

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ПРАВОСТОРОННЯЯ УЩЕМЛЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А.А. АЛИЖАНОВ¹, Б.Р. ИСХАКОВ¹, Н.Б. ИСХАКОВ², Ш.Б. РОБИДДИНОВ¹

¹Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

²Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

POST-TRAUMATIC RIGHT-SIDED STRANGULATED DIAPHRAGMATIC HERNIA WITH ABNORMALITIES OF ABDOMINAL ORGANS

A.A. ALIJANOV¹, B.R. ISKHAKOV¹, N.B. ISHAKOV², SH.B. ROBIDDINOV¹

¹Namangan branch of Republican research center of emergency medicine, Uzbekistan

²Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

Описан редкий клинический случай посттравматической правосторонней диафрагмальной грыжи, осложненной ущемлением правой доли печени, толстой и тонкой кишки с некрозом большого сальника у больного со спланхноптозом. Своевременно установленный диагноз и проведенное оперативное вмешательство – лапаротомия, низведение ущемленной аномально расположенной печени, тонкой и половины толстой кишки с резекцией большого сальника, торакоцентезом справа, гастро- и колонопексией привели к выздоровлению пациента. Данный случай, возможно, будет интересен для абдоминальных и торакальных хирургов.

Ключевые слова: правосторонняя диафрагмальная грыжа, спланхноптоз (гепатоптоз, колоноптоз), ущемление печени, ободочной и тонкой кишки, некроз большого сальника, диагностика, хирургическое лечение.

The rarest clinical case of post-traumatic right-sided diaphragmatic hernia complicated by infringement of the right lobe of the liver, large and small intestine with necrosis of the large omentum in a patient with splanchnoptosis is described. A timely diagnosis and surgical intervention - laparotomy, reduction of the strangulated abnormally located liver, small and half of the colon with resection of the large omentum, thoracocentesis on the right, gastro and colonopexy led to the patient's recovery. This case may be a description of interest for abdominal and thoracic surgeons as well.

Keywords: right-sided diaphragmatic hernia, splanchnoptosis (hepatoptosis, colonoptosis), infringement of the liver, colon and small intestine, necrosis of the large omentum, diagnosis, surgical treatment.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss5/a12

Введение

Впервые диафрагмальная грыжа была описана в 1541 г. Д. Зеннертом, а в 1579 г. Амбруаз Паре наблюдал развитие посттравматической диафрагмальной грыжи (ПДГ) после огнестрельного ранения, которая спустя 8 месяцев закончилась смертью пострадавшего в результате некроза кишки, ущемленной в диафрагмальной грыже небольших размеров. Успешное хирургическое вмешательство при ПДГ наблюдал в 1886 г. Ralfi. В России о травматической диафрагмальной грыже впервые сообщил И.В. Буйальский в 1852 г. [5].

До настоящего времени диагностика и лечение ущемленных посттравматических диафрагмальных грыж остаются сложным разделом хирургии [1, 3, 6, 8, 9]. Трудности диагностики ПДГ обусловлены отсутствием у врачей достоверности в отношении данной патологии, что связано прежде всего с отсутствием ранней выявляемости ее на догоспитальном этапе [1, 6, 7, 11].

По данным литературы, травматическое повреждение диафрагмы составляет 0,8-6,5% от всех торакоабдоминальных травм [1, 7, 10], причём лишь в 10% случаев течение послеоперационного периода осложняется образованием диафрагмальной грыжи [10]. При этом выявить её удаётся, как правило, лишь в случае странгуляции и перфорации ущемлённых в ней органов, когда она протекает под маской различной ургентной абдоминальной патологии [2, 6]. Послеоперационная летальность при данной патологии варьирует от 30 до 50% [3, 6, 12].

Среди всех пациентов с ПДГ больные с правосторонней локализацией грыжевого дефекта составляют лишь 11-14% [11, 12], что связано, в первую очередь, с амортизирующим действием, которое оказывает во время травмы печень [7]. Содержимым грыжевого мешка у пациентов с правосторонней ПДГ чаще всего являются толстая кишка, сальник и печень [10].

