

ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА У ПАЦИЕНТКИ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

¹Русин И. В. (rw2006@mail.ru), ¹Сушко А. А. (alexsushko@tut.by),
²Кропа Ю. С. (j.kropa@mail.ru), ³Русина А. В. (rw2006@mail.ru)

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

³УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», Гродно, Беларусь

В статье описывается редкий случай из практики: диафрагмальная грыжа слева с дислокацией желудка, толстого и тонкого кишечника, большого сальника в левую плевральную полость с коллапсированием левого легкого и нарушением пассажа по кишечнику у пациентки в третьем триместре беременности. Клиническая симптоматика проявилась через 9 лет после полученной травмы на фоне повышения внутрибрюшного давления вследствие беременности. Несмотря на трудности в диагностике, выполненное оперативное вмешательство обеспечило благоприятный исход.

The article describes a rare clinical case of the left diaphragmatic hernia with a translocation of the stomach, small and large intestine, greater omentum in the left pleural cavity with collapse of left lung and violation of the passage through the bowels in patient on third trimester of pregnancy. The clinical symptoms shown up 9 years after trauma because of increase of intra abdominal pressure due to pregnancy. Despite difficulties in diagnostics the performed surgery has provided a favorable outcome.

Ключевые слова: травма, грыжа, диафрагма, плевральная полость, легкое, дислокация, кишечник, беременность, торакалопаротомия, пластика

Диафрагмальные грыжи являются наиболее распространенной хирургической патологией диафрагмы. Травматическая диафрагмальная грыжа – перемещение органов брюшной полости в грудную полость через патологические отверстия в диафрагме, возникшие в результате травмы. По литературным данным, частота развития травматических диафрагмальных грыж составляет 2-3%, они составляют 13% от всех диафрагмальных грыж [1, 2, 3]. В 74,3% случаев повреждения диафрагмы отмечались слева, в 24,2% – справа, в 1,5% случаев диагностировалось двухстороннее поражение [7]. По данным литературы, перемещение органов брюшной полости через повреждение в диафрагме происходит непосредственно в момент травмы либо через тот или иной промежуток времени после нее, иногда через многие годы [6]. Чаще диагноз травматической диафрагмальной грыжи устанавливается в период между первым и четвертым годами после травмы [4], но иногда диагноз устанавливается через много лет после получения травмы [8]. Не диагностированные в течение длительного времени травматические грыжи протекают бессимптомно почти у половины пациентов, симптомы травматической диафрагмальной грыжи появляются при повышении внутрибрюшного давления, например, при беременности, кашле, у тучных людей [5], либо при возникновении осложнений [6].

Приводим наше наблюдение. Пациентка К., 21 год, поступила в приемное отделение УЗ «Гродненская областная клиническая больница» 27.07.2006 г. с жалобами на выраженную общую слабость, тошноту, рвоту до 10-15 раз в сутки выпитой жидкостью, сухость во рту, жажду. Из анамнеза установлено: с 16.07.2006 по 25.07.2006 находилась на лечении в акушерском отделении БСМП г. Гродно с жалобами на общую слабость, тошноту, периодически рвоту желудочным содержимым. 21.07.2006 после ФГДС отметила появление болей в эпигастрии, участились тошнота, рвота. На фоне консервативного лечения данные симптомы уменьшились, выписана на амбулаторное лечение. 26.07.2006 отметила ухудшение: усилилась общая слабость, вновь возник-

ла боль в эпигастрии, усилилась тошнота, появилась рвота до 10-15 раз в сутки. 27.07.2006 самостоятельно обратилась в Гродненский областной клинический перинатальный центр, где осмотрена консилиумом с участием акушеров-гинекологов, хирурга, торакального хирурга и с диагнозом беременность 200 дней, острый гастрит?, кардиоспазм?, острая левосторонняя пневмония? направлена в Гродненскую областную клиническую больницу. При поступлении в УЗ «ГОКБ» осмотрена консилиумом с участием заведующего кафедрой хирургических болезней, заместителя главного врача по хирургии, заведующих хирургическим, торакальным, реанимационным отделениями, дежурного терапевта, врача акушера-гинеколога. Состояние пациентки было расценено как тяжелое, отмечались бледность кожных покровов, умеренный акроцианоз. Перкуторно над левой половиной грудной клетки определялся тимпанит, аускультативно справа везикулярное дыхание во всех отделах, слева в нижних отделах дыхание не прослушивалось, в верхних было ослаблено. Одышка, 26 дыхательных движений в минуту, пульс 105 ударов в минуту, артериальное давление 120/65 мм рт. ст. Язык суховат, чистый. Живот увеличен в размерах за счет беременной матки, участвовал в дыхании, пальпаторно был мягким во всех отделах, безболезненным. Перитонеальные симптомы не определялись. Аускультативно перистальтика выслушивалась, газы отходили, стула не было 2 дня, диурез был достаточным. Проведено обследование. Общий анализ крови: эритроциты 3,71x10¹²/л, гемоглобин 110 г/л, гематокрит 0,313, тромбоциты 153x10⁹/л, лейкоциты 15,0x10⁹/л, э.-1, пал.-11, сегм.-74, лимф.-10, мон.-4, СОЭ 24 мм/ч, токсическая зернистость нейтрофилов +. Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, удельный вес 1016, кислая, белок – следы, лейкоциты отрицательные. Биохимический анализ крови: общий белок 61 г/л, мочевина 5,1 ммоль/л, билирубин общий 11 мкмоль/л, АСТ 70 (норма 5-40), АЛТ 120 (норма 5-40), калий 3,8 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, кальций 1,19 ммоль/л, хлор 104 ммоль/л. Коагулограмма: АЧТВ 23,2,

