

УДК 617-089.844
DOI: 10.26435/UC.V0I1(34).448

Я.Г. Колкин, Д.П. Филахтов

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ОСТРЫЕ И ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ГРЫЖ ДИАФРАГМЫ

В литературе приводятся лишь отдельные наблюдения острого и осложнённого течения хирургической патологии диафрагмы [3, 4, 6, 7]. Однако наш опыт свидетельствует о достаточной распространенности этих патологических состояний, к сожалению, далеко не всегда узнаваемых практическими врачами, что нередко обуславливает запоздалое лечебное пособие пациенту [1, 2, 5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение качества диагностики и эффективности лечения больных с острой и осложненной хирургической патологией диафрагмы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО в 2007-2019 гг. находилось на лечении 203 пациента с различными видами хирургической патологии диафрагмы.

Аналізу подвергся материал, включающий 19 пациентов с острыми травматическими повреждениями диафрагмы, 34 посттравматические грыжи купола диафрагмы, осложнившиеся у 30 пациентов ущемлением абдоминальных органов, 148 наблюдений осложненного течения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и два случая врожденной грыжи. Осложненные формы ГПОД по характеру осложнений распределились следующим образом: эрозивно-язвенный эзофагит – 46, анемия – 31, реперкуссивно-ирритативный синдром – 6, высокая желудочно-кишечная непроходимость – 35, ущемление абдоминальных органов – 47, пищеводно-желудочное кровотечение – 8, бронхоспастический синдром – 7.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оперировано 19 пациентов с торакоабдоминальными ранениями, 30 из 34 больных с посттравматической диафрагмальной грыжей, в связи с ущемлением грыжевого содержимого в дефекте диафрагмы – 17, высокой желудочно-кишечной непроходимостью – 11.

У всех больных из числа последних ущемленные посттравматические диафрагмальные грыжи были ложные с локализацией дефекта диафрагмы в задних отделах у 12 пациентов и у 18 – в передних отделах купола. В 29 случаях патологический процесс был левосторонний, и у одного больного локализовался справа.

Из 148 пациентов с осложненным течением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы 112 больных оперированы, в том числе в 27 случаях по поводу ущемления параэзофагеальной грыжи, а в одном – гигантской скользящей грыжи, достигшей стадии фиксации (рис. 1.). В 24 случаях грыжи пищеводного отверстия диафрагмы речь шла об ущемлении желудка, а у четырех пациентов – желудка, петли тонкой кишки и большого сальника.

Заворот желудка (upside down stomach – амер. авторов) в условиях его пролапса в средостение при ГПОД (24) нередко протекал с более выраженной симптоматикой, чем заворот желудка в плевральной полости (рис. 2.), куда он пролабировал при остром повреждении купола диафрагмы, формирующейся посттравматической или врожденной грыже диафрагмы.

Анемия (Hb <100 г/л, Эр. 2,2-2,7 Т/л.), которая протекала по типу гипохромной и нередко сопровождалась диафрагмальными грыжам, чаще наблюдалась при ГПОД (29 пациентов), что соответствует и литературным данным [3, 4], в единичных случаях наблюдалась у пациентов с посттравматической грыжей. Кроме того, в условиях ГПОД данная анатомическая зона становится субстратом для массивной реперкуссии и ирритации патологического возбуждения по вегетативной нервной системе, реализующегося сложным комплексом разнообразных клинических симптомов (нарушение ритма сердца, бронхоспастический и дизурический синдромы, рефлюкс-эзофагит, кризовое течение заболевания и др.). В этой связи указанные нарушения имеют ярко выраженные черты осложне-

ний данного патологического процесса в виде реперкусивно-ирритативного синдрома (6), свидетельствуя о его запущенности или неполноценном лечении. Распознавание диафрагмальной грыжи и ее осложнений включает комплекс диагностических мероприятий, весьма различных по характеру, но объединенных общей топографической принадлежностью патологического процесса (многоосевая рентгеноскопия и рентгенография, компьютерная томография, диагностический пневмоперитонеум, фиброгастроудоденоскопия и др.).