В литературе описаны лишь единичные наблюдения ущемленных правосторонних диафрагмальных грыж [4, 6].

Мы не нашли данных о посттравматической правосторонней диафрагмальной грыже, ущемлении anomalно расположенной печени, толстой и тонкой кишки у больного со спланхноптозом (гепато-колоноптозом).

Приводим собственное клиническое наблюдение:

Больной Б.У., 1986 г.р. (и/б № 17963/1303), поступил 20.01.2020 г. в ургентном порядке в приёмно-диагностическое отделение Наманганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, нехватку воздуха, боли по всему животу и его вздутие, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Болен в течение 7 дней. Свое заболевание связывает с полученной травмой. Во время борьбы со сверстниками упал правым боком и почувствовал боль в правой половине грудной клетки и живота, интенсивность которой со временем снизилась. Обратился к врачам поликлиники, были рекомендованы обезболивающие препараты. 20.01.2020 г. прошел обследование в центре МСКТ «Радиомед», где были обнаружены КТ-признаки патологического образования 7-8-9-10-го сегментов правого легкого, диафрагмальная грыжа справа. Инфильтративные изменения 6-го сегмента правого легкого (рис. 1, 2). Больной был направлен на консультацию к пульмонологу, грудному хирургу.

При объективном исследовании общее состояние пациента тяжёлое, обусловленное явлениями сердечно-лёгочной недостаточности. Больной беспокойный, не находит для себя удобного положения. Положение сидячее. Кожа, видимые слизистые оболочки бледные, тургор кожи снижен. Грудная клетка цилиндрического типа. Дыхание слева жёсткое, справа не выслушивается, при этом правая половина грудной клетки во время акта дыхания малоподвижна. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – слабого наполнения и напряжения, 88-92 уд. в мин, ЧДД – 32 в/мин.

Живот несколько вздут, в акте дыхания левая половина не участвует. При пальпации живот болезнен, напряжен в эпигастрии и в правом подреберье, перитонеальные симптомы отсутствуют. Аускультативно: перистальтика кишечника выслушивается слабо.

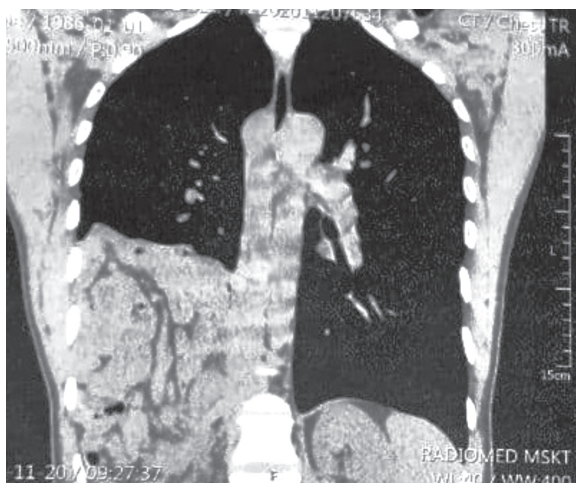


Рис. 1. МСКТ пациента 24 лет. Коронарная проекция. Выявлена деформация правого купола диафрагмы и пролабирование печени в плевральную полость. Релаксация правого купола диафрагмы. Вывод: правосторонняя диафрагмальная грыжа, осложненная ущемлением и толстокишечной непроходимостью

УЗИ брюшной полости № 11288. Вывод: печень – левая доля занимает эпигастральную область, желчный пузырь не дифференцируется, почки без эхокопических изменений, выраженный пневматоз кишечника, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Был осмотрен кардиологом и реаниматологом.

