

УДК 616.235-008.6:617.54

Я.Г. Колкин¹, С.В. Межаков¹, Д.В. Вегнер¹, В.Н. Войтюк², Д.П. Филахтов²,
Л.В. Атаманова², А.Я. Весёлый²

ОСТРЫЕ ФОРМЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ДИАФРАГМЫ

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

²Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Цель работы – улучшить качество диагностики острых форм и осложнений хирургической патологии диафрагмы для оказания пациентам своевременной лечебной помощи. За период с 1987 по 2010 годы пролечены 647 больных с разнообразными видами хирургической патологии диафрагмы, у 162 из которых имелись различные формы осложненного течения патологического процесса (ущемление абдоминальных органов при ранении и грыжах диафрагмы – 17, эрозивно-язвенный эзофагит – 41, анемия – 37, пищеводно-желудочное кровотечение – 6, высокая желудочно-кишечная непроходимость, обусловленная заворотом желудка – 29, реперкусивно-ирритативный синдром – 32). Лишь 51 (38%) пациент с осложненными формами диафрагмальной патологии поступил в клинику с правильным и своевременно установленным диагнозом. Оперативному вмешательству подверглись 142 пациента с различными видами осложненных диафрагмальных грыж и осложнениями острых повреждений диафрагмы. Летальных исходов не было. Симптомы желудочно-кишечной непроходимости после хирургического вмешательства отсутствовали. Диагностика этой патологии является сложной. После хирургического лечения у 142 пациентов результаты удовлетворительные.

Ключевые слова: осложненные диафрагмальные грыжи, острые повреждения диафрагмы.

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

Цель исследования

Улучшить качество диагностики данной патологии для оказания пациентам своевременной лечебной помощи.

Материал и методы

Настоящее исследование основано на опыте изучения 647 больных с различными видами хирургической патологии диафрагмы, находившихся на лечении в клинике хирургии им. К.Т.Овнатаняна Донецкого национального медицинского университета за период 1987-2010 г.г.

Аналізу подвергся материал, включающий 162 наблюдения различных форм осложненного течения патологического процесса. Мужчин было 103, женщин – 59, в возрасте от 14 до 79 лет. Характер осложнений: эрозивно-язвенный эзофагит – 41, анемия – 37, реперкусивно-ирритативный синдром –

32, высокая желудочно-кишечная непроходимость, обусловленная заворотом желудка, – 29, ущемление абдоминальных органов – 17, пищеводно-желудочное кровотечение – 6.

Результаты и обсуждение

Из 98 пациентов (59 мужчин и 39 женщин), перенесших тяжелую травму груди или живота, мы наблюдали ущемление грыжевого содержимого в дефекте диафрагмы у 7 больных в сроки от нескольких месяцев до 32 лет после травмы.

У всех больных осложненные травматические диафрагмальные грыжи были ложные с локализацией дефекта диафрагмы – у 3 пациентов в задних отделах, а у 4 – в передних отделах купола диафрагмы. В 6 случаях патологический процесс был левосторонний и у одного больного локализовался справа.

Мы располагаем опытом наблюдения 133 пациентов с осложненной хиатусной грыжей, где в 7 случаях наступило ущемление параэзофагеальной грыжи, а в одном – гигантской скользящей грыжи достигшей стадии фиксации. В 7 случаях грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) речь шла об ущемлении желудка, а у одного пациента – желудка, петли тонкой кишки и большого сальника. Из 9 пациентов с ущемленными грыжами ку-

пола диафрагмы, в 2 случаях ущемлению подверглась петля тонкой кишки, в 5 – желудок и в 2 – толстая кишка.

Заворот желудка, пролабировавшего в средостение у 12 больных при ГПОД (рис. 1), нередко протекал с более выраженной симптоматикой, чем заворот желудка в плевральной полости, куда он пролабировал при остром повреждении купола диафрагмы (2) или формирующейся посттравматической грыже диафрагмы (14).

Анемия (гемоглобин – 63-79 г/л, эритроциты – 2,2-2,7 Г/л), которая протекала по типу гипохромной и нередко сопровождалась диафрагмальными грыжам, чаще наблюдалась при ГПОД (34 пациента), что соответствует и литературным данным [3, 4].

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 (нарушения ритма сердца, бронхо-спастический и дизурический синдромы, рефлюкс-эзофагит, кризовое течение заболевания). В этой связи, указанные нарушения имеют ярко выраженные черты осложнений данного патологического процесса в форме реперкуссивно-ирритативного синдрома (32), свидетельствуя о его запущенности или неполноценном лечении.