Анализируя собственный материал, мы могли констатировать правильную и своевременную диагностику на предыдущих этапах обращения пациентов лишь у 39% больных с осложненной грыжей пищеводного отверстия и у 24% пациентов с острым повреждением диафрагмы и хронической посттравматической грыжей купола, сопровождающихся ущемлением петли кишки, желудка или заворотом последнего.

Хирургическому лечению подверглись 112 пациентов с ГПОД, с острыми повреждениями диафрагмы (19), посттравматическими диафрагмальными грыжами (30) и двое пациентов с врожденной грыжей. При острых повреждениях диафрагмы и грыжах купола, имеющих признаки ущемления при наличии небольших грыжевых ворот (до 5-6 см), операция заключалась в рассечении грыжевых ворот, выделении из сращений и репозиции грыжевого содержимого в брюшную полость с ушиванием дефекта диафрагмы двухрядным швом. В двух случаях потребовалась резекция некротизированной части тонкой (1) или толстой (1) кишки, а еще у 2-х пациентов – участка большого сальника. Одному больному с посттравматической диафрагмальной грыжей после неудачной операции, ранее выполненной по месту жительства, потребовалось замещение проленовой сеткой 60% левого купола диафрагмы, а также значительного участка перикарда.

Наконец, у 105 пациентов с осложненным течением ГПОД последняя устранена с помощью разработанной нами методики – пластики пищеводного отверстия (патент Российской Федерации N764665).

ВЫВОДЫ

Из 163 пациентов, подвергшихся за указанный период хирургическому вмешательству по поводу острых и осложненных форм грыж диафрагмы, 160 выписались из стационара, а 3 умерло (1,9%). Одна больная, 83 лет, оперирована urgently по поводу параэзофагеальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, осложненной полной высокой желудочно-кишечной непроходимостью на фоне кардиосклероза, тахисистолической формы мерцательной аритмии. Смерть наступила на 4-е сутки после операции в результате тромбоэмболии ствола легочной артерии. Два пациента доставлены в клинику с тяжелой минно-взрывной травмой, в крайне тяжелом состоянии, смерть наступила вследствие комбинированного шока.

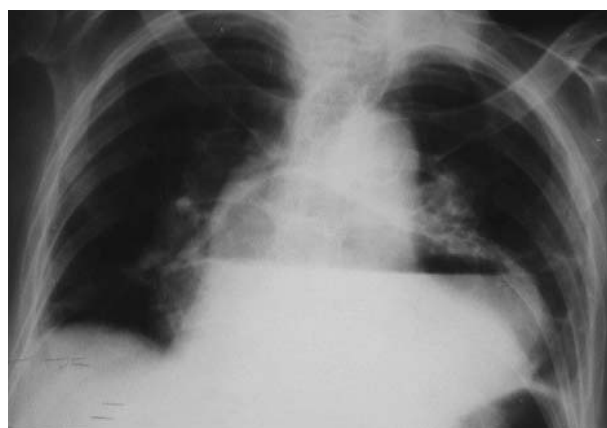


Рис. 1. Гигантская грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.



Рис. 2. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с заворотом желудка.

Я.Г. Колкин, Д.П. Филахтов

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ОСТРЫЕ И ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ГРЫЖ ДИАФРАГМЫ

В клинике хирургии К.Т. Овнатяна Донецкого национального медицинского университета с 2007 по 2019 год находились на лечении 203 больных с разнообразными видами хирургической патологии диафрагмы. У 19 констатированы ранения купола диафрагмы, а у 148 диагностировано осложненное течение различных видов диафрагмальных грыж. Лишь 39% пациентов с осложненными формами диафрагмальной патологии поступили в клинику с правильным и своевременно установленным диагнозом. Оперировано 19 пострадавших в связи с травматическими повреждениями диафрагмы, 30 пациентов

с посттравматическими грыжами купола диафрагмы и 112 пациентов с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, имеющих осложненное течение. Умерло 3 оперированных пациентов: один – в связи с тромбозом стволы легочной артерии и 2 – в результате тяжелой минно-взрывной травмы, были доставлены в клинику в крайне тяжелом состоянии и погибли по причине комбинированного шока. Остальные пациенты выздоровели.