протромбиновый индекс 1,05, МНО 0,91, фибриноген 3,08 г/л, этаноловая проба отрицательная. Группа крови А(2) резус-положительный, ЭКГ без патологии.

Выполнена обзорная рентгенография грудной клетки – определяется наличие легочной ткани только справа, смещение средостения вправо, слева купол диафрагмы не визуализируется, в плевральной полости слева определяются петли тонкого кишечника в виде аркад с наличием уровня жидкости.

На УЗИ брюшной полости печень с ровными контурами, не увеличена, структура мелкозернистая, эхогенность обычная, протоки не расширены, воротная вена 10 мм, холедох 4 мм, желчный пузырь 85x25 мм, стенки 2 мм, просвет свободен, почки равновеликие, подвижны, контуры ровные, паренхима 16-18 мм, слева уростаза нет, справа гидронефроз 1ст. Селезенка визуализируется в эпигастриальной области слева от срединной линии (смещена) 85x45 мм, структура однородная. Над селезенкой (в плевральной полости) визуализируется неоднородной структуры образование с жидкостью и воздухом, перистальтирующее (петля кишечника).

На МРТ органы средостения резко смещены вправо по отношению к срединной линии. Левое легкое коллабировано. В плевральной полости слева визуализируется образование с достаточно тонкими стенками. Содержимое соответствует уровням газа и небольшого количества однородной жидкости. Помимо данного образования в плевральной полости слева визуализируются петли кишечника. Данных за скопление жидкости в плевральной полости и отек окружающей клетчатки не получено. Правое легкое визуализируется, без видимых изменений. Пищевод прослеживается до уровня диафрагмы, диафрагма справа прослеживается, без особенностей, слева не прослеживается. В брюшной полости печень без особенностей, не увеличена, холедох, желчный пузырь без патологии. Поджелудочная железа деформирована, смещена влево и кверху, желудок в брюшной полости не визуализируется, создается впечатление пролабирования его в плевральную полость. Заключение: МР-картина характерна для пролабирования органов брюшной полости (части желудка, петель кишечника) через дефект диафрагмы в плевральную полость.

После дообследования консилиумом выставлен диагноз: ущемленная диафрагмальная грыжа, острая высокая кишечная непроходимость, беременность 200 дней, угрожающие преждевременные роды, анемия легкой степени.

Проведена кратковременная предоперационная подготовка в условиях отделения реанимации (инфузионная терапия в объеме 2 литра с добавлением

сульфата магния 25%-10мл, спазмолитики, антибиотиков), после чего через 3 ч 50 мин. после поступления в УЗ «Гродненская областная клиническая больница» выполнена операция – тораколапаротомия, перемещение желудка, кишечника, большого сальника в брюшную полость, пластика диафрагмальной грыжи, дренирование левой плевральной полости. Во время операции в левой плевральной полости находятся раздутые воздухом желудок, занимающий 2/3 плевральной полости, а также петли тонкого и толстого кишечника с большим сальником, выходящие через отверстие в диафрагме размером 6x7см по заднелатеральной поверхности левого купола. Внутренние органы жизнеспособны, перемещены в брюшную полость. Дефект в диафрагме ликвидирован ушиванием отдельными швами в виде дубликатуры. Плевральная полость дренирована двумя дренажами. Рана послойно ушита наглухо. Диагноз после операции: диафрагмальная грыжа слева с дислокацией желудка, толстого, тонкого кишечника и большого сальника в левую плевральную полость, коллабирование левого легкого, беременность 200 дней, угрожающие преждевременные роды, анемия легкой степени.

Послеоперационный период протекал без осложнений, дренажи из плевральной полости удалены на 6-е сутки, швы сняты на 10-е сутки, на 16-е сутки после операции проведено контрольное общеклиническое обследование и после консилиума с участием акушера-гинеколога пациентка выписана на амбулаторное лечение.

При дополнительном, более тщательном сборе анамнеза в послеоперационном периоде установлено, что в 12-летнем возрасте она упала в подвал, за медицинской помощью не обращалась.

Через 2 месяца пациентка родоразрешена в областном перинатальном центре путем кесарева сечения в срок родов, родила доношенного здорового ребенка.

Выводы

1. Данное наблюдение является редким случаем. Клиническая симптоматика левосторонней травматической диафрагмальной грыжи проявилась через 9 лет после получения травмы на фоне повышения внутрибрюшного давления вследствие беременности.