Распознавание диафрагмальной грыжи и



Рис. 1. Рентгенограмма грудной клетки. Больной Д. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная заворотом желудка, расположенного в заднем средостении.

ее осложнений включает комплекс диагностических мероприятий весьма различного характера, но объединенных общей топографической принадлежностью патологического процесса (многоосевая рентгеноскопия и рентгенография, компьютерная томография, диагностический пневмоперитонеум, искусственный пневмоперитонеум, фиброгастродуоденоскопия и др.).

Анализируя собственный материал, мы могли констатировать правильную и своевременную диагностику на предыдущих этапах лишь у 51 из 133 больных с осложненной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и у 7 из 26 пациентов с острым повреждением и грыжей купола диафрагмы, сопровождающихся ущемлением абдоминального органа или заворотом желудка.

Хирургическому лечению подверглись 50 пострадавших с острыми повреждениями диафрагмы (3 – осложненными) и 142 пациента с различными видами осложненных диафрагмальных грыж.

При острых повреждениях диафрагмы (1) и грыжах купола (6), 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.



Рис. 2. Рентгенограмма грудной клетки. Больной З. Врожденные грыжи обоих куполов диафрагмы. Контрастированный толстый кишечник над диафрагмой по обе стороны от тени сердца.

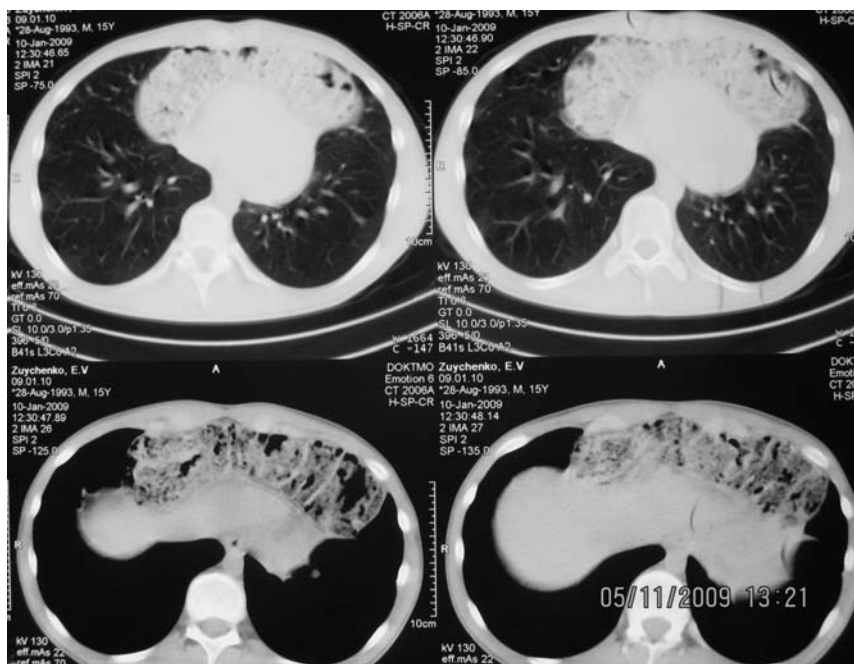


Рис. 3. Компьютерная томограмма органов грудной клетки. Больной 3. В переднем средостении – поперечно-ободочная кишка.

В условиях крупного линейного дефекта истонченной диафрагмы у одного больного ликвидация грыжевых ворот осуществлена за счет разработанного нами метода «дубликации», сочетающего в себе элементы частичного «гофрирования» диафрагмы и ее «дубликации» (патент Украины № 10332/1). Одному больному с посттравматической диафрагмальной грыжей после неудачной операции, ранее выполненной по месту жительства, потребовалось замещение проленовой сеткой части левого купола диафрагмы и перикарда.

Пяти пациентам с врожденными грыжами купола диафрагмы (рис. 2-4) произведено ушивание грыжевых ворот после мобилизации грыжевого содержимого и его низведения в брюшную полость.

Наконец, 126 пациентам, страдающим осложненной ГПОД, последняя устранена с помощью разработанной нами методики – пластики пищеводного отверстия (патент Российской Федерации № 764665).

По различным причинам не оперированы 20 пациентов, из которых один больной с ущемлением кишечной петли поступил в клинику в терминальном состоянии с перитонитом и умер вскоре после поступления. Результаты хирургического лечения у 142 оперированных пациентов оказались вполне удовлетворительными.

