

УДК 616.26:001:089

© В. О. ШАПРИНСЬКИЙ, В. Ф. КРИВЕЦЬКИЙ, О. А. КАМІНСЬКИЙ, Є. В. ШАПРИНСЬКИЙ,
В. І. ПОЛІЩУК, В. Ю. ДОМБРОВСЬКИЙ, С. М. БОЖОК, О. І. ПРОЦИК, Ю. О. УСАТЮК,
В. Т. ГОНЧАРЕНКО, В. Д. РОМАНЧУК

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова

Нестандартні ситуації в хірургічній практиці, пов'язані з ускладненнями травматичних ушкоджень діафрагми

V. O. SHAPRYNSKYI, V. F. KRYVETSKYI, O. A. KAMINSKYI, YE. V. SHAPRYNSKYI, V. I. POLISHCHUK,
V. YU. DOMBROVSKYI, S. M. BOZHOK, O. I. PROTSYK, YU. O. USATIUK, V. T. HONCHARENKO, V. D. ROMANCHUK

Vinnytsia National Medical University by M. I. Pyrohov,
Regional Clinical Hospital by M. I. Pyrohov

NON-STANDARD SITUATIONS IN SURGICAL PRACTICE ASSOCIATED WITH COMPLICATIONS OF TRAUMATIC INJURIES OF THE DIAPHRAGM

Ранні та пізні ускладнення посттравматичних ушкоджень діафрагми – відносно нечасті ситуації у широкій палітрі ургентної хірургічної патології. Однак внаслідок глибоких кардіореспіраторних порушень, що мають місце при інтраплевральному переміщенні органів черевної порожнини, частого поєднання з розривами внутрішніх органів, кровотечею, феноменом взаємного обтяження у випадках політравми кожен з таких випадків може стати серйозною загрозою для здоров'я і життя потерпілого. А нерідкісні факти запізнілої діагностики поранень чи розривів діафрагми взагалі та защемлень транслокованих структур зокрема внаслідок несвочасного звернення пацієнтів за допомогою, діагностичних чи тактичних прорахунків на різних етапах хірургічної допомоги роблять дані ураження об'єктом значного клінічного інтересу.

Протягом 1993–2012 рр. торакальними хірургами клініки прооперовано 86 хворих із розривами і пораненнями діафрагми та їх наслідками. У 66-ти з них ушкодження виявляли і коригували в гострому періоді, 20 хворих госпіталізовано з несправжніми грижами діафрагми після раніше перенесених (в строки від 5 днів до 3 років) закритих травм чи поранень.

Причинами ускладнень у 34 випадках була закрита травма, у 48 – поранення холодною зброєю чи гострими предметами, у 2 – вогнепальною та у 1 – ятрогенна травма (незадовільно герметизований дефект діафрагми після операції Гелера–Петровського), ще в одному мав місце спонтанний розрив при блюванні. Істотно переважала (74 випадків проти 12) лівобічна локалізація процесу.

Типовим при посттравматичних грижах діафрагми було переміщення догори мобільних органів черевної порожнини. При цьому защемлення транслокованих порожнистих органів виникало у 16 випадках (12 разів – шлунка, 3 – поперечної ободової та 1 – петель і тонкої, і товстої кишки), в тому числі з некрозом – у 3 спостереженнях (4 – стінки шлунка, 2 – товстої кишки, в 1 – петлі тонкої кишки). В одному випадку поєднане защемлення петлі товстої кишки, пасма великого сальника, шлунка та лівої нирки привело до некрозу кишкової стінки та нирки. В одного хворого відмічалось защемлення селезінки з її розривами і утворенням нагноєної гематоми. Ще в одному випадку при розриві правого купола діафрагми відмічали зміщення і защемлення частини печінки з наростанням синдрому мало-го серцевого викиду.

Всі пацієнти з пошкодженнями діафрагми були прооперовані. У 66 спостереженнях пластику дефекту проведено в ході торакотомії, у 12 вона була етапом лапаротомії.

Клініка пошкоджень діафрагми відрізняється залежно від строків, що минули після травми, а також – механізму пошкодження. У гострому періоді поранення превалювали ускладнення, пов'язані з пошкодженням внутрішніх органів грудної та черевної порожнини (кровотеча, присутність вільного повітря та вмісту травного тракту), що ставали показанням до хірургічного втручання. Оскільки доопераційна верифікація пошкодження діафрагми інколи є проблемною, вважаємо за необхідне у випадках проникних поранень, розташованих нижче VI ребра, проводити цілеспрямований пошук імовір-

них пошкоджень діафрагми, оптимально – з використанням спеціальних методик (накладання пневмоперитонеуму, лапаро- чи торакоскопії). Особливу настороженість в цьому аспекті повинні викликати такі випадки потенційно небезпечних у плані ушкодження діафрагми поранень, при яких відсутні переконливі показання до хірургічного втручання.

