГРЫЖ ЕЕ «СЛАБЫХ МЕСТ»
Научный руководитель д-р. мед. наук, проф. Татур А. А.
1-я кафедра хирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Цель: анализ результатов клинико-инструментальной диагностики и хирургического лечения 19 пациентов с травматическими грыжами диафрагмы (ТГД) и грыжами «слабых мест» диафрагмы (ГСМД).

Материал и методы. В ходе исследования нами были проанализированы данные литературы по проблеме ТГД и ГСМД, ретроспективно изучены истории болезни 19 пациентов (мужчин-12, женщин – 7) в возрасте от 21 до 72 лет (в среднем – $42,5 \pm 10,3$ года), находившихся на лечении в Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделения торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска в 1995-2012 гг. Пациентов с ТГД было 8 (40%), из них левосторонняя локализация отмечена у 6 (75%), правосторонняя – у 2 (25%). Больных с ГСМД - 12 (60%), из которых у 7 была грыжа Марганьи (ГМ), у 5 – грыжа Бохдалека (ГБ). Хирургическое лечение проведено 18 пациентам (95%), у 3 – в срочном порядке в связи с ущемлением грыжи.

Результаты. Клиника грыж включала кардиореспираторную и гастроинтестинальную симптоматику. Верификация, выбор доступа и объема операций проводились на основании оценки результатов лучевых методов исследования и видеоторакокопии. У пациентов с ТГД закрытые разрывы диафрагмы были у 5 пациентов (62,5%), торакоабдоминальные ранения – у 3 (37,5%). Один пациент с правосторонней «печеночной» грыжей от операции отказался. Из торакотомного доступа оперированы 5 пациентов (71,4%), из лапаротомного – 2 (28,6%), один – в срочном порядке в связи с ущемлением грыжи и некрозом поперечно-ободочной кишки. Все ТГД были «ложными», а ГСМД – «истинными». Из 7 пациентов с ГМ 6 были оперированы из верхнесрединного лапаротомного доступа, причем одна – в срочном порядке в связи с ущемлением толстой кишки и странгуляционной непроходимостью, 1 – видеоассистированно с выполнением минилапаротомии. Из 5 пациентов с ГБ у 4 грыжевые ворота были слева (80%), у 1 – справа (20%). Все пациенты оперированы из бокового торакотомного доступа на стороне грыжи, причем одна из них в связи с ущемлением желудка – в срочном порядке. Операция включала мобилизацию грыжевых ворот, перемещение абдоминальных органов в брюшную полость, пластика дефектов диафрагмы. Послеоперационные осложнения (эмпиема плевры) развились у 1 пациента с ущемленной ТГД (5,2%). Рецидивов и летальности не было.

Выводы: 1) Диагностика ТГД и ГСМД должна включать контрастные лучевые методы визуализации и КТ; 2) В связи высоким риском развития ущемления при ТГД и ГСМД показано своевременное плановое хирургическое лечение с выбором адекватного операционного доступа и метода пластики грыжевых ворот.