З а к л ю ч е н и е

Диагностика осложненной патологии диафрагмы является сложной, прежде всего из-за высокой частоты её атипичного течения. Непосредственные результаты у 142 пациентов с различными видами осложненных диафрагмальных грыж и осложнениями острых повреждений диафрагмы оказались вполне удо-



Рис. 4. Рентгенограмма грудной клетки. Больной 3. Спустя 1,5 месяца после операции патологические образования не определяются.

влетворительными, особенно после применения разработанных нами новых методов хирургического лечения.

ГОСТРІ ФОРМИ ТА УСКЛАДНЕННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ДІАФРАГМИ

Я.Г. Колкін, С.В. Межаков, Д.В. Вегнер, В.Н. Войтюк, Д.П. Філатов, Л.В. Атаманова, Є.В. Лобанов, В.Я. Колкіна

Мета роботи – покращити якість діагностики гострих форм та ускладнень хірургічної патології діафрагми для запровадження пацієнтам кваліфікованої медичної допомоги. За період з 1987 до 2010 рр. проліковано 647 хворих з різними формами хірургічної патології діафрагми, у 162 з яких були різні форми ускладненого перебігу патологічного процесу (защемлення абдомінальних органів при пораненні та килах діафрагми – 17, ерозивно-виразковий езофагіт – 41, анемія – 37, стравохідно-шлункова кровотеча – 6, висока шлунково-кишкова непрохідність, зумовлена заворотом шлунка – 29, реперкусивно-іритативний синдром – 32). Лише 51 (38%) хворий з ускладненими формами діафрагмальної патології надійшов у клініку з вірним і своєчасно встановленим діагнозом. Оперативне втручання виконано 142 пацієнтам з різними формами ускладнених діафрагмальних кил і ускладненнями гострих ушкоджень діафрагми. Летальних випадків не було. Симптоми шлунково-кишкової непрохідності після хірургічного втручання були відсутні. Діагностика цієї патології є складною. Після хірургічного лікування із запропонованими нами новими методами у 142 пацієнтів результати задовільні.

Ключові слова: ускладнені діафрагмальні кили, гострі ушкодження діафрагми.

ACUTE FORMS AND COMPLICATE SURGICAL PATHOLOGY OF DIAFRAGM

Y.G. Kolkin, S.V. Mejakov, D.V. Vegner, V.N. Voituk, D.P. Filakhtov, L.V. Atamanova, A.Y. Veseliy

The purpose of the work is to improve the result of treatment of patients with acute and complicated forms of surgical pathology of the diaphragm. From 1987 to 2010 647 patients with various surgical pathology of the diaphragm were treated. 162 from them had various forms of the complicated clinical course of the pathological process (infringement abdominal bodies at wound and diaphragm hernias - 17, erosive-ulcer esophagitis - 41, anemia - 37, an esophago-gastric bleeding - 6, severe gastroenteric impassability caused by torsion of the stomach - 29, vegetative syndrome - 32). Only 51(38%) patients with complicated forms of the diaphragm pathologies with arHved were admitted to the clinic with correct and in due time established diagnosis. 142 patients with acute and complicated forms of surgical pathology of the diaphragm underwent operative intervention. Lethal outcomes were not observed. The symptoms of gastroenteric impassability after surgical treatment of the patients were not observed either. Diagnostics of this pathology is complex. After surgical treatment of 142 patients with the proposed method the results were satisfactory.

Key words: complicated diafragm hernia, acute surgical pathology of diafragm.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение разрывов диафрагмы / М.М. Абакумов, И.В. Ермолова, А.И. Погодина [и др.] // Хирургия. – 2000. – № 7. – С.28-33.
2. Алексеенко А.В. Выбор способа пластики при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / А.В. Алексеенко, В.Б. Рева, В.Ю. Соколов // Хирургия. – 2000. – № 10. – С. 12-15.
3. Глушков И.И. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и брюшинного пространства: Руководство для врачей / И.И. Глушков, К.Г. Кубачев. – СПб., 2002. – С. 209-225.
4. Пучков В.В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / В.В. Пучков, В.И. Филимонов. – М., 2000. – 211 с.
5. Netscher G.J. Respiratory symptoms in patients with gastroesophageal reflux disease following medical therapy and following antireflux surgery / G.J. Netscher [et al.] // Am. J. Surg. – 1997. – Vol. 174. – № 6. – P. 639-643.

Стаття надійшла 09.12.2010