
СЛУЧАЙ УЩЕМЛЕННОЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

Кандидат медицинских наук А. Ф. КОТОВИЧ

Из клиники госпитальной хирургии (заведующий — профессор
И. Б. Олешкевич) Витебского медицинского института

В последние годы в литературе все чаще встречается казуистический материал об ущемленных травматических диафрагмальных грыжах. Разнообразие клинических симптомов этого страдания, недостаточно внимательное и полное обследование больных нередко приводят к диагностическим ошибкам. Это относится и к нашему наблюдению.

М., 23 лет, поступил в клинику 9 сентября 1957 г., с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, отсутствие стула и неотхождение газов в течение 4 суток. Четыре дня находился в районной больнице, откуда направлен с диагнозом спаечной непроходимости кишечника. В январе 1955 г. был ранен ножом в область 8 межреберья слева. Ранение сопровождалось выпадением сальника. В районной больнице выпавший сальник резецирован, на рану наложены швы. Рана зажила первичным натяжением, и на седьмые сутки больной был выписан. Периодически беспокоили боли в животе, по поводу которых обращался в районную амбулаторию.

Дежурным хирургом клиники диагноз спаечной непроходимости кишечника подтвержден. Симптомы кишечной непроходимости нарастали, и 10 сентября больной оперирован. Во время операции обнаружена перетяжка, сдавливающая тонкую кишку у терминального ее отдела. Перетяжка рассечена, другая патология не была обнаружена. Брюшная полость закрыта наглухо. В послеоперационном периоде явления непроходимости кишечника нарастали.

11 сентября 1957 г. произведена рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости. Было обнаружено: левое легкое оттеснено петлями кишечника вверх, сердце — резко учащена пульсация, в брюшной полости определяется резкое вздутие кишечника газами и внедрение петель кишечника в грудную полость слева. Рентгеноскопический диагноз — диафрагмальная грыжа слева. Клинический диагноз — ущемленная травматическая грыжа слева.

Экстренная операция. Под эфирно-кислородным наркозом (эфира 120 мл) произведен косой разрез, параллельно левой реберной дуге. По вскрытии брюшной полости обнаружены резко раздутые тонкий кишечник, слепая и восходящая кишка; нисходящая и сигмовидная кишки находились в спавшемся состоянии. Поперечно-ободочная кишка и сальник в брюшной полости отсутствовали. В диафрагме слева обнаружено

отверстие, к краям которого припаялся сальник. После отсечения сальника от диафрагмы обнажился участок поперечно-ободочной кишки. Эта кишка и участок сальника ущемлены в отверстии диафрагмы. Отверстие в диафрагме расширено и из грудной полости извлечена раздутая, отечная темно-вишневого цвета петля поперечно-ободочной кишки. В брыжейке ее имелись кровоизлияния, пульсация сосудов была хорошая. Из грудной полости выделилось около 800 мл геморрагической жидкости. В грудной полости оставалась вторая петля поперечно-ободочной кишки и участок сальника. Эта петля и сальник плотно были сращены с внутренним краем отверстия диафрагмы и медиастинальной плеврой. Петля и сальник отсечены от окружающих тканей и извлечены из грудной полости. Десерозированные участки на поперечно-ободочной кишке перитонизированы шелковыми серо-серозными швами. Края отверстия в диафрагме освежены от рубцов. В диафрагме образовался дефект размером 8 × 6 см. Так как дефект в диафрагме плохо ушивался, произведено пересечение 9—10 реберных хрящей. Отверстие в диафрагме ушито двухъярусным шелковым швом. Брюшная полость закрыта наглухо.

Функция кишечника восстановилась на пятые сутки. Рана зажила первичным натяжением. В послеоперационном периоде больной перенес левостороннюю пневмонию; в это время применялся пенициллин по 600 тыс. ед. в сутки, стрептомицин по 500 тыс. единиц.

Выписан домой на 30 день после операции в хорошем состоянии. Обследован через год — здоров.

Приведенное нами наблюдение представляет интерес в отношении диагностических ошибок. Ошибка в 1955 г. совершена районным хирургом, а затем дежурным хирургом клиники. Районный хирург не оценил факта выпадения сальника в 8 межреберье, а это могло быть лишь при ранении диафрагмы. Дежурный хирург клиники не придавал значения анамнезу больного о месте ножевого ранения и выпадения при этом сальника и не произвел должным образом ревизию брюшной полости при операции 10 сентября.