2. Диагноз травматической диафрагмальной грыжи установлен не сразу, несмотря на обращение в разные лечебные учреждения.

3. Более ранней постановке правильного диагноза могли помочь тщательно собранный анамнез (травма в детстве), анализ клинических симптомов, выполнение инструментального обследования (рентгенография легких, УЗИ брюшной полости и грудной клетки или МРТ).

Литература

1. Абакумов, М. М. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы / М. М. Абакумов, И. В. Ермолова, А. Погодина и др. // Хирургия, 2000. - № 7. - С. 28-33.
2. Авилова, О. М. Ошибки диагностики травматических грыж диафрагмы при закрытых повреждениях груди / О. М. Авилова, А. В. Макаров, В. Г. Гетьман // Вестн. хир., 1988. - № 2. - С. 96 – 99.
3. Махов, Н. И. Хронические травматические диафрагмальные грыжи / Н. И. Махов, К. Мерденнов // Хирургия, 1968. - № 5. - С. 125 – 128.
4. Eren, S. Imaging of diaphragmatic rupture after trauma / M. Kantarci, A. Okur // Clin. Radiol, 2006. – Vol. 61. – P467 – 477.

Literatura

1. Abakumov, M. M. Diagnostika i lechenie razryvov diafragmy / M. M. Abakumov, I. V. Ermolova, A. Pogodina i dr. // Hirurgija, 2000. - № 7. - S. 28-33.
2. Avilova, O. M. Oshibki diagnostiki travmaticheskikh gryzh diafragmy pri zakrytykh povrezhdenijah grudi / O. M. Avilova, A. V. Makarov, V. G. Get'man // Vestn. hir., 1988. - № 2. - S. 96 – 99.
3. Mahov, N. I. Hronicheskie travmaticheskie diafragmal'nye gryzhi / N. I. Mahov, K. Merdenov // Hirurgija, 1968. - № 5. - S. 125 – 128.
4. Eren, S. Imaging of diaphragmatic rupture after trauma / M. Kantarci, A. Okur // Clin. Radiol, 2006. – Vol. 61. – P467 – 477.

5. Feliciano, D. Delayed diagnosis of injuries to the diaphragm after penetrating wounds / D. Feliciano, P. Cruce, K. Mattox // J. Trauma, 1990. – Vol.30. – P. 1135 - 1144.

6. Fibla, J. J. Correccion de una hernia diafragmatica por via toracica / G. Gomez, C. Farina // Cir. Esp, 2009. – Vol. 74. – P. 242 – 244.

7. Hanna, W.C. The current status of traumatic diaphragmatic injury: lessons learned from 105 patients over 13 years / W. C. Hanna, L. E. Ferri, P. Fata // Ann. Thorac. Surg, 2008. – Vol. 85. – P. 1044 – 1048.

8. Halldorsson, A. New method of diagnosing diaphragmatic injury using intraperitoneal technetium case report / M. Esser, W. A Cappaport // J. Trauma, 1992. – Vol. 33. – P. 140 – 142.

5. Feliciano, D. Delayed diagnosis of injuries to the diaphragm after penetrating wounds / D. Feliciano, P. Cruce, K. Mattox // J. Trauma, 1990. – Vol.30. – P. 1135 - 1144.

6. Fibla, J. J. Correccion de una hernia diafragmatica por via toracica / G. Gomez, S. Farina // Cir. Esp, 2009. – Vol. 74. – P. 242 – 244.

7. Hanna, W.C. The current status of traumatic diaphragmatic injury: lessons learned from 105 patients over 13 years / W. C. Hanna, L. E. Ferri, P. Fata // Ann. Thorac. Surg, 2008. – Vol. 85. – P. 1044 – 1048.

8. Halldorsson, A. New method of diagnosing diaphragmatic injury using intraperitoneal technetium case report / M. Esser, W. A Cappaport // J. Trauma, 1992. – Vol. 33. – P. 140 – 142.

DIAPHRAGMATIC HERNIA IN A PATIENT IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY

¹Rusin I. V., ¹Sushko A. A., ²Kropa J. S., ³Rusina A. V.

¹Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²Healthcare Institution «Grodno Regional Clinical Hospital», Grodno, Belarus

³Healthcare Institution «Grodno Regional Clinical Perinatal Center», Grodno, Belarus

The article describes a rare clinical case of the left diaphragmatic hernia with translocation of the stomach, small and large intestine, greater omentum in the left pleural cavity with collapse of the left lung and violation of the passage through the bowels in a patient in the third trimester of pregnancy. The clinical symptoms appeared 9 years after trauma with underlying increase in intra abdominal pressure due to pregnancy. Despite difficulties in diagnostics the performed surgery provided a favorable outcome.

Keywords: *trauma, hernia, diaphragm, pleural cavity, lung, dislocation, intestine, pregnancy, thoracolaparotomy, plastic surgery.*

Поступила: 26.04.2016

Отрецензирована: 11.05.2016