Лабораторные анализы: Нв – 91 г/л, эр. – $3,48 \times 10^{12}$ /л, цв. пок. – 0,8, л. – $7,0 \times 10^9$ /л, п. – 5%, с. – 61%, лимф. – 30%, мон. – 4%, эоз. – 1%, СОЭ – 4 мм/ч. Общ. белок – 68,1 г/л, мочевины в крови – 6,4 ммоль/л, сахар в крови – 5,0 ммоль/л, билирубин в крови общ. – 17,6, АЛТ – 0,72, диастаза в крови – 16 ед. Коагулограмма: время рекальцификации – 103 с., тромботест – IV ст., этанол. тест – отр., фибриноген – 1,99-2,22 г/л, Нт – 45%. Уд. вес мочи – 1018, белок – abs, л – 3-4 в п/зр.

Больной госпитализирован с диагнозом: Торакоабдоминальная травма. Посттравматическая диафрагмальная ущемленная грыжа справа. Осложнение: ДН I ст.

После осмотра анестезиолога больному поставлен центральный венозный доступ, после чего проведена инфузионная терапия в объёме до 2000 мл.

20. 11. 2020 г. больной экстренно оперирован (№ 922/258). Верхнесрединная лапаротомия длиной до 18 см. В брюшной полости обнаружено до 100 мл жидкости серозно-геморрагического характера без запаха. Правая доля печени с желчным пузырем, петли тонкой кишки, правая половина толстой кишки, большой сальник уходят под правую долю печени. В брюшной полости петля тонкой кишки отсутствует, имеется только идущая от связки Трейтца часть тощей кишки около 20 см, которая уходит под правую долю печени (рис. 4). Желудок растянут, большая кривизна находится на уровне пупка. Желудочно-диафрагмальная связка отсутствует (гастроптоз). Печень расположена полувертикально, правая доля уходит через дефект диафрагмы в правую плевральную полость. Левая доля огромная – до 25 см, опущена до уровня пупка, при этом венечные связки печени отсутствуют (гепатоптоз), серповидная и круглая связки слабо выражены (рис. 3). При дальнейшей ревизии: восходящая ободочная кишка до уровня половины поперечной вместе с тонкой перебрасывалась в правую плевральную полость.



Рис. 2. МСКТ пациента 24 лет. Аксиальная проекция. В правой плевральной полости определяется дистопированная печень, толстая и тонкая кишки с наличием газа и жидкости, коллабирующей в правое легкое, со смещением органов средостения влево

Самостоятельно извлечь правую долю печени, петли тонкой и поперечно-ободочной кишки не удалось, поэтому после рассечения в латеральном направлении ущемляющего кольца диафрагмы из вышеуказанного грыжевого дефекта поочередно извлечены весь тонкий кишечник (тонкая кишка длиной до 200 см), часть поперечно-ободочной вместе с мобильной восходящей и субтотальным некрозом большого сальника. При извлечении органов брюшной полости из дефекта диафрагмы выделилось до 200 мл геморагической жидкости.

При дальнейшей ревизии петли тощей кишки на расстоянии 25 см от связки Трейтца имеется странгуляционная борозда белесоватого цвета без некроза. Тонкая кишка отечная, багрово-красная, эктазирована, брыжейка инфильтрирована, пульсация сосудов брыжейки обычная, перистальтика кишечника ослаблена. На расстоянии 100 см от связки Трейтца имеется неосложненный дивертикул Меккеля (рис. 5). При ревизии ущемленной части поперечно-ободочной кишки на уровне 1/3 поперечной имеется странгуляционная борозда белесоватого цвета, без некроза (рис. 6).