У разі розривів діафрагми, спричинених закритою травмою, клінічна картина складається з поєднання ознак шоку, пошкодження внутрішніх органів із проявами зміщення мобільних органів черевної порожнини, причому останні на початках можуть не впливати на перший план, особливо у випадках тяжкої поєднаної травми з множинними пошкодженнями. Діагноз підтверджували із застосуванням спеціальних рентгенологічних методик (рентгенографія нативна і в умовах контрастування шлунка, пневмоперитонеуму, огляд у положенні Тренделенбурга, іригографія, КТ), в сумнівних випадках – лапароскопії. Звертає на себе увагу недостатня ефективність лапароцентезу через міграцію пошкодженого органа в плевральну порожнину та накопичення патологічного вмісту саме в цій зоні.

Пізні ускладнення пошкоджень діафрагми (посттравматичні грижі) здебільшого проявлялись явищами гострої чи хронічної непрохідності травного тракту (частіше – високої). При цьому в зв'язку з нерідкісним у таких випадках запізним розпізнаванням ускладнення існує загроза защемлення транслокованих порожнистих органів, у тому числі з некрозом. В таких випадках клінічна картина доповнювалась шоком, появою і прогресуванням інтоксикаційного синдрому та гнійних ускладнень, а рентгенологічно виявлялись рівні, порушення пасажу контрасту в переміщених фрагментах травної трубки, вільна рідина в плевральній порожнині.

Група хворих із пізніми ускладненнями пошкоджень діафрагми була найтяжчою з точки зору диференційного діагнозу: на етапах доспеціалізованої допомоги в 13 з 20 випадків допускались діагностичні помилки. “Масками” виступали піопневмоторакс, деструктивний панкреатит, стеноз виходу з шлунка, пневмоторакс, ексудативний плеврит, згорнутий гемоторакс, інфаркт міокарда.

При виборі хірургічного доступу в гострому періоді враховували локалізацію внутрішньопорожнинних ускладнень, насамперед кровотечі. При торакоабдомінальних пораненнях, закритій травмі без ознак розривів внутрішньочеревних структур використовували низький міжреберний доступ, з якого в більшості випадків вдавалось виконувати й абдомінальний етап. При потребі детальнішої ревізії черева, виконання додаткових втручань на травмованих органах перевагу віддавали окремому

розкриттю порожнин. Лапаротомію виконували при наявності внутрішньочеревної кровотечі внаслідок масивних розривів паренхіматозних органів. Торакоабдомінальний доступ застосовували двічі: у випадках загрозованої кровотечі в обидві порожнини та при поєднанні поранення серця з гемоперитонеумом.

У випадках пізно діагностованих розривів діафрагми більшість операцій розпочинали трансплеврально. Доцільність такого підходу мотивується оптимальними при цьому умовами для мобілізації органів від зрощень та пластики діафрагми. В трьох випадках для виведення колоностоми після завершення грудної частини втручання виконано лапаротомію. Ще у двох спостереженнях, де мав місце некроз шлунка з перитонітом, застосовані черевні доступи.

На некротизованих внаслідок защемлень органах проведено такі втручання: резекцію тонкої кишки з накладанням анастомозу “бік у бік” (1), резекцію товстої кишки з виведенням кінцевої колоностоми (3), резекцію дна шлунка (1), гастректомію (1), інвагінацію лінії странгуляції на шлунку (2), резекцію пасма великого сальника (4), спленектомію (1).

У післяопераційному періоді в 5 пацієнтів спостерігали гнійні ускладнення: емпієму плеври (3) хондрит реберної дуги (1), остеомієліт ребер (3), піддіафрагмальний абсцес (1), ще в одному випадку мала місце транзиторна геморагія з некротизованої ділянки слизової оболонки шлунка. Ці стани були адекватно скориговані в процесі лікування.

Померли 3 пацієнти, прооперовані в гострому періоді травми та 1 – внаслідок пізнього защемлення (післяопераційна летальність – 4,65 %). Причинами смерті стали: несумісне з життям поєднання вогнепальних поранень серця, селезінки, лівої нирки та кінцівок (1); сполучна торакоабдомінальна і тяжка черепно-мозкова травма (2), перитоніт у термінальній фазі.

Висновки 1. Хворі з травматичними пошкодженнями діафрагми складають відносно невелику, проте дуже непросту з точки зору можливих ускладнень, особливостей діагностики та своєчасного лікування групу потерпілих.

2. Вибір методів діагностики при названих ураженнях треба проводити з урахуванням механізму та давності травми в кожному конкретному випадку.

3. Тривалість лікування і його наслідки значною мірою визначаються тяжкістю травми, а також своєчасністю адекватної діагностики та хірургічного втручання до виникнення деструктивних змін із боку переміщених органів та поширення інфекції на серозні оболонки.

Отримано 18.01.13