Ключевые слова: осложненные диафрагмальные грыжи, острые повреждения диафрагмы, посттравматические грыжи диафрагмы.

Ya.G. Kolkin, D.P. Filakhtov

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

ACUTE AND COMPLICATED FORMS OF DIAPHRAGMATIC HERNIA

203 patients with various types of surgical pathology of the diaphragm were treated at the surgery clinic of K.T. Ovnatanyan of Donetsk National Medical University from 2007 till 2019. In 19 patients, diaphragm dome wounds were stated, and in 148 patients the complicated course of different types of diaphragmatic hernias was diagnosed. Only 39% of patients with complicated forms of diaphragmatic pathology were admitted to clinic with the right and timely proven diagnosis. 19 surgical patients in connection with traumatic injuries of the diaphragm, 30

patients with posttraumatic hernias of a diaphragm dome and 112 patients with various forms of gastroesophageal hernias, having the complicated course were operated. 3 operated patients (1 in connection with a thromboembolism of a trunk of a pulmonary artery died and 2 more as a result of a serious mine blast injury were brought to clinic in critical condition and died in the conditions of the combined shock. Other patients recovered.

Key words: complicated diaphragmatic hernia, acute surgical pathology of the diaphragm.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М., Ермолова И.В., Погодина А.И. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы. Хирургия. 2000; 6: 28-33.
2. Алексеенко А.В., Рева В.Б., Соколов В.Ю. Выбор способа пластики при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Хирургия. 2000; 10: 12-15.
3. Глушков И.И., Кубачев К.Г. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства. Руководство для врачей. СПб., 2002: 209-225.
4. Пучков В.В., Филимонов В.И. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. М.; 2000. 211.
5. Chen H.V., Wong Y.C., Wang L.J. Computed tomography in Left-sided and right-sided blunt diaphragmatic rupture: experience with 43 patients. Clin Radiol. 2010; 65 (3): 206-212.
6. Netscher G.J. Respiratory symptoms in patients with gastroesophageal reflux disease following medical therapy and following antireflux surgery. Am. J. Surg. 1997; 174 (6): 639-643.
7. Robledo-Ogazon F., Varqas-Rivas A., Hernandez D.A. Congenital diaphragmatic adult hernia. Case report. Chir. 2008; 76 (1): 61-64.
8. Issoufou I., Harmouchi H., Rabiou S., Belliraj L., Ammor F.Z. The surgery of diaphragmatic hydatidosis and their complications. Rev Pneumol Clin. 2017; 73 (5): 253-257.

REFERENCES

1. Abakumov M.M., Ermolova I.V., Pogodina A.I. Diagnostika i lechenie razryvov diafragmy. Khirurgiya. 2000; 6: 28-33.
2. Alekseenko A.V., Reva V.B., Sokolov V.Yu. Vybora sposoba plastiki pri gryzhakh pishchevodnogo otverstiya diafragmy. Khirurgiya. 2000; 10: 12-15.
3. Glushkov I.I., Kubachev K.G. Videoendoskopicheskie vmeshatel'stva na organakh zhivota, grudi i zabryushinogo prostranstva. Rukovodstvo dlya vrachei. SPb., 2002: 209-225.
4. Puchkov V.V., Filimonov V.I. Gryzhi pishchevodnogo otverstiya diafragmy. M.; 2000. 211.
5. Chen H.V., Wong Y.C., Wang L.J. Computed tomography in Left-sided and right-sided blunt diaphragmatic rupture: experience with 43 patients. Clin Radiol. 2010; 65 (3): 206-212.
6. Netscher G.J. Respiratory symptoms in patients with gastroesophageal reflux disease following medical therapy and following antireflux surgery. Am. J. Surg. 1997; 174 (6): 639-643.
7. Robledo-Ogazon F., Varqas-Rivas A., Hernandez D.A. Congenital diaphragmatic adult hernia. Case report. Chir. 2008; 76 (1): 61-64.
8. Issoufou I., Harmouchi H., Rabiou S., Belliraj L., Ammor F.Z. The surgery of diaphragmatic hydatidosis and their complications. Rev Pneumol Clin. 2017; 73 (5): 253-257.