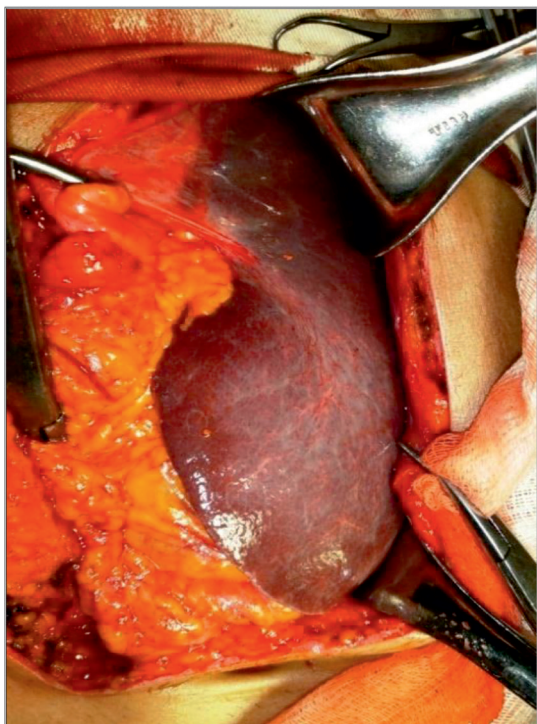


Рис. 3. «Полувертикальное» anomальное расположение печени. Правая доля печени находится в эпигастральной, левая – в мезогастральной области (гепатоптоз)



Рис. 4. Низведение из плевральной полости ущемленной правой доли печени

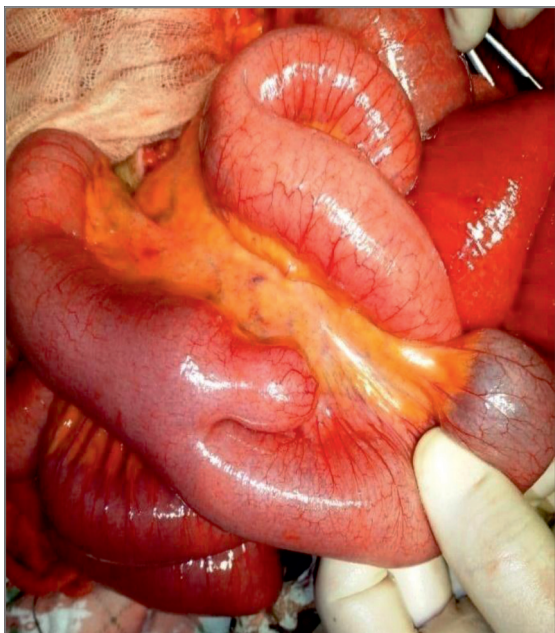


Рис. 5. Низведение из правой плевральной полости подвздошной кишки

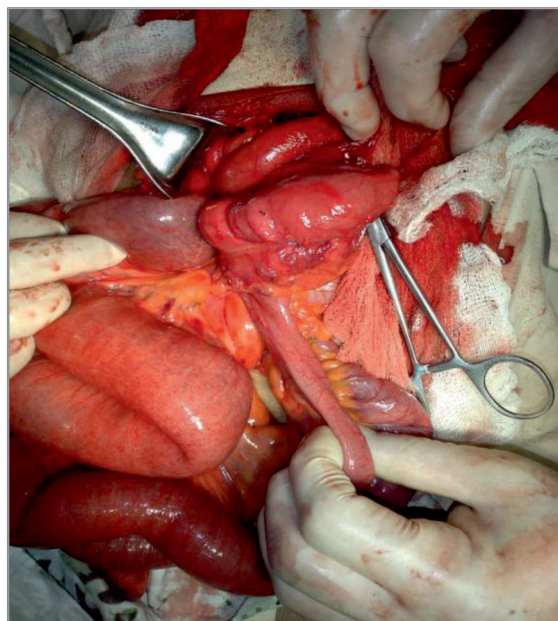


Рис. 6. Низведение правой половины толстой кишки

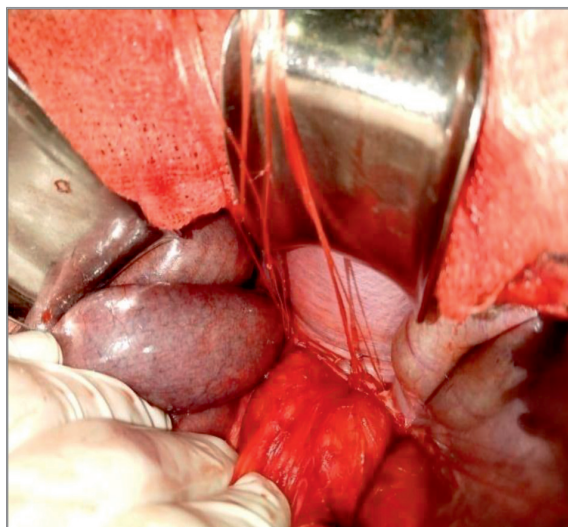


Рис. 7. Этапы закрытия диафрагмальной грыжи

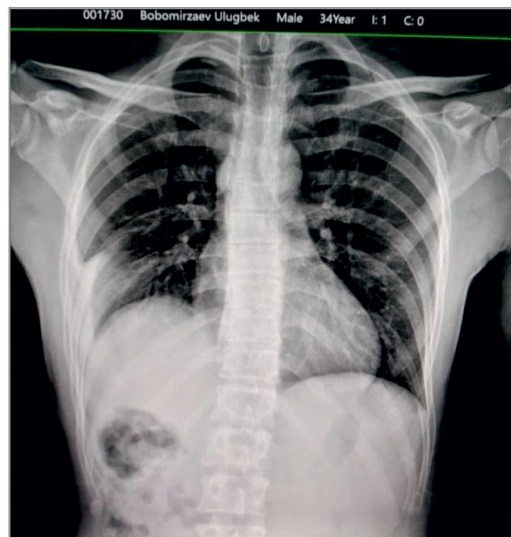


Рис. 8. Рентгенограмма больного на 24-е сутки после операции

При ревизии низведенной правой доли печени отмечается странгуляционная борозда (ущемленная правая доля размером 15x5 см вместе с желчным пузырем рядом с серповидной связкой – аномальная гипоплазированная правая доля). Левая доля печени компенсаторно гипертрофирована (рис. 3).

3/4 большого сальника – темно-багрового цвета, с тромбированными сосудами без пульсации, инфильтрирован. Выполнена резекция 3/4 частей его.

Вышеперечисленные ущемленные органы – все петли тонкой кишки длиной 200 см, восходящая, поперечно-ободочная кишка и правая доля печени – интраоперационно были признаны жизнеспособными.

При ревизии правой плевральной полости через дефект (8,0x4,0 см) правого купола диафрагмы правое легкое коллабировано, в плевральной полости имеется 200 мл жидкости серозно-геморрагического характера, которая аспирирована, плевральная полость санирована физиологическим раствором.

Интраоперационно одновременно выполнен правосторонний торакоцентез в 6-м межреберье по среднеаксиллярной линии, установлен дренаж № 20 фр.

Дефект диафрагмы ушит П-образными швами, герметичность наложенных швов удовлетворительная (рис. 7). Дренаж, установленный в правую плевральную полость, присоединен к аппарату Боброва.

Была выполнена колонопексия и гастропексия.

Произведена назоинтестинальная интубация тонкой кишки, в ходе которой эвакуировано до 600 мл «кишечного» отделяемого.

Брюшная полость промыта теплым раствором фурацилина 4000,0 мл «до чистых вод».

Дренажированы правое поддиафрагмальное пространство, малый таз.

На лапаротомную рану наложены послойные швы. Асептическая наклейка.

Клинический диагноз. Основной: Ущемленная правосторонняя посттравматическая диафрагмальная грыжа (ущемление правой доли печени, мобильной восходящей ободочной, аномально короткой тонкой кишки с дивертикулом Меккеля, поперечно-ободочной кишки вместе с большим сальником, осложненное некрозом 3/4 части большого сальника, гидротораксом).

Осложнение: некроз большого сальника, правосторонний гидроторакс. ДН I-II ст.

Конкурирующий: аномалия развития органов брюшной полости: спланхноптоз (гепатоптоз, гастроптоз, колоптоз, врожденная короткая тонкая кишка с дивертикулом Меккеля.)

Название операции: Лапаротомия. Низведение из плевральной полости правой доли печени, толстой и тонкой кишки большого сальника). Ушивание дефекта диафрагмы. Резекция большого сальника. Торакоцентез, дренирование правой плевральной полости. Дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

При контрольной рентгеноскопии грудной клетки № 11619 от 26.11.2020 г. – тень дренажной трубки в правой плевральной полости. Легкое – расправленное. Синусы раскрыты, жидкости нет. Подвижность правого купола диафрагмы ослаблена.

Дренажи из брюшной полости и из правой плевральной полости удалены на 6-7-е сутки, швы сняты на 8-е сутки, рана зажила первичным натяжением. Больной выписан из отделения на 8-е сутки.

При контрольной рентгеноскопии грудной клетки на 24-е сутки после операции отмечается высокое стояние диафрагмы (рис. 8).

Больной был осмотрен через 1 и 6 месяцев: общее состояние удовлетворительное, функция внешнего дыхания компенсирована, жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не предъявляет.

Заключение

Описанный клинический случай показывает, что локализация посттравматической правосторонней диафрагмальной грыжи крайне разнообразна, ущемленные их формы протекают тяжело, под маской других острых заболеваний брюшной полости. Для улучшения результатов лечения посттравматической правосторонней диафрагмальной грыжи необходимо проводить обследование всех пациентов с торакоабдоминальными травмами с целью ранней диагностики данной патологии и оперативной ее коррекции в плановом порядке.

Диагностика одновременных ущемлений нескольких полых органов и печени при посттравматической правосторонней диафрагмальной грыже требует применения комплекса инструментальных методов исследования, наиболее эффективными из которых являются МСКТ.

Список литературы

1. Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Кучкаров О.О. Выбор тактики хирургического лечения торакоабдоминальных ранений. Вестник неотложной и восстановительной хирургии. 2016;1(1):18-25 [Altyev B.K., SHukurov B.I., Kuchkarov O.O. Vybora taktiki khirurgicheskogo lecheniya torakoabdominal'nykh ranenij. Vestnik neotlozhnoj i vosstanovitel'noj khirurgii. 2016;1(1):18-25 (in Russ.)].
2. Боковой С.П. Хирургическое лечение правостороннего висцероптоза. Урологические ведомости. 2017;7(4):30-38 [Bokovoj S.P. Khirurgicheskoe lechenie pravostoronnego vistseroptoza. Urologicheskie vedomosti. 2017;7(4):30-38 (in Russ.)].
3. Маслов В.И., Тахтамыш М.А. Хирургическая тактика при осложненных травматических диафрагмальных грыжах. Хирургия. 2004;7:26-31 [Maslov V.I., Takhtamysh M.A. KHirurgicheskaya taktika pri oslozhnennyykh travmaticheskikh diafragmal'nykh gryzhakh. KHirurgiya. 2004;7:26-31 (in Russ.)].
4. Михеев А.В., Трушин С.Н., Мокрова А.В. Каловое ущемление правосторонней травматической диафрагмальной грыжи. Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2017;5(4):456-468 [Mikheev A.V., Trushin S.N., Mokrova A.V. Kalovoe ushchlenenie pravostoronnej travmaticheskoy diafragmal'noj gryzhi. Nauka molodykh (Eruditio Juvenium). 2017;5(4):456-468 (in Russ.)].
5. Тищенко А.М., Мушенко Е.В., Смачило Р.М. и др. Ошибки и опасности диагностики и лечения посттравматических грыж диафрагмы. Хирургия, Ортопедия, Травматология, Интенсивная терапия. 2019;4(38) [Tishchenko A.M., Mushenko E.V., Smachilo R.M. i dr. Oshibki i opasnosti diagnostiki i lecheniya posttravmaticheskikh gryzh diafragmy. KHirurgiya, Ortopediya, Travmatologiya, Intensivna terapiya. 2019;4(38) (in Russ.)].
6. Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Кучкаров О.О. Диагностика и хирургическое лечение ущемленных посттравматических диафрагмальных грыж. Вестник экстренной медицины. 2015;3:5-9 [KHadjhibaev A.M., Altyev B.K., SHukurov B.I., Kuchkarov O.O. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie ushchennyykh posttravmaticheskikh diafragmal'nykh gryzh. Vestnik ehkstretnoy meditsiny. 2015;3:5-9 (in Russ.)].
7. Adegboye V.O., Ladipo J.K., Adebo O.A. et al. Diaphragmatic injuries // Afr. J. Med. Sci. 2002;31(2):149-153.
8. Hanna W.C., Ferri L.E., Fata P. et al. The current status of traumatic diaphragmatic injury: lesson learned from 105 patients over 13 years. Ann. Thorac. Surg. 2008;85:1044-1048.
9. Healy D.G., Veerasingam D., Luke D. et al. Delayed discovery of diaphragmatic injury after blunt trauma: report of three cases // Surg. Today. 2005;35:407-410.
10. Muroi M., Provenza G., Conte Muroi S. et al. Diaphragmatic rupture with right colon and small intestine herniation after blunt trauma: a case report. J. Med. Case Rep. 2010;4:289.
11. Nursal T.Z., Ugurlu M., Kologlu M. et al. Traumatic diaphragmatic hernias: a report of 26 cases. Hernia. 2001;5(1):25-29.
12. Schiano di Visconte M., Picciano P., di Munegato Schiano G., Visconte M. Acute abdomen due to a right-sided strangulated traumatic diaphragmatic hernia. Case Rep. Minerva Chir. 2006;61(5):451-454.

ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ АНОМАЛИЯСИ БИЛАН ПОСТТРАВМАТИК ЎНГ ТОМОНЛАМА ДИАФРАГМАНИНГ ҚИСИЛГАН ЧУРРАСИ ҲОЛАТИ

А.А. АЛИЖОНОВ¹, Б.Р. ИСҲОҚОВ¹, Н.Б. ИСҲОҚОВ², Ш.Б. РОБИДДИНОВ¹

¹Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиали, Ўзбекистон

²Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада ўта кам учрайдиган клиник ҳолат – спланхноптоз билан беморда посттравматик ўнг томонлама диафрагма чуррасида жигарнинг, ингичка ичакнинг барча қисми, йўғон ичакнинг ўнг ярми, катта чарвининг некрози қисилиши ёзилган. Ўз вақтида аниқланган диагноз ва ўтказилган оператив даво – лапаротомия, анормал ривожланган жигар, ингичка ва йўғон ичакнинг қорин бўшлиғига туширилиши, катта чарвининг резекцияси билан, ўнг томонлама торакоцентез, гастро-колонопексия беморнинг соғайишига олиб келди. Бу ҳолатнинг ёзилиши абдоминал ҳамда торакал хирурглар учун қизиқиш уйғотиши мумкин.

Калит сўзлар: ўнг томонлама посттравматик диафрагма чурраси, спланхноптоз (гепатоптоз, колоноптоз), жигар, ингичка ичак, йўғон ичакнинг қисилиши, катта чарви некрози, диагностикаси, хирургик давоси.

Сведения об авторах:

Алижанов Абдор Алижон угли – директор Наманганского филиала РНЦЭМП.

Исхаков Баркамол Робиддинович – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии Наманганского филиала РНЦЭМП. Тел.: +99891-3602203.

Исхаков Нурбек Баркамолевич – врач-хирург отделения трансплантологии РНЦЭМП. E-mail: ishakovn@mail.ru.

Робиддинов Шохбек Баркамолевич – кардиолог Наманганского филиала РНЦЭМП. Тел.: +99899-9732147.

Поступила в редакцию 06.08.2021

Author information

Abror Alijanov – MD, Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.

Barkamol Iskhakov – MD, PhD, Deputy Director of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan. Phone: +99891-3602203.

Nurbek Iskhakov – doctor surgeon of the Department of Transplantation of Republican Research Center of Emergency Medicine. E-mail: ishakovn@mail.ru.

Shokhbek Robiddinov – doctor kardiolog of Namangan branch of Republican Research Center of Emergency Medicine, Namangan, Uzbekistan.

Received 06.08.2021